

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Caracterización de peticiones, quejas y reclamos del SGSSS en Colombia en 2014-2019: retos y perspectivas

Maira Alejandra Fonseca Salguero
Doris Adriana Martínez Peñuela

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2020

Caracterización de peticiones, quejas y reclamos del SGSSS en Colombia en 2014-2019: retos y perspectivas

**Maira Alejandra Fonseca Salguero
Doris Adriana Martínez Peñuela**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Director (a):

MsC Ph.D. Rocío Robledo Martínez

Línea de Investigación:

Salud Pública y Epidemiología

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2020

*Dedicado a todos los que han luchado por el
derecho a la salud en Colombia.*

Agradecimientos

Agradecemos de manera especial a nuestros padres y familias por ser el soporte en cada momento que permitió llevar a cabo el presente trabajo; a la doctora Rocío Robledo Martínez por las recomendaciones brindadas; al economista y especialista en estadística Nicolás Arce Buitrago por apoyar la investigación desde su campo de conocimiento y orientarnos en aspectos clave para desarrollar el análisis de la información; y a todas aquellas personas que hacen posible la obtención pública de datos de la Superintendencia Nacional de Salud, ya que su esfuerzo permitió realizar el análisis realizado en la presente investigación.

Resumen

Objetivo

Caracterizar las peticiones, quejas, reclamos y denuncias presentadas por los usuarios del Sistema General de Seguridad Social de Salud de Colombia, ante la Superintendencia Nacional de Salud durante el periodo 2014-2019

Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, tomando como fuente de información las bases de datos de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD) publicadas por la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. Las variables de estudio se tipifican como poblacionales, geográficas, de aseguramiento y motivación. La información se depuró y sistematizó mediante tablas de salida en Excel, se calcularon frecuencias totales y relativas de acuerdo con las características de las variables y se procesaron los datos mediante el programa R a través de R Studio.

Resultados

Durante 2014 a 2019 se interpusieron 2.847.967 PQRD ante la Superintendencia Nacional de Salud, el 58% correspondieron a mujeres, el 22% a personas mayores de 60 años, el 8.26% a personas en condición de especial o constitucional de vulnerabilidad, un 27% fueron relacionadas a usuarios con diagnóstico de cáncer. En el último corte de estudio, enero a diciembre de 2019, el departamento con mayor tasa de PQRD por cada 10.000 afiliados es Quindío y el vigilado con mayor tasa tanto en régimen contributivo como subsidiado es la EPS Medimás. El motivo de mayor queja en el periodo analizado es la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada.

Discusión y conclusiones

Producto de la caracterización de las PQRD se hace visible las problemáticas del SGSSS, su comportamiento demuestra una relación directa con las barreras de acceso a los servicios de salud identificadas en la literatura y el perfil de morbi-mortalidad de la población colombiana. Denota la continuidad de las fallas estructurales del sistema de salud en el país a pesar de las reformas realizadas desde su creación en 1993. Se requiere continuar con el análisis de las PQRD con el fin de establecer acciones de mejora de la calidad de atención en salud, de acuerdo con el contexto territorial, sociodemográfico y epidemiológico de la población.

Palabras clave: Servicios de salud, derecho de la salud, vigilancia de los servicios de salud, calidad de la atención.

Abstract

Objective

Characterize the petitions, complaints, claims and denunciations presented by the users of General Health Social Security System in Colombia, to the National Superintendence of Health in 2014 to 2019.

Methods

Is a descriptive study, taking as a source of information the databases of Petitions, Complaints, Claims and Denunciations published by the National Superintendence of Health in Colombia. Variables were classified as demographic, geographic, assurance and cause of complaint. The information was filtered and systematized using Excel output tables, total and relative frequencies were calculated according to the variable classification, and the data was processed using the R program through R Studio.

Results

Between 2014 to 2019, 2,847,967 PQRD were presented to the National Health Superintendence, 58% by women, 22% to people over 60 years old, 8.26% to people in a condition of special or constitutional vulnerability, 27 % were related to people diagnosed with cancer. In the last study cut, January to December 2019, the territory with most PQRD rate per 10,000 members is Quindío and the insurer with the highest rate in both contributive and subsidized regimes it was Medimás EPS. The cause of major complaint in the period analyzed is the lack of opportunity in the appointment to specialized medical consultation.

Discussion and Conclusions

As a result of characterization of PQRD, failures of General Health Social Security System become visible, their behavior demonstrates a direct relationship with access barriers to health services identified in the literature and morbi-mortality profile of Colombia. It denotes the continuity of the structural failures of the health system in the country despite the reforms since on 1993. Further analysis is required of PQRD in order to establish actions to improve the quality of health care, according to population's territorial, sociodemographic and epidemiological context.

Keywords: Health Services, Health Law, Health Surveillance of Health Services, Quality of Health Care

Contenido

Resumen	IX
Abstract.....	X
Lista de figuras.....	XII
Listas de tablas.....	XIV
Lista de símbolos y abreviaturas.....	VX
Introducción.....	1
1. Planteamiento del problema	3
2. Objetivos.....	6
2.1. General	6
2.2. Específicos	6
2.3. Justificación	6
3. Marco teórico	8
3.1. Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	8
3.1.1. Estructura del SGSSS.....	9
3.1.2. Principales reformas al SGSSS	10
3.2. Características generales de la población colombiana	17
3.2.1. Características sociodemográficas	19
3.2.2. Características geográficas y político-administrativas	20
3.2.3. Características epidemiológicas	22
3.2.4. Características de aseguramiento	25
3.3. Problemáticas del Sistema General de Seguridad social de salud.	26
3.3.1. Sostenibilidad financiera	26
3.3.2. Integración vertical en la organización del SGSSS.....	28
3.3.3. Aseguramiento y modelos de cuidado de la población	30
3.3.4. Consecuencias de las problemáticas: Barreras de acceso	32
3.4. Superintendencia Nacional de Salud.....	34
3.4.1. Historia y evolución	34
3.4.2. Funciones y estructura.....	38
3.4.3. Peticiones, quejas, reclamos y denuncias	44
4. Metodología.....	47
4.1. Tipo de estudio	47
4.2. Recolección y fuentes de información	47
4.3. Variables de estudio	47
4.3.1. Tipo sociodemográficas:	47
4.3.2. Tipo atención en salud:	48
4.3.3. Tipo geográficas.....	45
4.3.4. Tipo vigilados:	45
4.3.5. Tipo motivos.....	46

4.4.	Sistematización y Análisis	47
5.	Resultados	48
5.1.	Análisis de variables sociodemográficas	50
5.1.1.	PQRD por Género	50
5.1.2.	PQRD por grupos de edad	52
5.1.3.	PQRD de Población Especial	58
5.2.	Análisis de variables en atención en salud.....	53
5.2.1.	PQRD por Patología	54
5.2.2.	PQRD por Alto Costo:.....	54
5.3.	Análisis de variables de tipo geográfico	56
5.3.1.	PQRD por departamento	56
5.3.2.	Número de Afiliados por departamento	58
5.3.3.	Tasa acumulada de PQRD por cada 10.000 afiliado a corte 31 de diciembre de cada año	60
5.3.4.	Análisis cartográfico de PQRD y tasa por cada 10.000 afiliados año 2019....	62
5.4.	Análisis por Vigilados	75
5.4.1.	PQRD por tipo de régimen o entidad	75
5.4.2.	PQRD Régimen Contributivo	76
5.4.3.	PQRD Régimen Subsidiado:	73
5.4.4.	PQRD Otras entidades/ Regímenes:.....	82
5.5.	Análisis por Motivos.....	83
5.5.1.	PQRD por macromotivo	83
5.5.2.	PQRD por motivos generales	84
5.5.3.	PQRD por motivos específicos	91
6.	Discusión y Conclusiones	119
6.1.	Discusión	119
6.2.	Conclusiones	123
A.	Anexo: descripción de variables de estudio.....	105
	Bibliografía.....	108

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Organización del Sistema General de Seguridad Social de Colombia.....	8
Figura 2. Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.....	11
Figura 3. Estructura del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.....	11
Figura 4. Política de Atención Integral en Salud y Modelo Integral de Atención en Salud.....	10
Figura 5. Conformación del Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia.....	15
Figura 6. Problemáticas del SGSSS y sus consecuencias.....	34
Figura 7. Evolución de la SNS y aspectos centrales de su historia.....	37
Figura 8. Estructura de la SNS.....	39
Figura 9. Tendencia anual PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019.....	48
Figura 10. Comportamiento mensual PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019.....	49
Figura 11. Comportamiento mensual acumulado por año de PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019.....	49
Figura 12. Número de PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019 por género.....	56
Figura 13. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por pirámide poblacional.....	57
Figura 14. Comportamiento PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por población especial.....	58
Figura 15. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por patología.....	54
Figura 16. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por alto costo.....	56
Figura 17. Departamentos con mayor número de PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019.....	58
Figura 18. Número de afiliados por principales departamentos, 31 de diciembre 2019...68	68
Figura 19. Departamentos con mayor tasa de PQRD por cada 10.000 habitantes recibidas en las SNS, años 2014 a 2019.....	62
Figura 20. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por departamento.....	63
Figura 21. Tasa PQRD recibidas en las SNS años 2019 por departamento por cada 10.000 afiliados.....	64
Figura 22. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por régimen o tipo de entidad.....	66
Figura 23. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen contributivo.....	68
Figura 24. Número de afiliados EPS régimen contributivo, a diciembre 2019.....	71
Figura 25. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen contributivo por tasa de PQRD por cada 10.000 afiliados.....	73
Figura 26. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen subsidiado.....	76
Figura 27. Número de afiliados EPS régimen subsidiado, a diciembre 2019.....	79
Figura 28. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen subsidiado por tasa de PQRD por cada 10.000 afiliados.....	81
Figura 29. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por macromotivos.....	84
Figura 30. Distribución de PQRD por rango de edad, para el principal motivo específico.....	93

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Funciones de la SNS.....	38
Tabla 2. Descripción de variables sociodemográficas.....	42
Tabla 3. Descripción de variables de atención en salud.....	43
Tabla 4. Descripción de variables geográficas.....	45
Tabla 5. Descripción de variables vigilados.....	45
Tabla 6. Descripción de variables de motivos.....	46
Tabla 7. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019.....	48
Tabla 8. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por género.....	50
Tabla 9. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por edad.....	50
Tabla 10. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por población especial.....	52
Tabla 11. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por patología.....	53
Tabla 12. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por alto costo.....	55
Tabla 13. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por departamento.....	56
Tabla 14. Total de afiliados con corte 31 de diciembre de cada año 2014 a 2019.....	58
Tabla 15. Tasa acumuladas (enero a diciembre) años 2014 a 2019 por departamento.....	61
Tabla 16. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por tipo de régimen o entidad.....	65
Tabla 17. PQRD recibidas en las SNS años 2019 régimen contributivo por EPS.....	67
Tabla 18. EPS liquidadas 2014 a 2019.....	69
Tabla 19. Total afiliados al régimen contributivo.....	70
Tabla 20. Tasas acumuladas (enero a diciembre) años 2014 a 2019 régimen contributivo.....	72
Tabla 21. PQRD recibidas en las SNS años 2019 régimen subsidiado por EPS.....	74
Tabla 22. Total afiliados al régimen subsidiado.....	77
Tabla 23. Tasas acumuladas años 2014 a 2019 régimen subsidiado.....	80
Tabla 24. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 de otras entidades.....	82
Tabla 25. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por macromotivos.....	83
Tabla 26. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por motivos generales.....	84
Tabla 27. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del Macromotivo 1: Restricción en el acceso a los servicios de salud.....	87
Tabla 28. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del Macromotivo 2: Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo.....	88
Tabla 29. PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del macromotivo 3: Deficiencia en la efectividad de la atención en salud.....	88
Tabla 30. PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del Macromotivo 4: No reconocimiento de las prestaciones económicas.....	89
Tabla 31. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por motivos generales del Macromotivo 5: Peticiones, quejas y reclamos interpuestas por IPS-ES, entidades territoriales y organismos de control y vigilancia.....	89

Tabla 32. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por motivos generales del Macromotivo 6: Falta de disponibilidad o inapropiado del manejo el recurso humano y físico para la atención.....	90
Tabla 33. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por principales motivos específicos.....	91
Tabla 34. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por género.....	92
Tabla 35. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por grupos de edad.....	93
Tabla 36. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por departamento.....	94
Tabla 37. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por Top 10 municipios.....	95
Tabla 38. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por tipo de riesgo.....	96
Tabla 39. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por patología.....	97
Tabla 40. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por alto costo.....	98
Tabla 41. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por Top 10 EPS régimen contributivo.....	99
Tabla 42. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por Top 10 EPS régimen subsidiado.....	99
Tabla 43. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por otro tipo de Vigilados.....	100

Lista de Símbolos y abreviaturas

Abreviatura Término

ADRES	Administradora de Recursos del SGSSS
AFP	Administradora de Fondos de pensión
APS	Atención Primaria en Salud
BDDA	Base Única de Afiliados al SGSSS
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
ESE	Empresa Social del Estado
EPS	Empresa Promotora de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PQRD	Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias
SGSS	Sistema General de Seguridad Social Integral
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de Atención en Salud

Introducción

Las barreras de acceso a los servicios de salud, las prácticas de corrupción, la primacía del interés financiero sobre el bienestar y la fragmentación en el modelo de atención en salud son un fenómeno de interés frente a los efectos de las fallas estructurales del sistema de salud colombiano, y demarcan las inequidades en la atención y el goce efectivo del derecho a la salud. Si bien se han realizado investigaciones orientadas a identificar los problemas de acceso de la población, aún no se explora de manera amplia sus causas desde la perspectiva del usuario (1–4).

Desde la reestructuración en 1993 del sistema de salud en Colombia, el modelo de atención se basó en el aseguramiento, ligado a la capacidad de pago, y con intermediación para la prestación de los servicios de salud (2,5). Ante la evidencia de múltiples problemas, se realizaron reformas al sistema tendientes a mejorar aspectos como la calidad, oportunidad, accesibilidad, continuidad y equidad en salud(6–9). A pesar de ello, la población continúa presentando barreras para el acceso a la atención en salud, persistiendo las problemáticas del sistema, con consecuencias en la salud de los individuos, familias y comunidades, principalmente en zonas rurales, comunidades étnicas, y territorios de difícil acceso (10–14).

Reflejo de estas problemáticas son las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) interpuestos ante la Superintendencia Nacional de Salud, así como los derechos de petición y tutelas como una vía de los usuarios para evidenciar la vulneración de su derecho a la salud (3,15,16). La Superintendencia, como institución encargada de la inspección, vigilancia y control en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene dentro de sus funciones la protección del usuario, estableciendo mecanismos de contacto para la recepción de las PQRD y recolecta información relacionada a éstas (15,17).

Aún con esta información, sólo en un estudio se ha utilizado estos datos con el fin de analizar aspectos estructurales del sistema de salud, como las barreras de acceso (3), que permitan evaluar de manera objetiva las problemáticas del SGSSS y establecer acciones

para la garantía del derecho a la salud como elemento esencial para el bienestar de la población colombiana. En el presente estudio, de tipo cuantitativo-descriptivo, se realiza la caracterización y análisis de las PQRD interpuestas ante la Superintendencia Nacional de Salud durante los años 2014 a 2019, como base para posteriores evaluaciones de las problemáticas estructurales del sistema de salud en Colombia desde la perspectiva del usuario, siendo actor central en el modelo de atención, teniendo en cuenta las particularidades sociodemográficas, geográficas, epidemiológicas y de aseguramiento desde una visión global del país.

1. Planteamiento del problema

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) se tipifica como mixto de competencia regulada, creado a partir de la Ley 100 de 1993, en el cual el Estado cambia su rol de proveedor a regulador, incorporando la acción de los mercados y agentes privados en el Sistema de Salud (18). Este sistema, basado en el proceso de apertura económica durante la década de los 90's, se desarrolló con el fin de modernizar el modelo de salud asistencialista a uno que obedeciera todas las leyes del mercado (2). Por tanto, se compone del conjunto de instituciones y mercados que configuran las relaciones entre el sistema y los ciudadanos a través de la afiliación, cotización y cobertura de riesgos amparadas en planes de beneficios (5,19).

Sin embargo, desde su creación, el SGSSS ha surtido de una variedad de problemáticas, inherentes a su funcionamiento, siendo tipificadas en tres aspectos: la sostenibilidad financiera, la integración vertical y fallas en el aseguramiento (1,4,18,20). Esto, sumado a la falta de administración eficiente de los recursos de las EAPB para la atención de sus afiliados, bajo la premisa de la libertad de mercado, ha generado una afectación directa de la salud, reflejado en la necesidad de acceder a los mecanismos de derecho de petición y tutela, como un intento de los usuarios de gozar de manera efectiva al derecho a la salud (21).

