



Archivos de Medicina (Col)  
ISSN: 1657-320X  
medicina@umanizales.edu.co  
Universidad de Manizales  
Colombia

Díaz Cárdenas, Shyrley; Buelvas Montes, Luís Antonio; De La Valle Archibold, Mónica;  
Bustillo Arrieta, José María  
Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos  
Archivos de Medicina (Col), vol. 16, núm. 2, julio-diciembre, 2016, pp. 290-303  
Universidad de Manizales  
Caldas, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273849945008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## SATISFACCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD E IMPACTO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS

SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS<sup>1</sup>, LUIS ANTONIO BUELVAS MONTES<sup>2</sup>,  
MÓNICA DE LA VALLE ARCHIBOLD<sup>3</sup>, JOSÉ MARÍA BUSTILLO ARRIETA<sup>4</sup>

Recibido para publicación: 19-09-2016 - Versión corregida: 22-10-2016 - Aprobado para publicación: 29-10-2016

### Resumen

**Objetivo:** asociar satisfacción de servicios de salud y calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes adultos, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal en 240 pacientes adultos, 2014. Se diseñó y aplicó instrumento tipo encuesta que indagaba: variables sociodemográficas, servicios de salud (afiliación, tipo y satisfacción) y CVRS (cuestionario WHOQOL-BREF). Los datos fueron analizados a partir de proporciones y la asociación por OR y regresión logística nominal. **Resultados:** 52, 9 % de la muestra corresponden a adultos mayores de 45 años, 59, 6 % mujeres, 94,2 % cuentan con servicios de salud, 61, 7% de tipo privado y solo 12,5 % cuenta con planes complementarios. El 64, 6 % se siente satisfecho con sus servicios de salud pero tener más de 45 años y contar con menos de 10 años de estudio, mostró un impacto negativo sobre la CVRS (OR: 1,68 ;  $p=0,04$ , OR: 2,7 ;  $p=0,001$  respectivamente); al realizar análisis multivariable, el modelo que mejor explica el compromiso de la CVRS incluye: baja escolaridad (OR: 3,04;  $p=0,00$ ), insatisfacción con comodidad y limpieza de los servicios de salud (OR: 2,13;  $p=0,02$ ) e insatisfacción con atención brindada por personal administrativo de la institución (OR: 1,75;  $p=0,04$ ). **Conclusión:** el bajo nivel de escolaridad, presentar insatisfacción con la comodidad y limpieza de los servicios y con la atención brindada por el personal administrativo genera impacto negativo sobre la CVRS.

**Palabras clave:** servicios de salud, calidad de vida, salud pública, satisfacción del paciente.

---

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 16 N° 2, Julio-Diciembre 2016, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Díaz Cárdenas S.; Buelvas Montes L.A.; De la Valle Archibold M.; Bustillo Arrieta J.M.

- 1 Odontóloga, Magíster en Salud Pública, Jefe Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Docente Asociado. Email: sdiazc@unicartagena.edu.co
- 2 Estudiante de Odontología, Grupo Semilleros de GISPOUC Universidad de Cartagena, Email: luisbmont@gmail.com.
- 3 Odontóloga, Magister en Auditoria y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud, Docente- Coordinadora Área Administración en Salud Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Coordinadora Postgrado Gerencia en Salud – Dpto. Postgrado Ciencias Económicas - Universidad de Cartagena, Colombia. Email: mdelavallea@unicartagena.edu.co
- 4 Odontólogo. Magíster en Estadística Aplicada. Docente Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Email: josembustilloa@hotmail.com

Díaz-Cárdenas D, Buelvas-Montes LA, De la Valle-Archibold M, Bustillo-Arrieta JM. Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos (Cartagena, Colombia): estudio descriptivo. Arch Med (Manizales) 2016; 16(2):290-03.

## Satisfaction of health services and impact on quality of life in adults patients

### Summary

**Objective:** associating Satisfaction of Health Services and Health related Quality of Life (HRQoL) and in adult patients, Faculty of Dentistry, University of Cartagena, Colombia. **Materials and methods:** cross-sectional study in 240 adult patients, 2014. Were designed and applied instrument type questionnaire concerning sociodemographic variables, health services (affiliation, type and satisfaction) and HRQoL (WHOQOL-BREF). Data were analyzed from the association proportions and OR and nominal logistic regression. **Results:** 52,9% of the sample correspond to adults over 45, 59, 6% women, 94.2% have health services, 61, 7% of private type and only 12.5% have complementary plans. 64, 6% are satisfied with their health services but have more than 45 years and have less than 10 years of study, showed a negative impact on HRQOL (OR: 1,68;  $p = 0,04$ , OR: 2,7;  $p = 0,001$ , respectively); when performing multivariate analysis, the model that best explains the compromise of HRQoL include: low education (OR: 3,04;  $p = 0,00$ ), dissatisfaction with comfort and cleanliness of health services (OR: 2,13;  $p = 0,02$ ) and dissatisfaction with care provided by administrative staff of the institution (OR: 1,75;  $p = 0,04$ ). **Conclusion:** the low level of schooling, present dissatisfaction with the comfort and cleanliness of the services and care provided by the administrative staff generates negative impact on HRQoL.

