

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DESDE LA  
PERSPECTIVA DEL USUARIO EN LA IPS CENTRAL DE URGENCIAS  
SALUDCOOP EN CARTAGENA, SEGUNDO SEMESTRE DE 2014**

**DIANA LASCARRO COHEN**

**JENNY QUINTERO BAUTE**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD**

**CARTAGENA DE INDIAS**

**2014**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DESDE LA  
PERSPECTIVA DEL USUARIO EN LA IPS CENTRAL DE URGENCIAS  
SALUDCOOP EN CARTAGENA, SEGUNDO SEMESTRE DE 2014**

**DIANA LASCARRO**

**JENNY QUINTERO**

**Anteproyecto**

**ASESOR**

**MONICA DE LAVALLE**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD  
CARTAGENA DE INDIAS**

**2014**

## CONTENIDO

	Pág.
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Formulación del problema.....	13
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
3.1 General .....	16
3.2 Específicos.....	16
<b>4. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Marco histórico .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Marco legal .....</b>	<b>19</b>
4.2.1 Constitución Política de Colombia .....	19
4.2.2 Ley 100 de 1993.....	19
4.2.3 Decreto 2174 de 1996 .....	20
4.2.4 Resolución 412 de 2000.....	20
4.2.5 Decreto 1011 de 2006 .....	21
4.2.6 Decreto 3888 de 2007 .....	21
<b>4.3 Marco institucional .....</b>	<b>22</b>
4.3.1 Historia de SaludCoop.....	22
4.3.2 Visión.....	24
4.3.3 Misión .....	25
4.3.4 Valores .....	25
4.3.5 Promesa de valor .....	25
4.3.6 Asociados.....	25

<b>4.4 Marco referencia de estudios anteriores .....</b>	<b>26</b>
<b>4.5 Glosario de términos .....</b>	<b>29</b>
<b>4.6 Marco teórico .....</b>	<b>31</b>
4.6.1 Los servicios de salud .....	31
4.6.2 Calidad de los servicios de salud .....	31
4.6.3 Urgencias y emergencias médicas.....	35
<b>5. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>38</b>
<b>5.1 Naturaleza del proyecto de investigación .....</b>	<b>38</b>
<b>5.2 Tipo de estudio .....</b>	<b>38</b>
<b>5.3 Delimitación del estudio .....</b>	<b>38</b>
5.3.1 Delimitación espacial.....	38
5.3.2 Delimitación temporal.....	38
5.3.3 Universo .....	39
5.3.4 Población objetivo .....	39
<b>5.4 Muestra.....</b>	<b>39</b>
5.4.1 Método de muestreo .....	40
<b>5.5 Fuentes información .....</b>	<b>40</b>
<b>5.6 Instrumento para la recolección de la información .....</b>	<b>41</b>
<b>5.7 Metodología de procesamiento de datos .....</b>	<b>43</b>
<b>5.8 Operacionalización de variables .....</b>	<b>44</b>
<b>6. PRESUPUESTO.....</b>	<b>45</b>
<b>7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>46</b>
<b>8. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LOS USUARIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>9. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LOS USUARIOS FRENTE AL SERVICIO RECIBIDO EN EL ÁREA DE URGENCIAS .....</b>	<b>57</b>

**9.1 Percepción de la calidad desagregada según ítems .....57**

    9.1.1 Infraestructura .....57

    9.1.2 Recursos humanos .....62

    9.1.3 Tiempo de atención .....69

**9.2 Percepción de la calidad según categorías .....71**

    9.2.1 Consolidado .....72

    9.2.2 Detallado según aspectos demográficos, sociales y económicos de los usuarios.....73

**9.3 Percepción de la calidad general .....79**

    9.3.1 Consolidado .....79

    9.3.2 Detallado según aspectos demográficos, sociales y económicos de los usuarios.....82

**10. FACTORES QUE EXPLICAN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD QUE TIENEN LOS USUARIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS .....89**

**11. CONCLUSIONES .....93**

**BIBLIOGRAFÍA .....96**

**12. ANEXOS .....101**

**12.1 Carta autorización de recolección de la información.....101**

## ÍNDICE DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena ...	47
Gráfica 2. Edad de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	48
Gráfica 3. Edad según el género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	48
Gráfica 4. Estado civil de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	50
Gráfica 5. Estrato de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena ...	50
Gráfica 6. Nivel educativo de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	51
Gráfica 7. Nivel educativo según la edad de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	52
Gráfica 8. Nivel educativo según el género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	53
Gráfica 9. Régimen de seguridad social de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	53
Gráfica 10. Régimen de seguridad social según estrato de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	54
Gráfica 11. Procedencia de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	54
Gráfica 12. Ocupación de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	55

Gráfica 13. Ocupación según género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	55
Gráfica 14. Usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena que habían estado en estas instalaciones con anterioridad .....	56
Gráfica 15. La tecnología de los equipos médicos para la atención .....	58
Gráfica 16. La apariencia, limpieza y uniforme del personal .....	60
Gráfica 17. Las indicaciones o señalizaciones para orientarse en el centro de urgencias .....	60
Gráfica 18. El estado, apariencia y comodidad de los cubículos .....	60
Gráfica 19. La limpieza y el aseo de las instalaciones .....	61
Gráfica 20. La facilidad para llegar al centro de urgencias.....	61
Gráfica 21. El interés del personal por cumplir lo que promete.....	62
Gráfica 22. La información que los médicos proporcionan.....	63
Gráfica 23. El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes .....	64
Gráfica 24. La disposición del personal por ayudarlo .....	64
Gráfica 25. La confianza o seguridad que el personal transmite a los pacientes .....	65
Gráfica 26. La amabilidad o cortesía con la que el personal trata a la gente.....	65
Gráfica 27. La preparación del personal para realizar su trabajo.....	66
Gráfica 28. La atención que recibe del orientador .....	66
Gráfica 29. La atención que recibe del personal de admisiones .....	67
Gráfica 30. El trato personalizado que se les da a los pacientes .....	67
Gráfica 31. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes.....	68

Gráfica 32. La información que los médicos dan a los familiares.....	68
Gráfica 33. El interés del personal de enfermería por los pacientes .....	69
Gráfica 34. El tiempo de espera para ser atendido .....	70
Gráfica 35. La puntualidad en la atención .....	71
Gráfica 36. La rapidez con que el paciente consigue lo que necesita o si lo pide .....	71
Gráfica 37. Percepción de la calidad según categorías en usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	72
Gráfica 38. Percepción de calidad general .....	79
Gráfica 39. Recomendaría este centro de urgencias .....	81
Gráfica 40. Considera que ha estado en urgencias.....	82
Gráfica 41. Percepción de calidad general según edad de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	83
Gráfica 42. Percepción de calidad general según género de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	83
Gráfica 43. Percepción de calidad general según estado civil de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	84
Gráfica 44. Percepción de calidad general según estrato de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	85
Gráfica 45. Percepción de calidad general según nivel educativo de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	85
Gráfica 46. Percepción de calidad general según régimen de seguridad social de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	86
Gráfica 47. Percepción de calidad general según procedencia de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	87

Gráfica 48. Percepción de calidad general según ocupación de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena según si habían estado en estas instalaciones con anterioridad ..... 87

Gráfica 49. Percepción de calidad general según si habían estado en estas instalaciones con anterioridad, en usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena ..... 88

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena.....	49
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad según categorías en usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	73
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad de la infraestructura según usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	74
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad de los recursos humanos según usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	76
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad del tiempo de atención según usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena .....	78
Tabla 6. Factores explicativos de la percepción de la calidad que tienen los usuarios del área de urgencias.....	90

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

La preocupación por la calidad en la prestación de los servicios de salud recientemente ha sido objeto de profundos debates a nivel internacional, en especial por las vastas repercusiones que tiene en la reducción de costos, lealtad de los usuarios y rentabilidad<sup>1</sup>. En el ámbito nacional el sistema de salud incorporó elementos de calidad con la Ley 100 a principios de los noventa<sup>2</sup>; con esto se obliga a proveedores y prestadores a competir con calidad, precio y la satisfacción de usuario<sup>3</sup>.

En el contexto de la asistencia sanitaria la perspectiva del usuario ejerce un rol importante que debe ser tomada en cuenta con el fin de incrementar la calidad con la que se lleva a cabo la prestación del servicio, a su vez, posibilita mejorar los tratamientos que se aplican.

A nivel nacional, se tiene información que lleva a afirmar que los resultados obtenidos por los proveedores de salud en evaluaciones de satisfacción llevadas a cabo, no han sido satisfactorios, debido a que escasamente el indicador de satisfacción se sitúa en el límite más bajo de aprobación establecido<sup>4</sup>. A nivel

---

<sup>1</sup> GURU, Calin. Tailoring e-service quality through CRM. En: *Managing Service Quality*, 2003, vol. 13, no. 6, p 520-531, citado por LOSADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. En: *Cuadernos de Administración*, vol. 20, no. 34, p. 237-258.

<sup>2</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En: *Diario Oficial*, 1993. [Consultado 4 diciembre 2013] Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/bas\\_edoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/bas_edoc/ley/1993/ley_0100_1993.html).

<sup>3</sup> LOSADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. En: *Cuadernos de Administración*, vol. 20, no. 34, p. 237-258.

<sup>4</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009. Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo, 2010.

local, es decir, para Cartagena de Indias, se han presentado constantes deficiencias en la prestación de servicios de salud con calidad<sup>5</sup>, sin embargo, en los últimos cinco años se ha observado una tendencia a la mejoría, sobre todo con respecto a otras ciudades<sup>6</sup>.

Estos estudios son valiosos, en la medida en que adquieren notable relevancia para caracterizar la situación, mas no para evaluar y entender en detalle las falencias en la calidad desde la perspectiva de los usuarios; estas investigaciones no exploran ni analizan los factores que inciden en que se perciba un servicio con calidad.

Dentro de la presente investigación se abordará el caso particular de los servicios de urgencias que presta la IPS Central de Urgencias Saludcoop en Cartagena, esta es una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel, encargada de garantizar, coordinar y resolver las urgencias médicas de los pacientes afiliados a la EPS Saludcoop, Cafesalud y Cruz Blanca. Está localizada en el barrio Pie de la Popa, y presta una atención inicial de urgencias con capacidad promedio de atención de 8.000 usuarios mensuales; cuenta con servicios de caja, laboratorio clínico, servicio de radiología y ecografía, hospitalización con remisión a niveles de mayor complejidad.

Ahora bien, el servicio inicial de urgencias se define como aquel prestado por el área de la medicina sobre una lesión o enfermedad que plantea una amenaza inmediata para la vida de una persona, cuya asistencia no puede ser demorada. Dentro de estas acciones hay varios aspectos que se deben considerar para dar respuesta a una urgencia médica: la situación del paciente, la disponibilidad de

---

<sup>5</sup> VILORIA DE LA HOZ, Joaquín. Salud pública y situación hospitalaria de Cartagena. En: Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, noviembre, 2005, no. 65.

<sup>6</sup> ASÍ VAMOS EN SALUD. Reporte anual 2012. El sistema de salud busca su rumbo. Bogotá D.C.: 2012.

recursos para asistirlo y la ubicación intra o extra hospitalaria; en el caso intrahospitalario generalmente se encuentra un grupo idóneo de profesionales para atender la situación de emergencia.

Para el caso de la entidad que será objeto de estudio en esta investigación, a continuación se muestran algunos hechos y cifras que demuestran la magnitud y la trascendencia del problema. En primer lugar resulta patente que se presentan demoras en la prestación del servicio, incluso de hasta 6 horas en la atención; por ejemplo, el tiempo entre la orden de remisión y la remisión en promedio ronda los 2,28 días. Así mismo, existe personal no idóneo para llevar a cabo la priorización: en la actualidad esto lo hace una enfermera jefe, cuando es un médico quien debería estar a cargo; existe poca capacidad instalada para una atención eficaz con calidad, pues existen solamente 8 camas para adultos, 3 para niños; además son evidentes las demoras para trasladar a un paciente a un nivel de atención de mayor complejidad (entre 7 y 15 días). Esto considerando que son 6.140 urgencias que en promedio se atienden al mes en Saludcoop.

Teniendo en cuenta estos elementos, resulta pertinente formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad del servicio de urgencias desde la perspectiva del usuario en la IPS Central de Urgencias Saludcoop en Cartagena?

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la calidad del servicio de urgencias desde la perspectiva del usuario en la IPS Central de Urgencias Saludcoop en Cartagena?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El estudio de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, en este caso de urgencias, constituye un elemento de notable importancia en la medida en que existen investigaciones<sup>7</sup> que señalan que la satisfacción es un buen indicador del cumplimiento en la prestación del servicio, además es reflejo de calidad, constituyendo un elemento de vital importancia, que da confiabilidad, credibilidad y prestigio tanto a la institución de salud donde se proporciona el servicio, como al personal que atiende en el área de urgencia.

También, se considera a la satisfacción del usuario como un instrumento útil para la evaluación de las consultas y los modelos de comunicación en salud. También es posible afirmar que la opinión del usuario de los servicios de salud puede emplearse con el fin de mejorar la manera en que el proveedor dispone de tales servicios en el mercado.

La presente investigación se justifica porque proporcionará elementos de juicio que permitirán responder a la necesidad de conocer y comprender, la forma en que es prestado el servicio de urgencias en la IPS Central de Urgencias Saludcoop en Cartagena, de acuerdo a la percepción de los usuarios.

Los públicos beneficiados del presente estudio serán: a) IPS Central de Urgencias Saludcoop, porque tendrá una investigación seria y confiable, que le posibilitara a la gerencia tomar las decisiones adecuadas para corregir las posibles falencias en la calidad y fortalecer aquellos aspectos que representan fortalezas.

---

<sup>7</sup> CAMINAL, Josefina. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. En: Revista Calidad Asistencial, 2001, vol. 16. p 276-279.

También, b) los usuarios de la IPS Central de Urgencias Saludcoop, pues en la medida en que se evalúe la calidad de esta unidad, será posible actuar y mejorar en este sentido.

De igual forma se beneficiará, c) el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuanto contará con una institución que evalúa e intenta mejorar su servicio de urgencia intentando satisfacer las expectativas y necesidades de sus usuarios

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 General**

Evaluar la calidad del servicio de urgencias desde la perspectiva del usuario en la IPS Central de Urgencias Saludcoop en Cartagena durante el primer semestre de 2014, con el fin de identificar falencias y tomar medidas que permitan mejorar su prestación.

#### **3.2 Específicos**

- Describir los aspectos demográficos, sociales y económicos de los usuarios del área de urgencias en la IPS Central de Urgencias Saludcoop en Cartagena.
- Determinar las condiciones de calidad en las cuales se encuentra la infraestructura, el talento humano, y el tiempo de atención de acuerdo a las percepciones de los usuarios.
- Analizar la percepción de la calidad de los usuarios con relación al servicio recibido en el área de urgencias.
- Identificar los factores que explican la percepción de calidad que tienen los usuarios del área de urgencias de la IPS Central de Urgencias Saludcoop.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Marco histórico

En el ámbito histórico, sobre los primitivos servicios de emergencia se tiene información disponible en la historia bíblica del Buen Samaritano, así como de las experiencias clásicas griegas y romanas, que dan cuenta del uso de carros ambulancia.

En la edad moderna en Europa, los servicios de emergencia, sobre todos los prehospitales organizados pueden remontarse a la Sociedad de Salvamento de Amsterdam, fundada en 1767; siete años después, se fundaría la Real Sociedad Humanitaria de Londres. Ambos eran servicios de salvamento encaminados a ayudar a las víctimas de fenómenos adversos ocurridos en la comunidad. En 1792, el Cirujano Mayor del Ejército de Napoleón creó el primer servicio de ambulancias para clasificar y socorrer directamente al soldado herido<sup>8</sup>.

Entre tanto, En los Estados Unidos, los servicios de transporte para heridos se usaron por primera vez en la Guerra de Secesión, reapareciendo las primeras ambulancias urbanas tiradas por caballos en 1865, en Cincinnati y en el Hospital Bellevue de la ciudad de Nueva York, éstas casi nunca llevaban equipo, generalmente solo una camilla y, a veces, oxígeno<sup>9</sup>.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la dotación de muchas ambulancias estaba compuesta por el conductor y un médico interno. Debido a la escasez de médicos durante la guerra, los internistas fueron relevados para otras responsabilidades hospitalarias y las ambulancias contaron con enfermeras o solo con conductores;

---

<sup>8</sup> HOLTERMANN, Keith. Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias médicas: experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo. OPS: Washington, 2003.

<sup>9</sup> *Ibíd.*

éstos, nunca más volverían a ser de forma sistemática o habitual miembros del personal a bordo de las ambulancias en los Estados Unidos<sup>10</sup>.

Luego de este conflicto mundial, pero especialmente, durante y después de las guerras de Corea y Vietnam, se lograron avances notorios en la atención médica de lesionados, lo cual llevó a suponer que sería benéfico aplicar los conocimientos adquiridos en las guerras, para la atención pre-hospitalaria y hospitalaria a nivel civil en épocas de paz. Solo fue hasta entonces cuando se reconoció que se debía disponer, tanto con personal médico y paramédico especializado en la atención de urgencias, en especial del trauma, además de equipo electromédico y de vehículos que cubrieran ciertos estándares mínimos<sup>11</sup>.

Con posterioridad a los conflictos anteriores, el avance más significativo que impulsaron los servicios de emergencias extrahospitalarios fue la descripción por primera vez del masaje cardiaco en 1960, desde entonces las maniobras de reanimación cardiopulmonar se han generalizado. Así mismo, la primera ambulancia con un desfibrilador portable, fue puesta en marcha en 1965 por Frank Pantridge en el Royal Victoria Infirmary en Belfast, creando así la primera unidad de emergencia extrahospitalaria de cuidados coronarios; este concepto fue rápidamente adoptado en Estados Unidos y el resto del mundo. En Francia, en 1965 se aprobó un decreto creando los Servicios Móviles de Urgencia y Reanimación de base hospitalaria<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*

<sup>11</sup> ROCHA, Juan. Historia de la Medicina de Urgencias en México. En: Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2009, Vol. 1, No. 1. p 4-11.

<sup>12</sup> *Ibíd.*

## **4.2 Marco legal**

### *4.2.1 Constitución Política de Colombia*

En el Artículo 11 establece que el derecho a la vida es inviolable, además menciona en el Artículo 49, que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además señala que al Estado corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad<sup>13</sup>.

### *4.2.2 Ley 100 de 1993*

Por medio de esta norma se creó el sistema de seguridad social integral en Colombia, en particular, se pretendió garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema, así mismo se buscó garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley, e incluso se procuró garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al

---

<sup>13</sup> CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html).

sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral<sup>14</sup>.

#### *4.2.3 Decreto 2174 de 1996*

Esta norma efectúa la organización del sistema de garantía de calidad en el país, además, define la calidad como el conjunto de características técnico científica, humana, financiera y material que debe tener la seguridad social bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios<sup>15</sup>.

#### *4.2.4 Resolución 412 de 2000*

Define y establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Cabe mencionar que esta iniciativa conjunta responde a los lineamientos y políticas del Ministerio de la Protección Social para atender las diversas necesidades de salud de la población colombiana mediante actividades de promoción y fomento de la

---

<sup>14</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 1993. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html).

<sup>15</sup> PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2174 de 1996: Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 1996. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: <http://www.assosalud.com/descargas/PDF%20Assosalud/Decretos%20Assosalud/1996/DECRETO%202174%20DE%201996.pdf>.

salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas<sup>16</sup>

#### *4.2.5 Decreto 1011 de 2006*

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, brinda parámetros para la prestación de servicios de cuidado en salud con calidad<sup>17</sup>.

#### *4.2.6 Decreto 3888 de 2007*

Este decreto se buscó la institucionalización del Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público y constituir la Comisión Nacional Asesora de Programas Masivos. Hace referencia a que los alcaldes distritales y municipales, así como los Secretarios de Gobierno o del Interior deberán organizar un Puesto de Mando Unificado (PMU), que deberá estar conformado por los representantes y/o delegados de las siguientes entidades u organizaciones: a) Comité Local de Prevención y Atención de Desastres; b) Cuerpo de Bomberos; c) Policía Nacional; d) Secretaría de Salud; e) Administrador del Escenario; f) Administración Municipal; g) Responsable del evento; h) Entidad prestadora del servicio médico y de primeros auxilios contratada por el organizador; i) Empresa de vigilancia, seguridad y acomodación contratada por el

---

<sup>16</sup> MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 De 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 2000. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r0412\\_00.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r0412_00.pdf).

<sup>17</sup> PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 2006. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>.

organizador; j) Las demás entidades que se consideren pertinentes de acuerdo con las características del evento<sup>18</sup>.

### **4.3 Marco institucional**

#### *4.3.1 Historia de SaludCoop*

Desde 1990, y bajo la más genuina filosofía cooperativa, se empezó a gestar la idea de crear una cooperativa que prestara servicios de salud con la mejor calidad humana y técnico científica del país, bajo los principios de equidad e inclusión social. Tres años después se dio la siguiente coyuntura: se promulgó la Ley 100 de 1993, que reformó radicalmente la seguridad social. Allí confluyeron las voluntades y los visionarios: los principales empresarios del cooperativismo colombiano coincidieron en la necesidad de que estas entidades sin ánimo de lucro se uniesen para lanzar un modelo de atención al alcance de todos los colombianos<sup>19</sup>.

En 1994 se constituye SaludCoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo. En 1995, bajo la orientación e impulso del doctor Carlos Palacino Antía, se inició formalmente la afiliación de usuarios, con una clara estrategia social: hacer presencia en municipios apartados y zonas rurales, donde las grandes empresas de salud no querían llegar.

---

<sup>18</sup> MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA DE COLOMBIA. Decreto 3888 de 2007: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público y se conforma la Comisión Nacional Asesora de Programas Masivos y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 2007. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26964>.

<sup>19</sup> SALUDCOOP. SaludCoop: Un patrimonio de salud y bienestar que pertenece a los colombianos. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95&Itemid=173](http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=173).

Desde 1996 inicia una amplia labor de ampliación de cobertura en todo el país, incluyendo ciudades pequeñas y municipios, donde la población requería un apoyo en salud cercano y acorde con sus expectativas.

En 1998 se inaugura la primera clínica SaludCoop de alta complejidad en Bogotá, con la cual la EPS inicia el desarrollo de proyectos similares en las principales ciudades del país, en alianza con prestigiosas instituciones. Fruto de esta tarea, hoy están en servicio 36 clínicas al servicio de nuestros usuarios, en las principales ciudades del país.

En el año 2000 SaludCoop incursiona en el campo de la educación, al adquirir el Gimnasio Los Pinos con el ánimo de convertirlo en uno de los primeros colegios del país, tanto en su tecnología y recursos académicos, como en su formación humanística.

Actualmente, este colegio ofrece un conservatorio único en Latinoamérica, aulas inteligentes, biblioteca virtual, software académico 100% multimedia e interactivo, enseñanza del inglés como segunda lengua, y formación deportiva para la alta competencia. Estos recursos están al servicio de los valores y al alcance de más familias colombianas, pues los costos en el colegio son más bajos que en otros de su categoría.

