

ACTITUD DE LOS USUARIOS HACIA LA SATISFACCIÓN EN EL ACCESO A
LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA. DICIEMBRE DE 2008.

FREDDY ALBERTO MÉNDEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA MEDICINA
NEIVA
2008

ACTITUD DE LOS USUARIOS HACIA LA SATISFACCIÓN EN EL ACCESO A
LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA. DICIEMBRE DE 2008.

FREDDY ALBERTO MÉNDEZ LÓPEZ

Trabajo de grado como requisito para optar al título de
Médico Cirujano

Asesores:

DOLLY CASTRO BETANCURT
Enfermera, MgSc Salud Pública
Especialista en Epidemiología

GILBERTO ASTAIZA
Médico, Mg. Educación y Desarrollo Comunitario
Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA MEDICINA
NEIVA
2008

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, julio de 2008

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de grado está dedicado a mi familia.

A los que contribuyen en mi formación.

A los lectores.

Al Doctor Jesús Alberto Casadiego Patiño por su apoyo y confianza en la puesta a término de este proyecto.

A todos los que con su ayuda hicieron posible la realización de este estudio, en especial a Josefa, a Filipino y a Ruán.

Freddy Alberto M.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	21
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	23
1.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	25
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	26
2. OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GENERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3. JUSTIFICACIÓN	28
4. MARCO TEÓRICO	29
4.1 ACTITUD	29
4.1.1 Concepto de Actitud	29

	pág.
4.1.2 Componentes de la actitud	29
4.1.3 Escalas para medir la actitud	30
4.1.4 Características básicas de la actitud	32
4.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	32
4.2.1 Concepto de Acceso a los servicios de salud	32
4.2.2 Dominios del Acceso a los servicios de salud	33
4.2.3 Principios del Acceso a los servicios de salud	34
4.2.4 Barreras para el acceso a los servicios de salud	37
4.2.5 Satisfacción en el acceso a los servicios de salud	39
5. HIPÓTESIS Y VARIABLES	43
5.1 HIPÓTESIS	43
5.2 VARIABLES	44
6. METODOLOGÍA	46
6.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE ESTUDIO	46

	pág.
6.2 ÁREA DE ESTUDIO	46
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
6.3.1 Población	46
6.3.2 Muestra	46
6.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO	47
6.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	47
6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
6.7 RECOLECCIÓN DE DATOS	49
6.8 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN.	49
6.9 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
7. RESULTADOS	51
7.1 FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS	51
7.2 ACTITUD	53
7.2.1 Componentes de la actitud	53

	pág.
7.2.2 Actitud	58
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
9. CONCLUSIONES	64
10. RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Consolidado estadístico del componente cognitivo.	55
Tabla 2. Consolidado estadístico del componente afectivo.	56
Tabla 3. Consolidado estadístico del componente conductual.	57
Tabla 4. Consolidado estadístico de la actitud.	59

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo Inicial de Aday y Andersen	22
Figura 2. Esquema de condiciones de acceso al Régimen Subsidiado de Salud en Colombia	38
Figura 3. Edad	51
Figura 4. Género	52
Figura 5. Nivel educativo	52
Figura 6. Estrato socioeconómico	53

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Dominios del concepto de "Accesibilidad"	34
Cuadro 2. Tipología de las modalidades de organización de los sistemas de salud.	35

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Descripción prueba piloto	70
Anexo B. Encuesta estructurada	71
Anexo C. Esquema de la escala de Likert	74
Anexo D. Cronograma de actividades	75
Anexo E. Presupuesto	76

RESUMEN

El trabajo de grado "*Actitud de los Usuarios Hacia la Satisfacción en el Acceso a los Servicios de Salud en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva*", hace referencia al grado de importancia que se le otorga a la vivencia del acceso a la atención médica por parte de la población usuaria de la institución mencionada.

La investigación se basa en un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, y con la clara concepción de que este tema no tiene precedente investigativo en la ciudad de Neiva.

Para la recolección de la información se aplicó una entrevista estructurada que evalúa las variables demográficas y la escala de Likert para determinar la actitud de los pacientes. Fue aplicado el cuestionario a 50 personas, que acuden a los servicios de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva.

Se evidencia que este grupo poblacional, pertenece en su mayoría a los estratos I y II, y se encuentra en el grupo etéreo de los 18 a 45 años de edad. El sexo femenino es un 72% y el masculino un 28%. También es claro que se trata de una población de bajo nivel educativo por cuanto la mayoría no han terminado los estudios de básica primaria ni de secundaria. Una escasa minoría ha realizado estudios técnicos y universitarios.

En general se resalta una actitud positiva en los componentes cognitivo y afectivo, con un 90.8% para el cognitivo y 80% para el afectivo. El componente conductual obtuvo una actitud neutra del 64,7%. La actitud general hacia la satisfacción en el acceso a los servicios de salud es favorable (78,5%, es decir, 3.9 puntos de la escala de Likert).

Se cree necesaria la formación y educación de la población objeto de estudio, con el fin de lograr una adecuada orientación de la misma en la consecución del acceso a los servicios de salud y en la generación de conductas y estilos de vida más saludables, así como a buscar el mejoramiento de la atención en salud por parte de la institución.

Palabras clave: actitud, satisfacción, acceso, componentes, cognitivo, afectivo, conductual.

SUMMARY

This investigation, "Attitude of the Users Toward the Satisfaction in the Access to the Services of Health in the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva", makes reference to the degree of importance that is granted to the experience of the access to the medical attention on the part of the user population of the above mentioned institution.

The investigation is based on a descriptive, quantitative, traverse study, and with the clear conception that this topic doesn't have investigative precedent in the city of Neiva.

For the gathering of the information a structured interview was applied that evaluates the demographic variables and Likert's scale to determine the attitude of the patients. The questionnaire was applied to 50 people that go to the services of External Consultation of the University Hospital of Neiva.

It is evidenced that this populational group, belongs in its majority to the I and II strata, and it is in the group of ages from the 18 to 45 years of age. The feminine sex is 72% and the masculine 28%. It is also clear that it is a population of low educational level since most has not finished the studies of basic primary neither the secondary. A scarce minority has carried out technical studies and university students.

In general a positive attitude is stood out in the cognitive and affective components, with 90.8% for the cognitive and 80% for the affective one. The conductual component obtained a neutral attitude of 64,7%. The general attitude toward the satisfaction in the access to the services of health is favorable (78,5%, 3.5 points out of the Likert's scale).

It's believed necessary the formation education of the population object of the study, with the purpose of achieving an appropriate orientation in the attainment of the access to the services of health and in the generation of behaviors and healthier lifestyles, as well as to look for the improvement of the attention in health on the part of the institution.

Key words: attitude, satisfaction, access, components, cognitive, affective, conductual.

INTRODUCCIÓN

Este estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, “*Actitud de los Usuarios Hacia la Satisfacción en el Acceso a los Servicios de Salud en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva*”, debe su origen e inspiración en la profundización y nueva aproximación a las ideas sobre el acceso a los servicios de salud que empezaron con Ronald Andersen en 1970 quien formulara el modelo de comportamiento del uso de los servicios de salud el cual ha sido sujeto de considerable aplicación, reprobación y alteración¹.

Lo que se pretende en este trabajo es aproximarnos al acceso a los servicios de salud a través de una característica propia de este proceso: la satisfacción que puede o no generar. Y dicha aproximación es, antes que medir el nivel de la misma, a determinar la actitud de los pacientes frente a ésta, a través del uso de la escala de Likert. Este acercamiento al tema tiene la limitación en cuanto a falta de precedentes investigativos mundial, ya que no se encontraron referencias a un enfoque similar de evaluar la actitud hacia la satisfacción en el acceso a los servicios de salud a través de un exhaustivo sondeo en internet, así como en nuestro ámbito local en Colombia y en la ciudad de Neiva.

El acceso a los servicios de salud es bastante complejo y se ha subdivido en tres etapas o dominios claros que se superponen, siendo la aproximación a la institución y la recepción de los servicios parte del dominio estrecho de este proceso, durante el cual tomó lugar la evaluación de esta investigación, para cumplir con el objetivo propuesto de determinar la actitud favorable o desfavorable hacia la satisfacción en este angosta parte del *continuum*. Así mismo se pretende identificar las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes de Consulta Externa del Hospital Universitario.

De esta manera, se puede inferir indirectamente el grado de importancia que le otorga a la vivencia del acceso a la atención médica por parte de la población surcolombiana, lo cual significará el comienzo de la comprensión de lo que verdaderamente piensan, sienten y hacen los pacientes de nuestra institución al respecto de la atención que se les ofrece. Este será un paso para afianzarnos en el mejoramiento del acceso a la atención en salud para nuestros pacientes a través de la retroalimentación de la información generada y prospectivamente llegar a realizar una medición de la satisfacción de los usuarios del Hospital.

¹ ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, No. 1 (Mar., 1995)

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los grandes cambios, las revoluciones culturales, las reformas políticas que una nación sufre durante su vida y que comprometen un bien común tan importante para la vivencia humana como es la salud siempre han tenido y tendrán una incidencia significativa en la sociedad: “Generando cambios en las diversas costumbres, formas de apreciar la vida, en los valores y por ende en los individuos y su comportamiento”².

Cuando fue sancionada la ley 100 de 1993, durante la reforma al sistema de salud colombiano, esta tenía como uno de sus principales propósitos y objetivo el de garantizar la equidad en términos de acceso, utilización y financiamiento de los servicios de salud. Es necesario evaluar el impacto que en este sentido se ha producido transcurridos catorce años de su implementación.

En el capítulo I de la mencionada ley, se formulaban unos principios generales que debían regir la prestación de servicios públicos esenciales, a saber, eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. De estos principios el que más nos interesa es el de universalidad, definido como la “garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”³ y su ratificación de “crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.”⁴

En propugna de la equidad en el acceso a los servicios de salud, para garantizar un uso racional de los mismos y para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud se instauraron los pago moderadores para los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es muy clara la ley 100 al respecto de que “en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema”⁵.

A pesar de la búsqueda de equidad en las reformas a los sistemas de salud esta no se ha conseguido; el mayor logro registrado en algunos países es el aumento de cobertura en programas y servicios básicos, y solo en una minoría de países de la región hay evidencias de que las reformas están contribuyendo a reducir las

² HERNÁNDEZ H., F. Á.; LEGUÍZAMO M., E. Valores y comportamientos sexuales de la mujer neivana. Trabajo de grado. Universidad Surcolombiana. Programa de Psicología. Neiva, 2004.

³ EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Cap. I, Art. 2o., b.

⁴ *Ibidem*, Cap. I, Art. 152

⁵ *Ibidem*, Cap. II, Art. 187

disparidades en distribución de recursos⁶. En la región continúan las desigualdades entre las personas con mayores ingresos y los pobres en términos de oferta de servicios y profesionales, acceso a los mismos, así como en el estado de salud. Almeida C.⁷, destaca que las inequidades en el acceso y utilización de los servicios son mayores que aquellas existentes en el estado de salud, pero menores que las relativas al gasto privado. En general se reconoce que “los grupos de renta más baja se enferman más y utilizan menos los servicios que los grupos de mejor renta”. La puesta en marcha de las reformas en muchos de los países de América Latina ha perpetuado el fraccionamiento de los sistemas de salud sin logros reales en términos de eliminación de las inequidades y al contrario en muchos casos provocando profundización de las brechas existentes.

En términos de cobertura, el principio de la equidad queda muy malparado; el balance del Documento CONPES no muestra resultados definitivos en este sentido: a diciembre del 2001, sólo 56% de la población estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 30.3% al régimen contributivo y 25.7% al subsidiado⁸, adicionalmente hay evidencias de una disminución en la cobertura del sistema en el período comprendido entre 1997 (57.2%) y el año 2000 (52.3%) con mayores repercusiones para los quintiles de ingreso más pobres en los cuales la cobertura es menor⁹. Respecto al régimen subsidiado, el sistema de identificación ha mostrado problemas, por ejemplo en el año 2000, 26'014.133 de habitantes (61.5% de la población total) del país vivían bajo la línea de pobreza según el PNUD¹⁰, de estos sólo 10'507.410 se encontraban afiliados al SGSSS y por lo tanto excluidos del mismo 13'792.333 de personas pobres. Un factor adicional que genera inequidad en el acceso y utilización de servicios en detrimento de los más pobres es el derivado de las diferencias y limitaciones entre los POS (Planes Obligatorios de Salud) de los regímenes, lo cual ha promovido un mayor gasto de bolsillo y utilización de servicios privados en esta población.

Los estudios sobre equidad en el acceso a los servicios de salud en Colombia no son concluyentes. A partir de una encuesta transversal aplicada en 364 hogares en el año 2001, Martínez y cols.¹¹ encontraron diferencias consideradas inequidades en la necesidad, la consulta, el sitio al que se acude, el motivo para no consultar, la atención recibida y la utilización de servicios. Al estudiar los cambios en el logro de la equidad en el acceso a los servicios de salud con el

⁶ INFANTE A., DE LA MATA I., LÓPEZ ACUÑA, D. Reforma de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev. Panam. Salud Pública. Agosto, 2000. p. 18

⁷ ALMEIDA C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública, 2002.

⁸ Fuente: CONPES Social 057, Distribución del sistema general de participaciones. Bogotá, Enero de 2002.

⁹ HERNÁNDEZ A, VEGA R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1(1):48-73. 2001. p. 49

¹⁰ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2000). *Informe de Desarrollo Humano para Colombia*. Alfaomega Editores. Bogotá 2000.