**Keywords:** health services, quality of life, public health, patient satisfaction

### Introducción

Se puede definir la calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) como el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas [1]. El concepto de CVRS incluye áreas básicas de salud física, mental, social y aspectos emocionales (WHOQOL Group 1993) [2]. Al interior de estos dominios se evalúan para estudiar la calidad de vida necesidades de los seres humanos como alimentación, descanso, sexo, respiración, seguridad física, empleo, apoyo familiar, afiliación a sistema de salud, reconocimiento,

confianza, respeto, éxito autorrealización, moralidad y creatividad [3] etc. Al no contar con estas necesidades, se puede comprometer la CVRS tal y como lo reportan muchos estudios [4].

Con respecto a la afiliación a sistemas de salud, las instituciones prestadoras de servicios en salud al no funcionar adecuadamente, pueden comprometer el bienestar físico y mental del paciente, el pronóstico y tratamiento de las enfermedades y hasta su productividad personal, familiar y social, disminuyendo su calidad de vida [5]. Factores relacionados con la prestación del servicio como condiciones de acceso [6], atención al usuario en relación al tiempo y calidad, comunicación médico-paciente [7],

entrega oportuna de medicamentos y de resultados clínicos, condiciones de infraestructura [8] y satisfacción del usuario entre otros, se han relacionado con peores desenlaces clínicos [9]. De allí que la prestación de los servicios de salud deba cumplir con criterios de eficiencia, eficacia, oportunidad, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario que aseguren su bienestar biopsicosocial [10]. La ley 100 de 1993 organiza el actual Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia y buscaba prioritariamente regular el servicio público esencial de la salud y crear condiciones de acceso a toda la población, en todos los niveles de atención [11]. Además de basarse en los principios consagrados en la Constitución política de Colombia de 1991 [12], para la prestación de la seguridad social, debe cumplir unas reglas consagradas por la ley como rectoras del SGSSS [11]. En la actualidad, la sostenibilidad del sistema de salud atraviesa una crisis estructural fundamentada en la ineficiencia de la vigilancia operativa y la maximización del beneficio por parte de los prestadores de servicios de salud que nace de la búsqueda de equilibrio entre la capacidad de financiarse y la cobertura [11]. Por esta situación, muchos servicios se prestan con deficiencias y fallas al interior de sus procesos y comprometen la calidad de vida en los pacientes como se referencia en un estudio de manera despectiva para Colombia la existencia del “paseo de la muerte” al proceso de evasión en la atención oportuna del servicio de salud [10]. Por ello a partir de la declaratoria de universalidad de la salud en Colombia, se han diseñado diversos mecanismos que garanticen la salud a toda la población, en medio de una restricción de recursos que afecta especialmente a la población más vulnerable [11].

A nivel de la prestación de los servicios de salud, aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetivi-

dades, el fin de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). En ese sentido, solo se puede satisfacer realmente a los usuarios si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, lo cual hace más complejas aún las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias hasta llegar a la excelencia [13]. Entre los indicadores de la calidad que miden resultados y que se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida [13]. Dentro de las implicancias del proceso de implementar la calidad en la atención de salud se puede citar que en los últimos catorce años el desafío de los países desarrollados ha sido incorporar como componente importante en la atención de salud de calidad, la mirada desde la perspectiva del consumidor [14]. Diversos autores han sostenido que la percepción positiva de la calidad en la atención de salud se traduce en mejores resultados médicos. En ese sentido, la mayoría de ellos señala que para los pacientes el proceso de curación no es lo único [14]. Conocer la satisfacción de los pacientes con respecto a los servicios ofrecidos permitiría asumir posturas de mejoramiento de la calidad de los servicios y su adecuada utilización frente a los mismos. En Colombia, se reportan estudios donde muchos pacientes se encuentran insatisfechos con algunos aspectos relacionados con la atención en los servicios de salud como los tiempos de espera, duración en la atención, entrega de medicamentos y trato recibido por el personal, e indica que dependiendo de estas variables se usan o no estos servicios, lo que puede comprometer el estado de salud [15]; a pesar de lo anterior son muy pocos los estudios realizados frente a la satisfacción de los servicios y su asociación con la CVRS, por lo cual se plantea estudiar cual es el impacto de la Satisfacción de los servicios

de Salud sobre la CVRS en pacientes que son atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, buscando conocer desde el actual modelo de atención integral en salud ejecutado en las clínicas odontológicas de esta institución, cuáles son las barreras de acceso frente a la utilización de los servicios de salud que presentan los pacientes adultos, que puedan comprometer su bienestar y compromiso con la atención odontológica prestada.

