
**Satisfacción, oportunidad y razones
de no uso de los servicios
de salud en Colombia**

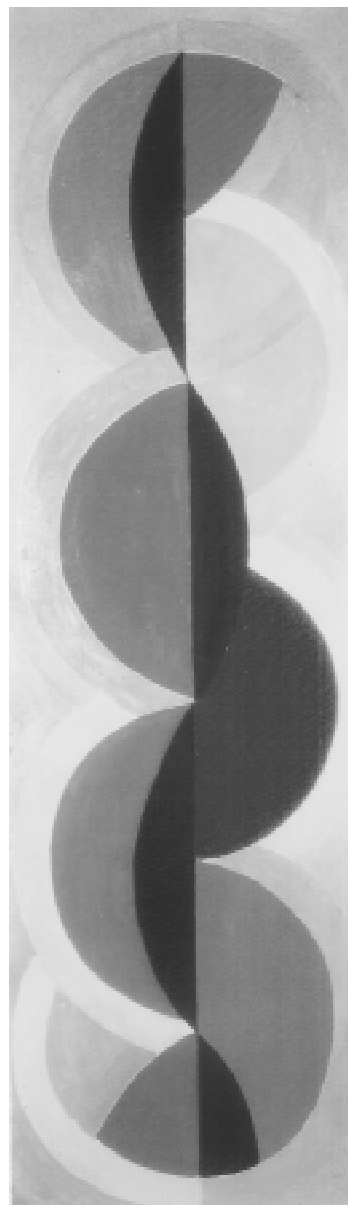
Investigador principal: *Freddy Velandia Salazar*

Coinvestigadores: *Nelson Ardón Centeno,*

José Miguel Cárdenas Muñoz,

María Inés Jara Navarro,

Nicolás Pérez Almanza



Satisfacción, oportunidad y razones de no uso

DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA*

Investigador principal: Freddy Velandia Salazar

**Coinvestigadores: Nelson Ardón Centeno, José Miguel Cárdenas Muñoz,
María Inés Jara Navarro, Nicolás Pérez Almanza**

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo conocer, desde la perspectiva del usuario y a partir de los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, la satisfacción, oportunidad y razones de no uso de servicios “formales” o de atención médica en Colombia. En las condiciones de 1997, los usuarios dieron altas calificaciones (superiores al 80%) a la oportunidad y a la calidad (satisfacción) de los servicios de atención médica. El 64.7% de la población que estuvo enferma no usó los servicios de atención médica por razones asociadas con problemas en la calidad y el 83,3% adujo dificultades asimilables con la “accesibilidad”. El estudio identificó algunos de los factores asociados con la oportunidad, la calidad y las razones de no uso y logró determinar la asociación entre la oportunidad y la calidad.

Palabras clave: Servicios “formales” de salud, atención médica, oportunidad, calidad, satisfacción, razones no uso de servicios, Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud.

Abstract

The objective of this study was to know the satisfaction, opportunity and reasons why people do not use the «formal» services or the medical care in Colombia, from the user point of view and the results of the Survey of Quality of Life of 1997. In the circumstances appeared in 1997, the users gave high califications to the opportunity and the quality (satisfaction) of the health care services. The 64.7% of the people that was ill and that din not used the medical care services, did not used them because of problems in quality and 83.3% of these cases argued difficulties with the «accessibility». The study identified some of the issues related to opportunity, the quality and the reasons for not using the services, and also determined association between opportunity and quality.

Key words: Medical care, quality, opportunity, access, social security system in health of Colombia.

* Este estudio se realizó con el apoyo de Colciencias, mediante el contrato 487/1997 suscrito entre Colciencias y la Universidad de Caldas, en el Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud, y fue cofinanciado por la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad Católica de Manizales.



Problema

Además del aumento en la cobertura de la afiliación a la Seguridad Social en Salud que entre 1993 y 1997 pasó del 25% al 57% y que, en el mismo período, implicó el crecimiento del gasto en salud de cerca del 7% a más del 10% del PIB, la Ley 100 de 1993 se propuso mejorar la calidad de los servicios de salud provistos a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, cuando se planteó el presente estudio en 1998, no se habían realizado investigaciones que permitieran conocer los logros globales en este campo y ayudara a resolver la disparidad de opiniones que había entonces, y que aún hay, sobre el estado de la calidad. En consecuencia, y en la medida en que se contó con la información recogida por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE de 1997, sólo parcialmente utilizada por la Misión Social de Planeación Nacional (1998), se buscó dar respuesta a los siguientes interrogantes:

- ◆ Las opiniones de los usuarios en relación con la oportunidad y la calidad de los servicios de salud.
- ◆ Las razones que esgrimen los individuos cuando no usan servicios “formales” de salud, habiendo lugar para hacerlo.
- ◆ Las condiciones de la población que se asocian con las opiniones sobre la oportunidad, la satisfacción y el no uso de los servicios “formales” de salud.
- ◆ Las limitaciones que pueda tener la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para lograr un cabal conocimiento de la calidad de los servicios “formales” o de atención médica.

Justificación y propósitos

El estudio, acogido por la convocatoria que hizo en 1998 la Red de Investigación en Sa-

lud Pública y Sistemas de Salud, Reniss, encontró su plena justificación en la necesidad de determinar o verificar los logros realmente alcanzados en materia de calidad desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. Además de apoyar a las autoridades sectoriales en la identificación de estrategias que conduzcan al mejoramiento de la calidad, se tuvo como propósito incentivar la realización de investigaciones en el campo, en particular, de aquellas que ayuden a responder los interrogantes abiertos por el presente estudio.

Objetivo

Objetivo General. Estudiar desde la perspectiva del usuario y a partir de los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, la satisfacción y la oportunidad de los servicios “formales” o de atención médica en Colombia y las razones para no usarlos.

Objetivos Específicos. El estudio comprendió los siguientes cinco objetivos:

- ◆ Describir la población colombiana según algunas de sus principales características demográficas, geográficas, sociales y económicas.
- ◆ Describir la oportunidad de los servicios “formales” de salud y determinar las características poblacionales asociadas.
- ◆ Describir la satisfacción de la población con los servicios “formales” de salud y determinar las características poblacionales que se asocian con ella.
- ◆ Describir las razones de la población para no usar los servicios “formales” de salud y determinar las características poblacionales que se asocian con el no uso.
- ◆ Formular recomendaciones que contribuyan a resolver los problemas de satis-



facción, oportunidad y uso de servicios que se identifiquen y a mejorar el diseño de futuras encuestas que contengan preguntas en relación con estas variables.

Fundamentos teóricos

La atención en salud de alta calidad se ha definido como aquella que se espera “maximice el bienestar del paciente, teniendo en cuenta el balance entre las ganancias y pérdidas esperadas como resultado de dicha atención en todas sus dimensiones” (Donabedian, 1980). Más recientemente se indica que la calidad consiste en “el grado en el cual los servicios de salud ...incrementan la probabilidad de obtener resultados deseados en materia de salud y son consistentes con el actual conocimiento profesional” (American Medical Association, 1986, p. 1032). Para que la atención en salud pueda ser de alta calidad o para que se pueda incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados, la atención debe poseer un conjunto bien definido de atributos: ser oportuna, ser accesible, ser prestada de manera técnicamente racional dentro de un marco de seguridad para el paciente y de idoneidad y competencia profesional, y ser capaz de procurar la satisfacción del usuario en relación con los servicios propiamente dichos, con los proveedores y con los resultados de la atención (Superintendencia Nacional de Salud, 1997).

Los estudios sobre la satisfacción con los servicios de salud han adquirido gran relevancia en años recientes. En algunos de éstos, la satisfacción, más allá de ser considerada como un simple atributo de la atención se toma como una variable dependiente, en tanto se pretende indicar con ella la percepción del usuario sobre la estructura, procesos y resultados de la atención, pues al igual que el estado de salud,

es un resultado final (Donabedian, 1996; Lebow, 1975). Otras veces se la considera como una de las variables independientes, como ocurre en aquellos estudios en se quiere predecir la conducta de los usuarios como eventuales demandantes, por ejemplo. En este sentido, se debe subrayar que existe ya alguna evidencia importante sobre la utilidad de la satisfacción en la predicción de lo que en general hacen las personas y, en particular, en relación con los servicios de salud.