A partir de 2001, SaludCoop lidera la creación de varias empresas de origen cooperativo, cuyas actividades son conexas y complementarias con la prestación de servicios de salud, como confecciones hospitalarias, lavandería, seguridad, informática, comercialización, etc. De esta manera consigue el suministro de bienes y servicios de alta calidad y a un precio razonable, para garantizar la sostenibilidad del sistema y adicionalmente promover el empleo, el bienestar social y el desarrollo socioeconómico del país.

En el año 2002 SaludCoop adquiere a Cruz Blanca EPS, una empresa con más de 500.000 afiliados actualmente. Un año después se formaliza la adquisición de Cafesalud EPS.

Hoy, quince años después de su creación, SaludCoop se ha convertido en un grupo empresarial, y se encuentra entre las 20 empresas más grandes de Colombia, y es la primera en generación de empleo (1). Un ejemplo de iniciativa cooperativa y de gestión transparente.

En el año 2009, las EPS del Grupo SaludCoop continuaron siendo líderes del sector. En promedio durante el año 2009 se compensaron 5.204.034 usuarios del régimen contributivo mensualmente.

En los informes realizados por ACEMI, Saludcoop EPS mantiene su liderazgo como la EPS número uno del ranking de participación en el mercado con el 23,35% de la población activa, seguida por Coomeva y Salud Total.

En este ranking, CAFESALUD EPS y CRUZ BLANCA EPS tienen una participación del 4,76% y 3,78% respectivamente, para consolidar la participación como Grupo en el orden del 31,89 %. El crecimiento y expansión geográfica han llevado al Grupo a prestar servicios médico-asistenciales en 31 departamentos de Colombia<sup>20</sup>.

#### *4.3.2 Visión*

En el año 2015, SaludCoop O.C. continuará como la entidad preferida por los colombianos para la gestión integral en salud, reconocida por los entes

---

<sup>20</sup> *Ibíd.*

reguladores generando: sostenibilidad, impacto en la salud pública, y satisfacción en nuestros clientes, colaboradores y proveedores del sistema de salud<sup>21</sup>.

#### *4.3.3 Misión*

Asegurar con calidad la salud de los colombianos mediante una atención humanizada, con un enfoque social, sostenible y sustentable<sup>22</sup>.

#### *4.3.4 Valores*

Responsabilidad, compromiso, honestidad, solidaridad, respeto<sup>23</sup>.

#### *4.3.5 Promesa de valor*

Promover el cuidado de la salud y el bienestar de los afiliados a SaludCoop EPS en todo el territorio nacional generando estrategias que fortalezcan la participación de la EPS en el desarrollo de Colombia.

#### *4.3.6 Asociados*

- La Equidad Seguros de Vida
- La Equidad Seguros Generales
- Fundación Universitaria Juan N. Corpas
- Fundación Clínica Hospital Juan N. Corpas
- Fundación Laboratorio Labfarve
- Coopava
- Progressa

---

<sup>21</sup> SALUDCOOP. Filosofía Corporativa. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95&Itemid=173](http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=173).

<sup>22</sup> *Ibíd.*

<sup>23</sup> *Ibíd.*

- Cooperativa de .Profesores de la Universidad Nacional
- Unión de Profesionales Para La Cultura y la recreación
- Cooperativa de Producción y Trabajo Vencedor
- Fundequidad
- Febor Entidad Cooperativa
- Coasmedas
- Comultrasan Cooperativa Multiactiva
- Fundación Comultrasan Financiera
- Copidrogas
- Corporación Gimnasio los Pinos
- Cotrafa – Cooperativa Financiera
- Empresa Cooperativa de Servicios Emcosalud – O.C.
- Fondo de Empleados del Estado y Educadores Privados "Fomanort"
- IAC Salud En Línea
- IAC Educar Salud
- IAC Acción & Progreso<sup>24</sup>.

#### **4.4 Marco referencia de estudios anteriores**

Se encontraron diversos estudios en los cuales se abordaba la temática de la calidad de los servicios médicos, así como la percepción de la calidad de los usuarios, en particular respecto a los servicios de urgencias.

De La Fuente et al.<sup>25</sup> consideraron que la satisfacción del usuario es un instrumento útil para valorar el proceso asistencial, en la medida en que

---

<sup>24</sup> SALUDCOOP. Nuestros Asociados. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com\\_content&view=article&id=173&Itemid=233](http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=173&Itemid=233)

<sup>25</sup> DE LA FUENTE, Aída, FERNÁNDEZ, Jesús, HOYOS, Yolanda, LEÓN, Carlos, ZULOAGA, Char, RUÍZ, Maribel. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. En: Revista de Calidad Asistencial. 2003, vol. 24, no. 3. p 109-114.

proporciona información sobre la calidad percibida, y además, se puede incorporar como medida de mejora de la calidad. Con el fin de aplicar estos elementos a un caso particular, se enfocaron en el servicio de urgencias primarias de un hospital español, mediante el diseño de un estudio descriptivo transversal. En este encontraron que la instauración del sistema de urgencias ha supuesto una mejora asistencial para los habitantes, a su vez, este servicio cumple las expectativas y atención adecuada, así lo demuestra la opinión reflejada por los usuarios sobre los aspectos consultados, con un alto grado de satisfacción.

Por otro lado, Loureiro y González<sup>26</sup> analizaron el vínculo entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de urgencias hospitalarias en Portugal. Para llevar a cabo lo anterior, se aplicó y desarrolló la metodología de mínimos cuadrados parciales sobre un modelo estructural construido con las variables indicadas. En este estudio se evidenció que la imagen y reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a incrementar la confianza en el servicio, ni para su recomendación a otras personas. En cambio, fue claro que la confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida y a través de la satisfacción del paciente.

Arellano y Martínez<sup>27</sup> analizaron la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias de un hospital mexicano, partiendo de la importancia que reviste la atención de las urgencias para la sociedad: una atención adecuada reduce los impactos del trauma en la población, así como sus secuelas temporales o permanentes, además disminuye la pérdida de años de vida productiva, y en general, torna a las personas más productivas, mejorando su calidad de vida.

---

<sup>26</sup> CORREIA, S y MIRANDA, F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la Zona Centro de Portugal. En: Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2010, vol. 16, no. 2. p 27-41.

<sup>27</sup> ARELLANO, Noé y MARTÍNEZ, María. Satisfacción de los usuarios de Urgencias basada en la sistematización del Servicio. Hospital General Dolores Hidalgo; Guanajuato, México. En: Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2012, vol. 4, no. 1. p 13-19.

Metodológicamente el estudio se basó en un diseño retrospectivo, transversal, observacional y comparativo. Como parte de los resultados, se encontró que si bien la queja más recurrente corresponde al tiempo de espera, la satisfacción del usuario da muestras de ser alta, con este y otros aspectos, los autores concluyen que entre más arraigado y fortalecido esté el sistema, se obtendrán mejores resultados en términos de calidad.

Para el caso colombiano, Losada y Rodríguez<sup>28</sup> reconocen que en los últimos veinte años, a nivel organizacional y académico, la calidad de los servicios de salud se ha convertido en un ámbito de especial interés, en razón del impacto que generan en el desempeño de las instituciones de salud, vistas como empresas, en lo que respecta a la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad. Esta situación se ha visto estimulada por la entrada en vigencia, tiempo atrás, del sistema de *competencia administrada*, en el cual se entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado.

Estudios como el de Velandia et al.<sup>29</sup> evidencian que la oportunidad y la calidad de los servicios de atención en salud, si bien han sido bien evaluadas por los colombianos, aún existen algunos puntos críticos. En lo que concierne a las razones de no uso de los servicios, se encontró que la población que no utilizó los servicios de atención médica, en su mayor parte mencionó algunas razones para no hacerlo, sobre todo relativas a la calidad, por ejemplo en las demoras, y en general, en la insatisfacción que experimenta el usuario. Para el caso de la

---

<sup>28</sup> LOSADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. En: Cuadernos de Administración. 2007, vol. 20, no. 34. p 237-258.

<sup>29</sup> VELANDIA, Freddy, ARDÓN, Nelson, CÁRDENAS, José, JARA, María, PÉREZ, Nicolás. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. En: Colombia Médica. 2001, vol. 32, no. 1. p 4-9.

accesibilidad, se detectó la existencia de largas distancias al oferente (accesibilidad “geográfica”), falta de dinero (accesibilidad “económica”) y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”). Finalmente, todos estos elementos podrían sugerir que sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas.

Algunas investigaciones enfocadas a los servicios de urgencia, como la de Morales<sup>30</sup>, se centran en el análisis de la oportunidad en la atención, entendida como un atributo referido al hecho de que el usuario obtenga los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, siendo precisamente las urgencias, el área donde se exige mayor garantía en lo referente a la oportunidad. Este estudio descriptivo se centró en un municipio del centro del país en el cual se encontró que numerosos pacientes refieren poca oportunidad en la atención.

#### **4.5 Glosario de términos**

*Atención integral:* Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

*Calidad de atención:* Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario, y con resultados satisfactorios.

---

<sup>30</sup> MORALES, Christian. Evaluación de la oportunidad en la atención en el servicio de urgencias en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón octubre-diciembre de 2008. Bucaramanga: Universidad CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2009.

*Cuidado:* Se refiere a la atención y al esmero en realizar una cosa.

*Entidades Promotoras de Salud:* Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

*Influencia:* Capacidad de alguien o algo de causar impacto.

*Morbilidad:* Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

*Mortalidad:* Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

*Percepción:* Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos.

*Práctica:* Se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo, también se entiende como el modo o método que particularmente observa alguien en sus operaciones.

*Salud pública:* Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas de manera individual y colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

## 4.6 Marco teórico

### 4.6.1 Los servicios de salud

Se entiende por servicios de salud a aquellos prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el fin de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los *preventivos*, destinados a mantener la salud del individuo, y los *curativos y de rehabilitación*, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados<sup>31</sup>.

### 4.6.2 Calidad de los servicios de salud

#### 4.6.2.1 Definición

En términos generales se entiende por calidad, aquella fijación mental que tiene el consumidor, en la cual asume conformidad con un producto o servicio, y que permanece hasta cuando considere necesitar especificaciones adicionales<sup>32</sup>, por otro lado, la calidad corresponde a determinado nivel de excelencia que una firma ha seleccionado lograr para satisfacer a sus clientes<sup>33</sup>.

Dentro del ámbito de la atención en salud, la calidad se entiende como la adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso, primariamente aplicada a la atención del paciente individual, aún cuando la definición implica el poder normar la calidad de los servicios colectivos,

---

<sup>31</sup> KERR, Markay y TRANTOW, Don. Defining, Measuring, and Assessing the Quality of Health Services. *En*: Public Health Reports, 1969, vol. 84, no. 5. p 415-424.

<sup>32</sup> HOROVITZ, Jacques. La calidad del servicio. Madrid: McGraw Hill, 1991.

<sup>33</sup> REQUENA, María y SERRANO, Gabriela. Calidad de servicio desde la perspectiva de clientes, usuarios y auto-percepción de empresas de captación de talento. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, 2007.

concibiéndola además, no como un valor en sí, sino en función de su aporte a la duración y a la calidad de vida de los individuos<sup>34</sup>.

#### 4.6.2.2 Parámetros de la calidad de los servicios en salud

La definición de calidad en el ámbito de la atención en salud presentada anteriormente supone la existencia de los siguientes elementos<sup>35</sup>.

- Efectividad

Corresponde a la capacidad de alcanzar los beneficios o efectos propuestos bajo condiciones normales de atención; en un lenguaje técnico se entiende como la cuantificación del logro o cumplimiento de la meta propuesta<sup>36</sup>.

- Eficacia

Se entiende como la capacidad de lograr los objetivos y metas programadas teniendo una determinada cantidad de recursos disponibles durante un tiempo determinado. Otra definición la concibe como capacidad para cumplir en el lugar, tiempo, calidad y cantidad, las metas y objetivos establecidos<sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> DONABEDIAN, Avedís. La calidad de atención médica: Definición y métodos de evaluación. México D.F.: Prensa Médica Mexicana, 1984, citado por SÁNCHEZ, Héctor, FLORES, Jorge y MATEO, Miguel. Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud. Ballaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2011.

<sup>35</sup> SÁNCHEZ, Héctor, FLORES, Jorge y MATEO, Miguel. Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud. Ballaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2011.

<sup>36</sup> *Ibíd.*

<sup>37</sup> *Ibíd.*

- Accesibilidad y equidad

Los servicios deben estar disponibles para el que los necesite sin acciones discriminatorias<sup>38</sup>.

- Eficiencia

Es la habilidad para lograr un efecto o beneficio esperado con el mínimo uso de recursos bajo su empleo óptimo, siempre cumpliendo con los estándares de calidad<sup>39</sup>.

- Empoderamiento

Es la información que se le proporciona al paciente, con el fin de que conozca su enfermedad, con el fin de que se logre involucrarlo en la toma de decisiones en las etapas de diagnóstico y tratamiento<sup>40</sup>.

#### 4.6.2.3 Elementos del servicio a la salud

El Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas, en su Observación 14 del año 2000<sup>41</sup> establece una serie de lineamientos sobre el servicio de salud que un estado debe ofrecer. Estos elementos constituyen el eje central a partir del cual se desprende el sistema de aseguramiento colombiano. A continuación se presentan dichos lineamientos.

---

<sup>38</sup> *Ibíd.*

<sup>39</sup> *Ibíd.*

<sup>40</sup> *Ibíd.*

<sup>41</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). [Consultado 13 febrero 2013] Disponible en URL: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>.

- Acceso a los servicios

Hace referencia a la utilización de un servicio de salud, se encuentra en función de las características de la población, así como de los recursos disponibles. En el presente trabajo se considera a el acceso como la facilidad que tiene el usuario de acudir a la entidad aseguradora para solicitar servicios, autorizaciones, programas de promoción y prevención; requerir información sobre derechos, red de prestadores, costo de cuotas moderadoras y copagos, así como del lugar de entrega de medicamentos<sup>42</sup>.

- Libre escogencia

Este principio establece que es obligación de las EPS definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y a su grupo familiar a las instituciones prestadoras con las cuales hayan establecido convenios. De esta manera los afiliados tienen el derecho de escoger libremente la EPS que les preste servicios. Así mismo, pueden escoger las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la EPS, dentro de las opciones por ella ofrecidas<sup>43</sup>.

- Oportunidad

La oportunidad en los servicios de salud es entendida como 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<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Op. Cit.

<sup>43</sup> *Ibíd.*

<sup>44</sup> *Ibíd.*

- Disponibilidad

Este principio se refiere a que las EPS deben ofrecer un número suficiente de establecimientos, bienes, programas y servicios de salud para la comunidad<sup>45</sup>.

#### *4.6.3 Urgencias y emergencias médicas*

Las urgencias médicas corresponden a las situaciones que llevan al paciente, testigo o familiar, a solicitar asistencia médica inmediata. Con esta definición se pretende integrar la totalidad de las situaciones vividas por la población como urgencia médica, diferenciándolas de otros problemas de carácter no sanitario, que por su naturaleza requieren respuestas diferenciadas, aunque susceptibles de actuar coordinadamente en caso necesario<sup>46</sup>.

Por su parte, las emergencias médicas hacen referencia a alguna situación donde existe un peligro inmediato, real o potencial para la vida del paciente y riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada de inmediato.

Ahora bien, teniendo claridad teórica en estos aspectos, los servicios relacionados con los cuidados de urgencias y emergencias se entienden como la valoración, el diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales que se presentan por episodios o de manera aguda. Estos problemas pueden precisar cuidados mínimos o medidas de soporte vital, educación al paciente, referencia o traslado adecuado y conocimiento de las implicaciones legales<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> *Ibíd.*

<sup>46</sup> LEÓN, Carlos. *Enfermería de urgencias*. La Habana: Ciencias Médica, 2008.

<sup>47</sup> *Ibíd.*

En el ámbito clasificatorio se tiene que las urgencias pueden ser de varios tipos, a saber:

- *Urgencia de primera prioridad o emergencia.* Problemas que ocasionan deterioro de los signos vitales o riesgo, por lo que generan un peligro vital inmediato (color rojo).
- *Urgencia de segunda prioridad.* No existe peligro inmediato, pero puede afectar potencialmente los signos vitales, con complicaciones en un tiempo mediano en dependencia de la evolución, ejemplo: la apendicitis (color amarillo).
- *Urgencia de tercera prioridad.* Afecciones agudas sin peligro vital, ejemplo: episodios agudos de asma leve, amigdalitis bacteriana o fractura de tibia (color verde).
- *Urgencia sentida.* Problema urgente solo para el paciente o la familia (estos casos deben ser tratados y, a su vez, orientados hacia la consulta que les corresponde).
- *“No urgencia”.* Su nombre resulta inadecuado, sobre todo por las expectativas de los pacientes y de sus familiares (estos casos pudieran clasificarse de color blanco, pero no hay un consenso internacional)<sup>48</sup>.

Las urgencias suelen ser atendidas en los denominados centros de urgencias, lo cual hace referencia a los recintos físicos donde se brinda la asistencia médica. En la mayoría de estos servicios, la estructura física es el área de urgencias, integrada por todo lo necesario para una demanda asistencial urgente. Las principales áreas que existen en los servicios de urgencias son<sup>49</sup>:

---

<sup>48</sup> Ibíd.

<sup>49</sup> Ibíd.

- Área de admisión
- Sala de espera
- Área de clasificación
- Área de pacientes críticos (cuarto o sala de reanimación)
- Consultas (policlínica)
- Área de observación
- Área de tratamientos cortos y unidades de corta estancia
- Área de pacientes semicríticos (opción existente en algunos hospitales)
- Área de pruebas complementarias (laboratorio de urgencias, sala de radiodiagnóstico).
- Quirófanos de urgencias.
- Áreas no asistenciales (baños de pacientes y personal asistencial, sala de descanso del personal sanitario, almacén de medicamentos, fungibles, entre otros).

Estas áreas deben contar con un flujo o circuito asistencial preestablecido, de manera tal que la atención urgente se brinde de forma adecuada y en el lugar más idóneo. En el sistema de gestión se incluyen circuitos o flujogramas que especifiquen las actividades realizadas en cada una de las áreas, dónde empiezan y terminan, además de otras actividades relacionadas<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> *Ibíd.*

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 Naturaleza del proyecto de investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se adoptará un enfoque cuantitativo, en el cual se recolectarán datos numéricos de las variables objeto de análisis, además, a estos datos se le aplicarán procedimientos estadísticos. Así mismo, la recolección de datos se fundamentará en la medición, que se desarrollará de acuerdo a procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica<sup>51</sup>.

### 5.2 Tipo de estudio

El presente estudio se llevará a cabo mediante una metodología descriptiva y de corte transversal<sup>52</sup>.

### 5.3 Delimitación del estudio

#### 5.3.1 Delimitación espacial

El estudio se realizará en la ciudad de Cartagena, en particular en la IPS Central de Urgencias Saludcoop, localizada en barrio Pie De La Popa Cll.30 No. 20 -192.

#### 5.3.2 Delimitación temporal

El levantamiento de la información se efectuará en el segundo semestre de 2014.

---

<sup>51</sup> HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4 ed. México D.F.: McGraw-Hill, 2006.

<sup>52</sup> *Ibíd.*

### 5.3.3 Universo

Población usuaria de servicios de urgencias en Cartagena y sus alrededores.

### 5.3.4 Población objetivo

La población objetivo comprende los pacientes adultos y pediátricos atendidos por algún motivo en la IPS Central de Urgencias Saludcoop de Cartagena, estos ascienden aproximadamente a 8.000 individuos mensuales.

## 5.4 Muestra

La muestra se calculará empleando la siguiente fórmula:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{Npq}{i^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

En donde N es el tamaño de la población, correspondiente a 24.000 pacientes trimestrales, los cuales corresponderían a 24.000 semestralmente; Z es el valor por debajo de la curva normal asociado a un determinado nivel de confianza, que para la presente investigación se definirá en 95%, por ello Z será de 1,96. Los valores de p y q son probabilidades de escogencia, que se toman cada uno del 50% para obtener la muestra más grande estadísticamente permisible. El término i es el error que se prevé cometer en el cálculo de cualquier parámetro con base en la información muestra, para este caso será de 6%. Finalmente, n es el tamaño de la muestra. Al remplazar los valores, se tiene que:

$$527 = 1,96_{95\%}^2 \frac{24.000 * 0,5 * 0,5}{0,06^2(24.000 - 1) + 1,96_{95\%}^2 * 0,5 * 0,5}$$

Con esto se obtuvo una muestra que asciende a 527 pacientes de urgencia.

#### 5.4.1 Método de muestreo

Se desarrollará un muestreo no probabilístico por cuanto que se escogerán los pacientes que se encuentren disponibles a la hora de efectuar el levantamiento de la información, y en general, es el tipo de muestreo más adecuado para situaciones en las cuales existe cierta dificultad para acceder a la muestra, tal como es el caso de una institución de salud<sup>53</sup>.

##### 5.4.1.1 Criterios de inclusión

- Individuos que hayan recibido los servicios de urgencias en la IPS Central de Urgencias Saludcoop de Cartagena.
- Individuos mayores de edad, incluyendo cuidadores en caso en caso de ser menor de edad.
- Pacientes que están de acuerdo con participar en el estudio.

##### 5.4.1.2 Criterios de exclusión

- Individuos con problemas mentales.
- Individuos que no cumplan los demás criterios de inclusión.

#### 5.5 Fuentes información

Las fuentes de información que serán empleadas en la presente investigación corresponderán a tipo primario y secundario.

---

<sup>53</sup> *Ibíd.*

Fuentes primarias: Son los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que proveerán datos de interés para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Fuentes secundarias: Son los documentos (artículos, libros, informes, etc.), bases de datos y demás archivos, en los cuales existen datos relacionados con los objetivos del estudio y que contribuyen su desarrollo.

### 5.6 Instrumento para la recolección de la información

La información se obtendrá a través de la aplicación de un instrumento el cual se basa en una adaptación del SERVQHOS, que es una encuesta de opinión sobre la calidad de la atención para servicios de salud<sup>54</sup>.

Este instrumento contiene 19 ítems, cuya escala de respuesta combina expectativas y percepciones de tal modo que se adapta a la hipótesis de la *desconfirmación* (que se refiere a la diferencia entre expectativas y realidad), en particular la escala de valoración (de 1 a 5) de los ítems adopta la forma:



Mucho peor de los que esperaba	Peor de lo que esperaba	Tal como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
1	2	3	4	5

El formato se presenta a continuación:

---

<sup>54</sup> MIRA, J., ARANAZ, J., RODRÍGUEZ, J, BUIL J., CASTELL, M., VITALLER, J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. En: Medicina Preventiva 1998, vol. 4. p 12-18.

Universidad de Cartagena – Especialización en Gerencia en Salud

**ENCUESTA SOBRE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO  
EN LA IPS CENTRAL DE URGENCIAS SALUDCOOP**

Por favor, complete la siguiente encuesta. Toda la información que usted proporcione será completamente confidencial y reservada, será utilizada estrictamente con fines académicos.