## Materiales y métodos

Se realizó estudio descriptivo transversal en todos los 240 pacientes adultos que se encontraban siendo atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena en una de sus clínicas para atención de adultos durante los meses de Febrero a Marzo de 2014, teniendo en cuenta que cumplieran los siguientes criterios: personas mayores de 20 años que aceptaran participar en el estudio previa firma del consentimiento informado, que se encontraran en la consulta odontológica en el momento de la encuesta, que durante el último mes se hubiese consultado los servicios de salud a los que se encuentra afiliado para controlar el sesgo de información (olvido) y que no presentaran discapacidad motora o sensorial; al incluir la totalidad de la población de estudio que cumplieran estos criterios, también se disminuyó la posibilidad de tener sesgos de selección. El estudio se realizó siguiendo las normas reportadas por la Declaración de Helsinki, modificación de Edimburgo 2000 de 1975, y en la Resolución 008430 de 1993 del antiguo Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Se diseñó y aplicó un instrumento tipo cuestionario el cual constaba de 54 preguntas cerradas y codificadas, divididas en tres ítems: 1. **Datos generales:** edad ( $\leq 44$  años,  $> 44$  años), sexo (femenino, masculino), procedencia (urbana, rural), estrato socioeconómico (bajo estrato perteneciente

a estrato 1,2,3, alto estrato perteneciente a estrato 4,5,6), ocupación (formal e informal), estado civil (con pareja y sin parejas), nivel de estudio (bajo nivel de escolaridad  $< 10$  años de estudio), afiliación al seguro (sí, no), tipo de seguro (público-privado), 2. **Satisfacción con los servicios de la Salud:** preguntas relacionadas con la satisfacción y uso de los servicios de salud como: ¿De acuerdo a su experiencia frente a su seguro en salud usted se siente satisfecho?, ¿Le gustaría cambiar su actual seguro por otro? y en general preguntas relacionadas con la satisfacción con el profesional de la salud, personal administrativo, infraestructura y el proceso de prestación de los servicios y 3. **Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS):** a través del cuestionario Whoqol-Bref, versión abreviada de la escala elaborada por la OMS [16] con enfoque transcultural y que contiene un total de 26 preguntas, una por cada una de los 24 aspectos evaluados en el WHOQOL-100, versión original, más dos preguntas generales que indagan por la percepción de calidad de vida general y salud general, las cuales se evalúan separadamente. Cada pregunta, consta de 5 categorías tipo Likert. La escala proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de la calidad de vida total, que van de 0 a 100, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida. Teniendo en cuenta la media reportada por los pacientes (Media: 62) se estableció un punto de corte para las asociaciones. Se halló la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento por medio de Alfa de Cronbach realizando un estudio piloto en 20 personas escogidas en la sala de espera de otra institución de salud con características similares, con el propósito de evaluar la aplicabilidad del instrumento de recolección y la accesibilidad de la información de interés. Se refinó al máximo el instrumento de recolección y los investigadores se entrenaron para garantizar el adecuado manejo de la informa-

ción, desde la entrega de los instrumentos hasta su consignación en la base de datos y controlar así sesgos de información. Los valores arrojados fueron para la encuesta de satisfacción un coeficiente de alfa de 0,83 y para el cuestionario de calidad de vida un coeficiente de alfa de 0,82, estando entre los valores adecuados para determinar una buena fiabilidad. Se solicitó permiso a la OMS para el uso del cuestionario Whoqol-Bref. Las características psicométricas de este instrumento han sido reportadas en diversas investigaciones a través de su validación a diferentes grupos específicos, idiomas y países [17] y se dispone de validaciones al idioma español [18-21] castellano y chileno. Aunque al momento del estudio el Whoqol-Bref todavía no había sido validado para la población colombiana, el enfoque transcultural que tuvo desde su creación, la participación de países latinoamericanos y su validación al español hicieron factible su utilización en este estudio tal y como otros autores también lo reportan [22].

Los datos fueron analizados utilizando el software STATA 10.1 (Stata Corp, College Station, TX, EE.UU.). Inicialmente, los análisis descriptivos evaluaron medidas de tendencia central (media, desviación estándar y rango observado) de las puntuaciones del WHO-QOL-BREF, las variables sociodemográficas y las relacionadas con la satisfacción con los servicios de salud. Para las asociaciones, se utilizaron razones de disparidad (Odds Ratio), con estimadores ajustados por análisis múltiple e intervalos de confianza del 95%. A nivel multivariable se utilizó regresión logística nominal, con inclusión en los modelos de los factores que mostraron probabilidades inferiores a 0,20; se conformaron modelos a partir de la exclusión de cada una de las variables en un proceso de pasos hacia atrás según las recomendaciones de Greenland [23]. Además, fue usada la bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow [24], con el fin de evidenciar la significancia del mejor modelo a partir de valores de  $p > 0,10$ .

## Resultados

La muestra estuvo integrada por un total de 240 adultos, de los cuales la mayoría fueron adultos maduros y mayores (52,9%), que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, mujeres (59,6 %), de procedencia urbana (77,5%), pertenecientes a bajo estrato socioeconómico (estrato 1, 2 y 3) en un 96,3%; la gran mayoría cuentan con servicios de salud (94,2%), de tipo privado (61,7%) y solo el 12,5 % contaban con un plan complementario de salud tipo medicina prepagada (Tabla 1).