El efecto de la calidad de los servicios de salud sobre la calidad de vida puede verse de dos formas que no son excluyentes. Por una parte, la calidad de los servicios de salud es uno de los determinantes de los índices de salud que son, a su vez, algunos de los tipos de índices que se utilizan para medir el bienestar. Por otra parte, implícito en lo anterior, los servicios de salud son uno de los determinantes del bienestar mismo.

Estas dos vías de relación se ven particularmente claras en los esfuerzos por medir el concepto de calidad de vida. Unas veces la medición se intenta a través de los constituyentes del bienestar como los índices de salud, de seguridad social, de libertad de escogencia y de otras libertades básicas; otras veces a través de la medición del acceso a los determinantes del bienestar en la forma de índices de disponibilidad de alimentos, de servicios públicos, de educación, de servicios de salud y de protección, entre otros (Weale y Dasgupta, 1992).

El bienestar, vale la pena indicarlo, es el elemento que permite definir el concepto de calidad de vida entendida como una sensación subjetiva de bienestar que abarca las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de una persona, sin perder de vista el contexto cultural en donde vive y los valores que posee (Haas, 1999).



Material y métodos

Tipo de estudio y fuentes de información. La descripción y los análisis de las relaciones entre la satisfacción, la oportunidad y las razones de no uso de los servicios, por una parte, y las características poblacionales, por la otra, se realizaron con base en los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE en un corte transversal efectuado en el segundo semestre de 1997. Los datos utilizados se encuentran en el formulario de hogares de la encuesta.

Población y muestra. La Encuesta del Dane (1997) contó con el apoyo de la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación y de entidades como los Ministerios de Agricultura, Educación y Salud, el Servicio Nacional de Aprendizaje, el Instituto de los Seguros Sociales, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Banco de la República y el Instituto de Cooperación para la Agricultura. La encuesta que puso en marcha el programa especial de encuestas sobre la calidad de vida, se concibió como un medio para captar información sobre los factores que inciden en los niveles de pobreza y en la calidad de vida de la población. Es una encuesta nacional representativa de las regiones del país y de sus respectivas áreas urbanas y rurales. Las regiones son: Atlántica, Oriental, Pacífica, Central, Antioquia, Bogotá y Soacha, Orinoquia y Amazonía, y San Andrés y Providencia, excluidas las zonas rurales dispersas de la Orinoquia y la Amazonia.

La encuesta se realizó en una submuestra de la muestra maestra de población de propósitos múltiples del DANE.

La muestra maestra, que es un diseño muestral probabilístico de conglomerados estratificado y polietápico, consta de 70.000 hogares distribuidos en 219 unidades primarias de

muestreo, básicamente municipios, y 3.500 segmentos de 20 hogares en promedio. El marco de muestreo estuvo constituido, en la mayor parte del país, por los materiales del Censo de 1993 y, en las zonas rurales y centros urbanos menores, por el Catastro Nacional.

La submuestra corresponde a 10.016 hogares concentrados en 75 unidades primarias y en 1.026 segmentos, 621 de los cuales se localiza en las cabeceras y 405 en el resto. Tiene un error estándar relativo entre 5 y 10%. La cobertura obtenida o tasa de respuesta, según las 9.121 encuestas completas y 38.518 personas encuestadas, equivalió a 91.1%. La muestra maestra de unidades primarias se había subdividido en tres submuestras equivalentes representativas del ámbito nacional, de grandes regiones, de algunas subregiones y de los mayores centros urbanos. Los mayores municipios del país se repiten en las tres submuestras aunque con diferentes segmentos.

El factor básico de expansión que se aplicó a los datos muestrales para corregir el sesgo que se generaría por el uso no ponderado de la información recolectada, es el recíproco de la probabilidad final de selección de las unidades últimas de observación.

La encuesta se efectuó en rondas de cinco días, dirigiendo la mayor parte de las preguntas a los informantes directos que eran personas de 18 o más años. En algunos casos la información la suministraron personas menores, de 12 o más años.

Es importante tener presente que algunas de las variables de la encuesta, entre las cuales se mencionan las tasas de desempleo, de ocupación y de participación, no tienen los fundamentos, la exactitud y la credibilidad de las encuestas altamente especializadas que han sido perfeccionadas en un proceso



repetitivo de varios años y que se apoyan en muestras considerablemente mayores.

Variables

Se seleccionaron 34 de las variables incluidas en el formulario de hogares, tres de ellas se consideraron dependientes dentro de los análisis de asociación y 31 independientes.

Variables dependientes

- ◆ Oportunidad de la atención recibida de parte de un profesional, una institución, un promotor de salud o una enfermera. Variable con dos categorías de respuesta: oportuna y demorada.
- ◆ Satisfacción (calidad) con los servicios recibidos de parte de un profesional, una institución, un promotor de salud o una enfermera. Variable con tres categorías de respuesta: buena, regular y mala.
- ◆ Razones para no solicitar servicios de salud a un profesional, una institución, un promotor de salud o una enfermera. Variable con nueve categorías de respuesta: caso leve, sin tiempo, centro de atención lejano, falta de dinero, mal servicio, atención negada, sin confianza en los médicos, consulta previa por el mismo problema sin solución, muchos trámites para la cita.

Variables independientes

- ◆ Variables socioeconómicas y demográficas: estado civil, sexo, edad, educación, tamaño del hogar, ocupación, actividad e inactividad económica.
- ◆ Localización geográfica según regiones: Atlántica, Oriental, Pacífica, Central, Antioquia, Bogotá-Soacha, Orinoco-Amazonas, San Andrés y Providencia.

- ◆ Variables de afiliación al sistema de salud: afiliación, carnetización del Sisben, entidad afiliadora, régimen de afiliación.
- ◆ Variables del estado de salud: estado de salud percibido, percepción de enfermedad en los últimos 30 días, incapacidad, presencia de enfermedad crónica.
- ◆ Variables de demanda de servicios de salud: consulta por enfermedad crónica en los últimos 30 días, recurso de salud utilizado, hospitalización en los últimos 12 meses, causa más grave de hospitalización, duración de la hospitalización, plan utilizado para la hospitalización, servicio de salud utilizado en los últimos 30 días, plan utilizado en los últimos 30 días.
- ◆ Variables de disponibilidad de medicamentos: utilización de medicamentos en los últimos 30 días, entrega de medicamentos.
- ◆ Variables de gasto mensual individual en salud: en afiliación al sistema de salud, gasto total incluyendo la afiliación, gasto total sin incluir la afiliación.
- ◆ Ingreso mensual individual.
- ◆ Motivos para solicitar atención.

Procesamiento y análisis de la información.

A partir de la base de datos original suministrada por el DANE, se procedió a conformar y codificar una nueva base restringida a las 34 variables incluidas en el estudio y a los datos de identificación de las observaciones. El procesamiento de la información se realizó mediante el uso del paquete estadístico SPSS y del programa STATA versión 5.0.

El primer paso en el procesamiento consistió en elaborar la información requerida mediante la conformación de dos perfiles que sirvieran como contexto de los análisis de las asociaciones entre variables: un perfil socioeconómico y demográfico y otro de las



necesidades, demandas y gastos en salud y de la afiliación al sistema de aseguramiento. En estos casos se expandió la información al universo de 39.842.424 personas y se hizo uso de distribuciones de frecuencia simples y bivariadas en términos absolutos y relativos.

Como segundo paso se procedió a describir la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso, y a determinar su posible asociación con las variables independientes previstas. Para el efecto se utilizó la información sin expansión al universo y se procedió en dos etapas. Primero se buscaron, de manera preliminar, asociaciones entre cada una de las variables dependientes (la oportunidad, la satisfacción-calidad y las razones de no uso) y cada una de las variables independientes mediante pruebas Chi-cuadrado (análisis de tablas de contingencia). En esta etapa del análisis se utilizaron también proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%.

Una vez cumplida la etapa preliminar o exploratoria en la búsqueda más confiable de posibles asociaciones, se procedió a correr tres regresiones logísticas, el tipo de modelo inicialmente previsto en el proyecto del estudio: una regresión para la oportunidad, otra para la calidad (satisfacción) y una última para las razones de no uso. Antes de correr las regresiones, se evitaron posibles problemas de multicolinealidad mediante el cálculo de coeficientes de correlación entre las variables independientes pertinentes. Como en la etapa anterior, se trabajó sin expandir la información al universo poblacional.

