

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE 20 MINUTOS, EN CEMEV IPS,
SEDES BELLO, ENVIGADO Y VILLANUEVA, 2014**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
ANDRÉS DAVID ÁLVAREZ GRISALES
COINVESTIGADORES
SUSANA PRADILLA CUARTAS
DIEGO ALEJANDRO VILLA VALDERRAMA**

**ASESORA
ANGELA MARÍA RESTREPO**

Proyecto de Investigación

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS. GRUPO 20
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LINEA DE INVESTIGACIÓN: SITUACIÓN DE SALUD
MEDELLÍN
2014**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE 20 MINUTOS, EN CEMEV IPS,
SEDES BELLO, ENVIGADO Y VILLANUEVA, 2014**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
ANDRÉS DAVID ÁLVAREZ GRISALES
COINVESTIGADORES
SUSANA PRADILLA CUARTAS
DIEGO ALEJANDRO VILLA VALDERRAMA**

**ASESORA
ANGELA MARÍA RESTREPO**

Proyecto de Investigación

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS. GRUPO 20
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LINEA DE INVESTIGACIÓN: SITUACIÓN DE SALUD
MEDELLÍN
2014**

CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	8
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
2. MARCO TEÓRICO	11
3. HIPÓTESIS	17
3.1 HIPÓTESIS NULA	17
3.2 HIPÓTESIS ALTERNA	17
4. OBJETIVOS	18
4.1 GENERAL	18
4.2 ESPECÍFICOS	18
5. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	19
5.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	19
5.2 TIPO DE ESTUDIO	19
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	19
5.3.1. Usuarios	19
5.3.2 Médicos	19
5.3.3 Criterios de Inclusión	19
5.3.4 Criterios de Exclusión	19
5.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	19
5.4.1 Tabla operacional de variables	19
5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	22
5.5.1 Fuentes	22
5.5.2 Instrumentos	22
5.5.3 Proceso de obtención de la información	22
5.5.4 Prueba Piloto	22
5.5.5 Control de sesgos	22
5.5.6 Técnicas de Procesamiento y análisis de los datos	22
6. ASPECTOS ÉTICOS	24
6.1 REGLAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	24

7. RESULTADOS	25
8. DISCUSIÓN	34
9. CONCLUSIONES	37
10. REFERENCIAS	38

RESUMEN

Según la Ley 100 de 1993, el médico general es la base y el motor de todo el engranaje de salud y la consulta con este, no debe ser menor de 20 minutos. Sin embargo en Colombia existe la percepción de que el tiempo asignado para la consulta médica es insuficiente y puede llevar a falencias en la prestación de atención en salud con calidad, resolución de problemas y a un pobre ambiente laboral. En una búsqueda por identificar la real percepción y satisfacción de los pacientes que asisten a las IPS Cemev de Bello, Envigado y Villanueva, respecto al tiempo de atención estipulado por ley en Colombia; se realizaron 1000 encuestas a las personas que consultan en estas IPS y a 50 de los médicos que allí laboran. Resultados: el 94,7% de los pacientes estaban conformes con el tiempo de consulta. Respecto a los médicos, el 48% de estos aumentarían 10 minutos la consulta y el 28% lo dejarían igual. Se evidenció también que el 82% de los galenos relatan entregar a los pacientes la información adecuada y suficiente en dicho tiempo. Conclusiones: los pacientes en las IPS encuestadas, aprueban los 20 de consulta como tiempo suficiente para prestar una atención con calidad. Casi la mitad de médicos consideran prudente un aumento de 10 minutos.

ABSTRACT

According to Act 100 of 1993, the general practitioner is the base engine and all the gear and health care with this, should not be less than 20 minutes. However in Colombia there is a perception that the time allocated for the medical consultation is insufficient and can lead to gaps in the provision of quality health care, problem solving and a poor working environment. In a quest to identify the actual perception and satisfaction of patients attending IPS CEMEV Bello, Envigado and Villanueva, regarding service time required by law in Colombia; 1000 surveys to people who consult these IPS and 50 doctors who work there. Results: 94% of patients were satisfied with the consultation time. As physicians, 48% of these consultation would increase 10 minutes and 28% would leave the same. It also showed that 82% of physicians tell patients deliver adequate and sufficient information in that time. Conclusions: Patients in the surveyed IPS, approve the 20 consultation as sufficient to deliver quality care while. Nearly half of physicians considered prudent increased 10 minutes

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como lo establece la Ley 100 de 1993, el MÉDICO GENERAL es la base y el motor de todo el engranaje de salud, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), será más estrecho, frecuente y regular a través de su MÉDICO GENERAL. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos. En este nivel de atención el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud.¹

En la actualidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en Colombia existe la percepción entre los actores principales que el tiempo asignado para consulta médica es insuficiente y puede llevar a falencias en la prestación de atención en salud con calidad, a deficiencias en la resolución de problemas y a un pobre ambiente laboral².

Se considera indispensable en una consulta de atención Médica, establecer empatía, confeccionar una buena historia clínica en donde debe ir registrada la edad, antecedentes personales, antecedentes familiares³, cumplimiento del plan de vacunación de acuerdo a la edad; también debe hacerse un examen clínico basado en el conocimiento semiológico que, entre otras cosas, incluye el control de la tensión arterial, la auscultación cardiopulmonar, la palpación abdominal y la evaluación neurológica; asimismo, la consulta incluye la indicación de exámenes complementarios cuando sean requeridos; sin dejar de lado factores con similar importancia que pueden incidir en la duración de la consulta médica como son la resolución de dudas al paciente, del acompañante, la explicación clara de su estado actual de salud y su pronóstico⁴.

Dentro de un marco social, donde se entiende a un paciente más ilustrado por las facilidades de nuestra época para acceder a la información, el aumento de la esperanza de vida de las personas que a su vez conlleva a un aumento de la cronicidad de múltiples enfermedades, se tiene como resultado un paciente conocedor, preocupado por su condición y por ende demandando más calidad

en la atención. Es imperativo iniciar la búsqueda del modelo de atención más apropiado, en donde el tiempo para hacer las recomendaciones pertinentes, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aunado a la toma de decisiones trascendentales (ya sea por el médico, el paciente, o ambos) sea el más adecuado. Es allí donde los tiempos de la consulta pueden tener un peso significativo, en favor o en detrimento de la calidad de la atención.

Si queremos evaluar la calidad de algo, primero tenemos que conocer como tal su definición. La OMS la define de manera muy amplia: La calidad en asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso⁵. Ahora bien, mirando este aspecto desde la perspectiva del médico, no es un secreto para nadie que no es suficiente el tiempo y que podría terminar con poner en riesgo tanto el paciente (Dejando pasar por alto algún dato o hallazgo importante) como al mismo médico (aumento de estrés o síndrome de *burn out*)⁶, al tener la obligación de tener agendas cada vez más extenuantes con un mismo espacio para su resolución.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

No se cuenta con suficiente información mundial, y menos local, para determinar si la suficiencia en el tiempo asignado a la cita médica es adecuado o no en la actualidad⁷. Se deben obtener cifras para evaluar el impacto del tiempo dado a la atención, la satisfacción y la percepción de plenitud sobre la resolución del problema que aqueja al usuario, para de esta manera obtener datos necesarios y útiles que lleven a plantear correctivos en el caso de que la percepción general ya nombrada, sea una realidad.

Lo primero que se debe hacer es identificar los puntos de vista de las diferentes partes de esta relación y analizar el entorno de la misma. Intentar manejar

tiempos de consulta según un tiempo promedio, conceptualizando que 20 minutos son suficientes para todos, es negar la individualidad de cada paciente y medir a personas muy diferentes con los mismos parámetros. En este accionar estamos negando el hecho que hay pacientes con patologías o situaciones más complicadas que otras, cuyo manejo demanda un mayor tiempo por parte del personal de salud que presta la atención y claramente, va a existir insatisfacción por ambas partes si el tiempo no es suficiente.

La imposibilidad de poder brindar el tiempo necesario para una atención de calidad es inaceptable desde el punto de vista ético, donde se estaría en deuda frente al paciente, razón de ser de la Medicina, y tal vez más grave, ante nosotros mismos⁷.