**Tabla 1. Variables socio demográficas de pacientes Adultos. Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, 2014.**

Variables	Frecuencia (%)
Edad	
Adultos jóvenes	113(47,1)
Adultos Maduros y Mayor	127(52,9)
Sexo	
Femenino	143(59,6)
Masculino	97(40,4)
Procedencia	
Urbano	186(77,5)
Rural	54(22,5)
Estrato Socioeconómico	
Bajo estrato (estrato 1,2,3)	231(96,3)
Alto estrato (estrato 4, 5)	9(3,7)
Estado Civil	
Solteros	105(43,7)
Casados	135 (56,3)
Años de Estudio	
≤ 10 años de estudio	74(30,8)
>10 años de estudio	166(69,2)
Presenta Servicios de Salud	
Si	226(94,2)
No	14(5,8)
Tipo de Servicios de Salud	
Públicos	92(38,3)
Privados	148(61,7)
Presenta Servicios de Salud Complementarios	
Si	30(12,5)
No	210(87,5)

Fuente: encuestas

Según las experiencias vividas con sus servicios de salud, la población reportó un nivel de satisfacción en un 64,6% y un 65,8 % se encuentran tranquilos y confiados con los servicios ofrecidos por su aseguradora en Salud; sin embargo, al momento de preguntar si le gustaría cambiar su actual seguro por otro, la mayoría contestó que sí, con un 71,7%, con un determinante de influencia de escogencia del mismo, por parte de otras personas (68,3%) (Tabla 2). De igual forma al preguntar por un proceso característico dentro de la operatividad del sistema de salud colombiano como lo es la oportunidad en el trámite y entrega de ór-

denes médicas, 52,9% manifestó su grado de insatisfacción ante el mecanismo utilizado por parte de su aseguradora de servicios de salud. En el marco de la satisfacción del usuario, el trámite de PQR (Petición, Queja, Reclamo) constituye uno de los medios de medición y seguimiento de la calidad en la atención, a lo que sólo el 36,7% de la muestra presentó un grado de satisfacción con respecto al tiempo de atención para una queja y/o reclamo y el 35% para sus sugerencias. Así mismo, la atención brindada por el personal administrativo no brindó la suficiente confianza y seguridad a los encuestados del estudio (57,9%) (Tabla 2).

**Tabla 2 Variables Relacionadas con la Satisfacción de los Servicios de Salud en paciente Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, 2014**

<b>Variables relacionadas con la Satisfacción de los Servicios de Salud</b>	<b>Frecuencia (%)</b>
¿Se siente satisfecho con los servicios de salud?	
Si	155(64,6)
No	85(35,4)
¿Se siente tranquilo y confiado con el seguro de salud?	
Si	158(65,8)
No	82(34,2)
¿Le gustaría cambiar su actual seguro por otro?	
Si	172(71,7)
No	68(28,3)
¿Qué personas influyeron en la escogencia de su actual seguro?	
Decisión Propia	76(31,7)
Otras personas	164(68,3)
De todos los servicios ofrecidos en su seguro, cual ha presentado más inconvenientes:	
Servicios Generales	141(58,7)
Servicios Críticos	99(41,3)
¿El proceso de asignación de citas es adecuado?	
Si	138(57,5)
No	102(42,5)
¿La atención brindada por su seguro es la apropiada?	
Si	134(55,8)
No	106(44,2)
¿Todos los servicios ofrecidos son brindados en forma satisfactoria?	
Si	132(55)
No	108(45)
¿El tiempo para trámite y entrega de ordenes medicas son satisfactorios?	
Si	113(47,1)
No	127(52,9)
¿Recibe oportunamente exámenes diagnósticos (laboratorio clínico, citología etc.)?	
Si	166(69,2)
No	74(30,8)

¿Son cómodas y limpias las instituciones donde es atendido?	
Si	188(78,3)
No	52(21,7)
¿La información brindada al usuario es clara?	
Si	162(67,5)
No	78(32,5)
¿La entrega de medicamentos son oportunos y completos?	
Si	135(56,2)
No	105(43,8)
¿El personal médico aclara sus inquietudes?	
Si	153(63,7)
No	87(36,3)
¿Hay atención oportuna a quejas y reclamos?	
Si	88(36,7)
No	152(63,3)
¿Atención a sugerencias?	
Si	84(35)
No	156(65)
¿La atención brindada por personal administrativo brinda confianza y seguridad?	
Si	139(57,9)
No	101(42,1)
¿Siente seguridad con la atención que le brinda su seguro?	
Si	151(62,9)
No	89(37,1)

Fuente: encuestas

**Tabla 3. Análisis Univariado entre Puntaje total de CVRS (WHOQOL-BREF) y Variables Sociodemográficas en pacientes, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena 2014.**

Variables	CVRS (Puntaje total)	p
	OR (IC 95 %)	
Edad		
Adultos jóvenes ( $\leq 44$ años)		
Adulto Maduro y Mayor ( $\geq 45$ años)	1,68(1,01-2,8)	0,04*
Sexo		
Femenino		
Masculino	0,91(0,54-1,53)	0,73
Procedencia		
Urbana		
Rural	1,18(0,64-2,17)	0,57
Estrato socioeconómico		
Estrato bajo (1-2-3)	7,4(0,91-60)	0,06
Estrato alto (4-5-6-7)		
Nivel de Escolaridad		
Bajo Nivel de escolaridad	2,7(1,53-4,76)	0,001*
Alto Nivel de escolaridad		

Estado Civil		
Casados		
Solteros	1,07(0,64-1,78)	0,79
Tipo de Ocupación		
Actividad Económica Formal		
Actividad Económica No Formal	1,54(0,90-2,61)	0,11
Posee Servicios de Salud		
Si		
No	1,56(0,52-4,65)	0,42
Tipo de Servicios de Salud		
Privados		
Públicos	1,07(0,64-1,81)	0,77
Posee Servicios de Salud Complementarios		
Si		
No	0,73(0,34-1,58)	0,43

Fuente: autores

Para el atributo de calidad referente a la oportunidad, el proceso de asignación de citas (57,5 %), entrega de medicamentos (56,2 %) y la entrega de exámenes diagnósticos (69,2

%) se reportaron como resultados favorables dentro del marco de la característica que se relaciona con la posibilidad que tiene el usuario de recibir uno o varios servicios sin que se generen retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. (Tabla 2).

