



# INVESTIGACIÓN ORIGINAL

## OPORTUNIDADES PERDIDAS DE ATENCIÓN EN SALUD EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD SINCELEJO, 2003

Gloria Villarreal Amaris<sup>1</sup>, Edalcy Month Arrieta<sup>2</sup>,

1. Enfermera MSc. Salud Pública. Docente, Universidad de Sucre. Sincelejo - Sucre - Colombia.
2. Enfermera Especialista en Gerencia de la Salud Pública. Universidad de Sucre. Sincelejo - Sucre - Colombia.

\* Correspondencia [gvamaris@latinmail.com](mailto:gvamaris@latinmail.com)

### Resumen

**Antecedentes:** la nueva legislación en salud de Colombia, que parte de los principios de aseguramiento y solidaridad, plantea una ampliación de la cobertura y una mejor calidad de la atención en salud.

**Material y métodos:** se realizó un estudio exploratorio, transversal y de contactos múltiples, mediante el cual se determinó el índice de oportunidades perdidas de atención en salud, sus posibles causas y el grado de satisfacción, en las diferentes instituciones municipales prestadoras de servicios de salud, de Sincelejo. También se realizó una observación participativa y verificación de registros de consultas en períodos posteriores a la realización de la entrevista, con el propósito de establecer la estabilidad o cambios en el fenómeno analizado.

**Resultados:** se puso de manifiesto una oferta institucional de atención en salud menor que la

demanda y una alta proporción de oportunidades perdidas de atención en salud y una baja satisfacción, relacionadas con factores institucionales.

**Conclusiones:** se requieren acciones que mejoren la oportunidad de la atención en salud en las entidades municipales de Sincelejo.

**Palabras claves:** atención, Instituciones de atención ambulatoria, accesibilidad a los servicios de salud, satisfacción de los consumidores, satisfacción del paciente, servicios de salud, seguridad social.

### Summary

**Background:** new Colombian health legislation, who arises from universal and solidarity principles; desires mayor covertures and quality in health services

**Material and methods:** the rate of missed



medical attention opportunities were established through a descriptive transversal study of multiple contact as well as the factors dealing with them; in different government institutions that in Sincelejo-Colombia. Information was obtained through a semi-structured interview .

An active observation of the appointment records on subsequent periods after the interviews was also made to determine either the stability or the changes experienced by the phenomenon under observation.

**Results:** the demand of medical attention is larger than the institutional offer and higher and there are high proportions of missed opportunities for receiving the medical attention related to institutional factors.

**Conclusions:** actions to improve opportunity in health services in Sincelejo are need

**Key words:** attention, ambulatory care facilities, health services accessibility, consumer satisfaction, patient satisfaction, health services, social security.

## Introducción

En todos los sistemas de seguridad social, la salud emerge como un derecho humano, por ende, un derecho de todos. Por eso en especial para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los conceptos de equidad y accesibilidad se ponen de manifiesto cuando se habla de la salud como derecho (1).

Una equidad en salud que cumpla con los imperativos de: igual acceso a la atención para igual necesidad, igual utilización de recursos para igual necesidad e igual calidad de atención para todos, ha sido la base de

sustentación de Abraham Sonis, para que se puedan cumplir los objetivos sanitarios en los países de América Latina (2).

Se plantea además, que la no correspondencia y aplicabilidad de estos principios hace que las coberturas sean más restringidas para los sectores más afectados. La OPS ha calculado que 130 millones de latinoamericanos carecen de acceso regular a los servicios de salud determinados por dificultades de acceso a los servicios, baja calidad de los servicios disponibles, entre otros (3).

La equidad en salud implica entonces que localmente la población debe tener igual oportunidad de desarrollar su potencial en salud y tener respuesta a sus necesidades de asistencia sanitaria. La accesibilidad puede significar, que los servicios se encuentren disponibles en el momento y lugar en que el paciente lo necesite y que la forma de ingreso al sistema se encuentre fácilmente (4,5).

Otro factor importante para determinar la accesibilidad es la utilización efectiva de servicios de salud, el cual se constituye en un indicador final de la misma porque, señala la proporción de personas que realmente necesitan atención y la reciben y la opinión de los pacientes sobre disponibilidad de los servicios en el momento y lugar requerido (4).

En la accesibilidad se distinguen dos aspectos fundamentales, el aspecto socio-organizativo y, el aspecto geográfico cultural. La estructura organizativa de los servicios de salud se constituye en una barrera importante para la accesibilidad, puesto que la forma como se estructura la prestación la prestación de los servicios se constituye en la forma como se presta la atención médica y los elementos necesarios para tal fin (5,6).

