

**PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN EN USUARIO DE LOS SERVICIOS DE
SALUD, DE LA SECRETARIA DE SALUD EL MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ**

YULIA DE LA HOZ PÉREZ

**FACULTAD DE PREGRADO, ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA ESAP**

**INFORME FINAL DE PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS REQUISITO
ACADÉMICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ADMINISTRADOR PÚBLICO
TERRITORIAL**

**TUTOR ACADÉMICO: RAFAEL CÁRDENAS VÉLEZ
PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS**

**ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESAP
FACULTAD DE PREGRADO
PROGRAMA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TERRITORIAL
FUSAGASUGÁ
2022**

**PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN EN USUARIO DE LOS SERVICIOS DE
SALUD, DE LA SECRETARIA DE SALUD EL MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ**

YULIA DE LA HOZ PÉREZ

**Informe final de las Actividades de la Practica Administrativa realizadas en
cumplimiento del último requisito académico para optar al Título de Administrador
Público Territorial APT.**

**ASESOR ESAP
RAFAEL CÁRDENAS VÉLEZ**

**ASESOR ENTIDAD
Ferdinando Pérez Beltrán
Secretaria de Salud
Alcaldía Municipal de Fusagasugá Cundinamarca**

**ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESAP
FACULTAD DE PREGRADO
PROGRAMA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TERRITORIAL
FUSAGASUGÁ
2022**

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. OBJETIVOS	11
3.1. OBJETIVO GENERAL	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. MARCO REFERENCIAL	12
4.1. MARCO TEÓRICO.....	12
4.2. MARCO NORMATIVO.....	22
6. DISEÑO METODOLÓGICO	23
7. ANÁLISIS Y RESULTADOS	24
8. CONCLUSIONES	32
9. BIBLIOGRAFÍA.....	33

INTRODUCCIÓN

Según el Manual de la Secretaria de Salud el aseguramiento, es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

En este trabajo se plasman los resultados de una de las herramientas que permite evaluar la calidad en la prestación de los servicios en salud son las encuestas de satisfacción, en donde el afiliado manifiesta como es su percepción en la prestación de servicios en salud por parte de las EAPB (Entidades Administradoras De Planes De Beneficio).

Se realiza el sondeo a través de llamadas a los usuarios y se registra en un link de encuesta realizado por la Secretaria de Salud del Municipio de Fusagasugá, en total se realizaron 410 registros de usuarios, con los cuales se realiza el análisis estadístico y se entrega documento técnico a la secretaria con los resultados de la misma.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las preocupaciones de los servicios en salud que ha venido creciendo últimamente en nuestro país, tiene que ver con la calidad de la prestación de servicios en salud por parte de las y EAPB a sus afiliados. Aunque exista una calidad y cantidad en el servicio proporcionado, este es insuficiente para los usuarios. Lo cual disminuye la calidad de la prestación de servicios y hace excesivo el descontento de sus afiliados. Uno de los procesos de implementación que tiene que ver con las políticas públicas en salud es mejorar la calidad progresiva de las áreas en salud en atención a pacientes. Auditorías, evaluación, verificación y avances en la atención es servicios de salud.

Dentro de los servicios de salud se requiere vigilancia y control, específicamente en atención al usuario. Frente a solicitud de medicamentos, solicitud de exámenes, solicitud de autorizaciones, las cuales han ido desmejorando desmedidamente; ya que la desinformación al usuario y la mala atención son factores primordiales.

Para el municipio de Fusagasugá es importante evaluar la calidad y la satisfacción de los usuarios, afiliados a las distintas EAPB presentes en el Municipio, con el fin de articular acciones y mejorar la prestación de los servicios por parte de estas a sus beneficiarios; buscando así articulación continua y comunicación asertiva que pueda garantizar una mejor atención a los afiliados.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Para Colombia se ha presentado el caso donde la cantidad de servicios ofrecidos no satisface la demanda, lo cual causa una disminución de la calidad de todos los establecimientos de salud y de sus ofertas institucionales.

Según (Ramirez & Garcias, 1995) “La evaluación de la calidad en los servicios de la salud se ha venido convirtiendo en una preocupación creciente en las últimas décadas en toda Latinoamérica enfrentando el problema de la atención de la salud el cual converge en todos los casos a la relación existente entre la cantidad y la calidad de los servicios proporcionados, es decir si la cantidad de servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir, por el contrario, una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone un paciente”.