Al asociar las variables sociodemográficas y las relacionadas con la satisfacción de los servicios de salud con los puntajes totales de CVRS, solamente se encontró asociado con el hecho de contar con más de 45 años (OR:

1,68;  $p=0,04$ ), bajo nivel de escolaridad (OR: 2,7;  $p=0,001$ ) y la no entrega oportuna de los resultados médicos (OR: 1,88;  $p=0,03$ ) (Tabla 3 y 4), pero al realizar el análisis multivariable, el modelo que mejor explica el compromiso de la CVRS incluye los siguientes factores: baja escolaridad (OR: 3,04;  $p=0,00$ ), insatisfacción con la comodidad y limpieza de los servicios de salud (OR: 2,13;  $p=0,02$ ) e insatisfacción con la atención brindada por el personal administrativo de la institución (OR: 1,75;  $p=0,04$ ) (Tabla 5).

**Tabla 4. Análisis Univariado entre Puntaje total de CVRS y las variables relacionadas con la Satisfacción de los servicios de Salud en pacientes, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena 2014**

Variables relacionadas con la Satisfacción del Seguro de Salud	CVRS Puntaje Total	p
	OR (IC 95 %)	
¿Se siente satisfecho con los servicios de salud?		
Si		
No	1,37(0,80-2,33)	0,24
¿Se siente tranquilo y confiado con el seguro de salud?		
Si		
No	1,53(0,89-2,61)	0,11
¿Le gustaría cambiar su actual seguro por otro?		
Si	1,20(0,68-2,11)	0,51
No		
¿Qué personas influyeron en la escogencia de su actual seguro?		
Decisión Propia		
Otras personas	0,60(0,34-1,04)	0,07
De todos los servicios ofrecidos en su seguro, con cual usted ha presentado más inconvenientes:		
Servicios Generales		
Servicios Críticos	0,85(0,51-1,43)	0,56
¿El proceso de asignación de citas es adecuado?		
Si		
No	1,55(0,92-2,59)	0,09
¿La atención brindada por su seguro es la apropiada?		
Si		
No	1,45(0,87-2,43)	0,15
¿Todos los servicios ofrecidos son brindados en forma satisfactoria?		
Si		
No	1,36(0,81-2,27)	0,23
¿El tiempo para trámite y entrega de ordenes medicas son satisfactorios?		
Si		
No	0,85(0,51-1,42)	0,55
¿Recibe oportunamente resultados de exámenes diagnósticos (laboratorio clínico, citología etc.)?		
Si		
No	1,88(1,03-3,13)	0,03*

¿Son cómodas y limpias las instituciones donde es atendido?		
Si		
No	2,16(1,15-4,05)	0,01*
¿La información brindada al usuario es clara?		
Si		
No	1,31(0,76-2,26)	0,32
¿La entrega de medicamentos son oportunos y completos?		
Si		
No	1(0,59-1,66)	1,00
¿El personal médico aclara sus inquietudes?		
Si		
No	1,37(0,81-2,33)	0,23
¿Hay atención oportuna a quejas y reclamos?		
Si		
No	0,86(0,51-1,47)	0,60
¿Atención a sugerencias?		
Si		
No	0,94(0,55-1,60)	0,82
¿La atención brindada por personal administrativo brinda confianza y seguridad?		
Si		
No	1,84(1,09-3,09)	0,02*
¿Siente seguridad con la atención que le brinda su seguro?		
Si		
No	1,48(0,87-2,5)	0,14

\*Variables con significancia Estadística.

Fuente: autores

**Tabla 5. Modelo Multivariado entre Puntaje de CVRS (WHOQOL- BREF), variables sociodemográficas y variables relacionadas con satisfacción de los Servicios de la Salud en pacientes, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, 2014**

Variable de Estudio	Puntaje total CVRS	
	OR (IC 95 %)*	p
Nivel de Escolaridad		
Bajo Nivel de escolaridad	3,04(1,69-5,47)	0,001
Alto Nivel de escolaridad		
¿Son cómodas y limpias las instituciones donde es atendido?		
Si		
No	2,13(1,09-4,17)	0,02
¿La atención brindada por personal administrativo brinda confianza y seguridad?		
Si		
No	1,75(1,01-3,04)	0,04