Dada la importante similitud de los resultados arrojados por los análisis de la oportunidad y la satisfacción (calidad), se procedió a procesar la información para determinar la posible asociación entre esas dos varia-

bles. Para el efecto, se utilizaron proporciones con intervalos de confianza del 95% y pruebas Chi-cuadrado (análisis de tablas de contingencia).

Las recomendaciones se elaboraron con base en las posiciones que, a lo largo del estudio, fueron logrando los miembros del equipo de investigación y, en algunos casos, mediante el aporte de un experto en el tema.

Resultados

Características sociales, económicas y demográficas de la población. Cuando se recogieron los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, la población colombiana se estimaba en 39.842.424 habitantes, según la expansión hecha al universo de acuerdo con los coeficientes de expansión indicados por el DANE. De esa población 20.524.872 eran mujeres (51.5%) y 19.175.552 hombres (48.5%). La mayor parte de la población tenía 15 o más años (67.2%), siendo mayoritarios los grupos entre 15 y 34 y entre 35 y 59 años (33.8% y 24.5%) y minoritarios los menores de 5 y las personas de 60 y más años de edad (12.8% y 8.8%, respectivamente).

La región Atlántica era la más poblada (21.4%), seguida de la Pacífica (18.0%), la Oriental (17.3%), Bogotá-Soacha (15.9%), Antioquia (13.2%), la Central (12.9%) y San Andrés y Providencia (0.2%). La mayor parte de los hogares correspondía a núcleos de 5 o menos personas (62.0%), aunque se destaca el alto peso relativo que todavía tenían los hogares de 6 y más integrantes (38.0%).

Un poco más de la mitad de la población reportó alguna educación formal (52,6%) y una proporción importante informó no contar con ella (7,8%), aunque en relación con estas proporciones se debe tener presente



la elevada cantidad de personas que se incluyó en la categoría “sin respuesta o menos de 5 años de edad” (39.6%).

El 73.8% de la población tenía edad de trabajar y de esta población el 50.1% era económicamente activa. De la población que tenía trabajo, el 37.8% estaba integrado por obreros, empleados, jornaleros, peones, empleados domésticos y trabajadores familiares sin remuneración, el 37,8 % por trabajadores independientes (profesionales y no profesionales), y el 3,8 % restante por patronos y empleadores.

El 45,9% de la población percibió ingresos mensuales provenientes, por lo menos, de una fuente. Por fuentes específicas, el 20,7% derivó ingresos por salarios normales, el 4,1% por otras actividades, el 1,9% como ingresos adicionales por trabajo, el 1,2% por intereses, el 3,4% por arriendos y el 2,6% por pensiones. El resto de fuentes de ingreso correspondió básicamente a componentes de las prestaciones laborales legales y extralegales que, como máximo, en el caso de las primas, fueron recibidas por el 10,2% de la población. Adicionalmente, se mencionaron dos tipos de transferencias, como las ayudas en el 1,2% de la población y aquellas para el sostenimiento de los hijos en 1,5% de los habitantes.

Según un informe de la Dirección Técnica de Estadísticas Básicas del DANE, el 27.0% de las personas, 21.1% de los hogares, pertenecía a la población en estado de pobreza. La mayor proporción de pobres se encontró en la región Atlántica (36.7%) y la menor en Bogotá-Soacha (14.9%). En cuanto al estado de miseria, éste afectaba al 9.1% de la población siendo, de nuevo, mayor en la región Atlántica (14.1%) y menor en Bogotá-Soacha (1.4%).

Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, necesidades y demanda. Según el mismo informe de la Dirección Técnica de Estadísticas, el 57.1% de la población estaba afiliada al Sistema, del cual el 65.8% pertenecía al régimen contributivo y el 34.2% al régimen subsidiado. La afiliación era más alta entre la población urbana (61.0%) que entre la población rural (47.5%), y mayor entre los no pobres (61.1%) que entre los pobres (46.0%). El 71.6% de la población se encontraba afiliada a las Empresas Promotoras de Salud, el 12.7% a las Entidades Solidarias de Salud y el restante 15.7% a alguno de los regímenes especiales.

El 69.7% de la población percibió su estado de salud como bueno o muy bueno, el 26.5% como regular y sólo el 3.8% como malo.

El 11.7% de la población padecía enfermedad crónica, grupo constituido principalmente por mujeres (60.8%) y mayores de 60 años (29.5%) o por personas que no pertenecían a la población económicamente activa ocupada. El 40.3% de la población con enfermedad crónica consultó por esa causa durante los 30 días anteriores a la encuesta, siendo la mayor parte de los consultantes afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud (73.1%).

El 15.0% de la población padeció, en los últimos 30 días, algún problema de salud no crónico (enfermedad, accidente, problema odontológico u otro). Este grupo estaba constituido en su mayoría por mujeres (55.8%) o personas entre 15 y 35 años (33.4%). El 73.8% de los enfermos no crónicos acudió al sector «formal» de salud, consultantes que en el 67.4% de los casos estaban afiliados.

El 65.3% de la población realizó algún gasto en salud por concepto de pagos relacionados con hospitalizaciones durante los



últimos 12 meses, con otros servicios de salud consumidos en los últimos 30 días o con afiliaciones al SGSSS, a planes complementarios, a la medicina prepagada o a seguros de salud. La población que realizó algún gasto estaba conformada fundamentalmente por mujeres (54.4%) o por personas entre 15 y 34 años (34.9%). El 68.6% de quienes hicieron algún gasto estaban afiliados al Sistema.

Preguntas sobre la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso. A las 38.518 personas que conformaron la muestra de la encuesta se les preguntó primero si tenían alguna enfermedad crónica (pregunta F-15: “¿...tiene alguna enfermedad crónica {hipertensión arterial, diabetes, etc.}?”) y, luego, en caso de no tenerla o de no haber consultado por ella (pregunta F-17), se les preguntó si habían tenido alguna enfermedad no crónica (pregunta F-18: “En los últimos 30 días, ¿...tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?”).

En total, 7.557 personas equivalentes al 19.6% de la muestra, respondieron afirmativamente a esas preguntas, es decir, reportaron haber tenido alguna enfermedad crónica y haber consultado por ella o haber tenido alguna enfermedad no crónica. En este caso la población enferma debe ser algo mayor porque la proporción no incluye los enfermos crónicos que no consultaron.

A las 7.557 personas mencionadas, se les pidió que indicaran qué hicieron para resolver su problema (Pregunta F-20: “Para tratar ese problema de salud, durante los últimos 30 días, ¿qué hizo principalmente?”). Los encuestados tenían opciones de respuesta que se pueden clasificar en tres grupos: a) acudir a los servicios “formales” de la salud o de atención médica constituidos por los servicios de profesionales, instituciones (hospitales, clínicas, y centros y puestos de sa-

lud), promotores y enfermeras, b) acudir a los servicios “informales” de salud, c) no hacer nada frente a la enfermedad, categoría que sólo se aplicó a los enfermos no crónicos.

A las 5.838 personas que en los últimos 30 días utilizaron efectivamente servicios “formales” de salud, equivalentes al 77.2% de los antes citados o al 15.2% del total de la muestra, se les pidió que calificaran la oportunidad de los servicios y su calidad (satisfacción). Se anota que en esta calificación, lo mismo que en la exploración de las razones para no solicitar o no recibir los servicios “formales”, se dio cierta prioridad a la enfermedad crónica, porque cuando el entrevistado informó haberla tenido y haber consultado por ella no se le preguntó si, además, había tenido alguna enfermedad no crónica en el mismo período. De las 5.838 personas que usaron los servicios formales, 5.718 (98.0%) acudieron a profesionales o instituciones de salud y las restantes 120, equivalentes al 2.0%, acudieron a los servicios de promotores o enfermeras

La oportunidad se calificó mediante una única pregunta (F-23: “Considera que la atención fue:”) con dos categorías de respuesta: “oportuna” y “demorada”. Se trata de una calificación eminentemente subjetiva, hecha con criterios que pueden variar de individuo a individuo y con rangos de respuesta muy amplios. Particularmente, la categoría “demorada” puede incluir demoras de muy corta y de muy larga duración.

