

INVESTIGACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE

AUTORIZACIÓN E IMPACTAN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNA IPS

ESPECIALIZADA

YURANI MARCELA CALDERON ALVAREZ

JESSICA VICTORIA QUIÑONEZ JIMENEZ



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD

CALI, COLOMBIA

2026

INVESTIGACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE
AUTORIZACIÓN E IMPACTAN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNA IPS
ESPECIALIZADA

YURANI MARCELA CALDERON ALVAREZ

JESSICA VICTORIA QUIÑONEZ JIMENEZ

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el título de:

Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud

Director:

JORGE IVÁN ORTIZ GARZÓN

MD, MPH, MBA, MSc-RMI | Value Market Access en ADIUM | Profesor en Maestría |

Experto en Modelos Basados en Valor y Negociación Innovadora en Salud

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD

CALI, COLOMBIA

2026

Santiago de Cali, día de mes de año

Doctor (a)

Fabian Osorio Tinoco

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

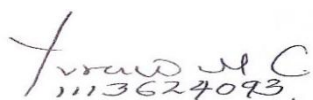
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

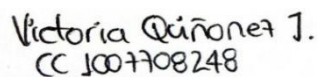
Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Identificación de factores que influyen en el proceso de autorización e impactan la continuidad de la atención en una IPS especializada”.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Nombre y apellido del estudiante
Código o Cédula



Nombre y apellido del estudiante
Código o Cédula

Santiago de Cali, 30 de junio de 2026

Doctor (a)

Fabian Osorio Tinoco
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Identificación de factores que influyen en el proceso de autorización e impactan la continuidad de la atención en una IPS especializada, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: Yurani Marcela Calderon Alvarez, identificada con cedula de ciudadanía 1113624093 y Jessica Victoria Quiñonez Jimenez identificada con cedula de ciudadanía 1007708248 y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

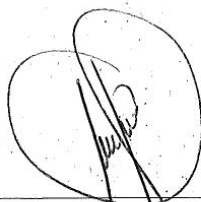
A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'J. Ortiz', with a stylized flourish at the end.

Jorge Iván Ortiz
Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE AUTORIZACIÓN E IMPACTAN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNA IPS ESPECIALIZADA”. Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.

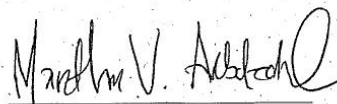


Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Ger. Org. en Salud.



Martha Viviana Arboleda Cano
Jurado



Jorge Iván Ortiz
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 21 de julio de 2026.

Glosario

Atención por evento: Modalidad de contratación y prestación de servicios de salud en la que se paga por cada prestación individual realizada, sin que exista un compromiso explícito de seguimiento longitudinal del paciente.

Autorización de servicios: Trámite administrativo mediante el cual una EAPB autoriza a una IPS la prestación de un servicio, procedimiento o atención solicitada para un paciente.

Fragmentación asistencial: Fenómeno contrario a la continuidad, caracterizado por la desconexión entre diferentes atenciones, niveles de atención o proveedores, lo que resulta en trayectorias incoherentes para el paciente.

Gobernanza en salud: Conjunto de mecanismos formales e informales de coordinación, regulación y toma de decisiones que articulan a los actores del sistema de salud (Estado, aseguradores, prestadores, usuarios) para alcanzar objetivos sanitarios.

Interoperabilidad: Capacidad de dos o más sistemas de información (por ejemplo, el de una IPS y el de una EAPB) para intercambiar y utilizar la información clínica y administrativa de los pacientes de manera oportuna y segura.

Marca blanca: Modalidad de prestación de servicios en la que una IPS actúa como proveedor oculto dentro de otra institución de salud, atendiendo pacientes bajo el nombre y la facturación de esta última, sin visibilidad directa ante el usuario.

Outsourcing en salud: Modalidad contractual en la que una IPS contrata a otra para la prestación de servicios especializados, sin que exista necesariamente una integración clínica o administrativa entre ambas.

PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias): Mecanismo formal mediante el cual los usuarios del sistema de salud manifiestan sus inconformidades, solicitudes o propuestas de mejora frente a los servicios recibidos.

Reproceso: Situación administrativa en la que una solicitud de autorización es devuelta por la EAPB por inconsistencias, falta de información o errores en el diligenciamiento, requiriendo ser reiniciada desde etapas previas.

Reconsulta: Se define como el requerimiento de una nueva valoración en urgencias en un periodo igual o inferior a las 72 horas de la primera valoración por un mismo cuadro clínico, dentro del mismo u otro hospital, y es un indicador de calidad en la atención médica.

Trayectoria asistencial: Secuencia de atenciones, procedimientos, consultas y seguimientos que experimenta un paciente a lo largo del tiempo en relación con una condición de salud específica.

Contenido

INTRODUCCIÓN	17
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	19
2. MARCO DE REFERENCIA	22
2.1 Antecedentes	22
2.2 Estado del arte	24
2.3 Marco teórico	27
2.4 Marco legal	39
3. OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo General	41
3.2 Objetivos Específicos	41
4. METODOLOGÍA	42
4.1 Enfoque metodológico	42
4.2 Tipo de estudio	42
4.3 Población y muestra	43
4.3.1 Población objeto	43
4.3.2 Muestra	43
4.3.3 Criterios de inclusión	44
4.3.4 Criterios de exclusión	44

4.4 Técnicas e instrumentos	44
4.5 Procesamiento y análisis de la información	45
4.6 Consideraciones éticas	46
5. RESULTADOS	48
5.1 Contexto Institucional de la IPS especializada	48
5.2 Análisis contractual de la IPS especializada	48
5.2 Resultados de la revisión de los PQRS	51
5.3 Resultados de la encuesta aplicada a los usuarios	59
5.4 Resultados de revisión de la base de datos de atenciones realizadas	72
5.5 Resultados de la aplicación de encuesta al personal administrativo	79
DISCUSIÓN	89
El análisis está orientado a contrastar los resultados con los planteamientos conceptuales existentes, con el propósito de identificar convergencias, divergencias y aportes relevantes al conocimiento del problema estudiado, Barreras presentes en los procesos administrativos que interfieren con la continuidad de la atención	89
Análisis de las barreras relacionadas con el proceso de autorización que afectan la continuidad de la atención	93
Impacto de la continuidad en la atención sobre la experiencia del paciente en los servicios recibidos	98
CONCLUSIONES	105
Recomendaciones	108

REFERENCIAS.....	116
-------------------------	------------

ANEXOS.....	122
--------------------	------------

Listado de figuras

Figura 1 . Distribución de PQRS por EAPB del paciente	53
Figura 2 . Persona que interpone el PQRS	54
Figura 3 . Medio utilizado para interponer el PQRS	55
Figura 4 . Lugar de procedencia del usuario	60
Figura 5 . EAPB a la que pertenecen los usuarios encuestados	61
Figura 6 . Gestión del proceso de autorización	64
Figura 7 . Realización de una visita o llamada para obtener autorización	67
Figura 8 . Calificación del trato recibido por el personal de la IPS	70
Figura 9 . Número de atenciones por mes - IPS 2025 (Total: 21.233 atenciones)	72
Figura 10 . Distribución de atenciones por servicio especializado	73
Figura 11 . Distribución de atenciones por EAPB- 2025 (Total: 21.157 atenciones) ..	74
Figura 12 . Volumen de consultas por paciente (continuidad de la atención)	75
Figura 13 . Pacientes con orden médica y retorno	76
Figura 14 . Intervalos entre consultas de los pacientes	76
Figura 15 . Continuidad de atención por servicio especializado	77
Figura 16 . Representación gráfica del modelo	115

Listado de tablas

Tabla 1 . Matriz operativa de investigación	45
Tabla 2 . Matriz de contratos de la IPS especializada por tipo, vigencia y cobertura	49
Tabla 3 . EAPB del paciente	52
Tabla 4 . Persona que interpone el PQRS	54
Tabla 5 . Contenido del PQRS	56
Tabla 6 . Medio de respuesta del PQRS	57
Tabla 7 . Lugar de procedencia del usuario	59
Tabla 8 . EAPB a la que pertenecen los usuarios	61
Tabla 9 . Servicio recibido en la IPS	62
Tabla 10 . Frecuencia de asistencia a controles a la IPS	63
Tabla 11 . Claridad de la información recibida	64
Tabla 12 . Tiempo de respuesta para la autorización	65
Tabla 13 . Orientación por parte del personal	66
Tabla 14 . Necesidad de aplazamiento	68
Tabla 15 . Demoras o dificultades en la autorización que pudiesen haber afectado la continuidad del tratamiento	68
Tabla 16 . Costos adicionales del proceso de autorización asumidos por los encuestados	69
Tabla 17 . Satisfacción con la atención recibida en la IPS	70
Tabla 18 . Tipo de orden y retorno	77
Tabla 19 . Número de consultas y tipo de atención	78
Tabla 20 . Cargo de los encuestados	79
Tabla 21 . Área de la que hacen parte los encuestados	80
Tabla 22 . Tiempo de vinculación a la IPS	80

Tabla 23 . Nivel de formación	81
Tabla 24 . Experiencia en procesos de autorización	81
Tabla 25 . Conocimiento sobre la claridad del flujo del proceso de autorización	82
Tabla 26 . Percepción sobre las respuestas oportunas a las solicitudes de autorización	83
Tabla 27 . Efectividad de los canales para resolver inquietudes	83
Tabla 28 . Aparición de reprocesos o devoluciones de autorización	84
Tabla 29 . Afectación de la carga laboral a los procesos de autorización	85
Tabla 30 . Herramientas tecnológicas adecuadas para la gestión y seguimiento de las autorizaciones	85
Tabla 31 . Existencia de intercambio d información entre IPS y EAPB	86
Tabla 32 . Afectación de las demoras y redirecciones en las autorizaciones y la continuidad de la atención	87
Tabla 33 . Apoyo y/o acompañamiento de la coordinación para la resolución de casos complejos	87

Resumen

Los procesos de autorización representan una barrera administrativa crítica que puede fragmentar la continuidad de la atención en instituciones prestadoras de servicios de salud especializadas. Este documento es el resultado de una investigación que identificó los factores administrativos que influyen en la autorización e impactan la continuidad de la atención en una IPS especializada en la ciudad de Cali. Se desarrolló una metodología de enfoque mixto, se analizaron 15 contratos, 21.233 atenciones del año 2025, 264 registros de PQRS correspondientes al período 2025, y se aplicaron encuestas a 150 usuarios y 6 miembros del personal administrativo. Los resultados mostraron que, el 80% de los contratos son por evento; solo el 8,7% de los usuarios reportó que la IPS gestiona la autorización; el 53,4% de los pacientes aparece una sola vez en la base de datos; el 47,56% de quienes reciben orden médica no retorna; el personal administrativo reportó falta de herramientas tecnológicas e interoperabilidad; la satisfacción general con la atención alcanzó el 92,6%. Como conclusión más destacada se resalta el hecho de que existe una transferencia sistemática de la gestión de autorizaciones al usuario, lo que fragmenta la continuidad. Como aporte de la investigación, se propone un Modelo de Gestión por Continuidad Asistencial orientado a transferir la responsabilidad de la autorización desde el usuario hacia la IPS.

Palabras clave: continuidad de la atención; autorización de servicios; barreras administrativas; experiencia del paciente; IPS especializada; gestión en salud.

Abstract

Authorization processes represent a critical administrative gap that can disrupt the continuity of care in specialized healthcare facilities. This document is the result of a study that identified the administrative factors influencing authorization and affecting the continuity of care at a specialized healthcare facility in the city of Cali. A mixed-methods approach was developed; 15 contracts, 21,233 care episodes from 2025, and 264 PQRS records corresponding to the 2022–2025 period were analyzed; and surveys were administered to 150 users and 6 administrative staff members. The results showed that 80% of contracts are event-based; only 8.7% of users reported that the health care providers manages the authorization; 53.4% of patients appear only once in the database; 47.56% of those who receive a medical order do not return; administrative staff reported a lack of technological tools and interoperability; overall satisfaction with care reached 92.6%. The most notable conclusion highlights the fact that there is a systematic transfer of authorization management to the user, which disrupts continuity. As a contribution of the research, a Continuity of Care Management Model is proposed, aimed at transferring the responsibility for authorization from the user to the health care provider.

Keywords: continuity of care, service authorization, administrative barriers, patient experience, specialized IPS, health management.

Introducción

La salud en Colombia como derecho fundamental, reconocido constitucionalmente desde 1991, se materializa a través de un sistema de aseguramiento mixto donde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) articulan la provisión de atención. Pese a que la cobertura del sistema ha superado el 98% de la población (Ministerio de Salud, 2025) y existen desarrollos normativos como la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) que prohíben explícitamente las barreras administrativas, persisten dificultades estructurales que limitan el acceso oportuno y efectivo a los servicios.

Las autorizaciones constituyen uno de los trámites administrativos más críticos en la relación IPS-EAPB. En las investigaciones que han documentado este asunto se muestra el impacto negativo que tiene, por ejemplo, Hernández et al. (2015) encontraron que una proporción significativa de las peticiones, quejas y reclamos ante la Superintendencia Nacional de Salud se relaciona con demoras o negaciones de autorizaciones. Barragan et al. (2011) señalaron que la falta de articulación administrativa entre prestadores y aseguradores genera interrupciones en el seguimiento clínico y baja adherencia a los tratamientos. Más recientemente, De la Hoz Siegler (2016) identificó que los tiempos prolongados de respuesta y las fallas en los canales de comunicación derivan en reprocesos, frustración de los usuarios y discontinuidad en las atenciones. Estas barreras adquieren especial relevancia en IPS especializadas, donde los pacientes suelen requerir seguimiento continuo por condiciones crónicas o complejas.

La continuidad de la atención ha sido teorizada como una propiedad esencial de los sistemas de salud. Starfield (1998) la concibió como un eje estructurador de la atención

primaria, mientras que Haggerty et al. (2003) la definieron como la coherencia y conexión de los servicios a lo largo del tiempo, distinguiendo tres dimensiones interdependientes: relacional, informacional y de gestión. Reid et al. (2002) añadieron que la continuidad no solo es una propiedad objetiva de la organización, sino también una experiencia subjetiva del paciente. Complementariamente, la Teoría de la Gerencia en Salud (OPS, 2010; Provan & Kenis, 2008) explica que la gobernanza, los modelos contractuales y los mecanismos de coordinación institucional determinan la posibilidad de construir trayectorias asistenciales coherentes

La presente investigación buscó responder a la pregunta ¿Cuáles son los factores que influyen en el proceso de autorización e impactan la continuidad de la atención en una IPS especializada?

1. Planteamiento del problema de investigación

La continuidad de la atención se reconoce como un principio fundamental definido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual establece que el acceso a los servicios de salud no debe ser interrumpido por razones administrativas, económicas o de cualquier otro tipo que pueda vulnerar el derecho fundamental a la salud.

No obstante, pese a que el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 3100 de 2019 establecen la calidad y la continuidad como condiciones esenciales que deben garantizar los prestadores de servicios de salud, en la práctica institucional persisten dificultades que impiden materializar plenamente dichos principios. La normatividad fija criterios claros de habilitación y exige procesos asistenciales oportunos y libres de fragmentaciones; sin embargo, el cumplimiento de estos requisitos no asegura por sí mismo una atención continua, pues la operación cotidiana evidencia que la articulación entre las IPS y las EAPB presenta fallas estructurales que afectan directamente el flujo de autorizaciones. Esta desconexión entre el marco normativo y la realidad asistencial se convierte en el punto de partida del presente problema de investigación, en la medida en que las barreras administrativas emergen como un obstáculo recurrente que no solo contraviene lo dispuesto en las normas, sino que termina condicionando la experiencia del paciente y la efectividad de los tratamientos especializados.

Se ha documentado que las barreras administrativas impuestas por las EAPB constituyen uno de los principales obstáculos para garantizar la continuidad de la atención. De acuerdo con Hernández et al. (2015), "Las barreras de acceso a los servicios de salud (SS)

desde las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB), son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados" (p. 1948). En la IPS especializada ubicada en la ciudad de Cali, que cuenta con las condiciones de habilitación necesarias para brindar atención en cardiología, alergología, inmunología y neumología, con frecuencia se presentan casos en los que las EAPB retrasan, redireccionan o niegan las autorizaciones necesarias. Esta situación se ve agravada por la ausencia de una articulación directa y efectiva entre la IPS y las EAPB, ya que dificulta la gestión de las solicitudes y genera retrasos en la atención requerida por el paciente. Además, en muchas ocasiones, las órdenes médicas realizadas por la IPS no son autorizadas directamente para esta institución, sino que son redirigidas a otras entidades, ocasionando que el paciente busque alternativas, lo que genera la interrupción del seguimiento clínico y compromete la continuidad de los tratamientos, impactando de forma negativa tanto la experiencia del paciente como la calidad del servicio.

Sumado a lo anterior, la gestión de los procesos de autorización recae directamente en el paciente, quien debe asumir una carga administrativa adicional. Esta situación puede contribuir a generar baja adherencia o al abandono del tratamiento, dado que las múltiples barreras influyen en la decisión de continuar o no con el proceso de atención. Entre las principales barreras se encuentran el incremento de desplazamientos, gastos económicos adicionales, complejidad y demoras en los trámites, confusiones y desconocimiento por parte del paciente frente al proceso. Esta problemática entre los actores involucrados no solo compromete la calidad del servicio que presta la IPS, sino que también impacta negativamente en la adherencia a los tratamientos, favoreciendo la fragmentación en el cuidado del paciente, disminuyendo su satisfacción y como consecuencia, se vulnera el derecho fundamental a la salud, consagrado en la Constitución Política de Colombia (1991) en sus artículos 48 y 49.

En este contexto, resulta fundamental realizar una investigación que permita identificar los factores administrativos que afectan el proceso de autorización, ya que incurren en la continuidad de la atención, la experiencia del paciente y la eficiencia institucional. Comprender estas barreras fortalecerá la asociación entre la IPS y la EAPB, su análisis se convertirá en una herramienta estratégica para formular decisiones basadas en evidencia, priorizando la calidad y la atención oportuna, pero también permitirá a la organización reducir los tiempos de respuesta, mejorar la adherencia al tratamiento y proporcionar acceso oportuno y efectivo a servicios especializados. En este sentido, nos motiva a formularnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que influyen en el proceso de autorización e impactan la continuidad de la atención en una IPS especializada?

2. Marco de referencia

2.1 Antecedentes

En Colombia, la salud es considerada como un derecho fundamental en la Constitución Política de 1991, el sistema de salud de este país funciona bajo un modelo de aseguramiento mixto, que se encuentra articulado a través de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios y es precisamente esta relación la que define en su gran mayoría el acceso a los servicios de salud y la calidad que estos brindan (Ley 100 de 1993). A lo largo de los años, el Sistema de Salud ha presentado cambios y actualmente ha alcanzado una cobertura que corresponde a más del 98% de la población, según las cifras publicadas por el Ministerio de Salud. (Así Vamos en Salud, 2025). Pero, aún existen diferentes factores que no permiten garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, aunque existen diferentes leyes que reiteran la necesidad de garantizar esta atención, como es el caso de la Ley 1751 de 2015, conocida también como Ley Estatutaria de Salud, la cual establece que ninguna barrera administrativa debe interponerse al goce pleno del derecho a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Es evidente cómo a pesar de todos los avances normativos que ha presentado el país, siguen existiendo brechas que impiden garantizar el derecho de los ciudadanos.

Actualmente, las relaciones entre IPS y EAPB se encuentran mediadas por múltiples trámites administrativos, como la autorización de servicios, que, si no son gestionados de manera correcta y eficiente, se convierten en barreras para la atención en salud. Según el estudio realizado por Hernández et al. (2015), quienes se basaron en los registros de PQRS (Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias) de la Superintendencia Nacional de Salud, evidenciaron diversas limitaciones para el acceso a los servicios de salud y también en la continuidad de los mismos, donde el 34.5% del total de las PQRS corresponden a

restricciones de acceso a los servicios de salud y dentro de estas, el 20.1% se dieron por demora en autorizaciones y el 4.1% por negación de estas. Hernández et al. (2015) confirman que dentro de las múltiples barreras que existen de acceso a los servicios de salud en Colombia, las que afectan la continuidad del servicio son derivadas por autorizaciones, comprometiendo los resultados en salud y ocasionando percepciones negativas en los usuarios.

La existencia de estas barreras se traduce en fallas en la atención del paciente, tal y como lo demuestran estudios como el de Barragan et al., (2011), quienes señalan que, donde la falta de una articulación efectiva entre IPS y EAPB en cuanto a procesos administrativos, principalmente en trámites de autorización, ocasionan interrupciones en la atención y el seguimiento clínico, baja adherencia a los tratamientos, aumentando la posibilidad de presentar complicaciones (Barragan et al. 2011).

A partir de lo anterior, retomando un poco lo que sucede en la IPS donde se realizó la investigación, esta situación toma mayor relevancia dado que en ella se prestan servicios en diferentes especialidades, en la mayoría de casos, los pacientes requieren de un seguimiento. Este punto se puede identificar como un factor crítico que influye en la fragmentación de la atención, afecta la continuidad en la prestación de los servicios de salud y que además tiende a atribuir la carga administrativa en los propios pacientes.

En relación con lo anterior, De la hoz Siegler (2016), en su estudio señala que existen factores que dificultan la eficiencia del sistema en el proceso de autorización, dentro de estos se encuentra las demoras en los tiempos de respuesta y las fallas en los canales de comunicación entre IPS y EAPB, condiciones que se derivan en reprocesos, frustración de los usuarios, discontinuidad en los tratamientos y una experiencia deteriorada en la atención. Frente a este panorama, se hace necesario comprender cómo estos procesos administrativos

afectan tanto la continuidad de la atención, como la experiencia de los pacientes, de tal manera que se pueda aportar evidencia que influya en el fortalecimiento de la articulación entre IPS y EAPB, optimizando procesos operativos y brindando una atención oportuna y centrada en los pacientes.

2.2 Estado del arte

La garantía de la continuidad en la atención de salud es un aspecto fundamental de los sistemas de salud actuales y un indicador de la calidad y eficacia de estos (Haggerty et al. (2003). La continuidad de la atención en el contexto colombiano enfrenta retos significativos debido a la interacción de un conjunto de factores administrativos, clínicos y estructurales que determinan la ruta del usuario en cada uno de los niveles de atención (Montaño Caicedo, 2025).

En concordancia con lo planteado en el anterior párrafo, este apartado es un breve estado del arte que revisa investigaciones recientes para examinar los principales factores administrativos, fundamentalmente aquellos que tienen que ver con el proceso de autorización de servicios, que están condicionando la continuidad de la atención, centrándose en las IPS.

La autorización de servicios de salud ha sido el área donde las dificultades administrativas se muestran de forma más contundente, lo cual afecta directamente la continuidad y el acceso. Para Monzón Castiblanco y Velásquez Ortiz (2023), en su análisis de la Subred Centro-Oriente de Bogotá, la optimización del proceso de autorización de servicios es viable ya que las demoras y las dificultades administrativas van a dar lugar a interrupciones en la atención, insatisfacción por parte de los usuarios y una carga adicional del manejo de las IPS. De ahí que los autores planteen que, los obstáculos administrativos no solo significan demora para el comienzo de un tratamiento adecuado, adicionalmente,

fragmentan el cuidado del paciente, en especial en aquellas personas que, por sus condiciones, requieren intervenciones continuas y especializadas.

El problema de las autorizaciones está directamente relacionado con la gestión del riesgo en salud. Mesa-Melgarejo et al. (2023) analizaron los determinantes de la gestión del riesgo en salud en el régimen subsidiado, encontraron que los procesos administrativos, entre ellos las autorizaciones, son considerados las principales barreras del sistema que limitan la capacidad para garantizar la atención integral y continua. La rigidez de los protocolos y la falta de agilidad administrativa se constituyen así en un factor de riesgo que termina por favorecer la pérdida de seguimiento y perjudicar la salud de los pacientes.

La continuidad de la atención, más que un concepto logístico, es una experiencia del paciente. Jiménez Barbosa et al. (2020) en su investigación sobre el caso del servicio de urgencias de un hospital, obtuvieron como resultado que la continuidad es problemática no solo en cuanto a los recursos disponibles, también en la gestión, ya que no se puede llevar a cabo la etapa de transición de un paciente entre niveles de atención. La falta de una comunicación fluida y de procesos administrativos que sean replicables entre la atención de urgencias y los servicios de seguimiento especializado, causan desconexiones en el proceso de cuidado que pueden llegar a tener consecuencias clínicas en los pacientes, llegando a comprometer su salud.

Esta cuestión fue abordada por Ollé-Espluga et al. (2021) en su estudio cualitativo multicéntrico en América Latina en el cual los pacientes que sufren enfermedades crónicas reconocen la continuidad de la atención como una experiencia continua, donde las barreras administrativas para poder acceder a especialistas o para la autorización de medicamentos y procedimientos son una de las quejas más constantes. La fragmentación de los sistemas se ve

reflejada en los procesos administrativos desconectados, lo cual termina por erosionar la confianza del paciente y dificultan la adherencia a los planes de tratamiento a largo plazo.