De acuerdo a esto, el país ha venido implementado políticas en calidad de los servicios en salud, los cuales buscan progresivamente el mejoramiento de la satisfacción del usuario u/o afiliado al hacer uso de los beneficios en salud que prestan las distintas EAPB.

Los servicios de la salud en Colombia a partir de los procesos de implementación de políticas de calidad en ellos han venido mejorando progresivamente en algunas áreas y en otras se han quedado estancado dichos procesos, es por esa razón, que se deben realizar auditorías y evaluaciones para verificar los avances y deficiencias en materia de calidad.

Dentro de los servicios de la salud que requiere vigilancia y control es la percepción y satisfacción del afiliado en los procesos de prestación del servicio en salud que recibe de su EPS o conocida actualmente como EAPB, y aquí es fundamental el proceso que adelantan las secretarías de salud como la de Fusagasugá donde se busca un diagnóstico que permita

medir las percepciones del ciudadano afiliado y garantice que la calidad en el servicio prestado por esta pueda ser evaluado y tenga un seguimiento adecuado.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la satisfacción de usuarios frente a los servicios en salud, en el Municipio de Fusagasugá?

2. JUSTIFICACIÓN

El aseguramiento, es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El artículo 157 de la Ley 100 de 1993, estableció la salud, como un servicio esencial para todos los colombianos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, a través de tres formas:

- Régimen contributivo: a este régimen, se afilian las personas que tiene capacidad de pago, estas son aquellas “personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago”.
- Régimen subsidiado: a este régimen se pueden afiliar la población que se encuentre en condición de pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerable sin capacidad de pago según la encuesta SISBÉN metodología IV; así como las poblaciones especiales que el Gobierno ha definido como prioritarias y que no se encuentren afiliadas al régimen contributivo o pertenezcan a un régimen especial o de excepción (población en condición de desplazamiento, comunidades indígenas, desmovilizada del conflicto, población infantil abandonada a cargo del ICBF, personas mayores en centros de protección, y ROM entre otras) como lo define el Artículo 2.1.5.1. del Decreto 780 de 2016.

- Participantes vinculados: son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado a través de Subsidios a la Oferta.

Es así que, bajo el principio de universalidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en un trabajo continuo progresivamente se debe lograr incrementar la cobertura en aseguramiento, incluyendo la población perteneciente a los regímenes que la Ley definió como especiales y exceptuados (Fuerzas Militares, Magisterio, funcionarios de las Universidades Públicas, y Ecopetrol).

La Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011, el Decreto 780 de 2016 y demás normas concordantes, que establecen los criterios y lineamientos básicos para orientar las acciones necesarias que garanticen el aseguramiento de la población colombiana al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la Percepción de Satisfacción en Usuario de los Servicios de Salud, de la Secretaria de Salud el Municipio de Fusagasugá.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar una muestra de los usuarios mediante la aplicación de una encuesta
- Analizar la información recopilada, referente a la satisfacción de los usuarios
- Elaborar informe de satisfacción de los usuarios que se benefician de los servicios de salud.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. MARCO TEÓRICO

DEFINICIONES

Acceso: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especialidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Actores del Sistema General de Seguridad social: Es un conjunto de personas naturales o jurídicas reunidas y organizadas por un interés común, con el fin de influir conjuntamente en la formulación transparente y legítima de las políticas.

Adres: Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Alto costo: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea.

Aseguramiento en salud: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Asociaciones de Usuarios: Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Afiliación: Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Obligada a Compensar (EOC).

Afiliado: Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

Atención inicial de urgencias: Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

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 bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

Afiliación: Es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de seguridad Social en Salud.

Afiliado: La persona (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

BDUA (Base Única de Afiliados): Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales).

Beneficiarios: Personas que pertenecen al grupo familiar del afiliado al sistema. Reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por el cotizante.

Cobertura: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: Organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

Contributivo: Toda persona con capacidad de pago y/o vínculo laboral, empleado y trabajador independientes con sus grupos familiares y los pensionados acceden a los servicios de salud.

COPACO: Comité de Participación Comunitario.

Copago: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante).

Cotización: Lo que todo afiliado (trabajadores dependientes, independientes y pensionados) debe aportar cada mes para recibir los beneficios del sistema de salud. Este monto constituye el 12% del ingreso base de cotización (salario mensual devengado).

Cotizante: Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que, por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

CRUE: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.