Se han realizado escasos estudios, y con base en ellos, una cantidad mayor de modelos de atención han sido creados alrededor del mundo^{8,9}. A finales del siglo XX, la tendencia estaba dirigida a brindar una atención que fue aumentado de 7.5 a 10 minutos¹⁰. No tardaron en verse la sensación de beneplácito en todos los actores, que se evidenciaban con una mayor satisfacción tanto para los pacientes, como para los profesionales. Se logró un aumento en la tasa de hipertensos controlados, presumiblemente por aumento del tiempo en algo tan básico como una toma adecuada de la presión y una prescripción concienzuda del tratamiento; mayor identificación de pacientes con problemas de tabaquismo o alcoholismo, que sabemos y se ha demostrado, al dedicar tiempo de la consulta para indagar sobre ello y desaconsejar su uso presenta altas tasas de éxito en su abandono¹¹. Estudios norteamericanos, basados en información de aproximadamente 46000 consultas médicas, lograron demostrar que el aumento en el tiempo de atención promedio ha ascendido hasta 20,8 minutos¹². Otro estudio patrocinado en Turquía por la OMS encontró que un tiempo cercano a los 11 minutos puede ser adecuado¹³. La tendencia mundial oscila en la actualidad entre los 10 y los 15 minutos.

Debemos también conocer qué es considerado por el paciente como una buena atención. ¿Será acaso aquella en donde se le prescriban más medicamentos? ¿O tal vez, aquella en la que se le ordenen más ayudas

diagnósticas? El Colegio Americano de Medicina recomienda aumentar esfuerzos con miras en mejorar la relación Médico-Paciente¹⁴. No es la cantidad del tiempo (aunque es un factor inexorable), sino lo que se logre transmitir en esos valiosos minutos.

Por otra parte, tampoco se puede permitir el lujo de brindar citas a todos los pacientes de 30 ó 40 minutos, quedaría una gran cantidad de población a la espera de ser atendida, atentaría gravemente contra la oportunidad de la atención, generaría retrasos considerables, que en algunos casos desembocaría en desenlaces desastrosos o fatales.

También debemos evaluar si el sistema actual cuenta con la capacidad de aumentar (o disminuir) el tiempo de consulta. La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), ha informado una frecuencia de uso de 3 consultas por año en los servicios de consulta externa¹⁵; lo que obliga a nombrar nuevamente el concepto de Oportunidad en el servicio, que no es más que la garantía de acceso a la atención, y se mide por el número de días calendario desde la solicitud hasta que se presente la misma. En la IPS a examinar, existe una asignación de 2400 usuarios por Profesional, lo que da como resultado, una atención del mismo 2.4 veces por año, que de entrada, parece ser insuficiente. Esto se explica con la estimación actual que en la Nación, hay un déficit de más o menos 20.000 Médicos Generales¹⁵. Problema que se ve ahondado con la normatividad regulatoria que obliga a prestar un servicio con tres días de oportunidad y que se dificulta por el elevado índice de inasistencias, llevando a una pérdida de horas laboradas por parte del personal Médico y el consiguiente aumento en el costo de la consulta individual.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Son suficientes 20 minutos, para resolver con calidad el motivo de consulta de un paciente CEMEV IPS, sedes Bello, Envigado y Villanueva para el año 2014?

2. MARCO TEÓRICO

El Centro de Excelencia del Valle de Aburrá es una empresa de salud Constituida en el año 2009, que atiende los niveles ambulatorios I, II y III.

Sus Modelos de Atención son con enfoque de administración de riesgo, tiene programas especiales para patologías crónicas, para lo cual se apoya en una amplia red de prestadores de servicios de salud. Se realizará el estudio en sus sedes principales, Villanueva, Bello y Envigado, que corresponden a un primer nivel de atención. Se aplicará una encuesta desarrollada a partir de recomendaciones dadas en la literatura¹⁶ ya que se quiere conocer la percepción en calidad que tienen los usuarios de estas instituciones prestadoras de salud en relación con la consulta médica, teniendo en cuenta los conocimientos e información aportada por diferentes estudios mencionados en este marco teórico.

El artículo 97 de la resolución 5261 de 1994¹ establece un período de tiempo de 20 minutos como el mínimo aceptable para la consulta con el médico general, empoderando a este como la base y el motor de todo el engranaje de los planes de salud, con la obligación de garantizar un contacto estrecho, frecuente y regular con las diferentes entidades y especialidades de acuerdo a las necesidades.

Para brindar una óptima atención médica, el profesional de la salud debe tener habilidades humanas, académicas y clínicas que permitan establecer un diálogo y empatía con el paciente, realizar una historia clínica adecuada (según resolución 1995 de 1999)¹⁷, examen físico completo, análisis de los datos y solicitud de exámenes complementarios con planteamiento de un plan de manejo apropiado según las necesidades del paciente y su entorno. Además, se debe explicar al paciente y a sus acompañantes el porqué de las decisiones, obtener su consentimiento y aclarar las posibles dudas que surjan del mismo proceso¹⁸.

Dentro de las realidades sociales que se encuentran en nuestro país, el profesional de la salud puede enfrentarse a pacientes con una infinidad de

fuentes de información y dudas de sus condiciones o, por el contrario, con pacientes a los cuales es difícil hacerlos participantes activos de su cuidado en salud por múltiples barreras sociales, económicas o culturales¹⁹.

Ante la situación tan ardua que hemos descrito se añaden los avances científicos cada vez mayores, la implementación de nuevas tecnologías y tratamientos, el aumento en la expectativa de vida y un contacto cada vez más común con pacientes que padecen de enfermedades crónicas^{20. 22}.

El tiempo dedicado a la consulta médica puede afectar la calidad de la atención y en ocasiones puede convertirse en una barrera para que tanto paciente y medico logren un nivel alto de satisfacción ante los cuidados brindados. No es solamente la carga laboral, es la responsabilidad y la necesidad de prestar servicios de salud de alta calidad con adaptación a las necesidades y deseos de los pacientes, lo que hace de esto una situación tan complicada²³. Además, la no resolución oportuna de problemas puede crear situaciones más complicadas en el futuro que inciden de manera negativa en la salud del paciente y en los costos del sistema²⁴.

Entendiendo la necesidad del sistema de aportar atención en salud con calidad²⁵, teniendo en cuenta que un tiempo estándar cercano al mínimo necesario niega la individualidad del paciente¹², con datos previos de que el aumento en el tiempo de consulta médica mejora la promoción en salud²⁶ y que la alta carga de trabajo asociada a insatisfacción de los profesionales en salud lleva a un detrimento en la calidad de atención y de su misma calidad de vida^{27,28}, enfrentándonos a los pocos datos que hay en la literatura sobre el tiempo de consulta %ideal²⁹; nos tomamos a la tarea de indagar sobre las causas de insatisfacción de diferentes participantes en la atención en salud para en el futuro poder tener un punto de partida para el estudio de esta problemática en nuestro medio³⁰. Cuando la duración de la consulta médica es menor a la estimada como %satisfactoria+ para el paciente, es más factible que este último no siga las recomendaciones del personal de salud³¹ y puede incidir negativamente en la misma atención, al limitar el tiempo disponible para realizar la totalidad de las intervenciones %ideales+ cuando ya se ha demostrado

que la duración de la consulta depende de variables como edad, sexo y complejidad de los problemas del paciente³².

El nivel socioeconómico no es una barrera para el deseo de los pacientes a acceder a ayudas tecnológicas en lo que se refiere al cuidado en salud³³, lo que puede ser una nueva puerta que se abre para la solución de los problemas de una población cada vez más enferma en una sociedad con déficit de personal de salud.

Cabe anotar que todas las intervenciones propuestas en calidad deben ir de la mano de un proceso de acompañamiento e inmersión adecuada de las decisiones tomadas en base a estas, para que las transiciones no sean traumáticas y los directamente afectados por los mismos obtengan beneficios en vez de dificultades innecesarias en el desarrollo de la prestación del servicio³⁴ y evitar efectos negativos sobre la salud del paciente.

En la bibliografía consultada, no se encontraron estudios anteriores en Colombia similares al que se está acá presentando. Se resalta la medición de satisfacción en el servicio de urgencias de la Empresa Social del Estado . Instituto de Salud de Bucaramanga-Hospital Local del Norte (ESE ISABU-HLN), donde se encontró que solo el 16,14% de los pacientes encuestados expresó cierto grado de inconformidad en la forma como el médico explicó el diagnóstico³⁵.