¹¹ MARTÍNEZ P, RODRÍGUEZ L, AGUDELO C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista de Salud Pública* 3(1):13-39. 2001. p. 33

actual sistema de salud, Castaño y cols.¹² no encontraron diferencias. Los autores compararon dos períodos, uno prerreforma y otro posterior a la misma –a partir de la información de la Encuesta Nacional de Caracterización Sociodemográfica (Casen) del DNP de 1993 y la Encuesta de calidad de vida DANE de 1997. No se encontraron diferencias significativas en la probabilidad de utilizar un servicio de salud entre quienes manifestaron tener un problema de salud en los treinta días previos a la encuesta. Esta probabilidad fue de 0.71 en 1993 y de 0.73 en 1997 ($p>0.05$). Por quintiles de ingreso, las diferencias encontradas tampoco mostraron diferencias significativas.

Algunos autores realizan un balance positivo al respecto. Céspedes y cols.¹³ compararon la encuesta Casen del DNP de 1993 y la Encuesta de calidad de vida DANE de 1997, para ello hicieron una transformación de algunas variables y evaluaron la equidad basados en la cobertura del aseguramiento para dos momentos pre y post reforma; concluyen que el actual sistema ha contribuido a eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios beneficiado a los más pobres. Encontraron aumento en la cobertura de la afiliación que pasó del 23% al 57% y en el aseguramiento de los hogares pertenecientes al primer decil de ingresos que aumentó de 3.1% en 1993 a 43% en 1997. Frente a estos resultados es importante destacar que la comparación en aseguramiento no está necesariamente mostrando un cambio en el acceso pues en el año 1993 el sistema de salud no estaba basado sobre una lógica de aseguramiento. Los indicadores de concentración en la utilización de los servicios de salud - componente del acceso real- no mostraron en este mismo estudio variaciones importantes aún después de ajustar por edad, género y necesidades.

Otro de los aspectos importantes que determina los procesos de acceso y utilización es el género, entendido como la construcción social de roles a partir de características biológicas. El género se constituye en un determinante clave en los procesos de acceso y utilización de servicios de salud. En el estudio sobre “equidad de género en el acceso”, Guarnizo (2003), halló diferencias en la necesidad, acceso y financiación, a todas luces inequidades, pues respondían a variables de sexo, edad, estado conyugal e ingreso y no a la necesidad. La necesidad en salud sentida o reportada que fue mayor para las mujeres, se incrementó entre 1994 y 2000 el total de consultas, pero se incrementó más rápidamente para las mujeres. Las mujeres incurrieron en más gastos de bolsillo para financiar las consultas y hospitalizaciones en los dos años bajo estudio. También es curioso ver que el hecho de ser soltero(a) representa una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud. En el 2000 el acceso a los servicios de salud estuvo más ligado al ingreso y las personas de los quintiles uno

¹² CASTAÑO R, ARBELÁEZ J, GIEDIÓN U, MORALES L. Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud. Naciones Unidas. CEPAL. Serie: Financiamiento del Desarrollo No 108. Santiago de Chile, 2001.

¹³ CÉSPEDES J, JARAMILLO I, MARTÍNEZ R y cols. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Revista de Salud Pública*, 2000.

y dos emplearon en mayor proporción los recursos propios o familiares como fuente de financiación de los servicios de salud¹⁴.

La satisfacción del usuario es, sin lugar a dudas, otra de las variables que afecta la utilización de los servicios de salud, pero también puede ser estudiada como variable dependiente, porque hay entre las dos variables causalidad reversa. Se sugiere que la satisfacción depende del contexto del proveedor de servicios y de las características individuales, habiendo por tanto mucha variabilidad.¹⁵ Existe una asociación inversa entre utilización y satisfacción. Esto puede significar que las personas que no quedan satisfechas con la atención deben consultar nuevamente, aumentando, por lo tanto, el número de consultas. Al contrario, quien queda satisfecho con la atención recibida no necesita volver a visitar médico, lo que disminuye el número de consultas en este grupo.

En el campo concreto de la utilización de los servicios de salud, el acceso a los mismos, constituye uno de los elementos cardinales del proceso de atención médica. A partir de este concepto general, el cual involucra la cadena de procesos conformada por la *necesidad de atención, el deseo de ser atendido, la búsqueda de atención, el inicio de la misma* y, finalmente, *su continuación*, se pueden distinguir tres dominios o alcances para estudiar el acceso: **estrecho**, el cual comprende *la búsqueda de atención y su inicio*; el **intermedio**, el cual, *además de lo anterior, agrega la continuación de la atención*; y el **amplio** que *adiciona el deseo de la atención y comprende entonces todo el proceso*.

Al considerar cada dominio del acceso se puede entrever lo siguiente: en el más estrecho se presume que existe cierta necesidad de atención médica y que la persona lo desea, centrándose en el análisis de los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de la misma. El dominio intermedio consiste en incluir los contactos continuados a lo largo de un episodio. Y cuando las causas del deseo de atención se consideran también como parte del alcance de la "accesibilidad", conformando el dominio amplio, estas abarcan fenómenos tales como las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor o la incapacidad.

Son entonces todas las observaciones y disquisiciones anteriores las que llevan a formular el siguiente interrogante: *¿Cuál es la actitud de los usuarios hacia la satisfacción en el dominio estrecho del acceso a los servicios de salud?*

¹⁴ GUARNIZO H., Carol Cristina. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud. Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. 2003. Pp. 89

¹⁵ MENDOZA-SASSI, R., UMBERTO BÉRIA, J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública v.17 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2001.

1.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Uno de los principales y primeros trabajos de investigación sobre el acceso a los servicios de salud fue el que realizó Ronald Andersen en 1970 donde formuló el Modelo de Comportamiento del Uso de los Servicios de Salud el cual ha sido sujeto de considerable aplicación, reprobación y alteración¹⁶. Este modelo había sido desarrollado desde los 60 para asistir en la comprensión de porqué las familias usan los servicios de salud, para definir y medir un acceso equitativo a la atención en salud, para ayudar en el desarrollo de políticas que promovieran un igual acceso servicios de salud. Es decir que trataba de integrar un número de ideas acerca de los “cómo” y los “por qué” del uso de los servicios de salud.

El modelo se enfocaba originalmente en la familia como la unidad de análisis, debido a que el cuidado médico que un individuo recibe es mayormente una función de las características sociales, demográficas y económicas de la familia como una unidad. Sin embargo, en el desarrollo de este modelo se cambió después al individuo como unidad de análisis debido a la dificultad de desarrollar medidas al nivel de la familia que tengan en cuenta el potencial de heterogeneidad de los miembros de la misma, por ejemplo, una medida resumen del “estado de salud de la familia”. Es más eficiente vincular características familiares al individuo como unidad de análisis. El modelo fue inicialmente diseñado para explicar el uso formal y personal de servicios de salud más que en enfocarse en las importantes interacciones que toman lugar mientras reciben la atención, o en los resultados en salud.

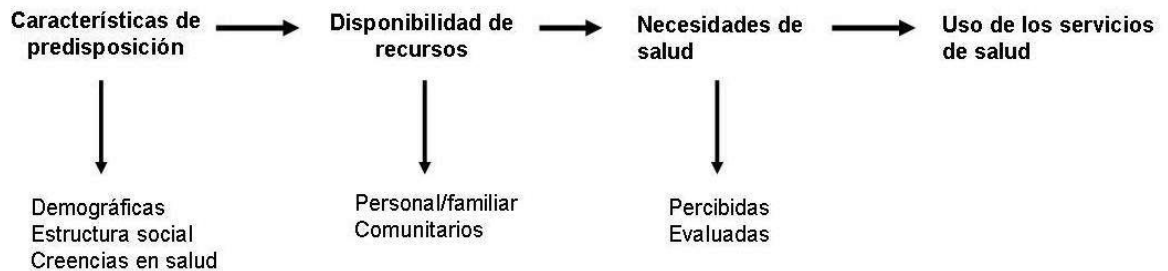
El modelo inicial de comportamiento sugiere que el uso de los servicios de salud por las personas es una función de su predisposición para usar servicios, de los factores que facilitan o impiden el uso, y de su necesidad de atención (ver figura 1). Había una pregunta y era si se suponía que el modelo era para predecir o para explicar el uso.

Las características predisponentes al uso de los servicios de salud: comprende las características demográficas, la estructura social y las creencias frente a la salud. Las características demográficas, tales como la edad, el sexo, y el estado civil conllevan a una mayor probabilidad de utilización de los servicios de salud. La estructura social, se refiere a los factores que determinan el status de una persona dentro de una comunidad, y tiene que ver con la capacidad para identificar fuentes de recursos y manejar sus problemas, entre ellos se encuentran la educación, la ocupación, la etnia, la estructura y miembros de la familia, la integración social. En cuanto a las creencias frente a la salud, corresponden a las actitudes, valores y

¹⁶ ANDERSEN, Ronald M. Op. Cit.

conocimientos que tienen las personas acerca de la salud y los servicios de salud, y que influyen sobre su percepción de necesidades.

Figura 1. Modelo Inicial de Aday y Andersen. Fuente: Andersen, 1995



Definitivamente el acceso a los servicios de salud se ve limitado por los bajos niveles de ingresos, educación y cobertura de seguros de salud. Esto es muy claro cuando la población que presenta las anteriores características ostenta el estatus de minoría de grupo, como por ejemplo la población hispánica de los Estados Unidos¹⁷.

En el estudio de Jenkinson et al¹⁸ del año 2002, que tuvo como objetivos determinar qué aspectos de la provisión de servicios de salud tienen más probabilidad de influir en la satisfacción de pacientes hospitalizados y que causan en este esmero y voluntad de recomendar los servicios del hospital a otros, y secundariamente, en qué grado la satisfacción es un indicador significativo de la experiencia del paciente sobre los servicios de salud, se halló que casi el 90% estaban satisfechos con su período de hospitalización. La edad y la evaluación global de la salud estaban débilmente asociadas con la satisfacción. Se determinó que los mayores determinantes de la satisfacción del paciente eran la comodidad física, el apoyo emocional, y el respeto por las preferencias del paciente. Sin embargo, muchos pacientes que reportaron satisfacción también indicaron problemas con el cuidado que recibieron. 55% de los que respondieron con satisfacción “excelente” indicaron problemas en 10% de los ítems del cuestionario aplicado.

¹⁷ ANDERSEN, Ronald; LEWIS, Sandra Z.; GIACHELLO, Aida L.; ADAY, Lu Ann; CHIU, Grace. Access to Medical Care among the Hispanic Population of the Southwestern United States. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 22, No. 1 (Mar., 1981)

¹⁸ JENKINSON, C.; COULTER, A.; BRUSTER, S.; RICHARDS N.; y CHANDOLA, T. *Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care*. Qual Saf Health Care 2002.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Debido a su interposición entre los usuarios y la adecuada recepción de servicios de salud por parte del sistema, la insatisfacción en el acceso a los servicios de salud representa un importante problema social que afecta a la salud pública.

El acceso a los servicios de salud está determinado por factores como la capacidad de pago, la distancia al sitio de atención, el estado de salud y la cultura. En ese contexto, el seguro facilita el acceso al remover las barreras financieras que impiden la búsqueda y utilización de servicios. El régimen subsidiado de salud colombiano (ley 100 de 1993) está inspirado en este propósito y cubre con un seguro de salud a la población de escasos recursos. Si bien la afiliación a la seguridad social muestra facilidades en el acceso, aún se presentan problemas referidos especialmente a pagos de bolsillo, distancia y organización de la oferta de servicios; además, existen dificultades para ampliar cobertura y sostener el plan de beneficios¹⁹.

En Colombia la falta de equidad económica y social ha sido una tendencia histórica debido principalmente a los modelos de desarrollo. Durante el proceso de industrialización y a partir de 1990 el modelo neoliberal han producido un conjunto de desigualdades²⁰ que se expresan en un coeficiente de Gini superior al 0.53 y la persistencia de una línea de pobreza superior al 50%²¹. Al tiempo, se ha incrementado el nivel educativo, sin lograr un avance sustancial más allá de los 7 años de escolaridad, han descendido las Necesidades Básicas Insatisfechas y ha mejorado el Índice de Desarrollo Humano. Nuestra sociedad ha sido por décadas presa de intensos choques redistributivos en cuyo saldo predominan los efectos negativos en términos de concentración de la riqueza, los ingresos y la pobreza. En consecuencia, numerosas evidencias indican que la equidad no ha sido una prioridad de los sucesivos gobiernos. Por lo general, las líneas de acción que han puesto en práctica los gobiernos para mitigar los problemas de equidad, han sido incorporadas en políticas públicas sociales marginales.²²

Pero Colombia sigue retrocediendo en materia de desarrollo y está entre los 10 países más inequitativos del mundo. Ya en el “Informe Mundial de Desarrollo

¹⁹ RESTREPO Z, J H; ECHEVERRI L, E; VÁSQUEZ V, J; RODRÍGUEZ A, S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. Gerencia y Políticas de Salud, junio, 2003, vol. 2, número 004. Pontificia Universidad Javeriana.

²⁰ AGUDELO C., Carlos A. Equidad en salud en Colombia. Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.

²¹ El coeficiente de Gini es un indicador de pobreza. Es una medida resumen del grado de desigualdad en la población y va de 0 (igualdad perfecta, es decir, no existe pobreza) a 1 (desigualdad total). Esta medida tiene la ventaja de reflejar la situación de todos los individuos. (*Nota del autor.*)

²² AGUDELO C., Carlos A. Op.cit.

Humano”, Colombia había ascendido entre el 2002 y el 2003 del puesto 68 al 64, descendió bruscamente en el 2004, para caer al puesto 73²³.