1. Edad: \_\_\_\_\_ años      2. Género: Masculino\_\_\_ Femenino\_\_\_
3. Estado civil: Casado\_\_\_ Unión libre\_\_\_ Soltero\_\_\_ Separado\_\_\_ Viudo\_\_\_
4. Estrato de su vivienda: \_\_\_\_\_
5. Nivel educativo completado: Ninguno\_\_\_ Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Universitario\_\_\_ Posgrado\_\_\_
6. Régimen de seguridad social: Subsidiado\_\_\_ Contributivo\_\_\_ Especial\_\_\_ Vinculado (ninguno)\_\_\_
7. Procedencia: Rural\_\_\_ Urbana\_\_\_
8. Actualmente es: Trabajador\_\_\_ Desempleado\_\_\_ Ama de casa\_\_\_ Estudiante\_\_\_ Pensionado\_\_\_
9. ¿Había estado en este centro de urgencias con anterioridad? Sí\_\_\_ No\_\_\_

<b>Instrucciones: Marque con una X la percepción que Ud. tiene de la calidad de los siguientes aspectos de la Central de Urgencias SALUDCOOP</b>	<b>Mucho peor de los que esperaba</b>	<b>Peor de lo que esperaba</b>	<b>Tal como me lo esperaba</b>	<b>Mejor de lo que esperaba</b>	<b>Mucho mejor de lo que esperaba</b>
10. La tecnología de los equipos médicos para la atención					
11. La apariencia, limpieza y uniforme del personal					
12. Las indicaciones o señalizaciones para orientarse en el centro de urgencias					
13. El interés del personal por cumplir lo que promete					
14. El estado, apariencia y comodidad de las habitaciones					
15. La información que los médicos proporcionan					
16. El tiempo de espera para ser atendido					
17. La facilidad para llegar al centro de urgencias					
18. El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes					
19. La puntualidad en la atención					
20. La rapidez con que el paciente consigue lo que necesita o si lo pide					
21. La disposición del personal por ayudarlo					
22. La confianza o seguridad que el personal transmite a los pacientes					
23. La amabilidad o cortesía con la que el personal trata a la gente					
24. La preparación del personal para realizar su trabajo					
25. El trato personalizado que se le da a los pacientes					
26. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes					
27. La información que los médicos dan a los familiares					
28. El interés del personal de enfermería por los pacientes					

29. Identifique su percepción de calidad general de su experiencia en urgencias: Alta\_\_\_ Media\_\_\_ Baja\_\_\_
30. Recomendaría este centro de urgencias a otras personas: Sin dudarlo\_\_\_ Tengo dudas\_\_\_ Nunca\_\_\_
31. Considera que ha estado en urgencias: Menos de lo necesario\_\_\_ Lo necesario\_\_\_ Más de lo necesario\_\_\_

## 5.7 Metodología de procesamiento de datos

Luego de aplicar y rellenar satisfactoriamente los formularios de las encuestas, estas serán digitadas en una base de datos en SPSS v15.0. A su vez, con este programa se diseñarán gráficas, tablas y cuadros, además se calcularán estadísticos descriptivos (tasas, porcentajes, frecuencias, etc.), que permitirán la interpretación de los hallazgos.

Para identificar los factores explicativos de la percepción de calidad se empleó una herramienta estadística denominada modelo *probit*, que permite calcular el efecto que tienen ciertas variables, denominadas *independientes*, sobre una variable *dependiente*, y de esta forma hacer posible identificar la probabilidad de que un usuario percibiera alta calidad en el servicio de urgencias.

En la base de datos tabulada, el hecho de percibir alta calidad en el servicio de urgencias se representó con “1”, y el caso contrario con “0” (es decir, calidad media y baja). A partir de esta codificación, técnicamente el modelo tipo *probit* se caracteriza por partir de una función de distribución acumulativa normal, y surge de considerar un *índice de conveniencia* no observable denominado  $I$ , que se encuentra en función de un conjunto de variables explicativas  $X$  (que en este caso fueron: edad, convivencia en pareja, género, estrato, formación educativa, ocupación, régimen de salud, si había estado en las instalaciones y las categorías de calidad (tiempo de atención, calidad en recurso humano, calidad en infraestructura)). En general el modelo tiene la forma:

$$I_i = \beta_1 + \beta_2 X_2$$

Tal como se mencionó, un usuario percibirá alta calidad cuando la variable dependiente sea 1, y no lo estará cuando  $Y=0$ . Estadísticamente<sup>55</sup> se considera

---

<sup>55</sup> GUJARATI, Damodar. Econometría. 4ed. México. McGraw-Hill, 2004. P 587.

que el índice  $I$  tiene un umbral o valor crítico denominado  $I^*$ , tal que si  $I$  supera a  $I^*$ , entonces habrá alta percepción de calidad. Tanto  $I^*$  como  $I$  son no observables, pero si se asume que están distribuidos normalmente con la misma media y varianza, es posible estimar los  $\beta$  (parámetros) de la ecuación anterior.

La forma de estimar la probabilidad de que  $I^*$  sea menor o igual a  $I$  viene dada por:

$$P_i = P(Y = \text{alta\_percepción\_de\_calidad} = 1|X) = F(\beta_1 + \beta_2 X_i)$$

En esta expresión, el término  $P(Y = 1|X)$  se lee como “la probabilidad de que un evento ocurra, dado un conjunto de variables  $X$ ”; a su vez, esta probabilidad puede expresarse como una ecuación en la que la influencia de cada variable  $X$  corresponda a un valor numérico representado por los parámetros beta ( $\beta$ ).

Para determinar cómo indican los factores o variables mencionados, se hizo uso de la técnica anteriormente descrita, recurriendo al programa estadístico STATA v11. Con este se procesarán las variables que se muestran a continuación.

### 5.8 Operacionalización de variables

Variable	Técnica	Instrumento	Fuente
Caracterización de usuarios	Encuesta	Formato de Encuesta	Primaria Usuario
Percepción de la calidad	Encuesta	Formato de encuesta	Primaria
Condiciones del servicio	Encuesta	Formato de encuesta	Primaria Usuario
Factores (edad, convivencia en pareja, género, estrato, formación educativa, ocupación, régimen de salud, si había estado en las instalaciones)	Encuesta	Formato de encuesta	Primaria Usuario

## 6. PRESUPUESTO

ÍTEMS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
<b>Equipos de cómputo e internet</b>			<b>\$ 1.840.000</b>
Computadores	1	\$ 1.456.000	\$ 1.456.000
Servicio de internet	3	\$ 70.000	\$ 210.000
Impresora	1	\$ 174.000	\$ 174.000
<b>Transporte y refrigerios</b>			<b>\$ 190.000</b>
Transporte	20	\$ 5.000	\$ 100.000
Refrigerios	10	\$ 9.000	\$ 90.000
<b>Impresiones y fotocopias</b>			<b>\$ 55.000</b>
Cartucho de tinta	1	\$ 25.000	\$ 25.000
Fotocopias	200	\$ 100	\$ 20.000
Resma de papel	1	\$ 10.000	\$ 10.000
<b>Subtotal</b>			<b>\$ 2.085.000</b>
Gastos inesperados (10%)			\$ 208.500
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 2.293.500</b>

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

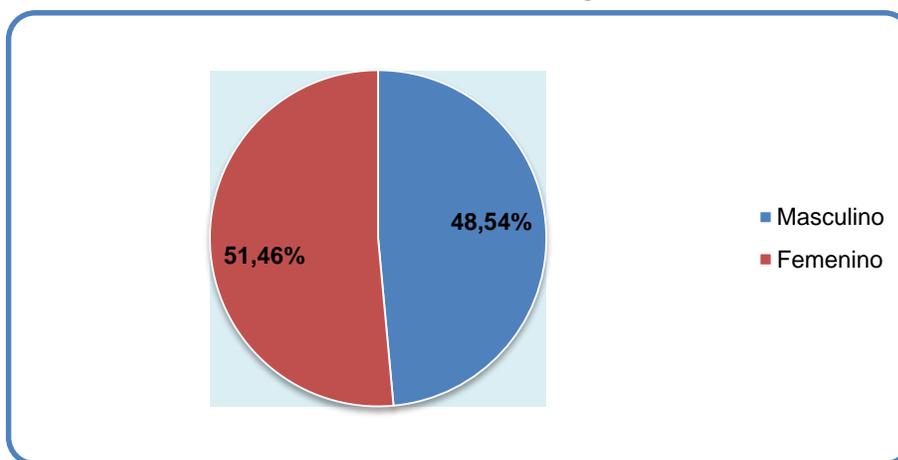
Actividad / año-mes- semana	2013				2014																																			
	Noviembre				Enero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elección del tema	X																																							
Elaboración de la propuesta		X	X	X																																				
Presentación de la propuesta				X	X	X	X	X	X	X	X	X																												
Aprobación de la propuesta													X	X																										
Elaboración del anteproyecto														X	X	X	X																							
Presentación del anteproyecto															X	X																								
Aprobación del anteproyecto															X	X	X	X																						
Realización de las encuestas																					X	X	X	X																
Digitación de las encuestas																							X	X																
Análisis de las encuestas																									X	X	X													
Redacción del informe final																													X	X										
Entrega del documento final																																	X	X	X					

## 8. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LOS USUARIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS

Las características de tipo demográfico, social y económico propias de los individuos que hacen uso del servicio de urgencia en la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena se presentan a continuación. Esta descripción y análisis se efectuó partiendo de la información suministrada por 527 usuarios en las encuestas efectuadas, la cual se representó por medio de gráficas, tablas y medidas estadísticas.

En primer lugar, se puede afirmar que los usuarios, tanto masculinos como femeninos, participaron de manera relativamente similar, el encontrarse proporciones de 48,54% y 51,46%, respectivamente, tal como se observa en la Gráfica 1.

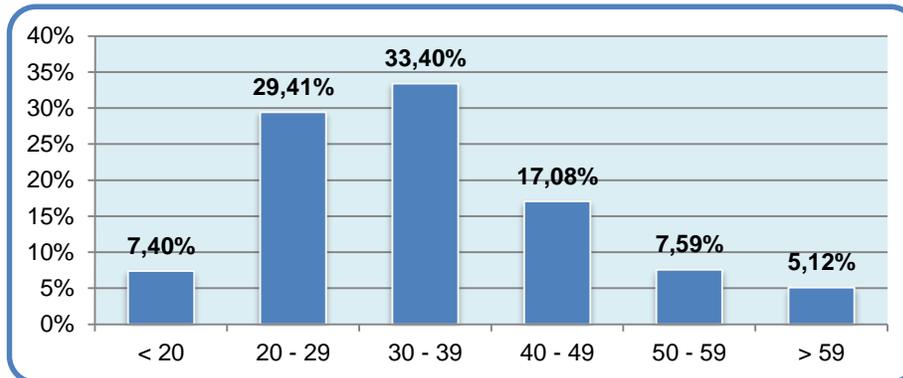
Gráfica 1. Género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Por otro lado, se evidenció que las edades más frecuentes estuvieron comprendidas entre los 30 – 39 años, cuya participación correspondió a 33,4%. En segundo lugar aparecen en la Gráfica 2 los individuos entre 20 – 29 años, con 29,41%. Mientras que en tercer puesto se encontraron aquellos entre 40 – 49 años 17,08%.

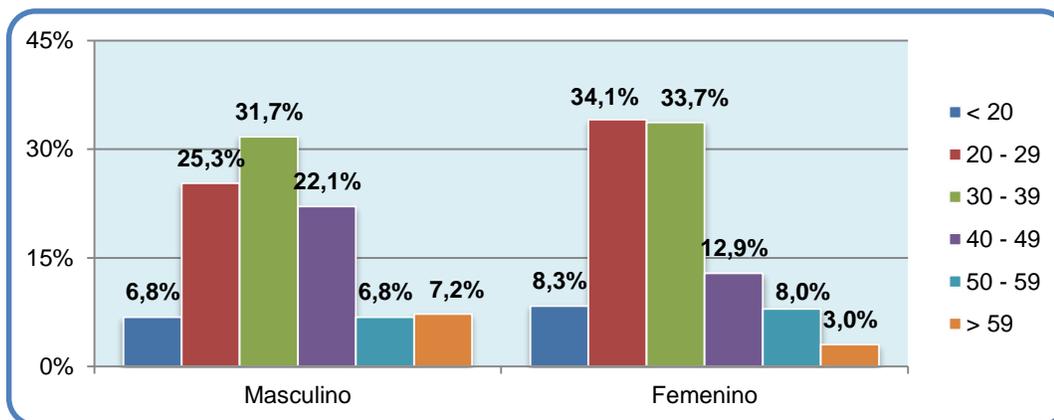
**Gráfica 2. Edad de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

De igual forma, resultó de interés conocer la distribución de frecuencias de la edad para cada género de manera independiente. Esto precisamente se muestra en la Gráfica 3, donde se observa que la mayoría de usuarios se concentra en las edades intermedias, sobre todo entre los 20 – 29 años y los 30 – 39 años, alcanzando en los masculinos el 31,7% y 25,3% —respectivamente—, y en los usuarios femeninos el 33,7% y el 34,1%.

**Gráfica 3. Edad según el género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Con el fin de contar con estimadores puntuales que permitieran resumir la información referente a la edad, se procedió a calcular algunos parámetros estadísticos para esta variable, esto se efectuó tanto para usuarios masculinos y femeninos, como para estos de forma agregada. En la Tabla 1 se muestra que, en

promedio, estos individuos poseen 34,74 años, junto con una desviación estándar de 12,45 años, así mismo, 33 años es el valor que divide a la distribución de las edades en dos partes iguales, es decir, el 50% de los encuestados están por debajo de este valor, y el 50% restante, por encima.

En el caso de los usuarios femeninos, se tiene que fueron —en promedio—, algo más jóvenes que los masculinos en 3,31 años, ubicándose sus medias en 33,04 y 36,35 años, respectivamente. En el caso de la dispersión de los datos, la desviación estándar sugiere que fue similar, aunque algo menor en el caso de las usuarias (11,41 frente a 13,34 años).

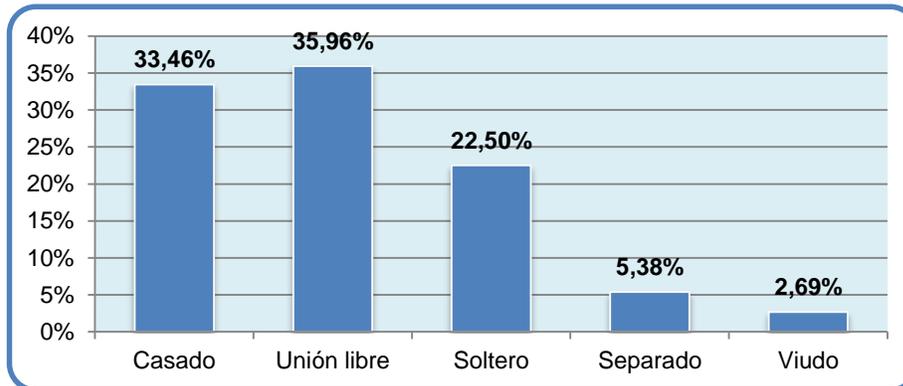
**Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

Parámetros estadístico	Masculino	Femenino	Total
<b>Media</b>	36,35	33,04	34,74
<b>Mediana</b>	35,00	32,00	33,00
<b>Desviación estándar</b>	13,34	11,41	12,45
<b>Mínimo</b>	11,00	16,00	11,00
<b>Máximo</b>	79,00	74,00	79,00

Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

El estado civil se destacó por presentarse la convivencia en pareja, ya sea en unión libre (35,96%) o casados (33,46%), a su vez, las menores participaciones se hallaron en los viudos (2,69%) y los separados (5,38%), tal como se aprecia en la Gráfica 4.

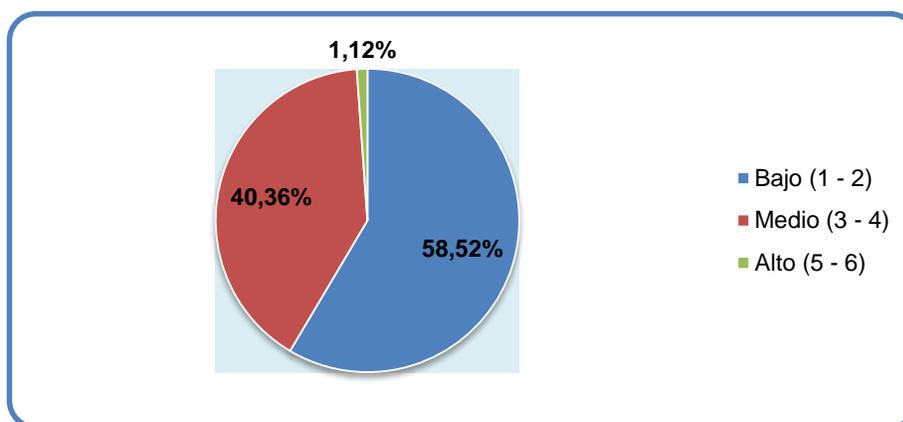
**Gráfica 4. Estado civil de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La variable estrato también se tuvo en cuenta dentro del estudio, esta clasificación se llevó a cabo como una manera de aproximar las diferencias socioeconómicas entre los individuos, en otras palabras, el nivel de pobreza o riqueza que pueden manifestar. En la Gráfica 5 aparece que el 58,52% de los encuestados está categorizado dentro de algún estrato bajo (1 - 2), seguidos del 40,36% que pertenecen a algún estrato medio (3 - 4), y una reducida proporción a los estratos altos (5 - 6), con 1,12%.

**Gráfica 5. Estrato de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



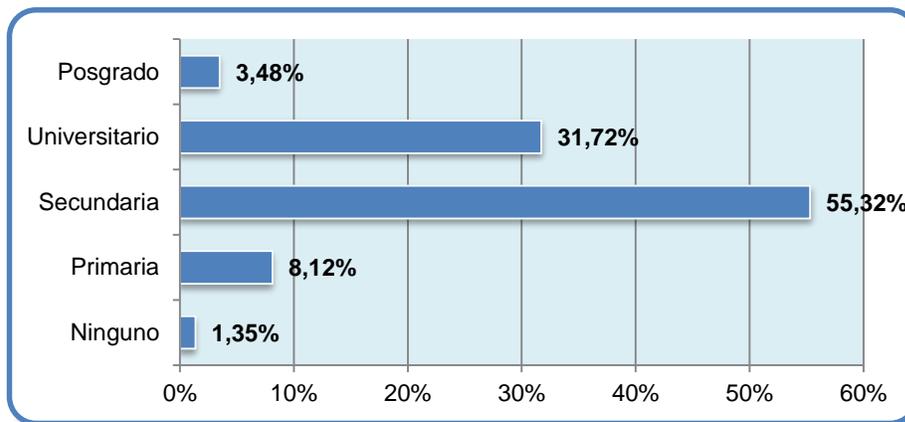
Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La Gráfica 6 contiene información del nivel educativo que poseen los usuarios encuestados en la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena. Se consideró que la formación educativa constituye uno de los determinantes más

importantes para que, a lo largo del tiempo, los individuos obtengan mejores condiciones de vida, experimenten menores tasas de desempleo, trabajen en ocupaciones de mayor estatus, y que en a largo plazo, mejoren su bienestar<sup>56,57</sup>. En contraste, las personas con menores niveles de formación generalmente son más pobres. Con el fin de contar con una aproximación a lo anterior, se procedió a diseñar y presentar el siguiente conjunto de gráficas.

La Gráfica 6 permitió entrever que los usuarios del servicio de urgencias en su mayor parte poseyeron formación secundaria (55,32%), aunque otros fueron universitarios (31,72%) y de nivel primario (8,12%).

**Gráfica 6. Nivel educativo de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



**Fuente: Diseño y cálculos de las autoras**

Al tener en consideración la edad, se pudo observar que aquellos con ninguna formación educativa fueron generalmente personas muy adultas (28,6%) y los de primaria, individuos con 30 – 39 años (28,6%) y mayores de 59 años (19%). En

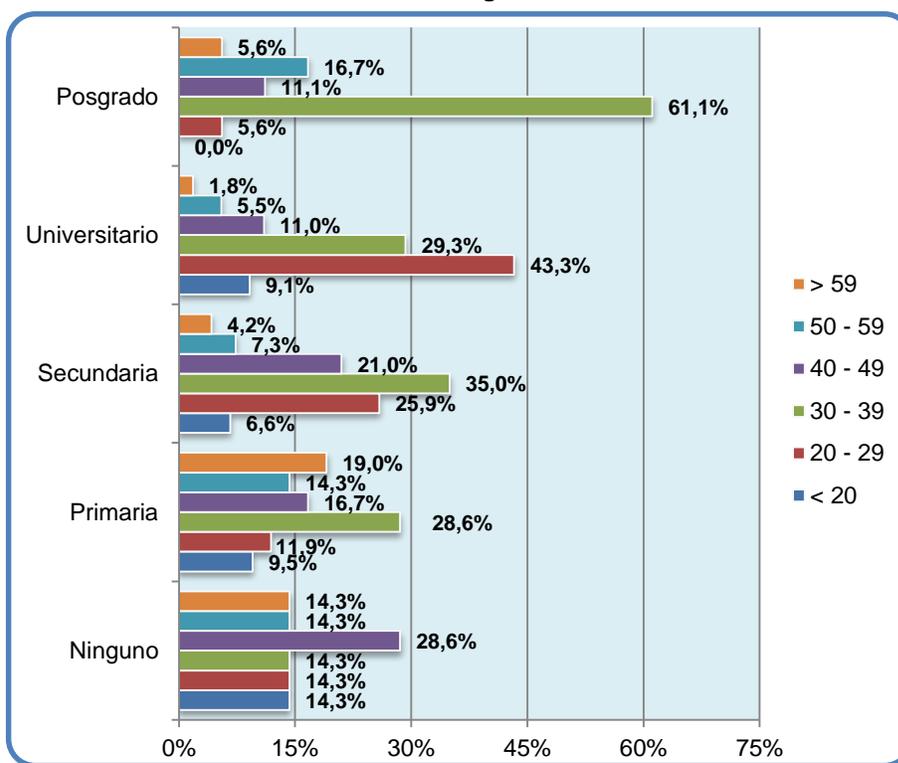
---

<sup>56</sup> ORDAZ, Juan. México: impacto de la educación en la pobreza rural. Estudios y perspectivas. CEPAL. No. 105. [Citado el: 20 septiembre de 2014]. Disponible en internet: [www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/35044/Serie\\_105.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/35044/Serie_105.pdf).

<sup>57</sup> BAZDRESCH, Miguel. Educación y pobreza: una relación conflictiva. Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. 2009. [Citado el: 20 septiembre de 2014]. Disponible en internet: [www.eva.iteso.mx/trabajos/mbazdres/educyprobrea.pdf](http://www.eva.iteso.mx/trabajos/mbazdres/educyprobrea.pdf).

contraste, los de mayor formación, es decir los posgraduados y universitarios, estuvieron más frecuentemente en el rango de 30 – 39 años (61,1%), y de 20 – 29 años (43,3%), respectivamente (Gráfica 7).