En el campo Latinoamericano, se encuentra un estudio realizado en México en el año de 1998 donde se buscaba medir tres parámetros: Percepción general de la calidad de la atención, percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta y motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar. Los resultados mostraron una percepción buena de la calidad (81.2% de los encuestados), donde hay una gran influencia en la calificación a los aspectos técnicos del profesional de la salud, el trato recibido y la mejoría pos consulta. El aspecto más importante fue el tiempo global de la atención³⁶.

En Venezuela³⁷ se evaluaron 100 pacientes de un servicio de urgencias, el 16% no estaba satisfecho. Además se encontró que las personas con mayor edad, daban una valoración más alta a la atención dada su condición crónica y expectativas más bajas. Además, estos afectados acumulan más experiencia en el uso de los servicios médicos; por tanto, están en mejores condiciones de hacer una evaluación más acertada de su calidad. En contraposición con lo antes expuesto está la inexperiencia y la actitud crítica de los usuarios más jóvenes.

En Lima se evaluó la Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna³⁸, encontrándose diferencias significativas en los grupos etarios y grado de instrucción académica.

En la ciudad de Marató (Barcelona), se realizó un estudio con 1505 usuarios del sistema de salud, en mayores de un año, dónde se hicieron encuestas domiciliarias sobre la situación socio-demográfica, estado de salud, entidades y servicios sanitarios utilizados y sobre las preferencias y conocimientos en relación a estos por medio de la escala de Hulka, en donde se encuentra que la satisfacción tiene un origen multifactorial en constante dinámica donde interfieren las condiciones y el entorno socio sanitario³⁹.

Hasta poco después de mediados del siglo XX se concebía como parte fundamental de la medicina el enfoque médico biológico, secundario al paradigma de salud-enfermedad que se ha venido desplazando en las últimas décadas una ampliación de la visión, en dónde las condiciones sociales del individuo son causas y condiciones determinantes en las enfermedades y en el restablecimiento de la salud.

En la era actual que el paciente también es concebido como cliente, se deben tener en cuenta los aspectos de satisfacción, la percepción del mismo sobre los beneficios y el tipo de atención que está obteniendo sin perder de vista los aspectos económicos y de sostenibilidad⁴⁰.

La satisfacción se empezó a estudiar en Estados Unidos como una clave del reciente concepto y modelo de salud biopsicosocial, dirigido a evaluar el la relación con los resultado final de la práctica médica así como su calidad. No

está de más decir, que cuenta con limitaciones metodológicas secundarias a la parcialidad que puede desarrollar el usuario frente a lo obtenido. Es decir, se puede obtener una atención médica de alta calidad en términos técnicos, sin que el paciente quede satisfecho y viceversa⁴¹.

En este trabajo se evalúa la influencia en la satisfacción con el médico de atención primaria de un amplio espectro de características de una muestra representativa de beneficiarios de la Seguridad Social (SS) procedentes de la población general. Se analizan los determinantes socio-demográficos, de salud y morbilidad, del sistema sanitario, de la utilización de servicios, y conocimientos y otras actitudes de los individuos.

En dicho estudio se encontró que los empleados son los más insatisfechos con la atención en salud, al igual que las personas con condiciones crónicas. También se encuentra mayor satisfacción con aquellos que residen cerca del centro de salud.

Hay un hallazgo significativamente estadístico que muestra que entre más contacto se tenga o se haya tenido con el médico, mayor es la satisfacción del paciente.

Hay que desarrollar consciencia que a pesar de los grandes avances en los campos técnicos y científicos, a la par adquiere importancia la preocupación del paciente en cuanto a calidad se refiere⁴². Múltiples estudios han evaluado y eficacia de las intervenciones terapéuticas, pero pocos la calidad, siendo uno de los problemas para este tipo de investigaciones que el paciente, hace parte activa del proceso de atención en salud, lo que otorga un rango de subjetividad y pérdida de la validez externa a las mismas.

Existen algunos aspectos importantes a la hora de evaluar la satisfacción de los pacientes⁴³.

Calidad técnica y funcional: Existe gran discrepancia en la literatura cualitativa sobre cual opinión es más importante: La del profesional, o la del paciente⁴⁴. Inicialmente en paciente no tiene la capacidad de discernir entre estos dos conceptos. Para él, está el supuesto que todos los prestadores deben tener la misma calidad técnica⁴⁵.

Aspectos a medir: Es útil tener en cuenta el modelo SERVQUAL⁴⁶ que es una de las principales fuentes de información para que las empresas de servicios conozcan el nivel de satisfacción de sus clientes, ubicar áreas de oportunidad y proponer y/o implementar mejoras para tener clientes satisfechos. La satisfacción del cliente es lo más importante para las empresas razón por la cual han empezado a buscar la manera de cómo ir creciendo en ese aspecto, brindando un servicio de calidad para estar a la vanguardia con las demás empresas y conservar a los clientes^{47.50}. El cuestionario SERVQUAL está basado en el modelo clásico de evaluación al cliente, que considera que todo cliente que adquiere un servicio genera unas expectativas del servicio que va a recibir a través de distintos canales y una vez recibido hay una serie de factores, dimensiones, que le permite tener una percepción del servicio recibido⁵¹.

Determinar las dimensiones apropiadas: En la revisión literaria se encuentra que hay preponderancia en los aspectos como: 1. Acceso: Ingreso cómodo a las instalaciones y al igual que en las citas de forma telefónica, vía web y los costos de las mismas⁵². 2. Resultados: Definido como el impacto positivo en la salud del paciente⁵³⁵⁴. 3. Interacción: La experiencia de preocupación por todo el personal que interviene en la atención e incluye la comunicación verbal, corporal y escrita⁵⁵. 4. Instalaciones: Se le otorga importancia a los aspectos funcionales como instalaciones, equipos y toda la estructura que interviene en la atención⁵⁶.

3. HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS NULA

Los actores implicados en una consulta médica están satisfechos con el tiempo de atención.

3.2 HIPÓTESIS ALTERNA

Los actores implicados en una consulta médica no están satisfechos con el tiempo de atención.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Determinar el grado de satisfacción de los actores que intervienen en la atención médica de CEMEV IPS, sedes Bello, Envigado y Villanueva, basado en una consulta de 20 minutos.

4.2 ESPECÍFICOS

4.2.1 Caracterizar la población que consulta en la Institución por edad, sexo y nivel socio-económico, finalidad de consulta (Promoción y prevención, control o enfermedad general).

4.2.2 Identificar la satisfacción que tienen los pacientes, personal médico con el tiempo de consulta

4.2.3 Clasificar cuáles son para los usuarios y el personal médico, la parte de la consulta que más tiempo debe tomar.

4.2.4 Determinar de acuerdo al tipo de consulta médica, el grado de satisfacción de los usuarios

4.2.5 Generar recomendaciones basadas en los resultados, que permitan optimizar el tiempo de atención de consulta Médica de calidad.

5. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.3.1. Usuarios.

1000 usuarios.

5.3.2 Médicos.

50 Profesionales

5.3.3 Criterios de Inclusión.

Pacientes adscritos a la IPS CEMEV Sedes Bello, Envigado y Villanueva, que se encuentran activos que hayan consultado en los últimos 6 meses en alguna de las sedes evaluadas.

Profesionales en el área de Medicina contratados a término indefinido, en la IPS CEMEV Sedes Bello, Envigado y Villanueva laborando 36 horas semanales.

5.3.4 Criterios de Exclusión.

Analfabetas y discapacitados mentales (Para la encuesta de satisfacción).

5.3.5 Muestra.

Por conveniencia. Se tendrá en cuenta una muestra apropiada para realizar encuestas de satisfacción entre los usuarios y el personal médico.

5.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Para las encuestas de satisfacción se tendrán en cuenta a personas mayores de edad distribuidas por grupos etarios, de ambos sexos, de todos los niveles socioeconómicos. Para la evaluación de historias clínicas se calificaran de acuerdo a la calidad de su contenido.