\* Valor del Modelo: X<sup>2</sup>: 23,77, p=0,001

Fuente: autores

## Discusión

En este estudio se hallan algunos factores relacionados con la insatisfacción en los servicios de la salud que impactan de manera

negativa sobre la CVRS. Uno de ellos corresponde a la edad, encontrándose que el tener más de 45 años representa un riesgo para la CVRS. Debe tenerse en cuenta que los adultos maduros que van desde los 45 a 59 años y los

adultos mayores que van a partir de los 60 años epidemiológicamente corresponden a una población que presenta necesidades de atención en salud dada la disminución de la capacidad funcional [25]. Esta capacidad está determinada en gran parte por factores relacionados con el modo de vida en la edad adulta, como el tabaquismo, consumo de alcohol, el grado de actividad física y el régimen alimentario y puede disminuir de forma tan abrupta que el resultado puede conllevar una discapacidad prematura [25]. Esto ubica en riesgo a esta población y amerita actividades de promoción y prevención desde las instituciones de salud que lleguen incluso hasta los lugares de trabajo [26] y generen espacios saludables, dadas sus limitadas condiciones de acceso a los servicios por el poco tiempo disponible para acudir a citas médicas y a la asistencia a este tipo de programas preventivos. Si en medio de estas limitantes se encuentran deficiencias en la prestación de los servicios de salud, se genera el empeoramiento de las condiciones de salud que impactarían sobre la calidad de vida del paciente, su familia y hasta en la productividad social y económica del país.

Así mismo el bajo nivel de escolaridad presentó un riesgo para la CVRS, hallazgos cuya interpretación coinciden a los reportados por Salas et al.; Colombia, 2010 [22], donde se relaciona de manera directa el alto nivel de escolaridad y la satisfacción percibida frente a los servicios de salud lo que conllevaría a un mejor uso de los mismos, traducidos a largo plazo en un impacto positivo sobre la CVRS. Debe tenerse en cuenta que contar con pocos años de estudio no fomenta hábitos como la lectura e interés por la información que les faciliten a este tipo de poblaciones entender el funcionamiento del actual sistema de salud; al presentarse este vacío de conocimiento e interpretación equivocada de las normas y reglas del sistema, se gestan percepciones equivocadas y mitos erróneos frente a la atención en salud que comprometan el uso de los servicios y por ende su CVRS [27].

Con respecto a la satisfacción de los servicios de salud, un poco más de la mitad de los pacientes del estudio se sienten satisfechos con los servicios que cuentan a pesar que en el modelo multivariado se muestra como el no sentirse satisfecho con la comodidad y limpieza de la Institución donde se ofrecen los servicios e inconformidad con la atención brindada por personal administrativo que no brinda confianza y seguridad en el momento de ofrecer información y asesoría impacta de manera negativa con la CVRS. Esto coincide con lo reportado por Massip et al; en la Habana, Cuba [28], quienes consideran en su revisión que, al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos, observándose esa diferencia en este estudio, al contar los pacientes con satisfacción general de los servicios pero con insatisfacción con respecto a un servicio específico recibido. Así mismo, Massip et al; reporta que en estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye [28], coincidiendo también en este aspecto con los resultados hallados en este estudio. De allí que la realización de este tipo de encuestas se considera una herramienta muy valiosa porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido y en la redirección de los objetivos planteados por las instituciones de salud que conlleven a la formulación de planes de mejoramiento acertados.

Igualmente, a pesar de sentirse la gran mayoría satisfechos, muchos les gustaría cambiar de seguro y gran parte de ellos no participaron en la escogencia de la empresa aseguradora

y fueron influenciados por otras personas, dentro de las cuales tiene gran inherencia el empleador coincidiendo con lo reportado por España *et al*; 2010, Colombia [29]. La libre escogencia de Entidades Promotoras de Salud, se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley 100 de 1993 [11] y sus leyes modificatorias como la Ley 1122 de 2007 [30] y 1438 de 2011[31], a la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio (PBSUPC). Debe tenerse en cuenta que uno de los criterios a cumplir para la aplicación del principio de libre escogencia se basa en la oferta de administradoras y prestadores de servicios de salud lo que obliga a los oferentes de los servicios a mejorar su calidad y eventualmente su eficacia. A pesar de los lineamientos legales, una conducta frecuente, es la imposición de Empresas aseguradoras en Salud por parte del empleador [29], lo que ha suscitado diferentes pronunciamientos por parte de la Corte Constitucional, generándose mucha jurisprudencia como soporte de uno de los principios exigibles dentro del derecho fundamental a la salud.

La comodidad que perciben los pacientes, así como la limpieza de la institución prestadora de servicio, juegan un papel clave en la percepción externa del paciente sobre los servicios a recibir, la calidad de la atención y el pronóstico del tratamiento. Estos factores son reportados por algunos estudios como uno de los factores que más insatisfacción generan, especialmente incomodidad en las salas de esperas e inconformidad con la limpieza de los servicios sanitarios [32]. Aquí no se indagó específicamente en que área de la institución prestadora de servicios de salud se encontraban inconformes con respecto a la comodidad y limpieza, pero se aportan luces para que las instituciones de salud indaguen por estos aspectos y se trabaje en su mejoramiento. De esto puede depender el uso o no del servicio y su impacto sobre la

CVRS. Así mismo, el no sentir confianza hacia el personal administrativo puede generar intranquilidad, inseguridad e incertidumbre en el paciente con respecto a la resolución de su problema de salud y compromiso de su CV al largo plazo ya que también dependiendo de este factor se puede comprometer el uso adecuado de los servicios de salud [33]. Aquí fue uno de los factores que mostraron un impacto negativo sobre la CVRS a diferencia de lo reportado por Morales *et al*; donde la mayoría de los pacientes se sintieron satisfechos con este factor [32]. Debe tenerse en cuenta en la elección del personal administrativo, que este no solo cuente con conocimientos en el área, sino además con habilidades comunicativas e inteligencia emocional que propendan por las buenas relaciones con los pacientes.