Si bien el Estado es el encargado de la regulación del SGSSS, las funciones de inspección, vigilancia y control son realizadas por el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y las entidades territoriales (5). A raíz de ello, la SNS se encarga de ejercer dicha inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normatividad nacional vigente que reglamente el SGSSS (22).

Surgiendo como una institución del sector salud en 1977, la SNS es la entidad encargada de la protección del usuario en el marco del derecho fundamental a la salud, así como el desarrollo de mecanismos de participación ciudadana en lo relacionado a la garantía de la prestación de los servicios de salud (22). A raíz de ello, ha desarrollado diversos mecanismos de contacto y participación, que ha permitido la compilación de información relacionada con las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de los usuarios. Sin embargo,

esta información no ha sido analizada para hacer visible las problemáticas del sistema que permitan realizar acciones de mejoramiento continuo del SGSSS.

A través de la recepción de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de los usuarios de todo el país, se recolecta información geográfica, poblacional y de afiliación, así como los motivos o razones de reclamo. Para ello, la SNS dispone de una serie de mecanismos de contacto como una opción para ejercer el derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política Nacional de todos los usuarios del SGSSS (17), así como la solicitud de protección de sus derechos en materia de salud, materializado por medio de una herramienta tecnología que permite la radicación y gestión de las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQRD) (22).

Este sistema de información para la gestión de las PQRD busca integrar y centralizar los casos recibidos a través de los diferentes canales de atención (WEB, escrito, telefónico, personalizado, redes sociales, y chat), permitiendo llevar el registro y trazabilidad de las gestiones y respuestas de las PQRD interpuestas por los usuarios del SGSSS. El aplicativo tiene una alta disponibilidad, que permite la recepción y gestión 7 días a la semana, 24 hora al día, además permite la clasificación de las PQRD en razón a las características poblacionales de los usuarios, ubicación geográfica, tipo y nombre de la entidad a cargo del aseguramiento de los usuarios, así como el motivo que origina las PQRD (15). Toda la información de las PQRD capturadas por medio del aplicativo se consignan en un archivo en formato Excel, el cual contiene más 80 de variables; estas bases de datos se encuentran históricas desde el año 2014 al 2019, y se publican en el portal de Datos Abiertos del gobierno nacional.

Sin embargo, aunque la SNS ha ejercido un papel protagónico en la garantía del goce efectivo del derecho fundamental de la salud consagrado en la Ley Estatutaria de Salud (9) a través de la gestión de las PQRD interpuestas por los usuarios, y a pesar del aumento significativo en la cobertura alcanzada por el SGSSS en el territorio colombiano, persisten los problemas de acceso a los servicios de salud reflejados en la necesidad de recurrir al mecanismo de tutela para la garantía de los derechos de los usuarios; aun teniendo como recurso la información vital consignada en las bases de datos PQRD de la SNS.

Así mismo, si bien la satisfacción de los usuarios ha sido evaluada como elemento básico en los procesos de habilitación y acreditación de instituciones prestadoras de servicios

(1,2), las barreras de acceso desde la perspectiva ciudadana persisten, y se constituyen en un factor para identificar las inequidades en salud, denotar las características de la entrada de los individuos al sistema, además de la causa o necesidad de salud de la persona y la manera como se presta el servicio (3,13,23).

Por ello, mediante una caracterización de las PQRD de manera histórica se busca realizar una aproximación a la identificación de las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud, desde la perspectiva del usuario, que permita definir los principales motivos que llevan al individuo a buscar la protección del derecho a la salud, así como un insumo para la toma de decisiones en los diferentes niveles para disminuir las inequidades en salud en el país y la garantía real de este derecho fundamental. Igualmente, este análisis servirá como base para la investigación de modelos y estrategias en salud pública orientados al cuidado de la persona, familias y comunidades, teniendo en cuenta sus necesidades, limitantes y percepciones durante su interacción con el sistema de salud.

2. Objetivos

2.1. General

Caracterizar la base de datos que compila las peticiones, quejas, reclamos y denuncias presentadas por los usuarios ante la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, durante el periodo comprendido ente al año 2014 al 2019.

2.2. Específicos

- Identificar y depurar las bases de datos del Sistema de Información de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Definir las variables de estudio.
- Categorizar y sistematizar los datos provenientes del sistema, teniendo como soporte las variables de estudio definidas previamente las cuales serán motivo de análisis

2.3. Justificación

En Colombia, a raíz de la transformación del Sistema de Salud en los años 90's, todas las instituciones que lo componen han enfrentado retos en la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos. A pesar de su elevación como derecho fundamental en 2015, las quejas relacionadas con la vulneración de la salud recibidas por las instituciones de inspección, vigilancia y control persiste y muestra las vivencias de los usuarios en la prestación de los servicios de salud, reflejando problemas estructurales y sistemáticos del SGSSS (16,20,24).

La principal consecuencia de estas fallas estructurales se evidencia en las barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente en algunos grupos poblacionales. Sin embargo, el panorama nacional del contexto en el que se dan estas barreras aún no ha sido explorado desde la óptica del usuario, y se requiere un análisis profundo de sus

causas para realizar ajustes al SGSSS que permitan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (1,2,18).

Esta garantía del derecho a la salud a su vez redunda en el aporte al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de la población colombiana. Para ello, es necesario reconocer las causas primarias de queja de los individuos durante su interacción con el sistema de salud, como punto de partida para continuar caracterizando las fallas o problemáticas estructurales del sistema teniendo en cuenta la perspectiva de la comunidad(13).

Aunque esta caracterización ha sido explorada anteriormente, poco ha sido el abordaje de las condiciones y contextos de los sujetos de cuidado en el sistema de salud en lo relacionado a las barreras de accesibilidad, a pesar del alto porcentaje de cobertura. Es necesario identificar las características poblacionales, geográficas y de aseguramiento de la ciudadanía que perciben situaciones que limita el ejercicio de sus derechos en salud, principalmente a través del mecanismo de las quejas, derechos de petición y tutelas (3,14,16,19,25,26).

Si bien desde el ámbito jurisprudencial se han hecho esfuerzos para caracterizar las acciones de tutela utilizadas por los usuarios como mecanismo de protección de su derecho a la salud, poco se ha realizado con respecto a las peticiones, quejas y reclamos que los ciudadanos colombianos interponen ante los organismos de inspección, vigilancia y control, como la Superintendencia Nacional de Salud, las cuales son un importante insumo para reconocer las principales situaciones que generan o mantienen las barreras de acceso a los servicios de salud y que afectan de manera considerable la calidad de vida de la población (3,14,26).

De esta manera, con el fin de establecer los principales motivos de reclamo de los usuarios, teniendo en cuenta las reformas realizadas en los últimos años al Sistema, para así brindar un panorama general sobre las problemáticas del SGSSS y sus retos en la prestación de los servicios de salud, desde la perspectiva del usuario, que sirva como base la evaluación de las causas y posibles soluciones de los problemas identificados con impacto en el bienestar en salud de la población colombiana, se realizará la presente investigación que permita caracterizar las peticiones, quejas, reclamos y denuncias en los últimos 6 años en el país a través de la SNS, como órgano de control del SGSSS.

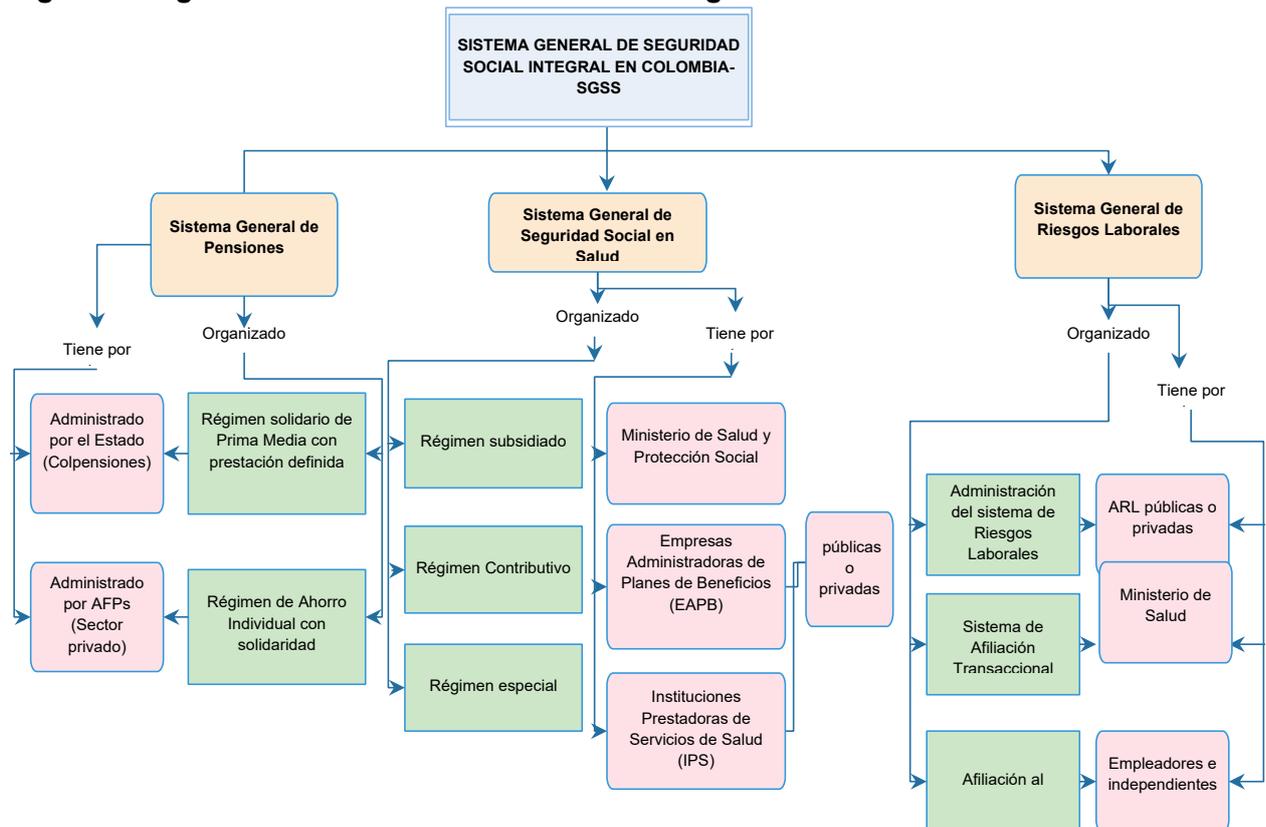
3. Marco teórico

3.1. Sistema General de Seguridad Social

La Constitución Política de Colombia, como máxima norma en el país, establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, que incluye la atención de la salud y el saneamiento ambiental, los cuales son consagrados como derechos de segundo orden (27). A raíz de ello, se evidencia la necesidad de reglamentar y constituir un Sistema de Seguridad Social que permitiese el goce efectivo de estos derechos.

De esta manera surge en 1993 el Sistema General de Seguridad Social Integral de Colombia (SGSS), el cual se compone de 3 sistemas: Salud, Pensión y Riesgos Laborales, que tienen como fin proporcionar la cobertura integral de las contingencias principalmente relacionadas a la salud y capacidad económica de los habitantes del país, garantizando el bienestar individual e integración de la comunidad (5).

Figura 1. Organización del Sistema General de Seguridad Social de Colombia



3.1.1. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, se define como un conjunto de instituciones y mercados que configuran las relaciones entre el sistema y los ciudadanos, a través de la afiliación obligatoria, cotización y la cobertura de riesgos amparadas en los planes obligatorios de salud segmentados en el régimen especial, régimen contributivo y régimen subsidiado; así como un sistema de atención para la población no afiliada(5).

El SGSSS se encuentra organizado en a través de un sector mixto (público-privado), teniendo fuentes de financiación que permiten la distinción de los tres regímenes establecidos en el país (28):

- Régimen Subsidiado: tiene por objeto asegurar la población pobre y vulnerable, para lograr el acceso equitativo de toda la población al sistema, obteniendo recursos de los aportes fiscales de la Nación, de las entidades territoriales y del ADRES (Administradora de los Recursos del SGSSS), antiguo FOSYGA.
- Régimen Contributivo: agrupa a las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Su financiación es obtenida a través de la cotización obligatoria realizada por los trabajadores y empleadores, o por los independientes.
- Régimen especial: dentro de este se agrupan aquellas instituciones en las cuales no se aplica el SGSSS, tales como las Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio y Ecopetrol, en la cual cada régimen establece su organización y prestación de los servicios de salud. Su financiación se obtiene de las contribuciones obligatorias realizadas por los afiliados.

A su vez, también quedan exceptuados del sistema aquellas personas con capacidad de pago para acceder a seguros de salud con prestación directa de los servicios de salud.

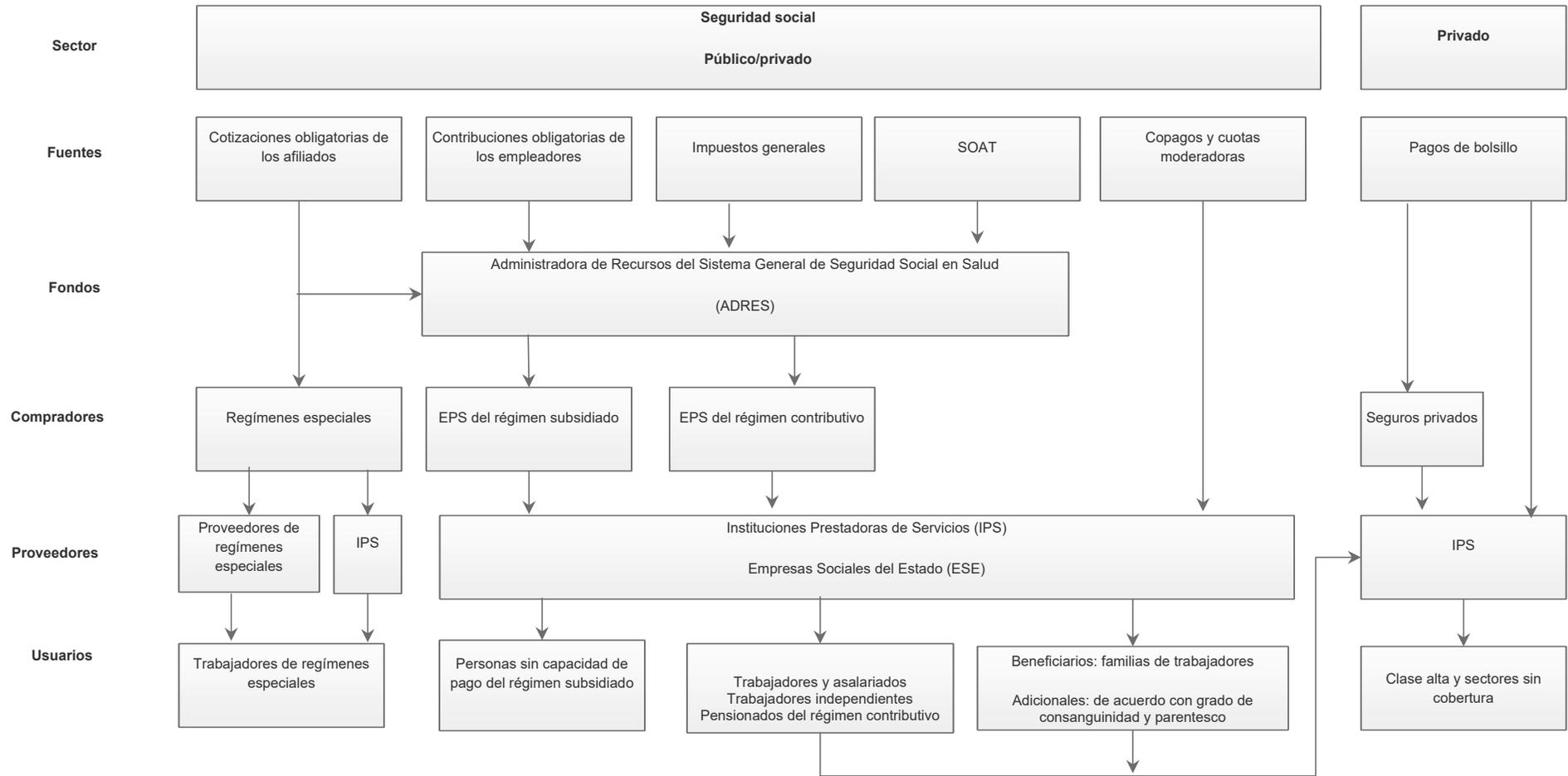
Así mismo, el Sistema se encuentra conformado de las siguientes instituciones, con sus respectivas funciones dentro de éste(5,29):

- Gobierno Nacional: dirige, orienta, regula, controla y vigila el SGSSS. Cumple con la función de rectoría del sistema. A nivel distrital, departamental y municipal las entidades territoriales ejercen estas funciones en el territorio.

- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Cumple con la función de conducción en el sistema, a través de la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en salud, así como el análisis y definición del Plan de Beneficios en Salud, y el pago y cobros tarifarios requeridos.
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): cumplen con las funciones de aseguramiento de la población, de acuerdo con el régimen de afiliación. Las EAPB son las encargadas de la administración de los Planes de Beneficios de Salud (PBS) a sus afiliados, financiados a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), entregada por el ADRES a estas entidades por cada afiliado, de acuerdo con la edad, sexo y región geográfica.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). son instituciones públicas o privadas que cumplen con la función de provisión de los servicios de salud por los cuales son contratados por las EAPB. Esta prestación se realiza de acuerdo con las tecnologías incluidas en el PBS.
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES): es la entidad encargada de la función de financiamiento del sistema, por medio de la administración de los recursos financieros, a través del pago de las UPC a todas las EAPB, independiente del tipo de régimen. Dentro de las fuentes de financiación se encuentran los recursos fiscales del Estado, el Sistema General de Participaciones en Salud, Recursos propios de las Entidades Territoriales y de los afiliados del sistema.
- Superintendencia Nacional de Salud: hace parte de las instituciones que realizan la inspección, vigilancia y control del sistema, por lo que también ejerce la función de rectoría.

Estas instituciones se organizan de acuerdo con el origen de la fuente de financiación y funciones como se ilustra en la siguiente figura:

Figura 2. Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia



Adaptado de: Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex. 2011;53(2):144–55.

3.1.2. Principales reformas al SGSSS

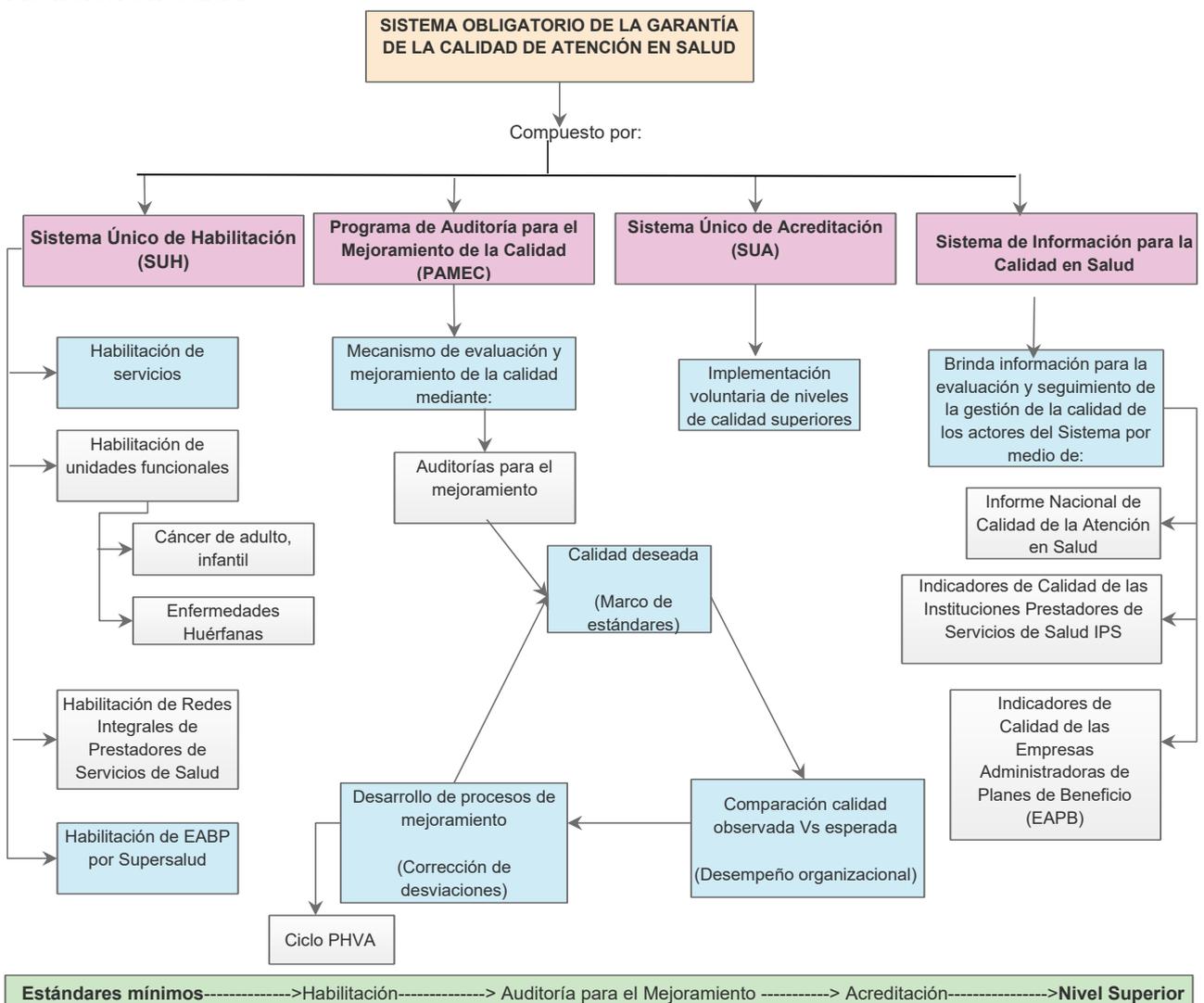
Si bien el SGSSS surge en 1993, dicho sistema ha surtido una serie de reformas encaminadas a su mejoramiento continuo. De esta manera, en aras de garantizar la prestación de los servicios de salud con calidad, se da la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS)(30). Este sistema está conformado por el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Así mismo, define los siguientes conceptos relacionados con la calidad en salud:

- **Atención de salud:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- **Calidad de la atención de salud:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Características del SOGCS:** orientados a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario. Dentro de los cuales se encuentra:
 - **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
 - **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
 - **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
 - **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Igualmente, el SOGCS se compone del Sistema único de Habilitación, el Sistema único de Acreditación, la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y el Sistema de Información para la Calidad; dentro de los cuales es responsable de la inspección, vigilancia y control la SNS y el Ministerio de Salud, así como de la habilitación de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Además, se realiza la vigilancia de las entidades territoriales ejerzan sus funciones de IVC de acuerdo con el Sistema Único de Habilitación(30). A su vez, el SOGCS establece los procesos de auditoría que deben llevarse a cabo para cada actor relacionado con la atención de salud, siendo un punto central la evaluación de la satisfacción de los usuarios con relación al ejercicio de sus derechos tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como en las EAPB.

Figura 3. Estructura del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud



Adaptado de: Ministerio de Salud y Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá; 2007

Posteriormente, en 2007 se realizan reformas generales al SGSSS a través de la ley 1122, donde se enfatizó en la necesidad de lograr una cobertura universal en el país, la medición de indicadores de todos los actores a través de resultados en salud, nuevas reglas para la cotización y financiamiento, así como la regulación y creación del Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del SGSSS(8). En materia de prestación de los servicios de salud y regulación, se brinda al Ministerio de Salud la función de regular la habilitación de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, la clasificación y mecanismos para garantizar la libre escogencia de IPS a los usuarios de las EAPB del país. A su vez, establece la regulación de las Empresas Sociales del Estado, y de su prestación de los servicios de salud en instituciones públicas.

Frente al Sistema de inspección, vigilancia y control, definido como el conjunto de normas, agentes y procesos articulados encabezados por la Superintendencia Nacional de Salud, con el objetivo de vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el SGSSS, exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio de la seguridad social, proteger los derechos de los usuarios, velar por la prestación de los servicios de salud sin ningún tipo de presión o condicionamiento, velar por la eficiencia y uso adecuado de los recursos, evitar el abuso y promover la participación ciudadana. Así mismo, se define los conceptos inspección, vigilancia y control del sistema dentro de los cuales se enmarca el accionar del Sistema(8):

- Inspección: es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del SGSSS y sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, así como de la situación jurídica, financiera, técnico-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia por la SNS.
- Vigilancia: atribución de la SNS para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la SNS cumplan con las normas que regulan el SGSSS para el desarrollo de éste.

- Control: atribución de la SNS para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular de cualquier de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal, bien sea por acción o por omisión.

Con la creación de estos sistemas, en el SGSSS se encaminaron acciones concretas para el fortalecimiento del sistema. Además de ello, se orientó la prestación de los servicios de salud enmarcados en un modelo enmarcado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), a través de la ley 1438 de 2011. A través de este, se generaron profundos cambios en el sistema, por medio de la unificación de los planes de beneficios subsidiado y contributivo, garantía de la universalidad del aseguramiento a través de la portabilidad o prestación de los servicios en todo el país, con sostenibilidad financiera, así como la evaluación cuatrienal del sistema a través de la medición de indicadores en salud(6).

Igualmente, en el marco de la APS promueve la generación de planes decenales en salud pública, basado en el enfoque de determinantes en salud; la creación del Observatorio Nacional de Salud (ONS) para el monitoreo de las condiciones de salud de la población colombiana y la financiación de la salud pública en el territorio. Conceptualiza además la APS como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la persona en todos los niveles de atención, con el fin último de garantizar el bienestar de los usuarios, con énfasis en la promoción y prevención, acciones intersectoriales, la cultura del autocuidado, orientación en el individuo, la familia y comunidad, la interculturalidad, organización del talento humano en equipos multidisciplinarios, fortalecimiento del primer nivel de atención, la participación activa de la comunidad y el enfoque territorial.

De esta manera, se crean los equipos básicos en salud como uno de los ejes de la atención primaria con el fin de promover la identificación de condiciones de salud de la población, el riesgo individual y colectivo, el diagnóstico familiar, así como un enlace la comunidad con la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades identificadas(6).

Bajo este panorama, se enfoca el SGSSS hacia un modelo centrado en el bienestar de la persona, enfatizando en el mejoramiento de calidad de la prestación de los servicios de salud con acción de todos los actores del sistema. Siguiendo este lineamiento, se diseña el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, como una política de estado, donde se adopta el modelo de determinantes sociales de la salud propuesto por la OMS, para la garantía del derecho a la salud, a través de la afectación positiva de los determinantes estructurales de la

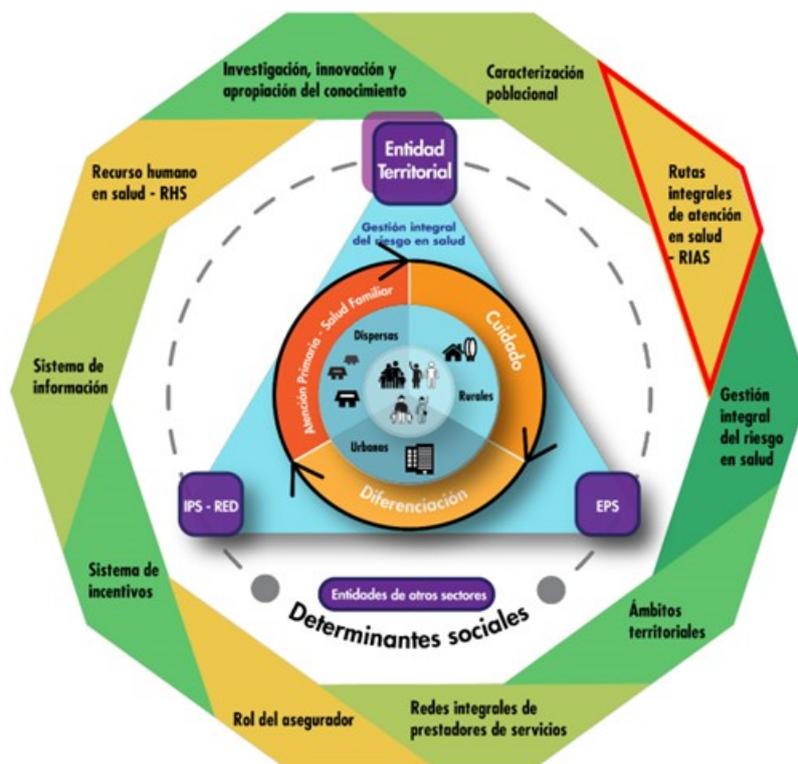
salud, sentar las bases para un enfoque en la gestión de la salud, y mejorar las condiciones de vida y salud de la población colombiana. Teniendo en cuenta esto, se desarrollan varios abordajes de la salud a través de la identificación de ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales, siendo el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud parte de estas últimas(31).

De esta manera se enlaza el enfoque de determinantes sociales con la prestación de los servicios de salud, entendiendo la necesidad de que todos los actores del SGSSS en conjunto a otros sectores impacten positivamente sobre las condiciones de vida y desarrollo de la población. Igualmente, el PDSP orienta el accionar de las instituciones del sector salud en tres líneas operativas para la promoción de la salud, gestión de la salud pública y la gestión del riesgo en salud, siendo en esta última enmarcada en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de los recursos, con el objetivo de modificar el riesgo primario en salud(31).

Si bien este contexto de transición de un modelo de salud centrado en lo económico, hacia uno centrado en la persona había iniciado gracias a las reformas realizadas al SGSSS, este modelo logra concretarse gracias a la elevación de la salud como derecho fundamental(9). De esta manera, surge una reivindicación de las intervenciones que propendan por ganancias en salud más que en la enfermedad, mediante acciones intersectoriales que inciden en los determinantes sociales, articulando las acciones establecidas en años anteriores.

Es así como en 2016 se establece la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), a través de la cual se define un modelo de atención basado en el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, con enfoque poblacional y diferencial (11,32). Para ejecución del PAIS, es necesario la generación de un marco de referencia, así como unas rutas de atención, del cual surge el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del SGSSS, con visión centrada en las personas (11,32).

Figura 4. Política de Atención Integral en Salud y Modelo Integral de Atención en Salud

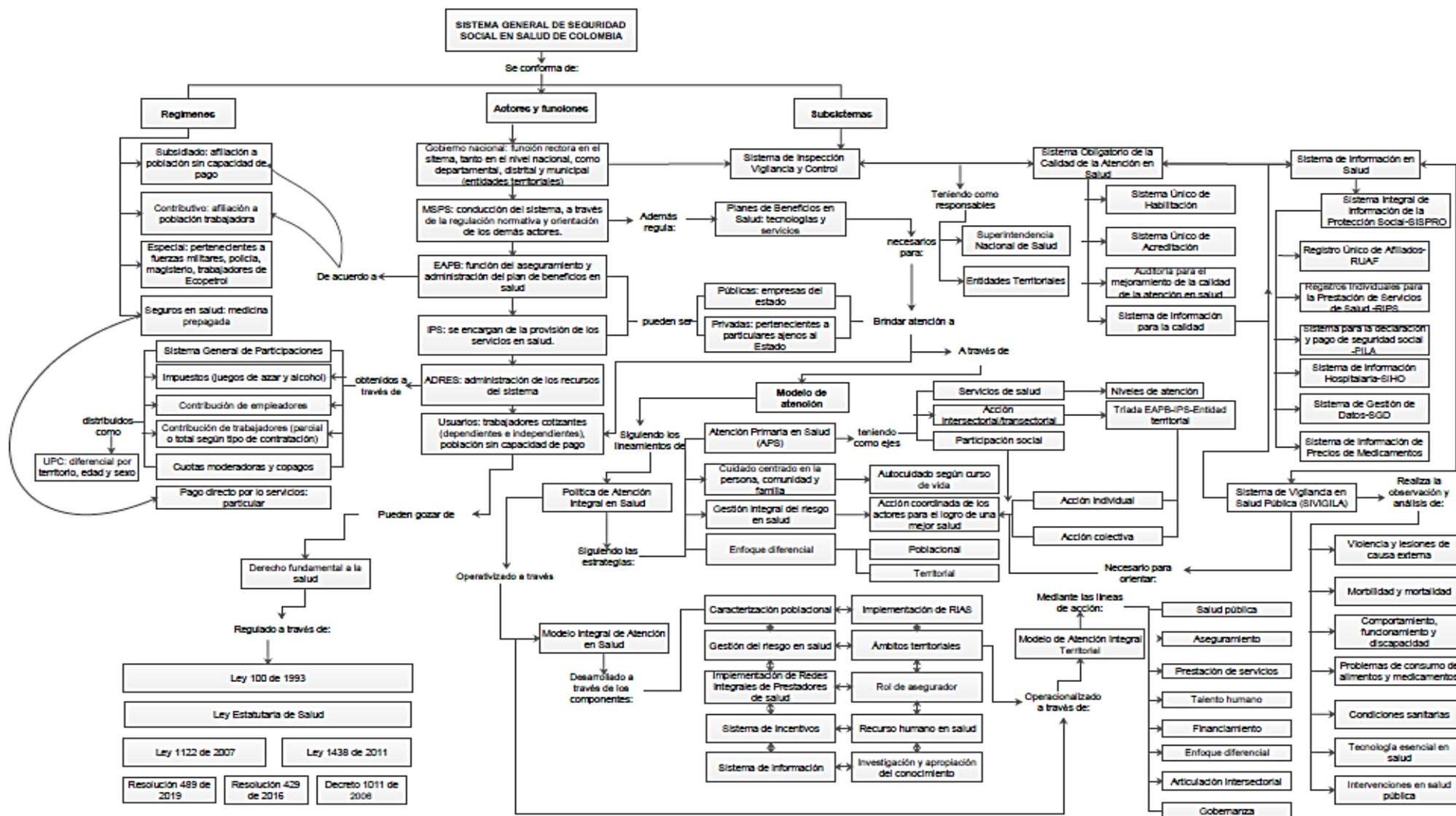


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud. MINSALUD. 2016;1–94.