5.4.1 Tabla operacional de variables.

Nombre	de	Definición	Naturaleza	Escala	Unidad	de
--------	----	------------	------------	--------	--------	----

variable	operacional		de medición	codificación
Edad	Años	Cuantitativa	Ordinal	Edad en años cumplidos
Sexo	0 Hombre 1 Mujer	Cualitativa	Nominal	Sexo cromosómico
Nivel Socio económico	1 2 3 4 5 6	Cualitativa	Ordinal	Estrato determinado por la cuenta de servicios públicos
Nivel educativo	0 Primaria 1 Bachillerato 2 Superior	Cualitativa	Ordinal	Título obtenido en Institución acreditada
Satisfacción	0 Insatisfecho 1 Satisfecho	Cualitativa	Nominal	
Finalidad de la consulta	0 CyD 1 CPN 2 PF 3 HTA 4 DM 5 Otras	Cualitativo	Nominal	Causa por la cual el paciente asiste al servicio
Actividad económica	0 hogar 1 Desempleado 2 independiente 3 Dependiente 4. Pensionado o 5. Estudiante	Cualitativa	Nominal	Desempeño de las personas encuestadas
IPS de atención	0 Bello	Cualitativo	Ordinal	Lugar donde se

	1 Villa nueva 2 Envigado			realizaron las encuestas
Tiempo estimado para su cita medica	Minutos	Cuantitativo	Ordinal	Tiempo que el paciente estima como necesario para la resolución de su motivo de consulta
Respuesta a la queja principal	0 si 1 no	Cualitativo	Nominal	Percepcion del paciente con respecto a si él medico resolvió su queja
Cantidad de motivos de consulta	0 1-2 1 >2	Cuantitativo	Intervalo	Numero de motivo de consultas realizadas a su médico durante la cita.
Respuesta a sus motivos de consulta	0 si 1 no	Cualitativo	Nominal	Respuesta del médico a sus motivos de consulta.
Estado de salud	0 si 1 no	Cualitativo	Nominal	Percepción de mejoría pos consulta.
Recomendaciones	0 Si 1 no 2 no hubo	Cualitativo	Nominal	Recomendaciones dadas en la consulta médica.
Fidelidad	0 si 1 no	Cualitativo	Nominal	Recomendarías a un familiar ir a esta ips
Empatía	0 si	Cualitativo	Nominal	Relación medico-

	1 no			paciente
--	------	--	--	----------

5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

5.5.1 Fuentes.

Primarias

5.5.2 Instrumentos.

Encuestas de satisfacción aplicables a usuarios de las IPS y Médicos Generales. Ver anexos 1y2

5.5.3 Proceso de obtención de la información.

Se realizan encuestas personalizadas, aleatorias durante el mes de Julio en cada una de las IPS objeto de la investigación, por medio de una encuestadora capacitada en la formulación de las preguntas a los usuarios que cumplen los criterios de inclusión, justo a la salida de la consulta Médica.

Se distribuyen las encuestas a los Médicos por medio del Director de cada unidad y se recolectan al finalizar la segunda semana de Julio.

5.5.4 Prueba Piloto.

Se realiza en el mes de Junio de manera aleatoria a usuarios quienes cumplen los criterios de inclusión. Se les aplica la encuesta, se indaga sobre su claridad a 20 personas y se toma el tiempo de respuesta a la misma. No existen confusiones con respecto a las preguntas realizadas y se toma un promedio de 4.5 minutos la resolución completa de la misma.

5.5.5 Control de sesgos.

Los datos serán obtenidos directamente por encuestadora capacitada y preparada en el tema por los investigadores.

5.5.6 Técnicas de Procesamiento y análisis de los datos

La información se digitalizó en una hoja de cálculo de MS Office Excel 2010, luego se exportó, almacenó y procesó en el programa estadístico SPSS v21®. Las tablas, gráficos y presentación textual, se realizó mediante el procesador de texto de MS Office Word 2010 para cumplir con los objetivos propuestos.

Se estudió una muestra no probabilística, por conveniencia. Se utilizó prueba de normalidad para evaluar la distribución de las variables cuantitativas. Se

encontró que la variable edad no distribuyó normal por lo que se presenta la mediana y el rango intercuartílico.

Para las variables cualitativas se estimó la proporción de individuos con o sin la característica de interés, además se evaluó si se presentaban diferencias entre las IPS de atención a partir de las pruebas Chi cuadrado de independencia, utilizándose un α de 0,05 y $p < 0,05$ como valor significativo.

6. ASPECTOS ÉTICOS

6.1 REGLAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Es una investigación sin riesgo ya que implementa técnicas y métodos de investigación documental, además no realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos. Está basada en la revisión de historias clínicas y entrevistas.

7. RESULTADOS

Para este estudio, se consideraron 1000 encuestas realizadas a pacientes mayores de edad de las IPS Bello, Villa Nueva y Envigado de la Nueva EPS. Asimismo se realizó una encuesta a 50 médicos tratantes de las mismas IPS.

En la Tabla 1 se presentan las características sociales y demográficas de los pacientes y médicos, según IPS de atención.

El 63% de los pacientes encuestados eran de sexo femenino, con mayor proporción en la IPS de Bello y de estrato 3 (43,3%); así mismo el 42,6% de la población cursó básica primaria, y el 38 % eran pensionados.

En cuanto a la variable sociodemográfica edad, el 50% de la población tenía 59 años o menos ($Rq=31$), con un valor mínimo de 18 años y un máximo de 96 años.

Al realizar la comparación de las variables sociales y demográficas según IPS de atención de los pacientes, se observó que no se encontraron diferencias significativas en la variable sexo $p=0,171$. prueba de ch^2 de independencia. A diferencia de las demás variables que si se evidenció.

En cuanto a las características sociales de los 50 médicos encuestados de las tres IPS de atención se pudo observar que el 42% pertenecían a la IPS de Bello seguida por Villa Nueva 32% y Envigado 26%.

En las Tablas 2 y 3 aparece la información sociodemográfica de los galenos, dónde se identificó que de esta población, el 88% tenían entre 20 y 40 años de edad; el 58 % de los encuestados eran mujeres y la mayoría, 78% contaba con uno a cinco años de experiencia laboral. Asimismo se identificó que el 84% de los médicos laboraban en forma exclusiva en la IPS.

Se analizó la comparación de las variables sociales de los médicos según la IPS de consulta y únicamente se observaron diferencias estadísticas en el

tiempo de dedicación del doctor en la IPS de atención $p=0,025$.prueba de χ^2 de independencia.

Respecto al motivo de consulta, se observó que el 63, 4 % de la población encuestada consultó por enfermedad general, seguido del 23, 4% que consultó por HTA. Las demás finalidades de consulta tuvieron muy poca representación porcentual, al discriminar por sedes de atención, se analizó el mismo comportamiento tal como se describe en la Tabla 4

En cuanto a la satisfacción de los pacientes con el tiempo de consulta se pudo evidenciar que el 94, 7% de la población se encuentra satisfecha, este valor fue similar en las tres IPS estudiadas. Ver Figura 1

De Igual modo se identificó la satisfacción de la población médica según programas de atención y se obtuvo que el 54% de los doctores que atienden promoción y prevención, no están satisfechos con el tiempo de consulta, siendo la población de Bello la menos satisfecha con 71,4%. Diferente a lo identificado en los que realizan consulta de atención por enfermedad general, donde un 88% si lo está con dicho tiempo, principalmente en Villa Nueva con un nivel de satisfacción con un 93,8%. Y porcentajes muy equiparados en los que atienden población con enfermedades crónicas ya que un 50% de estos estaban complacidos con el tiempo de servicio al paciente.

El 94, 2 % de los pacientes relató estar satisfecho con 20 minutos de consulta, encontrando diferencias significativas al comparar el tiempo que el médico le brinda y la percepción de satisfacción. $P=0,000$, prueba de χ^2 de independencia.

En cuanto a los 53 pacientes que no estaban satisfechos con los 20 minutos de consulta, el 69,8 % consideraban que el tiempo para resolver su motivo de consulta debía ser de 30 minutos, mientras que el 26,4% sugirió que debía de ser de 25 minutos; así como que el motivo de consultas realizadas al doctor

sólo el 30, 2 % presentaba más de 2 motivos de consultas al momento de atención.

Al evaluar la satisfacción de los médicos con los 20 minutos de consulta, se encontró que el 48% de los doctores aumentaría 10 minutos en su consulta, pero es de anotar que el 28 % de los encuestados respondió que el tiempo de consulta lo dejarían igual. Se evidenció de igual forma que el 82% de los médicos relataron entregar a los pacientes la información adecuada y suficiente.