Por su parte, Barajas-Lizarazo et al. (2025) en su investigación han abordado esta situación en Colombia, mostrando que una gran proporción de pacientes sufre discontinuidad en la atención, donde gran parte de los problemas sufridos por el paciente tienen que ver con la gestión y administración del servicio, especialmente en los niveles de autorización y referenciación.

La efectividad de la gestión administrativa, especialmente en los procedimientos de autorización, se ve reflejada en la calidad que percibe el usuario. De acuerdo con Beltrán Galindo, Gañan Arcila y Quiroz Valencia (2022) que las esperas en el momento de la atención y el reconocimiento de trámites administrativos burocráticos engorrosos guardan correlación negativa con la satisfacción del paciente del servicio de urgencias, aunque el estudio versa sobre la urgencia, la experiencia inicial es la que da la forma inicial a la percepción del sistema y su posibilidad de garantizar un cuidado continuado y de calidad.

En concordancia con lo anterior, Yépez-Chamorro et al. (2018) señalaron en su investigación que, la calidad percibida guarda estrecha relación con la agilidad y la eficacia de los procedimientos administrativos. La gestión que favorece el acceso y garantiza la continuidad es valorada positivamente, al tiempo que las barreras, los retrasos pueden originar desconfianza e insatisfacción.

Más allá de los procesos que son considerados netamente logísticos, los factores socioculturales interactúan con la gestión administrativa. Baeza-Rivera et al. (2019) demostraron en su investigación que las creencias culturales sobre los médicos y la percepción de discriminación institucional generan impacto en la continuidad de la atención. Una gestión administrativa que se perciba como poco transparente o arbitraria puede

favorecer estas sensaciones de discriminación, motivando a los pacientes al abandono del seguimiento o a buscar alternativas fuera del sistema formal, lo que ocasiona fragmentación en su atención.

Por último, la discusión sobre la continuidad de la atención no puede desligarse de la accesibilidad geográfica y económica a los servicios especializados. Sánchez-Cárdenas et al. (2024) en su investigación analizaron las diferencias geográficas en el acceso a cuidados paliativos en Colombia, evidenciando que las barreras administrativas se suman a las barreras físicas. En regiones alejadas, un proceso de autorización lento o ineficiente puede significar la diferencia entre recibir o no una atención especializada oportuna, convirtiendo un problema administrativo en una barrera de acceso insuperable.

2.3 Marco teórico

Este capítulo desarrolla el marco teórico que guía la investigación, para ello es necesario empezar planteando que se debe entender y asumir la existencia de una fragmentación de los sistemas de salud como un fenómeno estructural que afecta a la coherencia en las trayectorias del cuidado (Jaime, 2016). Con el propósito de explicar el problema desde una perspectiva integral se articulan de manera coherente la Teoría de la Continuidad de la Atención y la Teoría de la Gestión en Salud, debido a que resultan complementarias. Mientras que la primera permite entender cómo se experimenta la continuidad o discontinuidad en el tiempo (Starfield, 1998), la segunda permite considerar las condiciones organizativas y de gobernanza que la producen (World Health Organization (2007, 2010). A partir de este recorrido se lleva a cabo una lectura integral que sustenta teóricamente la investigación.

La Teoría de la Continuidad de la Atención se constituye en un paradigma explicativo que permite extender el carácter de la continuidad o la fragmentación de las trayectorias

asistenciales a través del tiempo, además de ser una categoría que intenta explicar cómo se desarrolla la atención y calidad de la asistencia en los sistemas de salud, esto debido a que no se puede medir solo con indicadores de efectividad clínica o acceso, hace falta abordar asuntos que sostienen estructuralmente dichos sistemas para lograr asistir de manera integral y prolongada a los usuarios (Starfield, 1998). De manera que, la continuidad no puede ser vista como un añadido no deseado, más bien se debe asumir como una propiedad de la organización que expresa la forma de articulación de las relaciones clínicas, de los flujos informacionales y de los mecanismos de coordinación institucional.

De acuerdo con lo anterior, el desarrollo teórico inicial que puede considerarse clave en esta explicación acerca de la atención y continuidad dentro de los sistemas de salud es con los planteamientos de Barbara Starfield quien consideró que la continuidad, junto con la integralidad, la coordinación y el primer contacto, como las características esenciales de la atención primaria. La continuidad longitudinal para Starfield (1998) es la condición que da lugar a que la atención primaria pueda ser el eje estructurador del sistema y, en consecuencia, al conocimiento acumulativo del paciente, la posibilidad de anticipar los riesgos, y la progresiva adaptación del cuidado. En este sentido, la continuidad debe ser entendida como un lazo en el tiempo que articula el contenido de las decisiones clínicas en el seno de una trayectoria lógica y coherente, razón por la cual no puede ser vista como un proceso en el que solamente se repiten consultas.

La teoría se vuelve más precisa analíticamente gracias a la sistematización propuesta en su momento por Haggerty et al. (2003), quienes definieron la continuidad como aquello que permite considerar los servicios de salud como conectados con coherencia a lo largo del tiempo. Esta definición incorpora un matiz clave, en la continuidad se entrelazan lo estructural y la experiencia. Haggerty et al., (2003) conceptualizan la continuidad bajo tres dimensiones interdependientes, relacional, informacional y de gestión, que permiten operar el

constructo sin fragmentar la definición. La continuidad relacional tiene el centro de mira en la estabilidad de la relación terapéutica; la informacional, en la utilización y disponibilidad de la información clínica acumulada; la de gestión, en la organización coordinada de servicios a lo largo de diferentes niveles asistenciales.

Cada una de estas dimensiones capta aspectos distintos pero complementarios de la experiencia del paciente y el proceso de gestión organizacional. Se considera continuidad relacional la conexión directa que nace y se mantiene entre el paciente y los profesionales del servicio de salud, parte y contraparte del proceso asistencial, favoreciendo la confianza recíproca, la comunicación directa entre ambos, la comprensión individual de las necesidades y la comprensión mutua.

La continuidad informacional se ajusta a la descripción anterior. Debe de contemplar la disponibilidad y utilización en el tiempo adecuado de la información clínica acumulada. La historia clínica, los registros de laboratorio, las notas de evolución y los planes terapéuticos constituyen insumos importantes para tomar decisiones bien fundamentadas, incluso si no ha habido un contacto previo entre el profesional y el paciente. La no disponibilidad de la continuidad informacional puede dar lugar a errores de diagnóstico, retrasos en la atención o pérdida de coherencia en el seguimiento de procesos crónicos o complejos (Haggerty et al., (2003).

La dimensión que, en la línea de esta investigación presenta más importancia es la continuidad relacionada con la gestión. La continuidad de gestión está relacionada con la coordinación de servicios a través del tiempo y niveles de atención. Esta dimensión responde a que los procesos administrativos, clínicos y organizativos funcionen de forma integrada, y se conviertan en un indicador de desempeño organizacional importante. La fragmentación de un sistema puede dar lugar a la separación entre aseguradores, prestadores y niveles de atención, de tal forma que la coordinación entre ellos no facilite la atención o la

administración, es más, pueden presentarse barreras administrativas, duplicidades e ir incluso más allá de la experiencia del paciente (Haggerty et al., 2003).

En relación con lo expuesto anteriormente, se ha planteado que, es posible sustentar la importancia de la continuidad de la atención cuando aparece en situaciones clínicas muy evidentes, como la atención de patologías crónicas, donde la articulación de atención primaria, especialidades hospitalarias y servicios de apoyo evitan descompensaciones con sus respectivas hospitalizaciones y ausencia del seguimiento. En un contexto de aseguramiento fragmentado, el proceso de autorización, la prevención y la contrarreferencia pueden convertirse en problemas, sobre todo cuando se alinean a lo que es la lógica clínica. Las demoras en la autorización, la ambigüedad en las responsabilidades, la falta de mecanismos formales de comunicación contribuye a trayectorias fragmentadas.

La continuidad de la atención permite construir configuraciones organizacionales donde se integren los procesos clínicos y las condiciones administrativas. Los factores administrativos como la autorización, protocolos, flujos de información no deben considerarse como acciones sueltas sino como expresiones estructurales de gobernanza que determinan la continuidad de la atención. La gestión de estos aspectos hace que la trayectoria asistencial fluya, por el contrario, si no se gestionan estos aspectos la trayectoria asistencial se interrumpe, lo cual tendrá efectos sobre la calidad, la seguridad y la equidad de la atención, pues no se produce la arquitectura necesaria para atender con continuidad.

La dimensión de gestión cobra especial atención en sistemas caracterizados por la segmentación institucional, donde existen múltiples agentes que participan en la provisión del cuidado, en estos contextos la continuidad no depende solamente del compromiso profesional sino de la existencia de un conjunto de mecanismos formales que integren los procesos administrativos, financieros y clínicos. La teoría señala que cuando tales estructuras no están

suficientemente articuladas la trayectoria asistencial se fractura, impactando la calidad y la seguridad del cuidado.

La conceptualización de la Teoría de la Continuidad de la Atención fue abordada y ampliada por Reid et al. (2002) quienes atendieron de forma explícita la confusión del uso del término “continuidad” en la literatura sobre sistemas de salud. Su aportación consistió en sistematizar los múltiples significados que se le ha dado al concepto, exponiendo claridad conceptual que delimitara continuidad longitudinal, continuidad interpersonal y continuidad de coordinación. Esta delimitación fue la ocasión para limitar la construcción teórica y potenciar su operatividad empírica.

Esta integración permite plantear que la continuidad es una propiedad emergente del sistema de salud, debido a que resulta de la interacción entre estructuras formales, prácticas clínicas y percepciones subjetivas. No se trata simplemente de estabilidad profesional o conectividad administrativa, se trata de la coherencia sistémica.

Reid et al. (2002) argumentan que la continuidad no es reducida a la simple frecuencia de contacto con un mismo proveedor, sino que debe entenderse como la percepción de coherencia y conexión entre los eventos asistenciales a lo largo del tiempo. De este modo, incluyen con más fuerza la dimensión experiencial como componente constitutivo de la teoría. La continuidad no es una cuestión relacionada únicamente con una propiedad organizativa objetiva, más bien se trata de una experiencia subjetiva de integración.

Este enfoque es especialmente pertinente para sistemas desarticulados, donde pueden existir sistemas de referencia y contrarreferencia estructurada de un buen modo, pero que no se traducirían en coherencia vivida por el paciente. Reid et al. (2002) enfatizan el hecho de que la continuidad de la coordinación es especialmente dependiente de la coordinación diferentes servicios al mismo tiempo, es decir, no se trata de solo de la existencia de

protocolos administrativos. Esta precisión potenciará la dimensión de gestión al asociarla con la vivencia del usuario.

En esta misma línea teórica, la fragmentación asistencial podrá ser interpretada como el testimonio de las desalineaciones estructurales. Al no existir mecanismos de referencia y contrarreferencia de modo, retrasos en las peticiones de autorización, la discontinuidad en los contratos o inexistente interoperabilidad informacional son testimonio organizacional en transformación, lo cual puede afectar la continuidad de gestión a corto plazo. La teoría permite entender ver cómo decisiones concretas de carácter institucional se traducen en trayectorias de cierta forma fragmentadas.

La Teoría de la Continuidad de la Atención también incluye una dimensión normativa asociada a la justicia distributiva. Starfield (1998) resaltó el hecho de que los sistemas con un componente muy marcado de continuidad longitudinal tendrían mejores resultados en justicia distributiva. La falta de continuidad estaría asociada de forma más perjudicial a los sujetos sin capacidad para navegar institucionalmente, lo cual pondría de relieve las desigualdades ya presentes. La continuidad se convierte en un indicador indirecto de justicia en el ámbito sanitario.

Otro de los aspectos relevantes es la parte que genera la continuidad y seguridad del paciente. La duplicación de procedimientos, la pérdida de información clínica y la falta de seguimiento de la terapia, estos no son fenómenos que ocurren de manera aislada, más bien son considerados como una consecuencia de discontinuidades estructurales. Esta teoría plantea que la coherencia en la gestión de servicios disminuye los riesgos clínicos y optimiza el uso de los recursos, poniendo en relación la calidad y eficiencia a partir de una lógica longitudinal (Starfield, 1998).

Para operativizar el desarrollo de más investigaciones y evaluaciones sobre la teoría de la continuidad de la atención en los sistemas de salud, Haggerty et al. (2003) diseñaron un

modelo de continuidad del cuidado en el que se deben añadir medidas objetivas como la frecuencia de las visitas, los tiempos de autorización y el número de remisiones desde un modelo subjetivo basado en las vivencias de los pacientes. Este enfoque mixto permite captar la complejidad del fenómeno y mostrar que la continuidad del cuidado depende de la organización, de los contratos y de la gestión, la interacción entre dichas formas de actuar es determinante para que un sistema sea capaz de ofrecer trayectorias coherentes en su atención centrada en el paciente.

La continuidad de la atención es un concepto con varias dimensiones que considera tanto las relaciones como la información y la gestión de la atención. En sistemas de atención fragmentados, la continuidad de gestión es la dimensión más importante, al igual que la continuidad de la atención, la experiencia del paciente o la equidad del sistema también lo son. Starfield (1998), Reid et al. (2002) y Haggerty et al. (2003) ofrecen un marco conceptual robusto para explicar estos procesos de tal forma que permiten estudiar los encuentros clínicos, como los vínculos de la organización con las cuestiones administrativas que sustentan la continuidad en el tiempo.

Comprender la continuidad de la atención desde la dimensión de gestión es asumir que los procesos administrativos, organizativos y contractuales no son componentes periféricos del sistema, más bien son elementos estructurales que dan forma al curso asistencial. Así, la gerencia en salud puede entenderse como el tejido institucional que organiza recursos, establece las reglas de la coordinación y determina los procedimientos que unifican a los distintos actores del sistema. No es sólo administrar servicios, es crear las condiciones organizativas que hagan posible la continuidad del cuidado en el tiempo.

La Teoría de la Continuidad de la Atención es, desde el punto de vista epistemológico, una teoría sustantiva de nivel intermedio capaz de explicar cómo la organización de un sistema de salud impacta la experiencia de atención a lo largo del tiempo, su fuerza radica

precisamente en articular dimensiones relacionales, informacionales y organizacionales, constituyendo un marco integrador que enlazará estructura y experiencia, al tiempo que permite explicar la continuidad atendiendo a una propiedad emergente del sistema y no exclusivamente a una propiedad interpersonal. Esta condición la convierte en un eje explicativo esencial en la consideración de sistemas fragmentados (Haggerty et al., 2003). La descripción del contexto de la investigación pone también el acento en la continuidad de la gestión, a partir del cual se hace visible la articulación entre las decisiones organizacionales y la experiencia del paciente, lo que nos permite identificar el punto de conexión con la Teoría de la Gerencia en Salud.

En conclusión, la Teoría de la Continuidad de la Atención explica la continuidad como fruto de la interacción entre estructuras organizativas, prácticas clínicas y experiencia subjetiva. En sistemas fragmentados, la dimensión de la gestión es la que cobra centralidad, dado que es en ésta donde se concreta la conexión o desconexión entre decisiones institucionales y trayectoria asistencial.

Una vez entendida la continuidad de la atención como una característica estructural del sistema de salud, se requiere profundizar en el análisis de las condiciones institucionales que facultan o limitan dicha articulación. A este nivel, la Teoría de la Gerencia en Salud se configura como el marco analítico para el examen de los procesos administrativos, contractuales y organizativos que inciden en la coordinación entre actores, niveles y servicios. En esta línea, autores como Carnota Lauzán (2013) plantean que la gerencia en salud es una disciplina que, aunque relativamente joven, se fundamenta en las particularidades de los sistemas y servicios de salud, los cuales requieren una conducción con conceptos y modos de actuar específicos, distintos a los de otros sectores. Este aspecto no se considera una simple administración operativa de los recursos, sino que es un cuerpo explicativo que busca

comprender cómo las configuraciones institucionales, los dispositivos de coordinación y los arreglos de gobernanza determinan el funcionamiento del sistema.

La Teoría de la Gerencia en Salud representa un dominio de reflexión que da cuenta de cómo las decisiones organizativas, los modelos de gestión y los mecanismos de coordinación constituyen la dinámica de los sistemas de salud. En esta línea, se ha definido la gerencia de servicios de salud como la disciplina encargada de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos y procesos de una organización sanitaria para garantizar una atención de calidad (Universidad de San Martín de Porres, 2026). Más allá de su dimensión técnica o administrativa, esta conceptualización supera las miradas meramente orientadas hacia el uso eficiente de presupuestos, para considerar la gestión como un elemento estructural que interfiere en la coherencia del cuidado, en la eficiencia del sistema y en la calidad de este.

En los sistemas marcados por una elevada segmentación institucional y multiplicidad de actores, la gerencia en salud es determinante para la construcción de trayectorias asistenciales coherentes o fragmentadas. Todo lo que tenga que ver con los procesos de autorización, los componentes de las contrataciones entre aseguradores y prestadores, la gestión de las redes de servicios y los tiempos de respuesta no sólo interfieren en la eficiencia de la organización, sino que estructuran las posibilidades reales de continuidad del cuidado. En ese sentido, la fragmentación no puede ser abordada exclusivamente como un problema clínico o comunicacional, sino como el resultado de decisiones organizativas con efectos en la articulación longitudinal del sistema (Ocampo Rodríguez, 2013).

Teniendo en cuentas las afirmaciones, se puede plantear que, la Teoría de la Gerencia en Salud explica el porqué de las discontinuidades identificadas por la Teoría de la Continuidad de la Atención. Mientras que la segunda describiría las manifestaciones de la continuidad o de la discontinuidad a lo largo de la experiencia asistencial, la gerencia en salud daría cuenta de las condiciones estructurales que la producen. De esta forma, la

conexión de ambas teorías haría posible una interpretación sistémica de los sistemas preparados para dar respuesta a la asistencia, dificultando su desintegración e integrando nivel organizacional y experiencia del paciente en un mismo plano analítico.

La gerencia en salud se equipará con el término de gobernanza. Los marcos de fortalecimiento de sistemas de la World Health Organization (2007, 2010) identifican el liderazgo, la regulación y la capacidad para coordinar como las columnas vertebrales del desempeño en salud. La gobernanza es la elaboración de arreglos formales, unificados por los incentivos, seguridad de los papeles de los actores y mecanismos de control y evaluación de forma explícita para prevenir la fragmentación, la continuidad, la eficiencia y la equidad. La ausencia de estos elementos propicia el debilitamiento de la continuidad de la gerencia.

La gerencia sirve, entonces, de intermediaria entre la normativa instituida y la práctica cotidiana de los servicios. Las decisiones sobre la asignación de recursos, el diseño de portafolios, la configuración contractual, la arquitectura informacional, la definición de las rutas de asistencia determinan la manera en que los pacientes van avanzando entre los diferentes niveles de atención. La coherencia organizacional no proviene de la práctica clínica, sino que proviene de aquellas estructuras que han sido diseñadas para gestionar las interdependencias complejas y articular reglamentación, financiación y provisión de los servicios (Castell-Florit, Serrate 2017).

En contextos donde existe una proliferación de actores como aseguradores, prestadores y operadores contractuales, la coordinación interorganizacional se convierte en un reto estructural. La gobernanza de las redes, tal como lo analizan Provan & Kenis (2008), evidencia que la efectividad de estas depende de la claridad en la definición de roles de composición, de una adecuada distribución de autoridad y de la disponibilidad de mecanismos formales de coordinación. En este sentido, la gerencia no ejerce el control

jerárquico absoluto, sino que gestiona la interdependencia institucional a través de acuerdos estables y estructuras explícitas de articulación.

El enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud promovido por la Organización Panamericana de la Salud (2010) refuerza esta lógica ya que sostiene que la integración funcional y clínica necesita de herramientas gerenciales concretas, entre ellas la planificación territorial, adscripción poblacional evaluación conjunta, alineación contractual, etc. Estas herramientas no son dispositivos administrativos de segunda importancia, sino que son dispositivos estructurales que quieren reducir la fragmentación. En este sentido, la continuidad de la gestión deja de ser un resultado eventual para convertirse en un objetivo expreso de organización sistemática.

Otro de los puntos a tener en cuenta está en el alineamiento de los incentivos. Los modelos de financiación y de contratación afectan directamente a la acción organizativa. Los modelos de financiación y de contratación que dan prioridad a los objetivos parciales o resultados fragmentados pueden dar lugar a inducir prácticas que despojen de sentido a la integración asistencial. Por el contrario, modelos de contratación orientados a la población y a los trayectos integrales promueven decisiones alineadas con la continuidad asistencial/continuidad de los cuidados. De este modo, la gerencia es considerada el espacio estratégico donde confluyen objetivos clínicos, administrativos y financieros (Repullo Labrador & Freire Campo, 2024).

La dimensión informacional constituye, asimismo, un eje estructural. La interoperabilidad de sistemas, la estandarización de registros, la circulación oportuna de datos clínicos son decisiones de tipo gerencial que inciden en la posibilidad de coordinar. Cuando los sistemas administrativos y clínicos no pueden interconectarse, se incurre en demoras, duplicaciones y pérdida de rastro que incide en la eficiencia y en la calidad del cuidado. La

fragmentación administrativa termina comprometiendo la experiencia del paciente y el desempeño de la red (Solís et al., 2024).

La estabilidad organizacional también es clave. Una variable contractual y la alta rotación del talento humano y la falta de acuerdos duraderos deterioran la coherencia institucional. En términos de gobernanza en red, la sostenibilidad de la coordinación organizacional depende de estructuras claras de autoridad y de compromisos inter-institucionales duraderos. La falta de ellos convierte la continuidad de gestión, por no decir el proceso de cuidado, en algo contingente, en algo que depende de esfuerzos individuales aislados (Colino et al., 2025).

Desde una orientación normativa, la gerencia también adopta un carácter ético asociado a la justicia distributiva, la fragmentación organizacional tiene un impacto desproporcionado en ciertas poblaciones con menores capacidades para interpretar y navegar por el sistema. Los marcos de políticas internacionales sobre la gobernanza para el fortalecimiento de los sistemas han puesto de manifiesto que una buena gobernanza ayuda a reducir las desigualdades en el acceso a los servicios integrados o en el cuidado por ajustes en la coordinación y la adecuación (etc) de servicios generadores de beneficios en la salud (WHO, 2007). En esa dirección, la continuidad en la gerencia puede ser entendida como un indicador indirecto de justicia distributiva.

En conclusión, el vínculo entre la Teoría de la Continuidad y la Teoría de la Gerencia en Salud permite entender la fragmentación no solo como una experiencia asistencial o una experiencia de discontinuidad de asistencia, sino como un producto de perfiles institucionales característicos, continuidad de la asistencia permite introducir el enfoque de la coherencia longitudinal del cuidado, la gerencia permite introducir la mirada a las estructuras y decisiones que la componen. Así, la integración de (Teoría de la Continuidad y la Teoría de la Gerencia en Salud) no es en forma jerárquica, sino que es complementaria y posibilita un

marco explicativo que incluye la experiencia de la asistencia, la arquitectura institucional y la gobernanza en salud.

Teniendo en cuenta lo planteado hasta aquí, la presente investigación propone una integración conceptual entre la Teoría de la Continuidad de la Atención y la Teoría de la Gerencia en Salud, configurándose como una propuesta explicativa que trasciende su análisis aislado. La continuidad permite analizar la coherencia o fragmentación de la trayectoria asistencial, mientras que la gerencia en salud explica las configuraciones estructurales que la producen. Esta integración no constituye una unión conceptual, se trata más bien de una construcción analítica que conecta experiencia asistencial, arquitectura institucional y gobernanza sanitaria dentro de un mismo marco sistémico.

2.4 Marco legal

Dentro de las leyes que se relacionan directamente con el tema de investigación se encontró la Constitución Política de 1991 que en su artículo 49 reconoce el derecho universal a la salud y la corresponsabilidad del Estado para que sea efectivo, al igual que los ciudadanos.

La siguiente es la Ley 1751 de 2015, en la que se propone como principal objetivo garantizar el derecho fundamental a la salud, para lo cual se regula y establecen los mecanismos para protegerlo; se delimitan aspectos como el acceso a servicios de salud oportunamente, de manera eficaz y con calidad para su preservación, mejoramiento y promoción de la salud. Adicionalmente, se menciona que es el Estado quien debe adoptar las políticas para que se asegure la igualdad tanto en el trato como las oportunidades en relación con las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todos los ciudadanos cuando lo requieran.

La siguiente norma es el Decreto 780 de 2016 señalado como Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en Colombia, en el cual se compilan y

simplifican las normas que orientaban las actividades del sector salud, al tiempo que regula la afiliación al SGSSS, la forma como deben operar las EAPB /IPS, el sistema de calidad, el régimen contributivo y la gestión de los recursos financieros destinados a la salud.