La calidad también se evaluó mediante una única pregunta (F-24: “Considera que la calidad del servicio fue...”), pero con mayores opciones de respuesta: buena, regular y mala. Sin embargo, y dado que quien evalúa se refiere de alguna manera a los diversos atributos de la calidad, se debe esperar dos problemas: a) que la evaluación global



emitida con base en una sola pregunta no coincide necesariamente con la eventual evaluación que pueda hacerse a partir de preguntas específicas dirigidas a cada uno de los atributos, y b) que aunque hubiera coincidencia entre los dos procedimientos, mediante una pregunta global no se pueden especificar los atributos que pueden influir en una eventual evaluación global no óptima de la calidad. A esto se agrega que en una pregunta global los diversos usuarios no necesariamente se refieren a los mismos atributos o le dan un mismo peso relativo.

A las 1.719 personas que no utilizaron los servicios de atención médica y que constituyen el complemento para formar el grupo de las 7.557 ya mencionado, se les preguntó por las razones para no solicitarlos o para no recibirla (F-21: “¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica?”). Había 9 categorías de respuesta que para algunos análisis se sintetizaron en cuatro grupos, siguiendo los atributos de la calidad: a) Razones distintas a la calidad: El caso era leve –No tuvo tiempo, b) Razones de accesibilidad: El Centro de atención queda lejos –Falta de Dinero, –No confía en los médicos, c) Razones de satisfacción (opiniones sobre la “calidad técnica”): Considera que el servicio es malo –Ha consultado antes por ese problema y se lo han resuelto., d) Razones de oportunidad: No lo atendieron –Muchos trámites para la cita.

Oportunidad de los servicios de salud. La población dio una calificación alta a la oportunidad de los servicios “formales” de salud o de atención médica: el 84.7% (intervalo: 83.8%–85.6%) los consideró oportunos, mientras que solo el 15.3% (intervalo 14.4%–16.2%) los encontró demorados (ver Cuadro N° 1). Esta observación también es válida para cada una de las categorías de las diversas variables incluidas en el estudio y con las cuales se puede segmentar la pobla-

ción: las personas con un permanente mal estado de salud fueron quienes en menor proporción (75,0%) encontraron oportunos los servicios, advirtiéndose que son muy pocas las categorías de variables en que la citada proporción cayó por debajo del 80.0%. También se debe indicar que la mayor parte de los intervalos de confianza tuvieron una longitud reducida en comparación con el porcentaje de oportunidad.

En un primer paso de la búsqueda de variables asociadas con la oportunidad, se analizaron las distribuciones de frecuencia bivariadas entre la oportunidad (oportuna-demorada) y cada una de las 31 variables independientes seleccionadas. Para ello se usaron proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% y pruebas Chi-cuadrado con un límite de aceptación del 5% en el nivel de significancia.

De esta manera se encontraron asociadas con la oportunidad las siguientes variables: la vinculación laboral (pertenecer a la población económicamente activa –PEA– ocupada o pertenecer al resto de la población), la actividad e inactividad económica, el estado de salud percibido, el tipo de enfermedad, la extensión de la incapacidad, el plan de salud utilizado, los motivos de solicitud de los servicios, la utilización de servicios odontológicos, la utilización de exámenes, el gasto en salud sin pagos de afiliación, el ingreso mensual individual antes de impuestos y las regiones (Cuadro N° 2).

Aunque sin fines predictivos, pero sí con el objetivo de encontrar, de una manera más confiable variables que pudieran estar asociadas con la oportunidad, en un segundo paso se usó el siguiente modelo de regresión logística:

$$Li = \ln [Pi/(1-Pi)] = b_0 + b_1 X_{1i} + b_2 X_{2i} + \dots + b_n X_{ni} + u_i$$



Cuadro N° 1
Solicitantes de servicios formales de salud según la oportunidad
de la atención, Colombia 1997

Oportunidad de la atención	Distribución de frecuencias	
	Cantidad	Proporción e intervalo de confianza del 95%
Oportuna	4.943	84.7 (83.8-85.6)
Demorada	895	15.3 (14.4-16.2)
Total	5.838	100.0

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. DANE, 1997. Cálculos del estudio.

Cuadro N° 2
Prueba Chi-cuadrado para oportunidad vs. variables estudiadas, Colombia 1997

Variables	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Nivel de significancia	Mejor categoría	Peor categoría
Ocupación	5,746	1	0,017	Resto	Ocupado
Actividad	6,053	1	0,014	PEI	PEA
Estado de salud	100,001	2	0	Bueno y muy bueno	Malo
Enfermedad	8,741	1	0,003	No crónica	Crónica
Incapacidad	11,244	4	0,024	Sin incapacidad	7-15 días
Plan utilizado	32,422	4	0	Sólo plan o seguro	Solo entidad de afiliados
Motivos de solicitud	58,628	6	0	Ser mejor	Único
Utilización exámenes	5,218	1	0,022	No utiliza	Utiliza
Utilización servicios Odontológicos	6,132	1	0,013	Utiliza	No utiliza
Gasto en salud sin pagos de afiliación (en miles)	11,907	5	0,036	\$16,6-36,9	\$6,9-16,6
Ingreso mensual (en miles)	20,248	5	0,001	\$377,6 y más	\$101,0-199,9
Región	19,383	7	0,007	Bogotá	Oriental

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. DANE, 1997. Cálculos del estudio.

en el cual P_i era la probabilidad que, dado un conjunto de características (X) de los usuarios, estos indiquen que los servicios de atención médica son oportunos, y el complemento, $1-P_i$, la probabilidad que, dado ese mismo conjunto de características, los mismos usuarios digan que los servicios son demorados.

La regresión aplicada a las 5.838 personas enfermas que utilizaron los servicios, per-

mitió identificar algunos factores asociados con la oportunidad (Ver Anexo N° 1), según que los coeficientes de la regresión fueran significativos al nivel 0,05 o que sus intervalos de confianza de 95% no contuvieran al valor 1. No obstante, el coeficiente de determinación fue muy reducido ($R^2=0.0527$). La relación de probabilidades de que los servicios fueran oportunos frente a que fueran demorados debe aumentar si :



- La edad aumenta.
- El estado de salud es regular (en lugar de no regular).
- El estado de salud es malo (en lugar de no malo).
- Los servicios se usan por ser los mejores.
- Los servicios se usan por recomendación.
- Se usa la rehabilitación o terapia (en lugar de no usarla).
- Solo se usa el plan o el seguro o los recursos propios (en lugar de combinaciones).
- Se recibe algunos medicamentos (en lugar de todos o ninguno).
- Se pertenece a la población económicamente activa desocupada, a la población económicamente inactiva o a la población sin edad de trabajar (en lugar de la PEA ocupada).
- No se está afiliado a la Seguridad Social (en lugar de estarlo o no saber).
- Se reside en la región Oriental.

Estos resultados corroboraron algunos de los obtenidos previamente mediante el uso de la prueba Chi-cuadrado, y permitieron precisar, en algunos casos, su sentido. Se mantuvieron como factores el estado de salud, los motivos de consulta, el plan de salud utilizado, la vinculación laboral y la

región. Se agregaron como factores nuevos la edad, la utilización de rehabilitación o terapia, la entrega de medicamentos (que antes no se había explorado) y la afiliación a la seguridad social. Finalmente, de los factores previamente identificados desaparecieron la actividad e inactividad económica, el tipo de enfermedad, la extensión de la incapacidad, la utilización de servicios odontológicos, la utilización de exámenes, el gasto en salud sin pagos de afiliación y el ingreso mensual individual antes de impuestos.

Calidad (satisfacción) de los servicios de salud. La población también dio una calificación alta a la calidad de los servicios “formales” o de atención médica: el 82.7% (intervalo: 81.7%–83.7%) dijo que la calidad era buena, el 14.2% (intervalo: 13.3%–15.1%) que era regular y solo el 3,1% (intervalo: 2.7%–3.5%) que era mala (Cuadro N° 3). Como en el caso de la oportunidad, la calificación alta también se presentó en cada una de las categorías de las variables incluidas en el estudio y con las cuales se puede segmentar la población. Fueron muy pocas las categorías en las que la proporción cayó por debajo del 75,0%, siendo aquellos que sólo recibieron algunos de los medicamentos prescritos quienes en menor proporción, 73.8%, calificaron como de buena calidad los servicios. La mayor parte de los interva-

Cuadro N° 3
Solicitantes de servicios formales de salud según la calidad
(satisfacción) de la atención, Colombia 1997

Calidad de la atención	Distribución de frecuencias	
	Cantidad	Proporción e intervalo de confianza del 95%
Buena	4.825	82.7% (81.7% - 83.7%)
Regular	830	14.2% (13.3% - 15.1%)
Mala	183	3,1% (2.7% – 3.5%)
Total	5.838	100.0

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. DANE, 1997.
 Cálculos del estudio.



los de confianza tuvo una longitud reducida en comparación con la proporción de buena calidad.