Cuota de Recuperación: El Decreto 2357 de 1.995, en su artículo 18 señala que las cuotas de recuperación son los dineros que debe pagar directamente a las IPS, el usuario sisbenizado, pero no afiliado al régimen subsidiado, las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciben atenciones por servicios no incluidos en el POS-S.

Cuota moderadora: Es la suma que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden. Su objetivo es regular y estimular el buen uso del servicio de salud.

Entidad Promotora de Salud (EPS): Es la responsable de la afiliación y registro de los usuarios y del recaudo de las cotizaciones. Deben organizar y garantizar la prestación del POS a los afiliados y de girar al FOSYGA, dentro de los términos de ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC.

Entidades Promotoras de Salud Subsidiado (EPS-S): Entidades que manejan (previo contrato con municipios y departamentos) los recursos que el Estado destina para atender a los beneficiarios del régimen subsidiado, es decir, las personas que no tienen dinero para cotizar al sistema de salud. Deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud autorizados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el régimen subsidiado.

Pueden ser las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Empresas Solidarias de Salud (ESS).

EPS-S: Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, estas deben garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios en el acceso a los servicios de salud.

ESE (Empresa Social del Estado): Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía): Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social en la cual se depositan los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia, a través de la cual se manejan los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se compone de cuatro subcuentas.

FTP (File Transfer Protocol): Es un protocolo de transferencia de archivos entre sistemas conectados a una red TCP entre un cliente y un servidor, en el cual desde el equipo de un cliente (Entidad territorial) se puede conectar a un servidor (Consortio Fidufosyga) para

descargar archivos desde él o para enviarle archivos (Archivo maestro o de novedades de afiliados).

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud de los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

Interventoría: Es un proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

Listado de priorizados: Es la lista de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en la cual se organizan las personas de los niveles I y II del Sisbén, de acuerdo con el puntaje y antigüedad de la encuesta.

Listados Censales: Es el mecanismo para identificar la población con características especiales, tales como; indígenas, desplazados, desmovilizados, población infantil abandonada, población indigente, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, entre otras.

Movilidad: Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén y algunas poblaciones especiales.

Novedades: Son los cambios que afectan el estado de la afiliación o la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

Participación Social: Proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende la participación ciudadana y comunitaria.

Poblaciones especiales: Son las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta, según lo dispuesto por la ley, conformada por indígenas, desplazados, desmovilizados, población infantil abandonada, población indigente, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, entre otros.

Población No asegurada: Este grupo corresponde a las personas que están registradas en el Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales -SISBEN y que aún no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad social en salud.

Portabilidad: La portabilidad es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

Régimen Contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

Regímenes de Excepción: Son los sistemas de salud, que, por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Régimen Subsidiado (RS): Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

SGP-Salud: Es la Participación de Salud en el Sistema General de Participaciones de los municipios y departamentos, está a su vez está dividida con los recursos del Régimen Subsidiado, Salud Pública y Prestación de servicios a la población pobre no atendida con subsidios a la demanda.

SISBÉN:(Sistema de identificación y Clasificación de potenciales beneficiarios): Es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS): es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.

Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. (Por la naturaleza de la Entidad los requisitos del cliente se comprenden según los requerimientos de la ley).

Población especial: Población conformada por indígenas, desplazados, desmovilizados, población infantil abandonada, población indigente, personas de la tercera edad en protección de ancianatos.

PVCA: Población Víctima del Conflicto Armado.

Promoción: Conjunto de acciones encaminadas para lograr el aseguramiento de la totalidad de la población.

Plan Obligatorio de Salud (POS): Es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y el reconocimiento económico de incapacidades y licencias de maternidad, para los cotizantes, a cambio de un pago mensual (aporte o subsidio); de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias.

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS): Son los servicios de salud que usted y su familia tiene derecho a recibir, de acuerdo con el estrato en que se encuentren.

Régimen Contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

Régimen Subsidiado: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

Regímenes de Excepción: Son los sistemas de salud que, por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Seguridad Social en Salud: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica.

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control: Conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Traslado: Este reporte de novedad se puede generar por cambio de EPS dentro de un mismo régimen, cambio de una EPS entre regímenes diferentes, traslado de municipio, siempre y cuando se cumpla con las condiciones establecidas para cada caso en particular y las disposiciones legales vigentes.

Tutela: Mecanismo judicial creado por la Constitución mediante el cual las personas busca lograr atención, procedimientos y medicamentos que no están cubiertos por el POS.