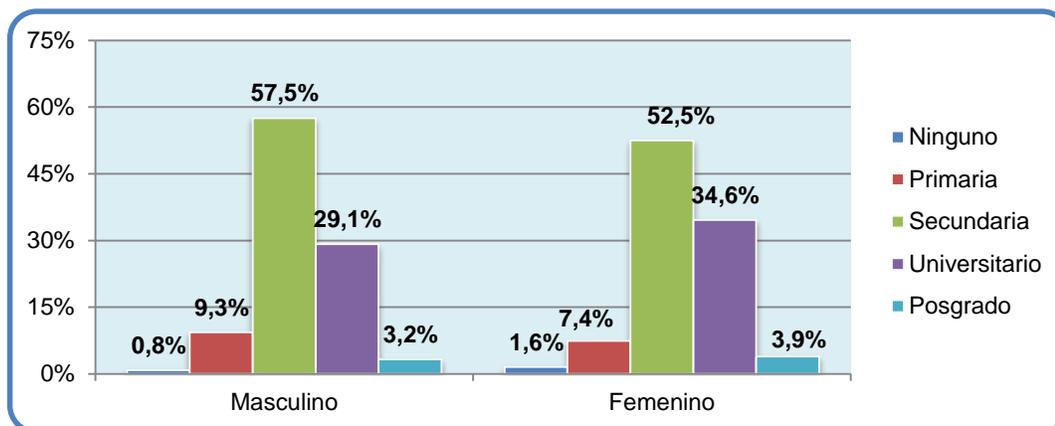
**Gráfica 7. Nivel educativo según la edad de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Según el género, no se apreciaron diferencias sustanciales en torno a las distribuciones de frecuencia del nivel de formación académica. La Gráfica 8 sugirió que tanto usuarios masculinos como femeninos se destacaron por ser de secundaria (57,5% y 52,5%, respectivamente) y universitarios (29,1% y 34,6%, cada uno).

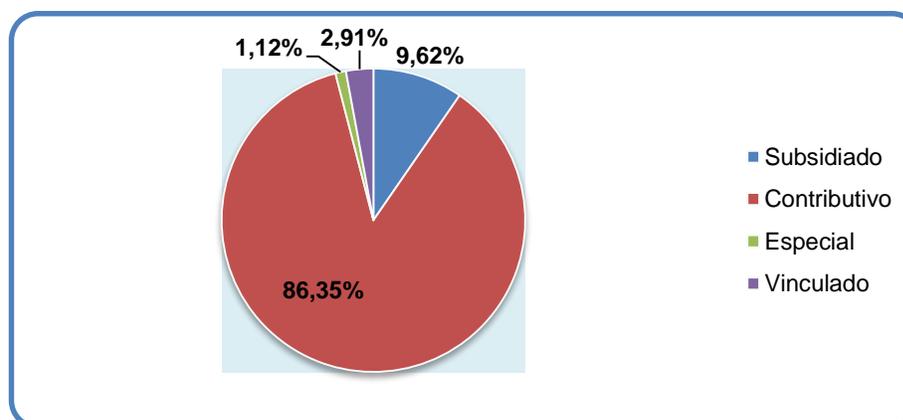
**Gráfica 8. Nivel educativo según el género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Por otro lado, y respecto al régimen de salud al que pertenecen los usuarios del servicio de urgencias en Saludcoop, la Gráfica 9 muestra que una alta proporción de estas personas están afiliadas al régimen contributivo (86,35%), en menor proporción se encuentran aquellas del régimen subsidiado (9,62%), entre tanto, los vinculados y los del régimen especial fueron relativamente pocos (2,91% y 1,12%, respectivamente).

**Gráfica 9. Régimen de seguridad social de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

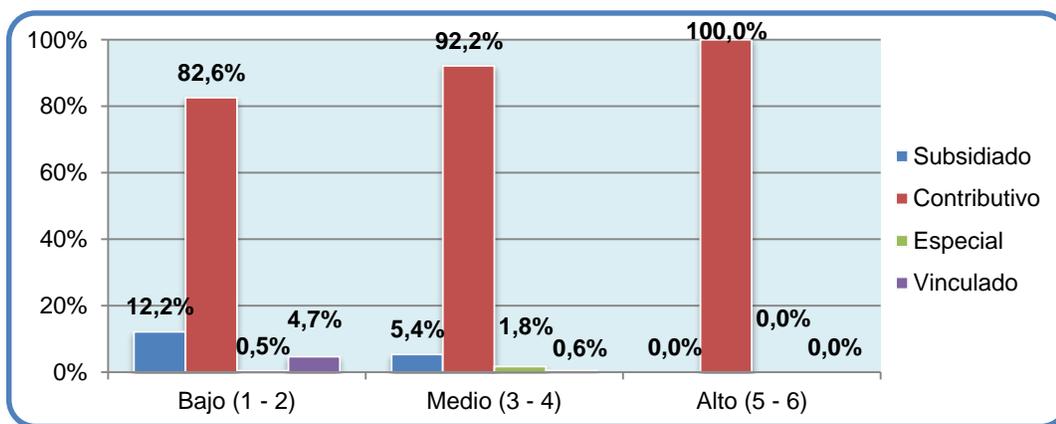


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La Gráfica 10 contiene las distribuciones de frecuencia del régimen de seguridad social al que pertenece cada usuario teniendo en cuenta su estrato. Se encontró que en todos los niveles predominaron los individuos del contributivo (en los

estratos bajos fue el 82,6%, en el medio 92,2% y en el alto 100%). Puede notarse además, que los subsidiados, aunque fueron pocos, estuvieron solo en los estratos bajos (12,2%) y en el medio (5,4%).

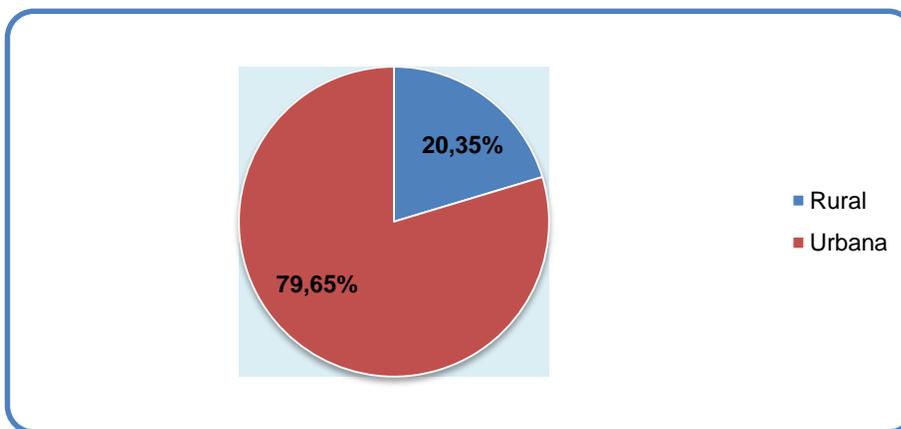
**Gráfica 10. Régimen de seguridad social según estrato de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

En lo que respecta a la procedencia de los individuos que asisten a urgencias, se pudo evidenciar que generalmente son urbanos (79,65%), aunque en menor proporción fueron de zonas rurales (20,35%).

**Gráfica 11. Procedencia de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

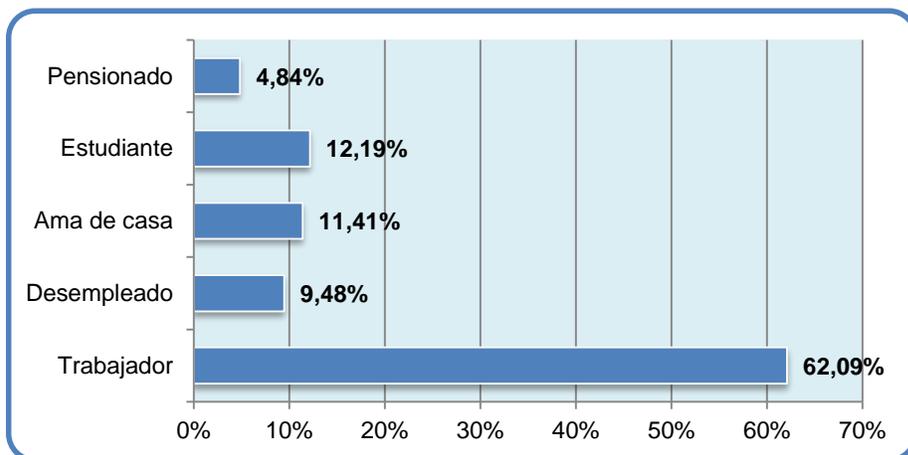


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Los encuestados la mayoría de las veces correspondieron a trabajadores, encontrándose en el 62,09% de los casos; en menor medida participaron

estudiantes (12,19%) y amas de casa (11,41%), tal como puede observarse en la Gráfica 12.

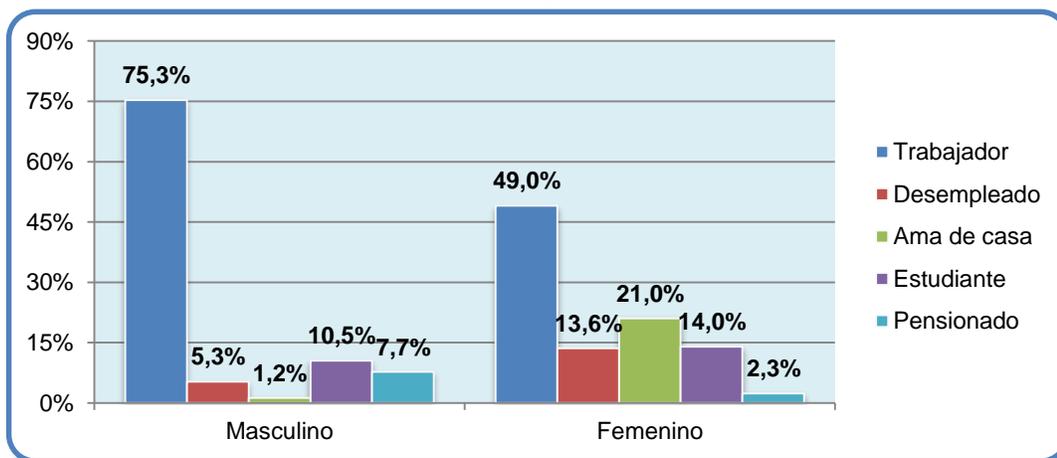
**Gráfica 12. Ocupación de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La Gráfica 13 presenta las ocupaciones anteriores distribuidas según el género del usuario. En los masculinos, la participación fue muy marcada en los trabajadores, que lideraron la clasificación con 75,3% del total. En el caso de las usuarias, a pesar de que también se destacaron las que trabajan, con un 49%, las demás categorías no están tan alejadas en su participación.

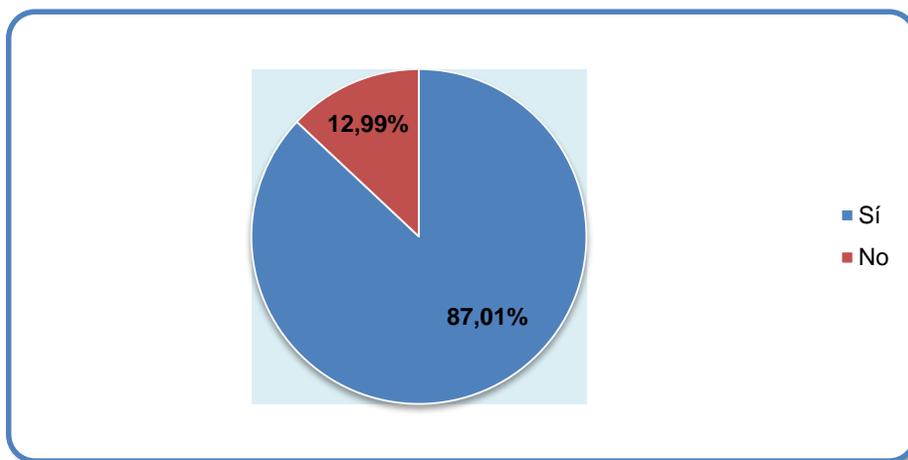
**Gráfica 13. Ocupación según género de los usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

También fue de interés conocer si el usuario había estado con anterioridad en las instalaciones de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP. Al respecto, la gran parte de los encuestados reconoció, que en efecto, contaba con asistencia previa a este lugar (87,01%), aunque una reducida proporción expresó lo contrario (12,99%) (Gráfica 14).

**Gráfica 14. Usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena que habían estado en estas instalaciones con anterioridad**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

## **9. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LOS USUARIOS FRENTE AL SERVICIO RECIBIDO EN EL ÁREA DE URGENCIAS**

El estudio de la percepción de la calidad de acuerdo a las opiniones de los usuarios constituye el eje central del presente documento; este capítulo detalla los hallazgos a que hubo lugar luego de aplicar, procesar y analizar la información de las encuestas. Así, con miras a conseguir este propósito, esta parte del estudio se dividió en tres grandes bloques: *el primero* contiene en detalle cada uno de los ítems que conformó el instrumento aplicado, con el fin de identificar las percepciones individuales; *el segundo* contiene los resultados para cada una de las categorías bajo estudio, tanto de manera consolidada, como teniendo en cuenta las características de los individuos; por último, *el tercer* bloque, da cuenta de la percepción de la calidad global, consolidando todos los resultados y observando cómo se comportan para cada categoría de usuario.

### **9.1 Percepción de la calidad desagregada según ítems**

Como se ha mencionado, se tuvieron en cuenta tres categorías en el estudio: infraestructura, recursos humanos y tiempo de atención. A continuación se detallan los resultados obtenidos para cada uno de sus ítems.

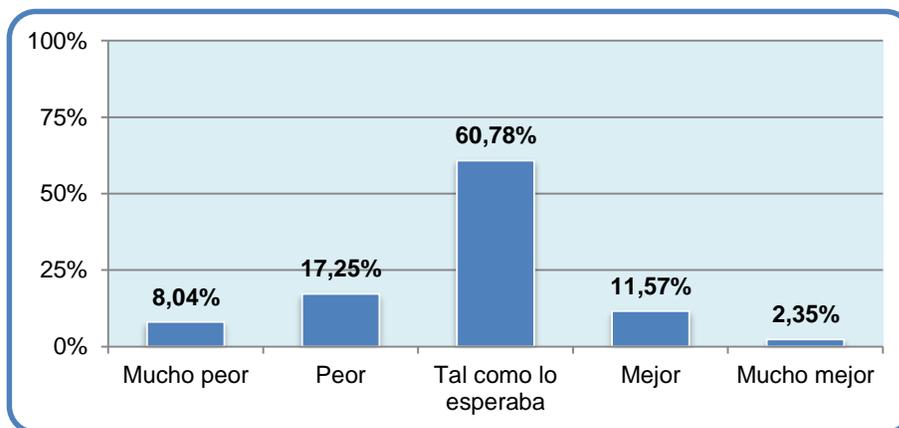
#### *9.1.1 Infraestructura*

Los pacientes encuestados proporcionaron las siguientes respuestas para los elementos físicos y tangibles que percibe en la institución objeto de estudio. En primer término, la Gráfica 15 muestra que, con respecto a la tecnología de los equipos médicos para la atención, el 60,78% de los encuestados percibió su calidad tal como la esperaba, aunque en segundo lugar la calificación no fue tan buena, por cuenta del 17,25% que indicó que era peor.

El anterior constituye un aspecto crítico para la atención, hacia el cual (junto con otros) se han enfocado las inversiones y el mejoramiento de instalaciones, a pesar

de las necesidades y limitaciones presupuestales de la institución, pero han contribuido a la satisfacción con la calidad, tal como lo dieron a entender los pacientes. En este orden de ideas, en la central de urgencias se propiciará la continuación de tales esfuerzos.

**Gráfica 15. La tecnología de los equipos médicos para la atención**



**Fuente: Diseño y cálculos de las autoras**

Por otro lado, se indagó sobre la opinión respecto a la apariencia, limpieza y uniforme del personal, encontrándose que el 55,6% expresó que lo que observó le significó una percepción de calidad tal como lo esperaba; esta categoría estuvo seguida por otros grupo de encuetados que respondió que la calidad la percibió mejor de lo que suponía, alcanzando el 22,97% del total (Gráfica 16).

En el marco del anterior resultado, se debe indicar que el personal de salud, en la mayor parte de los casos, busca socializar una imagen profesional satisfactoria, al incrementar la conciencia que tienen de sí mismos y cuando fomentan el respeto a sus capacidades, apreciando y reconociendo las necesidades de educación continua y al integrar los elementos cognitivos e interpersonales del yo profesional en su rol. La condición de profesión se logra cuando una actividad, indispensable para la sociedad, se realiza con un elevado nivel intelectual en sus decisiones. Es por esto que todos los profesionales de salud tienen la responsabilidad de mantener y fomentar una *imagen adecuada*, pues esta es la apariencia visible de

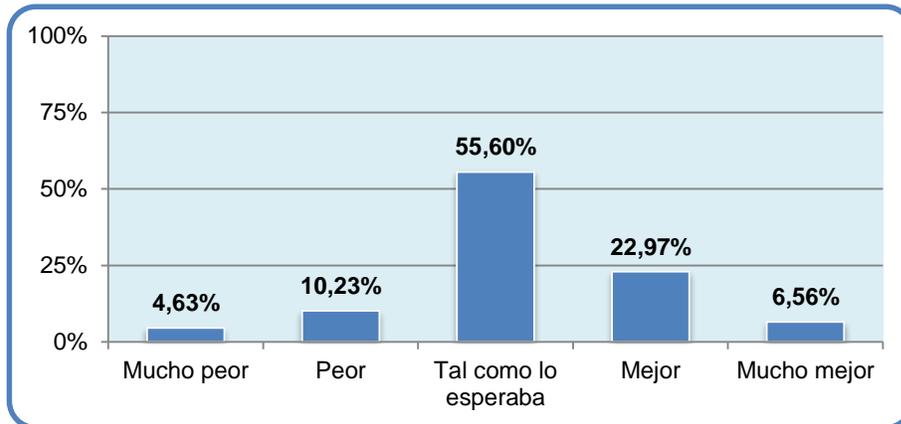
una persona o profesión, lo que se proyecta a la sociedad y ésta a su vez percibe de cada uno de ellos.

La utilización de una vestimenta adecuada, responde a las normas y exigencias de las profesiones, así como el respeto que le tiene a la sociedad, elementos que favorecen una adecuada imagen social. De esta manera un médico, enfermero, etc., vestido correctamente inspira confianza y es socialmente respetado. Es por ello que para mejorar la situación actual, es necesario actuar como agentes de cambio, lo que al parecer, fue precisamente lo que percibieron los encuestados.

De otra parte, las indicaciones o señalizaciones para orientarse en el centro de urgencias, en opinión del 52,83% de los usuarios, les genera una percepción de la calidad tal como la esperaban; el 20,08% le pareció mejor y al 18,13%, consideró que lo que percibieron era peor de lo que esperaban (Gráfica 17). Este resultado es indicativo del reconocimiento de los usuarios frente a los esfuerzos e inversiones realizadas recientemente por la Saludcoop, en mejoramiento de la planta física y en infraestructura, bajo la premisa de que unas instalaciones y una arquitectura apropiada son condicionantes para un servicio con dignidad y calidad para sus usuarios.

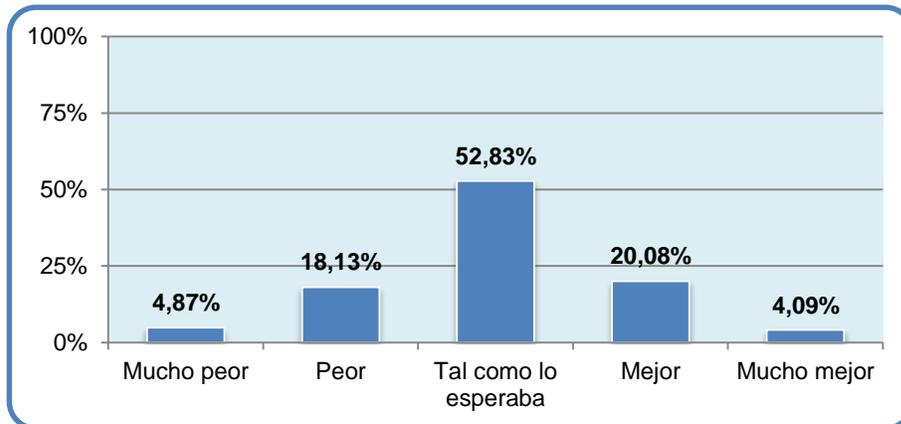
Los cubículos donde son atendidos los pacientes, en la mayoría de los casos, los usuarios dieron a entender que su calidad era como la ideaban, ubicándose la proporción en 45,01%. A su vez, un 27,01% consideró que los atributos percibidos se encontraban peor de lo que esperaban. Esta distribución de frecuencias se puede observar en la Gráfica 18.

**Gráfica 16. La apariencia, limpieza y uniforme del personal**



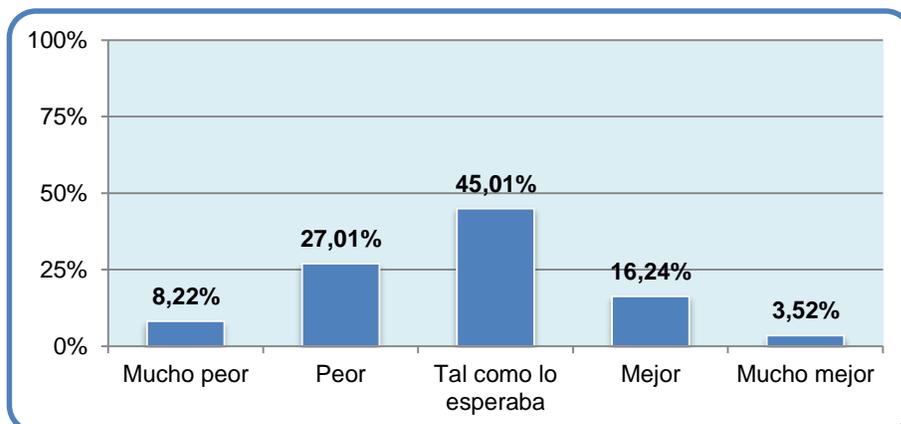
Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 17. Las indicaciones o señalizaciones para orientarse en el centro de urgencias**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 18. El estado, apariencia y comodidad de los cubículos**

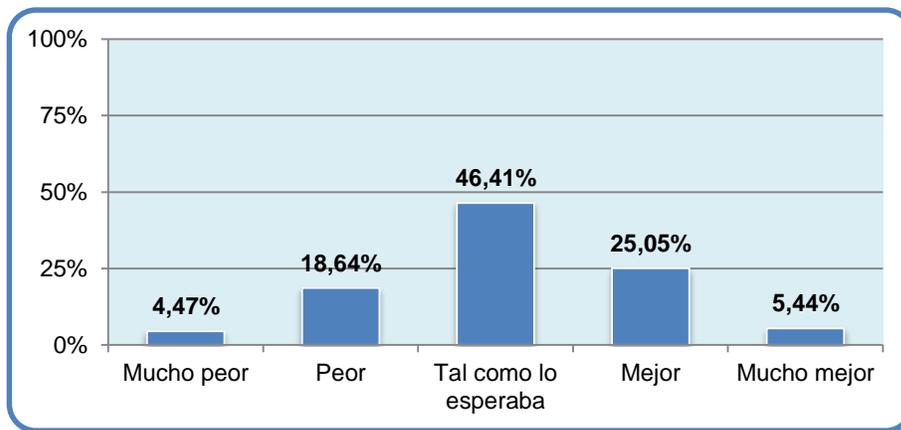


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

En relación con la limpieza y el aseo de las instalaciones, la mayor parte de los individuos objeto de estudio está de acuerdo con que su estado es tal, que concuerda con sus expectativas en torno a la calidad (46,41%). Se encontró también que el segundo lugar se lo disputaron —por un estrecho margen de diferencia—, los sujetos que indicaron que la calidad percibida fue mejor de la que esperaban (25,05%) y aquellos que mencionaron que era peor de lo esperado (18,64%) (Gráfica 19).