En el mismo informe el coeficiente Gini de nuestro país está entre los más altos del mundo. En el 2004, con 57,6, Colombia fue el noveno país más desigual, por debajo sólo de Brasil en América Latina y apenas superado por un puñado de países africanos. El 20 por ciento más pobre de la población pasó de recibir 3 por ciento del ingreso nacional en 1996 a 2,7 por ciento en 1999. De otra parte, las expectativas de una población, cuyo perfil predominante es de adulto joven – con una esperanza de vida al nacer de 68 para los hombres y 74 años para las mujeres, han sido severamente golpeadas por la crisis económica de los últimos 10 años. El PIB presentó un constante descenso desde 1997 y apenas ha logrado recuperarse, mientras el desempleo se acrecentó hasta niveles del 20% y ha descendido lentamente²⁴.

En este marco se dio la reforma del Sistema Nacional de Salud y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El diseño de este nuevo sistema creó dos regímenes de aseguramiento –contributivo y subsidiado- que consolidaron las desigualdades en el sistema de salud. A trece años de la reforma, es posible hacer un balance. Pueden ser considerados como efectos positivos del nuevo sistema de salud la contribución al mejoramiento en la distribución de ingresos, en especial sobre los ingresos de la población más pobre, el mejoramiento de la equidad en la financiación de la salud, el incremento del aseguramiento en salud, en especial en el régimen subsidiado y, el incremento de la afiliación al SGSSS y por tanto el mejoramiento de la distribución de la afiliación según ingresos. Como problemas amplios debemos destacar la ausencia de cobertura universal (un 48.3 % de la población total sin afiliarse, en el 2003), las desigualdades en los servicios en los dos regímenes, el crecimiento del gasto en salud sin que esto se traduzca en incremento de la cobertura ni mejore la distribución del mismo y las diferencias en el acceso y la utilización de los servicios.

Y la desigualdad persiste por cinco causas principales²⁵:

1. Acceso a la educación. El nivel de ingreso se asocia en gran medida con la profundidad de la escolarización, no es tener simplemente acceso a la educación básica y también preocupa la calidad;
2. Empleo y remuneración de trabajadores calificados y no calificados. Tratar que el máximo de la población tenga las competencias y conocimientos suficientes para acceder a mayores salarios.

²³ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2004). Informe de Desarrollo Humano para Colombia.

²⁴ Idem.

²⁵ CORTÉS, Armando. Inequidad, pobreza y salud. Revista Colombia Médica. ISSN 1657-9534 On line. Vol. 37 N° 3, 2006.

3. Ingreso familiar. Se ve menguado por el mayor número de hijos en núcleos de estrato bajo. Hay que reforzar los programas oficiales de planificación familiar que han perdido dinámica en los últimos años.
4. El estado no debe continuar promoviendo la desigualdad. A pesar de que el gasto público es excesivo y crece, no se orienta a los programa de mayor impacto. Las políticas tributarias desenfocadas y llenas de excepciones que favorecen precisamente a los que menos las necesitan.
5. Restringido acceso al sistema financiero y la falta de profundidad de los mercados, perpetúa la desigualdad; los microempresarios no son tenidos en cuenta por los mercados financieros.

“La ruta más expedita para salir de la pobreza es el desarrollo humano. Se debe crear un ambiente propicio para que las personas puedan explotar todo su potencial y contar con una oportunidad razonable para tener una vida productiva y creativa conforme a sus necesidades y posibilidades. Para impulsar el desarrollo humano debe haber acceso a servicios de salud y educación de buena calidad. Hasta que no se amplíe significativamente la cobertura y hasta que no se eleve su calidad, no vale la pena distraerse en formas más avanzadas del desarrollo humano. Si los gobiernos y la sociedad en general, no hacen un esfuerzo masivo y sostenido en favor de quienes viven en condiciones infrahumanas, será mucho más difícil y lento el avance del desarrollo humano de quienes viven en mejores condiciones. Si Colombia quiere tener prosperidad y justicia social en el futuro, requiere atender específicamente ciertos aspectos de la equidad entre sus zonas rurales y urbanas, entre sus regiones, entre grupos étnicos y entre hombres y mujeres en aspectos como el acceso a la educación, a la propiedad de la tierra y la distribución del ingreso.”²⁶

1.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y consistió en determinar la actitud de los pacientes hacia la satisfacción en el dominio estrecho del acceso a los servicios de salud en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en los pacientes que asistieron a solicitar los servicios de consulta externa de esta institución.

Para realizarlo se llevaron a cabo encuestas estructuradas. La recolección de los datos se llevó a cabo desde el 10 al 14 de diciembre de 2007.

²⁶ Idem.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la actitud de los usuarios hacia la satisfacción en el dominio estrecho del acceso a los servicios de salud?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la actitud de los pacientes de Consulta Externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva frente a la satisfacción en el dominio estrecho del acceso a los servicios de salud.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes de Consulta Externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
- Determinar el componente afectivo de los pacientes frente a la satisfacción.
- Determinar el componente cognitivo de los pacientes frente a la satisfacción.
- Determinar el componente conductual de los pacientes frente a la satisfacción.

3. JUSTIFICACIÓN

Para la mayoría de países de la región según los reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), las inequidades en el acceso a los servicios de salud persisten después de las reformas implementadas, estas existen entre distintos grupos sociales, género, entre regiones al interior de los países y entre los países²⁷.

El presente estudio nos mostrará la actitud de los usuarios hacia la satisfacción en el acceso a los servicios de salud de los usuarios del servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva; esto significa que se obtendrá información relevante sobre el acceso a la atención en salud a nivel local, así como de la caracterización sociodemográfica de esta población.

En los últimos años, el estudio de la satisfacción de la sociedad respecto a sus servicios de salud se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad. El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias.²⁸

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.²⁹

Por lo anterior, se está en condiciones de afirmar que esta investigación aportará datos útiles al país en general, a las instituciones de educación superior y todas las organizaciones vinculadas a la prestación de servicios de salud.

²⁷ ALMEIDA C. Op. Cit.

²⁸ CAMINAL, Josefina. *La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios*. Universidad Autónoma de Barcelona. Revista Calidad Asistencial 2001;16:276-279.

²⁹ Ibidem.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ACTITUD

4.1.1 Concepto de Actitud. Las actitudes desde un enfoque social son predisposiciones estables o formas habituales de pensar, sentir y actuar en consonancia con los valores. Son, por tanto, consecuencia de convicciones o creencias más firmes de que algo “tiene valor” y da sentido y contenido a la vida. Constituyen el sistema fundamental por el que se orientan y definen las relaciones y conductas con el medio. Integran lo social con lo individual, pues sintetizan en una persona determinada el proceso de influencia social sobre ella³⁰.

Según Rokeach, la actitud es una orientación aprendida o disposición hacia un objeto o situación, que proporciona una tendencia a responder de manera favorable o desfavorable hacia el objeto o situación³¹.

4.1.2 Componentes de la actitud³². Las actitudes constan de tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual.

El componente afectivo es el sentimiento o parte emotiva que imprime el individuo frente al estímulo, que puede ser favorable o desfavorable. Hace referencia a qué sienten las personas con respecto a los afectos y emociones que moviliza el objeto de actitud en el individuo, es decir, si se cree que hay mayor posibilidad de facilitar la obtención del objeto el sentimiento que genera es un afecto positivo que impulsaría hacia una disposición más clara para actuar hacia el objeto actitudinal.

El afecto incluye otros fenómenos tales como la preferencia, evaluaciones, estados de ánimo y emociones y emociones; las preferencias señalan formas de elección positiva o negativa derivadas de una evaluación; el estado de ánimo sería una evaluación sin un objeto determinado; las emociones serían una forma de afecto más compleja y se refieren a objetos muy determinados que conllevan un conjunto de evaluaciones y reacciones corporales características.

³⁰ MORALES, Francisco. Psicología Social. Mc Graw Hill. P. 495-524.

³¹ PAPALIA, Diane. Desarrollo Humano. Mc Graw Hill. 6 Ed. 1998. p. 430-431.

³² SIERRA ANDRADE, Carolina. Actitud frente a la sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad Surcolombiana de Neiva según género y actividad sexual. Trabajo de grado. Universidad Surcolombiana. Programa de Psicología. Neiva, 2002.

El componente cognoscitivo representa la información del estímulo que el sujeto adquiere en el medio social, constituyéndolo las creencias, los conocimientos y las formas de analizar.

Las creencias entonces se definen como la representación del conocimiento que se tiene acerca del mundo que en ocasiones son imprecisas o incompletas y no brindan en sí mismas una evaluación. Pueden ser de tres tipos:

- Creencias descriptivas. Son una certeza subjetiva que puede o no coincidir con la realidad objetiva.
- Creencias inferenciales. Se logran por medio de relaciones previamente aprendidas o mediante el uso de sistemas formales de codificación.
- Creencias informativas. Corresponde a la información procedente de los demás o que es dada a conocer por cualquier medio de difusión externa.

De esta forma la creencia se constituye en un elemento de complejo, basada en información adquirida tanto por experiencia directa, por relaciones interpersonales, por información de los medios de comunicación, como las reflexiones hechas por las personas respecto a aspectos de su vida y el entorno en el que se desenvuelven.

El componente conductual es una respuesta o acción del individuo frente al estímulo, que se basa en los dos primeros componentes. La ejecución de un comportamiento concreto depende del tipo de conducta, el objeto hacia el cual se dirige la misma, el lugar donde se lleva a cabo y del momento en que transcurre la acción.

La conformación de la actitud al sumar estos tres componentes y enfrentarlos con el objeto determina una posición positiva, negativa o neutra, que pueden variar en intensidad.

4.1.3 Escalas para medir la actitud³³. Las actitudes tienen diversas propiedades entre las que se destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), las cuales forman parte de la medición.

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: la escala de Thurstone, la escala de Guttman y el método de escalamiento de Likert.

La escala de Thurstone se basa en el ordenamiento de una serie de elementos, de tal forma que se establezca una gradación de intervalos regulares desde el polo negativo al positivo del elemento que se trate, donde cada enunciado representa

³³ PARDO, Graciela y CEDEÑO, Mariela. Investigación en Salud. Factores Sociales. Mc Graw Hill. 1997. p. 255-261.

diferente grado o fuerza de la actitud que se pretende medir. A cada ítem se le otorga un valor dentro de la escala y dicho valor numérico indica lo potente del enunciado.

La escala de Guttman se compone de un pequeño conjunto de enunciados homogéneos, aceptados como unidimensionales, y como tal sólo miden una variable. En esta existe una relación de crecimiento con adiciones sucesivas entre los enunciados y el puntaje total e las personas.

La escala de Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios correlacionados sobre un tema específico ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica. Las alternativas de respuesta indican cuánto se está de acuerdo con la información correspondiente. Sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido que se marquen dos o más opciones. El número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todas las afirmaciones.

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta, cuyas enunciaciones difieren así:

Totalmente (muy) de acuerdo	Aprobación plena	Definitivamente sí	Completamente verdadero
De acuerdo	Aprobación simple	Probablemente sí	Verdadero
Indiferente	Neutralidad	Indeciso (afirmación)	Ni falso ni verdadero
En desacuerdo	Desaprobación simple	Probablemente no	Falso
Totalmente (muy) en desacuerdo	Desaprobación plena	Definitivamente no	Completamente falso

Los pasos a seguir para la construcción de la escala son:

- 1 Definición de la variable a medir u objeto actitudinal.
- 2 Operacionalización de la variable, es decir, se determina como se habrá de medir y se señalan los indicadores.
- 3 Diseño de una cantidad suficiente de ítems favorables y desfavorables a la variable que se pretende medir. Weiers (1986) sugiere elaborar alrededor de 50

ítems, balanceando la escala con igual cantidad de enunciados favorables y desfavorables.

4 Depuración de la escala por medio de un estudio piloto con el propósito de seleccionar los ítems que habrán de integrarse a la versión final de la escala.

5 Administración de la versión final de la escala a las unidades de análisis que integran la unidad muestral del estudio.

6 Asignación de una puntuación a cada ítem de acuerdo al procedimiento descrito con anterioridad.

7 Obtención de la puntuación total de cada unidad muestral, reflejando la actitud global hacia la variable medida.

Para el desarrollo de este trabajo se elaborará y aplicará una escala de Likert.

4.1.4 Características básicas de la actitud. La actitud posee rasgos muy característicos en su estructura que la hacen diferente de otros rasgos mentales, dentro de los cuales se destacan:

1. **Direccionalidad:** la actitud implica un dirigirse hacia un objeto determinando en cierta medida el comportamiento.
2. **Adquirida:** se considera como el producto final del proceso de socialización.
3. **Estabilidad, consistencia y perfectibilidad:** el primer rasgo distintivo de las actitudes es su perdurabilidad, su resistencia al cambio caprichoso o a la versatilidad. Sin embargo todas las actitudes son flexibles, pueden modificarse por influencia externa y admiten revisiones críticas que hacen posible una dinámica de perfeccionamiento gradual. Una consecuencia práctica de considera las actitudes como predisposiciones altamente generalizadas es que al cambiar una actitud, también se debe ser capaz de producir muchos cambios específicos en la conducta observable.
4. **Polaridad afectiva:** la actitud está teñida de afectos de aceptación, rechazo, o una mezcla de ambos.
5. **Transferibles:** el poder de generalización de las actitudes permite que una de ellas abra su acción eficaz a muchos modos y objetos diversos.