En la búsqueda de variables asociadas con la calidad con base en pruebas Chi-cuadrado aplicadas a las distribuciones bivariadas entre la calidad (buena-regular-mala) y cada una de las 31 variables independientes seleccionadas, se encontraron asociadas, de acuerdo con un límite de aceptación del 5% en el nivel de significancia, las siguientes: la edad, la vinculación laboral (pertenecer a la PEA ocupada o pertenecer al resto de la población), el estado de salud percibido, el tipo de enfermedad, la extensión de la incapacidad, el plan de salud utilizado, los motivos de solicitud de los servicios, la utilización de servicios odontológicos, la utilización de rehabilitación o terapia, la entrega de medicamentos y el ingreso mensual individual antes de impuestos (Ver Cuadro N° 4).

Luego, y para efectos de encontrar variables más confiablemente asociadas con la calidad, se usó otra regresión logística cuya variable dependiente P_i era la probabilidad que, dado un conjunto de características X de los usuarios, éstos indiquen que los servicios de atención médica son de buena calidad, y el complemento, $1-P_i$, la probabilidad que, dado ese mismo conjunto de características, los mismos usuarios digan que los servicios son de regular o de mala calidad.

La regresión aplicada a las 5.838 personas enfermas que utilizaron los servicios, permitió identificar algunos factores que se asociaron con la calidad (Anexo No. 2), según que los coeficientes de la regresión fueran significativos al nivel 0,05 o que sus intervalos de confianza de 95% no contuvieran al valor 1. No obstante, también en este caso, el coeficiente de determinación fue muy reducido ($R^2=0.0439$). La relación de proba-

Cuadro N° 4
Prueba Chi-cuadrado para calidad (satisfacción)
vs. variables estudiadas, Colombia, 1997

Variables	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Nivel de significancia	Mejor categoría	Peor categoría
Edad	23,132	8	0,003	5-14 años	35-59 años
Ocupación	11,306	2	0,004	Resto	Ocupado
Estado de salud	93,989	4	0	Bueno, muy bueno	Malo
Enfermedad	9,199	2	0,01	No crónica	Crónica
Incapacidad	20,979	8	0,007	Sin incapacidad	16 o más
Plan utilizado	26,695	8	0,001	Sólo plan o seguro	Solo entidad de afiliados
Motivo de solicitud	65,495	12	0	Ser mejor	Único
Utilización servicios Odontológicos	9,056	2	0,011	Utiliza	No utiliza
Utilización rehabilitación	6,51	2	0,039	No utiliza	Utiliza
Entrega de medicamentos	47,053	6	0	Sin medición o sin información	Algunos medicamentos
Ingreso mensual (en miles)	37,137	10	0	Sin ingreso	\$101,0-199,9

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. DANE, 1997. Cálculos del estudio.



bilidades de que los servicios fueran de buena calidad frente a que fueran de regular o de mala calidad debe aumentar si:

- La edad aumenta.
- Se está afiliado a una ESS (en lugar de no estarlo).
- El estado de salud es regular (en lugar de no regular).
- El estado de salud es malo (en lugar de no malo).
- Los servicios se usan por ser los mejores.
- Los servicios se usan por recomendación.
- Se reciben algunos medicamentos (en lugar de todos o ninguno).
- Se está ocupado (en lugar de no estarlo).
- No se está afiliado a la Seguridad Social (en lugar de estarlo o no saber).
- Se reside en la región antioqueña.

Los resultados de la regresión corroboraron algunos de los obtenidos antes mediante la prueba Chi-cuadrado y también permitieron precisar su sentido. Se mantuvieron la edad, el estado de salud, los motivos de consulta, la entrega de medicamentos y la ocupación; se agregaron la entidad de afiliación, la afiliación a la seguridad social y la región, y desaparecieron el tipo de enfermedad, la extensión de la incapacidad, la utilización de servicios odontológicos, la utilización de rehabilitación o terapia, el plan de salud utilizado y el ingreso mensual individual antes de impuestos.

Relación entre oportunidad y calidad (satisfacción). Según los resultados obtenidos mediante el uso de las regresiones logísticas se encontraron siete factores comunes entre los nueve factores asociados con la oportunidad y los ocho asociados con la calidad, estos fueron:

- La edad.
- El estado de salud percibido.
- Los motivos de consulta.
- La entrega de medicamentos.
- La ocupación.
- La afiliación a la Seguridad Social.
- La región.

De estos siete, cinco influyeron sobre la oportunidad y la calidad en el mismo sentido, mientras que cambiaron los sentidos de la influencia de la ocupación y de la región. Estar ocupado se asoció con un mayor valor para el logaritmo de la relación entre la probabilidad que los servicios fueran de buena calidad y la probabilidad que fueran de regular o mala calidad, mientras que pertenecer al resto de la población se asoció con un mayor valor para el logaritmo de la relación entre la probabilidad que los servicios fueran oportunos y la probabilidad que fueran demorados. Por su parte, residir en Bogotá-Soacha implicó un mayor valor para el logaritmo referido a la calidad, mientras que residir en la región oriental implicó un mayor valor cuando ese logaritmo se refiere a la oportunidad.

Pero entre la oportunidad y la calidad hubo una importante asociación, como lo muestran los resultados de la prueba Chi-cuadrado. Es una asociación directa que indica que hay una mayor concentración proporcional de casos en las combinaciones de categorías buena-oportuna, mala-demorada y aún en la combinación regular-demorada (Cuadro N° 5).

Razones de no uso de los servicios formales de salud. Como se indicó antes, las nueve razones para no solicitar o no utilizar los servicios “formales” de salud o de atención médica se agruparon, de acuerdo con la clasificación de los atributos de la calidad enun-



Cuadro N° 5
Asociación de la oportunidad con la calidad
(satisfacción) de los servicios, Colombia 1997

Evaluación de la calidad de los servicios	Calificación de la oportunidad de los servicios					
	Número de personas			Proporciones		
	Oportuna	Demorada	Total	Oportuna	Demorada	Total
Buena	4.466	359	4.825	76,5 (75,4-77,6)	6,1 (5,5-6,8)	82,7 (81,7-83,7)
Regular	454	376	830	7,8 (7,1-8,5)	6,4 (5,8-7,1)	14,2 (13,3-15,1)
Mala	23	160	183	0,4 (0,2-0,6)	2,7 (2,3-3,2)	3,1 (2,7-3,5)
Total	4.943	895	5.838	84,7 (83,8-85,6)	15,3 (14,4-16,2)	100,0

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida: DANE, 1997. Cálculos del estudio.

Chi-cuadrado: Valor: 1.538,68; Probabilidad: 0,000; Grados de libertad: 02.

ciada en los fundamentos teóricos, en cuatro grandes categorías. Esto se debió no sólo a las necesidades propias del análisis, sino también a la necesidad de garantizar el suficiente número de casos en las celdas de las distribuciones bivariadas. Los grupos finalmente conformados fueron: razones distintas de la calidad, razones de accesibilidad, razones de satisfacción (opiniones sobre la "calidad técnica") y razones de oportunidad.

De las 1.719 personas que estuvieron enfermas y que podían haber usado los servicios "formales" de salud pero no lo hicieron, bien porque no los solicitaron o porque si lo hicieron no fueron atendidas, ante la pregun-

ta "¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica?", solo el 35.3% adujo razones no relacionadas con problemas en la calidad. Entre las otras razones, todas relacionadas con la calidad, el mayor peso correspondió a los problemas clasificables como de accesibilidad, 53.9% del total. Sin que sean despreciables, las razones relacionadas con la satisfacción y la oportunidad fueron las menos mencionadas, con el 6.0% y el 4.8%, respectivamente (Ver Cuadro N° 6).