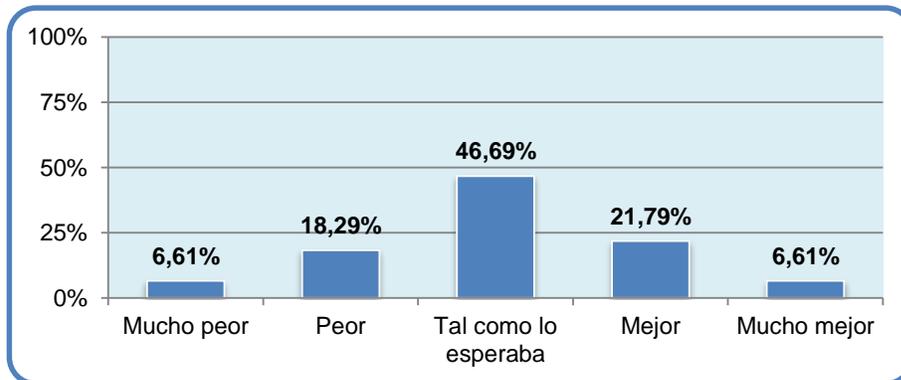
En la Gráfica 20 se observa que la facilidad para llegar al centro de urgencias genera una percepción de calidad que concuerda frecuentemente con las expectativas de los usuarios (46,69%).

**Gráfica 19. La limpieza y el aseo de las instalaciones**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 20. La facilidad para llegar al centro de urgencias**

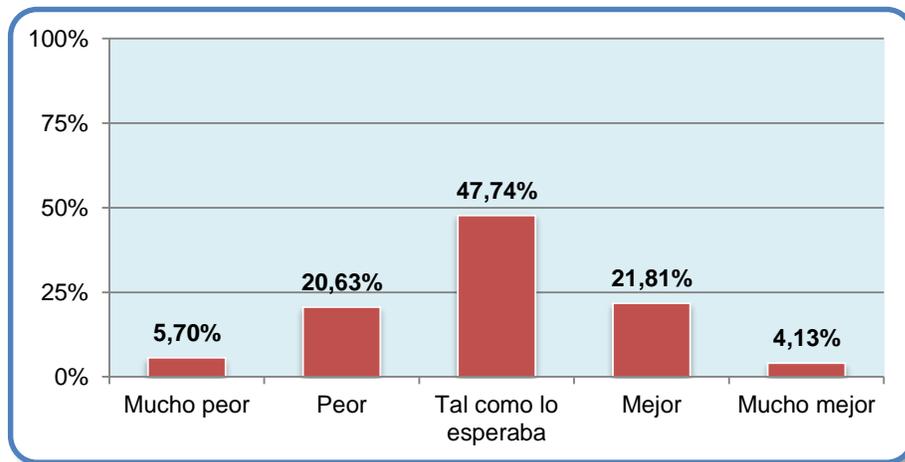


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

### 9.1.2 Recursos humanos

Para el caso de la categoría correspondiente a los recursos humanos, la información obtenida y procesada sugiere que, en los usuarios, el interés del personal por cumplir lo que promete genera una percepción de calidad que cumple con sus expectativas en el 47,74% de los casos. Por otro lado, en otros las expectativas se vieron superadas (21,81%), aunque en otros más, lo que percibieron fue peor a lo que ellos esperaban encontrar (20,63%) (Gráfica 21).

**Gráfica 21. El interés del personal por cumplir lo que promete**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

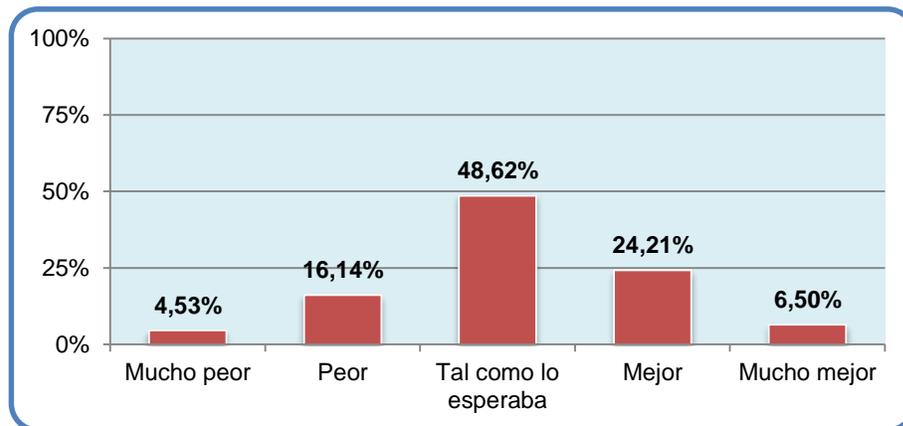
En la Gráfica 22 se muestra que los usuarios, en una proporción del 48,62%, están de acuerdo con que la calidad que perciben en torno a la información que los médicos proporcionan, es tal como la esperaban. Otros afirmaron que es mejor (23,1%) y unos más, que es peor (16,14%). Con ello se puede afirmar que el usuario recibe, comprende y acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso, pues la percepción en general, no es negativa. Además, este aspecto en un estándar de resultado, basado en la percepción de los usuarios externos respecto al conocimiento, comprensión y aceptación acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento de la dolencia que lo aqueja. La información completa al usuario externo contribuye a generar en el usuario externo una actitud crítica y de colaboración

con el desempeño de la prestación de servicios de urgencias que le permitan tomar decisiones en este aspecto<sup>58</sup>.

Así mismo, el interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes deviene en una percepción que satisface las expectativas de calidad en el 44,23% de los casos (Gráfica 23).

Por su parte, la Gráfica 24 permite intuir que los usuarios consideran que el personal está dispuesto a proporcionarle ayuda, en la medida en que en el 48,15% del total de casos, las expectativas de calidad concordaron con lo encontrado.

**Gráfica 22. La información que los médicos proporcionan**

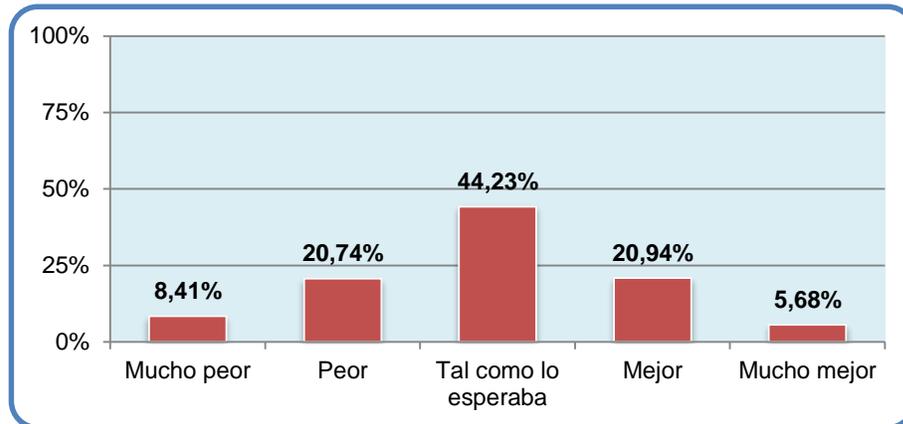


**Fuente: Diseño y cálculos de las autoras**

---

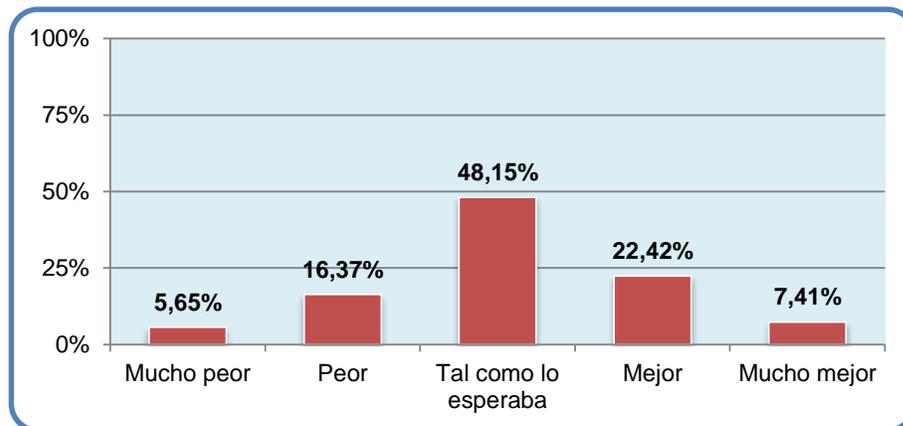
<sup>58</sup> HUIZA, Gladys. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en salud en el Hospital de la Base Naval. Callao. Octubre-diciembre 2003. Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos, 2006.

**Gráfica 23. El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 24. La disposición del personal por ayudarlo**

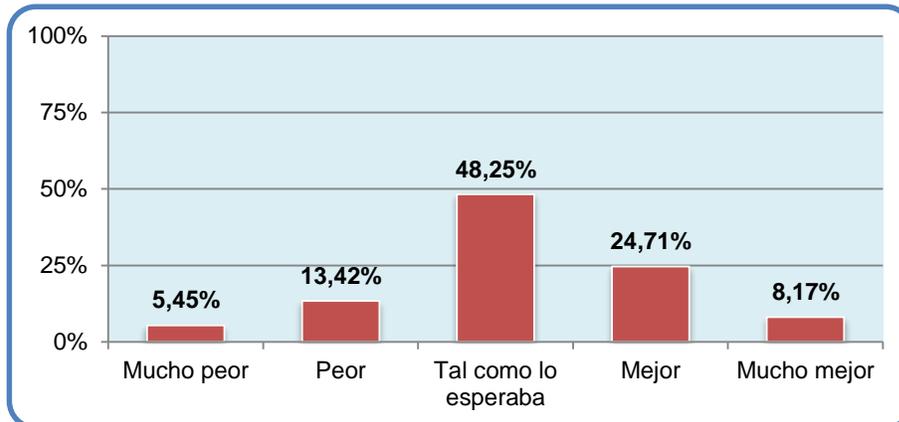


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La confianza o seguridad que el personal transmite a los pacientes fue evaluada en el instrumento aplicado, evidenciándose que entre el 48,25% de los usuarios de urgencia, fue tal como la esperaban, solo en el 24,71% de los casos las expectativas se superaron, e incluso, en el 8,17% fueron mucho mejores a la idea que poseían previamente. En contraste, entre el 13,42% fue peor a lo esperado, y para el 5,45%, fue mucho peor. Todo esto puede observarse en la distribución de frecuencias de la Gráfica 25.

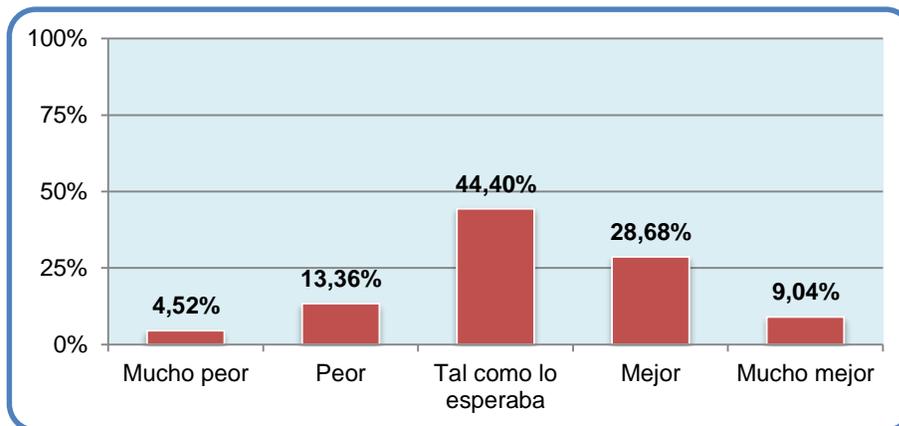
La Gráfica 26 es clara en evidenciar que, para la mayoría de los usuarios, la amabilidad con la que el personal trata a la gente cumplió sus expectativas (44,4%).

**Gráfica 25. La confianza o seguridad que el personal transmite a los pacientes**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 26. La amabilidad o cortesía con la que el personal trata a la gente**

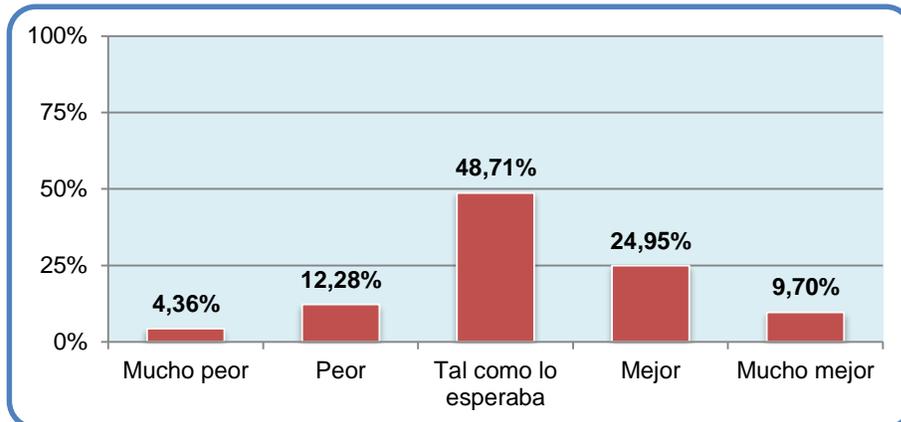


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

En el ámbito de la preparación del personal para realizar su trabajo, los usuarios de urgencia manifestaron percibir una calidad tal como la esperaban, en una proporción del 48,71%. Estuvieron seguidos por aquellos para los cuales fue mejor que lo esperado (24,95%), superando, en consecuencia, sus expectativas (Gráfica 27).

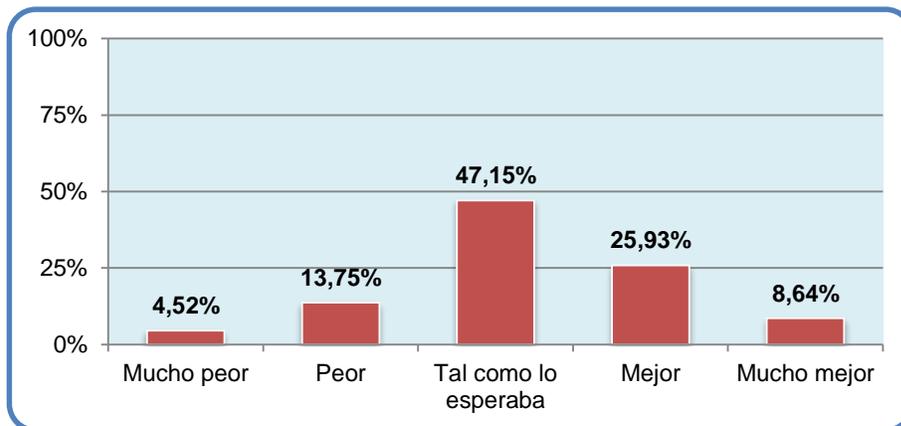
La atención que los usuarios del servicio de urgencias reciben del orientador cumple con las expectativas de calidad entre la mayoría de estas personas, alcanzando una cifra equivalente al 47,15%. Incluso, también se observaron casos en los cuales la atención fue mejor a la esperada (25,93%) (Gráfica 28).

**Gráfica 27. La preparación del personal para realizar su trabajo**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 28. La atención que recibe del orientador**

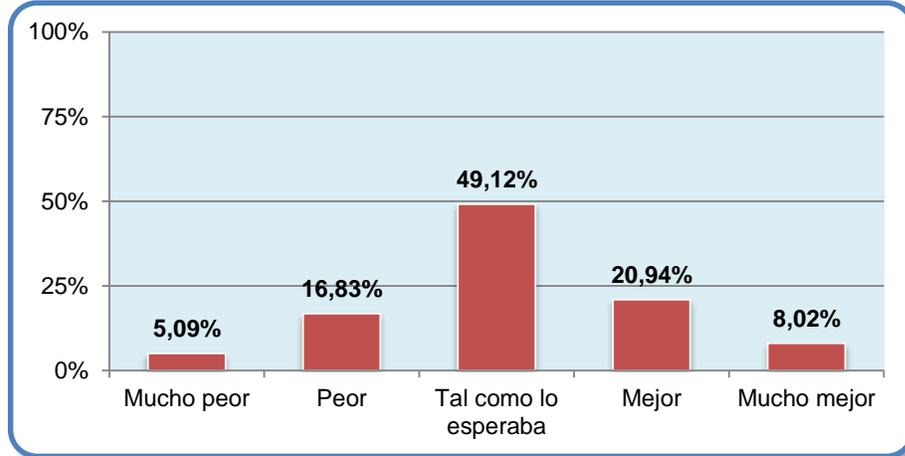


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Sobre el personal de admisiones, se buscó evaluar la percepción de la calidad frente a la atención que el usuario recibe. Al respecto se determinó que entre el 49,12% de los usuarios, la calidad fue tal como la esperaban. Seguidos de los que mencionaron que fue mejor (20,94%) y para los que fue peor frente a sus expectativas (16,83%); las respuestas restantes se observan en la distribución de frecuencias relativas contenida en la Gráfica 29.

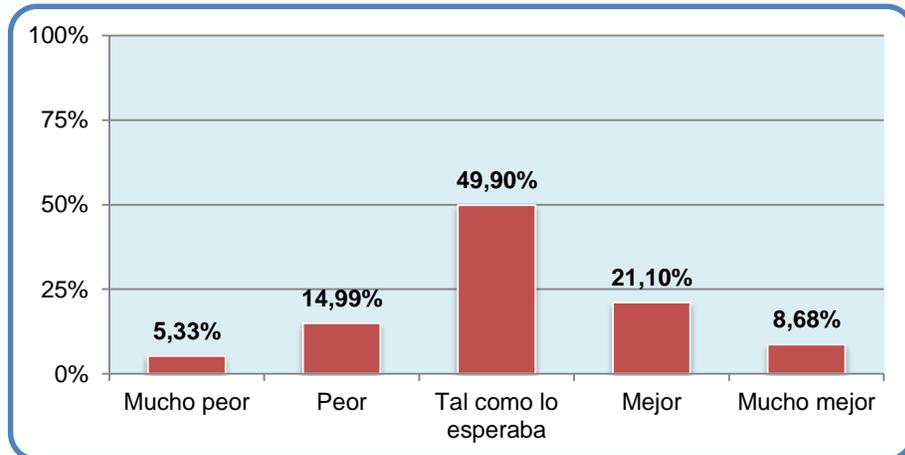
La Gráfica 30 sugiere que los pacientes consideran que el trato que el personal les proporciona, en general, cumple con sus expectativas de calidad (49,9%).

**Gráfica 29. La atención que recibe del personal de admisiones**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 30. El trato personalizado que se les da a los pacientes**

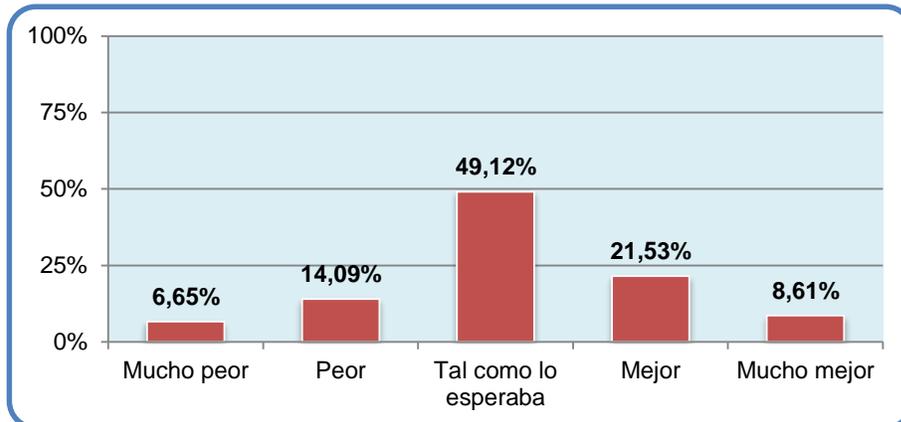


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes, en opinión de los usuarios encuestados, genera una percepción de calidad que es tal como ellos la esperan, en particular, la cifra correspondió a 49,9%, así como se presenta en la Gráfica 31.

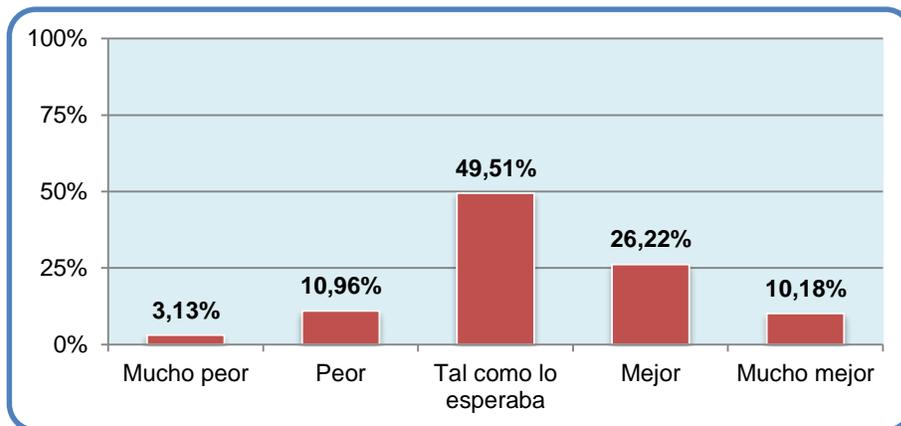
Más abajo se tienen las respuestas relativas a la valoración en cuanto al ámbito de la información que los médicos dan a los familiares, encontrándose que, para el 49,52% de los encuestados, cumple con las expectativas de calidad (Gráfica 32).