Cuando los aspectos socio-organizativos y los aspectos geográficos no facilitan la utilización de los servicios y la obtención del servicio, sino por el con-

trario, obstaculizan los esfuerzos del paciente para obtener atención médica, generan frustración e insatisfacción en el usuario y al sistema de salud le genera una ineficacia en el cumplimiento de sus objetivos y políticas, así como, oportunidades perdidas de atención en salud, éste último factor no se ha investigado con detenimiento ni profundidad (7,8).

En la revisión de experiencias investigativas sobre oportunidades perdidas de atención en salud, se aprecia que los estudios se han orientado más a determinar oportunidades perdidas de vacunación OPV, liderados por la Organización Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud, para verificar el esfuerzo político que estas instituciones han venido impulsando con la estrategia de ampliación de cobertura de vacunación a través del programa PAI.

En América latina, se registra un número importante de estudios relacionados con la calidad de la atención y con la satisfacción por los servicios que se ofrecen en salud, los cuales tocan tangencialmente el problema de la accesibilidad a los servicios de salud (9,10).

Los hallazgos del estudio “estado del arte” en satisfacción de los servicios de salud en países como Chile, España, México, Perú y Colombia entre otros, apuntan a cuantificar porcentualmente a los encuestados en satisfechos e insatisfechos pero no aportan sobre los criterios que operan en los sistemas sobre la conformidad o inconformidad y con la obtención o no del servicio (11).

Por otro lado se registran datos sobre los usuarios que reciben la atención, pero no se registran datos sobre los usuarios que no la reciben. Se apunta en determinar el índice de satisfacción pero no se ahonda en los factores intrínsecos institucionales, que lleven a una mayor objetividad so-

bre la equidad y la calidad en salud (3).

Con relación a la accesibilidad unos investigadores señalan que la posibilidad del acceso depende de las características de la población tales como: el nivel de ingresos, la cobertura de seguridad social, las actitudes del personal de atención médica; o bien, de las características del sistema de prestación de los servicios tales como: distribución y organización de los recursos humanos y servicios. Otros investigadores, sostienen que el acceso se puede medir a través de indicadores de resultados que analizan la relación del individuo con el sistema, tales como la tasa de utilización y los niveles de conformidad con el mismo (7,12).

Se han aplicado indicadores cuantitativos de acceso orientados a la organización y disponibilidad de los servicios, uno de ellos es el promedio ponderado del tiempo de espera para concretar una cita con el tiempo de espera y el tiempo real de atención, otro indicador es el promedio ponderado de la atención entre la cantidad ideal y la cantidad real de servicios, personal y equipamiento en una comunidad determinada (13).

De igual manera, se han identificado unos factores para la utilización de los servicios de atención en salud relacionados con las características socioeconómicas y psicológicas del usuario, factores relacionados con la familia, tales como ingresos, afiliación al sistema general de salud, tipo y acceso a las fuentes reguladoras de atención y otros factores relacionados con la comunidad, como la disponibilidad de atención, el precio de los servicios y el carácter urbano o rural de los mismos (4).

Otros estudios revelan que los factores de oferta, tecnología y número de personal de salud, tienen una vital importancia, en la determinación de la utilización de los servicios y en los gastos



den salud, porque el tipo de formación, cualidades del personal, el entorno en que se presta la atención y las normas y reglamentaciones tienen marcadas influencias sobre la conducta del personal de salud.

En Colombia los estudios y análisis de la equidad, la accesibilidad y las políticas de reforma del Sistema de Salud han hecho correlaciones entre la distribución de indicadores sociales con los indicadores de salud en los que se logra identificar unos perfiles de enfermedad y de muerte, relacionados con pobreza y con el desarrollo (14-16).

Otros, se han ocupado de la relación entre distribución del ingreso y el avance del Sistema de Seguridad Social en Salud; en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud, políticas de promoción y prevención. Se destaca que ha habido un incremento de la afiliación pasando del 23.7% al 59.2%, interpretándose este, como aumento de cobertura. Encontrándose además, que las cifras sobre coberturas en Colombia son las de mayor inconsistencia en los diversos estudios publicados recientemente.