Con excepción del sexo, las demás variables que se examinaron mostraron alguna asociación con las razones de no uso, según lo

Cuadro N° 6
Razones de no uso de los servicios formales de salud, Colombia 1997

Razones de no uso	Distribución de frecuencias	
	Cantidad	Proporción e intervalo de confianza del 95%
Razones distintas de la calidad	606	35.3% (33.0%-37.65)
Razones de accesibilidad	927	53,8% (51,4%-56,2%)
Razones de satisfacción	103	6,0% (4,9%-7,1%)
Razones de oportunidad	83	4,8% (3,8%-5,8%)
Total	1.719	100,00%

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida-DANE-1997. Cálculos del estudio.



indican los resultados de las pruebas Chi-cuadrado (Cuadro N° 7). Sin embargo, con el apoyo de otra regresión logística se pudo delimitar mejor el conjunto de factores asociados. Para ello se hizo una nueva y última agrupación de las razones inicialmente incluidas en la encuesta, de modo que se conformaron dos grandes grupos:

- Razones que son atributos de la calidad como la lejanía del centro de atención, la falta de dinero, la mala calidad del servicio, la no atención, la no resolutiveidad cuando se había consultado previamente por el mismo problema y la existencia de muchos trámites para conseguir las citas.
- Razones que no son atributos de la calidad como la levedad del caso, la falta de tiempo y la desconfianza en los médicos.

En este caso, P_i era la probabilidad que, dado un conjunto de características (X) de las personas que no usaron los servicios “formales”, ellas indicaran razones de no uso que fueran atributos de la calidad, y el complemento, $1-P_i$, era la probabilidad que, dado ese mismo conjunto de características, las mismas personas expusieran razones de no uso que no fueran tales atributos.

La regresión aplicada a las 1.719 personas enfermas que no utilizaron los servicios “formales”, permitió identificar un número limitado de nueve factores que se asociaron con las razones de no uso, según que los coeficientes de la regresión fueran significativos al nivel 0,05 o que sus intervalos de confianza de 95% no contuvieran al valor 1 (Cuadro N° 7). No obstante, es importante subrayar que también en esta regresión y aunque más alto que en los casos de la oportunidad y de la calidad, el coeficiente de determinación fue muy reducido ($R^2=0.1176$). El cociente de la probabilidad de que no se usaran los servi-

cios por razones que son atributos de la calidad frente a la probabilidad de que no se usaran por razones que no son atributos de la calidad debe aumentar si:

- La edad aumenta.
- Se está afiliado a una ESS (en lugar de no estarlo).
- Se está afiliado a un sistema especial de seguridad social (en lugar de no estarlo).
- El estado de salud es regular (en lugar de no regular).
- El estado de salud es malo (en lugar de no malo).
- El gasto mensual en afiliación aumenta.
- La incapacidad aumenta.
- El ingreso aumenta.
- Se reside en la región de Bogotá-Soacha.

La regresión permitió reducir notablemente el número de variables que pudieran tener asociación con las razones de no uso. Sin embargo, y aunque el análisis hecho mediante la regresión es más confiable por ser de carácter multivariado mientras que el efectuado mediante la prueba Chi-cuadrado se fundamenta en distribuciones bivariadas sin poder controlar los efectos causados por otros factores intervinientes, es importante mencionar que (anotaciones que también se aplican a los análisis de la oportunidad y de la calidad):

- ♦ En los dos métodos se definieron de modo distinto las categorías de la variable dependiente: cuatro agrupaciones para las pruebas Chi-cuadrado y dos para la regresión.
- ♦ Hubo cambios en las categorías de algunas de las variables independientes consideradas en los dos métodos.



Cuadro N° 7
Prueba Chi-cuadrado para razones
de no uso vs. variables estudiadas, Colombia 1997

VARIABLES estudiadas	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Nivel de significancia
Edad	89,849	12	0,000
Educación	175,333	18	0,000
Posición ocupacional	95,225	15	0,000
Actividad	34,45	9	0,000
Afiliación a la Seguridad Social	116,406	3	0,000
Entidad de afiliación	213,128	9	0,000
Régimen de afiliación	245,583	6	0,000
Incapacidad	161,902	6	0,000
Estado de salud	161	9	0,000
Recurso de salud utilizado	126,516	15	0,000
Gasto en afiliación	183,747	9	0,000
Gasto en salud con pagos de afiliación	77,109	15	0,000
Gasto en salud sin pagos de afiliación	81,548	15	0,000
Tamaño del hogar	28,557	12	0,005
Ingreso	88,744	15	0,000
Región	45,507	15	0,000

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida: DANE, 1997. Cálculos del estudio.

- ♦ En los dos métodos no se tomó en cuenta el mismo grupo de variables independientes en la medida en que, para el modelo de regresión, se hizo una selección de acuerdo con el conocimiento que se tenía en cuanto a los factores que pudieran influir en las razones de no uso y de acuerdo con los resultados de las correlaciones entre las mismas variables independientes.

Discusión y conclusiones

En 1997 cuando se realizó la Encuesta de Calidad de Vida, el país tenía 39.842.424 habitantes, de los cuales el 11,7% tenía algún problema de salud crónico y el 15,0% algún problema de salud no crónico (en los 30 días anteriores a la encuesta). El 40,3% de la población con enfermedad crónica y

el 73,8% de los enfermos no crónicos solicitó y obtuvo servicios «formales» de salud en los 30 días anteriores a la encuesta. El 57,1% de la población estaba afiliada a la Seguridad Social en Salud, cobertura que se componía en un 65,8% de afiliados al régimen contributivo y un 34,2% al régimen subsidiado. La afiliación era más alta entre la población urbana (61,0%) que entre la población rural (47,5%), y mayor entre los no pobres (61,1%) que entre los pobres (46,0%).

Fueron altas las calificaciones de la oportunidad y de la calidad (satisfacción) de los servicios “formales” de salud o de atención médica. Fue un poco más alta la proporción de personas que los encontró oportunos (84,7%) que la proporción que los calificó como de buena calidad (82,7%). La estricta



mala calidad solo fue mencionada por el 3.1% de la población. Estos resultados tienden a indicar que los servicios de salud producidos en el país corresponden a los estándares esperados por la población. Sin embargo, también cabe señalar la posibilidad de que, en relación con la oportunidad y, en alguna medida, en relación con la calidad (satisfacción), ese hecho pueda indicar que el instrumento de encuesta tenga poca capacidad para discriminar la percepción de los usuarios.

Los factores asociados con variaciones tanto en la oportunidad como en la calidad (satisfacción) fueron la edad, el estado de salud percibido, los motivos de consulta, la entrega de medicamentos, el estar ocupado, la afiliación a la seguridad social y la región de residencia. Dos de ellos, el estar ocupado y la región, no influyeron en el mismo sentido sobre la oportunidad y sobre la calidad (satisfacción). Otros dos, el usar servicios de rehabilitación o terapia y el plan de salud utilizado, se asociaron únicamente con la oportunidad, y uno más, la entidad de afiliación, se asoció solo con la calidad (satisfacción).

Entre la oportunidad y la calidad (satisfacción) hubo una asociación directa que se puede interpretar en dos sentidos: que la oportunidad y la satisfacción se presentan generalmente de manera simultánea, o que las preguntas con que se investigaron los dos temas no lograron diferenciarlos. Sin excluir lo primero, es posible que se haya presentado este último problema, dado que la oportunidad parece estar incluida, implícitamente, en la pregunta sobre la calidad (satisfacción).

El 64.7% de la población que estuvo enferma no utilizó los servicios de atención médica por razones asociadas con problemas en la calidad, y 83,3 % de los casos refirió dificultades asimilables con la accesibilidad

como la larga distancia hasta el oferente (accesibilidad “geográfica”), la falta de dinero (accesibilidad “económica”) y la falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”).

Las razones de no uso, entendidas como que se refieran o no a la calidad, se asociaron con siete factores: la edad, la entidad de afiliación, el estado de salud percibido, el gasto mensual en afiliación, los días de incapacidad, el ingreso y la región. Aquí las razones asociadas con la calidad son la lejanía del centro de atención, la falta de dinero, la mala calidad de los servicios, la falta de atención cuando se la solicita, la falta de resolutivez cuando previamente se ha consultado por el mismo problema de salud y los muchos trámites para conseguir las citas.

Si bien se lograron identificar algunos de los factores asociados con la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso, es importante señalar los bajos coeficientes de determinación alcanzados mediante las regresiones logísticas (R^2 de 0.0527, 0.0439 y 0.1176, respectivamente). Esto no permite afirmar que entre los factores estudiados no pueda haber una mejor asociación, sino que el modelo de regresión utilizado no logró captarla plenamente. Queda abierta la posibilidad de que al utilizar otros modelos se llegue a mejores resultados.

Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos y la revisión de los elementos metodológicos de la Encuesta de Calidad de Vida que se hizo en el transcurso del estudio, se recomienda:

Cubrir el importante margen de mejoramiento que aún existe en la prestación de servicios en relación con la oportunidad y la calidad (satisfacción).