La Resolución 3100 de 2019 en la que se definió procedimientos y condiciones para la inscripción de prestadores de servicios de salud y la manera como deben habilitarse los servicios de salud, además de adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Finalmente, se promulgó el Decreto 1599 de 2022 se establecieron lineamientos para fortalecer la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, con el propósito de garantizar el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud, buscando reducir las brechas que existen en el acceso, promoviendo un modelo de atención centrado en las necesidades reales de las personas, con enfoque diferencial de acuerdo con el contexto poblacional.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Analizar los principales factores administrativos que influyen en el proceso de autorización e impactan en la continuidad de la atención en una IPS especializada.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las barreras presentes en los procesos administrativos que interfieren con la continuidad de la atención.
- Analizar las barreras relacionadas con el proceso de autorización que afectan la continuidad de la atención.
- Evaluar el impacto de la continuidad en la atención sobre la experiencia del paciente en los servicios recibidos.

4. Metodología

4.1 Enfoque metodológico

El estudio adoptó un enfoque mixto cuantitativo y cualitativo donde se abordará la problemática desde una perspectiva integral, ya que esta elección permitió comprender el contexto de la situación, describiendo los procesos administrativos, identificando las barreras institucionales y explorando la percepción de los pacientes sobre la continuidad de la atención.

4.2 Tipo de estudio

El estudio adoptó un diseño descriptivo y retrospectivo, que permitió analizar la información obtenida durante un periodo específico, con el fin de caracterizar los procesos de autorización y su relación con la continuidad de la atención y la experiencia del paciente. El enfoque descriptivo facilitó la identificación y clasificación de las principales barreras administrativas, mientras que el componente retrospectivo permitió analizar tanto la información documental como las percepciones de los usuarios respecto a la atención.

La recolección de información comprendió la revisión de bases de datos y registros de PQRS correspondientes al periodo de enero a diciembre de 2025, incluyendo únicamente aquellos que se relacionaban directamente con pacientes que hayan requerido procesos de autorización para citas o procedimientos. A partir de esta información se analizaron los procedimientos solicitados y la continuidad de los tratamientos, lo que permitió identificar posibles fallas existentes en el proceso de atención. También, se aplicaron encuestas a pacientes atendidos entre agosto de 2025 y enero de 2026, con el objetivo de ampliar y comparar la información institucional con la percepción de los usuarios respecto a la continuidad de la atención. En los casos que el paciente no pudo participar directamente, se permitió la participación voluntaria de cuidadores, únicamente a partir de agosto de 2025.

Además, se aplicaron encuestas al personal administrativo involucrado en los procesos de autorización para obtener una visión más amplia del proceso. Las encuestas diseñadas y aplicadas a los usuarios y el personal administrativo no se les hizo validación con expertos por considerarlas solo como una estrategia que permitiera ampliar la información que ya se había revisado en las bases de datos (ver anexos 1 y 2).

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población objeto

La población objeto incluyó pacientes atendidos en la IPS especializada ubicada en la ciudad de Cali, que gestionaron procesos de autorización para los servicios prestados y solicitados en esta, ante alguna Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) durante el periodo de análisis. También se consideró la participación de cuidadores, en los casos que fue necesario. Así mismo la conformó el personal administrativo de la IPS que se encontraba involucrado en el proceso de autorización.

4.3.2 Muestra

Se trabajó con la totalidad de las atenciones registradas en la base de datos suministrada por la IPS, correspondiente al año 2025. Dicha base de datos, extraída de las historias clínicas del sistema de información de la institución, comprendió un total de 21.233 consultas realizadas por todos los pacientes atendidos durante el período analizado. En consecuencia, el análisis cuantitativo se realizó sobre el universo completo de registros disponibles, lo cual permitió obtener resultados con mayor representatividad y precisión estadística, sin necesidad de aplicar criterios de muestreo aleatorio. Adicionalmente, se incluyó una muestra intencional de 150 usuarios encuestados, seis funcionarios administrativos involucrados directamente en los procesos de autorización, seleccionados con base en su rol, conocimiento y experiencia institucional.

4.3.3 Criterios de inclusión

Fueron incluidos en el estudio los pacientes mayores de edad, afiliados a una EAPB, que hayan gestionado un proceso de autorización durante el periodo establecido. Igualmente, se incluyeron a los cuidadores de pacientes, únicamente cuando el paciente no podía participar directamente y se hizo siempre que existiera una aceptación voluntaria de participar, se les aplicó, solo las encuestas a partir de agosto de 2025. También hicieron parte del estudio los integrantes del personal administrativo de la IPS que tenga conocimiento en los procesos de autorización, como el líder de atención al usuario, el coordinador administrativo, y técnicos administrativos.

4.3.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio los pacientes que gestionaron procesos de autorización por fuera del periodo establecido (enero de 2025 a enero de 2026), así como aquellos cuya atención no presentó interrupciones o dificultades en el proceso de autorización. También se excluyeron los funcionarios administrativos que no estén directamente involucrados en la gestión o supervisión de los procesos de autorización.

4.4 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de información se utilizaron dos técnicas: la revisión documental y la encuesta. Mediante la revisión documental se accedió a tres fuentes institucionales: los contratos vigentes de la IPS, analizados por tipo, vigencia y cobertura a partir de los documentos facilitados por la institución; la base de registros de PQRS correspondiente al periodo enero a diciembre de 2025, que permitió identificar barreras administrativas e institucionales en los procesos de autorización; y la base de datos de atenciones del mismo periodo, suministrada por la IPS, con el registro completo de las consultas realizadas durante ese año.

Mediante la técnica de encuesta se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario estructurado dirigido a usuarios de la IPS, aplicado de manera presencial, cuyas respuestas fueron organizadas en una base de datos en Excel; y un cuestionario estructurado dirigido al personal administrativo, aplicado individualmente a seis funcionarios seleccionados por su vinculación directa con los procesos de autorización (ver tabla 1).

Tabla 1. *Matriz operativa de investigación*

Técnica	Instrumento	Objetivo del instrumento
Revisión documental	Contratos IPS especializada	Analizar tipo, vigencia y cobertura de los contratos vigentes entre la IPS y las entidades contratantes
Revisión documental	Bases de datos de atenciones	Analizar patrones de continuidad, retorno de pacientes y distribución de atenciones por EAPB y servicio durante el año 2025
Revisión documental	Formato de análisis de PQRS	Identificar barreras y procedimientos institucionales
Encuesta	Cuestionario estructurado dirigido a pacientes	Analizar experiencia del paciente, adherencia, y EAPB responsable
Encuesta	Cuestionario estructurado dirigido al personal administrativo	Recolectar información del personal administrativo sobre el proceso de autorización

Nota. Fuente elaboración propia.

4.5 Procesamiento y análisis de la información

El estudio se desarrolló en varias fases. Inicialmente, se gestionó el aval institucional ante la IPS, para posteriormente diseñar y validar los instrumentos de recolección de datos, incluyendo una prueba piloto aplicada a cinco pacientes y un funcionario administrativo para garantizar claridad de los cuestionarios.

La recolección de información incluyó la revisión de bases de datos de pacientes que requirieron autorizaciones entre enero y diciembre de 2025; revisión documental de registros de PQRS durante el mismo periodo, aplicación de encuestas presenciales a pacientes o cuidadores atendidos entre agosto de 2025 y diciembre de 2025; y la aplicación de un

cuestionario dirigido al personal administrativo involucrado en el proceso de autorización. Posteriormente, se organizó y analizó la información obtenida a través de las bases de datos, entrevistas y comentarios. Los datos derivados de cuestionarios y PQRS se procesaron en el programa Excel. Finalmente, se realizó una interpretación conjunta de los resultados, teniendo en cuenta la información institucional como la percepción de los pacientes y se socializaron los hallazgos del estudio, con el fin de aportar evidencia que direcciona a la mejora de sus procesos administrativos y de atención.

4.6 Consideraciones éticas

Esta investigación se clasifica sin riesgo, conforme al artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993, dado que la recolección de información se realizó exclusivamente mediante la aplicación de encuestas estructuradas, sin que en ningún caso se llevara a cabo intervención terapéutica, clínica, diagnóstica o de cualquier otra naturaleza sobre los participantes. La participación se limitó estrictamente a responder preguntas relacionadas con su experiencia frente a los procesos de autorización de servicios de salud, sin que existiera ningún contacto de tipo asistencial entre las investigadoras y los participantes en el marco de este estudio. Se aplicó consentimiento informado para el personal administrativo, en formato físico, el cual explicó: los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación, la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna, la confidencialidad de los datos recolectados, y la ausencia de riesgos derivados de la participación.

No se recolectó información sensible como diagnósticos clínicos, nombres completos ni datos que pudieran permitir la identificación individual de los participantes. La población no fue considerada vulnerable, ya que estuvo compuesta por adultos en pleno ejercicio de su autonomía, cuya participación no comprometió su salud ni su integridad emocional. Con el propósito de garantizar la no coacción de los participantes, se aclaró de manera explícita que su decisión de participar o no en el estudio no tendría ninguna incidencia sobre la atención

que reciben en la IPS. Se garantizó la confidencialidad mediante la custodia segura de los datos y su almacenamiento, con acceso exclusivo de las investigadoras.

5. Resultados

5.1 Contexto Institucional de la IPS especializada

La IPS se encuentra ubicada en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia. Fue fundada con el propósito de ofrecer atención especializada y de alta calidad en las áreas de cardiología, neumología, alergología e inmunología, respondiendo a la necesidad de servicios especializados en la región. Desde su creación, la institución ha consolidado su trayectoria como prestador de referencia en el suroccidente colombiano, estableciendo alianzas contractuales con las principales Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e instituciones de alta complejidad de la región.

A lo largo de su historia, la IPS especializada ha ampliado progresivamente su portafolio de servicios, incorporando consulta especializada ambulatoria, diagnóstico cardiovascular no invasivo, atención en fisiatría y fisioterapia respiratoria, así como servicios de pediatría y cardiología pediátrica. Esta expansión le ha permitido posicionarse como una IPS de referencia en el Valle del Cauca, atendiendo una población proveniente tanto de Cali como de municipios aledaños del departamento. Durante el año 2025, la institución registró un total de 21.233 atenciones distribuidas en doce servicios especializados, evidenciando su relevante capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población afiliada a sus entidades contratantes.

5.2 Análisis contractual de la IPS especializada

Con el fin de comprender los factores administrativos que inciden en el proceso de autorización y su impacto sobre la continuidad de la atención, se realizó una caracterización de los contratos vigentes entre la IPS especializada y sus principales clientes (EAPB e instituciones aliadas).

Tabla 2. *Matriz de contratos de la IPS especializada por tipo, vigencia y cobertura*

EAPB / Cliente	Tipo de Contrato	Vigencia / Fecha	Cobertura o alcance	Observaciones
Nueva EPS	Por evento	1 año con renovación automática	Atención ambulatoria y procedimientos en cardiología, neumología y alergología	
Salud Total	Por evento	1 año con renovación automática	Servicios ambulatorios especializados	
SOS	Por evento	1 año con renovación automática	Atención por evento en especialidades básicas y complementarias	
Clínica Nuestra	Outsourcing	1 año con renovación automática	Cardiología no invasiva (hospitalizados y algunos ambulatorios)	Marca blanca dentro de PGP
Hospital San Juan de Dios	Outsourcing	1 año con renovación automática	Cardiología no invasiva para pacientes hospitalizados principalmente	Marca blanca dentro de PGP
Universidad del Valle	Por evento	1 año con renovación automática	Servicios docentes asistenciales y atención por evento	Convenio docencia–servicio posible
Cardioprevent	Por evento	1 año con renovación automática	Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico cardiovascular	

Colombiana de Trasplantes	Por evento	1 año con renovación automática	Evaluaciones cardiológicas pretrasplante
Viva 1A	Por evento	1 año con renovación automática	Atención ambulatoria por demanda
Angiografía de Occidente	Por evento	1 año con renovación automática	Servicios de apoyo diagnóstico no invasivo
SSI	Por evento	1 año con renovación automática	Servicios de diagnóstico por evento
EPS de la Gente	Por evento	1 año con renovación automática	Consulta especializada y exámenes
Cosmitet	Por evento	1 año con renovación automática	Servicios ambulatorios por demanda
Previser	Por evento	1 año con renovación automática	Atención por evento según demanda
Benefit Card	Por evento	1 año con renovación automática	Servicios bajo pago directo por evento

Nota. Elaboración propia.

Actualmente, la IPS especializada cuenta con 15 contratos activos, de los cuales:

- 12 (80%) son por evento, bajo un esquema de pago por prestación individual.

- 3 (20%) corresponden a outsourcing, en los cuales la IPS presta servicios de cardiología no invasiva dentro de instituciones de alta complejidad como *Hospital San Juan de Dios*, *Hematooncólogos* y *Clínica Nuestra*, actuando bajo la modalidad de marca blanca, es decir, sin visibilidad directa ante el paciente, dentro de los PGP (pagos globales prospectivos) de dichas instituciones.

La vigencia promedio de los contratos es de un año con renovación automática, lo cual aporta estabilidad operativa, pero demanda un monitoreo constante de resultados, cumplimiento y tiempos de autorización.

De acuerdo con la información registrada en la tabla anterior, y los datos sobre los contratos activos, se puede plantear que, hay una fragmentación administrativa en los procesos de atención, especialmente en los contratos por evento, donde la autorización depende directamente de cada EAPB, generando variabilidad en tiempos y formatos que afecta la oportunidad y continuidad del servicio. Asimismo, se identificó una dependencia de terceros en los contratos outsourcing, ya que la IPS no tiene control sobre los flujos de autorización ni sobre los registros clínicos, lo que limita la trazabilidad de los pacientes y la medición de indicadores de continuidad. A esto se suma una carga administrativa trasladada al paciente, quien debe gestionar personalmente los trámites ante su EAPB, enfrentando demoras o redirecciones que interrumpen su proceso de atención. Finalmente, se evidenció una falta de interoperabilidad tecnológica, dado que no existen mecanismos efectivos de intercambio de información clínica entre la IPS y las instituciones contratantes, lo que agrava las dificultades para garantizar la continuidad asistencial.

5.2 Resultados de la revisión de los PQRS

A partir de los resultados de la revisión de los 366 registros de PQRS según la EAPB de afiliación del paciente, se identifican algunos aspectos relevantes relacionados con la

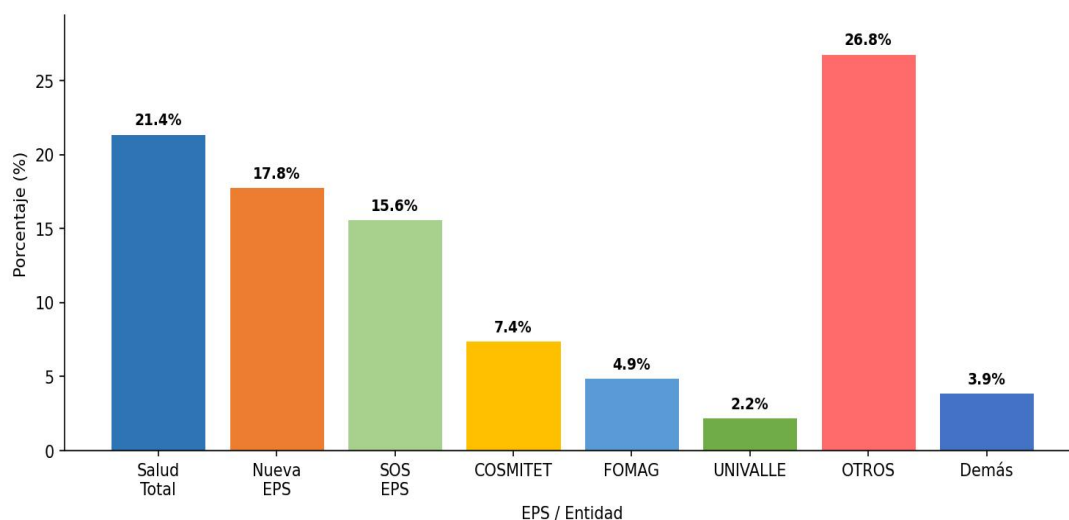
procedencia de las solicitudes, lo cual permite comprender cuales son las que presentan mayor atención en la IPS (ver tabla 3).

Tabla 3. *EAPB del paciente*

EAPB	Porcentaje
CARDIOPREVER	0,3%
COSMITET	7,4%
Fiduprevisora	0,3%
FOMAG	4,9%
No registra	1,1%
NUEVA EPS	17,8%
Opción 15	0,5%
OTROS	26,8%
PARTICULAR	0,5%
PREVISER	0,8%
S.O.S.	0,3%
SALUD TOTAL	21,4%
SOS EPS - SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	15,6%
UNIVALLE	2,2%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

De acuerdo a los datos registrados en la figura 1, se observa que el mayor porcentaje de PQRS se concentra en la categoría “otros” con un 26,8%, esto quiere decir que una proporción importante de pacientes se encuentran afiliados a distintas EAPB con menor representación individual, evidenciando una alta dispersión de ellas dentro de los usuarios que acceden a los servicios de la IPS.

Figura 1. *Distribución de PQRS por EAPB del paciente*

Nota. Elaboración propia

Entre las EAPB identificadas de manera específica, se identificó a Salud Total (21,4%), Nueva EPS (17,8%) y SOS EPS – Servicio Occidental de Salud (15,6%) concentran los porcentajes más altos de PQRS. Esto sugiere que buena parte de las solicitudes o inconformidades registradas provienen de pacientes afiliados a estas entidades, lo que podría estar relacionado con un mayor volumen de afiliados atendidos en la institución o con una mayor interacción administrativa en los procesos de autorización y atención.

Por otra parte, se evidencian porcentajes menores en EAPB como COSMITET (7,4%) y FOMAG (4,9%), mientras que las demás entidades presentan participaciones muy bajas, inferiores al 3%, lo que refleja una menor frecuencia de registros de PQRS asociados a estas aseguradoras dentro del periodo analizado. Adicionalmente, se identifica un 1,1% de registros sin información de EAPB.

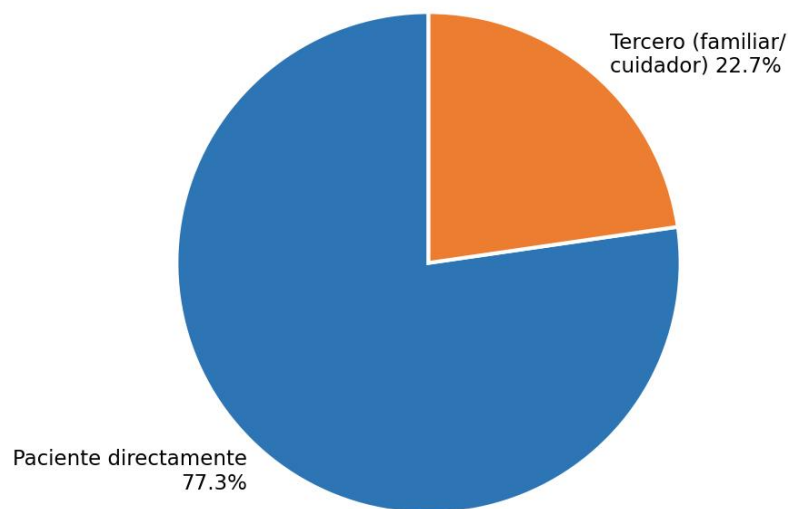
Con respecto a la persona que interpuso el PQRS se identificaron los datos que se registraron en la tabla 4.

Tabla 4. *Persona que interpone el PQRS*

¿La persona que interpone la queja es el mismo paciente?	Porcentaje
NO	22,7%
SI	77,3%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

Los resultados relacionados con la persona que interpone el PQRS muestran que, en la mayoría de los casos, es el propio paciente quien interpone este recurso, con un 77,3% del total de registros. Este resultado sugiere que los usuarios de la IPS tienden a participar de manera directa en la gestión de sus solicitudes, quejas o reclamos, lo cual evidencia un nivel importante de involucramiento del paciente frente a las situaciones que afectan su proceso de atención.

Figura 2. *Persona que interpone el PQRS*

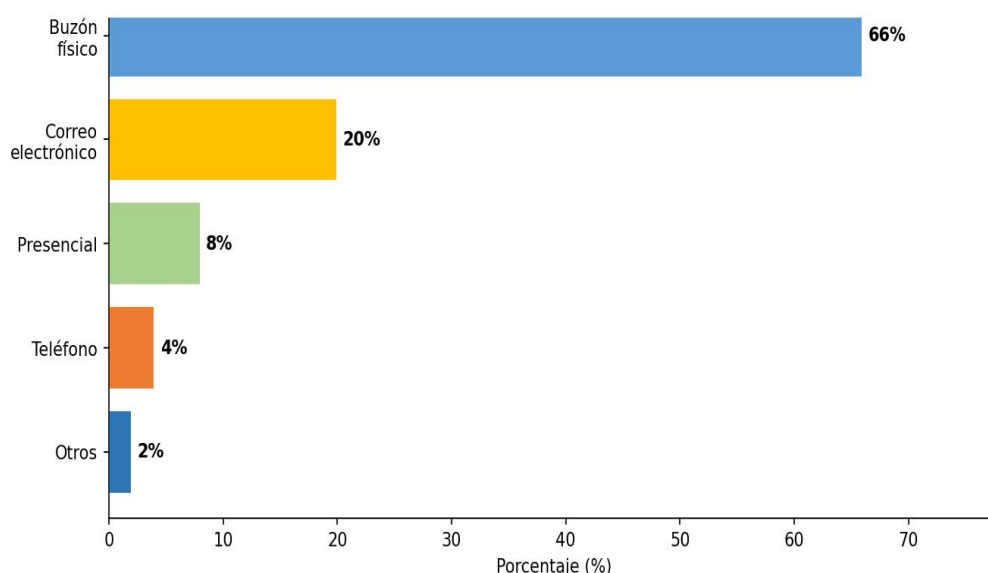
Nota. Elaboración propia.

Por otra parte, se logra establecer que en el 22,7% de los casos el PQRS es interpuesto por una persona diferente al paciente, que pueden ser familiares, cuidadores o acompañantes que asumen la gestión de este tipo de trámites. Esta situación puede estar asociada a

contextos en los que el paciente requiere apoyo para realizar estos procesos, ya sea por su condición de salud, edad, o por las características del procedimiento administrativo que se debe adelantar.

Con respecto a los resultados relacionados con el medio utilizado para la interposición de PQRS evidencian una clara preferencia por los mecanismos escritos o formales para la presentación de este tipo de manifestaciones (ver figura 3).

Figura 3. Medio utilizado para interponer el PQRS



Nota. Elaboración propia.

En primer lugar, se observa que el buzón es el medio más utilizado, concentrando el 66,0% de los registros, lo que indica que la mayoría de los usuarios opta por realizar sus quejas, peticiones o reclamos a través de este canal institucional. Esto sugiere que el buzón representa un mecanismo accesible y ampliamente conocido por los pacientes, permitiéndoles registrar sus inconformidades de manera directa dentro de la institución.

En segundo lugar, el correo electrónico representa el 32,6% de los PQRS, constituyéndose también en un canal relevante para la comunicación entre los usuarios y la IPS. La proporción significativa de casos presentados por esta vía refleja el uso creciente de

medios digitales para gestionar solicitudes o manifestaciones relacionadas con la atención recibida.

Por otra parte, los medios telefónicos (0,5%) y verbal (0,8%) presentan una participación mínima, lo que indica que estos canales son los menos utilizados para la formalización de PQRS. Esto puede sugerir que los usuarios prefieren medios que permitan dejar un registro escrito de su solicitud, facilitando el seguimiento del caso.

Ahora bien, con respecto al objeto o contenido del PQRS se identifican los principales aspectos de la atención frente a los cuales los usuarios manifiestan inconformidades o solicitudes dentro de la IPS (ver tabla 5).

Tabla 5. *Contenido del PQRS*

Objeto del PQRS	Porcentaje
Canales de atención	27,9%
Demora en la atención del profesional	18,5%
Entrega de resultados	8,6%
Identificación	1,1%
Información al usuario	12,4%
Infraestructura	1,9%
Oportunidad	12,4%
Trato humanizado	17,1%
(En blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En primer lugar, se evidencia que el mayor porcentaje de PQRS se concentra en canales de atención (27,9%), lo que indica que una proporción significativa de las manifestaciones de los usuarios está relacionada con dificultades para comunicarse y poder acceder a los servicios, realizar trámites o gestionar procesos administrativos.

En segundo lugar, se destacan las categorías demora en la atención del profesional (18,5%) y trato humanizado (17,1%), las cuales reflejan situaciones asociadas tanto a la oportunidad en la prestación del servicio como a la relación entre el personal de salud y los pacientes. Estos resultados sugieren que una parte importante de las inconformidades se vincula con la experiencia directa del usuario durante el proceso de atención.

Asimismo, se observa que información al usuario (12,4%) y oportunidad (12,4%) presentan porcentajes iguales, lo que evidencia que también existen manifestaciones relacionadas con la claridad y disponibilidad de la información brindada a los pacientes, así como con los tiempos en los que se desarrollan los procesos de atención.

Por otra parte, categorías como entrega de resultados (8,6%), infraestructura (1,9%) e identificación (1,1%) presentan porcentajes menores, lo que indica que estos aspectos generan una menor proporción de PQRS dentro del conjunto de datos registrados.