Los factores que sirvieron de justificación para la implementación de un nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, tales como, el alto costo del servicio (50.5%), las barreras al acceso de tipo cultural y geográficos (36.5%), el rechazo a los consultantes 3.3%, la falta de accesibilidad a los servicios de salud (18%); persisten 10 años después y vemos con preocupación que a pesar de los propósitos de esta nueva ley se mantienen las dificultades en el acceso a los servicios de salud los que tienen acceso se enfrentan a una serie de factores institucionales y personales que dificulta la prestación del servicio lo que ocasiona la mayoría de las veces oportunidades perdidas de atención en salud (17-22).

El municipio de Sincelejo (Sucre-Colombia) cuenta con una población de 255.122 habitantes en el año 2003, que crece anualmente un 2.68% en promedio y tiene una población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) de 116.846 habitantes. Actualmente el 95% de la población se encuentra establecida en las cabeceras municipales. El desplazamiento es el factor decisivo en el crecimiento de la población flotante debido al conflicto armado, lo que favorece la presencia de cordones de miseria, asentamientos humanos en zonas de alto riesgo, con un alto grado de necesidades básicas insatisfechas y con baja accesibilidad a los sistemas de seguridad social, debido al estancamiento de la ampliación de las coberturas motivado en la política de que los recursos sólo garantizan la continuidad de los ya afiliados y no amplían cobertura (23-25).

El primer nivel de atención cuenta con una red de oferta conformada por 21 IPS de las cuales nueve están ubicadas en la red urbana y 12 en el área rural. Del total de las IPS ubicadas en el área urbana tres cuentan con camas para observación, salas de partos, para un total de 41 camas; servicios de: laboratorio clínico, de ecografía, de terapia respiratoria y de odontología, entre otros.

Las coberturas de afiliación al Sistema de Seguridad Social del municipio aún son muy bajas, para el año 2003 la cobertura era del 24.47%, vinculados el 69.55% y sólo el 5.98% del régimen contributivo. Pese a los esfuerzos significativos que ha venido realizando el sector municipal como son: ampliar y fortalecer la red municipal de atención en salud y poder garantizar el aseguramiento de la población, persisten una serie de deficiencias como son: el desconocimiento de los usuarios de sus derechos de afiliación al SSGSS, la doble afiliación o la vinculación de personas con capacidad de pago al régimen subsidiado, alto porcentaje de

usuarios demandando atención e inconformidad por no poder acceder a un servicio por múltiples razones (28).

Según el registro de prestación de servicios RIPS, en el año 2003 se realizaron 132.685 consultas, para un índice del 52% al comparar con los datos de 1999 que fue 80%, se evidencia una tendencia a la baja en el cumplimiento de las coberturas de atención programada, lo que no es concordante con el esfuerzo por mejorar y fortalecer la infraestructura física y la capacidad de oferta de servicios (23-25).

En el municipio de Sincelejo se han realizado estudios y análisis de la situación de salud en especial de las políticas de aseguramiento baja accesibilidad al Sistema de Seguridad Social en Salud, otros, muestran que la accesibilidad al servicio de salud influye en el grado de satisfacción del usuario, sin que ésta mida la calidad del servicio o la insatisfacción, cuando no se obtiene el servicio.

Se han realizado estudios sobre los conocimientos de los afiliados al régimen subsidiado sobre los derechos contemplados en la ley, donde se evidenciaron bajos conocimientos sobre los derechos establecidos por la ley 100/93, especialmente en actividades de promoción y prevención, atención en urgencias, red de servicios y régimen de copagos (23-25).

Partiendo de la situación de salud sobre la oferta y la demanda del municipio de Sincelejo y teniendo en cuenta lo expuesto por C (12) “las instituciones de salud pierden entre un 50 a un 55% de su facturación mensual por costo de la calidad”, el grupo de investigadores se planteó el interrogante ¿Cuáles es el porcentaje de pérdidas de atención en salud y qué factores están relacionados en ellas?. Se pretendió identificar las principales causas que inciden para que se

presenten pérdidas de atención en salud en las diferentes instituciones municipales prestadoras de servicios de salud y con el propósito de recomendar acciones de mejoramiento tendientes a reducir las pérdidas de atención y la accesibilidad a los servicios de salud. Como objetivos específicos se plantearon los siguientes:

### Material y métodos

Se realizó un estudio exploratorio transversal y de contactos múltiples, dirigido a determinar los factores que inciden en las oportunidades perdidas de atención en salud y la cualificación y cuantificación de los mismos en las diferentes instituciones municipales prestadoras de servicios de salud (IPS) de Sincelejo, en el segundo semestre del año 2002 y el primero de 2003.