Se tuvo en consideración que los clínicos relataban que el 82% de los pacientes referían entre tres y cinco motivos al doctor, pudiendo resolver el médico sólo en un 28% esta cantidad de motivos. Percepción muy diferente tuvieron los pacientes que utilizaron el servicio pues al analizar los resultados se evidenció que el 13,5% comentó tener más de dos motivos de consulta. Y sintiéndose satisfecho el 96, 3% de los usuarios con la resolución de la causa de su consulta.

Se identificó que el 46% de los médicos tratantes utilizaron la mayor parte del tiempo interrogando al paciente. En contraste, cuando se le preguntó al doctor en que debería de utilizar el tiempo el 80% respondieron que dicho tiempo debería emplearse en la educación del paciente. Ver Figura 2

El 94,4% de la población encuestada consideró que el tiempo estimado para resolver su motivo de consulta es de 20 minutos. No se encontraron diferencias estadísticas al comparar la finalidad de la consulta y el tiempo de resolución del motivo por el cual se solicitó la cita. $P=0,914$, prueba de χ^2 de independencia.

Al evaluar la satisfacción de los pacientes según sede de atención se evidenció, que la mayoría de ellos estaban satisfechos. Respecto a la insatisfacción, los pacientes de la IPS de Bello, presentaban mayor porcentaje de inconformidad con el tiempo de atención de 20 minutos, 8,6%, comparado

con el resto de IPS; caso opuesto para la IPS de Envigado, donde el 96,7 % relataban estar a gusto con dicho tiempo.

De igual modo los pacientes encuestados el 92,9% de los pacientes recomendarían la IPS a algún familiar, así mismo percibieron el 98,5% de los mismos tener una buena relación con su médico tratante.

El 96% de los clínicos está de acuerdo con que la historia clínica electrónica facilita el trabajo y la atención del paciente. Pero relataron presentar una gran dificultad, pues al 74% de los médicos se le cayó la plataforma de historia clínica en la última semana, lo cual dificultó la atención de los pacientes; dicho inconveniente se presentó con una frecuencia de una y dos veces por semana, 36% y 22 % respectivamente. La IPS en la que se presentó mayor dificultad fue Bello con un 47,6 %. Ver Figura 3

Tabla 1. Características sociales y demográficas de los pacientes según IPS de consulta

	BELLO	VILLA NUEVA	ENVIGADO	TOTAL	P
SEXO					
HOMBRE	101 (33,7%)	146 (36,5%)	123(41%)	370 (37%)	0,171
MUJER	199(66,3%)	254(63,5%)	177(59%)	630 (63%)	
ESTRATO					
1	37(12,3%)	56(14%)	27(9%)	120(12%)	
2	127(42,3%)	153(38,3%)	72(24%)	352(35,2%)	
3	123(41%)	153(38,3%)	157(52,3%)	433(43,3)	0,000**
4	12(4%)	36(9%)	42(14%)	90(9%)	
5	---	2(0,5%)	1(0,3%)	3(0,3%)	
PERDIDO	1(0,3%)	-----	1(0,3%)	2(0,2%)	
NIVEL EDUCATIVO					
PRIMARIA	147(49%)	178(44,5%)	101(33,7%)	426(42,6%)	

BACHILLER	106(35,3)	151(37,8%)	142(47,3%)	399(39,9%)	0,007**
SUPERIOR	33(11%)	50(12,5%)	31(10,3%)	114(11,4%)	
PERDIDO	14(4,7)	1(3%)	26(8,7%)	60(6%)	
ACTIVIDAD					
ECONÓMICA					
AMA DE CASA	72(24%)	88(22%)	65(21,7%)	225(22,5%)	
DESEMPLEADO	10 (3,3%)	14(3,5%)	15(5%)	39(3,9%)	
INDEPENDIENTE	10 (3,3%)	27(6,8%)	28(9,3%)	65(6,5%)	
DEPENDIENTE	48(16%)	90 (22,5%)	63(21%)	201(20,1%)	0,040**
PENSIONADO	123(41%)	147(36,8)	110(36,7%)	380(38%)	
ESTUDIANTE	29(9,7%)	25(6,3%)	13(4,3%)	67(6,7)	
PERDIDO	8(2,7%)	9(2,3%)	6(2%)	23(2,3%)	
	300	400	300	1000	

** Significancia estadística $p < 0,05$, prueba χ^2 de independencia

Tabla 2. Características sociales y demográficas de los médicos según IPS de trabajo

	BELLO	VILLANUEVA	ENVIGADO	TOTAL	P
SEXO					
HOMBRE	7(33%)	8(50%)	6(46,2%)	21(42%)	0,056
MUJER	14(66,7%)	8(50%)	7(53,8%)	29(58%)	
EXPERIENCIA					
LABORAL DEL MÉDICO					
1-5 AÑOS	18(85,7%)	10(62,5%)	11(84,6%)	39(78%)	0,056
6-10 AÑOS	3(14,3%)	1(6,3%)	----	4(0,8%)	
>10 AÑOS	-----	5(31,3%)	2(15,4%)	7(14%)	
DEDICACIÓN					
LABORAL DEL MÉDICO					

EXCLUSIVO IPS	18(85,7%)	11(68,8%)	13(11%)	42(84%)	
IPS-OTRO	1(4,8%)	5(31,3%)	----	6(12%)	0,025**
IPS- INDEPENDIENTE	2(9,5)	-----	----	2(4%)	

** Significancia estadística $p < 0,05$ prueba χ^2 de independencia

Tabla 3. Características sociales y demográficas de los médicos según IPS de trabajo

	BELLO	VILLANUEVA	ENVIGADO	TOTAL	P
EDAD					
20-40 AÑOS	21(100%)	12(75%)	11(84,6%)	44(88%)	0,062
41-60 AÑOS	----	4(25%)	2(15,4%)	6(12%)	

** Significancia estadística $p < 0,05$ prueba χ^2 de independencia

Tabla 4. Finalidad de la consulta según IPS de atención

Finalidad de consulta	de BELLO	VILLA NUEVA	ENVIGADO	TOTAL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	7 (2,3%)	8(2%)	6(2%)	21(2,1%)
CONTROL PRENATAL	9(3%)	12(3%)	7(2,3%)	28(2,8%)
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	3(1%)	14(3,5%)	4(1,3%)	21(2,1%)
HIPERTENSIÓN	105(35%)	67(16,8%)	62(20,7%)	234(23,4%)
HIPERTENSIÓN Y DIABETES	17(5,6%)	4(1%)	-----	21(2,1%)
HIPERTENSION, DIABETES Y OTRAS	-----	1(0,3)	-----	1(0,1%)
HIPERTENSIÓN Y OTRAS	2(0,7%)	----	1(0,3%)	3(0,3%)
DIABETES Y OTRAS	1(0,3%)	-----	1(0,3%)	2(0,2%)
DIABETES MELLITUS	13(4,3%)	11(2,8%)	9(3%)	33(3,3%)
ENFERMEDAD GENERAL	142(47,3%)	283(70,8%)	209(69,7%)	634(63,4%)
PERDIDO	1(0,3)	-----	1(0,3%)	2 (0,2%)
TOTAL	300(30%)	400(40%)	300(30%)	1000(100%)