**Gráfica 31. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

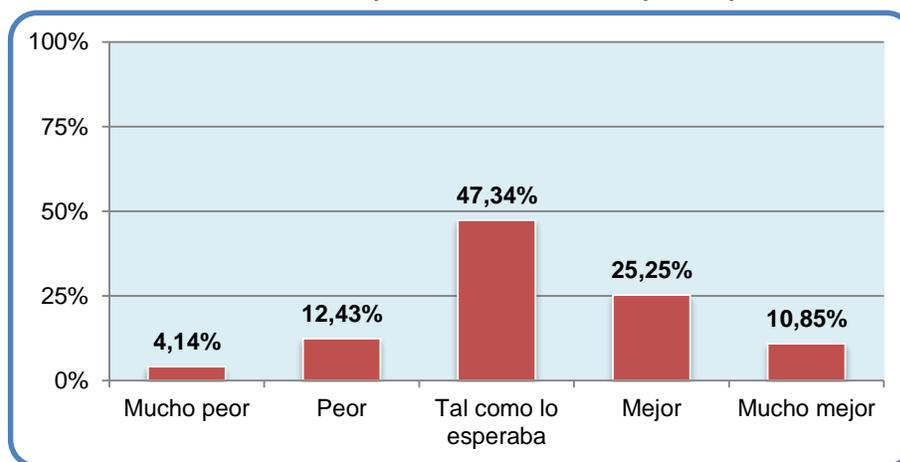
**Gráfica 32. La información que los médicos dan a los familiares**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Otro aspecto importante lo constituye la percepción de calidad en torno al interés del personal de enfermería por los pacientes por los pacientes. Ante esto, las respuestas contenidas en la Gráfica 33 manifiestan una clara tendencia hacia lo positivo, en la medida en que, en primer lugar, cumple con las expectativas de calidad en el 47,34% de los casos; en segundo lugar, el 25,25% de los encuestados manifestó que es mejor de lo que con anterioridad pensaban; y en tercer lugar, el 10,85%, que indicó la mejor valoración posible de calidad.

**Gráfica 33. El interés del personal de enfermería por los pacientes**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

### 9.1.3 Tiempo de atención

Este tercer ámbito se incluyó por ser uno de los de mayor relevancia dentro del proceso de atención en un servicio de urgencias. Además porque, aun cuando el tiempo cronológico ha sido imprescindible en la compleja organización del mundo actual, para el individuo, el tiempo que cuenta en su vida personal es el tiempo subjetivo. La duración del tiempo es percibida sumamente variable en función de su propia biografía personal, de sus expectativas y de los acontecimientos a los que se encuentra expuesto. Incluso, en la sociedad se manifiesta una exigencia de respuesta inmediata a las necesidades de salud, que contrasta con la burocracia del sistema; aunque "esperar" forma parte del proceso de cuidados, una sobrestimación del mismo por parte del paciente puede conducir a un grado mayor de insatisfacción<sup>59</sup>.

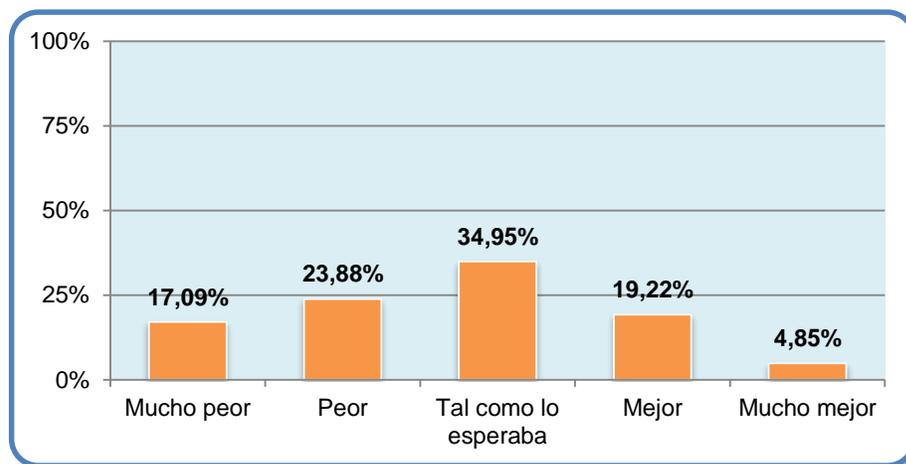
Partiendo de los planteamientos anteriores, en este estudio se buscó conocer las impresiones que genera el tiempo de la atención, en el marco de la evaluación de la calidad del servicio de urgencias, bajo la perspectiva del usuario. Al respecto,

---

<sup>59</sup> CARBONELL, M, GIRBÉS, J, CALDUCH J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. En: Emergencias. 2006, vol. 18. p 30-35.

gracias a la Gráfica 34 resulta evidente que no existe una tendencia clara en los datos; si bien el ranking lo lidera el 34,95% de los usuarios que indicó que este aspecto del servicio presenta una calidad que cumple con sus expectativas, los demás porcentajes no difieren mucho, sobre todo los que están a la izquierda de la gráfica, que denotan percepción de calidad negativa. En particular, el 23,88% cree que su percepción del tiempo de espera fue peor al inicialmente concebido, e incluso, del 17,09% indicó que fue mucho peor.

**Gráfica 34. El tiempo de espera para ser atendido**

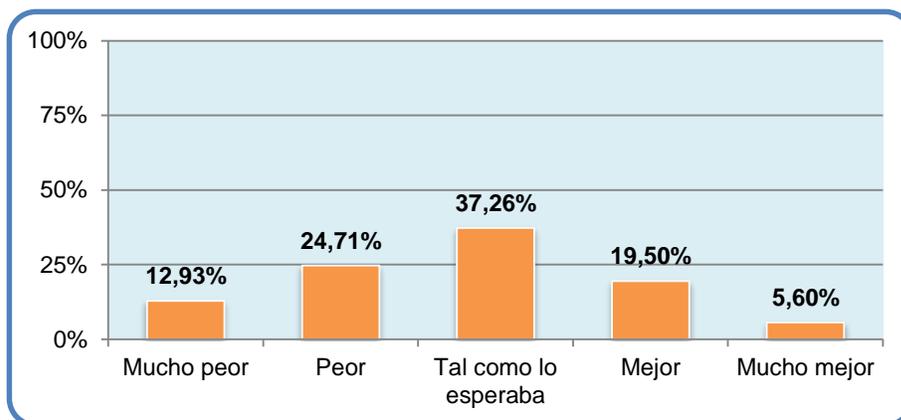


**Fuente: Diseño y cálculos de las autoras**

Otro elemento relativo al tiempo correspondió a la puntualidad en la atención. La Gráfica 35 —de manera similar a la anterior—, permite afirmar que no existen notables diferencias entre las participaciones porcentuales de cada categoría de respuesta, a pesar de que se destacaron nuevamente las que se encuentran al lado izquierdo de la distribución de frecuencias, dando a entender que la percepción de calidad en relación con este ámbito, deja mucho que desear. Específicamente, porque los que consideran la puntualidad ‘peor de lo que esperaban’ ascienden al 24,71%, y aquellos que la definen como ‘mucho peor’ que sus expectativas se ubican en el 12,93%.

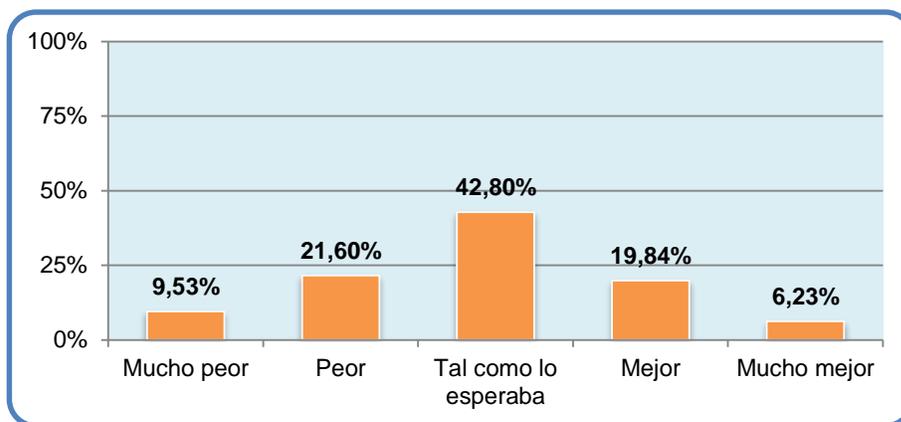
Por último, se evaluó la rapidez con que el paciente consigue lo que necesita o si lo pide, en general, los resultados de demuestran que es más claro el cumplimiento de las expectativas entre el 42,8% de los usuarios (Gráfica 36).

**Gráfica 35. La puntualidad en la atención**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Gráfica 36. La rapidez con que el paciente consigue lo que necesita o si lo pide**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

## 9.2 Percepción de la calidad según categorías

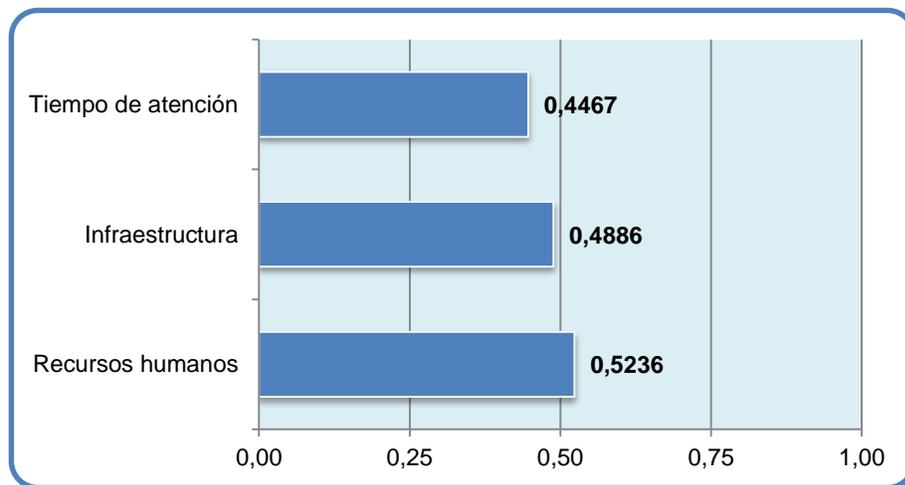
Una de las ventajas del instrumento SERVQHOS consiste en que los ítems que plantea son agrupables en categorías (las tres categorías mencionadas previamente), con esto se tiene una idea consolidada o agrupada de los diversos ámbitos de la atención en un servicio de salud bajo la perspectiva del usuario. En este orden de ideas, la consolidación o agrupación de los ítems se efectúa en este capítulo.

### 9.2.1 Consolidado

Los valores consolidados de cada una de las tres categorías del SERVQHOS provienen de calcular el promedio a las respuestas obtenidas, y posteriormente expresar los valores resultantes en una escala del 0 al 1. En esta, a medida que se asciende, mejor es la percepción de calidad sobre alguna de las categorías, en otras palabras, la superación de las expectativas se hace mayor.

En la Gráfica 37 se presenta en orden ascendente los valores promedio para cada una de las categorías, encontrándose que el tiempo de atención fue la peor valorada de las tres, con 0,4467, en cambio, los recursos humanos fueron los mejor calificados, con 0,5236. En la mitad se encontró la infraestructura, con 0,4886. Dado que estas cifras son enteramente cuantitativas, fue posible calcularles algunas medidas de estadística descriptiva, las cuales aparecen en la Tabla 2

**Gráfica 37. Percepción de la calidad según categorías en usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

**Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad según categorías en usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

Parámetros estadístico	Recursos humanos	Infraestructura	Tiempo de atención
<b>Media</b>	0,5236	0,4886	0,4467
<b>Desviación estándar</b>	0,1944	0,1788	0,2424
<b>Mínimo</b>	0,0000	0,0000	0,0000
<b>Percentil 5%</b>	0,1375	0,1729	0,0000
<b>Mediana</b>	0,5385	0,5000	0,5000
<b>Percentil 95%</b>	0,8462	0,7917	0,8333
<b>Máximo</b>	1,0000	1,0000	1,0000

Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

## 9.2.2 Detallado según aspectos demográficos, sociales y económicos de los usuarios

### 9.2.2.1 Infraestructura

En la Tabla 3 aparecen las valoraciones promedio de la infraestructura (en una escala de 0 a 1) en detalle, de acuerdo a cada una de las características de los usuarios. Se encontró que las mejores valoraciones de la calidad este atributo se dieron entre los usuarios más jóvenes (0,5214), de género femenino (0,4906), solteros (0,5133), de estrato alto (0,6167), ninguna formación educativa (0,6131), del régimen especial de atención en salud (0,6), procedencia rural (0,5206), pensionados (0,5167) y que no habían visitado las instalaciones con anterioridad.

A su vez, la peor percepción de calidad se dio entre individuos de 40 – 49 años (0,4778), de género masculino (0,4854), viudos (0,4315), estrato medio (0,4694), de formación educativa primaria (0,4813), del régimen contributivo (0,4784), procedencia urbana (0,4834), se desempeñan como amas de casa (0,4619) y previamente habían visitado las instalaciones de la IPS (0,4908).

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad de la infraestructura según usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

Variable	Categorías de la variable	Media	Des. típica	Mínimo	Percentil 05	Mediana	Percentil 95	Máximo
<b>Edad</b>	< 20	0,5214	0,1564	0,1667	0,2083	0,5417	0,7500	0,9167
	20 - 29	0,4854	0,1872	0,0000	0,1667	0,5000	0,7500	1,0000
	30 - 39	0,4904	0,1723	0,0000	0,2083	0,5000	0,7500	1,0000
	40 - 49	0,4778	0,1851	0,0000	0,1250	0,5000	0,7917	0,9167
	50 - 59	0,4840	0,1901	0,1667	0,1667	0,5000	0,8333	0,8750
	> 59	0,4904	0,1737	0,2083	0,2500	0,5000	0,7917	0,9583
<b>Género</b>	Masculino	0,4854	0,1996	0,0000	0,1667	0,5000	0,8333	1,0000
	Femenino	0,4906	0,1590	0,0000	0,2083	0,5000	0,7083	1,0000
<b>Estado civil</b>	Casado	0,4871	0,1753	0,0000	0,1667	0,5000	0,8333	0,9583
	Unión libre	0,4877	0,1846	0,0000	0,2083	0,5000	0,7917	1,0000
	Soltero	0,5133	0,1750	0,0000	0,2500	0,5417	0,7500	1,0000
	Separado	0,4390	0,1827	0,0000	0,1667	0,4792	0,6667	0,7083
	Viudo	0,4315	0,1440	0,1250	0,1250	0,4583	0,6250	0,6250
<b>Estrato</b>	Bajo (1 - 2)	0,5024	0,1740	0,0000	0,2083	0,5000	0,7500	1,0000
	Medio (3 - 4)	0,4694	0,1814	0,0000	0,1875	0,5000	0,7917	1,0000
	Alto (5 - 6)	0,6167	0,0349	0,5833	0,5833	0,6250	0,6667	0,6667
<b>Nivel educativo</b>	Ninguno	0,6131	0,2065	0,2500	0,2500	0,6250	0,9583	0,9583
	Primaria	0,4813	0,1882	0,0000	0,2083	0,4792	0,7708	0,8750
	Secundaria	0,4923	0,1753	0,0000	0,2083	0,5000	0,7917	1,0000
	Universitario	0,4831	0,1800	0,0000	0,1667	0,5000	0,7500	1,0000
	Posgrado	0,5023	0,1569	0,1667	0,1667	0,4792	0,8333	0,8333
<b>Régimen de seguridad social</b>	Subsidiado	0,5213	0,2241	0,0000	0,1250	0,5417	0,8333	0,9167
	Contributivo	0,4784	0,1698	0,0000	0,2083	0,5000	0,7500	1,0000
	Especial	0,6000	0,1807	0,4167	0,4167	0,5000	0,8333	0,8333
	Vinculado	0,5139	0,1114	0,3333	0,3333	0,5000	0,6667	0,6667
<b>Procedencia</b>	Rural	0,5206	0,1758	0,0000	0,1667	0,5417	0,7917	0,8750
	Urbana	0,4834	0,1786	0,0000	0,2083	0,5000	0,7500	1,0000
<b>Ocupación</b>	Trabajador	0,4842	0,1850	0,0000	0,1875	0,5000	0,7917	1,0000
	Desempleado	0,5162	0,1720	0,0000	0,0833	0,5833	0,7083	0,8333
	Ama de casa	0,4619	0,1550	0,0000	0,2083	0,4792	0,6667	1,0000
	Estudiante	0,5114	0,1691	0,0000	0,2500	0,5208	0,7500	1,0000
	Pensionado	0,5167	0,1675	0,2083	0,2500	0,5000	0,7917	0,8750
<b>Visitado las instalaciones con anterioridad</b>	Sí	0,4908	0,1750	0,0000	0,2083	0,5000	0,7917	1,0000
	No	0,5239	0,1890	0,0000	0,2500	0,5000	0,7917	1,0000

Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

#### 9.2.2.2 Recursos humanos

Los puntajes promedio que se estimaron respecto a la evaluación de la calidad que el usuario hace sobre los recursos humanos en el servicio de urgencias se presentan en la Tabla 4. Las valoraciones más favorables se dieron entre los mayores de 59 años (0,5991), las usuarias (0,5217), aquellos que se encuentran viudos (0,5618), de los estratos superiores (0,6308), analfabetas (0,6236), del régimen especial (0,6192), provenientes del área rural (0,5451), aquellos que están pensionados (0,6231) y que habían no habían visitado las instalaciones con anterioridad (0,5463).

De otro lado, las deficiencias en la calidad percibida fueron reportadas por los usuarios comprendidos en el rango etario de 40 – 49 años (0,4831), los pertenecientes al género masculino (0,5210), separados (0,5069), de los estratos 3 y 4 (0,4956), aquellos que han alcanzado formación universitaria (0,5044), son vinculados en el régimen de seguridad social en salud (0,4968), son procedentes del área urbana (0,5179), se desempeñan como amas de casa (0,4864), y las instalaciones de urgencias las habían visitado con anterioridad (0,5233).

**Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad de los recursos humanos según usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

Variable	Categorías de la variable	Media	Des. típica	Mínimo	Percentil 05	Mediana	Percentil 95	Máximo
<b>Edad</b>	< 20	0,5676	0,1737	0,0962	0,2500	0,5769	0,8846	0,9423
	20 - 29	0,5217	0,1958	0,0000	0,1346	0,5385	0,8269	1,0000
	30 - 39	0,5239	0,1868	0,0000	0,1346	0,5000	0,8269	1,0000
	40 - 49	0,4831	0,2032	0,0000	0,1154	0,5000	0,8462	0,9231
	50 - 59	0,5286	0,2129	0,0962	0,1346	0,5192	0,9038	0,9615
	> 59	0,5991	0,1861	0,2500	0,3654	0,5577	0,9231	1,0000
<b>Género</b>	Masculino	0,5210	0,2100	0,0000	0,1346	0,5192	0,8846	1,0000
	Femenino	0,5217	0,1801	0,0000	0,1731	0,5385	0,8269	1,0000
<b>Estado civil</b>	Casado	0,5226	0,1936	0,0000	0,1731	0,5000	0,8846	1,0000
	Unión libre	0,5195	0,2065	0,0000	0,1346	0,5192	0,8654	1,0000
	Soltero	0,5330	0,1700	0,0000	0,1923	0,5481	0,8077	1,0000
	Separado	0,5069	0,2102	0,0962	0,1154	0,5288	0,8462	0,8462
	Viudo	0,5618	0,1960	0,2692	0,2692	0,5481	0,9231	0,9231
<b>Estrato</b>	Bajo (1 - 2)	0,5356	0,1971	0,0000	0,1346	0,5577	0,8654	1,0000
	Medio (3 - 4)	0,4956	0,1906	0,0000	0,1635	0,5000	0,8173	1,0000
	Alto (5 - 6)	0,6308	0,2086	0,3654	0,3654	0,5769	0,9231	0,9231
<b>Nivel educativo</b>	Ninguno	0,6236	0,1624	0,3462	0,3462	0,6346	0,8846	0,8846
	Primaria	0,5563	0,1846	0,0000	0,1731	0,5577	0,8654	0,8846
	Secundaria	0,5287	0,2019	0,0000	0,1538	0,5192	0,8654	1,0000
	Universitario	0,5044	0,1795	0,0000	0,1346	0,5192	0,7692	1,0000
	Posgrado	0,5502	0,1822	0,2500	0,2500	0,5096	0,9231	0,9231
<b>Régimen de seguridad social</b>	Subsidiado	0,5286	0,2542	0,0000	0,0192	0,5769	0,9038	1,0000
	Contributivo	0,5214	0,1825	0,0000	0,2308	0,5192	0,8269	1,0000
	Especial	0,6192	0,2289	0,4423	0,4423	0,4808	0,9615	0,9615
	Vinculado	0,4968	0,1820	0,2115	0,2115	0,5192	0,8077	0,8077
<b>Procedencia</b>	Rural	0,5451	0,1821	0,0000	0,1346	0,5769	0,8846	0,9231
	Urbana	0,5179	0,1950	0,0000	0,1731	0,5192	0,8462	1,0000
<b>Ocupación</b>	Trabajador	0,5186	0,1975	0,0000	0,1635	0,5000	0,8654	1,0000
	Desempleado	0,5361	0,1676	0,0192	0,1154	0,5769	0,7115	0,9038
	Ama de casa	0,4864	0,1986	0,0000	0,0192	0,5000	0,8269	0,9615
	Estudiante	0,5288	0,1838	0,0000	0,1731	0,5577	0,8077	1,0000
	Pensionado	0,6231	0,1731	0,3654	0,4423	0,5769	0,9231	1,0000
<b>Visitado las instalaciones con anterioridad</b>	Sí	0,5233	0,1931	0,0000	0,1346	0,5192	0,8654	1,0000
	No	0,5463	0,1878	0,0000	0,2500	0,5577	0,8269	1,0000

Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

### 9.2.2.3 Tiempo de atención

En última instancia, se presentan las valoraciones promedio del tiempo de atención efectuadas por los usuarios encuestados. La Tabla 5 señala que los individuos que mejor valoraciones proporcionaron en este sentido se caracterizaron por ser de una edad inferior a 20 años (0,5021), de género femenino (0,4532), que conviven bajo la figura de la unión libre (0,4521), pertenecen al estrato alto, es decir, 5 – 6 (0,5333), son poseedores de ningún título educativo (0,6667), se participan en la seguridad social como pertenecientes al régimen especial (0,5833), proceden de un medio rural (0,4597), en la actualidad se encuentran pensionados (0,5300) y nunca habían estado con anterioridad en las instalaciones de urgencias (0,4987).

En lo que respecta a las características de los usuarios que declararon poseer la peor percepción promedio de la calidad ante el tiempo de atención en la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena, se encontró que se distinguen por estar entre los 40 – 49 años (0,4250), son masculinos (0,4385), se encuentran viudos (0,4345), corresponden al estrato medio (0,4366), han cursado algún posgrado (0,4120), se integran como vinculados a la seguridad social (0,2778), proceden de zonas urbanas (0,4438), desempeñan alguna actividad laboral (0,4227) y tiempo atrás habían visitado la central de urgencias (0,4354).

**Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la percepción de la calidad del tiempo de atención según usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

Variable	Categorías de la variable	Media	Des. típica	Mínimo	Percentil 05	Mediana	Percentil 95	Máximo
<b>Edad</b>	< 20	0,5021	0,2107	0,0000	0,1667	0,5000	0,9167	0,9167
	20 - 29	0,4421	0,2532	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000
	30 - 39	0,4395	0,2380	0,0000	0,0000	0,4167	0,9167	1,0000
	40 - 49	0,4250	0,2508	0,0000	0,0000	0,5000	0,7500	0,9167
	50 - 59	0,4530	0,2599	0,0000	0,0833	0,5000	0,9167	1,0000
	> 59	0,4872	0,2078	0,1667	0,1667	0,4583	0,8333	0,8333
<b>Género</b>	Masculino	0,4385	0,2554	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000
	Femenino	0,4532	0,2287	0,0000	0,0000	0,5000	0,7500	1,0000
<b>Estado civil</b>	Casado	0,4390	0,2461	0,0000	0,0000	0,5000	0,8333	1,0000
	Unión libre	0,4521	0,2557	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000
	Soltero	0,4511	0,2244	0,0000	0,0000	0,5000	0,7500	1,0000
	Separado	0,4405	0,2232	0,0000	0,0833	0,5000	0,7500	0,9167
	Viudo	0,4345	0,2315	0,0833	0,0833	0,3750	0,8333	0,8333
<b>Estrato</b>	Bajo (1 - 2)	0,4553	0,2473	0,0000	0,0000	0,5000	0,8333	1,0000
	Medio (3 - 4)	0,4366	0,2392	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000
	Alto (5 - 6)	0,5333	0,2801	0,1667	0,1667	0,5833	0,8333	0,8333
<b>Nivel educativo</b>	Ninguno	0,6667	0,2097	0,2500	0,2500	0,7500	0,9167	0,9167
	Primaria	0,4938	0,2138	0,0000	0,1250	0,5000	0,8333	0,9167
	Secundaria	0,4558	0,2373	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000
	Universitario	0,4146	0,2472	0,0000	0,0000	0,4167	0,7500	1,0000
	Posgrado	0,4120	0,3018	0,0000	0,0000	0,4167	0,9167	0,9167
<b>Régimen de seguridad social</b>	Subsidiado	0,5174	0,2980	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000
	Contributivo	0,4408	0,2285	0,0000	0,0000	0,5000	0,7500	1,0000
	Especial	0,5833	0,3118	0,1667	0,1667	0,5000	1,0000	1,0000
	Vinculado	0,2778	0,2546	0,0000	0,0000	0,2500	0,7500	0,7500
<b>Procedencia</b>	Rural	0,4597	0,2375	0,0000	0,0000	0,5000	0,8333	0,9167
	Urbana	0,4438	0,2444	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000
<b>Ocupación</b>	Trabajador	0,4227	0,2496	0,0000	0,0000	0,4167	0,8750	1,0000
	Desempleado	0,5272	0,1927	0,0000	0,0833	0,5000	0,7500	0,8333
	Ama de casa	0,4353	0,2305	0,0000	0,0000	0,4167	0,7500	1,0000
	Estudiante	0,4785	0,2366	0,0000	0,0000	0,5000	0,7500	1,0000
	Pensionado	0,5300	0,2216	0,1667	0,1667	0,5000	0,8333	0,9167
<b>Visitado las instalaciones con anterioridad</b>	Sí	0,4354	0,2423	0,0000	0,0000	0,4167	0,8333	1,0000
	No	0,4987	0,2426	0,0000	0,0000	0,5000	0,9167	1,0000

Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

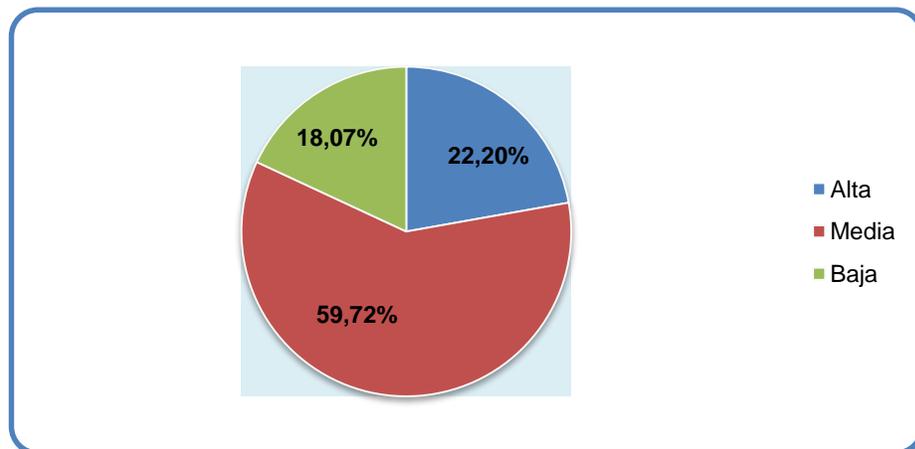
### 9.3 Percepción de la calidad general

Luego de presentar en detalle cada uno de los ítems del cuestionario, de efectuar el análisis teniendo en cuenta las categorías del servicio, y de mostrar las características demográficas, sociales y económicas de los usuarios según su calificación, a continuación se procede a integrar todos estos resultados y a exponer los hallazgos de la percepción global o general de la calidad con el servicio bajo estudio.

#### 9.3.1 Consolidado

Se encontró que la mayoría de los usuarios reportaron que su percepción de calidad en términos generales respecto al servicio que reciben en la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena fue media, alcanzando el 59,72%, a su vez, el 22,2% refirió que fue alta, y por último, el 22,2% declaró que era baja (Gráfica 38).

Gráfica 38. Percepción de calidad general



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Este resultado se enmarca en que, para la Central de Urgencias de Saludcoop (y en general, para otros servicios de urgencias), todos los profesionales de los servicios de urgencias están involucrados en mayor o menor grado en la mejora de la calidad, ya que si la calidad técnica de la asistencia es esencial, también lo

son, y no en menor grado, otros aspectos que influyen de forma muy decisiva en la calidad que percibirá el paciente y sus acompañantes, como son transmitir la sensación de que pueden estar seguros de que la organización funciona, que el trato personal es adecuado y que la información se ofrecen cada momento del proceso asistencial.

En concordancia con Loureiro y González<sup>60</sup>, la explicación en las diferencias halladas en cuanto a la percepción de calidad, podrían residir en las especiales características de los servicios de urgencias hospitalarias que llevan a que el factor imagen no juegue un papel tan destacado a la hora de tomar decisiones de comportamiento por parte de los usuarios. Ya que —a diferencia de otros sectores como el turismo donde el turista tiende a tratar de vivir una experiencia del servicio de acuerdo con la imagen creada del mismo mediante las campañas de marketing realizadas por el prestador del servicio—, en el caso de los servicios de urgencia el paciente no pretende tener una experiencia idílica, innovadora y creativa que rompa con su rutina diaria, sino que busca que le traten con empatía, de forma digna y con la rapidez y capacidad técnica adecuada a su enfermedad.

Dada la complejidad del servicio, el paciente puede no percibir técnicamente todas las características del servicio pero necesita tener la percepción de que es tratado de la mejor forma posible y que le están explicando de forma clara todos los procedimientos y se sienta apoyado a lo largo del proceso de prestación del servicio. De esta forma, la calidad percibida y la satisfacción ganan importancia en relación a la imagen, para conseguir confianza y motivar la recomendación del servicio, tal y como muestran nuestros resultados<sup>61</sup>.

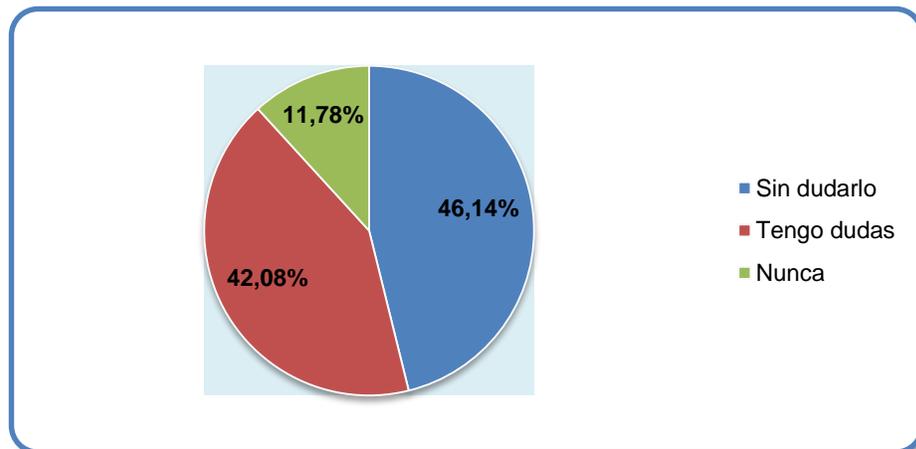
---

<sup>60</sup> LOUREIRO, Correia y GONZÁLEZ, Miranda. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. En: Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2010, vol. 16, no. 2. p 27-41.

<sup>61</sup> *Ibíd.*

Dado que la percepción de calidad se refleja o puede ser expresada a través de algunos comportamientos, tales como recomendaciones entre personas allegadas, se procedió a interrogar, en efecto, si el usuario recomendaría el centro de urgencias bajo estudio. La Gráfica 39 señala que en el 46,14% de los casos se haría esta recomendación, aunque un 42,08% tiene dudas al respecto, mientras que el 11,78% nunca lo llevaría a cabo. Por estas razones se deben seguir dirigiendo esfuerzos para continuar con el proceso de mejoramiento de la calidad ya que aunque la institución cuenta con gran reconocimiento gracias a los usuarios que replican a la comunidad la atención recibida en el área de urgencias.

**Gráfica 39. Recomendaría este centro de urgencias**



**Fuente: Diseño y cálculos de las autoras**

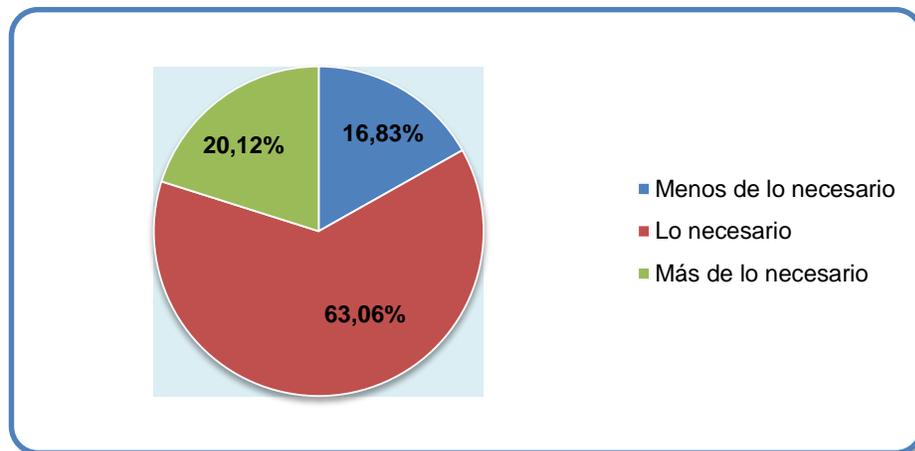
Por último, la mayoría de usuarios considera que ha estado en las instalaciones del servicio de urgencia el tiempo necesario (63,06%), aunque a otros les parece que ha sido más del tiempo necesario (20,12%) y a algunos más, que el tiempo ha sido menor al necesario (16,83%), tal como se representa en la Gráfica 40. En el sentido de que lo plantean Krishel y Baraff<sup>62</sup> el tiempo de espera total no sería un predictor de la satisfacción pero sí una variable resultado que serviría a los profesionales como indicador de la calidad del servicio. Así las cosas, y gracias a

---

<sup>62</sup> KRISHEL, S. Effect of emergency department information on patient satisfaction. En: Ann Emerg Med. 2003, vol. 22. p 568-572.

lo positivo del resultado presentado, la institución de salud en el área de urgencias, debe continuar poniendo en marcha medidas para agilizar el proceso de la toma de decisiones, clínicas y administrativas, podría continuar haciendo reducido el tiempo medio de permanencia de los pacientes en el área.

**Gráfica 40. Considera que ha estado en urgencias...**



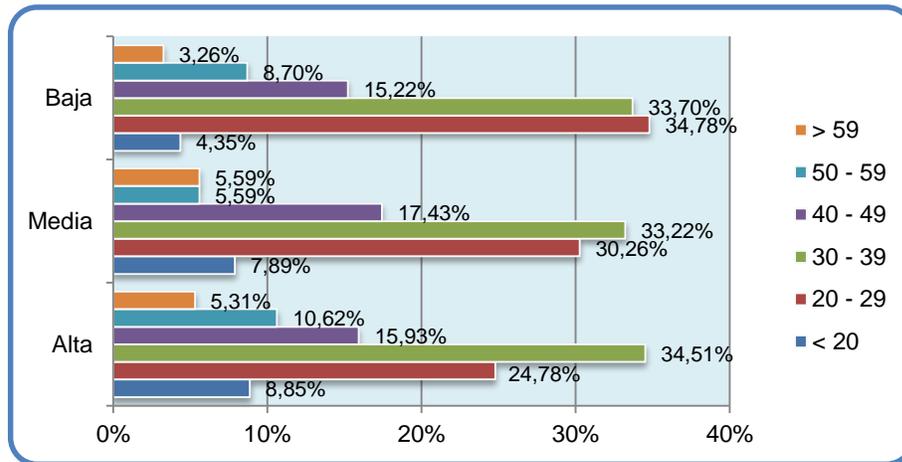
**Fuente: Diseño y cálculos de las autoras**

### *9.3.2 Detallado según aspectos demográficos, sociales y económicos de los usuarios*

En línea con el plan analítico definido para las anteriores secciones del documento, resulta adecuado efectuar a continuación el análisis de la percepción general de la calidad teniendo en cuenta las variables demográficas, sociales y económicas de los usuarios de urgencias.

Se parte de la Gráfica 41, en donde se aprecia el predominio de los individuos con edades que parte de los 20 años hasta los 49 años en cada uno de los niveles de percepción de calidad general. Así, en el nivel más alto, se tienen las mayores participaciones entre los de 30 – 39 años (34,51%) y 20 – 29 años (24,78%), por su parte, la peor percepción la tienen los de 20 – 29 años (34,78%) y 30 – 39 años (33,7%).

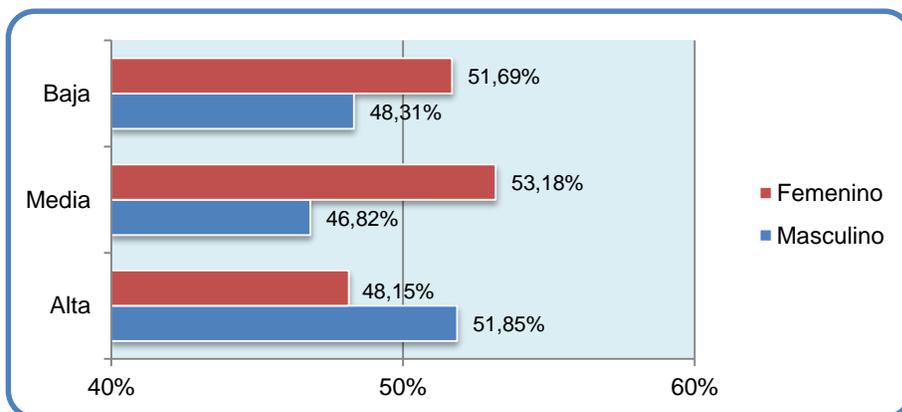
**Gráfica 41. Percepción de calidad general según edad de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Según el género de los encuestados, se evidenció que en la alta percepción de calidad se destacaron los usuarios masculinos (51,85%) respecto a los femeninos (48,15%); en el caso de las bajas valoraciones, se tiene que estas fueron encabezadas por las usuarias (51,69%), que superaron a su contraparte masculina (48,31%) (Gráfica 42).

**Gráfica 42. Percepción de calidad general según género de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

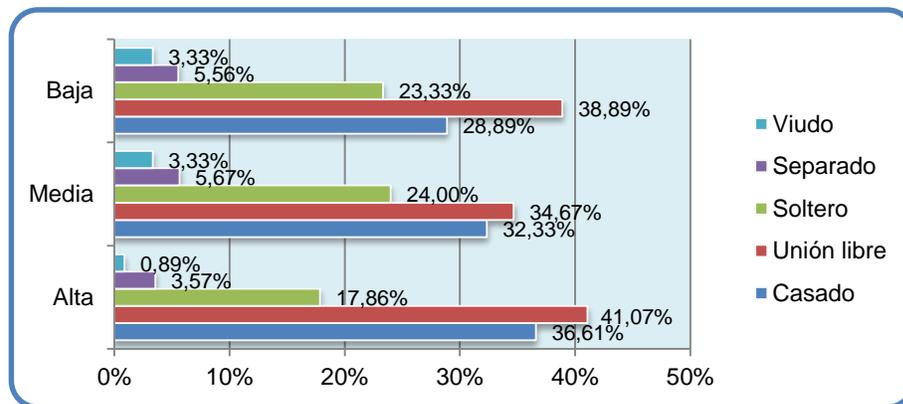


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

En la Gráfica 43 aparecen los niveles de calidad percibida, y para cada uno, las participaciones de los estados civiles entre los encuestados. De esta manera, se puede afirmar que, entre los que calificaron la calidad del servicio bajo estudio —en

la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena—, se distinguen los casados y los que conviven en unión libre, siendo respectivamente de 41,07% y 36,61% entre los que indicaron alta calidad, y de 38,89% y 28,89%, entre los que reportaron baja calidad.

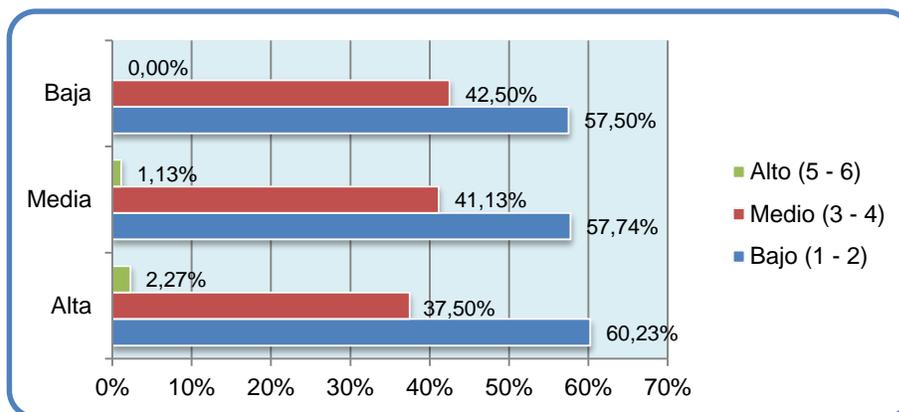
**Gráfica 43. Percepción de calidad general según estado civil de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La Gráfica 44 presenta el estrato socioeconómico del usuario, junto con su respectiva valoración de la calidad. El patrón evidenciado es tal que, en cada nivel de calidad, predominaron los estratos medio y bajo, no siendo marcadas las diferencias, tal como se aprecia en la mencionada gráfica.

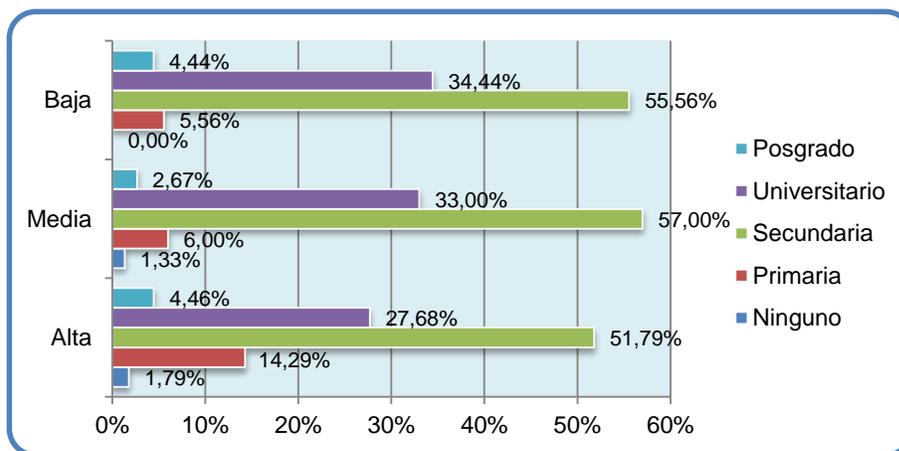
**Gráfica 44. Percepción de calidad general según estrato de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Por otro lado, al tener en cuenta el nivel educativo de los usuarios, se puede afirmar que, de aquellos que calificaron como alta la calidad del servicio fueron en 51,79% de estados secundarios y 27,68% universitarios. De manera similar, los que le atribuyen baja calidad fueron 55,56% con formación secundaria, y 34,44% con título universitario (Gráfica 45).

**Gráfica 45. Percepción de calidad general según nivel educativo de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**

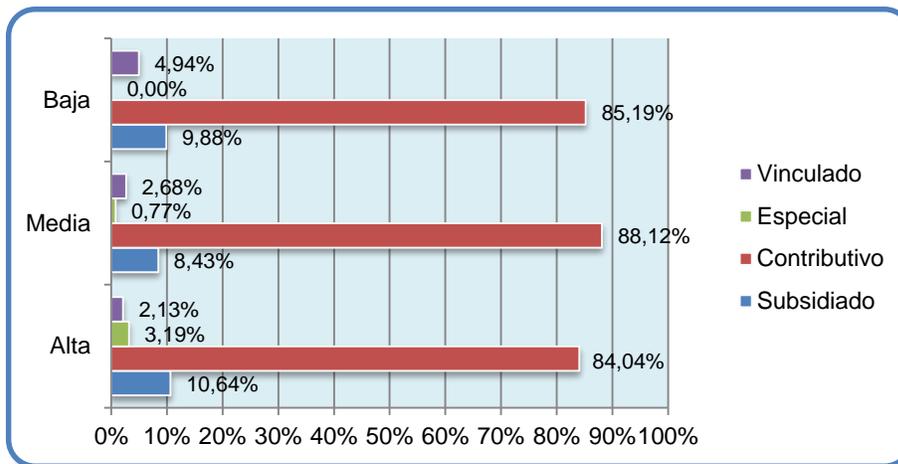


Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Se puede determinar la existencia de una marcada participación de usuarios del régimen contributivo en cada uno de los niveles de valoración. Obsérvese en la Gráfica 46 que las proporciones fueron de 84,04%, 88,12% y 85,19%, en las

calidades alta, media y baja, respectivamente; cifras que no sugieren otras regularidades que destacar.

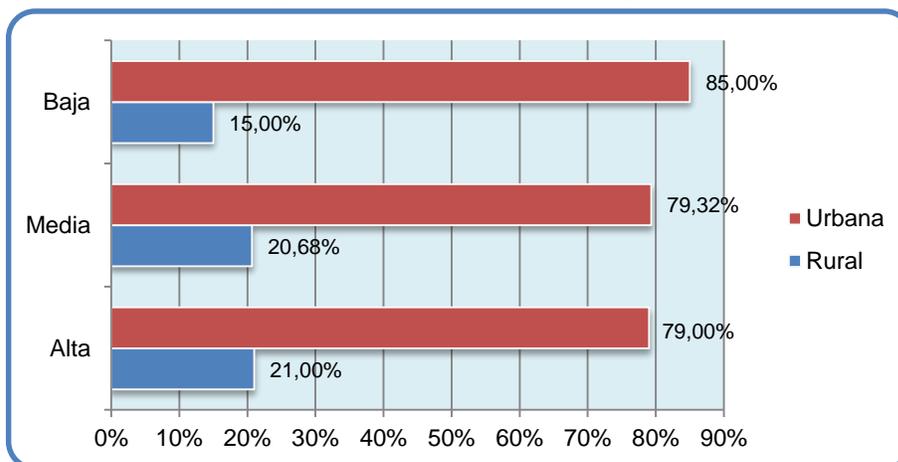
**Gráfica 46. Percepción de calidad general según régimen de seguridad social de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

La Gráfica 47 divide a los usuarios en urbanos y rurales, en función de su procedencia. Aquellos que le atribuyeron baja calidad al servicio de urgencias de SALUDCOOP en un 85% fueron urbanos y el restante 15%, rurales. Para el caso de los que indicaron que esa calidad era alta, las proporciones se ubicaron en 79% y 21%, respectivamente.