También son interpuestas por afiliados que requieren tratamientos de alto costo, pero no reúnen las semanas mínimas de cotización requeridas.

Unidad de Pago por Capitación (UPC): Es la suma que el sistema reconoce a las EPS por cada afiliado que tienen. Se considera que es suficiente para atender la salud de la persona en el año.

Vigilancia: Atribución para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la

Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.

Vinculados: Personas pobres que no están afiliadas al sistema de salud, pero pueden ser atendidas en instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado.

4.2. MARCO NORMATIVO

NORMAS	
REQUISITO LEGAL	DIRECTRIZ DE CUMPLIMIENTO
Ley 100/93	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la ley orgánica del Plan de Desarrollo.
Ley 715/ 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 1122 de 2007	define el aseguramiento como: La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
Ley 1438 de 2011	Artículo 32. Universalización del aseguramiento. Todos los residentes del País deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad social en salud.
Decreto 1683 de 2013	Por la cual se reglamenta el artículo 22 de La Ley 1438 de 2011, sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad social en salud.
Decreto 780 de 2016	“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.
Ley 1751/2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2353 de 2015	Por la cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad social en salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de la normatividad encontrada.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Se implementa encuestas a los usuarios de las EAPB (Entidades Administradoras De Planes De Beneficio) de Régimen Subsidiado y contributivo, Convida, Ecoopsos, Nueva EPS, Famisanar, Sanitas, Salud Total, Compensar, Sura, régimen especial o de excepción del Municipio de Fusagasugá; indagando acerca de garantía de acceso a los servicios, entrega oportuna de autorizaciones, conocimiento de las Asociaciones de usuarios, cumplimiento en entrega de medicamentos, conocimiento en Derechos y Deberes en Salud, satisfacción con el trato del personal de las EAPB.

7. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se realizaron un total de 410 encuestas a población afiliada, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

1. ¿A que EPS o EAPB se encuentra afiliado?

EAPB	NUMERO DE AFILIADOS
EPS FAMISANAR	196
NUEVA EPS	93
CONVIDA	85
COMPENSAR EPS	19
SANTAS EPS	16
Otra	1
Total general	410

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

Como resultado a la primera pregunta se evidencia que mayor número de encuestas realizadas fue a los afiliados de la EPS Famisanar con un total de 196 usuarios.

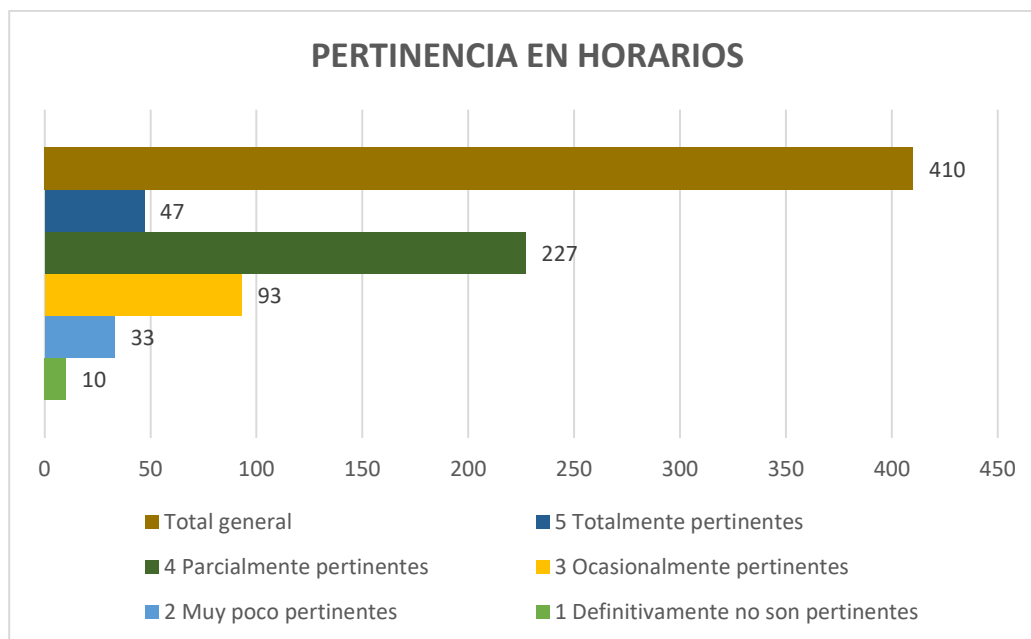
2. ¿A qué régimen de salud se encuentra usted afiliado?