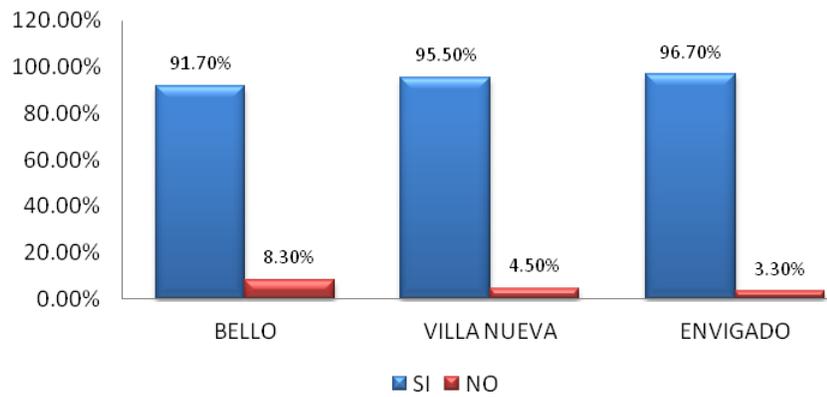


Figura 1. Satisfacción de los pacientes según IPS de atención

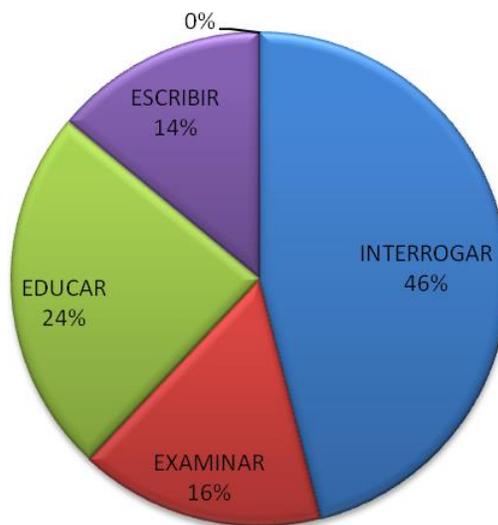


Figura 2. Tiempo utilizado por los médicos en consulta

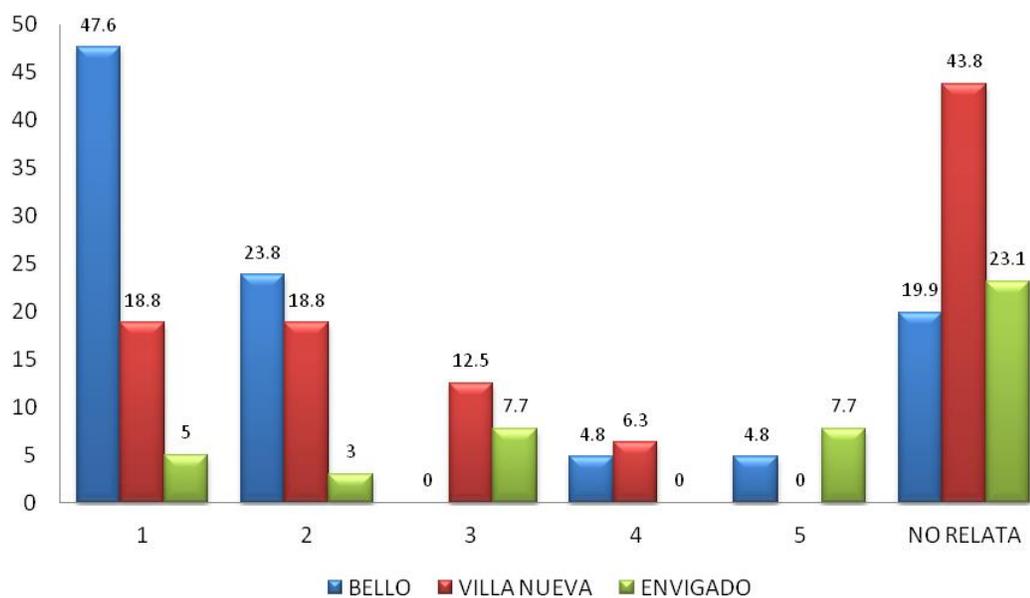


Figura 3. Frecuencia de caída de la plataforma de la historia clínica según IPS de atención

8. DISCUSIÓN

La satisfacción de los usuarios es uno de los indicadores de la calidad de la atención médica que se mide por las Aseguradoras en pro de brindar una mejor experiencia al usuario. Aun cuando parece una parte relevante en la evaluación de los sistemas de salud, los estudios son limitados. De los aspectos limitantes y que dificultan la labor es que la literatura sobre la satisfacción presenta múltiples diferencias en los diseños de estudio, cuestionarios, poblaciones y tamaño de muestra. Sin embargo, en los diferentes estudios consistentemente se refieren altos grados de satisfacción, sin importar el escenario en el que fueron realizados¹²⁻¹⁶. En los estudios publicados hasta el momento se halla una satisfacción que supera el 82% en los servicios de consulta externa.³⁶⁻³⁸

Encontramos que la mayoría de consultantes son mujeres (64%), pertenecientes al nivel socio económico 3 (43.4%) y que sólo tenían estudios máximos de básica primaria en su mayoría (42,6%), sin encontrar diferencias significativas en lo que se refiere a la distribución en IPS, ni mucho menos en la existencia de estratos socioeconómicos privilegiados o marginados que determinen la atención Médica, como ya se explicaba en estudios previos³³. Se logró determinar que el nivel de satisfacción de los usuarios con la atención en la IPS evaluada está en un 94.7% y se encuentran satisfechos con el tiempo de atención y con la capacidad de resolución que les ofrece su médico de cabecera. El mayor tiempo de la consulta suele ser empleado para interrogar al paciente y, generalmente, cuando hay discordancia entre lo interrogado y los hallazgos esperados al examen físico, el profesional de la salud corre el riesgo de cometer mayores errores^{57. 61}. Llama la atención que el 80% de los Médicos deseen tener más tiempo libre para educar a los pacientes.

Casi la totalidad población encuestada consideró que el tiempo estimado para resolver su motivo de consulta es de 20 minutos, similar a lo encontrado en el estudio Turco¹². Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas al comparar la finalidad de la consulta y el tiempo de resolución del motivo por el cual se solicitó la misma. Los pacientes que se mostraron inconformes, en su gran mayoría, consultaron por un motivo único de consulta.

Teniendo en cuenta que el 82% de los pacientes, según los médicos comentan entre 3 y 5 motivos de consulta, contrastándose con el 13.5% de pacientes que refirió consultar por no más de 2 afecciones, se encuentra en un gran bache entre la información y creencias que tienen los usuarios frente a lo que realmente está percibiendo el profesional de la salud que es similar a lo revisado donde se encuentran múltiples barreras que dificultan la atención¹⁹. El hecho de tener un paciente más informado, no lo lleva a estar más capacitado para entender y discernir entre los síntomas que lo aquejan como puede verse en este resultado, contrario a lo que se había encontrado, donde se afirma que los pacientes mejor informados están más capacitados para enfrentar una atención Médica²¹

Se pudo además inferir que la historia clínica electrónica, que facilita para el 96% de los Médicos la atención, además se encuentra como fortaleza que cumplen con los requisitos exigidos a nivel Nacional¹⁷, cuenta aún con múltiples inconvenientes que se vieron reflejados en la inaccesibilidad a la misma que presentaron el 74% de los Doctores en una sola semana.

Hay aún muchos aspectos para trabajar en la intimidad de la IPS, como son, determinar las causas que llevan a que los Trabajadores, en su mayoría exclusivos, consideran insuficiente el tiempo para hacer una atención adecuada de los pacientes con condiciones crónicas (48%) sin dejar de lado que la plataforma empleada para consignar la historia clínica es amigable, pero presenta fallas que pueden entorpecer la labor, la relación con el paciente y la educación que se le brinda.

Queda la percepción que si los Médicos consideran en su gran mayoría como suficiente la atención de 20 minutos, y los pacientes de igual manera gratificados (sin considerar esta cifra como un número mágico o ideal)¹⁹, la implementación de programas educativos de forma extemporánea con la consulta médica, que busquen darle herramientas a los pacientes para detectar, determinar y priorizar sus condiciones patológicas llevarían a optimizar y elevar aún más la calidad de las atenciones en consulta externa de

primer nivel, concordante con lo encontrado a Nivel mundial¹⁴ y la ponderancia de la relación Médico - Paciente.

Se necesitan más estudios para determinar la real implicación e impacto que tiene en la comunidad el hecho que los pacientes más insatisfechos no tengan una ocupación formal y el impacto que tiene sobre los mismos recibir atención de Médicos con poca experiencia en el ámbito laboral, pero se sientan unas bases para trabajar en el mediano y largo plazo sobre la recuperación de la confianza de los usuarios en su Médico de Familia, que como se pudo dilucidar, a pesar de todos los trámites administrativos y carga laboral, no ha perdido la esencia de su quehacer, servir al otro con calidad, calidez y responsabilidad.

9. CONCLUSIONES

-Los pacientes de las IPS encuestadas coincidieron en su gran mayoría en estar satisfechos con los 20 minutos para su atención y el personal médico no se encuentra satisfecho con el tiempo de consulta y sugiere un aumento de 10 minutos.