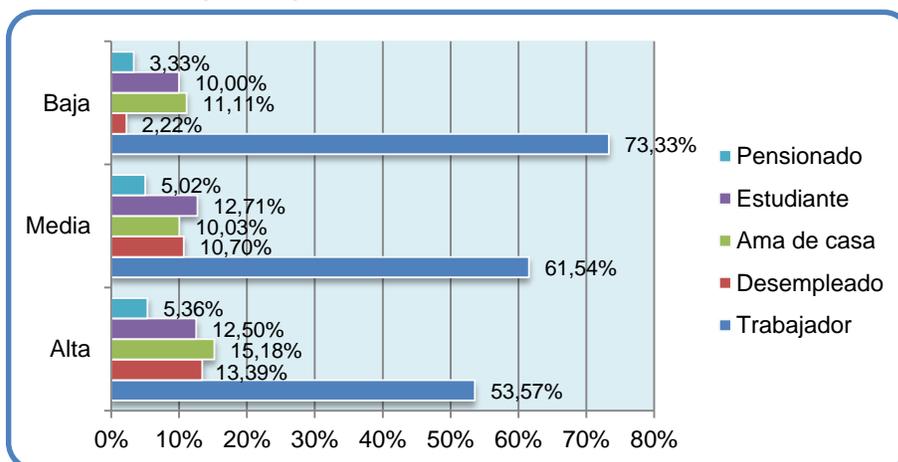
**Gráfica 47. Percepción de calidad general según procedencia de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

Las ocupaciones del personal encuestado junto con su percepción de calidad general, aparece en la distribución de frecuencias de la Gráfica 48. La población trabajadora fue la que mayor participación exhibió; un hecho asociado a estos individuos fue que a medida en que la calidad era valorada mejor, su participación decrecía, así: el 73,33% indicó que era baja la calidad general en urgencias, el 61,54%, que era media, y otro 53,57% que resultaba alta.

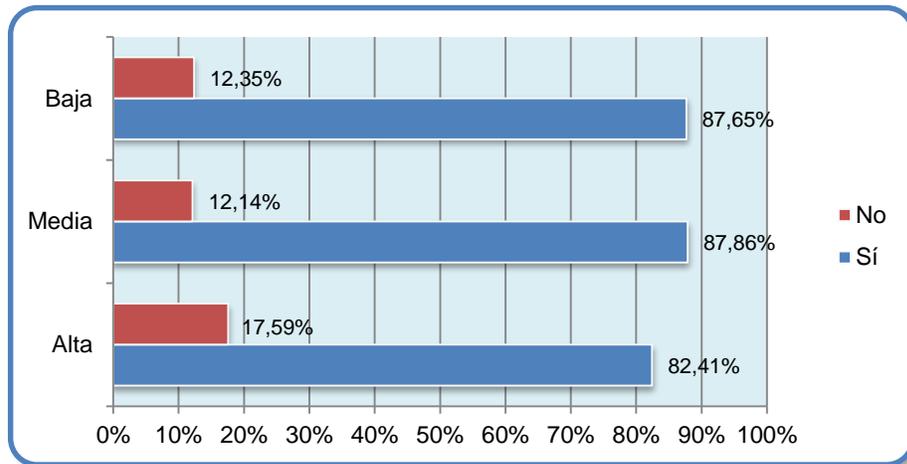
**Gráfica 48. Percepción de calidad general según ocupación de usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena según si habían estado en estas instalaciones con anterioridad**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

En último lugar, la Gráfica 49 se refiere a la percepción de calidad general según si los usuarios habían estado en las instalaciones de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP con anterioridad. Los hallazgos muestran una mayoritaria participación de los que sí habían tenido experiencia previa. Nótese que las participaciones son relativamente parecidas entre las tres categorías de valoración.

**Gráfica 49. Percepción de calidad general según si habían estado en estas instalaciones con anterioridad, en usuarios de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena**



Fuente: Diseño y cálculos de las autoras

## 10. FACTORES QUE EXPLICAN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD QUE TIENEN LOS USUARIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS

En esta última parte del documento llevó a cabo la estimación estadística de los factores que explican la percepción de calidad que tienen los usuarios del área de urgencias en la institución objeto de estudio. Para ello se empleó un modelo *probit*, para el cual se calcularon los efectos marginales de cada variable independiente, con el fin de conocer el impacto de cada una de ellas sobre la probabilidad de que un usuario percibiera alta calidad; estos resultados aparecen en la Tabla 6.

En términos globales, el modelo presentó las siguientes características: Para la estimación de los factores explicativos de la percepción de la calidad se emplearon 510 observaciones, resultando una probabilidad de Chi cuadrado de 0,0000, la cual fue mucho menor que 0,01, lo que se interpreta como que los parámetros del modelo no son simultáneamente iguales a cero, por tanto, el modelo contribuye a explicar a la variable dependiente. De igual forma, el ajuste fue de 19,48%, lo cual es relativamente satisfactorio para este tipo de modelos con datos de corte transversal.

Ahora bien, con la estimación se encontró que solo algunas de las variables incluidas explican la probabilidad de que un usuario perciba la calidad como alta; tales variables aparecen sombreadas de azul en la mencionada Tabla 6, es decir, se consideraron únicamente las que fueron estadísticamente significativas al con  $p$  valor inferior al 0,05.

Dentro de los factores que explican la probabilidad de percibir alta calidad en el servicio de urgencias, se encontró la *convivencia en pareja*, que incluye a los casados y aquellos en unión libre. El coeficiente estimado muestra que cuando un usuario tiene pareja, la probabilidad de que perciba calidad en urgencias es 7,61% más alta cuando se le compara con otro usuario son pareja (significancia estadística = 0,042).

**Tabla 6. Factores explicativos de la percepción de la calidad que tienen los usuarios del área de urgencias**

Variables		Coefficiente (%)	Significancia estadística	¿Coefficiente significativo al 0,05?
Edad		0,275	0,114	No
Convivencia en pareja (1: Sí, 0: No)		7,611	0,042	Sí
Género (1: Masculino, 0: Femenino)		3,662	0,340	No
Estrato	Estrato alto (1: Sí, 0: No)	-8,735	0,049	Sí
	Estrato medio (1: Sí, 0: No)	-8,155	0,061	No
	Estrato bajo (1: Sí, 0: No)	-3,446	0,509	No
Educación	Nivel educativo ninguno (1: Sí, 0: No)	-7,466	0,698	No
	Nivel educativo primaria/secundaria (1: Sí, 0: No)	9,687	0,501	No
	Nivel educativo superior (1: Sí, 0: No)	12,797	0,442	No
Ocupación	Trabajador (1: Sí, 0: No)	18,609	0,238	No
	Desempleado (1: Sí, 0: No)	48,452	0,005	Sí
	Ama de casa (1: Sí, 0: No)	47,586	0,059	No
	Estudiante (1: Sí, 0: No)	42,684	0,090	No
	Pensionado (1: Sí, 0: No)	14,862	0,517	No
Régimen de salud	Subsidiado (1: Sí, 0: No)	-9,140	0,128	No
	Contributivo (1: Sí, 0: No)	-5,105	0,260	No
Había estado en las instalaciones (1: Sí, 0: No)		-1,768	0,689	No
Categorías de calidad	Calidad en tiempo de atención	25,095	0,033	Sí
	Calidad en recurso humano	62,017	0,000	Sí
	Calidad en infraestructura	-4,187	0,773	No
<b>Diagnóstico de los modelos estadísticos</b>		Número de observaciones	510	
		Significancia estadística conjunta ( <i>p de Chi2</i> )	0,0000	
		¿Es significativo el modelo?	Sí	
		Pseudo R cuadrado	19,48%	
		¿Qué tanto explican a la satisfacción las variables incluidas?	Moderadamente	

**Nota:** Aparecen sombreadas en azul las variables que fueron estadísticamente significativas al 0,05

**Fuente:** Diseño y cálculos de las autoras

También la variable estrato (alto) fue un factor significativo a la hora de explicar a la variable de interés. En este caso el signo del coeficiente fue negativo, la interpretación se da en el sentido de que, cuando un usuario pertenece al estrato superior, su probabilidad de percibir la calidad en urgencias, como alta, será menor en 8,735% respecto a algún usuario de otro estrato. Esto puede suceder porque entre ese grupo de personas generalmente existe preocupación por los detalles y suelen ser más exigentes en sus consideraciones respecto a los requisitos que debe cumplir algo para que sea considerado de calidad.

Entre tanto, se encontró que cuando un usuario se categoriza como desempleado, la probabilidad de que la calidad en urgencias la perciba como alta es 48,452% más alta respecto a alguna persona de otra ocupación. La razón de esto puede estar en que, cuando una persona no tiene empleo, generalmente los ingresos de los cuales dispone para adquirir sustitutos de algún bien o servicio son limitados, entonces resulta más factible que perciba como “adecuados” o de calidad superior, aquellos bienes o servicios a los que puede acceder, dado que existe una limitación en su presupuesto o sus posibilidades.

Otros factores explicativos fueron la calidad en el tiempo de atención, y la calidad del recurso humano; cuando un usuario percibe que estos aspectos son de calidad, la probabilidad de que la percepción de calidad general o global sea alta se hace mayor en 25,095% y 62,017%, respectivamente. Con esto es evidente que el signo encontrado fue el esperado: al ser positivo, la relación es directa, es decir, a mayor satisfacción generada en algún aspecto puntual (tiempo de atención y recurso humano) repercute igualmente en incremento en la calidad global.

Nótese que la percepción de la calidad de la infraestructura de la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP no fue significativa. Esto puede haber sucedido por dos razones: la primera, porque en la actualidad generalmente se cumple con la expectativa de calidad, y al no haber muchas desviaciones en torno a esta, la

influencia sobre la calidad global es prácticamente irrelevante; y la segunda, a que los usuarios le dan mucha importancia a las otras dos categorías, dando por sentado que la infraestructura es la adecuada para efectuar cualquier procedimiento de urgencias, de esta forma demandan tiempos de atención breves y recurso humano adecuado.

## 11. CONCLUSIONES

Se considera que evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común y generalizado entre los profesionales de la salud, tanto en el área clínica, como en la administrativa, dado que con base en esto —y tal como se hizo en esta investigación— es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud —en este caso a la IPS Central de Urgencias SALUDCOOP en Cartagena—, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

La literatura, y el propio proceso de construcción y desarrollo investigativo, mostraron que este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. En efecto, por medio de la presente investigación se cumplió con el objetivo de efectuar una evaluación de la calidad del servicio de urgencias desde la perspectiva del usuario en la IPS Central de Urgencias Saludcoop en Cartagena durante el primer semestre de 2014, con el fin de identificar falencias y tomar medidas que permitan mejorar su prestación.

Estos esfuerzos permiten concluir, en primer lugar, que dentro de los aspectos demográficos, sociales y económicos de los usuarios se encuentra el hecho de participar por igual masculinos y femeninos, poseer edades que los permiten categorizar como jóvenes (20 – 39 años), convivir en pareja (casados y en unión libre), ser de estratos bajos, haber cursado algunos hasta secundaria, y otros hasta la formación universitaria, hacer parte del régimen contributivo, provenir del área urbana, encontrarse trabajando y haber estado en alguna oportunidad anterior en las instalaciones de la Central de Urgencias.

Con relación a la percepción de calidad frente al servicio recibido en urgencias, en este estudio los resultados se presentaron detalladamente por medio de tres

bloques: en el primero, cada uno de los ítems que conformó el instrumento aplicado, para poder identificar las percepciones individuales; en el segundo, los resultados para cada una de las categorías bajo estudio, tanto de manera consolidada, como teniendo en cuenta las características de los individuos; y en el tercer bloque, la percepción de la calidad global, consolidando todos los resultados y por categorías.

Esta secuencia de presentación de la información permitió concluir que los recursos humanos fueron los que mayor calidad presentan según los usuarios, y el tiempo de atención, lo que menos. A su vez, la calidad de: 1) la *infraestructura*, fue mejor valorada por quienes son más jóvenes, de género femenino, estrato alto, ninguna formación educativa, del régimen especial de atención en salud, rurales, pensionados y que no habían visitado las instalaciones con anterioridad; y fue peor valorada por usuarios de 40 – 49 años, de género masculino, viudos, estrato medio, de formación educativa primaria, del régimen contributivo, procedencia urbana, amas de casa y previamente habían visitado las instalaciones de la IPS.

La calidad de 2) los *recursos humanos* fue mejor percibida por los mayores de 59 años, las usuarias, viudos, de estratos superiores, analfabetas, del régimen especial, provenientes del área rural y que habían no habían visitado las instalaciones con anterioridad; y peor calificada por usuarios de 40 – 49 años, masculinos, separados, de estrato medio, universitarios, vinculados, urbanos, amas de casa y las instalaciones de urgencias las habían visitado con anterioridad.

Finalmente, 3) el tiempo de atención, en términos de calidad lo percibieron mejor los menores de 20 años, de género femenino, unión libre, estrato alto, sin educación, del régimen especial, rurales, pensionados y que nunca habían estado con anterioridad en las instalaciones de urgencias; y la calidad estuvo peor evaluada por aquellos de 40 – 49 años, masculinos, viudos, de estrato medio,

posgraduados, vinculados, de zonas urbanas, que desempeñan alguna actividad laboral, y que tiempo atrás habían visitado la central de urgencias.

Sobre la calidad general, se concluye que entre los usuarios, los diferentes elementos que perciben llevan a consolidarles una idea según la cual ésta es de nivel medio, es decir, no trasciende sus expectativas, pero tampoco se queda corta ante ellas. Además, esto se vio reflejado en las recomendaciones que harían de esta central de urgencias entre sus allegados.

Gracias a la aplicación de técnicas estadística adecuadas se pudieron identificar los factores explicativos de la percepción de la calidad que tienen los usuarios del área de urgencias en la institución de salud objeto de estudio. Las variables significativas fueron la convivencia en pareja, la pertenencia a estratos altos, el hecho de estar desempleado y la percepción de calidad en torno al tiempo de atención y al recurso humano. Cabe mencionar que sobre estos factores es que se debe centrar la atención de la administración de la entidad, de tal suerte que con las falencias identificadas puedan tomar medidas que permitan mejorar su prestación.

En general, con este trabajo efectuó un aporte empírico a la literatura correspondiente a calidad de la atención, en particular, al servicio de urgencias y en el ámbito local. Se espera aportar luces al respecto y motivar la realización de nuevos estudios que proporcionen mayor claridad desde puntos de vista complementarios, y en la medida de lo posible interdisciplinarios y constantes.

## BIBLIOGRAFÍA

ARELLANO, Noé y MARTÍNEZ, María. Satisfacción de los usuarios de Urgencias basada en la sistematización del Servicio. Hospital General Dolores Hidalgo; Guanajuato, México. En: Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2012, vol. 4, no. 1. p 13-19.

ASÍ VAMOS EN SALUD. Reporte anual 2012. El sistema de salud busca su rumbo. Bogotá D.C.: 2012.

BAZDRESCH, Miguel. Educación y pobreza: una relación conflictiva. Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. 2009. [Citado el: 20 septiembre de 2014]. Disponible en internet: [www.eva.iteso.mx/trabajos/mbazdres/educ\\_y\\_pobreza.pdf](http://www.eva.iteso.mx/trabajos/mbazdres/educ_y_pobreza.pdf).

CAMINAL, Josefina. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. En: Revista Calidad Asistencial, 2001, vol. 16. p 276-279.

CARBONELL, M, GIRBÉS, J, CALDUCH J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. En: Emergencias. 2006, vol. 18. p 30-35.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 1993. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html).

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto

nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). [Consultado 13 febrero 2013] Disponible en URL: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html).

CORREIA, S y MIRANDA, F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la Zona Centro de Portugal. En: Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2010, vol. 16, no. 2. p 27-41.

DE LA FUENTE, Aída, FERNÁNDEZ, Jesús, HOYOS, Yolanda, LEÓN, Carlos, ZULOAGA, Char, RUÍZ, Maribel. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. En: Revista de Calidad Asistencial. 2003, vol. 24, no. 3. p 109-114.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009. Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo, 2010.

DONABEDIAN, Avedís. La calidad de atención médica: Definición y métodos de evaluación. México D.F.: Prensa Médica Mexicana, 1984, citado por SÁNCHEZ, Héctor, FLORES, Jorge y MATEO, Miguel. Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud. Ballaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2011.

GUJARATI, Damodar. Econometría. 4ed. México. McGraw-Hill, 2004. P 587.

GURU, Calin. Tailoring e-service quality through CRM. En: Managing Service Quality, 2003, vol. 13, no. 6, p 520-531, citado por LOSADA, Mauricio y

RODRÍGUEZ, Augusto. En: Cuadernos de Administración, vol. 20, no. 34, p. 237-258.

HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4 ed. México D.F.: McGraw-Hill, 2006.

HOLTERMANN, Keith. Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias médicas: experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo. OPS: Washington, 2003.

HOROVITZ, Jacques. La calidad del servicio. Madrid: McGraw Hill, 1991.

KERR, Markay y TRANTOW, Don. Defining, Measuring, and Assessing the Quality of Health Services. En: Public Health Reports, 1969, vol. 84, no. 5. p 415-424.

LEÓN, Carlos. Enfermería de urgencias. La Habana: Ciencias Médica, 2008.

LOSADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. En: Cuadernos de Administración. 2007, vol. 20, no. 34. p 237-258.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 De 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 2000. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r0412\\_00.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r0412_00.pdf).

MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA DE COLOMBIA. Decreto 3888 de 2007: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público y se conforma la Comisión Nacional

Asesora de Programas Masivos y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 2007. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26964>.

MIRA, J., ARANAZ, J., RODRÍGUEZ, J, BUIL J., CASTELL, M., VITALLER, J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. En: Medicina Preventiva 1998, vol. 4. p 12-18.

MORALES, Christian. Evaluación de la oportunidad en la atención en el servicio de urgencias en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón octubre-diciembre de 2008. Bucaramanga: Universidad CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2009.

ORDAZ, Juan. México: impacto de la educación en la pobreza rural. Estudios y perspectivas. CEPAL. No. 105. [Citado el: 20 septiembre de 2014]. Disponible en internet: [www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/35044/Serie\\_105.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/35044/Serie_105.pdf).

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 2006. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2174 de 1996: Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D. C.: Diario Oficial; 1996. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: <http://www.assosalud.com/descargas/PDF%20Assosalud/Decretos%20Assosalud/1996/DECRETO%202174%20DE%201996.pdf>.

REQUENA, María y SERRANO, Gabriela. Calidad de servicio desde la perspectiva de clientes, usuarios y auto-percepción de empresas de captación de talento. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, 2007.

ROCHA, Juan. Historia de la Medicina de Urgencias en México. En: Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2009, Vol. 1, No. 1. p 4-11.

SALUDCOOP. Filosofía Corporativa. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95&Itemid=173](http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=173).

SALUDCOOP. Nuestros Asociados. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com\\_content&view=article&id=173&Itemid=233](http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=173&Itemid=233)

SALUDCOOP. SaludCoop: Un patrimonio de salud y bienestar que pertenece a los colombianos. [Consultado 20 junio 2014] Disponible en: [http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95&Itemid=173](http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=173).

SÁNCHEZ, Héctor, FLORES, Jorge y MATEO, Miguel. Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud. Ballaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2011.

VELANDIA, Freddy, ARDÓN, Nelson, CÁRDENAS, José, JARA, María, PÉREZ, Nicolás. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. En: Colombia Médica. 2001, vol. 32, no. 1. p 4-9.

VILORIA DE LA HOZ, Joaquín. Salud pública y situación hospitalaria de Cartagena. En: Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, noviembre, 2005, no. 65.

## 12. ANEXOS

### 12.1 Carta autorización de recolección de la información



Bogotá, D.C. Julio 9 de 2014

AtE - 826 - 2014.

Doctora:  
**MONICA DE LAVALLE**  
Coordinadora Especialización Gerencia en Salud  
Universidad de Cartagena  
Ciudad.

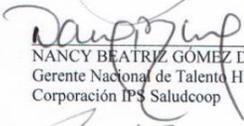
ASUNTO: Carta de Intención

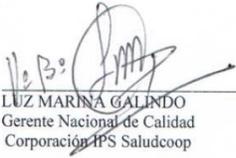
Respetuosamente informamos a la Universidad de Cartagena, que se autoriza el Trabajo de Investigación Académica: "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO EN LA IPS CENTRAL DE URGENCIAS SALUDCOOP EN CARTAGENA". Para aplicar sin ningún tipo de retribución económica por parte de las Estudiantes en la Especialización de Gerencia en Salud, JENNY PATRICIA QUINTERO BAUTE con CC: 49'782.484 de Valledupar y DIANA MARÍA LASCARRO COHEN con CC: 45'687.199 de Zambrano Bolívar. Esto como preámbulo al Convenio Docencia Servicio.

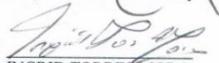
Se solicita el cumplimiento de las normas de la Corporación, así como el informe periódico y entrega de productos a la Coordinadora Nacional de Convenios Docente-Asistenciales, Ingrid Marcela Torres Mora: ([ingridipssaludcoop@gmail.com](mailto:ingridipssaludcoop@gmail.com)) 315 260 75 79.

Agradezco la atención a la presente,

  
\_\_\_\_\_  
**JUAN CARLOS URIBE ARISTIZABAL**  
Gerente General Interventor  
Corporación IPS Saludcoop

  
\_\_\_\_\_  
**NANCY BEATRIZ GÓMEZ DÍAZ**  
Gerente Nacional de Talento Humano  
Corporación IPS Saludcoop

  
\_\_\_\_\_  
**LUZ MARINA GALINDO**  
Gerente Nacional de Calidad  
Corporación IPS Saludcoop

  
\_\_\_\_\_  
**INGRID TORRES MORA**  
Coordinadora Nacional de Convenios Docencia - Servicio

ANEXO: 54 FOLIOS. (Carta Universidad, Formularios, Documentos, Cronograma, Propuesta, Acuerdo Confidencialidad, Declaración Conflicto de Intereses)

• AV CR 45 No. 103 - 41 • Bogotá D.C. Colombia • Nit. 830.106.376-1  
• Teléfono: 8 53 9000 • Celular: 300 3259693 • [corpocundi@saludcoop.coop](mailto:corpocundi@saludcoop.coop)