REGIMEN	# DE AFILIADOS
Contributivo	391
De excepción o especial	1
Subsidiado	18
Total general	410

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

El régimen de mayor afiliación a quien se encuestó pertenece a Régimen Contributivo 391 afiliados, frente a tan solo 18 de régimen subsidiado.

3. ¿Considera que los horarios de atención brindados en los puntos de atención de la EPS, IPS y dispensarios son pertinentes?



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

En cuanto a la pertinencia en los horarios de atención, un total de 227 usuarios consideran que son parcialmente pertinentes, mientras que tan solo 10 consideran que definitivamente no son pertinentes.

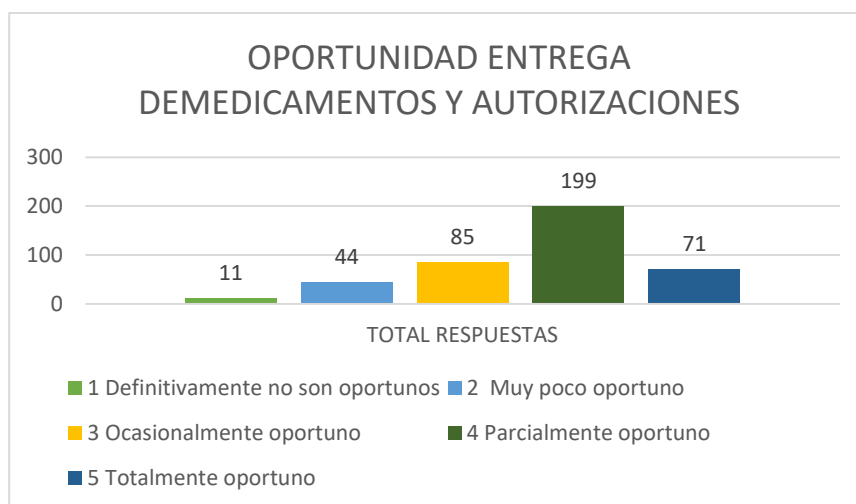
4. ¿La EPS le ha garantizado de manera oportuna la información relevante frente a los diferentes procesos (Afiliación, traslados, autorizaciones, PQRS)?



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

En cuanto a las garantías de la oportunidad en la información, el 52% coinciden en que es parcialmente oportuno, en relación con un 13% que dice que es muy poco oportuno.

5. ¿La EPS le ha garantizado la entrega de autorizaciones y medicamentos de manera oportuna y completa?



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

Los usuarios manifiestan que en cuanto a la entrega de medicamentos y autorizaciones parcialmente es oportuno con un total de 199 usuarios, pero un total de 85 manifiestan que es ocasionalmente oportuno.

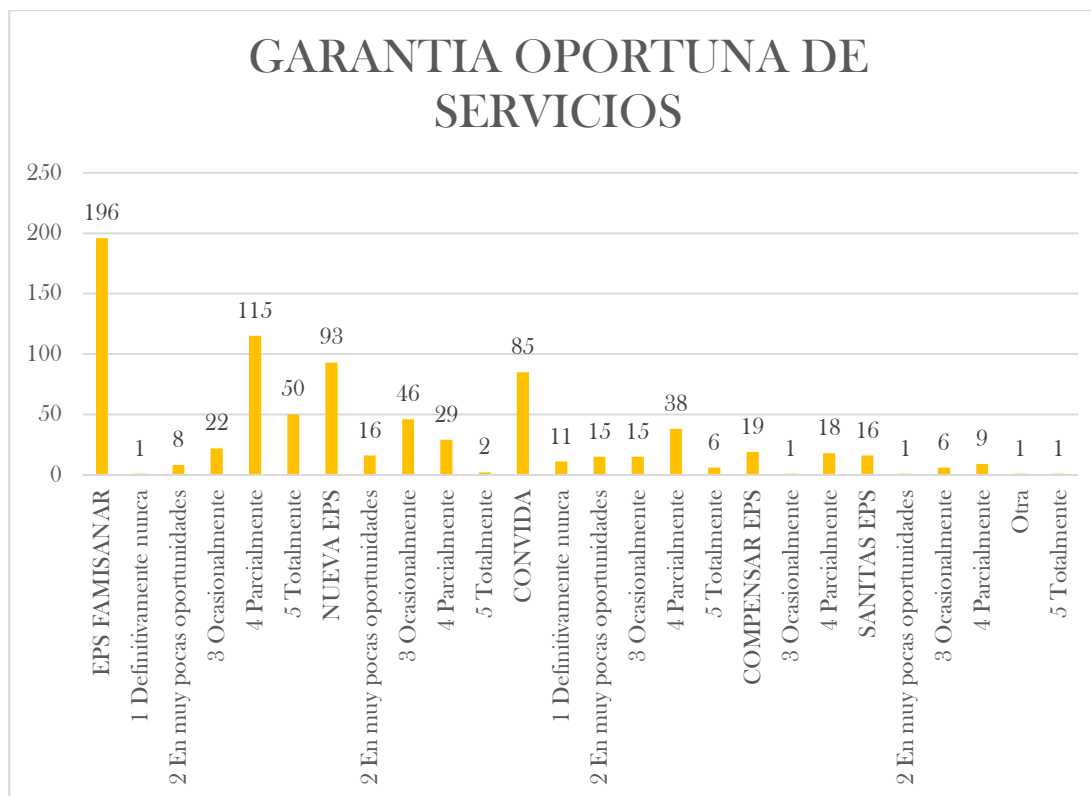
6. ¿La EPS le ha garantizado de manera oportuna el acceso a los servicios de Medicina general, odontología, exámenes de laboratorio y citas con diferentes especialidades?