4.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

4.2.1 Concepto de Acceso a los servicios de salud. En la noción de acceso, Daniels define tres ejes fundamentales a tener en cuenta: *la utilización de los servicios*, uno de los componentes más relevantes del acceso real; *la identificación y el peso de los obstáculos para la atención* –geográficos, organizativos, de disponibilidad, económicos- y *la preocupación por la equidad* –valorada según el enfoque, como uso según necesidad- satisfacción de los usuarios, o provisión de

un paquete de servicios básicos³⁴. Abedis Donabedian plantea que los usuarios de los servicios de salud se enfrentan con la posibilidad de quedar o no satisfechos con el servicio obtenido y, valga la redundancia, la satisfacción con el resultado del tratamiento, el que incluye la interpretación y el entendimiento de la entidad morbosas que lo lleva a la utilización del servicio médico.

En el campo concreto de la utilización de los servicios de salud, el acceso a los mismos, constituye uno de los elementos cardinales del proceso de atención médica. Para llegar a una conceptualización lo más adecuada posible es necesario diferenciar varios términos que en la práctica se usan simultáneamente como sinónimos entre ellos: *acceso*, *accesibilidad*, *disponibilidad* y *aceptabilidad*, conformando no sólo una discusión semántica, sino una clara ambigüedad al considerar la accesibilidad como una propiedad de los recursos para la atención a la salud, o de la población de usuarios potenciales de los servicios. En efecto, en el primer caso, Donabedian (1973) considera la accesibilidad como algo adicional a la mera presencia o “disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un momento dado” (Donabedian, A 1973).

Opuestamente, Salkever (1976), se refiere a una característica del paciente al entender la “accesibilidad” en “dos aspectos: a). *Accesibilidad financiera*, definida como la capacidad individual para costear la atención médica y, b). *Accesibilidad física*, como los costos de transporte, tiempo y búsqueda” (Salkever, DS. 1976) a lo anterior podríamos agregar la disponibilidad de un carné de afiliación a cualquier EPS o ARS dentro de cualquiera de los regímenes (subsidiado o contributivo) y en caso de no tenerlo, lo ya planteado, de contar con los recursos económicos para acceder a los mismos.

Según Julio Frenk (1985) el acceso puede entenderse como la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención, donde las características de los usuarios potenciales o reales de los servicios son el factor determinante. De otra parte, Aday y Andersen (1974) quieren reflejar características tanto del sistema de salud como de la población en riesgo³⁵; situación ratificada por Frenk (1985).

4.2.2 Dominios del Acceso a los servicios de salud. Julio Frenk afirma que desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa con la misma, se presenta una sucesión de acontecimientos en relación con la “accesibilidad”, entre los cuales se deben establecer diferentes tipos de *alcance* o *dominio* según las etapas que se consideren (cuadro No.1).

³⁴ DANIELS, N. Equity of access to health care (1985). Just health Care. Cambridge University Press.

³⁵ ADAY, L. A.; ANDERSEN, R., 1974. “A theoretical framework for the study of access to medical care”. En Health Services Research.

A partir de este concepto general, el cual involucra la cadena de procesos conformada por la *necesidad de atención, el deseo de ser atendido, la búsqueda de atención, el inicio de la misma* y, finalmente, *su continuación* (Frenk, 1985:440), se pueden distinguir tres dominios o alcances para estudiar el acceso: **estrecho**, el cual comprende *la búsqueda de atención y su inicio*; el **intermedio**, el cual, *además de lo anterior, agrega la continuación de la atención*; y el **amplio** que *adiciona el deseo de la atención y comprende entonces todo el proceso*.

Al considerar cada dominio del acceso se puede entrever lo siguiente: en el más estrecho se presume que existe cierta necesidad de atención médica y que la persona lo desea, centrándose en el análisis de los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de la misma. El dominio intermedio consiste en incluir los contactos continuados a lo largo de un episodio. Y cuando las causas del deseo de atención se consideran también como parte del alcance de la “accesibilidad”, conformando el dominio amplio, estas abarcan fenómenos tales como las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor o la incapacidad (Frenk, 1985).

Cuadro 1. Dominios del concepto de “Accesibilidad”

Necesidad de atención	Deseo de Atención	Búsqueda de Atención	Inicio de la Atención	Continuación de la Atención
		DOMINIO ESTRECHO		
		DOMINIO INTERMEDIO		
DOMINIO AMPLIO				

Fuente: Frenk, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. En: WHITE, Kerr L. OPS/OMS Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una antología. Publicación científica número 534. 1992.

4.2.3 Principios del Acceso a los servicios de salud. Así mismo, Frenk nos caracteriza los principios del acceso a los servicios de salud cuando propone una clasificación de las modalidades de organización de los sistemas de salud que resulta de considerar dos dimensiones fundamentales. La primera, el *grado de control del estado* sobre la producción de servicios de salud, que fundamentalmente refleja la relación del Estado con los prestadores. La segunda

dimensión, que se refiere a los *principios de acceso*, indica la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales³⁶. La clasificación resultante de modalidades de organización de la atención de la salud se muestra en el cuadro No. 2.

Cuadro 2. Tipología de las modalidades de organización de los sistemas de salud

Grado de control por el Estado	Principios de acceso de la población			
	Poder de compra	Pobreza	Prioridad socialmente percibida	Ciudadanía
Regulación	Atención privada	Beneficencia privada	Servicios de empresa	Seguro social (modelo alemán)
Financiamiento	-	<i>Medicaid</i> en EUA	Seguro social incipiente	Seguro nacional de salud
Prestación	-	Asistencia pública	Seguridad social (modelo latinoamericano)	Atención socializada (servicio nacional de salud)

Fuente: 2. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica. México. 1993. p115.

La tipología que propone Frenk se concentra únicamente en el eje central de los sistemas de salud, es decir, la relación entre prestadores, población y estado. Esto no significa que los otros actores no sean importantes, sino que sus diferentes formas de organización son compatibles con varios tipos de modalidad y, por lo tanto, no resultan esenciales para la clasificación.

Con respecto a la primera dimensión, sobre la relación con los prestadores de los servicios, Frenk señala que hay que distinguir al control estatal de la simple regulación. La regulación es sólo uno de tres mecanismos que el estado tiene a su disposición para intervenir en la atención a la salud. El estado también puede comprometerse en el financiamiento de servicios producidos por contratistas privados. En este caso, el estado es un comprador en el mercado de los servicios de salud. En otras ocasiones, el estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, de modo que los prestadores individuales son empleados públicos. En este caso, se convierte en productor dentro del mercado de servicios. La propiedad significa un grado más alto de

³⁶ FRENK, J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica; 1993:112-23.

control estatal que el mero financiamiento y este último incluye un mayor control que la sola regulación. Lo anterior representa una asociación concatenada entre los tres grados de control. De esta forma, cuando el estado participa directamente en la prestación de servicios, también lo hace en el financiamiento y en la regulación. Si un estado financia los servicios, también participa en su regulación. Cuando se limita a regular el mercado, entonces el financiamiento y la prestación quedan ambos a cargo de agentes privados.

Para tener una imagen completa de las modalidades es indispensable incorporar la otra dimensión, que se refiere a los principios de acceso que definen la relación del estado con la población. Estos principios determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos para la salud. Existen cuatro principios alternativos de acceso a los servicios de salud. El primero es *el poder de compra*. Este principio determina el acceso al mercado privado de servicios; su base ética es que los servicios de salud no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas al que se accede por medio del ingreso monetario. Por tanto, este principio postula que los servicios de salud pueden comprarse y venderse en el mercado privado; el único mecanismo para regular el acceso es el precio.

El segundo principio de acceso es el de *pobreza*. Según este principio, la atención a la salud se destina a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. Lejos de establecer una obligación pública, su fundamento es el interés político y la responsabilidad moral del estado por ayudar a los grupos más necesitados de la sociedad y, de esta manera, proteger también a los demás.

El acceso a los servicios, según el principio de *prioridad socialmente percibida*, consiste en beneficiar únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el estado como prioritarios, ya sea por que tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica, como los trabajadores industriales o los miembros del ejército. Una vez reconocida la prioridad de tales grupos, el estado establece una contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y al propio estado.

Finalmente, de acuerdo al principio de *ciudadanía*, el acceso a la atención de la salud no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país. Este principio surge de una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. El acceso universal a la atención de la salud se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Según esta concepción, la atención a la salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social.

Si el concepto de “accesibilidad” ha de tener su propio nicho empírico, debe referirse a un conjunto muy específico de fenómenos. Por tanto, el dominio de la

“accesibilidad” se restringe al proceso de buscar y recibir atención, el rango más estrecho posible; con todo, es claro que, aún dentro de ese dominio restringido, existen otros conceptos que deben diferenciarse del de “accesibilidad”, pertenecientes al proceso de atención médica.

Así mismo, se define la “utilización” como el consumo real de los servicios. Otro concepto es el de “resistencia”, definida como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención; los cuales se originan en los recursos para la salud.

Complementando el concepto de resistencia, usaremos “poder de utilización” para significar el conjunto de características de la población que permiten a ésta buscar y obtener atención: ejemplo de éstas, el precio del servicio y los ingresos de la persona, el tiempo en llegar a la fuente de los servicios y los recursos de transporte, el tiempo libre y el tiempo invertido en la sala de espera.

La noción de “resistencia” sirve para modificar el concepto de “disponibilidad” considerando la “disponibilidad” de los recursos como su disponibilidad corregida según la resistencia que se opone a la búsqueda y obtención de servicios. Esta distinción es importante, pues se puede argumentar que en la medida que se presentan obstáculos extremos para su uso, ciertos recursos no están totalmente disponibles. (Frenk, Julio; White, Kerr L. 1992).

4.2.4 Barreras para el acceso a los servicios de salud. Para definir el conjunto de fenómenos a los cuales se aplica la accesibilidad dentro de los modos contemporáneos de organización de las funciones de la atención médica, y siguiendo primordialmente el dominio intermedio, se puede aplicar el esquema de análisis propuesto por Aday y Andersen (1974) de acuerdo con los siguientes niveles: la política, el acceso potencial y el acceso real³⁷.

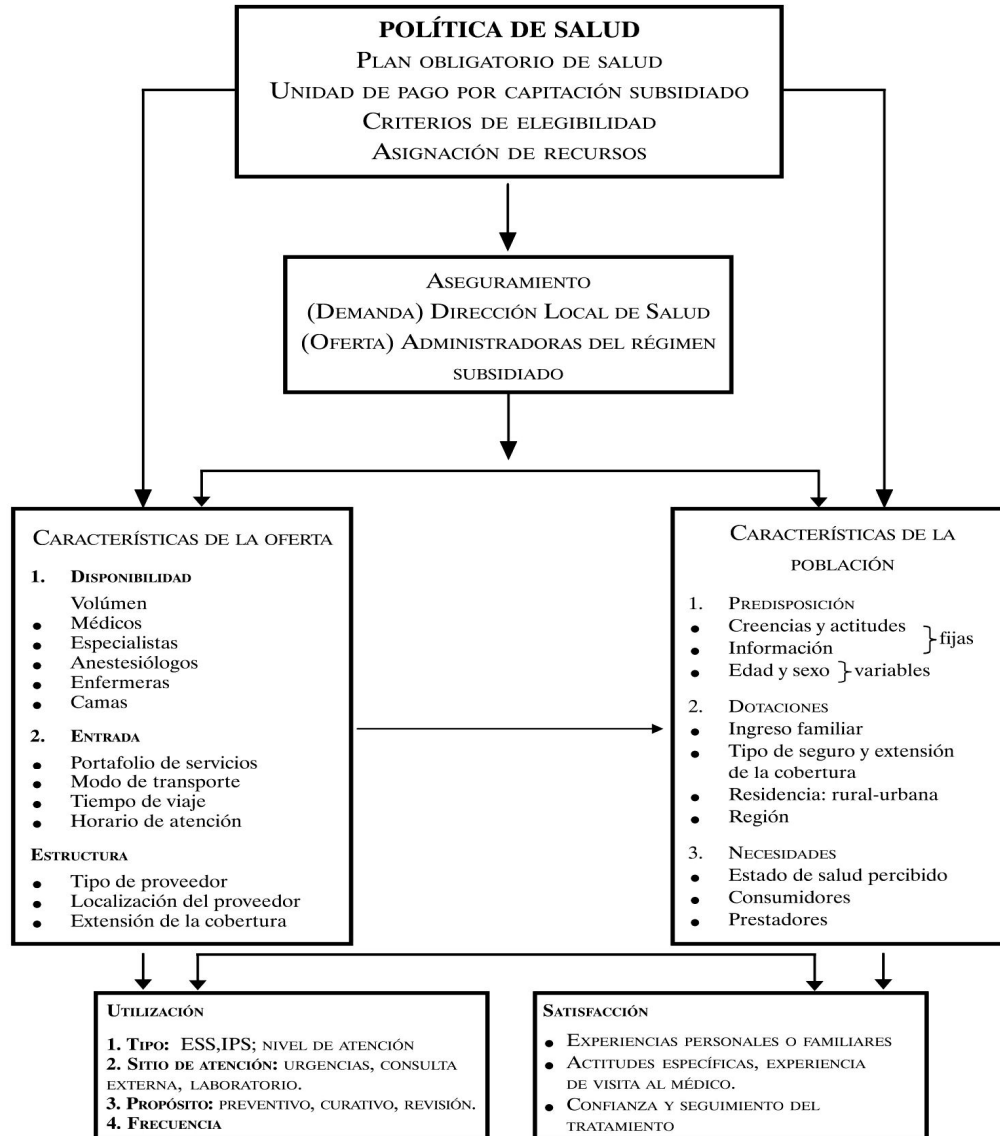
El primero, la política, se refiere a las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud, incluyendo la organización general del sistema de prestación, la asignación de recursos y la definición de beneficios y criterios de elegibilidad, entre otros aspectos; en el segundo nivel o acceso potencial, se aborda la interacción entre las características del sistema de salud (oferta de servicios) y las del individuo (demanda de servicios); y en el tercero, acceso real, se relacionan los determinantes objetivos (el tipo, sitio y propósito de la utilización de los servicios) y subjetivos de la utilización de servicios (la satisfacción). (Ver Figura 2)

Esta manera de abordar el problema permite identificar los factores que, en cada uno de los niveles de análisis, pueden constituir barreras para el acceso. Es así

³⁷ RESTREPO Z, J H; ECHEVERRI L, E; VÁSQUEZ V, J; RODRÍGUEZ A, S. Op. Cit.

como, si se considera la política, pueden darse barreras ante la falta de recursos o la mala asignación de los mismos, la definición que se haga del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios de dicho plan.