Impulsar y mejorar el monitoreo de la calidad de los servicios en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Profundizar el estudio de la problemática de la calidad al interior del Sistema.

Contrastar los resultados de la percepción de los usuarios con mediciones “objetivas” de la calidad.

En estudios futuros, introducir ajustes en los instrumentos y demás herramientas con el fin de superar las ambigüedades y vacíos encontrados en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida.

En próximas evaluaciones, distinguir entre la evaluación de la calidad de los servicios propiamente dichos y la evaluación en el contexto de un sistema de aseguramiento en salud.

Bibliografía

American Medical Association, Council of Medical Service. *Quality of care*. JAMA, 1986.

Dane. 1997. *Documento Metodológico de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida*.

Dasgupta, P., & Weale, M. 1992. On measuring the quality of Life. *World Development*. Vol 20 (1).

Donabedian A. 1980. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.

———, 1996. *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly, P. 44.

Haas, B. 1999. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*. Vol 21 (6).

Lebow JL. *Evaluation of an outpatient pediatric practice through the use of consumer questionnaires*. Medical Care, P. 13.

Misión Social. *Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia: 1993-1997*. Bogotá, DNP, octubre de 1998.



ANEXO N° 1

REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA OPORTUNIDAD

Logit Estimates Number of obs = 5838

chi2(39) = 263.70

Prob > chi2 = 0.0000

Log Likelihood = -2369.1546 Pseudo R2 = 0.0527

F23A	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
C35	1.029884	.0173359	1.749 0.080	.9964609	1.064428
E02	1.012338	.0026823	4.628 0.000	1.007094	1.017609
F04B	1.20734	.217208	1.047 0.295	.8485802	1.717774
F04C	1.008237	.1430708	0.058 0.954	.7634414	1.331527
F04D	.7516743	.1122803	-1.911 0.056	.5608964	1.007342
F09B	.5019235	.0448517	-7.714 0.000	.4212835	.5979993
F09C	.2784576	.0362283	-9.827 0.000	.2157819	.3593381
F22B	1.239735	.193747	1.375 0.169	.912646	1.684052
F22C	.7966982	.1655435	-1.094 0.274	.5301824	1.197188
F22D	2.546893	.5307524	4.486 0.000	1.692884	3.831726
F22E	1.13382	.2768411	0.514 0.607	.7026011	1.829697
F22F	1.490059	.2747595	2.163 0.031	1.038117	2.138754
F22G	.9526272	.1709603	-0.270 0.787	.6701388	1.354195
F2501	1.120927	.1862188	0.687 0.492	.8094082	1.55234
F2502	1.143559	.1584818	0.968 0.333	.8715525	1.500457
F2503	.9297676	.0806811	-0.839 0.401	.7843518	1.102143
F2504	1.670094	.5754321	1.489 0.137	.8500783	3.281127
F2505	1.975359	.4826886	2.729 0.006	1.211551	3.220701
F2506	1.025412	.3302743	0.078 0.938	.5454253	1.927797
F26D	1.037437	.1329831	0.287 0.774	.8069581	1.333743
F26E	1.679881	.2784027	3.130 0.002	1.213979	2.324589
F29B	.6425205	.0820665	-3.463 0.001	.5002263	.8252917
F29C	.7964011	.0950189	-1.908 0.056	.6303397	1.006211
H04A	.7659053	.1783457	-1.145 0.252	.4852523	1.208878
H04B	.8189166	.1635738	-1.000 0.317	.5536269	1.211329
H04C	.7837457	.152771	-1.250 0.211	.5348788	1.148405
H04E	1.036527	.2238403	0.166 0.868	.6788307	1.582703
J17B	.878981	.1667998	-0.680 0.497	.6059702	1.274993
J17C	1.08701	.1523326	0.595 0.552	.8259373	1.430607
J17D	1.160622	.3457026	0.500 0.617	.6473696	2.080796
J17E	1.290873	.1538244	2.143 0.032	1.022002	1.63048
RCB	1.331417	.1742569	2.187 0.029	1.030168	1.720758
REG1	.9343293	.1626733	-0.390 0.696	.6642014	1.314317
REG2	.6960163	.1179668	-2.138 0.033	.4992873	.9702604
REG3	1.02506	.1784443	0.142 0.887	.7287367	1.441876
REG4	.7906786	.165322	-1.372 0.170	.565353	1.105809
REG5	1.009043	.1694238	0.054 0.957	.7260866	1.402268
REG7	.9195883	.1991312	-0.387 0.699	.601549	1.405775
REG8	.7830452	.2005617	-0.955 0.340	.4739889	1.293616



Variable de respuesta (dependiente)

F23A (Oportuna=1, Demorada=0)

Variables independientes

C35 Personas en el hogar (continua)
 E02 Edad (continua)
 F04B (ESS=1, Otro=0)
 F04C (Sist. especiales de salud=1, Otro=0)
 F04D (Ninguna entidad de Seg. Social=1, Otra=0)
 F09B (Regular estado de salud=1, Otro=0)
 F09C (Estado de salud malo=1, Otro=0)
 F22B (Acudió por cercanía=1, Otro=0)
 F22C (Acudió por ser único en la región=1, Otro=0)
 F22D (Acudió por ser el mejor=1, Otro=0)
 F22E (Acudió por remisión=1, Otro=0)
 F22F (Acudió por recomendación=1, Otro=0)
 F22G (Acudió por ser el más barato=1, Otro=0)
 F2501 (Sí utilizó med. general o especial=1, No=0)
 F2502 (Sí utilizó odontología=1, No=0)
 F2503 (Sí utilizó exámenes=1, No=0)
 F2504 (Sí utilizó cirugía ambulatoria=1, No=0)
 F2505 (Sí utilizó rehabilitación o terapia=1, No=0)
 F2506 (Ningún servicio=1, Algún servicio=0)
 F26D (Utilizó alguna combinación de plan=1, Otro=0)
 F26E (Utilizó solo el plan o seguro de salud o rec. Propios=1, Otro=0)
 F29B (Recibió algunos medicamentos formulados=1, Otro=0)
 F29C (No recibió medicam. formulados o no le formularon=1, Otro=0)
 H04A (Ningún nivel educativo=1, Otro=0)
 H04B (Preesc o prim= 1, Otro=0)
 H04C (Secundaria=1, Otro=0)
 H04E (No aplica (menores de 5 años)=1, Otro=0)
 J17B (Jornalero o empleado=1, Otro=0)
 J17C (Prof. o trabaj. indep. o patrón=1, Otro=0)
 J17D (Trabajador familiar sin rem.=1, Otro=0)
 J17E (No trabajó o no aplica=1, Otro=0)
 RCB (Sin afiliación a la Seguridad Social=1, Otro=0)
 REG1 (Atlántica=1, Otra=0)
 REG2 (Oriental=1, Otra=0)
 REG3 (Pacífica=1, Otra=0)
 REG4 (Central=1, Otra=0)
 REG5 (Antioquia=1, Otra=0)
 REG7 (Orinoquia=1, Otra=0)
 REG8 (San Andres=1, Otra=0)



ANEXO N° 2

REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA CALIDAD (SATISFACCIÓN)