Otro de los factores que mostraron un impacto negativo sobre la CVRS aunque no quedaron en el modelo final corresponde a la entrega oportuna de resultados de exámenes diagnósticos (laboratorio clínico, citología etc.), factor que también es reportado con insatisfacción percibida por los pacientes en otros estudios [34-36]. El incumplimiento de las acciones para acceder a los servicios de manera ágil y oportuna trae efectos al usuario a nivel familiar, laboral, económico, social, entre otros, inhabilitándolo no sólo a él, sino a su familia. Esta situación genera procesos de inequidad, como lo reportan varios investigadores [34-36] y comprometerían la CVRS, ya que al no disponer en el momento real de los resultados de exámenes clínicos y pruebas de laboratorio, no se puede iniciar el tratamiento adecuado de las enfermedades y se conlleva a sus posibles complicaciones tal y como se confirma en el estudio de Seva [37], donde los paciente al no disponer de sus resultados oportunamente recurren a medicina paliativa, farmacias o médicos cercanos y más allá de todo esto hasta se recurren a medidas legales y acciones de desistimiento donde el paciente a pesar de sentirse enfermo desiste de la atención comprometiendo su bienestar y calidad

de vida [37]. Las instituciones de salud tienen la obligación de ser asequibles, equitativos, sostenibles y de calidad; y compete a ellas las funciones de promover, restablecer y mejorar la salud individual y colectiva [38], para lo cual se espera que estos resultados sirvan de guía a muchas instituciones en procura de la excelencia del sistema de salud y la garantía de los derechos fundamentales del individuo como el derecho a la salud según lo establecido por la Constitución Política Colombiana [12].

La entrega no oportuna de medicamentos fue otro de los aspectos que se reportaron con insatisfacción en el estudio. Dentro de los derechos establecidos en el Plan de beneficios con cargo a la UPC (Unidad de pago por Capitación), la entrega de los medicamentos e insumos formulados por los profesionales de la salud dentro del proceso integral de la atención, constituye un proceso de gran importancia no solo para las características de calidad correspondientes a la pertinencia, continuidad y seguridad para el usuario del sistema de salud, sino también desde la perspectiva económica del afiliado, cuando el “gasto de bolsillo” por compra de algún servicio o medicamento para restablecimiento de su estado de salud, resulta tan costoso, por cuyo motivo se crea una barrera de acceso a ellos [34]. El proceso establecido para dicho fin, reporta antecedentes de complejidad en trámites y el despacho incompleto de las fórmulas, tanto en cantidades, presentación, como en el tipo de medicamento en sí, lo que ha generado el monitoreo continuo de la oportunidad en su entrega, entendido como un proceso de calidad en salud, así como lo establece la resolución 256 del 2016 [39].

También se reportó insatisfacción con respecto al tiempo de atención para una queja y/o reclamo, corroborando lo expresado por Rodríguez et al, 2013 para el caso Colombia, quien expresa que las Peticiones, Quejas,

Reclamos y Solicitudes (PQRS) siguen en aumento pese a la normatividad que existe en Colombia para controlarlas [34]. Es importante recordar que el Sistema de Salud pública según lo contempla la Ley 1122 de 2007 [30], debe garantizar de manera integral la salud de la población tanto a nivel individual como colectivo. Así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, es la entidad encargada de fortalecer mecanismos de monitoreo a las áreas de las EAPB (administrativa, técnica científica, económica, entre otras) y debe garantizar el cumplimiento de derechos de los usuarios en el sistema de salud y hacer cumplir los deberes por parte de los diferentes actores del sistema.

Si bien este estudio presenta limitantes como el volumen y la selección de los entrevistados y no representar a la población colombiana y los propios correspondientes al tipo de estudio, se suma a las evidencias científicas aportadas sobre los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes sobre los servicios de la salud y cuales pueden comprometer su desarrollo humano y calidad de vida que permitan una retroalimentación adecuada en la prestación de estos servicios y conocimientos sobre los aspectos a mejorar en los mismos.

En conclusión, el bajo nivel de escolaridad, presentar insatisfacción con la comodidad y limpieza de los servicios de salud y con la atención brindada por el personal administrativo genera impacto negativo sobre la CVRS.