Posteriormente surge en 2019 el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), el cual modifica y direcciona el MIAS para su aplicación a nivel territorial y establece como propósito orientar a los integrantes del SGSSS en el territorio para responder a las prioridades en salud de la población y contribuir a su mejoramiento, así como la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad del sistema (33,34). Además, el MAITE incluye como una de las líneas mínimas de acción el aseguramiento de la población colombiana, bajo el liderazgo de las entidades territoriales, dentro de los cuales se incluye el monitoreo y seguimiento del funcionamiento del sistema de salud a nivel territorial, principalmente en el acceso y calidad de los servicios de salud.

De esta manera, se configura en la actualidad el Sistema de Salud Colombiano, donde se destaca la reorientación hacia un modelo de atención centrado en la persona, comunidad y territorio, a través de la articulación de las instituciones, actores y subsistemas, para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, como se muestra a continuación:

Figura 5. Conformación del Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia



3.2. Características generales de la población colombiana

Con el fin reconocer el impacto de las problemáticas del sistema de salud colombiano, es necesario identificar las características principales de tipo sociodemográfico, geográfico y de aseguramiento, que permitan contextualizar las condiciones de la población en el país, y sus determinantes:

3.2.1. Características sociodemográficas

Los aspectos sociodemográficos es un importante factor para la orientación de las políticas públicas en salud. En Colombia se estima que se cuenta con 48.258.494 habitantes en todo el territorio nacional en el año 2018. De estos, 51,2% son mujeres y 48,8% son hombres. El 68,2% se encuentra entre los 15 a los 64 años, 22,6% entre los 0 a los 14 años y un 9,1% son mayores de 65 años, siendo este último el grupo de mayor crecimiento en el último decenio después del grupo de 15-64. Esto evidencia la transición demográfica en la que se encuentra el país, con una reducción de la población infantil y un aumento de los adultos mayores. Con respecto al índice de dependencia, se estima 54,36 dependientes por cada 100 personas entre los 15 y los 60 años, con tendencia al descenso en comparación a años anteriores, mientras que en la población adulta mayor el índice presenta un aumento, ubicándose en 10,9 por cada 100 personas entre los 15 a 60 años, un punto adicional con respecto a la cifra del año 2005(10,35).

Igualmente, se evidencia mayores índices de envejecimiento en 21 de los 33 territorios por encima del promedio nacional, siendo el departamento de Caldas el de mayor porcentaje con el 68,2, seguido de Quindío con 66,2%, Risaralda con 65,9%, Bogotá con 60,3% y Valle del Cauca con 59,8%. Además, los territorios que requieren soporte social en la población mayor inactiva por parte de la población activa son Vichada, Vaupés, Chocó, Guaviare, La Guajira, Amazonas y Guainía. El comportamiento con relación al soporte social para la población infantil y juvenil es similar, siendo Vichada, Vaupés, Amazonas, Chocó, Guaviare, Arauca, La Guajira y Guainía los departamentos con mayor índice de dependencia infantil. Esto se correlaciona con las poblaciones identificadas con mayor

población joven, siendo nuevamente Vichada, Vaupés y Guaviare los 3 territorios más jóvenes del país(10).

Frente al crecimiento poblacional expresado en las tasas de natalidad, mortalidad e inmigración, se identifica 10,77 nacidos vivos por cada mil personas, 6,77 muertes por cada mil habitantes, y -1,14 migrantes por cada mil habitantes, todas mostrando tendencia al descenso con relación a periodos anteriores(10).

Adicional a ello, en lo relacionado a los aspectos demográficos, un 77,1% de la población se concentra en cabeceras municipales, un 7,1% en centros poblados y un 15,8% en zonas rurales dispersas. Los territorios con mayor densidad poblacional se encuentra Bogotá, seguido de Itagüí, Barranquilla y Medellín. Las ciudades más pobladas del país corresponden a Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Soledad. Los menos poblados se encuentran en Taraira, Sativasur, Jordán, Pisba y Busbanzá(10).

Con respecto a las comunidades étnicas, los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en la región amazónica, andina, Orinoquía y caribe, representando el 3,36% del total de la población. El grupo de afrocolombianos, mulatos y negros se encuentra ubicado principalmente en la región pacífica, Caribe, y en algunas zonas de Orinoquía y Amazonas con concentración de explotación de oro; representando el 10,3 % de habitantes en el país. La comunidad Rom tiene un 0,01% de representación; los raizales de San Andrés, Providencia y Santa Catalina un 0.07% y los palenqueros un 0.02%. La población más representativa son los mestizos, con un 84,16% de participación, con principal ubicación en las cabeceras municipales(10).

Con relación a la composición de los hogares, se estima un promedio de 3,23 personas por hogar a nivel nacional. El 36,9% son de jefatura femenina, siendo mayor en la zona de Antioquía y Amazonía, y menor en la región central. Frente al acceso a servicios públicos, Bogotá es la ciudad con mayor acceso a los servicios, seguido de Valle. A nivel nacional 86,9% de la población tiene acceso a acueducto, 74,7% a alcantarillado, 97,7% a energía eléctrica, 64,4% a gas natural, el 81,7% a servicios de recolección de basuras y 29,2% a telefonía fija. Frente a la calidad del agua, los departamentos con alto riesgo al consumo de agua son Huila, Caldas, Nariño y Vaupés. Con respecto a las prácticas de disminución de consumo de agua y energía, así como manejo responsable de basuras Bogotá y el Valle son los territorios con mayor adherencia a estas. En lo relacionado a la tenencia de

vivienda, un 47,9% son propietarios, el 63,1% de los hogares tienen internet fijo o móvil en las cabeceras municipales, un 50,8% tienen computador y el 76,4% poseen en el hogar servicio de televisión por suscripción. Bogotá y los departamentos de Antioquia y Valle tienen mayor acceso a estos servicios, el menor acceso se encuentra en la región de la Orinoquía, Pacífico y Caribe. El dispositivo de mayor uso es el celular con un 88% (36).

Así mismo, con respecto a la educación, en las cabeceras municipales un 93,5% de niños, niñas y adolescentes entre los 5 y 16 años asistieron a un centro educativo formal; y un 41,7% de la población entre 17 a 24 años se encuentra cursando nivel educativo superior. A nivel nacional el 92,4% entre los 5-16 años se encuentra escolarizado, con mayores tasas en Bogotá y San Andrés, y la Orinoquía-Amazonía y Pacífico con las menores tasas. En la población con edad para cursar educación superior el total nacional es 37,8%, con mayores niveles en Bogotá y Valle, y la menor tasas en San Andrés. Igualmente, se estima una tasa de analfabetismo del 18,50% siendo mayor las tasas en La Guajira, Chocó, Vaupés y Vichada (10,36).

Adicional a ello, con relación al nivel de pobreza, a nivel nacional se estima un tasa de pobreza multidimensional del 17%, y la incidencia de pobreza monetaria del 26,9%. Frente a la percepción de pobreza, se registra un 28,1% de los jefes de hogar en las cabeceras municipales se consideran pobres, un 57,9% en los centros poblados y un 28,1% en zona rural dispersa a nivel nacional. Los niveles más altos de percepción de pobreza se encuentran en la región pacífica con el 55,9% y el Caribe con 54,6%. Frente a los índices de pobreza monetaria extrema se ubica a un 7,4% de la población, siendo 2,08 veces mayor en los centro rurales dispersos. Con respecto a la evaluación de la desigualdad, Colombia se ubica en un coeficiente de Gini de 0,508, siendo mayor en Chocó y La Guajira. Así mismo, el desempleo se estima en un 11,9% en el país para el año 2019, evidenciando las mayores tasas en Quibdó, Armenia y Cúcuta, y las menores en Barranquilla, Cartagena y Pereira(10,36).

A estas condiciones se suma el nivel de seguridad alimentaria en el país. Frente a las cifras de lactancia materna, como primer factor para garantizar la nutrición de los menores de 1 año, se estima un promedio de 1,8 meses de lactancia a nivel nacional en los primeros 6 meses de vida; el 96% de los niños recibieron alguna vez leche materna, y 72 de cada 100 nacidos vivos tuvieron inicio temprano de lactancia materna. Con relación a los índices de desnutrición infantil, se estima que 10,8 de cada 100 niños menores de 5 años tienen

desnutrición crónica, siendo un 70% más prevalente en la población rural que urbana; además, un 3,1% de la población entre 0 a 5 años padece de desnutrición global. Igualmente, un 56,6% padece de sobrepeso u obesidad, con tendencia al incremento en la población entre 18 y 64 años, más común en mujeres y en zonas urbanas(10).

Finalmente, frente a las condiciones laborales como determinante social de relevancia, se identifica que un 91,5% de los trabajadores son dependientes y 8,5% independientes, de acuerdo con los afiliados al Sistema de Riesgos Laborales a nivel nacional. De los dependientes se observa que se concentran principalmente en Bogotá, Antioquia y Valle; y de los independientes en Bogotá y valle. Por sector económico, administración pública y defensa; ganadería, agricultura y silvicultura; educación; y los servicios sociales, comunitarios y de salud concentran el mayor número de independientes(10).

3.2.2. Características geográficas y político-administrativas

Colombia se encuentra ubicado en la esquina noroccidental de Suramérica, sobre la línea ecuatorial. Posee una superficie de 2.070.408 Km², siendo 928.660 km² superficie marítima, con costas tanto en el océano pacífico como atlántico. El país es atravesado por la cordillera de los Andes y la llanura del Amazonía. Limita al sur con Ecuador y Perú, al oriente con Brasil y Venezuela, al noroccidente con Panamá (10).

Posee una gran variedad de climas y ecosistemas, siendo principal las 3 cordilleras que atraviesan el país: occidental caracterizada por ser difícil ocupación y explotación por su alto relieve, la central, que se caracteriza por la cantidad de zona volcánica y por albergar el macizo colombiano, y la oriental con gran número de cañones y altiplanicies. Igualmente, las llanuras de Orinoquía- Amazonía, con presencia de sabanas y bosques tropicales hacia el sur; la llanura del Caribe, con zonas pantanosas y cenagosas, y la llanura del Pacífico con zonas húmedas y selváticas, son las principales características de estas regiones. La temperatura es variable en todo el territorio colombiano, desde los 0° en las nieves perpetuas hasta los 42 °C en zonas áridas(10).

Con relación a las características político-administrativas, se encuentra dividido el país en entidades territoriales con descentralización política, de orden departamental, municipal y distrital, mediante 32 departamentos, 9 distritos, siendo Bogotá el Distrito Capital, y 1123

municipios. Adicional a ello, se organizan 10 área metropolitanas, 559 resguardos indígenas, y 54 resguardos de origen colonial. El poder político se ejerce a través de las 3 ramas: ejecutivo, en cabeza del presidente de la república y los 16 ministerios, 8 departamentos administrativos y 12 consejerías y secretarías; legislativo, ejercido por el congreso nacional, dividido en la Cámara de Senado y Cámara de Representantes; y el judicial, conformado por la Corte Suprema de Justicia, dividida en 5 salas, Constitucional, Civil, Laboral, Penal y de Negocios Generales; así como la Corte Electoral y el Consejo de Estado(10).

3.2.3. Características epidemiológicas

Con relación a la morbilidad, en el país se atendieron principalmente personas con enfermedades no transmisibles en un 65,4%, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con el 13,8%, los signos y síntomas mal definidos con el 13,4%, las lesiones de causa externa con el 5,4%, y las condiciones maternas-perinatales con el 2%, con tendencia creciente. Se evidenció entre el 2009-2018 un 59,8% más de atenciones en mujeres que en hombres. En las mujeres prevalecen las enfermedades no transmisibles (ENT) con el 67,1% seguidas de las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 12,3%. En los hombres también prevalecen de manera respectiva las ENT con el 63% y las transmisibles con el 16,9%. Por ciclo vital en la primera infancia (0-5 años), prevalecieron las enfermedades transmisibles y nutricionales en un 42,9%, y las ENT con el 37,2%. En la infancia (6-11 años) la mayor morbilidad estuvo dada por las enfermedades no transmisibles con el 55,8% de los casos, y las condiciones transmisibles y nutricionales en un 25,2%. En la adolescencia (12-18 años), las condiciones no transmisibles causaron el 60,1% de las atenciones por morbilidad, y las condiciones mal clasificadas con el 17,8%. En la juventud (14-26 años), sigue la misma prevalencia en la adolescencia, con 59,1% y el 17,2% respectivamente. Tanto en la adultez (27-59 años) como adultez mayor (mayores de 60 años) sigue la misma tendencia en la juventud, encabezando las enfermedades no transmisibles con el 72% y el 81%, seguido de las condiciones mal definidas con el 13,1% y 10,22% respectivamente. En Bogotá, Antioquia, Valle y Nariño se concentran el mayor número de atenciones en el país. El 92,3% de estos fueron por consulta externa, 5,72% por urgencias y 1,94% por hospitalización (10).

Frente a las enfermedades de alto costo, siendo eventos de interés en salud pública, se encuentra que la enfermedad renal crónica como una enfermedad no transmisible, y ligada

a otras como hipertensión arterial, diabetes mellitus, y enfermedades cardiovasculares. Más de 4 millones de personas en el país la padecen, más del 50% se encuentran en estadio 3 o mayor, y el 20,4% de los casos se concentra en población mayor. Los departamentos con mayor prevalencia de casos son Quindío, Risaralda, Caldas, Valle y Bogotá. Frente al VIH, se presentan 28,1 casos nuevos de cada 100 mil afiliados al SGSSS, principalmente en el grupo de los 25 a 34 años. La prevalencia se ubica en el 0,17% del total de morbilidad, principalmente en hombres, y el 74,4% de los casos en el primer año presentaron coinfección con tuberculosis. La mayor prevalencia se encuentra en Quindío, Bogotá, Risaralda, Valle y Antioquia. La mayor incidencia se da en Risaralda, Bogotá, Antioquia, Atlántico y Quindío. Así mismo, se cuenta con una cobertura del 89% en el tratamiento antirretroviral. Frente a la Leucemia mieloide y linfocítica agudas pediátricas, Colombia se ubica en los países con mayor prevalencia en Latinoamérica, así como una tasa de incidencia de 3 por cada 100 mil menores de 15 años para el caso la leucemia linfocítica, con un 90% que recibieron atención médica por primera vez antes de los 53 días, y el mayor número de casos concentrado en Bogotá, Antioquia y Valle. Con relación a la leucemia mieloide aguda, se presenta con menor incidencia y un comportamiento similar de distribución territorial. Con respecto a la discapacidad auto-declarada, se encuentran 1.475.696 personas con discapacidad, 49% hombres y 50,6% mujeres; el 19% son mayores de 80 años, y las alteraciones con mayor auto reporte son relacionadas al movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,8%, seguidos de las alteraciones del sistema nervioso 44,1%. Huila, Sucre, Quindío, Casanare, Santander y Cesar son los departamentos con mayor porcentaje de personas con discapacidad(10).