-Los médicos tratantes utilizaron la mayor parte del tiempo interrogando al paciente. En contraste, cuando se le preguntó al doctor en que debería de utilizar el tiempo la gran mayoría respondió que dicho tiempo debería emplearse en la educación del paciente.

-Gran parte de la población encuestada consultó por enfermedad general, seguido de HTA, se evidenció también que menos de una cuarta parte de los pacientes reconocieron tener más de dos motivos de consulta pero se sintieron satisfechos con la respuesta que dio su médico tratante a la misma.

-Los clínicos encontraron en la historia clínica electrónica un medio que aunque puede facilitar el trabajo y la atención de los pacientes, presentan muchas inconsistencias, lo que se convierte en una barrera que muchas veces les impide prestar una atención más adecuada y oportuna.

10. REFERENCIAS

1. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994. 1994.
2. Gossain J. Así se robaron el sistema de salud de los colombianos [Internet]. eltiempo.com. 2012 [cited 2014 Oct 19]. p. 1. Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11420683>
3. Médico P, Relación SU, La CON, Médica E, Xxi DELS. Profesionalismo médico, su relación con la educación médica del siglo xxi. Educ Médica Perm. 2009;1(1):4. 18.
4. Franco E, Vega JM. El acto médico. Acta Med Colomb. 1981;19(3):139. 49.
5. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Santos ED de, editor. Diaz de Santos; 1994.
6. Quiceno JM, Alpi YSV. BURNOUT : %SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT).+Acta Colomb Psicol. 2007;10(51):117. 25.
7. Consejo General de Colegios Médicos: Comisión Central de Deontología Derecho Médico y Visado. Tiempos mínimos en las consultas médicas. Madrid, España; 2008 p. 1. 7.
8. Bermudez G. Tiempo es calidad. ReES. 2004;3(6):308. 12.
9. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin. 1996;106(3):97. 102.
10. Blumenthal D, Causino N, Chang Y, Culpepper L, Marder W, Saglam D, et al. The Duration of Ambulatory Visits to Physicians. J Fam Pr. 1999;48(4):264. 71.
11. Mahoney MC, Masucci Twarozek A, Saad-Harfouche F, Widman C, Erwin DO, Underwood W, et al. Assessing the Delivery of Cessation Services to Smokers in Urban, Safety-Net Clinics. J Community Health [Internet]. 2014 Feb 21 [cited 2014 Feb 25]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24557716>
12. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Arch Intern Med [Internet]. 2009 Nov 9 [cited 2013 Oct 14];169(20):1866. 72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19901138>

13. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Med Chile*. 2013;141:361. 6.
14. Sánchez-González J. La Relación Médico-Paciente. Algunos factores asociados que la afectan. *Rev CONAMED*. 2001;12(1):20. 8.
15. Duarte-Rueda J, Álvarez-Peña A, Rodríguez S, Ríos-Montañez A, Barrera J, Cuéllar A. Cifras e indicadores del Sistema de Salud 2013. Bogotá D.C, Colombia; 2013 p. 1. 170.
16. González Bolea L, Carmona Calvo MÁ, Rivas Zapata MÁ. Guía para la medición directa de la satisfacción de los clientes. Instituto Andaluz de Tecnología; 2007. p. 1. 93.
17. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999. 1999. p. 1. 7.
18. Dhar H, Dhar D. Informed consent in clinical practice and literature overview. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2012 Sep [cited 2013 Oct 14];286(3):649. 51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773162>
19. Tamariz L, Palacio A, Robert M, Marcus EN. Improving the informed consent process for research subjects with low literacy: a systematic review. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Oct 14];28(1):121. 6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782275>
20. Haller MC, Vanholder R, Oberbauer R, Zoccali C, Van Biesen W. Health economics and European Renal Best Practice --is it time to bring health economics into evidence-based guideline production in Europe? *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2013 Sep 5 [cited 2013 Oct 14]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24009293>
21. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. *Acad Pediatr* [Internet]. [cited 2013 Sep 17];13(5):408. 20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24011745>
22. Fox MH, Reichard A. Disability, health, and multiple chronic conditions among people eligible for both medicare and medicaid, 2005-2010. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Oct 14];10:E157. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24050527>
23. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)* [Internet]. 1998 May [cited 2013 Oct 14];48(4):237. 50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9800422>

24. Ptacek R, Stefano GB, Kuzelova H, Raboch J, Harsa P, Kream RM. Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuro Endocrinol Lett* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Oct 14];34(4):259. 64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23803863>
25. Lemus J, Aragües y Oroz V. Auditoría Médica. Un enfoque sistémico. Universitarias E, editor. Buenos Aires; 2004.
26. Campbell J, Howie J. Changes resulting from increasing appointment length: practical and theoretical issues. *Br J Gen Pr.* 1992;42(July):276. 8.
27. Chen K-Y, Yang C-M, Lien C-H, Chiou H-Y, Lin M-R, Chang H-R, et al. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *Int J Med Sci* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Oct 6];10(11):1471. 8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24046520>
28. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health* [Internet]. 2013 Sep 28 [cited 2013 Oct 13];11(1):48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24074053>
29. Migongo AW, Charnigo R, Love MM, Kryscio R, Fleming ST, Pearce KA. Factors relating to patient visit time with a physician. *Med Decis Making* [Internet]. [cited 2013 Oct 14];32(1):93. 104. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21393556>
30. Landau D-A, Bachner YG, Elishkewitz K, Goldstein L, Barneboim E. Patients' views on optimal visit length in primary care. *J Med Pract Manage* [Internet]. [cited 2013 Sep 22];23(1):12. 5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17824257>
31. Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, et al. %o want more time with my doctor: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* [Internet]. 2004 Oct [cited 2013 Sep 26];21(5):479. 83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15367468>
32. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* [Internet]. 2002 Aug 31 [cited 2013 Oct 14];325(7362):472. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=119444&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
33. W Seidel R, Pardo KA, A Estabrooks P, Wenyou EY, Wall SS, M Davy B, et al. Beginning a patient-centered approach in the design of a diabetes prevention program. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2014 Jan

[cited 2014 Feb 25];11(2):2003. 13. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24534767>

34. Kansagara D, Tuepker A, Joos S, Nicolaidis C, Skaperdas E, Hickam D. Getting Performance Metrics Right: A Qualitative Study of Staff Experiences Implementing and Measuring Practice Transformation. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 Feb 21 [cited 2014 Feb 25]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24557515>
35. Olivar Gómez DF, Rueda Pérez MR, Rueda Valle ML. Encuesta Satisfacción de Usuarios del Servicio de Urgencias Hospital Local del Norte ISABU. Instituto de Ciencias de la Salud CES - Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB; 2007. p. 1. 39.
36. Ramírez-Sánchez T de J, Nájera-Aquilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México : perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex.* 1998;40(1):3. 12.
37. Banegas Cardero JE. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Centro Diagnóstico Integral %os Arales. #MEDISAN. 2014;18(7):965. 70.
38. Casalino-Carpio GE. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2008;21(4):143. 52.
39. Bolívar I. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gacet Sanit.* 1999;13(5):371. 83.
40. Lee PR. Models of excellence. *Lancet* [Internet]. 1994 Nov 26 [cited 2014 Aug 10];344(8935):1484. 6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7968125>
41. Tizón JL. Los nuevos modelos asistenciales en medicina: Una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos. *Revis en Salud Pública.* 1995;4:57. 83.
42. Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2003 Feb [cited 2014 Aug 10];12(1):47. 52. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1743658&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
43. Ward KF, Rolland E, Patterson R a. Improving outpatient health care quality: understanding the quality dimensions. *Health Care Manage Rev*