Con respecto al medio de respuesta utilizado para la gestión de los PQRS muestran una clara predominancia de los canales digitales como mecanismo de comunicación entre la IPS y los usuarios (ver tabla 6).

Tabla 6. *Medio de respuesta del PQRS*

Medio de respuesta	Porcentaje
Correo Certificado	0,3%
Correo Electrónico	62,4%
No Aplica	10,1%
Teléfono	24,2%
WhatsApp	3,0%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En primer lugar, se observa que el correo electrónico es el medio más utilizado, con un 62,4% de los casos, lo que indica que la institución recurre principalmente a este canal para brindar respuesta a las solicitudes, quejas o reclamos presentados por los usuarios. Esta muestra una alta utilización de medios electrónicos, que facilitan la comunicación y permiten dejar registro de las respuestas emitidas por la institución.

En segundo lugar, el teléfono representa el 24,2% de las respuestas, constituyéndose también en un canal relevante para la retroalimentación a los usuarios. Este medio puede facilitar una comunicación más directa e inmediata, especialmente en situaciones que requieren aclaraciones o seguimiento del caso.

Por otra parte, se identifican porcentajes menores en WhatsApp (3,0%) y correo certificado (0,3%), lo que indica que estos medios son utilizados con menor frecuencia dentro del proceso de respuesta institucional.

Asimismo, se observa que en el 10,1% de los casos aparece la categoría “No aplica”, lo cual podría estar relacionado con situaciones en las que no fue necesario emitir una respuesta formal o en las que el proceso se resolvió por otros mecanismos administrativos.

El análisis de los PQRS muestra que, una parte importante de las manifestaciones de los usuarios se relaciona con aspectos administrativos que influyen en el acceso y desarrollo de la atención, particularmente en lo que respecta a los canales de atención, la oportunidad en los servicios y la interacción con el personal de salud. Estos elementos sugieren que las dificultades percibidas por los pacientes no se limitan únicamente a la prestación clínica, sino que también están asociadas a procesos organizativos y de gestión que intervienen en la experiencia del usuario durante su tránsito por la institución.

Asimismo, los resultados permiten inferir que los usuarios mantienen una participación constante en la manifestación de inconformidades, utilizando principalmente canales formales para comunicar situaciones que afectan su proceso de atención. Esto muestra la importancia que tienen los mecanismos de recepción y gestión de PQRS como herramienta para identificar oportunidades de mejora dentro de la institución.

En ese sentido, la revisión de estos registros constituye un insumo importante para reconocer posibles barreras administrativas que pueden incidir en la continuidad de la atención, aportando elementos que orientan la identificación de aspectos del proceso institucional susceptibles de fortalecimiento para mejorar la experiencia del paciente y la eficiencia en la gestión del servicio.

5.3 Resultados de la encuesta aplicada a los usuarios

La encuesta a usuarios fue aplicada los días 11 y 12 de diciembre de 2025, en las instalaciones de la IPS especializada. Para su desarrollo se contó con la valiosa colaboración de Dominck Muñoz y Jared Rengifo, quienes apoyaron el proceso de recolección de información.

Con el fin de complementar la información obtenida a partir de la revisión de los PQRS, se aplicó una encuesta a pacientes atendidos en la institución, orientada a conocer su percepción frente a los procesos administrativos asociados a las autorizaciones y su incidencia en la continuidad de la atención.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos a partir de este instrumento.

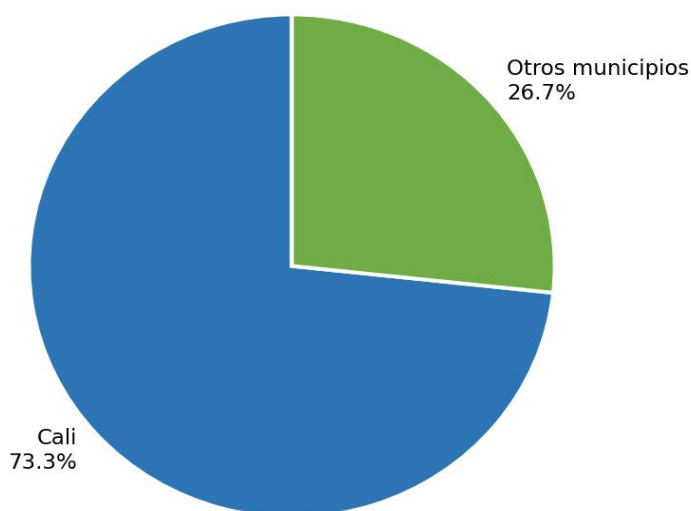
Tabla 7. *Lugar de procedencia del usuario*

Lugar de procedencia	Porcentaje
Buenaventura	2,0%
Buga	1,3%
Cali	73,3%
Candelaria	2,0%
Cauca	0,7%
Corregimiento del Hormiguero	0,7%
Dagua – Lobo Guerrero	2,0%
Darién - Calima	0,7%
Florida	0,7%
Ginebra	0,7%
Jamundí	5,3%
Nariño	0,7%
Palmira	1,3%
Pavas- cumbre	1,3%
Pradera	2,0%
Puerto Tejada	1,3%
Santander de Quilichao	1,3%
Ipiales	0,7%
Yumbo	1,3%
Zarzal	0,7%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

Los resultados relacionados con el lugar de procedencia de los pacientes encuestados evidencian que la mayoría de los usuarios atendidos por la IPS provienen de Cali, con un 73,3% del total de los participantes, lo que indica que la institución concentra principalmente su atención en población residente en esta ciudad.

Figura 4. *Lugar de procedencia del usuario*



Nota. Elaboración propia.

No obstante, también se identifica la participación de usuarios provenientes de otros municipios del Valle del Cauca, como Jamundí, Buenaventura, Pradera, Candelaria, Palmira, Buga, Yumbo y Ginebra, así como de algunos territorios de departamentos cercanos como Cauca y Nariño, aunque en proporciones menores. Esto evidencia que, si bien la mayor demanda del servicio se origina en Cali, la IPS también recibe usuarios de diferentes municipios y zonas aledañas, lo que amplía su área de influencia.

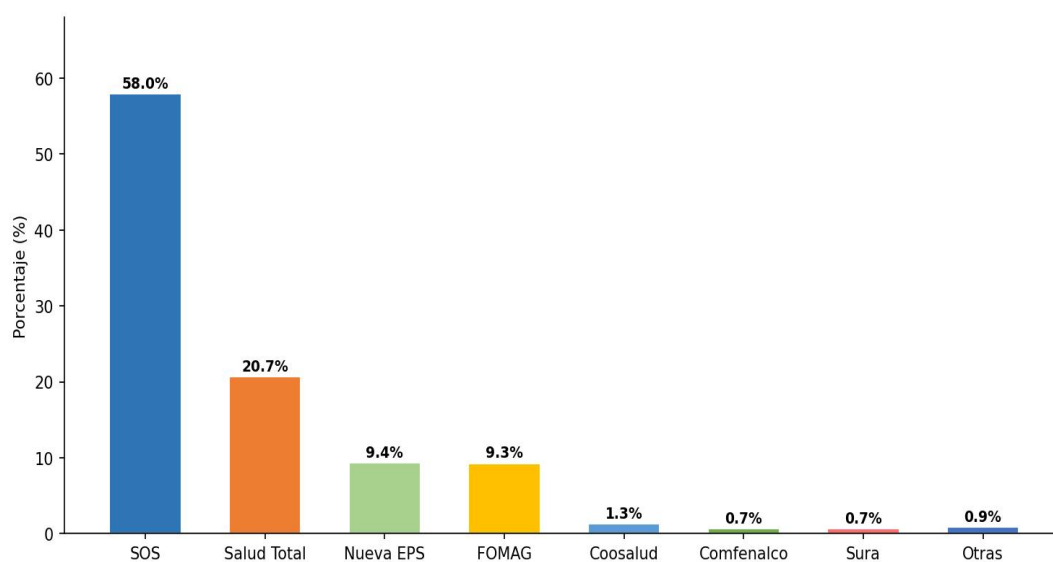
Con respecto a la EAPB a la que pertenecen los usuarios encuestados se obtuvo resultados que pueden observarse en la tabla 8.

Tabla 8. *EAPB a la que pertenecen los usuarios*

EAPB a la que pertenecen	Porcentaje
Comfenalco	0,7%
Coosalud	1,3%
Fomag	9,3%
NEPS	9,4%
Salud total	20,7%
SOS	58,0%
Sura	0,7%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla anterior, la EAPB a la que pertenecen los usuarios encuestados muestran un alto porcentaje de afiliados a un número reducido de ellas. En particular, se destaca SOS, que agrupa el 58,0% de los participantes, lo que indica que más de la mitad de los usuarios que hicieron parte de la encuesta se encuentran afiliados a esta entidad (ver figura.

Figura 5. *EAPB a la que pertenecen los usuarios encuestados*

Nota. Elaboración propia.

En segundo lugar, se observa la participación de Salud Total (20,7%), seguida por Nueva EPS (9,4%) y FOMAG (9,3%), entidades que también representan una proporción significativa de los pacientes encuestados. Por su parte, EAPB como Coosalud (1,3%),

Comfenalco (0,7%) y Sura (0,7%) presentan una presencia mucho menor dentro de la muestra.

Ahora bien, con respecto al servicio recibido en al IPS se pueden observar los datos obtenidos en la tabla 9.

Tabla 9. *Servicio recibido en la IPS*

Tipo de servicio recibido en la IPS	Porcentaje
Alergología	10,7%
Cardiología	36,0%
Inmunología	0,7%
Neumología	38,7%
Otro	14,0%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

Con respecto al tipo de servicio recibido por los usuarios en la IPS se observa que la mayor parte de la atención se concentra en dos especialidades médicas. En particular, neumología (38,7%) y cardiología (36,0%) agrupan la mayor proporción de los servicios señalados por los encuestados, lo que indica que estas áreas representan el núcleo principal de la atención brindada por la institución.

En un porcentaje menor se encuentra alergología (10,7%), así como la categoría “otro” (14,0%), que puede incluir distintos servicios o procedimientos no clasificados dentro de las especialidades mencionadas. Por su parte, inmunología (0,7%) presenta una participación mínima dentro del total de servicios reportados.

Los resultados permiten identificar que la atención de la IPS se concentra principalmente en especialidades relacionadas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Ahora bien, con respecto a la frecuencia con la que los encuestados asisten a controles a la IPS, se pueden observar los datos obtenidos en la tabla 10.

Tabla 10. *Frecuencia de asistencia a controles a la IPS*

Frecuencia con la que asiste a controles en la IPS	Porcentaje
Cada 3–6 meses	31,3%
Más de 2 veces al año	1,3%
Ocasionalmente	28,0%
Primera vez	39,3%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

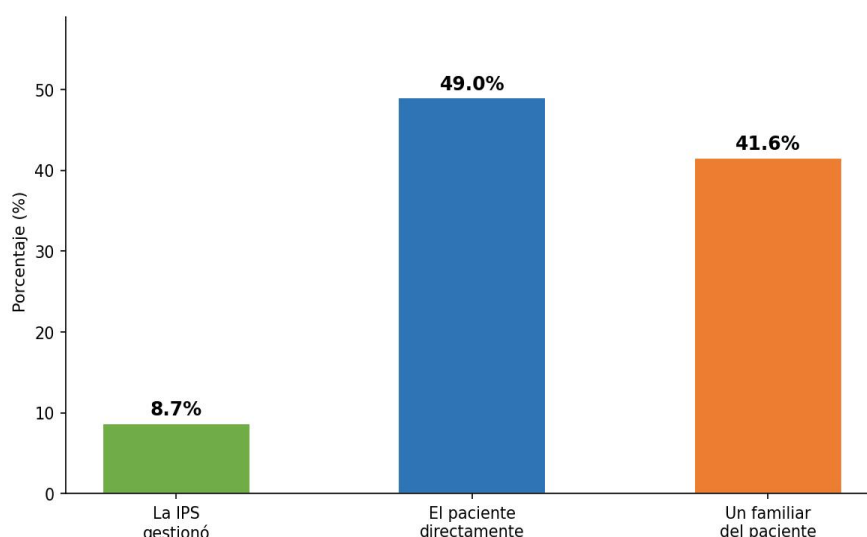
Ahora bien, al establecer la frecuencia con la que los usuarios asisten a controles en la IPS, se puede observar que una proporción importante de ellos se encontraba en su primera consulta, representando el 39,3% del total. Esto sugiere que una parte significativa de los usuarios estaba teniendo un primer contacto con la institución, lo cual puede estar asociado al inicio de procesos diagnósticos o de seguimiento médico especializado.

Por otra parte, el 31,3% de los usuarios señaló que asiste a controles cada 3 a 6 meses, lo que muestra la presencia de usuarios que mantienen procesos de seguimiento periódico, probablemente vinculados a condiciones de salud que requieren monitoreo continuo.

Asimismo, el 28,0% señaló asistir ocasionalmente, lo que puede estar relacionado con consultas puntuales o con atenciones que no requieren un control frecuente. Finalmente, solo el 1,3% manifestó asistir más de dos veces al año, lo que evidencia una participación muy baja de pacientes con controles recurrentes dentro del grupo encuestado.

La población encuestada muestra una tendencia, es que está conformada tanto por pacientes que inician su proceso de atención en la institución como por usuarios que ya mantienen algún nivel de seguimiento médico, lo que refleja la coexistencia de diferentes niveles de relación con los servicios de la IPS.

Con respecto la gestión del proceso de autorización los resultados muestran datos que pueden ser observados en la Figura 6.

Figura 6. Gestión del proceso de autorización

Nota. Elaboración propia.

En relación con la persona que gestionó el proceso de autorización, se observa que el 49,0% de los usuarios asumió directamente este trámite, seguido de un 41,6% en el que dicha gestión fue realizada por un familiar. En contraste, solo el 8,7% reportó que la IPS se encargó del proceso, mientras que un porcentaje marginal (0,7%) indicó otras formas de gestión.

Estos resultados evidencian que, en la mayoría de los casos, la responsabilidad del proceso de autorización recae principalmente en el usuario o en su red de apoyo familiar, lo que sugiere una limitada intermediación institucional por parte de la IPS.

Con respecto a la claridad de la información recibida para poder realizar el proceso de autorización, se pueden ver los datos en la tabla 11.

Tabla 11. Claridad de la información recibida

¿Cómo califica la claridad de la información recibida sobre el proceso de autorización de su servicio?	Porcentaje
Clara	55,7%
Medianamente clara	10,7%
Muy clara	28,9%
Muy confusa	2,0%
Poco clara	2,7%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la claridad de la información recibida sobre el proceso de autorización del servicio, el 55,7% de los usuarios la calificó como clara, seguido de un 28,9% que la consideró muy clara. Por su parte, el 10,7% indicó que la información fue medianamente clara, mientras que porcentajes menores la percibieron como poco clara (2,7%) o muy confusa (2,0%). En general puede decir que, los resultados muestran una tendencia mayoritaria hacia una valoración positiva de la claridad en la información proporcionada. No obstante, aunque predomina una percepción favorable, la presencia de usuarios que reportaron niveles intermedios o bajos de claridad sugiere que aún existen dificultades en la comunicación del proceso de autorización.

Un asunto clave que se indagó se relaciona directamente con el tiempo de respuesta de la EAPB para autorizar la atención, los resultados pueden revisarse en la tabla 12.

Tabla 12. *Tiempo de respuesta para la autorización*

¿Qué tan oportuno considera el tiempo de respuesta de su EAPB para autorizar su atención?	Porcentaje
Demorado	6,7%
Muy demorado	7,3%
Muy oportuno	18,7%
Oportuno	46,0%
Regular	21,3%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

Respecto a la percepción sobre la oportunidad en el tiempo de respuesta de la EAPB para autorizar la atención, el 46,0% de los encuestados lo calificó como oportuno y un 18,7% como muy oportuno. Por otro lado, el 21,3% lo consideró regular, mientras que el 6,7% lo percibió como demorado y el 7,3% como muy demorado. En términos generales, se observa una tendencia mayoritaria hacia valoraciones positivas en cuanto a la oportunidad del proceso. Sin embargo, la proporción de usuarios que califica el tiempo de respuesta como regular o demorado indica que persisten percepciones de insatisfacción frente a la rapidez en la autorización de los servicios.

Ahora bien, con respecto a la orientación recibida por parte del personal de IPS para la autorización, se pueden observar los datos en la tabla 13.

Tabla 13. *Orientación por parte del personal*

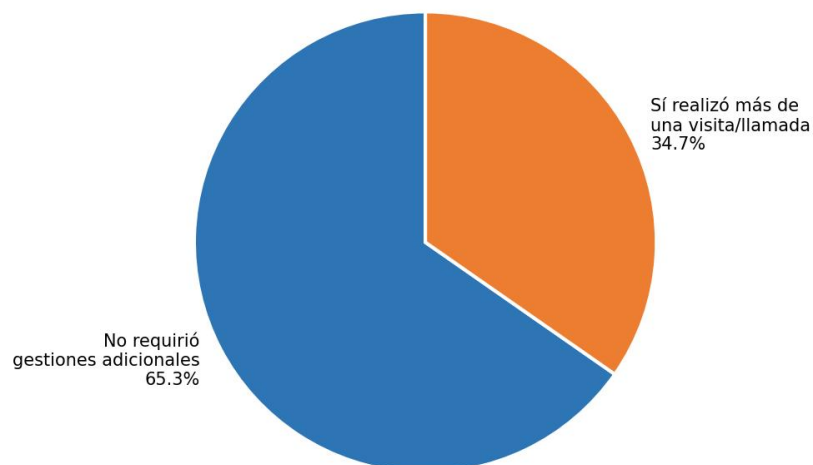
¿Recibió orientación adecuada por parte del personal de la IPS durante el proceso de autorización?	Porcentaje
A veces	7,4%
Casi siempre	35,6%
Nunca	3,4%
Rara vez	4,7%
Siempre	49,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En relación con la orientación recibida por parte del personal de la IPS durante el proceso de autorización, el 49,0% de los encuestados manifestó haberla recibido siempre, mientras que el 35,6% indicó que casi siempre contó con este acompañamiento. Por su parte, el 7,4% señaló que solo a veces recibió orientación, el 4,7% rara vez y el 3,4% afirmó no haberla recibido nunca. En general, los resultados muestran una tendencia mayoritaria hacia una percepción positiva del acompañamiento brindado por el personal. No obstante, la existencia de usuarios que reportan haber recibido orientación de manera ocasional o inexistente evidencia que el proceso no es homogéneo para todos.

Por otro lado, cuando se indaga a los usuarios si debieran realizar más de una visita o llamada para obtener la autorización las respuestas muestran una tendencia que puede ser observada en la figura 7.

Figura 7. Realización de una visita o llamada para obtener autorización



Nota. Elaboración propia.

Frente a la necesidad de realizar más de una visita o llamada para obtener la autorización del servicio, el 65,3% de los encuestados indicó que no fue necesario, mientras que el 34,7% manifestó que sí tuvo que recurrir a múltiples gestiones. Estos resultados muestran que, para la mayoría de los usuarios, el proceso se resolvió en un solo contacto. Sin embargo, el hecho de que más de una tercera parte de los encuestados haya requerido realizar varias interacciones evidencia la presencia de situaciones en las que el proceso no se resuelve de manera ágil.

Un asunto que resulta de especial interés y que fue indagado entre los encuestados se relaciona con el hecho de haber aplazado o cancelado un procedimiento por las demoras o negaciones de la autorización, la información puede ser observada en la tabla 14.

Tabla 14. *Necesidad de aplazamiento*

¿Ha tenido que aplazar o cancelar una cita o procedimiento por demoras o negaciones en la autorización?	Porcentaje
No	83,8%
Sí	16,2%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En relación con la necesidad de aplazar o cancelar citas o procedimientos debido a demoras o negaciones en la autorización, el 83,8% de los encuestados indicó que no ha tenido que recurrir a esta medida, mientras que el 16,2% manifestó que sí ha experimentado este tipo de situaciones. En términos generales, los resultados muestran que la mayoría de los encuestados no ha visto afectada la programación de sus servicios por este motivo. No obstante, el porcentaje de encuestados que reporta haber tenido que aplazar o cancelar atenciones evidencia la existencia de casos en los que el proceso de autorización genera interrupciones en la prestación del servicio.

Con respecto a las demoras o dificultades en la autorización que pudiesen haber afectado la continuidad del tratamiento, se obtuvieron los datos registrados en la tabla 15.

Tabla 15. *Demoras o dificultades en la autorización que pudiesen haber afectado la continuidad del tratamiento*

¿En qué medida las demoras o dificultades en la autorización afectaron la continuidad de su tratamiento?	Porcentaje
Bastante	13,3%
Mucho	5,3%
Nada	64,7%
Poco	7,3%
Regular	9,3%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la medida en que las demoras o dificultades en la autorización afectaron la continuidad del tratamiento, el 64,7% de los encuestados manifestó que no se vio afectado en absoluto. Por su parte, el 7,3% señaló que el impacto fue poco y el 9,3% lo calificó como regular. En contraste, un 13,3% manifestó que la afectación fue bastante y un 5,3% que fue mucha. En conjunto, estos resultados reflejan una tendencia mayoritaria hacia la ausencia de

afectaciones significativas en la continuidad del tratamiento. Ahora bien, el porcentaje de usuarios que reporta afectaciones moderadas o altas pone de manifiesto que existen casos en los que las demoras o dificultades en la autorización sí inciden en el desarrollo del tratamiento.

Por otro lado, al indagar por los costos adicionales asumidos por los encuestados dentro del proceso de autorización se pueden observar los datos en la tabla 16.

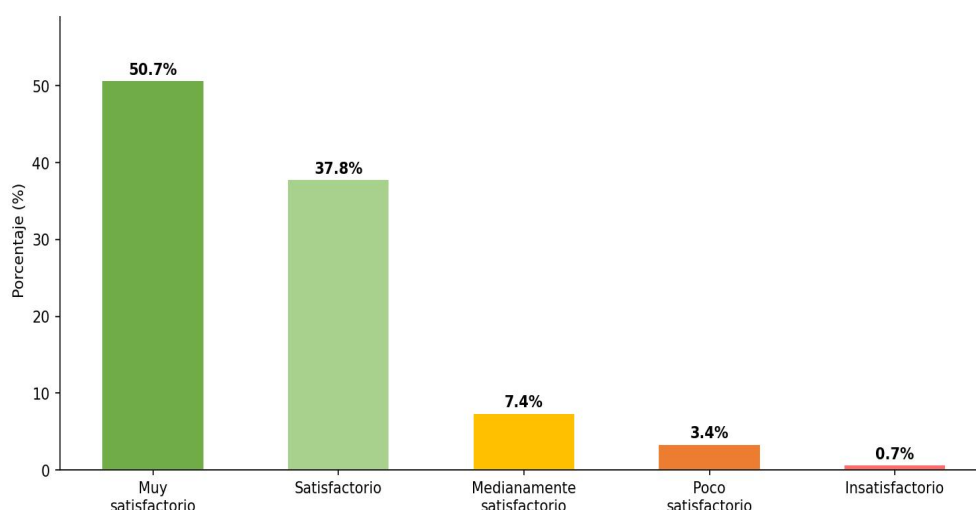
Tabla 16. *Costos adicionales del proceso de autorización asumidos por los encuestados*

¿Ha tenido que asumir gastos adicionales (transporte, copias, desplazamientos) para completar el proceso de autorización?	Porcentaje
No	64,0%
Sí	36,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En relación con la necesidad de asumir gastos adicionales para completar el proceso de autorización, el 64,0% de los usuarios indicó que no incurrió en este tipo de costos, mientras que el 36,0% manifestó que sí tuvo que asumir gastos asociados, tales como transporte, copias o desplazamientos. En términos generales, se observa que la mayoría de los usuarios no experimentó cargas económicas adicionales durante este proceso. Sin embargo, el hecho de que más de un tercio de los usuarios haya tenido que asumir estos gastos evidencia la existencia de costos indirectos asociados a la gestión de la autorización.

Ahora bien, al pedir a los encuestados que calificaran el trato recibido por parte de la IPS en el proceso de atención, se obtuvieron las calificaciones que se muestran en la Figura 8.

Figura 8. Calificación del trato recibido por el personal de la IPS

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la calificación del trato recibido por el personal de la IPS durante el proceso de atención, el 50,7% de los usuarios lo valoró como muy satisfactorio y el 37,8% como satisfactorio. Por su parte, el 9,5% manifestó una percepción neutral, mientras que un 2,0% se declaró insatisfecho. En conjunto, estos resultados evidencian una valoración ampliamente positiva del trato brindado por el personal. No obstante, aunque la percepción favorable es predominante, la presencia de usuarios con valoraciones neutrales o de insatisfacción sugiere que existen experiencias diferenciadas en la atención.

Otro asunto abordado en la encuesta fue la satisfacción con la atención recibida, los datos pueden ser observados en la tabla 17

Tabla 17. Satisfacción con la atención recibida en la IPS

¿Qué tan satisfecho está con la atención general recibida en la IPS especializada?	Porcentaje
Insatisfecho	2,7%
Muy Satisfecho	50,0%
Regular	4,7%
Satisfecho	42,6%
(en blanco)	0,0%
Total general	100,0%

Nota. Elaboración propia.