Con relación a la mortalidad, se evidencia una tasa general nacional de 457 muertes por cada 100 mil habitantes. El 59,6% ocurrió en hombres y el 43,4% en mujeres. Se evidencia una disminución en la mortalidad en el periodo 2005-2017. La principal causa de muerte fue por enfermedades del sistema circulatorio, con tendencia decreciente, y una tasa de 146,6 por cada 100 mil habitantes; seguido del grupo de las demás causas, donde se agrupan diagnósticos residuales como la diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, enfermedades de las vías respiratorias inferiores, cirrosis, entre otras, con una tasa de mortalidad de 118,36 por cada 100 mil habitantes. La tercera causa de muerte, en tendencia creciente, son las neoplasias con 20% del total de muertes. La cuarta causa fue por causas externas, con el 15,5% de los casos y generó el mayor número de años de vida potencialmente perdidos. Por último, las enfermedades transmisibles y las afecciones del

periodo perinatal constituyeron un 6,9% y un 1,7% del total de muertes en el país. En cuanto a la distribución por subgrupos de la mortalidad, las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, siendo las enfermedades isquémicas del corazón las causantes en un 53,3% de los casos, las cerebrovasculares produjeron el 21,1% de muertes y las enfermedades hipertensivas el 12,2%, siendo Atlántico y Norte de Santander los territorios con las tasas más altas por estas causas. En las neoplasias, los tumores digestivos y peritoneo produjeron tanto es hombres como mujeres con el 4,6% de casos, el cáncer de estómago generó el 12,6%, el de próstata causó en promedio 15 muertes por cada 100 mil hombres, y el cáncer de mama, con tendencia creciente generó 12 muertes por cada cien mil mujeres; siendo los departamentos de Quindío y Risaralda los de mayor tasa de mortalidad por cáncer. Frente a la mortalidad por causa externa, los homicidios provocaron el 42% de las muertes, con tendencia a disminuir, siendo la tasa 10,5 veces más alta en hombres que en mujeres; seguido de los accidentes de transporte terrestre, con un porcentaje del 25% del total de muertes en este subgrupo; Caquetá y Quindío tuvieron las tasas más altas en esta categoría. Dentro del grupo de enfermedades transmisibles, las enfermedades respiratorias agudas (ERA) constituyeron la primera causa de muerte con el 51,8% de los fallecidos, y por SIDA se produjeron un 17,2% de muertes; en el departamento de Atlántico se dieron las tasas más altas por ERA en el país. En la mortalidad por las demás causas, las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores causaron el 23,3% de mortalidad, y la diabetes un 14,2% de defunciones. Frente a las afecciones del periodo perinatal, se atribuyeron principalmente a afecciones respiratorias con un 44,6% y la sepsis bacteriana el 16,8% de defunciones. Finalmente, teniendo en cuenta que son indicadores del desarrollo del país, la mortalidad materna se encuentra en tendencia decreciente, con 51 muertes por cada cien mil nacidos vivos en el último periodo reportado, siendo mayor en zonas rurales dispersas, en población indígena, en los departamentos más pobres, como Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés y Putumayo. Otro indicador de relevancia, es la mortalidad infantil, diferenciando la neonatal y en menores de 5 años; ubicándose la neonatal en 6,9 muertes por cada mil nacidos vivos, con mayor mortalidad en este grupo en el Chocó, principalmente en el área rural dispersa, y en el grupo Rom y palenqueros; la mortalidad en menores de 1 año se presentaron 10,7 muertes por cada 1000 nacidos vivos, principalmente en Chocó, San Andrés, Guainía y Vichada en el área rural dispersa y en comunidades Rom y Palenqueros; por último la mortalidad en menores

de 5 años se presentó una tasa de 13 por cada mil nacidos vivos, con la mayor tasa en Vichada, principalmente por afecciones del periodo perinatal, seguido de causas externas, las enfermedades respiratorias aguda, enfermedades infecciosas y parasitarias, y finalmente enfermedades endocrinas y nutricionales(10).

3.2.4. Características de aseguramiento

El sistema de salud se considera como un elemento estructural de los determinantes sociales en salud. Actualmente tiene una cobertura superior al 90% a nivel nacional, siendo la menor en el departamento del Vaupés con respecto a la media del país. El 57% se encuentra en el régimen contributivo, y el 41,9% en el subsidiado, y el 3% a régimen especial y excepción(10,36,37).

Frente al gasto de bolsillo, en consulta externa el mayor porcentaje se destina para medicamentos en un 37%, seguido del transporte con el 19,1% y la consulta particular con el 11,2%. En hospitalización el principal gasto se da por cuotas moderadoras y copagos con el 32,1%, la consulta particular el 25,2% y los medicamentos en un 13,2%. Además, frente al tipo de consulta externa, predomina la consulta general y por especialista, y aproximadamente el 60% son de tipo prioritario. En urgencias más del 60% de estas se relacionan con enfermedad aguda, con un comportamiento similar en hospitalización(37).

Con relación a la disponibilidad de talento humano e infraestructura, se estima un promedio de 300 mil profesionales de la salud en el país, 170 mil auxiliares y 76 mil tecnólogos, con tendencia al incremento. De estos, un 31,9% son médicos, 19,2% son de enfermería, odontología con 15,2% y otras profesiones el 15,1%. Se cuenta con una densidad de 21 profesionales de medicina por cada 10 mil habitantes, principalmente en Bogotá, Atlántico, y Risaralda; y en menor densidad se encuentran en Chocó y Vaupés. Con respecto a la densidad de profesionales de enfermería, se estima 13 enfermeros por cada 10 mil habitantes, con mayor presencia en Bogotá, Risaralda y Santander, y en menor densidad en Caquetá y Chocó. Así mismo, se disponen de 10 profesionales de odontología por cada diez mil habitantes, de mayor densidad en Bogotá, Amazonas y Quindío (10,38).

Igualmente, en disponibilidad de infraestructura, se encuentran más de 18 mil instituciones prestadoras de servicios de salud, siendo un 19,4% del carácter público, 80,4% privadas y 0,1% de carácter mixto. Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Santander tienen el mayor número de IPS; Caquetá, Arauca, Putumayo, Amazonas y San Andrés con la menor

proporción. Frente a la disponibilidad de transporte asistencial, se cuenta con más de 6 mil ambulancias, un 98% son terrestres, 0,8% son aéreas, 0,9% fluviales y 0,2% marítimas. Las ambulancias se concentran en Bogotá, Valle, Antioquia, Santander, Cundinamarca y Boyacá, y el departamento con déficit es Guainía. Para la disponibilidad de camas, se tenían disponibles para 2019 8.131 camas en todo el país, 23% para adultos, 19,1% para obstetricia, 18,8% para pediátrico, cuidado intensivo intermedio 6,1%, cuidado intensivo adulto con 5,5%, cuidado intermedio neonatal el 4%, cuidado intensivo neonatal 3,8%, cuidado básico neonatal 3,2% y cuidado intermedio pediátrico con el 2,8%. Los territorios con mayor concentración de camas se encuentran en Antioquia y Bogotá, así como la menor concentración en Vaupés y Guainía(10).

3.3. Problemáticas del Sistema General de Seguridad social de salud.

A pesar de las diferentes reformas realizadas a lo largo del tiempo desde su creación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia las problemáticas asociadas a éste persisten, aún con la elevación de la salud como derecho fundamental. En la literatura se evidencia un número variable de fallas estructurales y problemas asociados, los cuales han derivado en consecuencias negativas sobre la atención en salud de la población colombiana expresadas en la inequidad de acceso a los servicios de salud. De esta manera, se identifican 3 problemáticas principales, de las cuales se derivan las fallas del sistema (4,21):

3.3.1. Sostenibilidad financiera

El sistema de salud colombiano ha enfrentado una serie de problemas a nivel financiero que han llevado a crisis de sostenibilidad desde su creación en 1993. El aumento exponencial de gastos de los recursos públicos para el funcionamiento del sistema, la falta de claridad en la asignación de competencias en los diferentes niveles del gobierno, así como estructuras administrativas de las empresas sociales del estado sin viabilidad financiera llevó a la generación de reformas encaminadas a subsanar estos problemas. Para ello se dio la creación del sistema general de participaciones, redefiniendo las competencias de los diferentes niveles de gobierno en la distribución y asignación de recursos en el sector salud.

Así mismo, se puntualizó a través de la ley 1122 de 2007 la destinación de recursos del SGP para la cobertura del régimen subsidiado. Con la sentencia C-463 de 2008 se agrava la situación financiera del sistema, al obligar al reconocimiento de la totalidad de los cobros derivados de los eventos No POS al antiguo FOSYGA, afectando de manera considerable las finanzas de las entidades territoriales. Además, con la sentencia T-760 de 2007, la cual obliga a la unificación del POS subsidiado y contributivo, se da paso a las preocupaciones de las entidades territoriales de la fuga de afiliados del régimen contributivo al subsidiado, ante lo atractivo de los usuarios de evitar gastos ante los mismos beneficios, esto, sumado a las deficiencias de la aplicación de la encuesta SISBEN, determinante para la afiliación en el régimen subsidiado (39).

Otra arista de esta problemática se basa en la alta carga que el régimen contributivo soporta para el sostenimiento del sistema, ante el alto nivel de informalidad laboral, evasión de impuestos y alto nivel de inequidad en el país. Igualmente, frente a la administración de los recursos del sistema a cargo de las EAPB se han visto enmarcadas en la presunción de mala fe entre los actores del sistema, producto del incumplimiento de los pagos por parte del Estado a las EPS por concepto de compensación y cobros de los no POS, así como el no pago y la glosa por parte de las EPS hacia las IPS. Esta última, busca su sostenibilidad ante este panorama mediante sobrefacturación de procedimientos y atenciones, degenerando en un sistema de incentivos basado en lo económico (40).

Bajo este panorama, las EAPB tienen el incentivo incorrecto de restringir el acceso a los servicios de salud, disuadiendo a algunos usuarios de usar los servicios y otros se ven en la obligación de acudir al mecanismo de acción de tutela, mediante la cual se obliga a la EPS de la prestación del servicio y a un cobro por esta a través del ADRES (antiguo FOSYGA), generando aumento en los gastos del sistema de salud en el cumplimiento de estas sentencias, en ocasiones, sin medir las consecuencias de sostenibilidad fiscal (1,2,24,26)

3.3.2. Integración vertical en la organización del SGSSS

El SGSSS contempla una serie actores que se articulan entre sí para la prestación de los servicios de salud. El término de integración vertical proviene del sector industrial, y se

entiende como la integración de dos eslabones de una cadena productiva se integran en una sola empresa.

Para el caso del Sistema de Salud colombiano, la normativa permite una integración entre el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, con una limitación, con el fin de evitar la monopolización. Sin embargo, a pesar de los beneficios en la reducción de costos y una posibilidad mayor de negociación de precios; también genera problemas, principalmente en la distorsiones de la competencia donde la integración vertical puede implicar aumento de los precios para otros competidores del sector, derivando en una posición dominante del asegurador además del aumento del gasto en salud, afectando la calidad en la atención de los usuarios, ante una asimetría de poder enmarcado en un contexto de falta de regulación(41).

Así mismo, a pesar de la restricción en el porcentaje de integración vertical en el sistema, se evidencia una marcada monopolización del mercado de la salud, especialmente en regiones con pequeños aseguradores, además de fuertes tensiones entre aseguradores con integración y prestadores que no pertenecen a una red propia, al aumentar la competitividad y una reducción de las ventas con las EPS. Esto se suma a la falta de regulación de la integración vertical, ya que la información relacionada con esta se encuentra reservada, aún con la limitación de la contratación de máximo un 30% con la red propia para la prestación de servicios de salud por parte de las aseguradoras (41). Bajo este panorama, el sistema de salud colombiano se ha visto afectado por la integración vertical ante una baja regulación de esta figura, causando conflictos de intereses entre los actores del sistema, el cual se suma a los problemas asociados a la corrupción(41,42).

La corrupción se encuentra asociada como las prácticas indebidas en el manejo de los recursos en el sector, asociado al incumplimiento de la normativa, los conflictos entre los intereses de los agentes, ante la primacía del interés financiero sobre el goce efectivo del derecho a la salud, en la cual la tercerización del aseguramiento por parte del estado a otros actores conlleva a un conflicto entre la salud como responsabilidad del Estado y la salud como un medio para fines privados. Esta problemática es considerada como una de las principales causas de la falta de legitimidad del SGSSS desde la perspectiva diversos actores (usuarios, profesionales de la salud, representantes del sector judicial, prestadores)(18,43).

3.3.3. Aseguramiento y modelos de cuidado de la población

El aseguramiento en el sistema de salud es una función realizada por las Empresas Promotoras de Salud, o las Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, como últimamente se denominan a estos actores. Estos son los encargados de garantizar el acceso de sus afiliados a los servicios de salud mediante una red de prestadores, los cuales realizan la atención basado en un modelo de cuidado enmarcado en la ley 100 de 1993. Este se encuentra configurado en el modelo de pluralismo estructurado, mediante el cual se organizan los actores del sistema para cumplir las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de los servicios de salud (44). Sin embargo, bajo esta lógica las EPS han manejado un aseguramiento de selección adversa, ya que buscan realizar el menor gasto en la atención de sus afiliados, mediante la implementación de barreras de acceso de todo tipo, ya que en el esquema actual del sistema estas aseguradoras cuentan con una prima fija independientemente del estado de salud del usuario, lo cual permite incentivar este tipo de incentivos para las administradoras (20,21,25)

Si bien bajo este modelo se ha aumentado la cobertura en el país, no sucede lo mismo frente a la calidad de la atención, donde la contención de costo y el enfoque curativo basado en planes terapéuticos con medicamentos y procedimientos son las aristas centrales del modelo de cuidado, dejando de lado la identificación y gestión de los determinantes sociales de la salud. Esta atención se deriva en una baja resolutivez y lento crecimiento en el primer nivel de atención y un crecimiento acelerado de los mayores niveles de complejidad, que llevan a los usuarios a recurrir en mayor medida a estos últimos, en las cuales se brindan atenciones fragmentadas y de mayor costo, mientras que las acciones de promoción y prevención no se prestan por parte de estos ni generan incentivos económicos. Esto genera una falta de articulación entre prestadores de los diferentes niveles que no permite un abordaje integral de los usuarios del sistema (7,45,46)

De acuerdo con estimaciones de la Federación Nacional del Desarrollo para el año 2018, entre el 21% y el 35% de las hospitalizaciones se podrían prevenir con una adecuada atención primaria ambulatoria; sólo el 36% de los usuarios cuentan un médico general que le presta atención de manera regular, y aún persisten inequidades significativas entre la salud de la población en zonas dispersas y el resto del país. Las barreras de acceso a

través procesos administrativos dispendiosos, junto al sistema de incentivos basado en lo financiero y la descentralización administrativa desincentivan y dificultan el paso de los usuarios a través del sistema. Los costos generados por estas barreras y desarticulación resultan en un aumento significativo de los costos de atención de enfermedades, especialmente crónicas, por persona, en comparación a intervenciones costo-efectivas pueden salvar miles de vidas y generar retornos por tres veces del valor de la inversión. Para ello, se desarrolla el MIAS como estrategia para el cambio en el modelo de atención a uno centrado en la persona de acuerdo con los principios de la Atención Primaria en Salud. Los efectos reales de este modelo se verán con el paso del tiempo de sus efectos en la calidad de la atención (7,47).

3.3.4. Consecuencias de las problemáticas: Barreras de acceso

Las problemáticas del SGSSS derivan en diferentes consecuencias que se consolidan en la vulneración del derecho a la salud. Una de las consecuencias de mayor estudio han sido las barreras de acceso a la atención en salud (1). El acceso al sistema de salud es un proceso que involucra las motivación de las personas para solicitar atención, la facilidad para entrar en contacto con el servicio de salud, el acceso efectivo y su satisfacción final luego de haberlo utilizado. Por ello, la necesidad, la demanda y la oferta son elementos determinantes del acceso. No siempre la necesidad lleva a la demanda de atención. Por tanto, las barreras de acceso a los servicios de salud se constituyen como el conjunto de estrategias técnico-administrativas que interpone un actor del sistema (EPS, IPS, Entidades territoriales) para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a los usuarios. Estas barreras también pueden encontrarse en el lado de la demanda, asociado a limitantes del individuo, usualmente de tipo económico (3,13,48).