ACCESO A SERVICIOS	TOTAL RESPUESTAS
1 Definitivamente nunca	12
2 En muy pocas oportunidades	40
3 Ocasionalmente	90
4 Parcialmente	209
5 Totalmente	59
Total general	410

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

De acuerdo a las garantías de manera oportuna el acceso a los servicios en salud se tiene que tan solo 12 usuarios afirman que definitivamente nunca han tenido garantías, mientras que para 209 usuarios parcialmente la garantía de acceso a los servicios se da de manera oportuna.

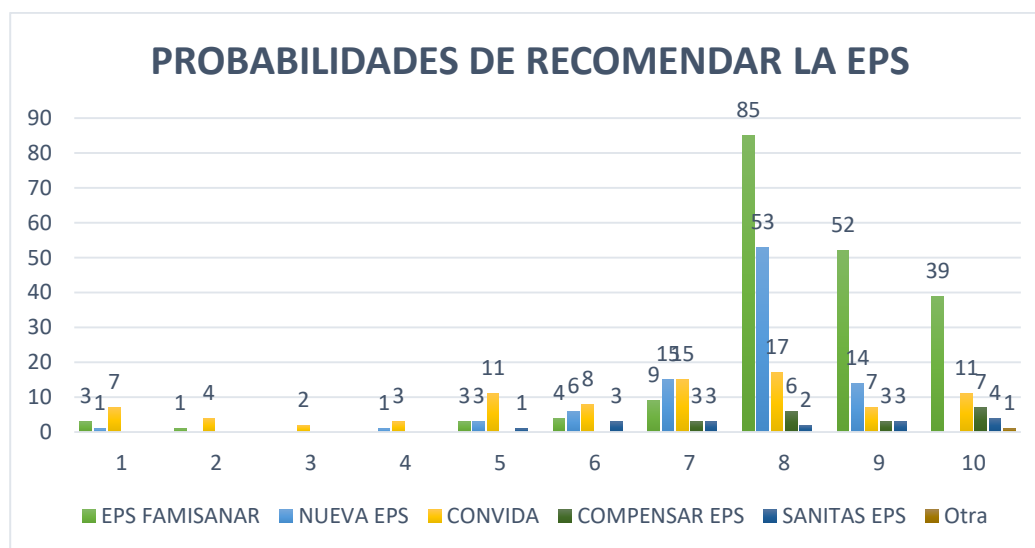
7. ¿La EPS le ha garantizado de manera oportuna el acceso a los servicios de medicina general, odontología, exámenes de laboratorio y citas con diferentes especialidades?



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

En cuanto a las garantías de la oportunidad en el servicio la EPS Famisanar tiene 1 afiliado que indica que definitivamente nunca frente a 115 que indican que parcialmente tienen garantía oportuna del servicio. Para la Nueva EPS, 16 de sus afiliados indican que en muy pocas oportunidades y 29 que parcialmente tienen garantía oportuna del servicio. Para la EPS Convida 11 afiliados indican que definitivamente nunca frente a 38 que indican que parcialmente tienen garantía oportuna del servicio.