La población la conformaron todos los usuarios que demandaron servicios de salud en las diferentes IPS, de la cual se obtuvo una muestra por conveniencia a través del método no probabilístico; partiendo de una observación durante ocho días y en una jornada de cuatro horas, en donde se determinó un promedio de 10 usuarios no atendidos en las IPS de mayor demanda y de cinco usuarios no atendidos en IPS de menor demanda. Se estimó que en las IPS de mayor demanda durante los 40 días de la intervención (dos meses) se obtendría un promedio total de 400 pacientes y se le asignó un porcentaje de pérdidas del 20% para un total de 320 usuarios no atendidos y para las IPS de menor demanda un total de 200 usuarios no atendidos y un porcentaje de pérdidas del 20%, para un total de 160 usuarios.

Se tuvo como criterio para seleccionar la muestra asignar una cuota proporcional del total de usuarios no atendidos esperados en cada IPS, 30% para las IPS de mayor demanda y 20% para las de menor demanda, oscilando estas cuotas entre 96 usuarios no atendidos dos IPS de mayor demanda y 32



usuarios no atendidos seis IPS de menor demanda, respectivamente, obteniéndose así una muestra de 352 usuarios no atendidos.

Se aplicó una entrevista semi-estructurada, para determinar los factores que influyeron en la no obtención del servicio y el grado de satisfacción, en un período de dos meses a 330 usuarios no atendidos.

Además, a través de una guía de observación participativa realizada durante ocho semanas por cinco días y después de aplicada la entrevista semi-estructurada, se determinó el número de usuarios que seguían demandando servicios y no eran atendidos, el tipo de servicio solicitado y la causa de la no prestación del servicio, con el propósito de establecer la estabilidad o cambios en el fenómeno. Estos datos sirvieron para determinar la proporción de oportunidades perdidas de atención en salud.

Se analizaron además, los registros de rendimiento mensual de actividades de las diferentes IPS para relacionar la productividad con el índice de pérdidas de atención en salud en el período observado.

En la generalidad de los casos, las personas adultas actuaron como generadores de la información referente a ellas mismas o de los menores de edad que demandaron servicios de salud, pero no fueron atendidos.

Los datos se tabularon y controlaron a través de matriz de datos en Excell, para identificar y unificar la cantidad de los mismos y establecer categorías y límites de confiabilidad para su utilización. Para los fines de análisis de los resultados se definieron las siguientes variables: características socioeconómicas, oportunidad perdidas de atención en salud y satisfacción de los usuarios.

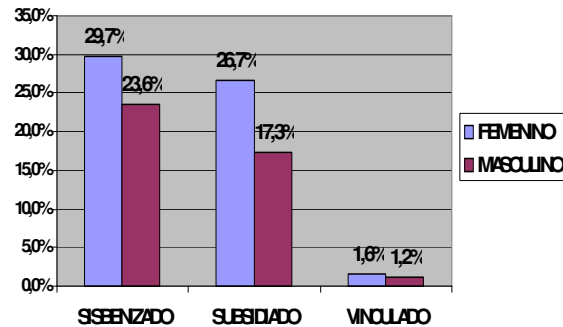


Figura 1. Afiliaciones según sexo, de los usuarios no atendidos

Se realizó análisis cualitativo mediante descripciones, jerarquizaciones, codificaciones y límites de confiabilidad. Para el análisis cuantitativo se elaboraron tablas de contingencia, gráficas, polígonos de frecuencias y diagramas circulares.

## Resultados

Con relación a las características socioeconómicas de los usuarios que demandaron atención en salud y no fueron atendidos, se encontró que la población adulta entre 20-39 años (39%) fue la que más demandó atención en salud y no fue atendida y en menor porcentaje la población entre 0-9 años (15.5%); respecto al sexo 67% eran mujeres y de procedencia urbana 90%.

Los resultados muestran que la población femenina es la de mayor afiliación en el régimen subsidiado (26.7%) y la que tiene mayor probabilidad de acceder a los servicios de atención en salud, a través de ficha de SISBEN, (29.7%) (Tabla 1) (Figura 1).

Al indagar las razones por las cuales la población sisbenizada no ha obtenido el carné se obtuvo en orden de importancia: no llegaría 41%, imposibilidad de obtenerlo 21%, no sabe 18%, y necesidad de ayuda política 11%.