En relación con el nivel de satisfacción frente a la atención general recibida en la IPS, el 50,0% de los usuarios manifestó estar muy satisfecho y el 42,6% satisfecho. Por su parte, el 4,7% calificó la atención como regular, mientras que el 2,7% expresó sentirse insatisfecho. En términos generales, los resultados reflejan una percepción ampliamente favorable respecto a la atención brindada por la institución. Sin embargo, aunque predominan las valoraciones positivas, la existencia de usuarios con percepciones regulares o de insatisfacción evidencia que aún se presentan experiencias menos favorables dentro del proceso de atención.

Con respecto al aspecto que los encuestados consideran más importante para mejorar la atención o el proceso de autorización, las respuestas abiertas expresadas por ellos permitieron identificar percepciones y experiencias relacionadas principalmente con las dificultades administrativas y operativas presentes en el proceso de autorización y atención. Entre los aspectos más recurrentes se encontraron las demoras en la asignación de citas y autorizaciones, la baja disponibilidad de agendas médicas, los inconvenientes para la comunicación telefónica y el uso de plataformas digitales, así como los constantes desplazamientos que deben realizar los usuarios para gestionar trámites o acceder a los servicios. Asimismo, varios participantes manifestaron inconformidad frente a los cambios de IPS autorizadas por las EAPB, el vencimiento de órdenes y exámenes debido a la demora en la atención y la necesidad de asumir gastos adicionales asociados al transporte y las gestiones administrativas.

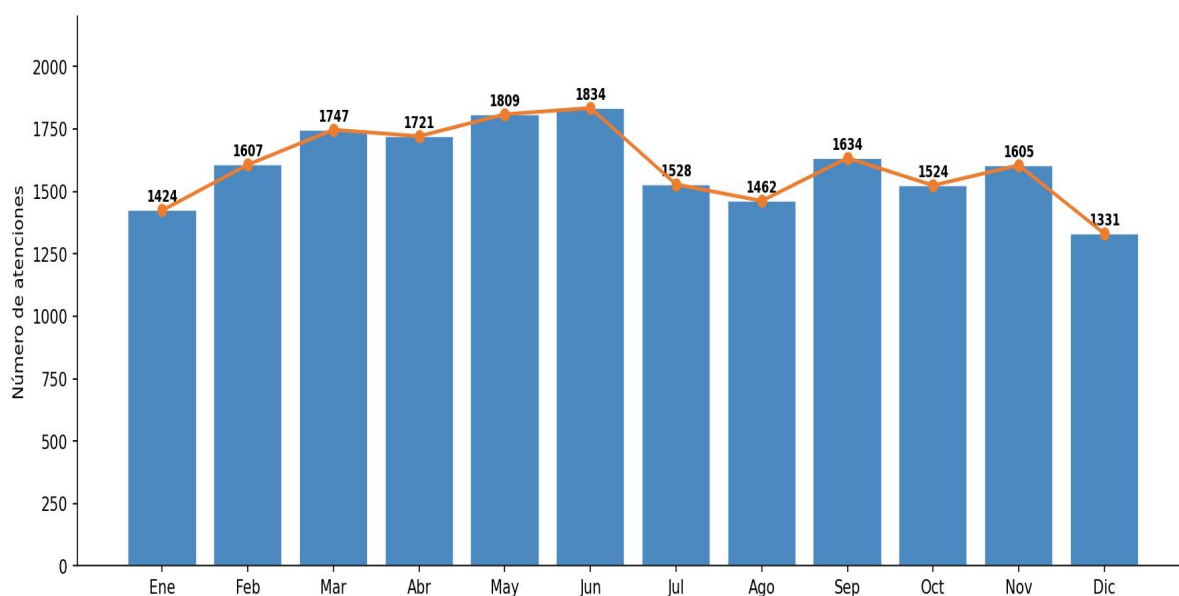
De igual manera, las respuestas evidenciaron percepciones relacionadas con limitaciones en la infraestructura física y en la organización del servicio, mencionando espacios reducidos, aglomeraciones y poca disponibilidad de personal. No obstante, también se registraron comentarios positivos orientados a resaltar el buen trato recibido y la calidad de la atención brindada por parte del personal de la IPS. En conjunto, los testimonios reflejan que, aunque existe una valoración favorable de la atención humana y del servicio prestado

por la institución, persisten dificultades asociadas principalmente a los procesos administrativos de autorización, la oportunidad en las citas y las barreras derivadas de la gestión realizada por las EAPB.

5.4 Resultados de revisión de la base de datos de atenciones realizadas

Una vez realizada la revisión de las atenciones realizadas por parte de la IPS especializada se lograron establecer algunas tendencias que merecen ser analizadas, por ejemplo, con respecto al número de atenciones se puede observar los resultados en la figura 9.

Figura 9. *Número de atenciones por mes - IPS 2025 (Total: 21.233 atenciones)*



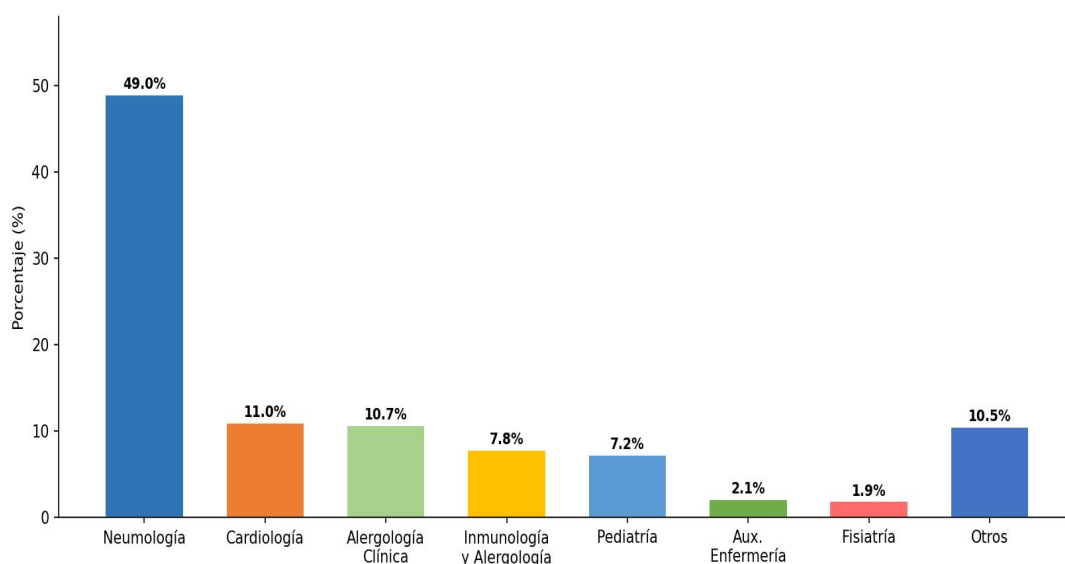
Nota. Elaboración propia

A partir de la revisión de la base de datos que registra las atenciones realizadas durante el año 2025 en la IPS especializada, se agruparon las 21.233 atenciones por mes, calculando el número absoluto y el porcentaje mensual respecto al total. Los resultados muestran que junio concentró el mayor volumen de atenciones 8,64 %, seguido de mayo 8,52 % y marzo 8,23 %. En el extremo opuesto, diciembre presentó el menor número de atenciones 6,27 %, seguido de enero 6,71 %. Los meses intermedios presentaron variaciones progresivas: febrero 7,57 %, abril 8,11 %, julio 7,20 %, agosto 6,89 %, septiembre 7,70 %,

octubre 7,18 % y noviembre 7,56 %. La distribución mensual muestra diferencias en el número de atenciones a lo largo del año, las cuales se seguirán mostrando a lo largo de este apartado.

Con respecto a los servicios más utilizados por los pacientes, los datos de la figura 10 muestra algunas tendencias.

Figura 10. *Distribución de atenciones por servicio especializado*

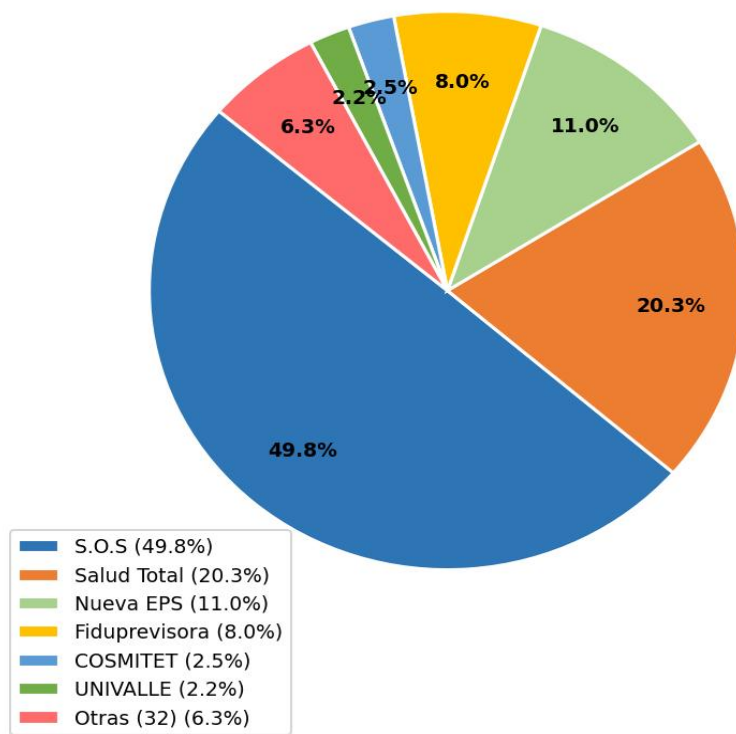


Nota. Elaboración propia

La revisión de la base de datos de atenciones correspondiente al año 2025, se registró un total de 21.233 atenciones distribuidas en doce servicios especializados. El servicio con mayor número de atenciones fue Neumología, con un 48,95 % del total. Le siguieron Cardiología con 10,99 %, Alergología clínica con 10,67 %, Inmunología y alergología con al 7,78 % respectivamente) y Pediatría que tuvo un 7,20 %. Con menores porcentajes se encontraron Auxiliar de enfermería con un 2,09 %, Fisiatría con 1,86 %, Fisioterapia 1,44 %, Cardiología pediátrica 1,03 %, Jefe de enfermería 0,14 %, Medicina general 0,10 % y Anestesiología 0,03 %.

Con respecto las atenciones realizadas por la IPS en relación con la EAPB de donde provienen los pacientes se obtuvo datos que pueden ser observados en la figura 11.

Figura 11. Distribución de atenciones por EAPB- 2025 (Total: 21.157 atenciones)

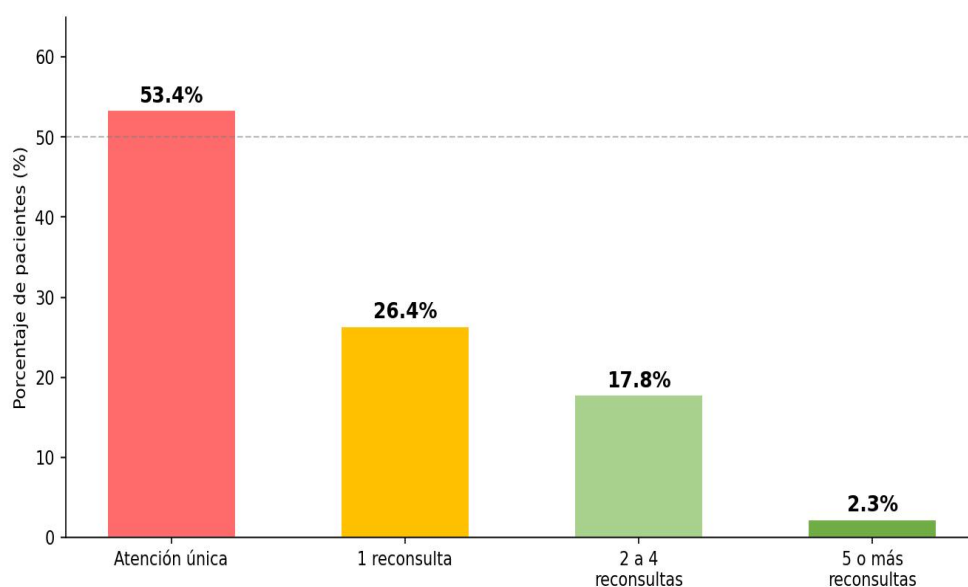


Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con la figura anterior, el registro de las atenciones por EAPB durante el año 2025, se contabilizaron 21.157 atenciones distribuidas en 38 EAPB o entidades responsables del pago. Es importante señalar que esta cifra presenta una diferencia de 76 atenciones (equivalente al 0,36%) con respecto al total de 21.233 atenciones reportadas en la base de datos de servicios, lo cual se documenta como una variación propia de las fuentes de información analizadas. En cuanto a la distribución por EAPB, se observa que S.O.S concentró el mayor número de atenciones con un 49,79%, seguida por SALUD TOTAL, con el 20,27% y NUEVA EPS con el 10,96%. En un segundo grupo se encuentran FIDUPREVISORA S.A. que representó el 7,98%, COSMITET LTDA 2,49%, UNIVALLE 2,21% y CARDIOPREVENT S.A.S 1,21%. Las 31 **EAPB** restantes representan en conjunto el 5,29% del total de atenciones, con porcentajes individuales inferiores al 1%.

Un resultado que llamo la atención con respecto a la continuidad de la atención de los usuarios, teniendo en cuenta los registros de la base de datos que solo aparecen 10440, a partir de este registro se puede revisar la distribución de dichas atenciones en la figura 12.

Figura 12. *Volumen de consultas por paciente (continuidad de la atención)*

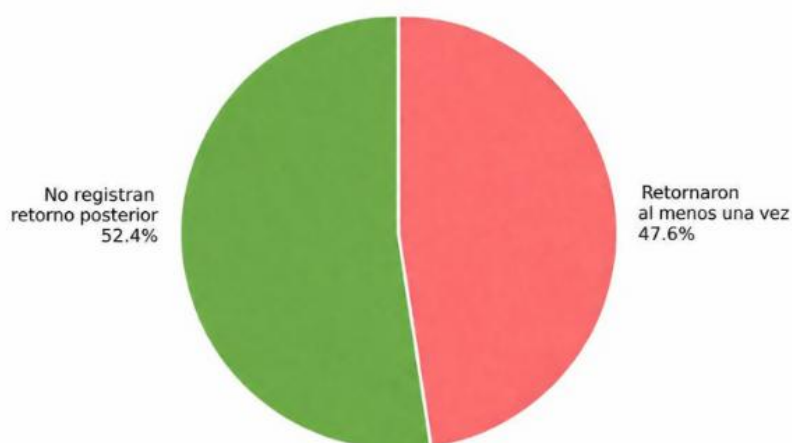


Nota. Elaboración propia

De acuerdo con los resultados registrados en la tabla anterior, se observa que, el 53,41% de los pacientes aparece una sola vez en la base, lo que sugiere una importante proporción de atención sin continuidad observable, el 26,40% registra una reconsulta, el 17,85% presenta entre 2 y 4 reconsultas, solo el 2,34% evidencia continuidad alta.

Con respecto a la cantidad de pacientes que tuvieron una orden médica y tuvieron o no retornos, la figura 13 muestra registros claves.

Figura 13. *Pacientes con orden médica y retorno*

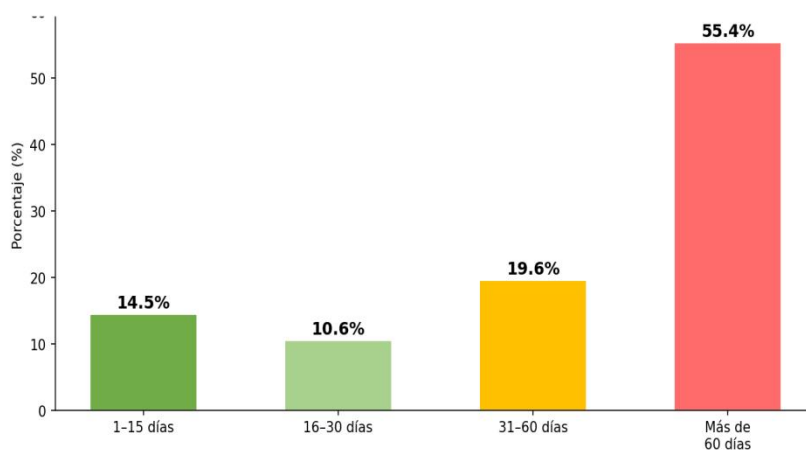


Nota. Elaboración propia

Los datos de la figura anterior muestran que aproximadamente la mitad de los pacientes que recibieron algún tipo de orden médica registraron continuidad posterior en la IPS, mientras que una proporción similar no evidencia retorno dentro del periodo analizado.

Con respecto a los intervalos de consultas realizadas por los pacientes, se pueden observar los registros en la figura 14.

Figura 14. *Intervalos entre consultas de los pacientes*



Nota. Elaboración propia

De acuerdo con la figura anterior, la mayor proporción de reconsultas se concentra en intervalos superiores a 60 días, lo que podría sugerir discontinuidades importantes en el seguimiento asistencial de los usuarios atendidos por la IPS. En contraste, los retornos en periodos cortos (1 a 15 días), que suelen asociarse a continuidad más inmediata del proceso terapéutico o administrativo, representan una proporción considerablemente menor.

Respecto al tipo de orden y retorno realizado por los pacientes, se puede observar la tabla 18.

Tabla 18. *Tipo de orden y retorno*

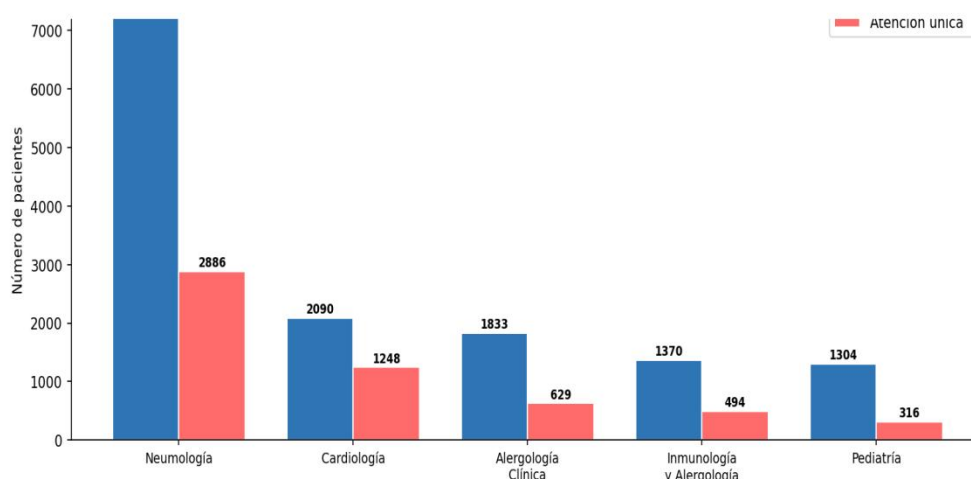
Tipo de orden	No retorna	Sí retorna
Sin registro	6.110	5.330

Nota. Elaboración propia.

Si bien una proporción importante de pacientes retorna posteriormente a la atención inicial, también se evidencia un número considerable de usuarios sin continuidad observable dentro de la IPS. Este comportamiento podría relacionarse con barreras administrativas, dificultades en autorizaciones o fragmentación en la ruta de atención.

Ahora bien, con respecto al servicio utilizado en relación con la continuidad, la figura 15 muestra los datos obtenidos.

Figura 15. *Continuidad de atención por servicio especializado*



Nota. Elaboración propia.

Teniendo en cuenta los datos de la tabla anterior, se observa que los servicios de Neumología y Cardiología presentan el mayor volumen de pacientes con continuidad en la atención, lo que podría asociarse a la necesidad de seguimiento clínico periódico y procesos terapéuticos prolongados.

Un dato clave es el que relaciona número de consultas y tipo de atención tal como se muestra en la tabla 19.

Tabla 19. *Número de consultas y tipo de atención*

Número de consultas	Neumología	Cardiología	Alergología Clínica	Inmunología y Alergología
1 consulta	2.886	1.248	629	494
2-3 consultas	5.254	1.216	1.191	887
4-5 consultas	1.438	622	418	347
6 o más	818	252	224	136

Nota. Elaboración propia.

En relación con los datos de la tabla anterior se puede plantear que, la mayor concentración de pacientes se ubica entre 2 y 3 consultas, especialmente en Neumología, lo que evidencia trayectorias de atención con seguimiento moderado. Sin embargo, persiste un número importante de pacientes con única atención, aspecto que puede interpretarse como posible discontinuidad asistencial.

La información que se presentó como producto de la revisión de la base de datos muestra datos que serán analizados en el apartado de discusión, conviene ahora presentar los resultados de la aplicación de la encuesta al personal administrativo que se relaciona directamente con la atención y los tramites dentro de la IPS, esto es para lograr tener un panorama un poco más amplio sobre la atención.

5.5 Resultados de la aplicación de encuesta al personal administrativo

Una vez aplicada la encuesta al personal administrativo se obtuvieron resultados que se exponen en este apartado. Inicialmente se encuentran los datos de identificación del personal con respecto al cargo que desempeñan (ver tabla 20)

Tabla 20. *Cargo de los encuestados*

Cargo actual	N
Aux administrativo	1
Coordinadora administrativa	1
Secretaria de recepción	1
Secretaria recepcionista	2
Secretaria recepcionista.	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia

En relación con el cargo actual de los participantes de la encuesta, se identificó que la mayor parte del personal corresponde al área de recepción y atención administrativa. Dos de los seis participantes se desempeñan como secretaria recepcionista, mientras que los demás cargos reportados fueron auxiliar administrativo, coordinadora administrativa, secretaria de recepción y secretaria recepcionista, respectivamente. En términos generales, los participantes cumplen funciones directamente relacionadas con la atención al usuario y los procesos administrativos de la IPS.

La composición de los cargos encuestados permite evidenciar que la información recopilada proviene principalmente de personal que mantiene contacto directo con los usuarios y participa en actividades asociadas a la asignación de citas, orientación y gestión administrativa. Esto resulta relevante debido a que sus percepciones y experiencias pueden aportar información importante sobre las dificultades y dinámicas presentes en los procesos de autorización y continuidad de la atención.

Ahora bien, con respecto al área de la que hacen parte los encuestados, se pueden observar los datos de la tabla 21.

Tabla 21. *Área de la que hacen parte los encuestados*

Área donde labora	N
Administración	1
Atención al usuario	4
Atención al usuario, Coordinación	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia

En relación con el área o servicio donde laboran los encuestados, se encontró que cuatro de los seis encuestados pertenecen al área de atención al usuario, uno desempeña funciones en administración y otro participa tanto en atención al usuario como en coordinación. Estos resultados evidencian que la mayoría del personal consultado se encuentra vinculado directamente con los procesos de interacción y orientación a los usuarios dentro de la IPS. El hecho de que predomine el personal adscrito al área de atención al usuario resulta relevante, debido a que estas funciones se relacionan de manera directa con la gestión de citas, autorizaciones y acompañamiento administrativo de los pacientes.

Con respecto al tiempo que llevan vinculados a la IPS, la información registrada en la tabla 22.

Tabla 22. *Tiempo de vinculación a la IPS*

Tiempo de vinculación con la IPS	N
1–3 años	3
6–12 meses	1
Más de 3 años	1
Menos de 6 meses	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia

Respecto al tiempo de vinculación con la IPS, se identificó que tres de los seis participantes cuentan con una permanencia entre uno y tres años en la institución. Por su parte, uno de los encuestados reportó una vinculación entre seis y doce meses, uno más de tres años y otro menos de seis meses. Estos resultados muestran una participación mayoritaria de personal con experiencia intermedia dentro de la IPS. La distribución del tiempo de

vinculación sugiere que la mayoría de los participantes posee conocimiento previo sobre el funcionamiento de los procesos administrativos y la dinámica de atención institucional.

Otro dato indagado a los encuestados fue el nivel de formación, los datos pueden observarse en la tabla 23.

Tabla 23. *Nivel de formación*

Nivel de formación	N
Técnico	5
Tecnólogo	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia

En relación con el nivel de formación académica del personal encuestado, se encontró que cinco de los seis participantes cuentan con formación técnica, mientras que uno posee formación tecnológica. Estos resultados evidencian una predominancia de personal técnico en las áreas administrativas y de atención al usuario dentro de la IPS. El nivel de formación permite plantear que, el personal involucrado en los procesos administrativos y de atención posee preparación orientada principalmente al desarrollo de funciones operativas y de apoyo administrativo.

Después de haber hecho esta breve descripción de las características más importantes del personal administrativo que fue encuestado, conviene presentar los resultados de la encuesta que aborda de manera específica los asuntos relacionados con la atención en la IPS. Una pregunta inicial estuvo relacionada con conocer si los encuestados tenían experiencia en la gestión de los procesos de autorización en servicios de salud, los datos pueden observarse en la tabla 24.