Para la medición de indicadores uno de los principales modelos teóricos utilizados en el país es el Aday y Andersen (1). Dicho modelo contempla dos tipos de indicadores, de proceso, dentro de los cuales se encuentra la política de salud, las características del sistema de salud (recurso humano y material), y las características del individuo; y de salida, incluye la utilización del servicio y la satisfacción del usuario luego de su uso(13).

En Colombia, los estudios sobre barreras de acceso se ha identificado principalmente de tipo económico, geográfico, administrativo, culturales, normativas, de oferta, relacionadas con la falta de confianza en el personal de salud y discriminación (1,3). Al indagar sobre la necesidad del servicio se encuentra una mayor percepción de requerir atención médica, principalmente por el aumento de la morbilidad, sin embargo, se evidencia un porcentaje de personas que no solicitan atención por barreras culturales y de conocimiento. Así mismo, se percibe un aumento de los tiempos de espera entre la solicitud de atención y la efectiva atención. Esta última se relaciona principalmente con dificultades de comunicación, infraestructura, trabas burocráticas, lentitud en los procesos administrativos y negación de servicios. Frente a las barreras en la atención y satisfacción del usuario, se evidencia un déficit en la disponibilidad de servicios de salud para las necesidades de la población, reflejado en el déficit de talento humano e infraestructura, así como en la distribución territorial de los servicios. Estas barreras se correlacionan con el aumento de las quejas, derechos de petición y acciones de tutela a pesar de la elevación de la salud como derecho fundamental (3,12–14,16,48).

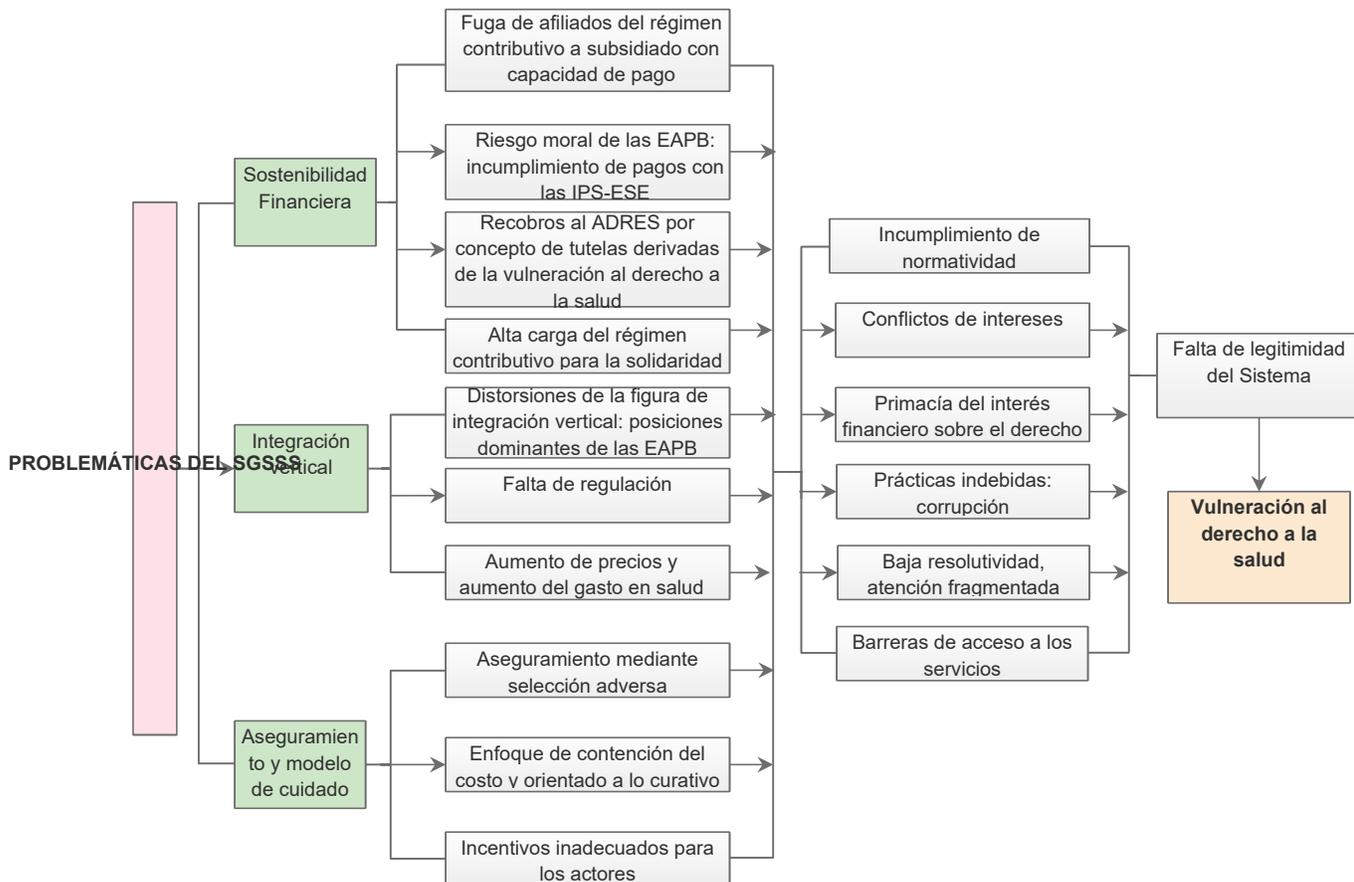
Así mismo, en estudios con poblaciones específicas, como adultos mayores o personas con enfermedad oncológica, así como en el acceso a servicios de gran relevancia como urgencias, se ha encontrado dificultades geográficas para acceder a los servicios de salud que implican mayores costos para el traslado y manutención del paciente y su acompañante, lo cual se acentúa en poblaciones en zonas rurales, con alta vulnerabilidad económica y baja disponibilidad de todos los servicios de salud. Igualmente, la falta de cobertura por carencia de empleo, los altos costos de la atención y escasos recursos para el pago de las contribuciones en el sistema de salud, sumado a las disparidades en el acceso a la información en derechos y deberes y el alto nivel de trámites administrativos se constituyen en barreras de acceso con incidencia en las condiciones de salud de la población (3,12,23,49–51).

Adicional a ello, la fragmentación de la atención en salud, la baja oferta de servicios de promoción y prevención, dificultades para obtener valoración por especialistas, conductas de maltrato por parte del personal administrativo o asistencial a los usuarios, problemas en la afiliación y limitación de la prestación de los servicios de salud, siendo derivados principalmente de las barreras administrativas y económicas, causan barreras de acceso de la población colombiana al sistema de salud. A su vez, las barreras de acceso a los servicios de salud generan consecuencias socioeconómicas y clínicas, ante la necesidad

de los usuarios de incurrir en gastos de bolsillo, así como complicaciones y peores pronósticos en el manejo de la enfermedad y rehabilitación, con mayores costos para el SGSSS y una prolongación de la inequidad en salud en el país (3,12,23,48,51).

Bajo este panorama, se pueden relacionar las problemáticas del SGSS y sus consecuencias como se evidencia a continuación:

Figura 6. Problemáticas del SGSSS y sus consecuencias



3.4. Superintendencia Nacional de Salud.

3.4.1. Historia y evolución

Como parte de los integrantes del Sistema de Salud Colombiano, la Superintendencia Nacional de Salud, surgió con el nombre de "Superintendencia de Seguros de Salud", en el año de 1977 con el fin de ejercer control y vigilancia sobre la administración, los servicios

y prestaciones de la salud de los seguros sociales obligatorios, de acuerdo con las normas del Sistema Nacional de Salud, como sujeto el Instituto de Seguros Sociales -ISS. En 1989 a través de la ley 15 (52), se expidió la norma sobre la organización, financiamiento y control de los servicios de salud y la asistencia pública, reorganizando las funciones de la Superintendencia y cambiando su denominación al de Superintendencia Nacional de Salud.

Desde ese entonces la entidad se vio en la obligación de ejercer la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sobre las actividades relacionadas con prestación de los Servicios de Salud en los Seguros Sociales Obligatorios, la asistencia pública, la atención médica a cargo de entidades creadas o sostenidas por el estado; y sobre la liquidación, recaudo y transferencia de los recursos fiscales que se aplican a tales actividades, ampliando los sujetos vigilados a los Prestadores Públicos, las entidades de asistencia y loterías. En 1990 se reorganiza la Superintendencia, mediante el Decreto-Ley 1472 y se le establece como objeto el de ser autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control de:

a) la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de Salud de los Seguros Sociales Obligatorios, de la Previsión Social, la Medicina Prepagada y de las Entidades que contratan servicios de salud con el subsector oficial del sector salud y las cajas de compensación familiar

b) sobre la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos que se apliquen a tales actividades y demás acciones de la salud, cualquiera que sea su origen

c) la eficiencia en la obtención y aplicación de los recursos en las entidades del subsector oficial del sector salud, agregando nuevos sujetos, como son: las Entidades de Previsión, Empresas de Medicina Prepagada, Cajas de Compensación Familiar (salud), Licoreras (53).

Hacia 1991, en el marco del artículo 20 transitorio de la Constitución Política, se expidió el Decreto 2165 de 1992, por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud y se establece como objetivo de la entidad la de ser una autoridad técnica de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias a que están sujetas las entidades que prestan servicios de salud, las que prestan servicios de medicina Prepagada y las Cajas de Compensación Familiar; así como

en la eficiencia en la aplicación, en la obtención y aplicación de los recursos de las entidades del Subsector Oficial del Sector Salud; y en la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos, cualquiera que sea su origen, con destino a la prestación de los servicios de salud(54).

Posteriormente, en el año 1994, mediante el Decreto 1259, expedido en desarrollo del Decreto 1266 de 1994, se reestructuró la Superintendencia Nacional de Salud, con el objetivo de ejercer funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual se amplió su espectro al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT, FOSYGA, Entidades Promotora de Salud –Entidad Promotora de Salud (Régimen Contributivo y Subsidiado), Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS, Empleadores y Entidades Territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios)(55).

En el 2007 surge la Ley 1122 por medio de la cual se crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual quedó en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud. Adicionalmente, le fueron otorgadas las facultades de la función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema y ejerce vigilancia sobre nuevos actores como lo son los regímenes especiales y exceptuados(8). Con el Decreto 1018 de 2007 se modifica la estructura y fortalece la entidad en virtud de las competencia otorgada en la Ley 1122; donde establece cinco Superintendencias Delegadas: Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación. Cuatro Oficinas: Oficina Asesora Jurídica, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno y Oficina de Tecnología de la Información y la Secretaria General (56).

Posteriormente, en 2013 se reestructura de nuevo la Superintendencia de Salud, a través del Decreto 2462 de este mismo año, luego de que el Plan de Desarrollo ordenara un

cambio de filosofía para la entidad, con el fin de que la Superintendencia se volcara a la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud. Fue así como se centralizaron los trámites de las PQRD en una sola delegada denominada "Protección al Usuario". Adicionalmente se buscó fortalecer la delegada de Supervisión Institucional, encargada de realizar funciones de inspección y vigilancia y se separaron las facultades sancionatorias a una sola dependencia. Este decreto creó también una Delegatura de Riesgos que busca identificar los riesgos de funcionamiento de los vigilados en materia operativa, tecnológica, jurídica y de salud, realizando un seguimiento a su administración, con el fin de realizar procesos de vigilancia sobre estos procesos(57).

Finalmente, a través de la ley 1949 de 2019 se fortalece la capacidad institucional de la SNS en materia sancionatoria, redefiniendo sus competencias con relación a la función jurisdiccional y de conciliación, brindando a la institución las facultades judiciales frente a:

- La cobertura de planes de beneficios en salud por las EAPB, donde la negativa de acceso a servicios, tecnologías en salud o procedimientos pongan en riesgo o amenacen la salud de los usuarios.
- Reconocimiento económico en los costos surtidos por los usuarios en materia de atención de urgencias, atenciones específicas y eventos de incapacidad negados por las EAPB.
- Conflictos derivados de la multifiliación dentro del SGSSS
- Conflictos entre EAPB y sus usuarios por la garantía de prestación de los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios.
- Conflictos derivados de glosas o devoluciones entre entidades del SGSSS (58).

Figura 7. Evolución de la SNS y aspectos centrales de su historia

Ley 15 de 1989 "Denomina a la Superintendencia Nacional de Salud"	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizó sus funciones, organización, financiamiento y cambió su denominación al de Superintendencia Nacional de Salud. • Estableció la obligación de inspección, vigilancia y control (IVC) sobre las actividades relacionadas con la prestación de los servicios de salud en los Seguros Sociales Obligatorios, la asistencia pública, la atención médica a cargo de entidades creadas o sostenidas por el Estado; y sobre la liquidación, recaudo y transferencia de los recursos fiscales, ampliando los sujetos vigilados a los Prestadores Públicos, las entidades de asistencia y loterías
Decreto-Ley 1472 de 1990 "autoridad técnica en materia de IVC"	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizó la entidad y la estableció como autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control de: <ol style="list-style-type: none"> a. La calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud de los Seguros Sociales Obligatorios, de la Previsión Social, la Medicina Prepagada y de las entidades que contratan servicios de salud con el subsector oficial del sector salud y las Cajas de Compensación Familiar. b. Sobre la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos que se apliquen a tales actividades y demás acciones de la salud, cualquiera que sea su origen. c. La eficiencia en la obtención y aplicación de los recursos en las entidades del subsector oficial del sector salud, agregando nuevos sujetos, como son: las Entidades de Previsión, Empresas de Medicina Prepagada, Cajas de Compensación Familiar (salud), Licoreras.
Decreto 2165 de 1992 "Reglamentado por el artículo 20 de la Constitución Política"	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructura la Superintendencia Nacional de Salud y la establece como autoridad técnica de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias a que están sujetas las entidades que prestan servicios de salud, las que prestan servicios de Medicina Prepagada y las Cajas de Compensación Familiar; así como en la eficiencia en la aplicación, en la obtención y aplicación de los recursos de las entidades del Subsector Oficial del Sector Salud; y en la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos, cualquiera que sea su origen, con destino a la prestación de los servicios de salud.
Decreto 1266 de 1994 "IVC a SOAT, FOSIGA, EAPS, IPS Y ENTIDADES TERRITORIALES"	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuró la Superintendencia Nacional de Salud, con el objetivo de ejercer funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual se amplió su espectro al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT, FOSYGA, Entidades Promotoras de Salud –Entidad Promotora de Salud (Régimen Contributivo y Subsidiado), Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS, empleadores y Entidades Territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios).
Ley 1122 de 2007 "Crea el sistema de Inspección vigilancia y control del SGSSS"	<ul style="list-style-type: none"> • Creó el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual quedó en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los siguientes ejes: Financiamiento, Aseguramiento, Prestación de Servicios de Atención en Salud Pública, Atención al Usuario y Participación Social, Acciones y Medidas Especiales, Información y Focalización de los subsidios en salud. Adicionalmente, le fueron otorgadas las facultades de la Función Jurisdiccional y de Conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema y ejerce vigilancia sobre nuevos actores como lo son los regímenes especiales y exceptuados.
Decreto 1018 de 2007 "Reglamenta Ley 1122 de 2007"	<ul style="list-style-type: none"> • Estableció 5 Superintendencias Delegadas: Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, Atención en Salud, Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, Medidas Especiales y Función Jurisdiccional y Conciliación. • De la misma manera, 4 Oficinas de apoyo: Oficina Asesora Jurídica, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno y Oficina de Tecnología de la Información y Secretaría General.
Decreto 2462 de 2013 "Protección de los derechos de los usuarios"	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuró nuevamente la Superintendencia de Salud, en orden al Plan de Desarrollo, ordenando un cambio de filosofía para la entidad, con el fin de que la Superintendencia se volcara a la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud. Fue así como se centralizaron los trámites de las PQR en una sola delegada denominada "Protección al Usuario". • Se buscó fortalecer la delegada de Supervisión Institucional, encargada de realizar funciones de inspección y vigilancia y se separaron las facultades sancionatorias a una sola dependencia. • Se creó también una Delegatura de Riesgos que busca identificar los riesgos de funcionamiento de los vigilados en materia operativa, tecnológica, jurídica y de salud, realizando un seguimiento a su administración, con el fin de realizar procesos de vigilancia sobre estos procesos.