**Tabla 1.** Afiliación a la seguridad social en salud por grupo de edad de los usuarios no atendidos.

GRUPOS DE EDAD	SISBENIZADOS		SUBSIDIADOS		VINCULADOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MENORES DE AÑO	10	3,0	5	1,5	2	0,6
1 — 9	14	4,2	12	3,6	0	0
10 — 19	24	7,3	18	5,5	2	0,6
20 — 29	52	15,7	33	10,0	1	0,3
30 — 39	21	6,3	25	7,5	1	0,3
40 — 49	19	5,8	14	4,2	3	0,9
50 Y MÁS	36	11,0	38	11,5	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>53,3</b>	<b>145</b>	<b>43,8</b>	<b>9</b>	<b>2,7</b>

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada

Los servicios de mayor demanda fueron la consulta médica general el 46%, la consulta odontológica 19%, laboratorio clínico 13% y las de menor demanda los programas de promoción y prevención 1%. Además, la mayoría de los usuarios demandaron servicios de salud en forma repetida sin obtener el servicio solicitado (Figura 2).

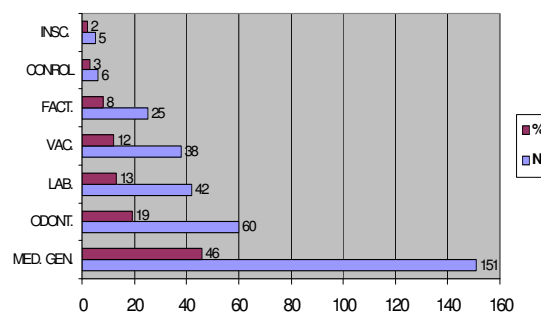
El porcentaje de oportunidades perdidas encontrado en las diferentes IPS del municipio de Sincelejo fue 64%, el cual contrasta con el porcentaje de cumplimiento 80% encontrado en la revisión de los informe de la evaluación de la consulta externa, de los meses octubre a diciembre en las diferentes IPS objeto de estudio (Tablas 2 y 3).

Los principales motivos de oportunidades perdidas de atención en salud, se refieren a dificultad para obtener fichas 37%, por falta de insumos 21%, equipos dañados 13.6%, inasistencia del funcionario 9.7%, olvido de algún documento 9.4% (Tabla 4).

La principal causa que incidió para la no obtención de las fichas fueron los horarios establecidos en las diferentes IPS. El 47% % de los usuarios manifestó que se requiere madrugar mucho y muchas horas de espera, y 31.5%

consideró a los horarios como rígidos. Para la no obtención de las fichas, 46.36% manifestó que éstas eran insuficientes, que no se repartirían por carencia del servicio en el momento, 30.9%, no se reparten porque no asistió el funcionario 20.6%. y con relación al tiempo de espera, el 41.5% manifestó que fue hasta de dos horas (Tabla 5).

Sólo un 57% de los usuarios que demandaron atención y no la obtuvieron manifestaron haber recibido una explicación por parte de los funcionarios, de los cuales 37.2% manifestó que se les explicó la situación de buenas maneras, 20.3% manifestó que los funcionarios asumían actitudes de indiferencia y 9.3% expresó que los funcionarios mostraron preocupación por no poder brindar el servicio.



**Figura 2.** Servicio de salud con mayor demanda por los usuarios no atendidos



**Tabla 2.** Relación de usuarios atendidos y no atendidos según la demanda a los servicios, en las diferentes EPS de Sincelejo.

	NÚMERO	PROPORCIÓN
NO ATENDIDOS	25856	0,64
ATENDIDOS	14448	0,36
TOTAL	40304	1

Fuente. Observación participante

El 43.6% de los usuarios que demandaron atención en salud y no la obtuvieron se mostraron insatisfechos por los servicios ofrecidos y calificaron como deficiente o regular la calidad de los servicios, 38.8% lo calificó como bueno y 12.2% lo calificó como malo; mientras que los funcionarios calificaron como bueno (78.79%) los servicios que ofrecen en las diferentes IPS municipales (Tabla 6).

Las razones dadas por los usuarios para calificar la calidad de la atención como mala o deficiente fueron en su orden: atención demorada 52.1%, personal grosero 38.5%, incumplimiento de los funcionarios 37.5% y falta de organización 13%. Razones como, la llegada tarde de funcionarios, asignación de un día para compra de fichas anterior a la toma de las muestras de laboratorios y para la entrega de resultados an-

terior al día de la cita médica, así como daños en equipos, fueron las argumentos utilizados por los usuarios para calificar como demorada la atención en salud.