Tabla 24. *Experiencia en procesos de autorización*

¿Tiene experiencia previa en procesos de autorización de servicios de salud?	N
No	1
Si	5
Total general	6

Nota. Elaboración propia

En tabla 24 que se relaciona con la experiencia previa en procesos de autorización de servicios de salud, cinco de los seis participantes manifestaron contar con experiencia en este tipo de procedimientos, mientras que uno indicó no tenerla. Estos resultados muestran que la mayoría del personal encuestado posee conocimiento y participación previa en actividades relacionadas con la gestión de autorizaciones dentro del sistema de salud.

Por otro lado, cuando se indagó a los entrevistados por el conocimiento acerca de la claridad en el flujo del proceso de autorización, se obtuvieron las respuestas que se registran en la tabla 25.

Tabla 25. *Conocimiento sobre la claridad del flujo del proceso de autorización*

El flujo del proceso de autorización está claramente definido y es comprendido por todo el personal involucrado.	N
A veces	2
Casi siempre	1
Nunca	1
Rara vez	1
Siempre	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia

En relación con la percepción sobre la claridad del flujo del proceso de autorización y su comprensión por parte del personal involucrado, dos de los seis encuestados manifestaron que esto ocurre solo a veces. Por su parte, un encuestado indicó que casi siempre sucede, uno señaló que siempre, mientras que los dos restantes respondieron rara vez y nunca, respectivamente. Estos resultados muestran percepciones diversas frente al nivel de claridad y comprensión existente en el desarrollo del proceso. La distribución de las respuestas evidencia que no existe una percepción homogénea sobre la definición y apropiación del flujo de autorización dentro de la IPS.

Con respecto a lo oportuno de las respuestas de las EAPB frente a las solicitudes de autorización, la tabla 26.

Tabla 26. *Percepción sobre las respuestas oportunas a las solicitudes de autorización*

Las EAPB responden oportunamente a las solicitudes de autorización	N
A veces	1
Casi siempre	2
Nunca	1
Rara vez	1
Siempre	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia

Con relación a la percepción sobre la oportunidad en las respuestas de las EAPB frente a las solicitudes de autorización, dos de los seis participantes manifestaron que esto ocurre casi siempre. Por otro lado, un participante indicó que las respuestas son oportunas siempre, mientras que los demás señalaron que esto sucede a veces, rara vez o nunca, respectivamente. Estos resultados reflejan percepciones variadas sobre la capacidad de respuesta de las EAPB en el proceso de autorización. La diversidad en las respuestas evidencia que no existe consenso entre el personal administrativo respecto a la oportunidad con la que las EAPB gestionan las autorizaciones.

Al preguntar a los encuestados sobre la efectividad de los canales de las EAPB al momento de buscar resolver casos o inconsistencias, las respuestas fueron registradas en la tabla 27.

Tabla 27. *Efectividad de los canales para resolver inquietudes*

Los canales de comunicación con las EAPB son eficientes para resolver casos o inconsistencias.	N
Casi siempre	3
Rara vez	3
Total general	6

Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con los datos de la tabla 27 que registro las respuestas relacionadas con la eficiencia de los canales de comunicación con las EAPB para resolver casos o inconsistencias, tres de los seis participantes consideraron que estos son eficientes casi siempre, mientras que los otros tres manifestaron que esto ocurre rara vez. Los resultados muestran una división

equilibrada en la percepción del personal frente al funcionamiento de estos mecanismos de comunicación. Esto permite plantear que las respuestas muestran diferencias importantes en la experiencia del personal administrativo respecto a la interacción con las EAPB. Mientras una parte del personal percibe que existen canales funcionales para la resolución de situaciones administrativas, otra considera que dichos mecanismos presentan limitaciones frecuentes, lo que podría dificultar la gestión oportuna de inconsistencias y afectar el desarrollo de los procesos de autorización.

Con respecto a lo que sucede en el momento en que surgen reprocesos o devoluciones frecuentes en las solicitudes de autorización, la información se puede ver en la tabla 28.

Tabla 28. *Aparición de reprocesos o devoluciones de autorización*

Se presentan reprocesos o devoluciones frecuentes en las solicitudes de autorización.	N
A veces	1
Casi siempre	1
Rara vez	4
Total general	6

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la presencia de reprocesos o devoluciones frecuentes en las solicitudes de autorización, cuatro de los seis participantes manifestaron que estas situaciones ocurren rara vez. Por su parte, un participante indicó que se presentan a veces y otro señaló que casi siempre suceden. En términos generales, los resultados muestran que, para la mayoría del personal encuestado, los reprocesos no constituyen una situación recurrente dentro del proceso administrativo. No obstante, la existencia de respuestas que indican ocurrencia ocasional o frecuente de reprocesos evidencia que aún se presentan dificultades en algunas solicitudes de autorización.

Por otro lado, cuando se preguntó a los encuestados sobre la afectación de la carga laboral a los procesos de autorización, las repuestas muestran una tendencia tal como lo sugiere la tabla 29.

Tabla 29. *Afectación de la carga laboral a los procesos de autorización*

La carga laboral asignada permite realizar el proceso de autorización de manera eficiente.	N
A veces	1
Casi siempre	2
Nunca	3
Total general	6

Nota. Elaboración propia

De acuerdo con la tabla 29, la percepción que tienen los encuestados sobre la carga laboral asignada para realizar el proceso de autorización de manera eficiente, muestra que, tres de ellos manifestaron que esta nunca permite desarrollar el proceso adecuadamente. Por otro lado, dos encuestados señalaron que esto ocurre casi siempre y uno indicó que sucede a veces. Estos resultados evidencian una tendencia importante hacia percepciones de insuficiencia en relación con la carga laboral y las condiciones para ejecutar las actividades administrativas. El hecho de que predominen respuestas negativas sugiere que el personal administrativo percibe limitaciones relacionadas con la distribución de tareas o con la cantidad de trabajo asignada.

Con relación a las herramientas tecnológicas adecuadas para la gestión y seguimiento a las autorizaciones, se puede ver la información en la tabla 30.

Tabla 30. *Herramientas tecnológicas adecuadas para la gestión y seguimiento de las autorizaciones*

La IPS cuenta con herramientas tecnológicas adecuadas para gestionar y hacer seguimiento a las autorizaciones	N
Casi siempre	2
Nunca	3
Rara vez	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia

A partir de lo registrado en la tabla 30, la disponibilidad de herramientas tecnológicas adecuadas para gestionar y hacer seguimiento a las autorizaciones, tres de los seis encuestados manifestaron que la IPS nunca cuenta con estas herramientas. Por su parte, dos encuestados más indicaron que esto ocurre casi siempre y uno señaló que sucede rara vez.

Estos resultados muestran una percepción predominantemente negativa frente al soporte tecnológico disponible para el desarrollo de los procesos administrativos. Las respuestas ofrecidas por los encuestados sugieren que el personal administrativo identifica limitaciones importantes en las herramientas tecnológicas utilizadas para la gestión y seguimiento de autorizaciones.

Por otro lado, se indagó por la existencia del intercambio de información entre IPS y EAPB, la información puede ser revisada en la tabla 31.

Tabla 31. *Existencia de intercambio d información entre IPS y EAPB*

Existe interoperabilidad o intercambio de información entre la IPS y las EAPB.	N
A veces	2
Casi siempre	1
Nunca	1
Rara vez	2
Total general	6

Nota. Elaboración propia

Como se puede ver en la tabla 31, cuando se indagó acerca de la existencia de interoperabilidad o intercambio de información entre la IPS y las EAPB, dos de los seis encuestados manifestaron que esto ocurre a veces, mientras que uno señaló que sucede casi siempre. Por otro lado, dos encuestados indicaron que rara vez existe este intercambio y uno afirmó que nunca se presenta. La distribución de las respuestas sugiere que la interoperabilidad entre la IPS y las EAPB no se percibe como un proceso completamente consolidado por parte del personal administrativo.

En esa misma dirección, se indagó por la afectación que pueden causar las demoras o redirecciones de las autorizaciones en la continuidad de la atención, la información de la tabla 32 muestra lo manifestado por los encuestados.

Tabla 32. *Afectación de las demoras y redirecciones en las autorizaciones y la continuidad de la atención*

Las demoras o redirecciones en las autorizaciones afectan la continuidad de la atención de los pacientes.	N
A veces	1
Casi siempre	2
Nunca	2
Siempre	1
Total general	6

Nota. Elaboración propia.

A partir de la información de la anterior tabla, se puede notar que, dos de los seis encuestados manifestaron que estas situaciones afectan casi siempre la atención de los pacientes. Por su parte, uno indicó que esto ocurre siempre y otro señaló que sucede a veces. Por el contrario, dos encuestados consideraron que estas situaciones nunca afectan la continuidad de la atención. Los resultados muestran percepciones divididas frente al impacto de las autorizaciones en el proceso asistencial. La variabilidad en las respuestas muestra que el personal administrativo no presenta una percepción homogénea sobre las consecuencias de las demoras o redirecciones en la atención de los usuarios.

Con respecto al apoyo que recibe el equipo de trabajo de parte de la coordinación para resolver casos complejos, la información de la tabla 33 muestra las respuestas de los encuestados.

Tabla 33. *Apoyo y/o acompañamiento de la coordinación para la resolución de casos complejos*

El equipo de trabajo recibe apoyo y acompañamiento por parte de la coordinación para resolver casos complejos.	N
Casi siempre	2
Rara vez	1
Siempre	3
Total general	6

Nota. elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 33, el apoyo y acompañamiento brindado por la coordinación para resolver casos complejos, tuvo respuestas favorables en su mayoría, donde tres de los seis encuestados manifestaron que siempre reciben este respaldo, mientras que dos

indicaron que esto ocurre casi siempre. Por su parte, un encuestado señaló que rara vez cuenta con dicho acompañamiento. En términos generales, los resultados muestran una percepción mayoritariamente favorable respecto al apoyo institucional ofrecido al equipo de trabajo. La tendencia observada sugiere que el personal administrativo percibe la existencia de mecanismos de acompañamiento y apoyo por parte de la coordinación en el manejo de situaciones complejas.

De manera general, los resultados obtenidos en la encuesta aplicada al personal administrativo muestran percepciones diversas frente al funcionamiento de los procesos de autorización y su relación con la continuidad de la atención en la IPS. La mayoría de los encuestados manifestó contar con experiencia previa en la gestión de autorizaciones, lo que permitió identificar apreciaciones fundamentadas en el desarrollo cotidiano de las actividades administrativas. Entre los principales hallazgos se destacan dificultades relacionadas con la claridad y comprensión del flujo de autorización, la oportunidad en las respuestas de las EAPB, las limitaciones en los canales de comunicación y la insuficiencia de herramientas tecnológicas para el seguimiento de los procesos. Asimismo, parte del personal encuestado señaló la presencia de cargas laborales que dificultan el desarrollo eficiente de las actividades y la existencia de situaciones que pueden afectar la continuidad de la atención, especialmente cuando se presentan demoras o redirecciones en las autorizaciones.

No obstante, también se identificaron aspectos favorables dentro de la dinámica institucional, como la baja frecuencia de reprocesos en algunas solicitudes y la percepción positiva frente al apoyo y acompañamiento brindado por la coordinación para resolver casos complejos. En general, puede decirse que, si bien existen fortalezas relacionadas con el trabajo interno y el acompañamiento al personal, persisten barreras administrativas y operativas asociadas principalmente a la interacción con las EAPB, la gestión tecnológica y

las condiciones de trabajo, las cuales podrían influir en la eficiencia del proceso de autorización y en la continuidad de la atención de los usuarios.

Discusión

El análisis está orientado a contrastar los resultados con los planteamientos conceptuales existentes, con el propósito de identificar convergencias, divergencias y aportes relevantes al conocimiento del problema estudiado, Barreras presentes en los procesos administrativos que interfieren con la continuidad de la atención.

Los hallazgos de esta investigación permiten identificar múltiples barreras administrativas que inciden en la continuidad de la atención en la IPS, las cuales se distribuyen en tres niveles interrelacionados, las derivadas de la estructura contractual y su lógica de financiación, las asociadas a los flujos de autorización y comunicación con las EAPB, y aquellas vinculadas con las condiciones tecnológicas y organizativas internas para garantizar la gestión oportuna de los procesos.

En primer lugar, el análisis contractual reveló que el 80% de los contratos vigentes corresponden a la modalidad por evento, es decir, un esquema de pago por prestación individual, mientras que el 20% restante opera bajo outsourcing en marca blanca. Esta configuración contractual constituye una barrera estructural de primer orden, pues fragmenta la responsabilidad sobre la continuidad del paciente. Desde la perspectiva de la Teoría de la Gerencia en Salud, los modelos de financiación y contratación orientados a resultados parciales o por eventos inducen prácticas que desarticulan la integración asistencial (Organización Panamericana de la Salud, 2010; World Health Organization, 2007). En el caso de la IPS especializada, los contratos por evento trasladan implícitamente la gestión de la autorización al usuario o a su familia —hallazgo que se confirma en la encuesta a usuarios, donde el 49% gestionó personalmente la autorización y el 41.6% delegó en un familiar—, lo

cual contradice los principios de la continuidad de gestión definida por Haggerty et al. (2003), según los cuales la organización debe coordinar los servicios a través del tiempo y los niveles de atención.

En la misma línea, la modalidad de marca blanca en las instituciones de alta complejidad (Hospital San Juan de Dios, Clínica Nuestra) genera una barrera adicional relacionada con la visibilidad y trazabilidad del paciente. El personal administrativo encuestado señaló que, en estos contratos, la IPS no tiene control sobre los flujos de autorización ni sobre los registros clínicos, lo que limita la medición de indicadores de continuidad. Esta situación dialoga con lo planteado por Jiménez Barbosa et al. (2020), quienes encontraron que la falta de comunicación fluida y de procesos administrativos replicables entre niveles de atención causa desconexiones en el proceso de cuidado. Desde el marco teórico, esta barrera afecta directamente la continuidad informacional (Haggerty et al., 2003), pues la información clínica acumulada no fluye adecuadamente entre las instituciones, lo que puede derivar en duplicación de procedimientos, errores de diagnóstico y pérdida de coherencia en el seguimiento de procesos crónicos o complejos.

Los resultados de la revisión de PQRS permitieron identificar barreras relacionadas con los canales de atención (27.9% del total de PQRS) y la demora en la atención del profesional (18.5%). Estos hallazgos coinciden plenamente con lo reportado por Monzón Castiblanco y Velásquez Ortiz (2023), quienes señalaron que las demoras y dificultades administrativas dan lugar a interrupciones en la atención e insatisfacción de los usuarios. Asimismo, Ollé-Espluga et al. (2021), en su estudio multicéntrico en América Latina, documentaron que las barreras administrativas para acceder a especialistas o para la autorización de medicamentos y procedimientos son una de las quejas más constantes entre pacientes con enfermedades crónicas. En el caso de la IPS especializada, el hecho de que el buzón físico sea el medio más utilizado para interponer PQRS (66%) sugiere que los usuarios

aún enfrentan barreras para acceder a canales más ágiles y con registro trazable, lo cual, paradójicamente, contrasta con que la IPS responde principalmente por correo electrónico (62.4%). Esta asimetría entre el medio de recepción y el medio de respuesta podría interpretarse como una barrera administrativa silenciosa que afecta la percepción de eficiencia por parte del usuario.

La encuesta al personal administrativo reveló barreras relacionadas con la claridad del flujo del proceso de autorización, el cual no es comprendido de manera homogénea por todo el equipo: dos participantes señalaron que esto ocurre solo "a veces", mientras que otros respondieron "rara vez" o "nunca". Esta falta de estandarización en la comprensión del proceso constituye una barrera organizativa interna que, desde la Teoría de la Gerencia en Salud, refleja una gobernanza débil en términos de definición de roles y mecanismos formales de coordinación (Provan & Kenis, 2008). Adicionalmente, tres de los seis encuestados manifestaron que la carga laboral asignada nunca permite realizar el proceso de autorización de manera eficiente, y tres señalaron que la IPS nunca cuenta con herramientas tecnológicas adecuadas para la gestión y seguimiento de las autorizaciones. Estas condiciones operativas limitan la capacidad de la IPS para garantizar la continuidad de gestión, entendida por Haggerty et al. (2003) como la organización coordinada de servicios a lo largo de diferentes niveles asistenciales.

Sobre la revisión de la base de datos de atenciones permitió identificar una barrera estructural preocupante: el 53.4% de los pacientes aparece una sola vez en los registros de la IPS, y el 55.35% de las reconsultas ocurren en intervalos superiores a 60 días. Estos datos evidencian una importante discontinuidad observable en las trayectorias asistenciales. Desde la Teoría de la Continuidad de la Atención, específicamente desde los planteamientos de Starfield (1998), la continuidad longitudinal es la condición que permite el conocimiento acumulativo del paciente, la anticipación de riesgos y la adaptación progresiva del cuidado.

Un porcentaje tan alto de atención única sugiere que la IPS no está logrando actuar como un eje estructurador del seguimiento de sus pacientes, lo cual es consistente con lo hallado por Barajas-Lizarazo et al. (2025) en Colombia, donde una gran proporción de pacientes sufre discontinuidad en la atención asociada a problemas de gestión y administración del servicio, especialmente en los niveles de autorización y referenciación.

Finalmente, los resultados de la encuesta a usuarios complementan este panorama al mostrar que, aunque la mayoría percibe la información como clara (84.6%) y el tiempo de respuesta de la EAPB como oportuno (64.7%), persiste un 34.7% de usuarios que tuvieron que realizar más de una visita o llamada para obtener la autorización, y un 36% que asumió costos adicionales (transporte, copias, desplazamientos). Estas cifras, aunque minoritarias, representan barreras económicas y operativas significativas que afectan desproporcionadamente a poblaciones vulnerables, tal como lo advierten Sánchez-Cárdenas et al. (2024) al señalar que las barreras administrativas se suman a las barreras físicas y económicas, convirtiendo un problema administrativo en una barrera de acceso insuperable, especialmente en regiones alejadas —nótese que el 26.7% de los usuarios encuestados provenía de municipios diferentes a Cali—.

En síntesis, las barreras administrativas identificadas en la IPS son de naturaleza estructural (contratos por evento y marca blanca), procesal (falta de claridad en flujos, demoras en autorizaciones, canales de comunicación asimétricos), tecnológica (insuficiencia de herramientas para seguimiento) y organizativa (carga laboral, falta de interoperabilidad). Estas barreras, en su conjunto, interfieren con la continuidad de la atención al fragmentar la responsabilidad sobre el paciente, limitar la trazabilidad de la información clínica, prolongar los intervalos entre consultas y trasladar costos y gestiones al usuario. Desde el marco teórico integrado que propone esta investigación, la Teoría de la Continuidad de la Atención permite explicar cómo estas barreras se traducen en experiencias de discontinuidad (alta tasa de

atención única, intervalos prolongados), mientras que la Teoría de la Gerencia en Salud explica por qué estas barreras persisten: decisiones de contratación fragmentada, debilidad en la gobernanza de la red, insuficiencia tecnológica y ausencia de incentivos alineados con la continuidad asistencial.

Análisis de las barreras relacionadas con el proceso de autorización que afectan la continuidad de la atención

El análisis de las barreras específicamente vinculadas al proceso de autorización constituye un eje central de esta investigación, dado que la autorización de servicios de salud ha sido identificada en la literatura como el ámbito donde las dificultades administrativas se manifiestan de manera más contundente, afectando directamente la continuidad y el acceso (Monzón Castiblanco & Velásquez Ortiz, 2023). Los hallazgos de esta investigación permiten caracterizar dichas barreras en cuatro dimensiones interrelacionadas, la transferencia de la gestión al usuario y su familia, la heterogeneidad en la oportunidad de respuesta de las EAPB, las limitaciones en los canales de comunicación y la resolución de inconsistencias, y la afectación concreta sobre la continuidad expresada en aplazamientos, cancelaciones y costos indirectos.

En primer lugar, uno de los hallazgos más relevantes de la encuesta a usuarios es que solo el 8.7% de los pacientes reportó que la IPS gestionó el proceso de autorización, mientras que el 49% lo asumió directamente y el 41.6% delegó esta tarea en un familiar. Esta distribución evidencia una transferencia sistemática de la responsabilidad administrativa desde la IPS hacia el usuario y su red de apoyo, lo cual constituye una barrera estructural del proceso de autorización. Desde la Teoría de la Continuidad de la Atención, específicamente desde la dimensión de continuidad de gestión propuesta por Haggerty et al. (2003), corresponde a la organización coordinada de servicios a lo largo del tiempo y los niveles de atención. Cuando esta responsabilidad es trasladada al paciente, se produce una fractura en la

trayectoria asistencial que obliga al usuario a actuar como navegador de un sistema fragmentado. Este hallazgo dialoga directamente con lo planteado por Mesa-Melgarejo et al. (2023), quienes encontraron que los procesos administrativos, entre ellos las autorizaciones, son considerados las principales barreras del sistema que limitan la capacidad para garantizar la atención integral y continua. La rigidez de los protocolos y la falta de agilidad administrativa se constituyen así en un factor de riesgo que favorece la pérdida de seguimiento.

La percepción sobre la oportunidad de respuesta de las EAPB mostró resultados aparentemente contradictorios según la fuente de información. Mientras que el 64.7% de los usuarios calificó el tiempo de respuesta como oportuno o muy oportuno, la encuesta al personal administrativo reveló percepciones heterogéneas: dos participantes señalaron que las EAPB responden oportunamente "casi siempre", pero otros indicaron "a veces", "rara vez" o "nunca". Esta diferencia puede interpretarse no como una contradicción, sino como un reflejo de la variabilidad inter-EAPB en los tiempos de autorización. Los datos de la base de atenciones muestran que SOS concentra el 49.79% de las atenciones, seguida de Salud Total (20.27%) y Nueva EPS (10.96%), lo que sugiere que la experiencia de oportunidad puede estar mediada por la EAPB de afiliación. Esta variabilidad es consistente con lo señalado por Barajas-Lizarazo et al. (2025), quienes documentaron que gran parte de los problemas sufridos por el paciente tienen que ver con la gestión y administración del servicio, especialmente en los niveles de autorización y referenciación. Desde la Teoría de la Gerencia en Salud, la ausencia de mecanismos estandarizados de autorización entre las distintas EAPB refleja una gobernanza débil de la red (Provan & Kenis, 2008), donde cada asegurador impone sus propios tiempos, formatos y procedimientos, fragmentando la respuesta institucional.

No obstante, a pesar de la percepción mayoritariamente positiva sobre la oportunidad, el 34.7% de los usuarios tuvo que realizar más de una visita o llamada para obtener la autorización, y el 16.2% reportó haber tenido que aplazar o cancelar una cita o procedimiento debido a demoras o negaciones en la autorización. Estas cifras, aunque no constituyen mayoría, representan una proporción clínicamente significativa de eventos adversos administrativos. El aplazamiento o cancelación de procedimientos por causas ajenas a la necesidad clínica constituye una interrupción forzada de la continuidad que, desde la perspectiva de Reid et al. (2002), afecta la percepción de coherencia y conexión entre los eventos asistenciales a lo largo del tiempo. Además, el 36% de los usuarios asumió costos adicionales (transporte, copias, desplazamientos) para completar el proceso de autorización, lo cual introduce una barrera económica que, tal como advierten Sánchez-Cárdenas et al. (2024), se suma a las barreras administrativas y geográficas, afectando desproporcionadamente a poblaciones con menores recursos. En el caso de la IPS especializada, considerando que el 26.7% de los usuarios encuestados proviene de municipios diferentes a Cali, estos costos de desplazamiento para gestionar autorizaciones pueden representar una carga significativa que desincentiva el seguimiento.

En tercer lugar, las barreras asociadas a los canales de comunicación con las EAPB fueron identificadas tanto por usuarios como por personal administrativo. En los PQRS, la categoría "canales de atención" concentró el 27.9% de las manifestaciones, siendo la más frecuente. El personal administrativo, por su parte, mostró una percepción dividida sobre la eficiencia de estos canales, tres encuestados consideraron que son eficientes "casi siempre", mientras que los otros tres señalaron que esto ocurre "rara vez". Esta división equilibrada (50%-50%) sugiere que la eficacia de los canales de comunicación con las EAPB no es homogénea y puede depender de factores como la EAPB específica, el tipo de solicitud, el momento del mes o la complejidad del caso. Este hallazgo se alinea con lo reportado por

Ollé-Espluga et al. (2021), quienes documentaron que la fragmentación de los sistemas se refleja en procesos administrativos desconectados, lo cual erosiona la confianza del paciente y dificulta la adherencia a los planes de tratamiento a largo plazo.