3.4.2. Funciones y estructura

Con base a la normatividad vigente, la SNS ejercer las siguientes funciones, encaminadas a su rol de inspección, vigilancia y control del SGSSS(22):

Tabla 1. Funciones de la SNS

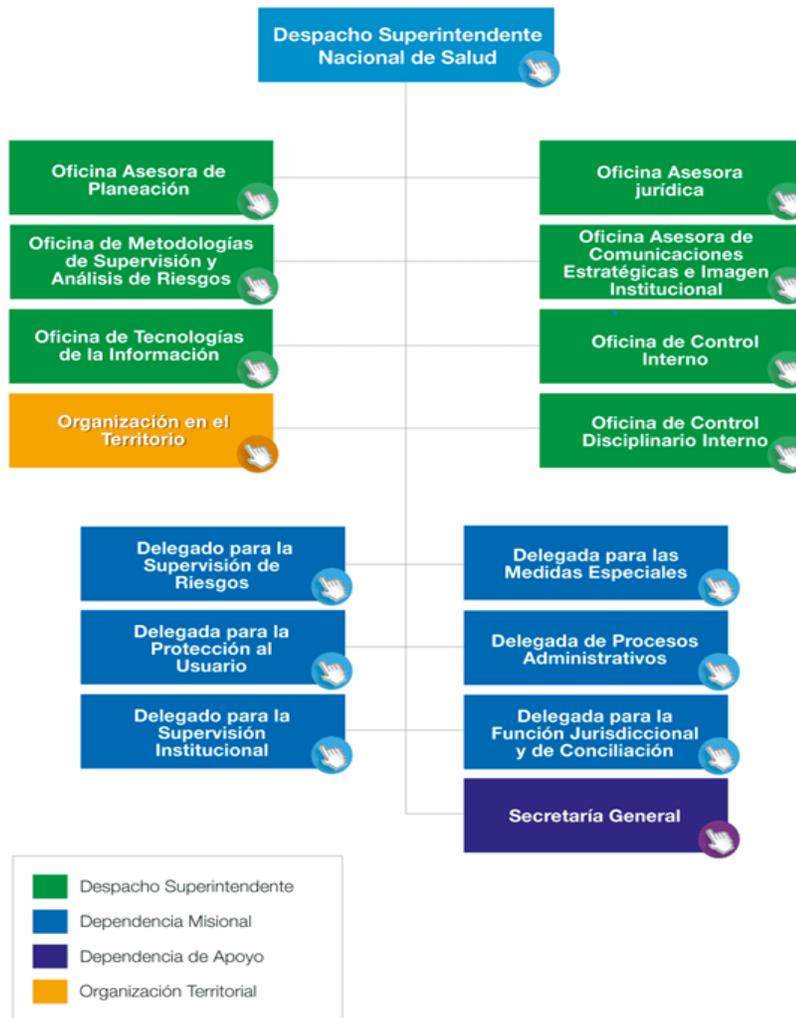
Dirigir, coordinar y ejecutar políticas de inspección, vigilancia y control (IVC) del SGSSS con relación a:	
Cumplimiento de normas que reglamenten el SGSSS	Administración de riesgos inherentes al SGSSS
Emisión de instrucciones a los sujetos vigilados	Eficiencia, eficacia y efectividad en la administración de recursos del SGSSS, incluyendo la IVC del ADRES.
IVC de los actores del sistema: EAPB, entidades territoriales, entidades de orden nacional, IPS, así como compañías de seguros y ARL	Vela por el cumplimiento de los derechos de los usuarios del SGSSS, así como la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios establecidos en la normativa
Ejercicio de facultades jurisdiccionales y de conciliación de acuerdo con la normativa vigente	Estrategias de interoperabilidad de los sistemas de información relacionados a IVC.
Promoción y desarrollo de mecanismos de participación ciudadana y protección al usuario	Autorización o revocatoria de funcionamiento de las EAPB, y aprobación de los planes voluntarios de salud. Intervención forzosa, administración, fusión o liquidación de las EAPB con medidas especiales.
IVC sobre las rentas obtenidas de impuestos a licores y cigarrillos, así como juegos de azar y suerte cedidas al sector salud	Aplicación de sanciones a los actores con incumplimiento legal en lo relacionado al SGSSS.
Definición del conjunto de medidas preventivas para el control de los sujetos vigilados	Cumplimiento de normas relacionadas a condiciones especiales de la población.

De esta manera, la SNS se estructura en 6 dependencias y 6 oficinas, lideradas por el Superintendente Nacional de Salud. A su vez, cada dependencia es liderada por un superintendente delegado desempeñando:

- Delegado para la supervisión de riesgos: ejerce IVC sobre los riesgos inherentes del SGSSS, además de la emisión de conceptos técnicos de riesgo de los vigilados por la SNS.
- Delegado para la protección al usuario: ejerce las funciones de IVC sobre el cumplimiento de los derechos de los usuarios del SGSSS y promoción de la participación ciudadana y control social en salud.
- Delegado para la supervisión institucional: coordina, supervisa y vela por el correcto funcionamiento de la IVC en las EAPB, IPS, entidades territoriales y entidades de orden nacional.

- Delegado para las medidas especiales: realiza seguimiento y monitoreo a las medidas ordenadas, recomendando al superintendente continuidad, endurecimiento, desescalamiento o levantamiento de medidas a los vigilados.
- Delegado para los procesos administrativos: inicia, tramita y decide los procesos sancionatorios en contra de los sujetos vigilados.
- Delegado para la función jurisdiccional y de conciliación: se encarga de los aspectos señalados en materia jurisdiccional en la ley 1949 de 2019(22).

Figura 8. Estructura de la SNS



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Mapa de Procesos de la SuperSalud [Internet]. SuperSalud. 2019 [citado 2019 Oct 24]. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/procesos-y-procedimientos>

3.4.3. Peticiones, quejas, reclamos y denuncias

Entendiendo que la petición es un derecho protegido por la Constitución Política de Colombia para toda persona, mediante el cual se puede solicitar el reconocimiento de un derecho, intervención de una entidad o funcionario, resolución de una situación jurídica, prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos, e interponer recursos (59) la SNS define una serie de mecanismos para garantizar este derecho a los usuarios del SGSSS.

De acuerdo con la circular 008 de 2018 (17), para efectos de la atención a las diferentes clases de peticiones la SNS adopta las siguientes definiciones:

- **Petición:** Mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.
- **Queja:** Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.
- **Reclamo:** A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.
- **PQRD con Riesgo de Vida:** Las PQRD que involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población o del impacto que se cause en el SGSSS o el sector, tendrán la marcación "Riesgo de vida" serán de inmediato cumplimiento.

Frente al trámite para resolver una PQR, la SNS establece los siguientes (17):

- Las peticiones relacionadas con el acceso al sistema de salud, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, y la inadecuada prestación del servicio de salud que afecte la oportunidad, continuidad o integralidad, presentados directamente por

los usuarios ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia, trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de cinco (5) días a partir de la fecha de radicación.

- Aquellas PQRD riesgo vital deben ser resueltas con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de dos (2) días hábiles desde el traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud.

De acuerdo a la normatividad descrita, las PQRD que recibe la Superintendencia Nacional de Salud, son trasladadas de manera automática por medio de un software a las entidades encargadas del aseguramiento en salud de sus afiliados, para que se realice gestión y respuesta de fondo a los usuarios, en los tiempos descritos; esta responsabilidad es de suma importancia tenerla clara ya que el encargado de garantizar la prestación de los servicios de salud es la EPS o entidad vigilada y la Superintendencia hace seguimiento de esta información para sus acciones de Inspección, vigilancia y control (15,17).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo.

4.2. Recolección y fuentes de información

Los datos fueron recolectados de la página Datos Abiertos Colombia, donde se tomaron las bases de datos de PQRD de los años 2014 a 2019, en la SNS.

4.3. Variables de estudio

A continuación, se presenta las variables de la base de datos de PQRD seleccionada para este estudio, identificando su descripción según la categoría que maneja directamente la SNS en su clasificación:

4.3.1. Tipo sociodemográficas:

Analizado las variables que presenta la base de datos de PQRD, dentro de la categoría de variables sociodemográficas se encuentra:

Tabla 2. Descripción de variables sociodemográficas

Nombre	Descripción	Tipo de Variable	Medición
GENERO	Describe el género del afectado: Hombre, mujer y sin información.	Cualitativa Nominal	Frecuencia, porcentajes de participación
EDAD	Describe el grupo de edad del afectado: De 0 a 5 años, de 6 a 12 años, de 13 a 17 años, de 18 a 24 años, de 25 a 29 años, de 30 a 37 años, de 38 a 49 años, de 50 a 62 años, de 6 a 12 años, mayor de 63 años y (Sin Información)	Cuantitativa discreta	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
POBLACIÓN ESPECIAL	Describe si el afectado pertenece a población especial: Desplazado, Habitante de la Calle, Mujer en estado de Gestación, Persona en Condición de Discapacidad, Población Carcelaria (Presos), Trabajador Sexual, Violencia de género y no aplica	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

4.3.1.1. Género:

Describe el género del afectado por el cual se interpuso la PQRD, bien sea Hombre, mujer y sin información, este último ítem hace referencia a los casos donde no se reporta información en el campo género.

4.3.1.2. Edad:

Refiere a 9 grupos o rangos de edad, de la persona afectada al momento de interponer la PQRD, y un ítem sin información, para clasificar los casos donde no se reporta información en el campo edad.

4.3.1.3. Población especial:

Esta variable hace referencia a las personas o afectado que interpusieron PQRD en la SNS y cuentan con protección constitucional por su condición de vulnerabilidad.

4.3.2. Tipo atención en salud:

Dentro de la categoría de variables de atención en salud, se identifica al perfil de necesidades en salud de los usuarios que interponen PQRD en la SNS, en la base de datos de PQRD se encuentra las siguientes variables de este tipo:

Tabla 3. Descripción de variables de atención en salud

Nombre	Descripción	Tipo de Variable	Medición
PATOLOGÍA	Describe la patología del usuario: Problemas Relacionados Con Facilidades De Atención Médica U Otros Servicios De Salud, Cáncer, Enfermedades Crónicas No Transmisibles Cardiovasculares, Materno Infantil, Enfermedades Huérfanas, Enfermedades Osteoarticulares, Enfermedades Crónicas No Transmisibles –Diabetes, Salud Mental, Enfermedades Crónicas No Transmisibles –Renales, Enfermedades Neurológicas, Enfermedades Crónicas No Transmisibles Respiratorias, VIH Sida Y Otras Et Sexual, Enfermedades Crónicas No Transmisibles- Factores De Riesgo, Salud Oral, Reemplazos Articulares Prostéticos De Cadera O De Rodilla, Cuidado Intensivo Para Cualquier Patología, Salud Sexual Y	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

	Reproductiva, Enfermedades Inmunoprevenibles, Enfermedad Crónica Transmisible, Enfermedad Transmitida Por Vectores, Gran Quemado, Efectividad Global De La Atención Y (Sin Información)		
ALTO COSTO	Describe si corresponde a un procedimiento de alto costo: Quimioterapia y radioterapia para el cáncer, Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH, Manejo del trauma mayor, TRASPLANTE RE-NAL, Hemodiálisis, Reemplazos articulares, Trasplante renal, de corazón, de hígado, médula ósea y de córnea, Manejo de pacientes en Unidades de cuidados intensivos, Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón, Alimento en polvo con vitaminas, hierro, Zinc, según guías OMS para menores de 6 y 24 meses, según el criterio médico o nutricionista tratante, Trasplante de hígado, Diálisis peritoneal, Trasplante de médula ósea, Trasplante de corazón, Trasplante de córnea, Implante coclear, Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central, Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas, Manejo médico quirúrgico del gran quemado, TRASPLANTE DE PULMON, cariotipo con fragilidad cromosómica para los menores de 18 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica, Fórmula láctea para menores de 6 meses -hijos de VIH positivas y no aplica.	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

4.3.2.1. Patología:

Describe el nombre de la patología o diagnóstico del usuario afectado, brindados de manera libre y voluntaria por parte de los usuarios al momento de interponer las PQRD en la SNS.

4.3.2.2. Alto costo

Corresponde a aquellos casos que tienen relación con procedimientos de alta complejidad y elevado costo económico en el SGSSS.

4.3.3. Tipo geográficas

Dentro de la categoría de variables geográfica en la base de datos de PQRD de la SNS se encuentra:

Tabla 4. Descripción de variables geográficas

Nombre	Descripción	Tipo de Variable	Medición
DEPARTAMENTO	Describe el nombre del departamento donde se reporta la PQRD	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
MUNICIPIO	Describe el nombre del municipio donde se reporta la PQRD	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

4.3.3.1. Departamento:

Describe el nombre del departamento o la ciudad de Bogotá, donde se encuentra afiliado el usuario afectado.

4.3.3.2. Municipio:

Describe el nombre del municipio, donde se encuentra afiliado el usuario afectado.

4.3.4. Tipo vigilados:

Dentro de la categoría de variables vigilado en la base de datos de PQRD de la SNS se encuentra:

Tabla 5. Descripción de variables vigilados

Nombre	Descripción	Tipo de Variable	Medición
TIPO ENTIDAD	Presenta el régimen del afectado: Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes De Excepción Y Especiales, Entidades Territoriales, Empresas De Medicina Prepagada, Administradoras De Riesgos Laborales, Entidades Adaptadas Al Sistema, Otro Tipo Vigilado, Compañías De Seguros, Ips,	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

NOMBRE ENTIDAD	Describe el nombre de las entidades	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
-----------------------	-------------------------------------	---------------------	--

4.3.4.1. Tipo de entidad:

Corresponde al tipo de vigilado o régimen al cual pertenece la entidad de la cual trata la PQRD.

4.3.4.2. Nombre de entidad:

Describe el nombre de la entidad de la cual trata la PQRD.

4.3.5. Tipo motivos

Analizando la estructura de la Base de datos de las PQRD, la SNS maneja tres niveles de clasificación de las PQRD según las razones que motivan a los usuarios para quejarse; el primer nivel es conocido como macromotivos, compuesto por 6 ítems, el segundo nivel denominado motivos generales, con 27 ítems, y por último los motivos específicos, con un total de 228 ítems. Cabe anotar que los niveles tienen interrelación tipo árbol, es decir de los macromotivos se ramifican los motivos generales y de los motivos generales se ramifican los motivos específicos:

Tabla 6. Descripción de variables de motivos

Nombre	Descripción	Tipo de Variable	Medición
MACROMOTIVO	Describe el código de los macromotivos (6 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
MOTIVO GENERAL	Describe el nombre de los motivos generales (27 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
MOTIVO ESPECÍFICO	Describe el código de los motivos específicos (228 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

4.4. Sistematización y Análisis

Se realizó el descargue de las bases de datos en formato Excel de las PQRD años 2014 al 2019 de la Superintendencia Nacional de Salud, de la página de datos abiertos del gobierno nacional, con este insumo se procede a validar la información con el fin de garantizar la calidad de los datos.

Segundo se identifica las variables de estudio, es decir aquellas de tipo sociodemográfica, geográficas, de atención en salud, tipo de vigilados y motivos, que permitan la caracterización de las PQRD; con la información focalizada, se procede a realizar los análisis estadísticos por medio de cuadros de comportamiento anual y porcentajes de participación de cada variable; así como graficas (Tablas, tortas, mapas, etc.), que apoyan el análisis.

Por último, se identifica el motivo específico con mayor participación de PQRD a lo largo del periodo estudiado, 2014 a 2019; para luego hacer una caracterización puntual de estos casos por las variables de tipo sociodemográfica, geográficas, de atención en salud y de tipo de vigilados, que permita comprender mejor los retos del SGSSS.

Para este análisis se utilizaron como recursos el software R, un sistema de inteligencia de datos que estudia información en grandes volúmenes, a través del uso de la estadística descriptiva, par a la administración de las bases de datos y generación de gráficas; así como el editor de texto Latex para la elaboración de tablas.