Figura 2. Esquema de condiciones de acceso al Régimen Subsidiado de Salud en Colombia.



Fuente: Restrepo Z, J H; Echeverri L, E; Vásquez V, J; Rodríguez A, S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. Gerencia y Políticas de Salud, junio, 2003.

En el caso del acceso potencial, del lado de la *oferta* se generan barreras en la organización de la prestación de servicios, las cuales pueden originarse en el contacto inicial, como obstáculos a la entrada o barreras ecológicas (la distancia que los pacientes deben recorrer para recibir servicios, el tiempo de viaje y las horas de disponibilidad del servicio); también existen barreras al interior, organizativas o de estructura, que tienen como elemento principal la fuente regular de servicios y determinan el tipo, sitio, volumen y continuidad del tratamiento recibido por un paciente, además de incluir los tiempos de espera en los que incurren los pacientes antes de conseguir la cita; finalmente, se tienen las barreras a la continuación del tratamiento o a la salida, otro aspecto de la estructura de entrega de servicios que está relacionada con las horas de atención y con la fuente regular de servicios.

Ahora, desde el componente de *demanda*, se consideran tres tipos de barreras: en la *predisposición*, las cuales se originan tanto en características individuales fijas (como edad y género), al igual que en características variables (como estado civil y enfermedades previas) como en la estructura social (tamaño familiar, empleo, nivel educativo y cultura); en un segundo caso, la *dotación*, se consideran como barreras al acceso la falta de ingreso o el ingreso o de un seguro de salud; y tercero, se considera que la *necesidad percibida* representa la causa más inmediata de acceso a los servicios, la cual puede expresarse a través del estado de salud percibido, la frecuencia de dolor, el número de síntomas y los días de incapacidad.

De igual manera, pueden identificarse barreras al acceso real que se vinculan básicamente con la continuidad del tratamiento médico, describiendo entonces los principales componentes de la utilización que en cierta medida se relacionan con las características propias de los recursos, como son el tipo, propósito y unidad de análisis. El tipo de servicios se puede relacionar con las características de los hospitales, profesionales y medicamentos, entre otros. Entre las características y prácticas de los proveedores que limitan la continuidad se pueden mencionar el dar poca información sobre la enfermedad, no explicar las formas de pago, no adoptar una actitud favorable hacia los pacientes y gastar poco tiempo con ellos.

4.2.5 Satisfacción en el acceso a los servicios de salud. La satisfacción del paciente no es un concepto claramente definido, a pesar de que típicamente parece representar actitudes hacia el cuidado o los aspectos del cuidado, en especial cuando se trata de la satisfacción de un paciente hospitalizado. Sin embargo las actitudes hacia los servicios no nos dicen mucho acerca de la naturaleza de estos. La evaluación de la satisfacción de los pacientes tiende a mostrar calificaciones muy positivas las cuales no son sensibles a problemas específicos en la calidad de la prestación de los servicios³⁸. Se ha argumentado que se debería investigar y tratar de medir las experiencias de los pacientes sobre

³⁸ JENKINSON, C.; COULTER, A.; BRUSTER, S.; RICHARDS N.; y CHANDOLA, T. Op. Cit.

su cuidado, y luego determinar cómo tales experiencias están relacionadas con la satisfacción.

La satisfacción se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial. Y el fenómeno de la satisfacción no pertenece por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable. Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico. Y esto no es casual. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo, estamos haciendo referencia a un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Constituyen puntos centrales sobre la satisfacción: la naturaleza subjetiva de la categoría satisfacción y las implicaciones metodológicas que supone su medición o conversión en un indicador de calidad.³⁹

Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: *“Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Cumplimiento del deseo o del gusto.”*⁴⁰ Al ser definida como la acción de satisfacer, pudiéramos aún observar qué significa satisfacer: *“Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar...Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme uno con algo o alguien”*⁴¹. Evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

1. La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
2. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada

³⁹ ZAS ROS, Bárbara. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Febrero, 2002. www.psicologiacientifica.com

⁴⁰ MICROSOFT ENCARTA 2006.

⁴¹ Ibidem.

provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irreplicable que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. No es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro.

De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestra institución de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interior de aquella institución.

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo, para la correcta determinación de los indicadores de esta variable:

1. Las variables intrasubjetivas del usuario (paciente).
2. Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

El usuario (paciente) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud. En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, "protestón" o amargado.

El supuesto dador (o el prestador de los servicios de salud), que es tradicionalmente donde se centran los estudios para evaluar la competencia profesional de muchos de los trabajadores de la salud, sin embargo, buenos profesionales de la salud pueden recibir una queja de un paciente muy exigente, o

de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto e instituido que no era lo que el mismo esperaba, o sencillamente de un paciente irrespetuoso u ofensivo.

También se puede considerar un principio elemental del funcionamiento psíquico humano: es muy difícil dar lo que no tenemos. Si estamos muy insatisfechos en nuestra vida y en nuestro trabajo, es muy difícil que podamos satisfacer al que acuda en nuestra ayuda. Mientras más satisfechos en su labor estén los que deben brindar una atención de calidad, más probabilidades existen de que se logre una atención satisfactoria.

La satisfacción en el acceso a los servicios de salud es, a la sazón, *la recepción favorable, confiada y con seguridad de ánimo por parte de los usuarios hacia la respuesta apropiada de la institución prestadora de servicios de salud a las expectativas razonables de los mismos cuando desarrollan el proceso de acceso a los servicios de salud, las cuales circunscriben las dimensiones de Oportunidad, Comodidad física, Participación de acompañante, Información y educación, Privacidad, Valoración de la práctica médica, y Voluntad de recomendación del servicio.*

Para efectos de este trabajo de investigación definiremos los sucesivos factores, fases o dimensiones del proceso de acceso a los servicios de salud, en su dominio estrecho, que a su vez son los determinantes directos y provocadores de un resultado que es valorado como positivo o no, como “satisfactor” o no.

1. **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
2. **Comodidad física:** Bienestar, seguridad y confort físico obtenido a través de las instalaciones de la institución por los pacientes.
3. **Participación de acompañante:** Asistencia y colaboración de un acompañante, pariente sanguíneo o amigo del paciente a la consulta.
4. **Información y educación:** Información que el médico da al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad, los exámenes, el tratamiento, promoción y educación en salud y sus derechos como paciente.
5. **Privacidad:** Necesidad de estar libre de alteraciones del orden y el devenir de los hechos de la consulta.
6. **Valoración de la práctica médica:** Apreciación de los pacientes hacia las actividades realizadas por el personal médico.
7. **Voluntad de recomendación del servicio:** Deseo autónomo del paciente de recomendar el servicio de consulta externa a terceros

5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

5.1 HIPÓTESIS

Las características sociodemográficas de los pacientes se relacionan con la actitud frente a la satisfacción en el dominio estrecho del acceso a los servicios de salud.

5.2 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	N.M. ⁴²	Índ. ⁴³
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES	Es el conjunto de condiciones sociales y atributos que permiten caracterizar la población usuaria del servicio de Consulta Externa	Edad	Años cumplidos de los pacientes adultos en el momento de la aplicación del instrumento	Número de años de edad cumplidos	R	%
		Género	Significado social a partir de las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres.	Masculino Femenino	N	%
		Nivel educativo	Distribución de los usuarios según los diferentes estudios realizados	◇Primaria incompleta ◇Primaria completa ◇Secundaria incompleta ◇Secundaria completa ◇Técnico ◇Universitario	O	%
		Estrato socioeconómico	Distribución de los pacientes según su poder adquisitivo	1 2 3 4 5 6	O	%

⁴² N.M.: Nivel de Medición.

⁴³ Índ.: Índice.

R: Razón. N: Nominal. O: Ordinal. %: Porcentaje.

VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	N.M.	Índ.
ACTITUD	Orientación aprendida o adquirida que proporciona una tendencia a responder de manera favorable o desfavorable ante una situación específica.	Componente afectivo	Es el sentimiento que registra el paciente frente al acceso a los servicios de salud, que puede ser favorable o desfavorable.	<i>Totalmente de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Totalmente en desacuerdo</i>	O	%
		Componente cognitivo	Es lo que el paciente cree o sabe del acceso a los servicios de salud	<i>Totalmente de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Totalmente en desacuerdo</i>	O	%
		Componente conductual	Es la respuesta o acción que ejecuta el paciente frente a la situación específica	<i>Totalmente de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Totalmente en desacuerdo</i>	O	%

6. METODOLOGÍA

6.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, ya que este “tiene como ventaja la precisión y la posibilidad de interpretar los datos, generando así, mayor credibilidad en los resultados; también supone la recolección sistemática de información, así como el análisis de la información mediante procedimientos estadísticos. Tiende a subrayar el papel del razonamiento deductivo, las reglas de la lógica y los atributos cuantificables de la experiencia humana”⁴⁴.

La estrategia abordada para dar respuesta al interrogante de la investigación consistió en un diseño de tipo descriptivo. En cuanto a este estudio no se pretendió hallar relaciones de causa efecto.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio, fue el servicio de Consulta Externa que brinda el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, el cual es un centro de tercer nivel que presta sus servicios a toda la población del departamento del Huila y otros departamentos aledaños como Putumayo, Caquetá, Cauca y Tolima.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.3.1 Población. Se constituye por los usuarios que asisten al servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva; el hecho de que asistan a este servicio de Consulta Externa indica que esta población busca acceder a los servicios de salud y en ellos es posible medir su actitud hacia la satisfacción en este acceso a los servicios de salud.

6.3.2 Muestra. Teniendo en cuenta que “la elección del tipo de muestreo se determina con base en los objetivos del estudio, el tipo de investigación y el alcance de las contribuciones que se piensan realizar”⁴⁵, se eligió el muestreo no

⁴⁴ HUNGLER, Polit. Investigación científica en ciencias de la salud. 5 Ed. México: Mc Graw Hill, 1995. p. 42.

⁴⁵ CABRERA, Delgado, Op. cit., p.244.

probabilístico, debido a que para la investigación es necesaria la escogencia de un grupo poblacional determinado, que corresponde sólo a los pacientes que asistieron al servicio de Consulta Externa, para poder indagar por la actitud frente a la satisfacción en el acceso a los servicios de salud, lo cual requería de la voluntaria colaboración de los usuarios para responder el cuestionario, como también la alfabetización necesaria para contestar la entrevista estructurada. Así mismo se constituye en un requisito de inclusión en este estudio el tener de 18 años de edad en adelante.

La muestra entonces se estableció de manera intencional, y correspondió a 50 pacientes mayores de dieciocho años, que asistieron al servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el mes de diciembre de 2007, quienes conociendo el objetivo del estudio, voluntariamente accedieron a responder el cuestionario.

6.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica de recolección de datos de la presente investigación es el *autoinforme* o *informe personalizado* que se usa en la mayor parte de los estudios en ciencias de la salud, los cuales “permiten que la información se obtenga por interrogatorio directo al sujeto sobre el tema de interés. El valor de este método radica en que es directo y versátil, pero su mayor desventaja radica en el riesgo de de registrarse distorsiones deliberadas o inconscientes por parte de los sujetos”.⁴⁶

Este autoinforme se delineó en un plan altamente estructurado a través de la aplicación de un cuestionario como instrumento de recolección de datos, mismo que contaba con dos módulos: el primero con las preguntas o reactivos para obtener la información sobre las características sociodemográficas de los sujetos y el segundo consta de la escala compuesta tipo Likert.

6.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del instrumento es comprendida como el grado con el cual un instrumento determina lo supuesto que se quiere medir. Por consiguiente la relación entre los objetivos del estudio y las preguntas, representan la validez de contenido de todo instrumento que se responda por escrito. La confiabilidad es el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto, objeto o situación produce iguales resultados.

⁴⁶ HUNGLER, Polit, Op. Cit., p.275.

En esta investigación, para que el instrumento aplicado contara con los requisitos anteriormente descritos, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: en primer lugar, para la elaboración del cuestionario, se utilizaron como guía, cuestionarios aplicados en investigaciones consideradas afines a esta y los cuales fueron la base para la elaboración del mismo; de estos se tuvieron en cuenta los aspectos necesarios de acuerdo con la población y las condiciones del estudio.