Un asunto relevante dentro de los hallazgos, particularmente desde la perspectiva de la continuidad informacional (Haggerty et al., 2003) es la percepción del personal administrativo sobre la falta de interoperabilidad entre la IPS y las EAPB. Dos encuestados señalaron que el intercambio de información ocurre solo "a veces", dos que ocurre "rara vez" y uno que "nunca" ocurre. Además, tres de los seis participantes manifestaron que la IPS nunca cuenta con herramientas tecnológicas adecuadas para gestionar y hacer seguimiento a las autorizaciones. Esta carencia tecnológica impide que la información clínica acumulada esté disponible en el momento adecuado para la toma de decisiones, lo que, desde el planteamiento de Starfield (1998), constituye una barrera crítica para el conocimiento acumulativo del paciente y la anticipación de riesgos. La no disponibilidad de continuidad informacional puede dar lugar a errores de diagnóstico, retrasos en la atención o pérdida de coherencia en el seguimiento de procesos crónicos, tal como se observa en los datos de la base de atenciones, donde el 53.4% de los pacientes aparece una sola vez.

Adicionalmente, es necesario analizar las barreras derivadas de los reprocesos y devoluciones en las solicitudes de autorización. Aunque la mayoría del personal administrativo (cuatro de seis) señaló que los reprocesos ocurren "rara vez", la existencia de respuestas que indican ocurrencia "a veces" o "casi siempre" evidencia que no se trata de un fenómeno ausente. Cada reproceso implica un reinicio del ciclo de autorización, con el consiguiente incremento en los tiempos de espera y la posibilidad de que el paciente abandone el proceso. Desde la Teoría de la Gerencia en Salud, los reprocesos frecuentes son indicadores de fallos en el diseño de los flujos de trabajo o en la estandarización de los requisitos entre la IPS y las EAPB. La claridad del flujo del proceso de autorización, que

según el personal administrativo no es comprendida homogéneamente (dos encuestados respondieron "a veces", uno "rara vez", uno "nunca"), agrava esta situación al introducir variabilidad en la forma como el personal gestiona las solicitudes iniciales.

Un aspecto que merece especial atención es la percepción dividida del personal administrativo sobre el impacto de las demoras o redirecciones en la autorización sobre la continuidad de la atención. Dos encuestados señalaron que estas situaciones afectan "casi siempre" la continuidad, uno que afectan "siempre", uno que afectan "a veces", y dos que "nunca" afectan. Esta dispersión en las respuestas sugiere que no existe una conciencia institucional unificada sobre el efecto que tienen los problemas de autorización en la trayectoria del paciente. Desde la perspectiva de Reid et al. (2002), la continuidad no es solo una propiedad organizativa objetiva, sino también una experiencia subjetiva de integración. Si el propio personal administrativo no reconoce de manera consistente el impacto de su trabajo sobre la continuidad, resulta difícil diseñar intervenciones efectivas para mejorarla. Esta falta de alineamiento perceptual puede interpretarse como una barrera cultural u organizativa que complementa las barreras estructurales y procesales identificadas.

Finalmente, los resultados de la base de datos de atenciones permiten dimensionar el impacto agregado de las barreras en el proceso de autorización sobre la continuidad observable. El hallazgo de que solo el 52.43% de los pacientes que recibieron una orden médica retornaron al menos una vez a la IPS constituye una evidencia contundente de que el proceso de autorización —y las barreras asociadas— está generando una pérdida significativa de continuidad. La otra mitad de los pacientes, a pesar de haber recibido una indicación clínica de seguimiento, no logra materializarla en una nueva atención. Este dato dialoga directamente con lo encontrado por Jiménez Barbosa et al. (2020) en el servicio de urgencias de un hospital, donde la falta de comunicación fluida y de procesos administrativos replicables entre niveles de atención causaba desconexiones en el proceso de cuidado. En el

caso de la IPS especializada, la ausencia de mecanismos ágiles de autorización, sumada a la transferencia de la gestión al usuario, a la variabilidad en los tiempos de respuesta de las EAPB y a las limitaciones tecnológicas, se traduce en que aproximadamente la mitad de los pacientes no logra sortear las barreras administrativas para continuar su tratamiento.

En síntesis, el análisis de las barreras relacionadas específicamente con el proceso de autorización permite concluir que estas operan en múltiples niveles: (1) transferencia de la responsabilidad al usuario y su familia, lo que contradice el principio de continuidad de gestión; (2) heterogeneidad en la oportunidad según la EAPB y el tipo de solicitud, reflejo de una gobernanza fragmentada; (3) deficiencias en los canales de comunicación e interoperabilidad, que afectan la continuidad informacional; (4) costos indirectos y necesidad de múltiples gestiones, que introducen barreras económicas y temporales; y (5) falta de conciencia institucional unificada sobre el impacto de estos problemas en la continuidad. Estas barreras, en su conjunto, explican por qué solo la mitad de los pacientes que requieren seguimiento logra retornar a la IPS, configurando un escenario donde la autorización se convierte en un cuello de botella que filtra y fragmenta las trayectorias asistenciales, tal como lo advierten Monzón Castiblanco y Velásquez Ortiz (2023) y Mesa-Melgarejo et al. (2023).

Impacto de la continuidad en la atención sobre la experiencia del paciente en los servicios recibidos

La evaluación del impacto de la continuidad en la atención sobre la experiencia del paciente constituye un componente esencial de esta investigación, toda vez que la continuidad no es únicamente una propiedad organizativa objetiva, sino también una experiencia subjetiva de integración y coherencia percibida por el usuario a lo largo de su trayectoria asistencial (Reid et al., 2002). Los hallazgos de esta investigación permiten afirmar que, en la IPS la experiencia del paciente se configura a partir de una paradoja aparente, por un lado, los usuarios reportan altos niveles de satisfacción con el trato recibido

y con la atención general de la IPS; por otro lado, la evidencia objetiva de discontinuidad (alta tasa de atención única, intervalos prolongados entre consultas, pérdida de seguimiento de pacientes con órdenes médicas) contrasta con esta valoración positiva. Esta paradoja requiere un análisis detallado que dialogue con la literatura y el marco teórico.

Los resultados de la encuesta a usuarios muestran niveles de satisfacción ampliamente mayoritarios en relación con los servicios de la IPS. El 50.7% calificó el trato recibido como "muy satisfactorio" y el 37.8% como "satisfactorio", lo que suma un 88.5% de valoraciones positivas. De manera similar, la satisfacción con la atención general alcanzó un 92.6% (50% "muy satisfecho" y 42.6% "satisfecho"). Estos datos indican que, cuando el usuario logra acceder efectivamente al servicio y ser atendido, la experiencia es predominantemente positiva. Este hallazgo dialoga con lo planteado por Yépez-Chamorro et al. (2018), quienes señalaron que la calidad percibida guarda estrecha relación con la agilidad y la eficacia de los procedimientos administrativos, pero también —y de manera fundamental— con el trato humanizado y la competencia clínica. En el caso de la IPS especializada, el personal administrativo encuestado reportó una percepción mayoritariamente favorable respecto al apoyo y acompañamiento brindado por la coordinación para resolver casos complejos (tres de seis señalaron "siempre", dos "casi siempre"), lo cual sugiere que internamente existen fortalezas en la atención al usuario que se reflejan en la valoración positiva de los pacientes.

Sin embargo, es necesario problematizar esta alta satisfacción a la luz de los datos objetivos de discontinuidad. El hecho de que el 53.4% de los pacientes aparezca una sola vez en la base de datos y que el 47.56% de los pacientes que recibieron una orden médica no registren retorno posterior constituye una evidencia contundente de que una proporción significativa de usuarios no experimenta una trayectoria asistencial continua. Desde la Teoría de la Continuidad de la Atención propuesta por Haggerty et al. (2003), la continuidad se define como aquello que permite considerar los servicios de salud como conectados con

coherencia a lo largo del tiempo. Cuando un paciente no retorna a pesar de tener una orden médica, se produce una fractura en esa conexión. La paradoja radica en que estos mismos pacientes, en el momento de la encuesta —aplicada presumiblemente durante o inmediatamente después de su atención—, manifestaron altos niveles de satisfacción. Esto sugiere que la evaluación de la experiencia del paciente en la IPS especializada está más influenciada por el encuentro clínico inmediato y el trato recibido que por la continuidad longitudinal del cuidado, un fenómeno que ha sido documentado en la literatura como la tendencia de los pacientes a valorar positivamente episodios aislados de atención incluso cuando el sistema general presenta fallas estructurales (Beltrán Galindo, Gañan Arcila & Quiroz Valencia, 2022).

En segundo lugar, los resultados de los PQRS ofrecen una mirada complementaria sobre la experiencia del paciente, al capturar las manifestaciones de inconformidad que no emergen necesariamente en una encuesta de satisfacción. La categoría más frecuente fue "canales de atención" (27.9%), seguida de "demora en la atención del profesional" (18.5%) y "trato humanizado" (17.1%). Este ordenamiento es revelador: lo que más motiva a un usuario a interponer un PQRS no es el trato humanizado en sí mismo —aunque aparece en tercer lugar—, sino las dificultades para comunicarse y gestionar trámites (canales de atención) y los tiempos de espera (demora). Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Beltrán Galindo, et al., (2022) quienes encontraron que las esperas en el momento de la atención y el reconocimiento de trámites administrativos burocráticos engorrosos guardan una correlación negativa con la satisfacción del paciente. En el caso de la IPS especializada, aunque la satisfacción general es alta, la existencia de un 27.9% de PQRS relacionados con canales de atención indica que una proporción significativa de usuarios experimenta frustración en la fase previa a la atención clínica, es decir, en la gestión de autorizaciones y en la comunicación con la IPS y las EAPB.

Llama la atención es la proporción de usuarios que reportó haber aplazado o cancelado una cita o procedimiento por demoras o negaciones en la autorización (16.2%) , así como aquellos que manifestaron que las demoras o dificultades afectaron "bastante" o "mucho" la continuidad de su tratamiento (18.6% en total: 13.3% "bastante", 5.3% "mucho"). Estas cifras, aunque minoritarias, representan un impacto directo y negativo de la discontinuidad sobre la experiencia del paciente. Un paciente que debe aplazar una cita o cancelar un procedimiento por causas administrativas no solo experimenta una interrupción en su proceso terapéutico, sino que también puede desarrollar desconfianza en el sistema, sensación de abandono y, potencialmente, un deterioro en su estado de salud. Desde la perspectiva de Ollé-Espluga et al. (2021) los pacientes con enfermedades crónicas reconocen la continuidad de la atención como una experiencia continua, y las barreras administrativas para acceder a especialistas o para la autorización de medicamentos y procedimientos son una de las quejas más constantes, erosionando la confianza del paciente y dificultando la adherencia a los planes de tratamiento a largo plazo.

Es necesario analizar el impacto de la continuidad sobre la experiencia del paciente a la luz de las dimensiones propuestas por la teoría. Haggerty et al. (2003) distinguen tres dimensiones interdependientes de la continuidad; relacional, informacional y de gestión. En la IPS especializada, la continuidad relacional —entendida como la estabilidad de la relación terapéutica— parece estar relativamente bien valorada, como lo evidencia el 88.5% de satisfacción con el trato. Sin embargo, la continuidad de gestión —que depende de la coordinación de servicios a través del tiempo y los niveles de atención— presenta serias deficiencias, como lo demuestran los datos de atención única (53.4%) y la pérdida de seguimiento de pacientes con órdenes médicas (47.56%). La teoría sostiene que estas dimensiones son interdependientes, una falla en la continuidad de gestión termina afectando la experiencia global del paciente, incluso cuando el encuentro clínico inmediato ha sido

positivo. Un paciente puede estar "muy satisfecho" con el médico que lo atendió y con el trato del personal, pero si no logra obtener la autorización para su prótesis, su siguiente cita o su examen de control, esa satisfacción inicial se verá erosionada en el mediano plazo. Los datos de este estudio no permiten evaluar la evolución de la satisfacción en el tiempo, pero la alta tasa de abandono sugiere que muchos pacientes "votan por el momento", es decir, no retornan, lo cual es un indicador indirecto de que la experiencia global no fue suficiente para motivar el seguimiento.

Los resultados de la encuesta al personal administrativo aportan una mirada institucional sobre el impacto de la continuidad en la experiencia del paciente. Aunque la percepción sobre este impacto se mostró dividida (dos encuestados señalaron que las demoras o redirecciones afectan "casi siempre" la continuidad, dos que "nunca" la afectan), es notable que la mayoría de los encuestados haya reconocido que estas situaciones sí generan algún nivel de afectación. Esta diversidad en la percepción es consistente con la falta de claridad en el flujo del proceso de autorización documentada anteriormente. Desde la Teoría de la Gerencia en Salud, la ausencia de una visión compartida sobre el impacto del trabajo administrativo en la experiencia del paciente constituye una debilidad en la gobernanza interna de la IPS (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Si el personal que gestiona autorizaciones no tiene claridad sobre cómo sus acciones (u omisiones) afectan la continuidad y, por ende, la experiencia del paciente resulta difícil alinear los incentivos y los procesos hacia la mejora de la continuidad.

Un aspecto que merece especial atención es la relación entre continuidad y costos para el paciente. El 36% de los usuarios reportó haber asumido costos adicionales (transporte, copias, desplazamientos) para completar el proceso de autorización. Estos costos, sumados a los desplazamientos desde municipios alejados (26.7% de los encuestados no proviene de Cali), configuran una barrera económica que afecta desproporcionadamente la experiencia del

paciente y su capacidad para mantener la continuidad. Sánchez-Cárdenas et al. (2024) en su análisis de las diferencias geográficas en el acceso a cuidados paliativos en Colombia, evidenciaron que las barreras administrativas se suman a las barreras físicas, convirtiendo un problema administrativo en una barrera de acceso insuperable. Un paciente de Buenaventura, Jamundí o Pradera que debe viajar a Cali para gestionar personalmente una autorización, asumir costos de transporte y posiblemente perder un día de trabajo, tiene una experiencia del sistema significativamente más negativa que aquel que reside en la misma ciudad, incluso si ambos reciben el mismo trato clínico en el momento de la atención. Los datos de este estudio no permiten desagregar la satisfacción por lugar de procedencia, pero esta es una línea de análisis necesaria para futuras investigaciones.

Finalmente, es necesario destacar que, a pesar de las barreras identificadas y del impacto negativo que estas tienen sobre la continuidad para una proporción significativa de usuarios, la IPS presenta fortalezas notables en su atención directa. Los testimonios de los usuarios en las respuestas abiertas de la encuesta resaltan "el buen trato recibido" y "la calidad de la atención brindada por parte del personal de la IPS". El personal administrativo, a su vez, reportó una baja frecuencia de reprocesos (cuatro de seis señalaron que ocurren "rara vez") y un alto nivel de apoyo por parte de la coordinación para resolver casos complejos (tres de seis "siempre", dos "casi siempre"). Estos hallazgos sugieren que, dentro de los límites de su control directo (la atención clínica y el trato al usuario), la IPS especializada logra generar experiencias positivas. El problema radica en aquello que escapa a su control directo, los procesos de autorización dependientes de las EAPB, la falta de interoperabilidad, la fragmentación contractual y la transferencia de responsabilidades al usuario. Desde el marco teórico integrado que sustenta esta investigación, la Teoría de la Continuidad de la Atención permite explicar cómo estas fallas en la continuidad de gestión afectan negativamente la experiencia del paciente, mientras que la Teoría de la Gerencia en

Salud permite entender que estas fallas no son responsabilidad exclusiva de la IPS, sino que son el resultado de una configuración institucional fragmentada donde aseguradores, prestadores y pacientes operan con lógicas y sistemas desconectados.

En síntesis, la evaluación del impacto de la continuidad sobre la experiencia del paciente en la IPS especializada revela una realidad compleja y paradójica. Por un lado, los usuarios que logran ser atendidos reportan altísimos niveles de satisfacción con el trato y la atención clínica, lo que evidencia fortalezas institucionales en el encuentro asistencial directo. Por otro lado, la evidencia objetiva de discontinuidad (alta tasa de atención única, pérdida de seguimiento de pacientes con órdenes médicas, intervalos prolongados entre consultas) y los indicadores subjetivos de afectación (16.2% que aplazó o canceló procedimientos, 18.6% que reportó afectación significativa en la continuidad de su tratamiento, 27.9% de PQRS relacionados con canales de atención) demuestran que la experiencia del paciente está siendo negativamente impactada por las barreras en el proceso de autorización y la fragmentación administrativa. La paradoja entre la alta satisfacción con la atención recibida y la baja continuidad observable sugiere que los usuarios valoran positivamente lo que ocurre dentro de la consulta, pero enfrentan dificultades significativas para llegar a ella o para regresar después de ella. Esta desconexión entre la experiencia del episodio asistencial y la experiencia de la trayectoria de cuidado constituye el núcleo del problema que esta investigación ha buscado desentrañar, y confirma los hallazgos de autores como Barajas-Lizarazo et al. (2025) quienes documentaron que una gran proporción de pacientes en Colombia sufre discontinuidad en la atención asociada a problemas de gestión y administración del servicio, particularmente en los niveles de autorización y referenciación.

Conclusiones

A partir de los hallazgos y la discusión de la investigación, se concluye que, existe una fragmentación contractual y hay una transferencia de responsabilidades al usuario, lo cual se constituye en barreras estructurales que deterioran la continuidad de gestión. El análisis de los contratos vigentes mostró que el 80% de estos operan bajo la modalidad por evento y que, en los contratos de outsourcing bajo marca blanca, la IPS carece de control sobre los flujos de autorización y los registros clínicos. Esta configuración contractual, lejos de ser un detalle operativo menor, se constituye en una barrera estructural que fragmenta la responsabilidad sobre la continuidad del paciente. La transferencia sistemática de esta responsabilidad al usuario evidencia una falla estructural que contradice los principios básicos de la continuidad asistencial y que ha sido documentada como uno de los principales determinantes de la fragmentación.

En esa misma dirección, se puede plantear que hay una debilidad en los flujos de información, la ausencia de interoperabilidad y las limitaciones tecnológicas generan discontinuidad informacional y pérdida de trazabilidad de los pacientes tal como lo mostraron los resultados. La carencia tecnológica se traduce en una afectación directa de la continuidad informacional, lo cual representa trayectorias asistenciales fragmentadas donde la falta de información y seguimiento impide el conocimiento acumulativo del paciente, la anticipación de riesgos y la adaptación progresiva del cuidado, elementos esenciales para una atención de calidad con justicia distributiva.

Por otro lado, las barreras en el proceso de autorización generan un efecto de filtración que excluye a aproximadamente la mitad de los pacientes que requieren seguimiento clínico. El análisis de los datos permitió establecer una relación directa entre las barreras en la autorización y la pérdida de continuidad observable. Si bien el 64,7% de los usuarios calificó el tiempo de respuesta de su EAPB como oportuno o muy oportuno, y el

84,6% consideró clara o muy clara la información recibida, los datos objetivos cuentan una historia diferente: solo el 52,43% de los pacientes que recibieron una orden médica retornaron al menos una vez a la IPS, lo que significa que casi la mitad (47,56%) no logra materializar la indicación clínica en una nueva atención. Esta discrepancia entre la percepción subjetiva de oportunidad y la continuidad objetiva sugiere que los usuarios pueden sentirse satisfechos con el episodio asistencial aislado, pero el sistema, en su conjunto, está fallando en garantizar trayectorias coherentes. Desde la perspectiva de Reid et al. (2002), la continuidad no es solo una propiedad organizativa objetiva, sino también una experiencia subjetiva de integración; sin embargo, cuando el 16,2% de los usuarios ha tenido que aplazar o cancelar procedimientos por demoras o negaciones en la autorización, y el 18,6% reporta que estas dificultades afectaron "bastante" o "mucho" la continuidad de su tratamiento, se evidencia que el proceso de autorización actúa como un filtro que interrumpe el curso asistencial. Este hallazgo confirma lo advertido por Barajas-Lizarazo et al. (2025) en el contexto colombiano: gran parte de los problemas de discontinuidad tienen su origen en la gestión y administración del servicio, especialmente en los niveles de autorización y referenciación.

Por otro lado, se concluye que, la variabilidad en los canales de comunicación con las EAPB y la falta de estandarización en los flujos de autorización generan reprocesos, inequidad en los tiempos de respuesta y una carga administrativa invisible para el paciente. La investigación identificó que las barreras asociadas a la autorización no son homogéneas, sino que varían significativamente según la EAPB de afiliación; asimismo, se puede reconocer que la efectividad de la coordinación interorganizacional depende de roles claramente definidos, mecanismos formales estandarizados y estructuras estables de autoridad. La ausencia de estos elementos en la relación entre la IPS y las EAPB con las que contrata explica por qué los reprocesos, aunque no sean la norma siguen presentes y por qué

se concentra en "canales de atención", es decir, en las dificultades para comunicarse y gestionar trámites. Esta variabilidad y falta de estandarización no solo afecta la eficiencia operativa, sino que introduce una forma de inequidad en el acceso, la oportunidad de la autorización depende de la EAPB a la que se esté afiliado, no solo de la necesidad clínica del paciente.

En esa misma dirección se concluye que, existe una paradoja entre la alta satisfacción con la atención recibida y la baja continuidad observable, lo que sugiere que los usuarios valoran positivamente el encuentro clínico inmediato, pero enfrentan barreras para mantener trayectorias asistenciales prolongadas. Esta paradoja revela un fenómeno central de esta investigación, la experiencia del paciente en la IPS está más influenciada por el trato humanizado y la competencia clínica durante el encuentro asistencial que por la continuidad longitudinal de su cuidado, si bien los usuarios pueden sentirse "satisfechos" con un episodio aislado sin que ello implique que hayan experimentado una trayectoria asistencial coherente y conectada. Este hallazgo tiene implicaciones metodológicas y prácticas importantes, las encuestas de satisfacción tradicionales, aplicadas al final de un único encuentro, pueden enmascarar fallas estructurales en la continuidad que solo se revelan cuando se analizan trayectorias longitudinales. En este sentido, la investigación confirma el hecho de que la calidad percibida está estrechamente relacionada con la agilidad y eficacia de los procedimientos administrativos, pero también —y de manera fundamental— con el trato directo, lo que puede llevar a valoraciones positivas que no necesariamente reflejan un funcionamiento integrado del sistema.

Por último, se puede plantear que, la discontinuidad generada por barreras en la autorización tiene consecuencias tangibles en la experiencia del paciente, manifestadas en aplazamientos de procedimientos, costos adicionales y afectación del tratamiento, lo que constituye una vulneración del derecho a la salud. Un aplazamiento o cancelación por razones

administrativas no es un mero inconveniente logístico; puede significar el deterioro de una condición crónica, la progresión de una enfermedad o la pérdida de una ventana terapéutica. La continuidad tiene una dimensión normativa asociada a la justicia distributiva, los sistemas con mayor continuidad longitudinal tienden a producir mejores resultados en equidad, mientras que la fragmentación afecta de manera desproporcionada a quienes tienen menores capacidades para navegar institucionalmente. En la IPS, los pacientes que deben viajar desde otros municipios, asumir costos de transporte, gestionar personalmente las autorizaciones y, en algunos casos, aplazar sus procedimientos, están experimentando precisamente esa inequidad que la continuidad debería contribuir a reducir. Este hallazgo refuerza el hecho de que las barreras geográficas y administrativas en Colombia, además de la fragmentación erosiona la confianza del paciente y dificulta la adherencia a tratamientos a largo plazo.

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados de la investigación se recomienda acoger un Modelo de Gestión por Continuidad Asistencial (GCA) para IPS Especializada

Justificación del modelo

Los resultados de esta investigación evidencian que la IPS especializada enfrenta barreras estructurales, procesales y tecnológicas que fragmentan la continuidad de la atención de sus usuarios. Entre los hallazgos más relevantes se encuentran: el 80% de contratos por evento que transfieren la gestión al usuario; solo el 8.7% de los pacientes reporta que la IPS gestiona la autorización; el 53.4% de los pacientes aparece una sola vez en la base de datos; el 47.56% de quienes reciben una orden médica no retorna; y el personal administrativo percibe falta de claridad en los flujos, insuficiencia tecnológica y ausencia de interoperabilidad con las EAPB.

Desde el marco teórico, la Teoría de la Continuidad de la Atención (Starfield, 1998; Haggerty et al., 2003; Reid et al., 2002) sostiene que la continuidad de gestión es la

dimensión que permite coordinar servicios a través del tiempo y los niveles asistenciales. La Teoría de la Gerencia en Salud (OPS, 2010; Provan & Kenis, 2008) añade que la gobernanza, los modelos de contratación y los mecanismos de coordinación son determinantes estructurales de la continuidad.

El presente modelo responde a la necesidad de transitar desde una lógica de atención por evento hacia una lógica de atención por continuidad asistencial, sin pretender cambios estructurales del sistema de salud, sino optimizando aquello que la IPS puede gestionar directamente y proponiendo acuerdos realistas con las EAPB de mayor volumen.

Objetivos del modelo

Objetivo general: Diseñar un modelo de gestión administrativa orientado a la continuidad asistencial que permita a la IPS reducir las barreras en el proceso de autorización, aumentar las tasas de retorno de pacientes y mejorar la experiencia del usuario.

Objetivos específicos: (a) Transferir la responsabilidad de la gestión de autorizaciones desde el usuario y su familia hacia la IPS, (b) Estandarizar y optimizar los flujos de autorización con las EAPB de mayor volumen de atención, (c) Implementar mecanismos de trazabilidad y seguimiento activo de pacientes con órdenes médicas, (d) Establecer cláusulas de continuidad en los contratos con las EAPB, (e) Generar indicadores de continuidad como métrica de calidad institucional.