- [Internet]. 2005;30(4):361. 71. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292013>
44. Grönroos C. The perceived service quality concept . a mistake? *Manag Serv Qual.* 2001;11(3):150. 2.
 45. Zifko-Baliga GM, Krampf RF. Managing perceptions of hospital quality. Negative emotional evaluations can undermine even the best clinical quality. *Mark Health Serv* [Internet]. 1997 Jan [cited 2014 Aug 10];17(1):28. 35. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10169030>
 46. Cook C, Thompson B. Reliability and validity of servqual scores used to evaluate perceptions of library service quality. *J Acad Librariansh* [Internet]. 2000 Jul [cited 2014 Aug 10];26(4):248. 58. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099133300001142>
 47. Shaikh BT, Mobeen N, Azam SI, Rabbani F. Using SERVQUAL for assessing and improving patient satisfaction at a rural health facility in Pakistan. *East Mediterr Health J* [Internet]. [cited 2014 Aug 10];14(2):447. 56. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18561738>
 48. Butt MM, de Run EC. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2010 Jan [cited 2014 Aug 10];23(7):658. 73. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21125961>
 49. Abuosi AA, Atinga RA. Service quality in healthcare institutions: establishing the gaps for policy action. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Aug 10];26(5):481. 92. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23905307>
 50. Almeida RS, Nogueira LAC, Bourliataux-Lajoine S. Analysis of the user satisfaction level in a public physical therapy service. *Brazilian J Phys Ther* [Internet]. [cited 2014 Aug 10];17(4):328. 35. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24072222>
 51. Quilamán AQ, Chacur AA. Evaluación y Propuesta de mejoras de un modelo de atención de usuarios en un servicio público. *Rev Econ y Adm.* 2008;71:7. 38.
 52. Turner PD, Pol LG. Beyond patient satisfaction. Broaden the scope of quality measurement by integrating the marketing view with other perspectives. *J Health Care Mark* [Internet]. 1995 Jan [cited 2014 Aug 10];15(3):45. 53. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10152794>

53. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: MI: Health Administration Press; 1980.
54. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA [Internet]. [cited 2014 Jul 25];260(12):1743. 8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
55. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. J Mark. 1985;49(4):41. 50.
56. Friedman E. What do consumers really want? Healthc Forum [Internet]. [cited 2014 Aug 10];29(3):19. 24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10276292>
57. Sibbald M, Cavalcanti RB. The biasing effect of clinical history on physical examination diagnostic accuracy. Med Educ [Internet]. 2011 Aug [cited 2014 Oct 23];45(8):827. 34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752079>
58. Coderre S, Wright B, McLaughlin K. To think is good: querying an initial hypothesis reduces diagnostic error in medical students. Acad Med [Internet]. 2010 Jul [cited 2014 Oct 31];85(7):1125. 9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20592507>
59. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. Am J Med [Internet]. 2008 May [cited 2014 Oct 23];121(5 Suppl):S2. 23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18440350>
60. Norman G. Building on experience--the development of clinical reasoning. N Engl J Med [Internet]. 2006 Dec 23 [cited 2014 Oct 31];355(21):2251. 2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17124025>
61. Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. N Engl J Med [Internet]. 2006 Nov 23 [cited 2014 Oct 19];355(21):2217. 25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17124019>

ANEXO 1

ENCUESTA MÉDICOS

MARQUE CON UNA Í XÍ EN EL RECUADRO SU RESPUESTA

1. IPS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- ENVIGADO
- VILLANUEVA
- BELLO

2. EDAD

- 20- 40
- 41 . 60
- 61 EN ADELANTE

3. EXPERIENCIA LABORAL

- 1-5 AÑOS
- 6-10 AÑOS
- >10 AÑOS

4. DEDICACIÓN LABORAL

- EXCLUSIVO CEMEV
- CEMEV Y OTRA EMPRESA
- CEMEV Y TIEMPO INDEPENDIENTE

5. SEXO

- MASCULINO
- FEMENINO

6. ESTÁ SATISFECHO CON EL TIEMPO DE CONSULTA (POR FINALIDAD ATENDIDA)

FINALIDAD	SI	NO
PYP		
ENFERMDAD GENERAL		
CONTROL CRÓNICOS		

7. SI RESPONDIÓ QUE NO ESTÁ SATISFECHO CON EL TIEMPO DE CONSULTA USTED

- AUMENTARÍA EL TIEMPO
- DISMINUIRÍA EL TIEMPO

i. ¿CUÁNTOS MINUTOS?:: _____

8. LA INFORMACIÓN QUE LE DIO A SU PACIENTE SOBRE SU ESTADO DE SALUD DURANTE LA CONSULTA, LA CONSIDERA COMO:

- SUFICIENTE
- INSUFICIENTE

9. CONSIDERA QUE FUE AMABLE Y LE BRINDÓ UN BUEN TRATO DURANTE LA CONSULTA

- SI
- NO ¿POR QUÉ?

10. CUÁNTOS MOTIVOS DE CONSULTA LE CONTÓ SU PACIENTE

- 1-2
- 3-5
- MÁS DE 5

11. CUANTOS MOTIVOS DE CONSULTA LE PUDO RESOLVER A SU PACIENTE

- 1-2
- 3-5
- MÁS DE 5

12. EMPLEÓ MÁS PARTE DE LA CONSULTA EN:

- INTERROGARLO
- EXAMINARLO
- EDUCARLO
- ESCRIBIR EN LA HISTORIA
 - i. DIGITAL
 - ii. MANUAL

13. COMO MÉDICO DEBERÍA EMPLEAR MAYOR TIEMPO DE LA CONSULTA EN:

- INTERROGARLO
- EXAMINARLO
- EDUCARLO

- ESCRIBIR EN LA HISTORIA
 - i. DIGITAL
 - ii. MANUAL

14.LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA FACILITA SU TRABAJO Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

- SI
- NO

15.LA PLATAFORMA SE Í CAYÓÎ EN LA ÚLTIMA SEMANA, DIFICULTANDO LA ATENCIÓN

- SI
- NO
 - i. CUÁNTAS VECES
 - ii. POR CUANTO TIEMPO

ANEXO 2

ENCUESTA A USUARIOS

Señor Usuario:

Para CEMEV IPS es muy importante su concepto sobre todo el ciclo de atención que recibió por parte de nuestro personal asistencial y estamos convencidos que su opinión permitirá realizar mejoras importantes en nuestros servicios. Por esta razón solicitamos diligenciar esta encuesta.

MARQUE CON UNA Í XÍ EN EL RECUADRO SU RESPUESTA

1. IPS DE ATENCIÓN

- a. ENVIGADO
- b. VILLANUEVA
- c. BELLO

2. EDAD: _____ (años)

3. SEXO

- a. MASCULINO
- b. FEMENINO

4. ESTRATO

- a. 1 4
- b. 2 5
- c. 3 6

5. NIVEL EDUCATIVO

- a. PRIMARIA
- b. BACHILLERATO
- c. SUPERIOR

6. ACTIVIDAD ECONÓMICA

- a. HOGAR
- b. DESEMPLEADO
- c. INDEPENDIENTE
- d. EMPLEADO
- e. JUBILADO/PENSIONADO
- f. ESTUDIANTE

7. FINALIDAD DE LA CONSULTA

- a. CRECIMIENTO Y DESARROLLO
 - b. CONTROL PRENATAL
 - c. PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 - d. CONTROL HIPERTENSIÓN
 - e. CONTROL DIABETES
 - f. OTRAS CAUSAS (ENFERMEDAD GENERAL).
- ¿Cuál? _____

8. ESTÁ SATISFECHO CON EL TIEMPO DE CONSULTA (20 minutos)

- a. SI
- b. NO

9. CUANTO TIEMPO CONSIDERA USTED ADECUADO PARA UNA CITA MÉDICA

10. EL MÉDICO DIÓ ADECUADA RESPUESTA A SU QUEJA PRINCIPAL DE SALUD

- a. SI
- b. NO

11. CUÁNTOS MOTIVOS LE CONSULTÓ A SU MÉDICO

- a. 1-2
- b. MÁS DE 2

12. EL MÉDICO LE RESPONDIÓ TODOS SUS MOTIVOS DE CONSULTA

- a. SI
- b. NO

13. CREE QUE SU ESTADO DE SALUD MEJORARÁ DESPUÉS DE LA CONSULTA

- a. SI
- b. NO

14. LAS RECOMENDACIONES QUE SE LE DIERON CAMBIARÁN SUS CONDUCTAS Y/O ESTILO DE VIDA PARA CUIDAR SU ESTADO DE SALUD

- a. SI
- b. NO
- c. NO HUBO RECOMENDACIONES

15. RECOMENDARÍA A UN FAMILIAR RECIBIR ATENCIÓN EN ESTA IPS

- a. SI
- b. NO

16. CONSIDERA QUE EL MÉDICO FUE AMABLE Y LE BRINDÓ UN BUEN TRATO DURANTE LA CONSULTA

- a. SI
- b. NO