Los funcionarios de las diferentes IPS son concientes del alto porcentaje de oportunidades perdidas de atención en salud y expusieron como razones para que se presenten en orden de importancia; que la demanda es mayor que la oferta 31%, falta de insumos en algunos servicios 15%, no cumplir con los requisitos 15%, insuficientes recurso médico 13%.

## Discusión

La investigación realizada pone de relieve uno de los problemas de la accesibilidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud, las oportunidades perdidas de atención en salud.

La Ley 100 de 1993 estableció el régimen subsidiado, en desarrollo al principio constitucional de solidaridad para permitir que los sectores sin la capacidad económica suficiente accedan al sistema, con el propósito de asegurar el acceso efectivo a la salud pública y a la atención de la salud personal con eficiencia y equidad a todos los colombianos (18-20,26). Sin embargo, además de los problemas de la baja

**Tabla 3.** Evaluación de consulta externa por IPS en los meses de octubre a diciembre, Sincelejo. Año 2002

MESES	OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
	Consultas realizadas	Grado de Rendimiento	Consultas realizadas	Grado de rendimiento	Consultas realizadas	Grado de rendimiento
San Francisco de Asis	1342	92,42	1277	90,18	947	68,82
La Campiña	1923	125,2	1544	98,97	1454	72,12
Las Américas	1040	115,56	1137	101,88	1174	81,53
San Luis	903	75,25	840	70,71	940	73,44
Libertad	401	87,94	401	97,94	340	59,03
San Vicente	650	90,28	549	57,52	497	57,52
Uribe Uribe	390	54,17	304	47,8	269	44,24
Majagual	689	95,69	599	95,99	562	67,55
<b>TOTAL</b>	<b>7338</b>	<b>92,09</b>	<b>6651</b>	<b>81,37</b>	<b>6183</b>	<b>65,46</b>



**Tabla 4.** Motivo por los cuales no recibieron atención los usuarios

MOTIVOS	N°	%
No obtuvo ficha	122	37
Falta de insumos	69	21
Equipos dañados	45	13,6
No vino el funcionario	32	9,6
Olvido de algún documento	27	8,2
Paro IPS	19	5,8
Firma del documento no registrada	7	2,1
No le gusta el Médico que le toca	5	1,5
Otros	4	1,2
<b>TOTALES</b>	<b>330</b>	<b>100</b>

Fuente. Entrevista semiestructurada

cobertura en el régimen subsidiado que se registra en el país y en el municipio de Sincelejo (44%) y la alta proporción de población que tiene ficha de Sisben, (53.3%) estos no acceden a la atención en salud por diversos factores, lo que reafirma lo expresado por muchos críticos de la ley 100 de 1993, “No se está impactando el propósito de la ley; como es el facilitar el acceso de la población excluida y el aseguramiento de los mismos (26).

El porcentaje de oportunidades perdidas de atención en salud en las IPS municipales de Sincelejo es de 64%. Indicador que se considera alto si se tienen en cuenta, que el régimen subsidiado es uno de los principales cambios sustentables del sistema de salud al otorgar subsidios a la población menos favorecida.

Si relacionamos este índice, con los resultados de la evaluación de la consulta externa que se realizó a través de los registros mensuales de actividades de las diferentes IPS en los meses de octubre a diciembre, que registró un porcentaje de cumplimiento de un 80%, se evidencia que las instituciones de salud no están cumpliendo con las coberturas programadas, lo que hace pensar que el índice de oportunidades perdidas de atención en salud es mayor.

**Tabla 5.** Dificultades de tipo organizacional que limitan el acceso a los servicios de salud

TIPO DE DIFICULTADES	N°	%
<b>1. Horarios</b>		
Madrugar mucho y espera prolongada	156	47,2
Horarios rígidos	104	31,5
Ninguno	70	21,3
<b>TOTALES</b>	<b>330</b>	<b>100</b>
<b>2. Fichas</b>		
Insuficientes	153	34
No reparten porque no se ofrece el servicio en el momento	102	24
No se reparten porque no vino el Funcionario	68	16
No se obtiene por llegada tarde	60	13
Dificultad de obtener a pesar de hacer Filas	59	13
<b>TOTALES</b>	<b>442</b>	<b>100</b>
<b>3. Tiempo de espera para obtener fichas</b>		
Hasta 1 hora	137	41,5
Hasta 2 horas	102	31
Días o semanas	44	13
Hasta 5 horas	29	9
meses	18	5,5
<b>TOTALES</b>	<b>330</b>	<b>100</b>