Componentes del modelo

El modelo se organiza en tres niveles de actuación que responden a la capacidad de gestión de la IPS y a los hallazgos identificados.

Nivel 1: Micro – Gestión interna de autorizaciones

Propósito: Asumir la responsabilidad de la gestión de autorizaciones que actualmente recae en el 90.6% de los usuarios (49% propio + 41.6% familiar).

Componente 1.1 Unidad interna de gestión de autorizaciones

Aspecto	Descripción
Justificación	Solo el 8.7% de los usuarios reporta que la IPS gestiona la autorización. El 34.7% tuvo que hacer más de una visita o llamada.
Acción	Crear un equipo dedicado (1-2 personas) cuya función exclusiva sea gestionar autorizaciones ante las EAPB, sin carga adicional de atención al público.
Basado en hallazgo	Personal administrativo reportó que la carga laboral "nunca" permite eficiencia (3 de 6).
Marco teórico	Continuidad de gestión (Haggerty et al., 2003): la organización debe coordinar servicios, no el paciente.

Nota. Elaboración propia

Componente 1.2 Protocolos estandarizados por EAPB priorizadas

Aspecto	Descripción
Justificación	SOS (49.79%), Salud Total (20.27%) y Nueva EPS (10.96%) concentran el 81% de las atenciones.
Acción	Desarrollar un protocolo específico para cada una de estas tres EAPB, con requisitos, formatos, tiempos y canales de autorización claramente documentados.
Basado en hallazgo	Personal administrativo reportó que el flujo de autorización no es claramente definido ni comprendido (respuestas heterogéneas).
Marco teórico	Gobernanza en red (Provan & Kenis, 2008): la efectividad depende de roles claros y mecanismos formales.

Nota. Elaboración propia

Componente 1.3 Sistema de trazabilidad y seguimiento de autorizaciones

Aspecto	Descripción
Justificación	El 55.35% de las reconsultas ocurren en intervalos >60 días; el 47.56% de pacientes con orden médica no retorna.
Acción	Implementar una herramienta de seguimiento (puede ser una planilla Excel robusta o un software básico) que registre: fecha de solicitud, EAPB, servicio, fecha de respuesta, resultado, y fecha de programación.
Basado en hallazgo	Tres de seis administrativos señalaron que la IPS "nunca" cuenta con herramientas tecnológicas adecuadas.
Marco teórico	Continuidad informacional (Haggerty et al., 2003): la disponibilidad oportuna de información es clave para la coherencia del cuidado.

Nota. Elaboración propia

Nivel 2: Meso – Relación contractual y operativa con EAPB

Propósito: Modificar las condiciones de interacción con las EAPB para reducir la fragmentación y mejorar los tiempos de respuesta.

Componente 2.1 Cláusulas de continuidad en contratos

Aspecto	Descripción
Justificación	El 80% de los contratos son por evento, lo que fragmenta la responsabilidad sobre la continuidad.
Acción	En las renovaciones contractuales, incorporar cláusulas que establezcan: (a) tiempos máximos de respuesta para autorizaciones (ej: 48 horas para consulta prioritaria, 5 días para no prioritaria); (b) responsabilidad compartida en la trazabilidad del paciente; (c) mecanismos de escalamiento para casos complejos.
Basado en hallazgo	El personal administrativo mostró percepciones divididas sobre la oportunidad de respuesta de las EAPB.
Marco teórico	Alineación contractual (OPS, 2010): los modelos de contratación orientados a trayectorias integrales promueven decisiones alineadas con la continuidad.

Nota. Elaboración propia

Componente 2.2 Acuerdo piloto con SOS (EAPB mayoritaria)

Aspecto	Descripción
Justificación	SOS concentra el 49.79% de las atenciones y el 58% de los usuarios encuestados.
Acción	Proponer a SOS un acuerdo de ventanilla única de autorizaciones : un canal directo y priorizado para la IPS especializada, con un gestor de cuenta asignado en la EAPB. Este acuerdo puede presentarse como un proyecto piloto de mejora de oportunidad.
Basado en hallazgo	El 27.9% de los PQRS se relacionan con "canales de atención"; el personal administrativo está dividido (50%-50%) sobre la eficiencia de los canales.
Marco teórico	Redes Integradas de Servicios de Salud (OPS, 2010): la integración funcional necesita herramientas gerenciales concretas.

Nota. Elaboración propia

Componente 2.3 Acuerdo básico de interoperabilidad

Aspecto	Descripción
Justificación	El personal administrativo reportó que la interoperabilidad "nunca" o "rara vez" existe (4 de 6).
Acción	Negociar con las EAPB la habilitación de un mecanismo básico de intercambio de información: puede ser un correo electrónico institucional exclusivo para novedades, un formulario estandarizado adjunto a las solicitudes, o el acceso a un portal web de la EAPB.
Basado en hallazgo	La falta de interoperabilidad limita la continuidad informacional y genera reprocesos.
Marco teórico	Continuidad informacional (Haggerty et al., 2003): la información clínica acumulada debe estar disponible en el tiempo adecuado.

Nota. Elaboración propia

Nivel 3: Macro – Política institucional y cultura organizacional

Propósito: Incorporar la continuidad como un valor institucional y un indicador de calidad medible.

Componente 3.1 Indicadores de continuidad como métrica de calidad

Aspecto	Descripción
Justificación	El 53.4% de atención única y el 47.56% de pérdida de pacientes con orden médica evidencian baja continuidad.
Acción	Incorporar en el cuadro de mando institucional los siguientes indicadores trimestrales: (a) Tasa de retorno de pacientes con orden médica; (b) Porcentaje de pacientes con seguimiento activo (>2 consultas en 6 meses); (c) Intervalo promedio entre consultas; (d) Porcentaje de autorizaciones gestionadas por la IPS (meta: >80%).
Basado en hallazgo	La base de datos de atenciones permitió calcular estos indicadores, pero no son monitoreados rutinariamente.
Marco teórico	Haggerty et al. (2003): la continuidad debe medirse con indicadores objetivos y subjetivos.

Nota. Elaboración propia

Componente 3.2 *Comité de continuidad con participación de usuarios*

Aspecto	Descripción
Justificación	El 27.9% de los PQRS se relacionan con canales de atención; los usuarios tienen percepciones valiosas sobre las barreras.
Acción	Crear un comité trimestral que incluya: coordinador administrativo, un representante de atención al usuario, y dos pacientes (rotativos) que hayan experimentado el proceso de autorización. El comité revisa los indicadores de continuidad y propone mejoras.
Basado en hallazgo	El 77.3% de los PQRS son interpuestos por el propio paciente, lo que muestra disposición a participar.
Marco teórico	Reid et al. (2002): la continuidad incluye la experiencia subjetiva de integración del paciente.

Nota. Elaboración propia

Componente 3.3 *Programa de capacitación y alineación del personal*

Aspecto	Descripción
Justificación	El personal administrativo mostró percepciones heterogéneas sobre el flujo de autorización y el impacto en la continuidad.
Acción	Realizar sesiones de capacitación trimestrales sobre: (a) flujo estandarizado de autorizaciones; (b) relación entre autorización, continuidad y experiencia del paciente; (c) manejo de la herramienta de trazabilidad; (d) comunicación efectiva con EAPB.
Basado en hallazgo	La claridad del flujo no es homogénea; la percepción del impacto en continuidad está dividida.
Marco teórico	Gobernanza interna (Provan & Kenis, 2008): la efectividad de la red depende de roles claros y comprensión compartida.

Nota. Elaboración propia

Indicadores de seguimiento del modelo

Indicador	Línea base (hallazgo)	Meta (1 año)	Fuente de verificación
% de autorizaciones gestionadas por la IPS	8.7%	>60%	Encuesta a usuarios
Tasa de retorno de pacientes con orden médica	52.43%	>70%	Base de datos atenciones
% de pacientes con atención única	53.4%	<40%	Base de datos atenciones
Intervalo promedio entre consultas	55.35% >60 días	<30% >60 días	Base de datos atenciones
% de PQRS por "canales de atención"	27.9%	<15%	Registro de PQRS
% de usuarios que reportan costos adicionales	36%	<20%	Encuesta a usuarios
Satisfacción general con atención	92.6%	Mantener >90%	Encuesta a usuarios

Nota. Elaboración propia

Recomendaciones para la implementación

Fases de implementación (sugeridas en 12 meses)

Fase	Duración	Actividades principales
Fase 1: Preparación	Meses 1-2	Socializar el modelo con dirección de la IPS; conformar equipo de gestión de autorizaciones; diseñar protocolos priorizados.
Fase 2: Piloto interno	Meses 3-5	Implementar la Unidad de gestión de autorizaciones con SOS (EAPB mayoritaria); poner en marcha la trazabilidad básica.
Fase 3: Extensión a otras EAPB	Meses 6-9	Incorporar Salud Total y Nueva EAPB; implementar cláusulas de continuidad en renovaciones.
Fase 4: Consolidación	Meses 10-12	Activar comité de continuidad; implementar indicadores en cuadro de mando; evaluar resultados y ajustar.

Nota. Elaboración propia

Condiciones habilitantes

- Voluntad directiva: El modelo requiere el respaldo de la gerencia de la IPS para asignar recursos (personal, tiempo, capacitación).

- Negociación con EAPB: El éxito del nivel meso depende de la capacidad de la IPS para presentar el modelo como una propuesta de beneficio mutuo (reducción de reprocesos, mejora en satisfacción, eficiencia compartida).
- Adaptabilidad: El modelo debe ajustarse a las particularidades de cada EAPB; no todas responderán de la misma manera.

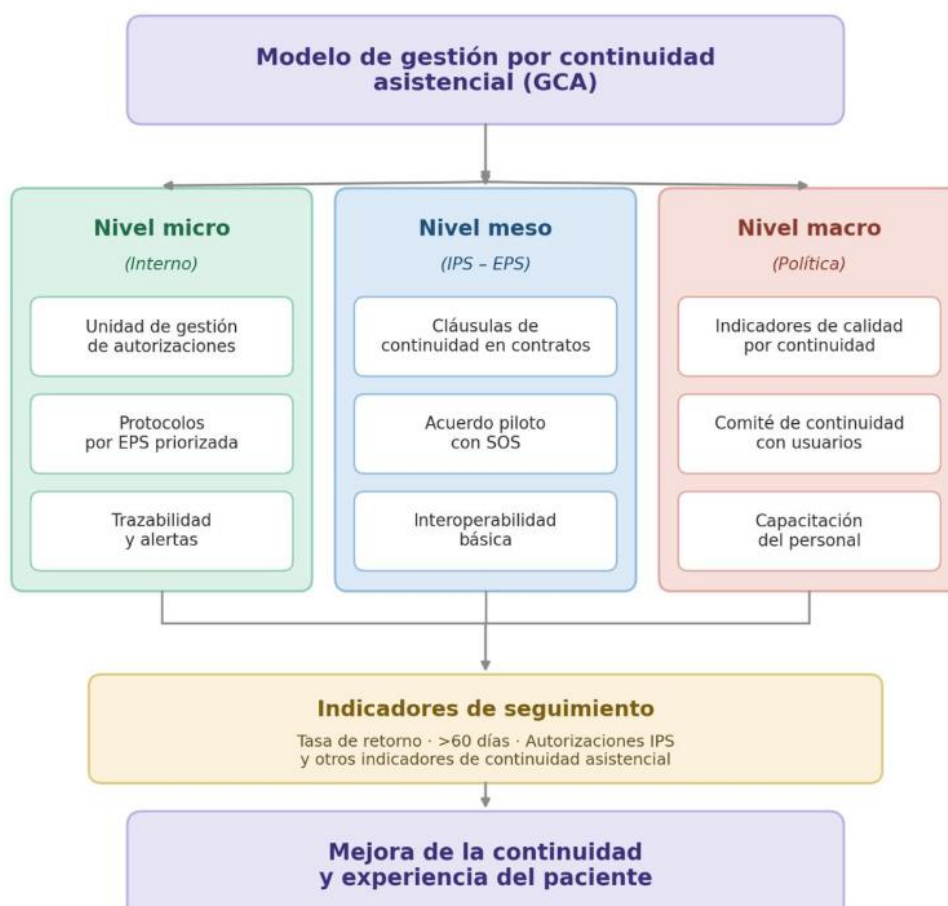
Limitaciones del modelo

- El modelo no puede modificar la legislación del sistema de salud colombiano ni obligar a las EAPB a cambiar sus prácticas si no están dispuestas.
- La implementación de la interoperabilidad plena depende de decisiones de las EAPB que están fuera del control de la IPS.
- El modelo requiere inversión inicial en tiempo del personal para la estandarización de procesos.

Recomendaciones para investigaciones futuras

- Evaluar la implementación del modelo después de 12 meses para medir su efectividad en los indicadores propuestos.
- Investigar desde una perspectiva cualitativa la experiencia de los pacientes que continúan siendo gestionados por familiares (41.6%) para entender las barreras culturales y sociales.
- Explorar la viabilidad de un modelo de tele-seguimiento para pacientes de municipios alejados (26.7% fuera de Cali).

Figura 16. Representación gráfica del modelo



Nota. Elaboración propia

Referencias

Así Vamos en Salud (2025) Cobertura de afiliación 9/04/2025. Indicadores en salud normatividad derechos. <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/cobertura-de-afiliacion-9042025>

Baeza-Rivera, M. J., Betancourt, H., Salinas-Oñate, N. y Ortiz, Manuel S. (2019). Creencias culturales sobre los médicos y percepción de discriminación: El impacto en la continuidad de la atención. *Revista Médica de Chile*, 147(2), 161-167. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000200161>

Barajas-Lizarazo, M. A., Escobar-Velásquez, K. D., Cárdenas-Malpica, P. A., y Lee-Osorno, B. I. (2025). Continuidad de la atención en pacientes que acuden a servicios de salud-Colombia. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 21(2), 81–91.

<https://doi.org/10.22463/17949831.4784>

Barragán, A. M., Mogollón, A., López, S. L., Valencia, S. C., Morales, N., Pinilla, M., ... & Vázquez, M. L. (2011). Factores que dificultan la coordinación entre niveles asistenciales: Un estudio de caso en Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 43(1), 77-79.

Beltran Galindo, N.A., Gañan Arcila, Y.A & Quiroz Valencia, L.M. (2022). Evaluación de la calidad de la atención en salud por usuarios del servicio de urgencias del hospital San José de la Celia Risaralda, durante la segunda semana del mes de abril de 2022. (Tesis de especialización). Fundación Universitaria del Área Andina AREANDINA.

<https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/238597a8-d4e7-4581-8614-0120d8f66ab8/content>

Carnota Lauzán, O. (2013). Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=pt&tlng=en

Castell-Florit Serrate, P. (2017). La administración en salud, componente de desarrollo de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1).

<https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2017.v43n1/1-2/es>

Colino, C., Pino, E. del y Hernández-Moreno, J. (2025). Cooperación y coordinación en el sector sanitario: una evaluación comparativa del Consejo Interterritorial del Sistema

Nacional de Salud (CISNS). *Revista de Estudios Políticos*, 210, 325-370. doi:

<https://doi.org/10.18042/cepc/rep.210.11>

Constitución, C. (1991). Constitución política de Colombia, 1991. Presidencia de la República.

De La Hoz Siegler, I. H. (2016). Autorizaciones de servicios de salud en Colombia: identificación de acciones de mejora.

<https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/a12961a2-ed6b-4b35-9645-2add0370c38c>

Decreto 1599 de 2022 (2022, 5 de Agosto). Presidencia de la República. Diario Oficial 52117. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=126737>

Decreto 780 de 2016 (2016, 6 de Mayo). Presidencia de la República. Diario Oficial 49865. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/KeGL/Artikel_Continuity_of_care_amultidisciplinary_review.pdf

Hernández, J. M. R., Rubiano, D. P. R., & Barona, J. C. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1947-1958.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/PYKVmp34b8S8Zxv9ZTrzjnJ/?lang=es&format=html>

Jaime, SF. (2016). Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿Una relación virtuosa? *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(30): 38-56.

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.psss>

Jiménez Barbosa, W. G., Galindo Buitrago, J. I., Puerta Restrepo, J., Ortega Suárez, D. Y., Ortega Torres, S. J., Buitrago Rojas, E. K., y Ascanio Meza, K. A. (2020). Continuidad en la atención del servicio urgencias: El caso del Hospital Regional Suroriental, Chinácota, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1–14.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.casu>

Ley Estatutaria 1751 de 2015 (2015, 16 de Febrero) Congreso de Colombia. Diario Oficial 49427. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Mesa-Melgarejo, L., Espinosa-Acuña, O. A., Estrada-Orozco, K. P., Ramírez-Moreno, J., & Robayo-García, A. (2023). Determinantes de la gestión del riesgo en salud en el régimen subsidiado en Colombia: Estudio cualitativo. *Salud UIS*, 55.

<https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23035>

Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución 3100, (2019).

https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Decreto 1011, (2006).

https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/decreto%201011%20de%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 del 2015.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Montaño-Caicedo JI. (2025). Medición de la continuidad de la atención en salud en Colombia. *Med. UIS*. 38(3): 91-95. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v38n3-20250010>

Monzón Castiblanco, F. O., & Velásquez Ortiz, A. F. (2023). Propuesta para la optimización del proceso de autorizaciones en la Subred Centro-Oriente de la ciudad de Bogotá (Tesis de especialización). Universidad ECCI.

<https://repositorio.ecci.edu.co/handle/001/3737>

Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 114-130.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100008

Ollé-Espluga, L., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A., Freitas Soares-de-Jesús, R.-P., Eguiguren, P., Cisneros, A.-I., Muruaga, M.-C., Huerta, A., Bertolotto, F., & Vázquez, M.-L. (2021). Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 411-419.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf

Países de las Américas buscan reducir la fragmentación de los sistemas de salud para asegurar una atención sin interrupciones. Paho.org. Recuperado el 27 de junio de 2025, de <https://www.paho.org/es/noticias/27-9-2022-paises-americas-buscan-reducir-fragmentacion-sistemas-salud-para-asegurar>

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2),

229–252. <https://repository.tilburguniversity.edu/server/api/core/bitstreams/d71e02aa-c6c2-4e91-91f4-f28eabf6e013/content>

Reid, R. J., Haggerty, J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Canadian Health Services Research Foundation.

Repullo Labrador, J. R., & Freire Campo, J. M. (2024). Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 1: marco general. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*, 38(S1), 102367. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911124000141>

Resolución 3100 de 2019 (2019, 26 de Noviembre). Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial 51149. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm

Sánchez-Cárdenas, M. A., León, M. X., Rodríguez-Campos, L. F., Vargas-Escobar, L. M., Cabezas, L., Tamayo-Díaz, J. P., Piñeros, A. C., Mantilla-Manosalva, N., & Fuentes-Bermudez, G. P. (2024). Accessibility to palliative care services in Colombia: An analysis of geographic disparities. *BMC Public Health*, 24(1), 2–8. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11193229/pdf/12889_2024_Article_19132.pdf

Solís, V., Ballesteros, M., Ramos, K., Rodríguez, M., y Solís, O. (2024). Deficiencias de atención a pacientes por la ausencia de una plataforma de interoperabilidad para la integración de datos en salud. *Revista Semilla Científica*, 1(6), 355–368. <https://doi.org/10.37594/sc.v1i6.1632>

Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xkoGp6e8e7gC&oi=fnd&pg=PA5&ots=Z3FHqTfrXb&sig=gglB7vHpxTqZsSH-RgPDmNd4mtc#v=onepage&q&f=false>

World Health Organization. (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809f813f-5b90-4187-861b-3953bb54e244/content>

World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO.

Yépez-Chamorro MC, Ricaurte-Cepeda M, Jurado DM. (2018). Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. Univ. Salud, 20(2):97-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.114>

Anexos

Anexo 1. *Encuesta realizada a los usuarios de la IPS*

Encuesta sobre el Proceso de Autorización y Continuidad de la Atención en la IPS – Cali

Estimado/a paciente o cuidador:

La presente encuesta tiene como objetivo **analizar la experiencia de los usuarios en el proceso de autorización de servicios de salud y su impacto en la continuidad de la atención.**

Su participación es **voluntaria y confidencial**. Las respuestas serán utilizadas únicamente con fines académicos y de mejora institucional.

Datos sociodemográficos

(Marque o escriba la opción correspondiente)

1. Edad: _____ años
2. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
3. EPS a la que pertenece: _____
4. Tipo de servicio recibido en AIREC:
☐ Cardiología ☐ Neumología ☐ Alergología ☐ Inmunología ☐ Otro: _____
5. Frecuencia con la que asiste a controles en la IPS:
☐ Primera vez ☐ Ocasionalmente ☐ Cada 3–6 meses ☐ Más de 2 veces al año
6. ¿Quién gestionó el proceso de autorización?
☐ Yo mismo/a ☐ Un familiar ☐ La IPS ☐ Otro: _____

Preguntas

1. ¿Cómo califica la claridad de la información recibida sobre el proceso de autorización de su servicio?

Escala:

- ☐ Muy confusa
☐ Poco clara
☐ Medianamente clara
☐ Clara
☐ Muy clara

2. ¿Qué tan oportuno considera el tiempo de respuesta de su EPS para autorizar su atención?

Escala:

- ☐ Muy demorado
☐ Demorado
☐ Regular
☐ Oportuno
☐ Muy oportuno

3. ¿Recibió orientación adecuada por parte del personal de la IPS durante el proceso de autorización?

Escala:

☐ Nunca

2 ☐ Rara vez

3 ☐ A veces

4 ☐ Casi siempre

5 ☐ Siempre

4. ¿Tuvo que realizar más de una visita o llamada para obtener su autorización?

☐ Sí

☐ No

5. ¿Ha tenido que aplazar o cancelar una cita o procedimiento por demoras o negaciones en la autorización?

☐ Sí

☐ No

6. ¿En qué medida las demoras o dificultades en la autorización afectaron la continuidad de su tratamiento?

Escala:

☐ Nada

2 ☐ Poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

7. ¿Ha tenido que asumir gastos adicionales (transporte, copias, desplazamientos) para completar el proceso de autorización?

☐ Sí

☐ No

8. ¿Cómo califica el trato recibido por el personal de la IPS AIREC durante su proceso de atención?

Escala:

☐ Muy insatisfecho

2 ☐ Insatisfecho

3 ☐ Neutral

4 ☐ Satisfecho

5 ☐ Muy satisfecho

9. ¿Qué tan satisfecho está con la atención general recibida en la IPS AIREC?

Escala:

☐ Muy insatisfecho

- 2 ☐ Insatisfecho
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Satisfecho
- 5 ☐ Muy satisfecho

10. En sus palabras, ¿qué aspecto considera más importante mejorar en la atención o el proceso de autorización?

(Respuesta abierta)

Anexo 2. Encuesta realizada al personal administrativo

Encuesta – Percepción del personal sobre el proceso de autorización y continuidad de la atención (IPS, Cali)

Introducción

Estimado colaborador/a:

Esta encuesta tiene como propósito **identificar las barreras internas y externas** que influyen en la continuidad de la atención de los pacientes en la IPS.

La información recolectada es **anónima, confidencial y de uso exclusivamente académico**, orientada a proponer mejoras en los procesos administrativos y asistenciales.

Su participación es voluntaria y muy valiosa para fortalecer la calidad del servicio.

Datos laborales

(Marque o escriba la opción correspondiente)

1. Cargo actual: _____
2. Área o servicio donde labora: ☐ Atención al usuario ☐ Administración ☐ Coordinación ☐ Asistencial ☐ Otro: _____
3. Tiempo de vinculación con la IPS:
☐ Menos de 6 meses ☐ 6–12 meses ☐ 1–3 años ☐ Más de 3 años
4. Nivel de formación:
☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Otro: _____
5. ¿Tiene experiencia previa en procesos de autorización de servicios de salud?
☐ Sí ☐ No

1. **El flujo del proceso de autorización está claramente definido y es comprendido por todo el personal involucrado.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

2. **Las EPS responden oportunamente a las solicitudes de autorización.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

3. **Los canales de comunicación con las EPS son eficientes para resolver casos o inconsistencias.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

1. **Se presentan reprocesos o devoluciones frecuentes en las solicitudes de autorización.** *(Invertida para análisis de barrera)*

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

2. **La carga laboral asignada permite realizar el proceso de autorización de manera eficiente.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

3. **La IPS cuenta con herramientas tecnológicas adecuadas para gestionar y hacer seguimiento a las autorizaciones.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

4. **Existe interoperabilidad o intercambio de información entre la IPS y las EPS.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

5. **Las demoras o redirecciones en las autorizaciones afectan la continuidad de la atención de los pacientes.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

6. **El equipo de trabajo recibe apoyo y acompañamiento por parte de la coordinación para resolver casos complejos.**

Escala:

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

7. **Desde su experiencia, ¿qué acción o mejora considera más importante para optimizar el proceso de autorización y la atención continua del paciente?** *(Pregunta abierta)*