Así mismo, la elaboración y evaluación del segundo módulo del cuestionario, en lo correspondiente a la escala de Likert, fue guiada por Jairo Salazar, quien se desempeña como docente en el Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana. Inicialmente la escala de Likert constaba de 20 preguntas y se sugirió la omisión de 4 reactivos porque ese consideró que no eran necesarias o que estaban mal enfocadas, y podían causar confusión en los encuestados. Además se procuró que el lenguaje utilizado en algunas preguntas debía ser más sencillo. Por lo tanto, la escala de Likert quedó constituida por 16 preguntas. Todo este proceso fue llevado a cabo en conjunto con la aplicación de una prueba piloto con una población similar a la objeto de estudio con el fin de determinar si el instrumento era coherente con los objetivos de la investigación (ver anexo A).

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las investigaciones en ciencias del comportamiento o de la salud, generan un conflicto profundo frente a la necesidad de generar conocimiento y bienestar a la humanidad, sin perjudicar en algún grado, las personas o comunidades que se convierten en objetos de estudio. Por tal razón, existen reglamentos o normas con respecto a los conceptos éticos que se deben tener en cuenta para desarrollar investigaciones con la comunidad.

La metodología de esta investigación no representó ningún tipo de riesgo para la vida e integridad de los pacientes y el manejo de la información siguió las consideraciones éticas orientadas bajo los principios bioéticos de beneficencia, respecto a la dignidad humana y justicia, consagrados en el Informe Belmont de 1978, así como el derecho a la privacidad y a la intimidad contemplados en la Constitución Nacional.⁴⁷

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, para la realización de este estudio, se tuvieron presente las siguientes consideraciones éticas:

- Los participantes tuvieron conocimiento de los objetivos de la investigación.
- Los usuarios que participaron en el estudio lo hicieron de manera voluntaria.

⁴⁷ HUNGLER, Polit, Op. Cit., p.121.

- La encuesta fue totalmente anónima, por lo tanto se respetó la identidad y privacidad.
- La información recogida, fue utilizada solo con el fin de dar respuesta a la problemática planteada.

6.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo en los días 10 al 14 del mes de diciembre de 2007 en las instalaciones del servicio de consulta externa, ofreciendo información individual sobre el objetivo de la investigación y entregando la encuesta estructurada a cada sujeto para su inmediata resolución y se le brindó orientación en caso de necesitarla.

6.8 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Después de la recolección de datos, se procedió a ingresar cada una de las variables en un formato con las mismas características, diseñado en el programa Epi Info 3.2.2, con el objetivo de transferir los datos obtenidos a estadísticas epidemiológicas, gráficos y tablas, que permiten una mejor presentación y un mejor entendimiento al realizar el análisis de los resultados.

EPI-INFO es un programa diseñado por expertos del CDC de Atlanta, con el cual los profesionales de la salud pueden realizar investigaciones de forma más sencilla. Este programa se utiliza para la creación y manejo de bases de datos y aplicaciones estadísticas, lo cual constituye parte fundamental en el proceso de investigación, con dicho programa, médicos, epidemiólogos, y demás integrantes del sector salud han podido desarrollar de forma ágil cuestionarios, encuestas, formularios, entre otros, permitiendo la recopilación, introducción y análisis estadístico.

6.9 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

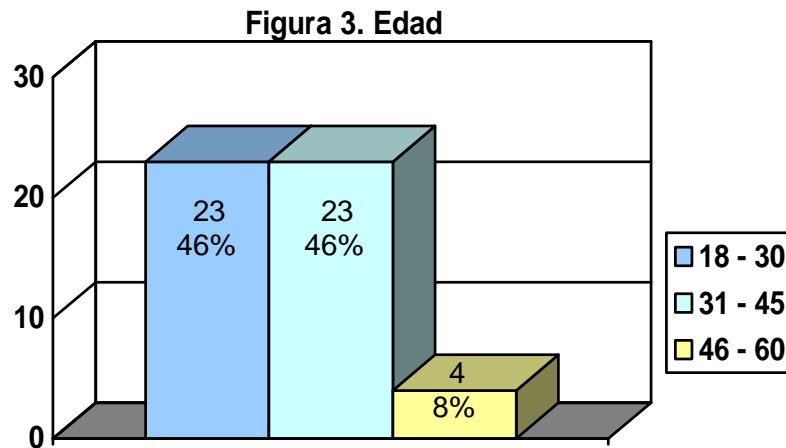
Después de ingresados los datos en el programa Epi Info 3.2.2 y teniendo en cuenta el tipo de estudio y las características de las variables, se realizó el análisis estadístico de forma descriptiva mediante el cual se obtuvo la frecuencia de presentación de cada variable. La presentación de la información se realizó por medio de porcentajes de frecuencia correspondiente a cada dato, al igual que presentaciones en cuadros y gráficas de barras y tortas.

Después de obtener los resultados, se realizaron las conclusiones y recomendaciones constructivas en pro de la investigación en salud en la región surcolombiana y específicamente acerca del proceso aquí estudiado.

7. RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, corresponden a 50 pacientes que asistieron al servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo entre el 10 al 14 de diciembre de 2007.

7.1 FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

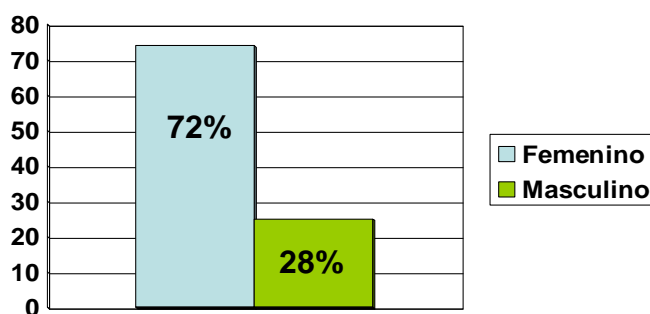


FUENTE Encuesta sobre actitud hacia la satisfacción de los usuarios en el acceso a los servicios de salud en el H. U. H. M. P. de Neiva.

El grupo etáreo de los 18 – 30 años de edad representó un 46% de los pacientes encuestados, así como el grupo de 31 – 45 años de edad, que también alcanzó el mismo porcentaje. El grupo de los 46 – 60 años de edad fue la minoría, con una participación de solamente del 8%. La edad más frecuente o moda en todo el grupo fue de 37 años (10%). La edad promedio fue de 32,16 años.

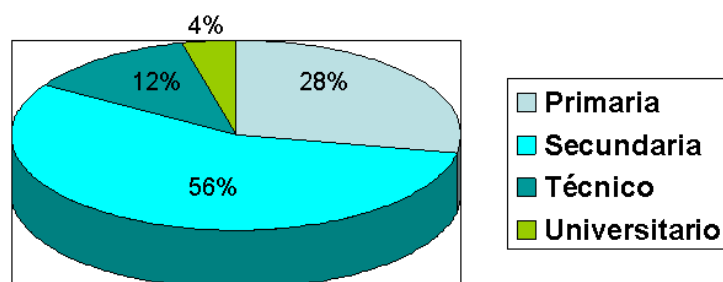
Más de la mitad del total de pacientes entrevistados es de sexo femenino (72%) y el sexo masculino representa 28% de los pacientes entrevistados. De entre los usuarios de sexo femenino predomina el grupo etáreo de los 18 a 30 años de edad (50%) y de entre los de sexo masculino el grupo entre los 31 a 45 años de edad (64,3%).

Figura 4. Género



FUENTE Encuesta sobre actitud hacia la satisfacción de los usuarios en el acceso a los servicios de salud en el H. U. H. M. P. de Neiva.

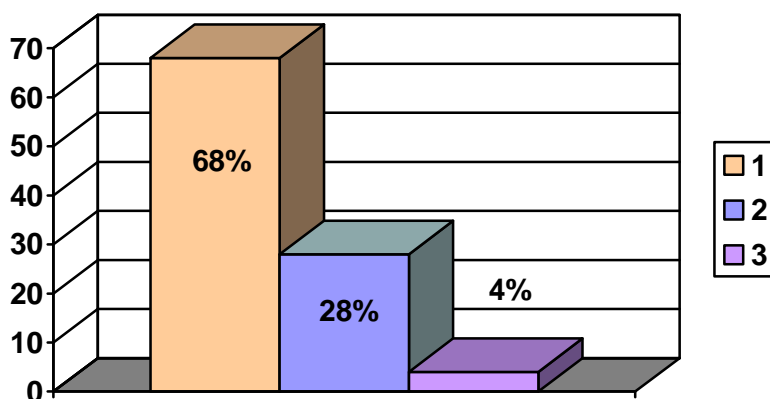
Figura 5. Nivel educativo



FUENTE Encuesta sobre actitud hacia la satisfacción de los usuarios en el acceso a los servicios de salud en el H. U. H. M. P. de Neiva.

Se halló que el 28% del total de entrevistados se encuentra en un nivel de educación básica primaria, de los cuales el 28% no han terminado sus estudios en este nivel. El 56% corresponde a pacientes que tienen nivel educativo de secundaria, de los cuales el 64,7% no culminaron sus estudios. El 12% corresponde a un nivel técnico, y son minoría los que tienen nivel educativo universitario, con el 4%.

Figura 6. Estrato socioeconómico



FUENTE Encuesta sobre actitud hacia la satisfacción de los usuarios en el acceso a los servicios de salud en el H. U. H. M. P. de Neiva.

Del total de entrevistados la mayoría pertenecen principalmente al estrato socioeconómico 1 con un 68%, seguido por el estrato 2 con 28%. Una minoría es de estrato 3 (4%).

7.2 ACTITUD

Al medir la actitud mediante 16 reactivos de la Escala de Likert, 7 correspondientes al componente cognitivo, 6 al componente afectivo y 3 al componente conductual, se clasificaron las actitudes en muy favorable, favorable, neutra, desfavorable y muy desfavorable, de acuerdo al puntaje obtenido (1-5 o 5-1) determinado por la dirección (positiva o negativa) de la afirmación.

7.2.1 Componentes de la actitud. La Tabla 1 presenta un análisis estadístico de cada uno de los reactivos del *componente cognitivo*, mostrando cómo en todos los 7 ítems usados para este componente se refleja una actitud positiva (sumatoria de la actitud muy favorable y favorable), manteniéndose casi todos cerca del 100%, excepto el ítem 1, que muestra el más bajo porcentaje de entre estos altos puntajes (66%), dando a entender que los usuarios del servicio de consulta externa no son plenamente conscientes de que hay diferentes aspectos que determinan su propia satisfacción con el acceso a sus servicios de salud, o que no están familiarizados con dicho concepto, pues las demás respuestas en este componente demuestran que sí están al tanto y conocen dichos aspectos, a saber, la puntualidad en la recepción del servicio, el carácter privado de la consulta

médica, su derecho a tener acompañante, a ser informado y educado sobre su patología específica y el tratamiento, y a juzgar la atención recibida.

Sin embargo, existe un relevante 30% de desfavorabilidad (sumatoria de la actitud desfavorable y muy desfavorable) por parte de usuarios que se muestran negativos con la idea de que existen diferentes aspectos que determinan su satisfacción. En este nivel de comprensión, son usuarios que no han adquirido o asimilado esta información por experiencia directa, por relaciones interpersonales o por los medios de comunicación, respecto a estos aspectos de su vida y el entorno en el que se desenvuelven cuando están haciendo uso del servicio de consulta externa.

Se observa un 10% de neutralidad en el ítem 10, indicando que algunos usuarios no determinan su derecho a entrar a la consulta médica con la compañía de un familiar o de un amigo. Y por ende podrían no estar tomando su propia decisión al respecto sino permitiendo que el médico u otras personas lo hagan por ellos.

Con relación al *componente afectivo* (Tabla 2), 5 de los 6 ítems correspondientes muestran una marcada actitud positiva (2, 5, 8, 11, 15), siendo el ítem 22 el de mayor porcentaje (100%), donde el gusto o experiencia grata de la atención en el servicio de consulta externa se considera un factor favorable para la consecución de la satisfacción con la institución. Ante el ítem 13 se registró una actitud desfavorable (68%), indicando que los pacientes sienten que la privacidad es muy importante en el acto de la consulta médica.

En cuanto al *componente conductual*, (Tabla 3) exhibe una actitud favorable en 2 de los 3 ítems que la conforman, con 86% el ítem 9, resaltando que los usuarios no recomendarían a otras personas un hospital al cual es difícil acceder a sus servicios. El otro comportamiento concreto con carácter de posterioridad que se ve afirmado en este componente (62% de favorabilidad) es el de que dependiendo de lo que los usuarios piensen, pueden recomendar los servicios del hospital a otras personas que conocen.

El ítem 6 registra una disminuida favorabilidad del 46% con respecto a los otros dos ítems y una desfavorabilidad del 28%, lo que refleja que esta última proporción de pacientes no se resuelven a adoptar la acción de recomendar el hospital a otras personas que conocen.

Tabla 1. Consolidado estadístico del componente cognitivo.

INDICADOR PREGUNTA	AMF (*)	%	AF	%	AN	%	AD	%	AMD	%
1	4	8	29	58	2	4	5	10	10	20
4	16	32	31	62	3	6	0	0	0	0
7	8	16	42	84	0	0	0	0	0	0
10	20	40	25	50	5	10	0	0	0	0
12	24	48	25	50	0	0	1	2	0	0
14	11	22	36	72	3	6	0	0	0	0
16	13	26	34	68	3	6	0	0	0	0
#Pregunta 7	96	192	222	444	16	32	6	12	10	20

(*)

AMF = ACTITUD MUY FAVORABLE

AF = ACTITUD FAVORABLE

AN = ACTITUD NEUTRA

AD = ACTITUD DESFAVORABLE

AMD = ACTITUD MUY DESFAVORABLE

Tabla 2. Consolidado estadístico del componente afectivo.