Las oportunidades perdidas de atención en salud tiene mas relación con factores de tipo institucional que con factores del usuario. Los factores de tipo institucional se pueden clasificar en de tipo: socio organizativo, ya que están implícitos, las culturas administrativas de fijar horarios rígidos, fichas insuficientes, equipos dañados, e inasistencia del funcionario entre otros, por otra parte obstaculizan el gran esfuerzo que hace el usuario por obtener la atención en salud. Estos factores además, afectan la prestación efectiva de atención en salud, indicador final de la accesibilidad, que nos muestra la proporción de personas que reciben o no reciben atención básica, lo que reafirma una baja accesibilidad a los servicios de salud y un alto porcentaje de oportunidades perdidas de atención en salud en las instituciones prestadoras de servicios de sa-



**Tabla 6.** Opiniones de los usuarios y funcionarios sobre la calidad de los servicios

OPINIONES	USUARIOS		FUNCIONARIOS	
	Nº	%	Nº	%
Deficiente y regular	144	43,6	7	21,21
Buena o excelente	128	38,8	26	78,79
Mala	40	12,1	0	0
Sin respuesta	18	5,5	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Entrevista semiestructurada

lud en nuestro municipio de Sincelejo.

Esta baja accesibilidad y alta proporción de oportunidades perdidas de atención en salud deben estudiarse a la luz de los objetivos de la ley 100 de 1993, ya que una de sus prioridades, es mantener una oferta de servicios acorde al comportamiento de la demanda y al perfil epidemiológico de la población, programando acciones y actividades de atención que llenen las expectativas de la comunidad, por lo que las características de la programación y la organización de la atención en salud deben ser más flexibles, con proyección gradual de los recursos de acuerdo a la demanda de servicios y con personal que tenga un alto sentido de pertenencia y comprometida con el desarrollo institucional y el bienestar social de las personas.

En las coberturas de atención en salud en el año 2002 en las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención, también se refleja una baja demanda por los programas de promoción y prevención de la salud lo que inciden de manera negativa en la morbilidad de los usuarios que hicieron parte del estudio, explicada en una serie de carencias de educación en salud, tales como, hábitos higiénicos en salud oral, estilos de vida, así como, sobre cargas mentales ocasionadas por el medio hostil en que viven, y

con un saneamiento básico deficiente, encontrándose, que existe una correspondencia entre los motivos de consulta y los tipos de servicios utilizados en la medida que la morbilidad sentida por los usuarios correspondió a los servicios solicitados.

Los estudios de calidad en atención en salud, se basan en la medición o estudios de aspectos de accesibilidad, la eficiencia o la calidad, sin embargo, ningún estudio será completo sino se analizan las expectativas y la percepción que de la prestación de los servicios tienen los usuarios, Donabedian califica la calidad de los servicios en salud en dos categorías buena o mala (2). Siguiendo esta calificación se puede afirmar que los usuarios que no accedieron a los servicios de salud calificaron la calidad de los servicios como mala, 55.6%, al agrupar a los que la consideraron como regular y como mala, mientras que para los funcionarios, la calidad de los servicios es buena; observándose que existen diferencias en la calificación de los servicios de salud que ofrecen las diferentes IPS, los funcionarios la califican de acuerdo a los servicios que ofrecen, mientras que los usuarios determinan la calidad de acuerdo al grado de satisfacción a sus demandas, el cumplimiento de sus expectativas y la accesibilidad.

En este contexto, es preocupante la alta proporción de oportunidades perdidas de atención que refleja el estudio, asociadas con la baja cobertura de cumplimiento en las actividades diarias que realizan las instituciones prestadoras de servicios de salud, la baja utilización de los programas de promoción y prevención en correspondencia con la morbilidad sentida; porque hace pensar que el problema es más estructural y que se requiere por parte de las autoridades municipales de salud analizar, la accesibilidad, la utilización y la productividad, a la luz de el modelo que plantea que la utilización y la accesibilidad de los servicios de

salud está determinada por factores de tipo socioculturales, relativos al usuario, a la organización de los servicios de salud y a la predisposición para la utilización de los servicios, lo que permitirá evaluar indirectamente, la accesibilidad, la equidad del sistema y su correspondencia con las políticas del Sistema de Seguridad Social.

## Conclusiones

El comportamiento de la atención en salud en la red pública del primer nivel de atención en salud, pone de manifiesto un alto porcentaje de oportunidades perdidas de atención en salud, relacionadas con aspectos socio organizativos, que dificultan al usuario el acceso a la atención en salud. Estos factores inciden en la insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud y la percepción de la calidad de la atención de salud.