Logit Estimates Number of obs = 5838

chi2(33) = 236.41

Prob > chi2 = 0.0000

Log Likelihood = -2575.5733 Pseudo R2 = 0.0439

F24A	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
E02	1.004866	.0024466	1.994 0.046	1.000082	1.009672
F04B	1.417251	.2447136	2.020 0.043	1.010349	1.988025
F04C	1.107858	.1484614	0.764 0.445	.8519554	1.440628
F04D	1.081562	.1372123	0.618 0.537	.8434585	1.38688
F09B	.5931711	.0496642	-6.238 0.000	.5033983	.6989534
F09C	.3863081	.0479206	-7.667 0.000	.3029313	.4926329
F22B	1.059712	.131551	0.467 0.640	.8308466	1.35162
F22C	.8599522	.1650268	-0.786 0.432	.5903734	1.252627
F22D	2.495432	.437047	5.221 0.000	1.770383	3.517419
F22E	1.476428	.3528784	1.630 0.103	.924205	2.358612
F22F	1.844102	.2940671	3.838 0.000	1.349116	2.520697
F22G	.9258205	.1418281	-0.503 0.615	.685693	1.25004
F2501	.8818657	.1378965	-0.804 0.421	.649084	1.19813
F2502	.9730206	.1244698	-0.214 0.831	.7572433	1.250284
F2503	1.036922	.0862448	0.436 0.663	.8809442	1.220517
F2504	1.259148	.386303	0.751 0.453	.6901298	2.297328
F2505	1.262526	.2631949	1.118 0.263	.8390601	1.899712
F2506	.5604656	.1603146	-2.024 0.043	.3199431	.9818047
F29B	.5772528	.0671725	-4.722 0.000	.4595314	.7251317
F29C	.9174277	.1000845	-0.790 0.430	.7408191	1.136139
H04A	1.167526	.243928	0.741 0.458	.775224	1.758351
H04B	.9085711	.1556756	-0.560 0.576	.6494012	1.271173
H04C	1.037075	.1760232	0.214 0.830	.7435933	1.446389
H04E	1.253947	.2386485	1.189 0.234	.8635356	1.820866
J03A	.7321084	.0607307	-3.759 0.000	.6222509	.861361
RCB	1.264408	.1521852	1.949 0.051	.998702	1.600806
REG1	.9101579	.1408922	-0.608 0.543	.6719717	1.232771
REG2	.9166366	.1427185	-0.559 0.576	.6755645	1.243734
REG3	.975053	.1509648	-0.163 0.870	.719845	1.32074
REG4	1.031836	.1629341	0.198 0.843	.7571817	1.406117
REG5	1.389688	.2141823	2.135 0.033	1.027373	1.879779
REG7	.8847804	.1716558	-0.631 0.528	.6049149	1.294126
REG8	.8790517	.2096795	-0.540 0.589	.5507798	1.402978



Variable de respuesta (dependiente)

F24A (Buena calidad=1, Regular o mala calidad=0)

Variables independientes

E02 Edad (continua)

F04B (ESS=1, Otro=0)

F04C (Sist. especiales de salud=1, Otro=0)

F04D (Ninguna entidad de Seg. Social=1, Otra=0)

F09B (Regular estado de salud=1, Otro=0)

F09C (Estado de salud malo=1, Otro=0)

F22B (Acudió por cercanía=1, Otro=0)

F22C (Acudió por ser único en la región=1, Otro=0)

F22D (Acudió por ser el mejor=1, Otro=0)

F22E (Acudió por remisión=1, Otro=0)

F22F (Acudió por recomendación=1, Otro=0)

F22G (Acudió por ser el más barato=1, Otro=0)

F2501 (Sí utilizó med. general o especial=1, No=0)

F2502 (Sí utilizó odontología=1, No=0)

F2503 (Sí utilizó exámenes=1, No=0)

F2504 (Sí utilizó cirugía ambulatoria=1, No=0)

F2505 (Sí utilizó rehabilitación o terapia=1, No=0)

F2506 (Ningún servicio=1, Algún servicio=0)

F29B (Recibió algunos medicamentos formulados=1, Otro=0)

F29C (No recibió medicam. formulados o no le formularon=1, Otro=0)

H04A (Ningún nivel educativo=1, Otro=0)

H04B (Preesc o prim= 1, Otro=0)

H04C (Secundaria=1, Otro=0)

H04E (No aplica (menores de 5 años)=1, Otro=0)

J03A (Ocupados=1, Resto de la población=0)

RCB (Sin afiliación a la Seguridad Social=1, Otro=0)

REG1 (Atlántica=1, Otra=0)

REG2 (Oriental=1, Otra=0)

REG3 (Pacífica=1, Otra=0)

REG4 (Central=1, Otra=0)

REG5 (Antioquia=1, Otra=0)

REG7 (Orinoquia=1, Otra=0)

REG8 (San Andres=1, Otra=0)



ANEXO N° 3

REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA RAZONES DE NO USO

Logit Estimates Number of obs = 1719

chi2(21) = 272.62

Prob > chi2 = 0.0000

Log Likelihood = -1022.3594 Pseudo R2 = 0.1176

F21A	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
E02	1.008624	.0028796	3.008 0.003	1.002996	1.014284
F04B	.4053122	.0569849	-6.423 0.000	.307691	.5339056
F04C	.6130815	.1204497	-2.490 0.013	.417144	.9010531
F04D	.9492329	.1548661	-0.319 0.749	.6894462	1.306908
F09B	.2067452	.0494682	-6.588 0.000	.1293502	.3304483
F09C	.3770884	.0859669	-4.278 0.000	.2412071	.5895168
F19	1.039003	.0124598	3.191 0.001	1.014867	1.063713
F2501	.4833805	.3394223	-1.035 0.301	.1220643	1.91421
F2502	.2630044	.1902668	-1.846 0.065	.063705	1.085807
F2503	1.269918	.8313451	0.365 0.715	.3519987	4.581527
F2505	1.420546	1.990438	0.251 0.802	.0911528	22.13811
F2506	.2569465	.1943701	-1.796 0.072	.0583367	1.131732
GMSS	.9999689	.0000137	-2.273 0.023	.9999421	.9999957
ICAI	.9999992	3.60e-07	-2.191 0.028	.9999985	.9999999
REG1	.6401893	.1824535	-1.565 0.118	.3661985	1.119181
REG2	.8837211	.240918	-0.453 0.650	.51792 1	.507884
REG3	.8800389	.256188	-0.439 0.661	.4974033	1.557023
REG4	.8378684	.2433024	-0.609 0.542	.4742438	1.480301
REG5	.9532963	.2660236	-0.171 0.864	.5516892	1.647257
REG6	.3495487	.1252375	-2.934 0.003	.1731953	.705471
REG7	.2772373	.2431136	-1.463 0.143	.0497073	1.546262

Variable de respuesta (dependiente)

F21A (Centro lejos -falta dinero -servicio malo -no lo atendieron -consultó antes sin solución -muchos trámites=1, Otras=0)

Variables independientes

E02 Edad (continua)

F04B (ESS=1, Otro=0)

F04C (Sist. especiales de salud=1, Otro=0)

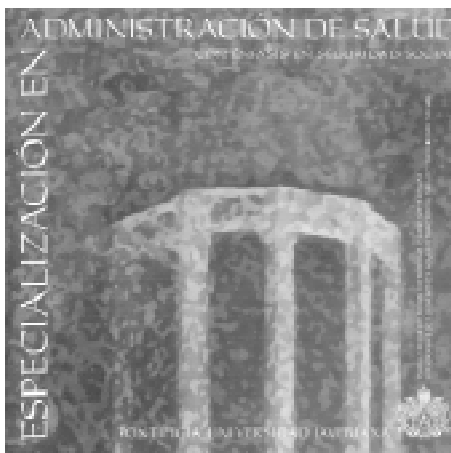
F04D (Ninguna entidad de Seg. Social=1, Otra=0)

F09B (Regular estado de salud=1, Otro=0)



- F09C (Estado de salud malo=1, Otro=0)
F19 Días de incapacidad (continua)
F2501 (Sí utilizó med. general o especial.=1, No=0)
F2502 (Sí utilizó odontología=1, No=0)
F2503 (Sí utilizó exámenes=1, No=0)
F2505 (Sí utilizó rehabilitación o terapia=1, No=0)
F2506 (Ningún servicio=1, Algún servicio=0)
GMSS Gasto mensual en afiliación (continua)
ICAI Ingreso mensual antes de impuestos (continua)
REG1 (Atlántica=1, Otra=0)
REG2 (Oriental=1, Otra=0)
REG3 (Pacífica=1, Otra=0)
REG4 (Central=1, Otra=0)
REG5 (Antioquia=1, Otra=0)
REG6 (Bogotá-Soacha=1, Otra=0)
REG7 (Orinoquia=1, Otra=0)





PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 12 1933 Min. Gobierno



POSGRADOS

PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

www.javeriana.edu.co/passos

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

(Registro ICFES No. 170166106581100111100)

Duración

Cuatro semestres

Título que otorga

Magíster en Administración de Salud

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

(Registro ICFES No. 170153626581100111200)

Duración

Tres semestres

Título que otorga

Especialista en Administración de Salud con énfasis en Seguridad Social

Inscripciones

Octubre 1 a diciembre 7 de 2001

Enero 7 al 15 de 2002

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social

Calle 40 No. 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320 ext. 5426-5430

e-mail: ahernand@javercol.javeriana.edu.co

Bogotá D.C., Colombia