INDICADOR PREGUNTA	AMF (*)	%	AF	%	AN	%	AD	%	AMD	%
2	13	26	34	68	3	6	0	0	0	0
5	7	14	33	66	3	6	3	6	4	8
8	13	26	33	66	4	8	0	0	0	0
11	19	38	30	60	0	0	1	2	0	0
13	5	10	3	6	8	16	23	46	11	22
15	21	42	29	58	0	0	0	0	0	0
#Pregunta 6	78	156	162	324	18	36	27	54	15	30

(*)

AMF = ACTITUD MUY FAVORABLE

AF = ACTITUD FAVORABLE

AN = ACTITUD NEUTRA

AD = ACTITUD DESFAVORABLE

AMD = ACTITUD MUY DESFAVORABLE

Tabla 3. Consolidado estadístico del componente conductual.

INDICADOR PREGUNTA	AMF (*)	%	AF	%	AN	%	AD	%	AMD	%
3	7	14	24	48	7	14	2	4	10	20
6	6	12	17	34	13	26	2	4	12	24
9	13	26	30	60	5	10	2	4	0	0
#Pregunta 3	26	52	71	142	25	50	6	12	22	44

(*)

AMF = ACTITUD MUY FAVORABLE

AF = ACTITUD FAVORABLE

AN = ACTITUD NEUTRA

AD = ACTITUD DESFAVORABLE

AMD = ACTITUD MUY DESFAVORABLE

7.2.2 Actitud. En general se resalta una actitud positiva en los componentes cognitivo y afectivo en la sumatoria de los indicadores de actitud muy favorable y favorable, con un 90.8% para el cognitivo y 80% para el afectivo.

Los altos resultados positivos del componente afectivo indican que los pacientes perciben como un riesgo para su vida o salud los retrasos de la consulta externa, que recuerdan qué personal profesional de la salud es puntual con el cumplimiento de la cita y que asocian la comodidad en la sala de espera con un sentimiento de bienestar durante el acceso a los servicios de salud. Así mismo, consideran importante que el médico les informe sobre hábitos de vida saludables y educación en salud.

Igualmente, la favorable actitud hacia el componente cognitivo (90.8%) revela que los usuarios tienen una idea general aceptable de cuáles son sus derechos como pacientes y de los diferentes determinantes de la satisfacción en el acceso a los servicios de salud.

El componente conductual, por su menor porcentaje de actitud positiva (64.7%), indica una tendencia de los usuarios del servicio de consulta externa a no tomar acciones concretas frente a su experiencia durante el acceso a los servicios de salud, específicamente, al servicio de consulta externa, basadas en sus propias creencias y pensamientos, aunados con sus sentimientos, como por ejemplo recomendar a terceros los servicios del hospital.

En resumen, existe una favorable actitud hacia el acceso a los servicios de salud del 78.5%, que corresponde a 3.9 puntos de 5 de la escala de Likert.

Tabla 4. Consolidado estadístico de la actitud.

INDICADOR COMPON.	AMF	%	AF	%	AN	%	AD	%	AMD	%
COGNITIVO	13,714	27,428	31,714	63,428	2,285	4,57	0,857	1,714	1,428	2,856
AFFECTIVO	13	26	27	54	3	6	4,5	9	2,5	5
CONDUCTUAL	8,666	17,332	23,666	47,332	8,333	16,66	2	4	7,333	14,666
TOTALES PARCIALES	35,38	23,59	82,38	54,92	13,618	9,07	7,357	4,904	11,261	7,507
TOTAL SUMATORIA	%AMF + %AF				%AN		%AD + %AMD			
TOTAL %	78,51				9,07		12,41			

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio de la actitud de los usuarios hacia la satisfacción en el dominio estrecho del acceso a los servicios de salud arrojó una serie de datos interesantes y pertinentes que enmarcan la naturaleza de esta variable en los pacientes que asisten al Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

Este acercamiento al tema tiene la limitación en cuanto a falta de precedentes investigativos mundial, ya que no se encontraron referencias a un enfoque similar de evaluar la actitud hacia la satisfacción en el acceso a los servicios de salud a través de un exhaustivo sondeo en internet, así como en nuestro ámbito local en Colombia y en la ciudad de Neiva.

Evidentemente, en el presente estudio, los factores sociodemográficos caracterizan la población estudiada, de tal manera que se pudieron encontrar tendencias generales en cuanto a dichas características. Al obtener y analizar los resultados, se evidenció que la mayoría de los usuarios (92%) están en las edades entre los 18 a 45 años de edad. Más de la mitad del total de pacientes entrevistados es de sexo femenino (72%) y el sexo masculino representa 28% de los pacientes entrevistados. Más de la mitad del total de pacientes entrevistados es de sexo femenino (72%) y el sexo masculino representa 28% de los pacientes entrevistados. De entre los usuarios de sexo femenino predomina el grupo etáreo de los 18 a 30 años de edad (50%) y de entre los de sexo masculino el grupo entre los 31 a 45 años de edad (64,3%). Es de interés notar que de entre la población femenina el grupo etáreo que predomina está en su etapa de vida reproductiva más fértil.

Como se puede ver, el género se constituye en un determinante clave en los procesos de acceso y utilización de servicios de salud. En el estudio sobre "equidad de género en el acceso", Guarnizo (2003)⁴⁸, halló diferencias en la necesidad, acceso y financiación, a todas luces inequidades, pues respondían a variables de sexo, edad, estado conyugal e ingreso y no a la necesidad. Ciertamente en nuestra sociedad sigue siendo habitual que las mujeres experimenten una vivencia más cercana y sincera con respecto de su cuerpo y de su salud, perpetuada y malentendida por los roles sociales representados en la dualidad hombre-fortaleza, mujer-debilidad, y por lo tanto esto se ve reflejado en los resultados del presente trabajo con la mayor población femenina logrando acceso a los servicios de salud por consulta externa.

⁴⁸ GUARNIZO H., Carol Cristina. Op. Cit. Pp.22

La perspectiva de género en salud hace evidente que la formación de sujetos sociales, hombres y mujeres a partir de las diferencias biológicas, determina las prácticas y concepciones frente al cuerpo, al papel en cada una de las etapas del ciclo vital, la organización en lo cotidiano⁴⁹ y lo anterior debe ser tomado en cuenta al momento de analizar las problemáticas de salud. En los sistemas de salud puede haber inequidades de género en la afiliación, el acceso y la utilización, así como por ello dichas inequidades influir en la actitud frente a la satisfacción que merece un servicio de salud para determinada población de usuarios, ya que algunas investigaciones añaden que una experiencia “mala” influye en la satisfacción del paciente más que tener experiencias “buenas”⁵⁰.

Ambos géneros estudiados tienen un nivel educativo bajo, 28% en estudios primarios de los cuales 28 tienen primaria incompleta. El 56% corresponde a pacientes que tienen nivel educativo de secundaria, de los cuales el 64,7% no culminaron sus estudios. El 12% corresponde a un nivel técnico, y son minoría los que tienen nivel educativo universitario, con el 4%.

El 68% de entrevistados pertenecen al estrato socioeconómico 1, seguido por el estrato 2 con 28%. Una minoría es de estrato 3 (4%). Esto confirma lo hallado por Céspedes y cols⁵¹, quienes realizan un balance positivo de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia concluyendo que el actual sistema ha contribuido a eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios beneficiado a los más pobres.

Los resultados permiten evidenciar que cuando son muy favorables los componentes cognitivo y afectivo de la actitud frente a la satisfacción en el acceso a los servicios de salud, esto evidencia que se están cumpliendo las expectativas entre lo que los usuarios creen que debe ser la atención y lo que sienten al recibirla según dicha expectativa.

En el componente afectivo, que obtuvo 80% de favorabilidad, los pacientes perciben como un riesgo para su vida o salud los retrasos de la consulta externa, recuerdan qué personal profesional de la salud es puntual con el cumplimiento de la cita y asocian la comodidad en la sala de espera con un sentimiento de bienestar durante el acceso a los servicios de salud. Así mismo, consideran importante que el médico les brinde información y los oriente sobre hábitos de vida saludables y educación en salud. Al respecto de la comodidad, en el estudio de Jenkinson et al⁵² del año 2002, que tuvo como objetivos determinar qué aspectos de la provisión de servicios de salud tienen más probabilidad de influir en la satisfacción de pacientes hospitalizados y que causan en este esmero y voluntad

⁴⁹ GUARNIZO H., Carol Cristina. Op. Cit. Pp.22

⁵⁰ BLENDON R.J., DONELAN K. *Public opinion about Spain's National Health System. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Anexo III. Madrid, 1991.

⁵¹ CÉSPEDES J, JARAMILLO I, MARTÍNEZ R y cols. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Revista de Salud Pública*, 2000.

⁵² JENKINSON, C. Op. Cit.

de recomendar los servicios del hospital a otros, y secundariamente, en qué grado la satisfacción es un indicador significativo de la experiencia del paciente sobre los servicios de salud, se halló que la edad y la evaluación global de la salud estaban débilmente asociadas con la satisfacción; sin embargo se determinó que los mayores determinantes de la satisfacción del paciente eran la comodidad física, el apoyo emocional, y el respeto por las preferencias del paciente, todos estos, aspectos que hacen parte del componente afectivo de la actitud.

Igualmente, la favorable actitud hacia el componente cognitivo (90.8%) revela que los usuarios tienen una idea general aceptable de cuáles son sus derechos como pacientes y de los diferentes determinantes de la satisfacción en el acceso a los servicios de salud, aunque sin lograr hacer integración total entre lo que piensan y sienten para decidir qué acción tomarán al respecto.

Para llevar a cabo acciones en la práctica diaria debe existir un balance entre los componentes cognitivo, afectivo y conductual, pues de haber un desequilibrio entre alguno de los componentes, no se establecerá una consonancia entre el pensar, el sentir y el actuar.

Al considerar la actitud como un producto final del proceso de la socialización⁵³, es importante tener en cuenta que a pesar de contar con bases de información brindadas a la comunidad por parte de las diferentes campañas del Ministerio de Protección Social y a través de los medios masivos de comunicación, no se constituyen como el único determinante en la estructuración de una actitud positiva frente al acceso a los servicios de salud. Y en este aspecto tiene inferencia el hecho de que la apropiación de información a través de los medios o de las campañas requiere un adecuado nivel educativo, que como hemos observado en los resultados de esta investigación, se muestra bajo y se constituye en un impedimento a tal consecución.

Por otra parte, como se apuntó en el marco teórico, las actitudes cuentan con características de perdurabilidad que juegan un papel importante en el proceso del acceso a los servicios de salud en el dominio intermedio, o continuación de la atención, y se puede predecir que se mantendrán a través dicha continuación. Sin embargo, hay que anotar que las actitudes se pueden ver modificadas o alteradas por influencias externas e internas llevando a un perfeccionamiento o detrimento global.

Partiendo del concepto de que la actitud es la interrelación de los sentimientos, opiniones o creencias y conductas, constituyendo esta última el elemento más indicativo de la realización de acciones específicas se puede concluir que la actitud positiva en los componentes afectivo y cognitivo encontrada en los usuarios llevará a tener un impacto positivo frente a la satisfacción en el acceso a

⁵³ SIERRA, Op. cit.

los servicios de salud, ya que se presentará mayor probabilidad de responder de manera concreta, recomendando o desacreditando la atención recibida, o participando activamente de manera crítica para exigir el mejoramiento de la misma.

9. CONCLUSIONES

- * En este estudio se pudo determinar que la actitud frente a la satisfacción en el acceso a los servicios de Consulta Externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva es favorable (80%, que corresponde a 4 puntos de 5 de la escala de Likert).
- * El 92% de los pacientes estaban en su mayoría en el grupo etáreo de los 18 a 45 años de edad.
- * El 72% de pacientes entrevistados es de sexo femenino y el sexo masculino representa 28%. De entre los usuarios de sexo femenino predomina el grupo etáreo de los 18 a 30 años de edad (50%) y de entre los de sexo masculino el grupo entre los 31 a 45 años de edad (64,3%)
- * Ambos géneros estudiados tienen un nivel educativo bajo, 28% en estudios primarios de los cuales 28 tienen primaria incompleta. El 56% corresponde a pacientes que tienen nivel educativo de secundaria, de los cuales el 64,7% no culminaron sus estudios. El 12% corresponde a un nivel técnico, y son minoría los que tienen nivel educativo universitario, con el 4%.
- * El 68% de entrevistados pertenecen al estrato socioeconómico 1, seguido por el estrato 2 con 28%. Una minoría es de estrato 3 (4%).
- * La actitud positiva en los componentes afectivo y cognitivo encontrada en los usuarios llevará a tener un impacto positivo frente a la satisfacción en el acceso a los servicios de salud, ya que se presentará mayor probabilidad de responder de manera concreta.