Por otra parte, se observó una oferta institucional de atención en salud mucho menor que la demanda. Todos los factores que están asociados a la alta proporción de oportunidades perdidas de atención en salud son controlables y reducibles que sugiere un estado crítico en su cultura organizacional y en la eficiencia institucional.

Este estudio provee razones para evaluar a las IPS de la red municipal con base en los servicios que efectivamente prestan: oportunidad en el acceso, calidad de la atención que prestan y eficacia de los programas de prevención y promoción, así como crear estrategias orientadas a la disminución del número de oportunidades perdidas de atención en salud en el primer nivel de atención en salud municipal.

## Referencias

1. OPS/OMS. División de Salud y Desarrollo. Principios y Conceptos Básicos de Equidad en Salud. Boletín Semanal de Prensa. Washington D.C 1999.
2. **Sonis A.** Equidad y Salud. Revista Panamericano de Salud Pública OPS/OMS, 2000;8:359-362.
3. OMS/OPS. Informe sobre la Salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. Washington D.C, 2000.
4. **Andersen R, Aday LA.** Acces to Medical Care in the U.S: realizad and potencial Med Care 1978;16:533-546.
5. **Aday LA, Andersen R.** Development of analices of Access to Medical Care. Health Administration Press. Medigan: Ann Arbor 1975.
6. **Céspedes J.** Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el acceso y la utilización de los Servicios de Salud. Revista en Salud Pública, 2000. 2 (2):145-164.
7. **De Brigard Pérez AM.** Responsabilidad de administradores y Prestadores de Servicios de Salud. Revista Hospitalaria 2000. 2(11):14-20.
8. **Martínez P, Rodríguez L y Agudelo C.** Equidad en las Políticas de la Reforma del Sistema de Salud, 2000 Rev. de Medina. Universidad Nacional. 312.
9. **Fresneda O.** Pobreza, políticas sociales y desarrollo en Colombia. 1972-1993. Trabajo de Grado (Magister en Economía). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Economía.
10. **Franco A.** Seguridad Social en Salud en Colombia. Estado de la Reforma Revisado en Salud Pública, 2001. 2 (1):1-16.
11. **Romano Y, Mayarelh A .** Estado del Arte de las encuestas de Satisfacción en salud. Programa e Investigación en Salud 2000. <http://www.salud.org/documentación/estadodel arte/satisfacción>. Visitado oct.9/2002.
12. **Rodríguez C.** En salud se pierde un 50% de la facturación cuando no se utiliza la calidad como herramienta de gestión. Informe N° 274. Agosto, 2001. [Visitado 9 oct., 2002]. Quincenal. Avalaible from internet <<http://www.consultordesalud.com>>.
13. **Salazar R, Verónica.** Avances del Sistema de Seguridad Social en Salud En: El Pulso. Medellín (oct.. 2001) N° 37. p.4. Suplemento de periódico.
14. **Olaya Peláez A.** Desarrollo Sistemas de Salud y Bienestar. En: El Pulso. Medellín (feb. 2002) N° 41. página 4. Suplemento de periódico.
15. **Málaga H, Latorre, Mc Cárdenas, et al.** Equidad y Reforma en Salud en Colombia. Rev. Salud Pública 2000; 2. 198- 219
16. DANE, OPS. La Mortalidad en Colombia, según condiciones de vida. Estudios Causales Boletín N° 16. Santa Fe de Bogotá: DANE, 2000.



17. GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD, GES, Universidad de Antioquia, Balance del Régimen Subsidiado En: El Pulso. Medellín (oct. 2002). N° 47. Suplemento de periódico.
18. MINISTERIO DE SALUD Reforma de Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993. (Preámbulo).
19. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá, 1993.
20. MINISTERIO DE SALUD. Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, 2002.
21. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 de 2001. Bogotá: Diario Oficial, 2001.
22. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política Nacional, Santafé de Bogotá, 1991.
23. DASSALUD, División Epidemiología. Informe Primeras causas de Morbilidad. Sucre, Sincelejo, 2002.
24. SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE SINCELEJO. Datos Estadísticos. División Epidemiología, 2002.
25. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE SINCELEJO. Plan de Atención Básica. 2004-2007
26. MINISTERIO DE SALUD - OPS. Perfil del Sistema de Salud en Colombia 2ª Edición, Mayo 2002.