8. ¿Con qué probabilidad recomendaría su EPS a un amigo o compañero?



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

De los afiliados encuetados quienes dan más probabilidades de recomendar su EPS son los de Famisanar, seguidos por la Nueva EPS.

9. Sugerencia u observación.

OBSERVACIONES POR EPS	# de usuarios
EPS FAMISANAR	196
no contestan el WhatsApp, y les toca desplazarse hasta la EPS	1
(en blanco)	195
NUEVA EPS	93
(en blanco)	93
CONVIDA	85
agilizar el proceso de autorizaciones	1
agradecida	1
autorizaciones con mucha dificultad	1
autorizaciones demoradas	1
citas con especialista de manera oportuna	1
citas muy demoradas	1
complicaciones a la hora de pedir autorizaciones	1

complicado las citas con especialista, se las asignan en Bogotá y a las 3:00 de la mañana, se les dificulta el traslado.	1
demora en las citas con especialistas	1
demoras en las citas	1
demoras para traslados	1
desorden en la entrega de fichas, no tienen horarios	1
dificultad para comunicarse telefónicamente para pedir las citas	1
el usuario dice que no pertenece a esta EPS	1
entrega de medicamentos incompleta	1
entrega de medicamentos incompletos	1
inconformidad con el horario, largas filas para reclamar los resultados de exámenes	1
inconvenientes a la hora de sacra citas con especialistas	1
la respuestas frente a citas con especialista es que no hay agenda	1
las ordenes salen borrosas y toca repetir el proceso nuevamente	1
le parece el servicio bastante regular, a la hora de dar las citas con especialistas	1
mejora del servicio, demora en la citas, muy mal servicio	1
mejorar el servicio de atención	1
mejoraras del proceso de exámenes de laboratorio	1
mucha demora en papeleos y demasiadas filas	1
muy cogestionado	1
no son oportunas las citas	1
que la citas sean más cercanas.	1
que las ordenes de especialistas sean, en el mismo municipio, puesto que están remitiendo a los pacientes a hospitales fuera de la ciudad de Fusagasugá .	1
revisar el sistema para verificar si en el sistema, el paciente requiere hospitalización.	1
servicio regular	1
(en blanco)	54
COMPENSAR EPS	19
teléfono fijo nunca está en funcionamiento, y lo mismo ocurre con el WhatsApp	1
Se presenta demasiadas fallas en el sistema ,la atención es, muy demorada, la infraestructura es muy pequeña.	1
(en blanco)	17

SANTAS EPS	16
asignación de citas con especialista en la ciudad de Bogotá, no tienen los recursos para desplazarse	1
el usuario inconforme con los horarios de atención y disponibilidad para brindar los servicios.	1
tener acceso a especialistas acá en la ciudad de Fusagasugá, para no tener que trasladarse a Bogotá .	1
(en blanco)	13
Otra	1
Excelente servicio	1
Total general	410

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta realizada.

Los afiliados de la EAPB Convida fueron quienes dieron el mayor número de observaciones frente a la prestación del servicio, las más relevantes son agilizar el proceso de autorizaciones, demora en las citas con especialistas, mejorar el servicio de atención, mejoraras del proceso de exámenes de laboratorio.

8. CONCLUSIONES

- La garantía en la oportunidad del servicio los usuarios refieren en su mayoría que no es completo, el acceso a medicina general, odontología, exámenes de laboratorio y citas con diferentes especialidades.
- La inoportunidad en la entrega de medicamentos y autorizaciones no es una de las preocupaciones para los afiliados ya que la mayoría afirma que es parcialmente oportuno.
- Las observaciones más recurrentes para las EAPB en general son las complicaciones en las asignaciones de citas, el no contar con los especialistas en el municipio ya que se dificulta el traslado a Bogotá.

9. BIBLIOGRAFÍA

- *Manual aseguramiento secretaría de salud código: ma-gs-006 proceso gestión del sistema de salud versión: 02 fecha de aprobación:26/10/2021 recuperado de:*
<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/fmfcgzgmvnzrxmmhwdmnhjmhmjwhnwr?projector=1&messagepartid=0.1>
- *Secretaria de salud página oficial alcaldía de Fusagasugá recuperado de:*
<https://salud.fusagasuga.gov.co/>