10. RECOMENDACIONES

- * Realizar estudios descriptivos con muestras mayores para involucrar población perteneciente a todos los estratos socioeconómicos, con el fin de de obtener información estadística más clara y precisa acerca de la actitud frente a la satisfacción en el acceso a los servicios de consulta externa y de los otros servicios ofrecidos por la Institución.
- * En futuros estudios determinar la relación e influencia entre los factores sociodemográficos propios y que caracterizan a la población surcolombiana y el nivel de satisfacción con los servicios de salud de esta Institución.
- * Así mismo, incluir preguntas e indagaciones más detalladas y específicas sobre aspectos de las experiencias de los pacientes son probablemente más útiles para evaluar y vigilar el rendimiento de un hospital, o de sus diferentes dependencias, departamentos o servicios y podrían señalarnos las maneras de mejorar la atención en salud.
- * Desarrollar un proyecto de mejoramiento de la planta física del área de la sala de espera del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, con miras a mejorar el bienestar de los pacientes, ya que como se observó en los resultados de este trabajo de investigación, esto es asociado y causa un impacto favorable hacia la satisfacción en el acceso a los servicios de salud.
- * Implementar y activar un sistema de asignación de citas por teléfono con miras a desarrollar un futuro sistema por Internet, para facilitar el acceso a los usuarios a los servicios de salud.
- * Al tener en cuenta los resultados de la investigación se cree necesaria la formación y educación de la población objeto de estudio, con el fin de lograr una adecuada orientación de la misma en la consecución del acceso a los servicios de salud y en la generación de conductas y estilos de vida más saludables, así como a buscar el mejoramiento de la atención en salud por parte de la institución en todos los aspectos posibles que esta represente, es decir, en el campo de la calidad del personal profesional contratado, la idoneidad de la planta física de la institución y el modelo de gestión de todos los recursos de la empresa.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald, 1974. *A theoretical framework for the study of access to medical care*. En Health Services Research.
- AGUDELO C., Carlos A. *Equidad en salud en Colombia*. Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.
- ALMEIDA C. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cad. Saúde Pública, 2002
- ANDERSEN, Ronald M. *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?* Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, No. 1 (Mar., 1995)
- ANDERSEN, Ronald; LEWIS, Sandra Z.; GIACHELLO, Aida L.; ADAY, Lu Ann; CHIU, Grace. *Access to Medical Care among the Hispanic Population of the Southwestern United States*. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 22, No. 1 (Mar., 1981)
- BLENDON RJ, DONELAN K. *Public opinion about Spain's National Health System. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Anexo III. Madrid, 1991.
- BRIOMES, G.: *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México. Trillas, 1983.
- CABRERA, Esperanza, DELGADO, María Consuelo. *Módulo Investiguemos*. Neiva: Universidad Surcolombiana. 1998. p244
- CAMINAL, Josefina. *La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios*. Universidad Autónoma de Barcelona. Revista Calidad Asistencial 2001;16:276-279.
- CASTAÑO R., ARBELÁEZ J., GIEDIÓN U., MORALES L. *Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud*. Naciones Unidas. CEPAL. Unidad de estudios especiales. Secretaría Ejecutiva. Serie: Financiamiento del Desarrollo No 108. Santiago de Chile, 2001. p. 29
- CASTILLO SÁNCHEZ, Mauricio. *Guía para la formulación de proyectos de*

investigación. Cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá, 2004.

CÉSPEDES J, JARAMILLO I, MARTÍNEZ R y cols. *Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud*. Revista de Salud Pública, 2000.

CORTÉS, Armando. *Inequidad, pobreza y salud*. Revista Colombia Médica. ISSN 1657-9534 On line. Vol. 37 N° 3, 2006.

DANIELS, N. *Equity of access to health care* (1985). Just health Care. Cambridge University Press

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Cap. I, Art. 2o., b.

FRENK, Julio. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993:112-23.

Fuente: CONPES Social 057, Distribución del sistema general de participaciones. Vigencia 2002. Bogotá 28 de Enero de 2002.

GUARNIZO H., Carol Cristina. *Equidad de género en el acceso a los servicios de salud*. Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. 2003.

HERNÁNDEZ A, VEGA R. *El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión*. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 1(1):48-73. 2001. p. 49

HERNÁNDEZ H., F. Á.; LEGUÍZAMO M., E.. *Valores y comportamientos sexuales de la mujer neivana*. Trabajo de grado. (Psicólogo) Universidad Surcolombiana. Programa de Psicología. Neiva, 2004. p. 144

HERNANDEZ, Roberto. *Metodología de la investigación*. 2 Ed. México: Mac Graw Hil, 1998. p. 59.

HUNGLER, Polit. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 5 ed. México: Mac Graw Hill, 1995. p. 42

INFANTE A, DE LA MATA I, LÓPEZ ACUÑA D. *Reforma de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: situación y tendencias*. Rev. Panam. Salud Pública. Agosto, 2000. p. 18

JENKINSON, C.; COULTER, A.; BRUSTER, S.; RICHARDS N.; y CHANDOLA, T. *Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a*

questionnaire study of specific aspects of care. Qual Saf Health Care 2002. En: <http://qshc.bmj.com/cgi/reprint/11/4/335>

MARTÍNEZ P., RODRÍGUEZ L., AGUDELO C. *Equidad en la política de reforma del sistema de salud.* Revista de Salud Pública 3(1):13-39. 2001. p. 33

MENDOZA-SASSI, R., UMBERTO BÉRIA, J. *Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.* Cad. Saúde Pública v.17 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2001.

MORALES, Francisco. *Psicología Social.* Mc Graw Hill. P. 495-524.

PAPALIA, Diane. *Desarrollo Humano.* Mc Graw Hill. 6 Ed. 1998. p. 430-431.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2000). *Informe de Desarrollo Humano para Colombia.* Alfaomega Editores. Bogotá 2000.

RESTREPO ZEA, Jairo H.; ECHEVERRI LÓPEZ, Esperanza; VÁSQUEZ VELÁSQUEZ, Johanna; RODRÍGUEZ ACOSTA, Sandra. *Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia.* Gerencia y Políticas de Salud, junio, 2003, vol. 2, número 004. Pontificia Universidad Javeriana.

SIERRA ANDRADE, Carolina. *Actitud frente a la sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad Surcolombiana de Neiva según género y actividad sexual.* Trabajo de grado. Universidad Surcolombiana. Programa de Psicología. Neiva, 2002.

ZAS ROS, Bárbara. *La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud.* Especialista en Psicología de la Salud. Master en Psicología Clínica. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana, Cuba. Febrero 2002. www.psicologiaincientifica.com

ZASTOWNY, T. R.; ROUGHMANN, K. J. & CAFERRATA, G. L., 1989. *Patient satisfaction and the use of health services. Explorations in causality.* Medical Care, 27:705-723.

ANEXOS

Anexo A. Descripción prueba piloto

Posteriormente a la revisión del instrumento por parte del profesor Jairo Salazar y teniendo en cuenta las sugerencias, fue sometido al proceso de la prueba piloto con el propósito de conseguir un instrumento claro y preciso para la población a la que se dirigía el cuestionario, y que midiera las actitudes de los usuarios hacia la satisfacción en el acceso a los servicios de salud en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

Para la aplicación de la prueba piloto se escogió una muestra no probabilística de 10 usuarios que asistían al servicio de consulta externa del hospital, mayores de 18 años de edad, alfabetizados.

La aplicación de esta prueba se realizó el día 26 de noviembre de 2007. El grupo de los 10 usuarios participó voluntariamente, conociendo el objetivo del ejercicio. Para la aplicación de esta prueba se dieron las explicaciones correspondientes, como el carácter anónimo de la encuesta, la forma de responder a ella, destacando la importancia de hacerlo individualmente y en su totalidad.

El instrumento constó de 24 preguntas, de las cuales 4 correspondían a la valoración sociodemográfica, y las restantes 20 a la escala de Likert. La aplicación tuvo una duración de 10 minutos donde el promedio del tiempo utilizado fue de 5 minutos.

Las conclusiones que se extrajeron de la aplicación fueron: el lenguaje utilizado en algunas preguntas debía ser más sencillo, el nivel de educación influía en la comprensión y duración de la prueba. Se debieron modificar algunas preguntas y obviar otras que eran confusas para las encuestadas.

Finalmente el instrumento diseñado y corregido a través de la prueba piloto, quedó constituido por 20 preguntas; las cuales contienen información que proyecta datos sociodemográficos de la población, y la escala de Likert se vio reducida a 16 reactivos, con 7 preguntas para el componente cognitivo, 6 preguntas para el componente afectivo y 3 preguntas para el componente conductual o conativo.

Anexo B. Encuesta estructurada

**ENCUESTA USUARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA SOBRE ACTITUD HACIA LA
SATISFACCIÓN EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

La presente encuesta tiene por objeto conocer la actitud de los usuarios hacia la satisfacción en el acceso a los servicios de salud. Es muy importante la sinceridad de sus respuestas. La información será totalmente confidencial. Responda, por favor, el cuestionario en su totalidad. No escriba su nombre ni su firma.
¡GRACIAS por su colaboración!

FECHA: _____

1. SEXO: Masculino _____
Femenino _____

2. EDAD: _____

3. INDIQUE SU NIVEL EDUCATIVO:

a)___Primaria incompleta c)___Secundaria incompleta e)___Técnico
b)___Primaria completa d)___Secundaria completa f)___Universitario

4. ¿CUÁL ES SU ESTRATO? (Marque con una X):

1 |__| 2 |__| 3 |__| 4 |__| 5 |__| 6 |__|

Para cada afirmación que sigue debe señalar con una sola (X) sobre la línea punteada si está:

Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo
Ni en acuerdo ni en desacuerdo
De acuerdo
Totalmente de acuerdo

5. Hay diferentes cosas que determinan mi satisfacción con los servicios de salud.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

6. Los retrasos en la atención de la consulta ponen en riesgo mi vida o mi salud.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

7. Dependiendo de lo que yo piense, puedo recomendar los servicios del hospital a otras personas que conozco.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

8. Se deben recibir los servicios médicos sin que se presenten retrasos.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

9. Los pacientes recordamos qué médicos son puntuales con el cumplimiento de la cita.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

10. Los pacientes podemos tener el deseo propio de recomendar el hospital a otras personas que conocemos.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

11. Los pacientes debemos estar cómodos durante la espera de la atención de la cita médica

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

12. Si el hospital se asegura de nuestra comodidad en la sala de espera, nos vamos a sentir mejor durante el acceso a los servicios de salud.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

13. Yo no recomendaría a otras personas un hospital al cual es difícil acceder a sus servicios

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

14. Los pacientes tenemos derecho a tener compañía de un familiar o de un amigo durante la consulta.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

15. Es importante que el médico informe sobre hábitos de vida saludables y educación en salud.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

16. El médico debe informarme y educarme sobre mi enfermedad, el tratamiento y mis derechos como paciente.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

17. La privacidad es poco importante en el acto de la consulta médica.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

18. La consulta médica debe ser un acto privado entre el médico y yo como paciente.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

19. Si a mí me gusta la forma como soy atendido, me voy a sentir satisfecho con la institución.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

20. Los pacientes juzgamos si nos parecen bien hechas o no las actividades realizadas por el médico durante la consulta.

| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo

Anexo C. Esquema de la escala de Likert

- | | |
|--------------------------|---|
| Componente
cognitivo | <ol style="list-style-type: none">1. Hay diferentes elementos que determinan mi satisfacción con los servicios de salud.2. Se deben recibir los servicios médicos sin que se presenten retrasos.3. Los pacientes debemos estar cómodos durante la espera de la atención de la cita médica.4. Los pacientes tenemos derecho a tener compañía de un familiar o de un amigo durante la consulta.5. El médico debe informarme y educarme sobre mi enfermedad, el tratamiento y mis derechos como paciente.6. La consulta médica debe ser un acto privado entre el médico y yo como paciente.7. Los pacientes juzgamos si nos parecen bien hechas o no las actividades realizadas por el médico durante la consulta. |
| Componente
afectivo | <ol style="list-style-type: none">1. Los retrasos en la atención de la consulta ponen en riesgo mi vida o mi salud.2. Los pacientes recordamos qué médicos son puntuales con el cumplimiento de la cita.3. Si el hospital se asegura de nuestra comodidad en la sala de espera, nos vamos a sentir mejor durante el acceso a los servicios de salud.4. Es importante que el médico informe sobre hábitos de vida saludables y educación en salud.5. La privacidad es poco importante en el acto de la consulta médica.6. Si a mí me gusta la forma como soy atendido, me voy a sentir satisfecho con la institución. |
| Componente
conductual | <ol style="list-style-type: none">1. Dependiendo de lo que yo piense, puedo recomendar los servicios del hospital a otras personas que conozco.2. Los pacientes podemos tener el deseo propio de recomendar el hospital a otras personas que conocemos.3. Yo no recomendaría a otras personas un hospital al cual es difícil acceder a sus servicios. |

Anexo D. Cronograma de actividades

TIEMPO	Junio-Agosto 2006	Septiembre-Diciembre 2006	Enero-Junio 2007	Octubre-Diciembre 2007	Enero-Marzo 2008
ACTIVIDADES					
Primera revisión bibliográfica					
Formulación y delimitación del problema					
Justificación					
Formulación de objetivos					
Segunda revisión bibliográfica					
Elaboración del marco teórico					
Diseño metodológico					
Elaboración del instrumento					
Prueba piloto o consulta a un experto					
Recolección de datos					
Tabulación y análisis de la información					
Entrega de trabajo					

Anexo E. Presupuesto

A continuación se presenta una relación detallada de todos los materiales y elementos necesarios para llevar a cabo el estudio planteado suministrando el valor total de los mismos, aspecto importante a tener en cuenta para la financiación de la investigación.

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PERSONAL			
Sesiones de asesoría profesional	3	50.000	150.000
MATERIALES:			
Fotocopias	200	50	10.000
Impresiones	150	300	45.000
Digitación por página	120	300	36.000
Tinta, cartucho	2	50.000	100.000
Discos CD-R	3	1.500	4.500
Memoria USB	1	80.000	80.000
Diskettes	2	1.000	
PAPELERIA:			
Resma de papel carta	2	10.000	20.000
Lapiceros	5	700	3.500
OTROS GASTOS:			
Internet, horas	40	1.500	60.000
Mantenimiento computador	1	30.000	30.000
TOTAL			\$ 539.000