### **Agradecimientos**

Antonio Frías Meneses y Lorena Carmona por su colaboración y aportes realizados al trabajo final de investigación

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación al tema tratado

**Fuentes de financiación:** Ninguna.

## Literatura citada

1. Fernández JA, Fernández M, Cieza A. **Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF).** *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84(2):169-84.
2. Group TW. **Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment.** The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28(3):551-8.
3. Álvarez LFB. **La Cultura del Consumo y su Relación con las Nuevas Tendencias Tecnológicas Informáticas.** *Teckne* 2016; 3(1):35-38.
4. Urzúa A. **Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales.** *Rev Méd Chile* 2010; 138(3):358-365.
5. Abodunrin O, Akande T, Osagbemi G. **Awareness and perception toward referral in health care: A study of adult residents in Ilorin, Nigeria.** *Annals of African Medicine* 2010; 9(3):176-180.
6. Contreras D, Gómez O, Puentes E, Garrido F, Castro M, Fajardo G. **Waiting times for surgical and diagnostic procedures in public hospitals in Mexico.** *Salud pública Méx* 2015; 57(1):29-37.
7. Chirino A, Hernández E. **Comunicación afectiva y manejo de las emociones en la formación de profesionales de la salud.** *Educ Med Super* 2015; 29(4):872-879.
8. Almeida R, Bourliataux S, Martins M. **Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review.** *Cad Saúde Pública* 2015; 31(1):11-25.
9. Mezones E, Solís R, Benites V, Garnica G, Marquez E, Tantaleán Martín et al. **Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud.** *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2016; 33(2): 205-214.
10. Díaz C, Zapata Y, Aristizábal JC. **Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2 - Cali, Colombia.** *Rev Gerenc Polít Salud* 2015; 14(29):155-178.
11. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (Diario Oficial 41148, de 23/XII/1993).
12. **Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Capítulo 2. Derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 48 y 49.** (Gaceta constitucional No. 116, de 10/VII/1991)
13. Berenguer M, Mediaceja N, Montoya M. **Evaluación de la satisfacción en salud: un reto en la atención estomatológica.** *Medisan* 2014; 18(7):923-927.
14. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de salud, Gobierno de Chile. **Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Informe Global.** Santiago de Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de salud, Gobierno de Chile; 2013.
15. Delgado M, Vázquez M, Moraes L. **Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil.** *Rev salud pública* 2010; 12 (4):533-545.
16. The WHOQOL group: development and general psychometric properties. *Soc sci med* 1995; 41:1403-9.
17. Moreno A, Faerstein E, Werneck G, Lopes C, Chor D. **Propiedades psicométricas do instrumento Abreviado de Avaliando de Qualidade de Vida da Organizandó Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde.** *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (12): 2585-97.
18. Yao G, Wu Ch. **Factorial Invariance of the WHO-QoL-Bref among disease groups.** *Qual Life Res* 2005; 14:1881-8.
19. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Sayuri H, Kurita H, et al. **Validity and reliability of the Bangla version of WHOQoL-Bref on an adolescent population in Bangladesh.** *Qual Life Res* 2005; 14:1783-9.
20. Lucas R. **The WHO quality of life (WHOQoL) questionnaire: Spanish development and validation studies.** *Qual Life Res* 2012; 21:161-5.
21. Urzúa A, Miranda-Castillo C, Caqueo-Úrizar A, Mascayano F. **Do cultural values affect quality of life evaluation?** *Soc Indic Res* 2013; 114:1295-1313.
22. Salas C, Grisales H. **Quality of life and associated factors in women with breast cancer in Antioquia, Colombia.** *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(1):9-18.
23. Greenland S. **Modeling and variable selection in epidemiologic analysis.** *American journal of public health* 1989; 79(3):340-349.
24. Hosmer DW, Lemeshow S. **Applied logistic regression 2nd edition.** New York: Jhon Wiley and Sons Inc; 2000
25. Merlo J. **Contextual Influences on the Individual Life Course: Building a Research Framework for Social Epidemiology.** *Psychosocial Intervention* 2011; 20,109-118.
26. García JC. **Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar.** *Av.Enferm* 2009; 27(1):124-129.

27. Sánchez G, Niño C, Estupiñán C. **Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá.** *Biomédica* 2015; 35(4):505-512.
28. Massip C, Ortiz RM, Llantá M del C, Peña M, Infante I. **La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad.** *Rev Cub Salud Pública* 2008; 34(4):0-0.
29. España D, Jaimes C. **Criterios o elementos determinantes de la libre escogencia de Eps e Ips en Bogotá D.C. por parte de los usuarios del régimen contributivo.** *Rev Gerenc Polít Salud* 2010, 9(19):179-215.
30. Congreso de la Republica de Colombia. **Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.** Bogotá D.C.: Congreso de la Republica de Colombia; 2007.
31. **Ley 1438 de 2011: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.** (Diario Oficial 47957, Enero 19, 2011). Ley aprobada.
32. Morales M, Carvajal F. **Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria.** *Rev méd* 2008; 19(29):24-28.
33. Medeiros F, Araújo G, Albuquerque A, Clara I. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.** *Rev salud pública* 2010; 12(3):402-413.
34. Rodríguez J, Rodríguez D, Corrales JC. **Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana.** *Cien Saude Colet* 2013; 20(6):1947-1958.
35. Franco S. **Entre los negocios y los derechos.** *Rev Cub Salud Publica* 2013; 39(2):268-284.
36. Mishima S, Campos A, Matumoto S, Fortuna C. **Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems.** *Rev Lat Am Enfermagem* 2016; 24:e2674
37. Seva I, Flores M, Martínez F. **Automedicación previa a la indicación farmacéutica en gripe o resfriado.** *Vitae* 2014; 21(1):30-37.
38. Mejía A, Sánchez AF, Tamayo JC. **Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia.** *Rev Salud Pública* 2007; 9(1):26-38.
39. **Resolución 0256 de 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.** (Diario Oficial 49794, Febrero 22, 2016). Resolución aprobada.