5. Resultados

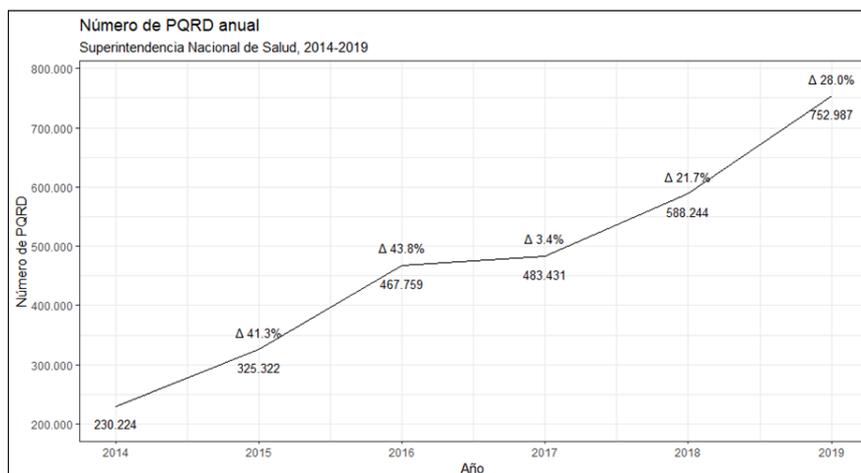
Al evaluar la información de las PQRD recibidas por la Superintendencia Nacional de Salud, durante los años 2014 a 2019 obtenidos en las bases de datos de la SNS (60) se evidencia un total de **2.847.967** casos:

Tabla 7. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019

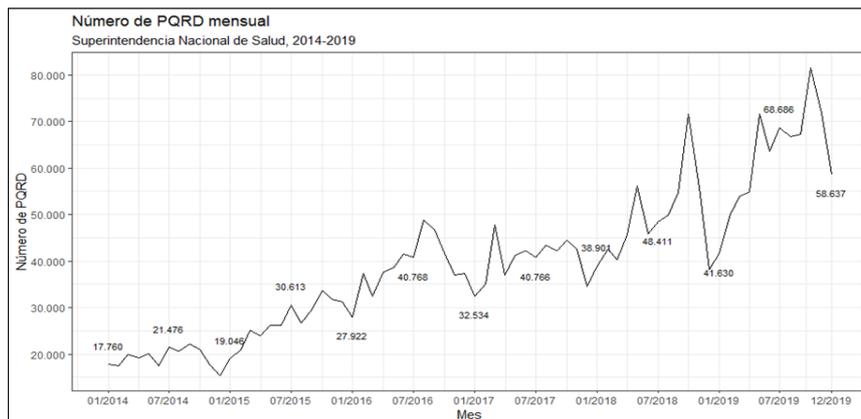
Año	Número de PQRD	Variación porcentual
2014	230.224	-
2015	325.322	41%
2016	467.759	44%
2017	483.431	3%
2018	588.244	22%
2019	752.987	28%
Total	2.847.967	-

En la siguiente gráfica se observa la tendencia anual, con un comportamiento creciente de las PQRD recibidas en la SNS en el periodo 2014 a 2019:

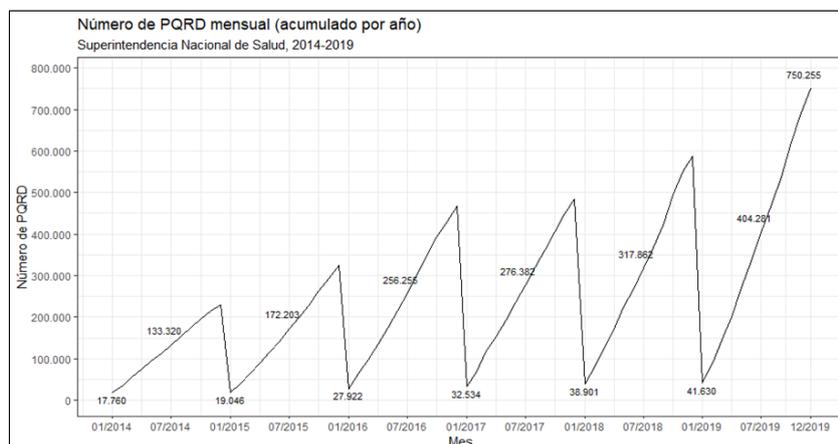
Figura 9. Tendencia anual PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019



A continuación, se presenta la gráfica del número de PQRD de acuerdo con el comportamiento mensual en el periodo evaluado:

Figura 10. Comportamiento mensual PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019

Analizando el comportamiento mensual de las PQRD, se identifica una estacionalidad, con marcadas caídas en los meses de diciembre y enero, correspondiente a la época de cesación de actividades por vacaciones; en tanto que los picos más representativos se encuentran en los meses de agosto de 2016, mayo de 2018, octubre de 2018 y un último repunte en octubre de 2019; para analizar estos comportamientos es necesario tener en cuenta la circunstancia en salud, los picos epidemiológicos, las decisiones políticas, intervenciones o cierre de EPS y otras variables exógenas que pueden estar afectando al sistema de salud del país.

Figura 11. Comportamiento mensual acumulado por año de PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019

Con el fin de conocer el componente en detalle de las PQRD anteriormente mencionadas, a continuación, se presenta un análisis por tipo de variable: sociodemográficas, geográficas, atención en salud, vigilados y motivos, lo cual permite conocer a profundidad el tipo de población que acude a la SNS y las causas que motivan las PQRD. Los siguientes resultados corresponden al análisis de los datos obtenidos de las bases de datos descargadas en la página de Datos Abiertos Colombia (60):

5.1. Análisis de variables sociodemográficas

5.1.1. PQRD por Género

Durante los años 2014 a 2019, del 100% de las PQRD recibidas en la SNS el 58% corresponden a mujeres, con un total de **1.642.789** casos, versus **1.186.129** casos interpuestos por hombres:

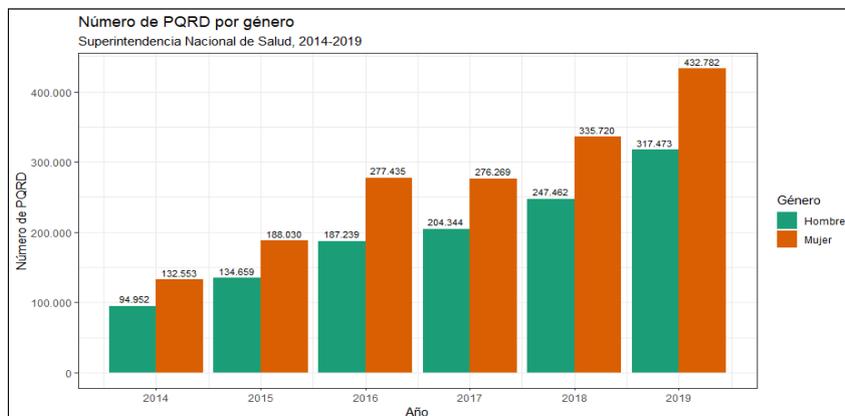
Tabla 8. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por género

Género	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Mujer	132.553	188.030	277.435	276.269	335.720	432.782	1.642.789 (58%)
Hombre	94.952	134.659	187.239	204.344	247.462	317.473	1.186.129 (42%)
Sin información (*)	2.719	2.633	3.085	2.818	5.062	2.732	19.049 (<1%)
Total	230.224	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	2.847.967

(*) Casos sin clasificación de género

De manera gráfica se muestra el número de PQRD por género, tomando en cuenta aquellos datos donde se cuenta con la información relacionada con esta clasificación:

Figura 12. Número de PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019 por género



5.1.2. PQRD por grupos de edad

La tendencia por grupos de edad, evidencia que la población con mayor número de PQRD son los adultos mayores, obteniendo un 22% del total, seguido de las personas entre 38 a 49 y 50 a 62 años, con un porcentaje de participación del 19% en los dos grupos:

Tabla 9. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por edad

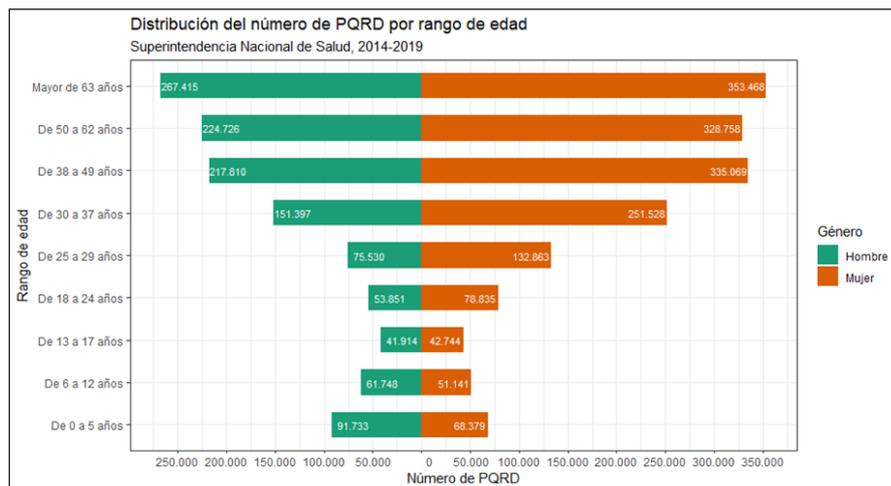
Rango de edad	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
De 0 a 5 años	13.613	17.793	25.565	28.487	33.585	41.069	160.112 (6%)
De 6 a 12 años	7.725	11.052	18.233	18.569	24.489	32.821	112.889

								(4%)
De 13 a 17 años	6.183	8.706	13.293	16.095	17.630	22.751	84.658	(3%)
De 18 a 24 años	9.654	13.991	23.282	20.888	23.811	41.061	132.687	(5%)
De 25 a 29 años	16.340	25.500	36.085	39.411	45.316	45.742	208.394	(7%)
De 30 a 37 años	41.310	54.783	68.488	80.322	79.724	78.299	402.926	(14%)
De 38 a 49 años	49.426	69.085	92.664	95.311	123.325	123.071	552.882	(19%)
De 50 a 62 años	41.297	59.005	85.883	88.621	116.673	162.008	553.487	(19%)
Mayor de 63 años	41.957	62.774	101.180	92.903	118.631	203.439	620.884	(22%)
Sin información (*)	2.719	2.633	3.086	2.824	5.060	2.726	19.048	(<1%)
Total	230.224	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	2.847.967	

(*) Casos sin clasificación de edad

Frente a la clasificación de PQRD por rango de edad y género, se identifica la siguiente distribución en los años analizados:

Figura 13. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por pirámide poblacional



La distribución de PQRD en la pirámide poblacional de usuarios corresponde con la tendencia nacional de envejecimiento de la población en Colombia, donde se ha evidenciado un aumento de la población mayor de 65 años en un 2.8% con respecto a la proporción adulta mayor en el 2005; así como un aumento del 5.2% en la población entre los 15 a los 64 años, y una disminución en un 8.1% de la población entre los 0 a 14 años, de acuerdo con los datos demográficos del DANE (35).

5.1.3. PQRD de Población Especial

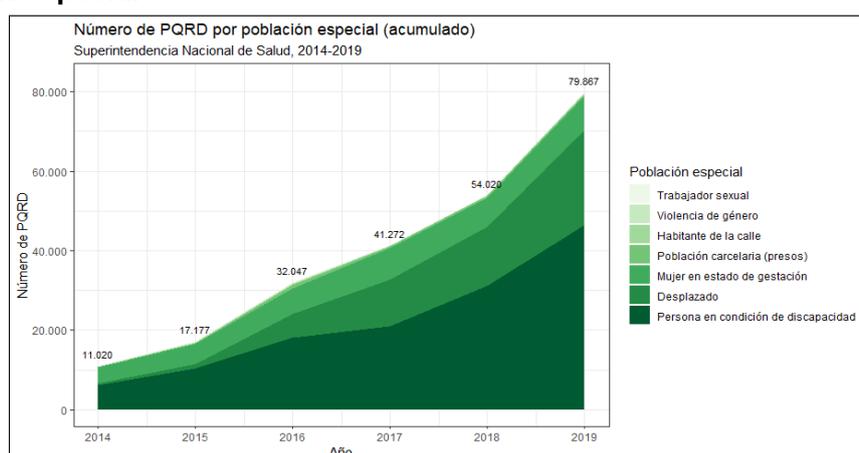
Del total de 2.847.667 PQRD recibidas en la SNS durante 2014 a 2019, el 8.26%, es decir 235.403 PQRD, hace referencia a personas con protección constitucional por su condición de vulnerabilidad:

Tabla 10. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por población especial

Población especial	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Persona en condición de discapacidad	6.080	10.379	18.134	21.012	31.181	46.445	133.231 (57%)
Desplazado	500	1.102	5.864	11.603	14.753	23.793	57.615 (24%)
Mujer en estado de gestación	4.077	5.093	6.408	8.152	7.323	8.707	39.760 (17%)
Población carcelaria (presos)	104	156	1.045	250	377	393	2.325 (<1%)
Habitante de la calle	47	53	142	172	261	341	1.016 (<1%)
Violencia de género	79	138	231	80	119	185	832 (<1%)
Trabajador sexual	133	256	223	3	6	3	624 (<1%)
Total	11.020	17.177	32.047	41.272	54.020	79.867	235.403

Con respecto a la distribución gráfica de los casos de población especial, se evidencia la siguiente tendencia:

Figura 14. Comportamiento PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por población especial



Del total de la población identificada como especial, los usuarios en condición de discapacidad y los desplazados, son la población con mayor número de PQRD con un 57% y un 24%, respectivamente.

5.2. Análisis de variables en atención en salud

Corresponde al perfil de necesidades en salud de los usuarios que interponen PQRD en la Superintendencia Nacional de Salud, se encuentra:

5.2.1. PQRD por Patología

La información relacionada con la patología o diagnóstico proviene de los datos brindados de manera libre y voluntaria por parte de los usuarios al momento de interponer las PQRD en la SNS. Por tanto, del total de las PQRD tramitadas entre 2014 y 2019, es decir 2.847.967, el 18% reporta alguna patología, con un total de 517.194 casos, las cuales se clasifican de la siguiente manera por la SNS:

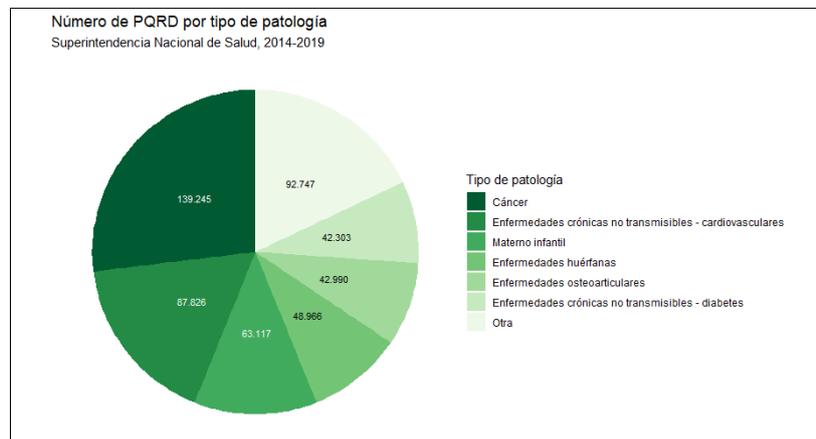
Tabla 11. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por patología

Patología	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Cáncer	6.746	11.191	11.669	20.419	36.845	52.375	139.245 (27%)
Enfermedades crónicas no transmisibles cardiovasculares	3.016	4.306	22.434	9.460	18.385	30.225	87.826 (17%)
Materno infantil	5.223	5.681	4.580	11.717	17.499	18.417	63.117 (12%)
Enfermedades huérfanas	4.055	5.543	9.606	8.236	8.305	13.221	48.966 (9%)
Enfermedades osteoarticulares	409	465	693	6.257	18.426	16.740	42.990 (8%)
Enfermedades crónicas no transmisibles –diabetes	1.914	2.166	2.353	6.626	11.088	18.156	42.303 (8%)
Salud mental	532	577	990	2.803	5.666	8.562	19.130 (4%)
Enfermedades crónicas no transmisibles –renales	766	796	857	2.516	5.414	6.975	17.324 (3%)
Enfermedades neurológicas	686	982	1.283	2.915	3.610	5.452	14.928 (3%)
Enfermedades crónicas no transmisibles respiratorias	644	1.015	1.076	2.144	3.994	6.244	15.117 (3%)
VIH sida y otras ETS	746	1.143	1.055	2.310	3.028	3.735	12.017 (2%)
Enfermedades crónicas no transmisibles- factores de riesgo	254	196	187	526	945	1.563	3.671 (1%)
Salud oral	137	22	18	336	1.623	1.162	3.298 (1%)
Reemplazos articulares prostéticos de cadera o de rodilla	98	102	180	431	741	1.525	3.077 (1%)
Cuidado intensivo para cualquier patología	33	17	13	324	204	970	1.561 (<1%)
Salud sexual y reproductiva	99	75	80	206	162	131	753 (<1%)
Enfermedades inmunoprevenibles	107	9	149	27	163	220	675 (<1%)

Enfermedad crónica transmisible	24	32	22	66	109	78	331 (<1%)
Enfermedad transmitida por vectores	28	29	30	17	53	223	380 (<1%)
Gran quemado	14	10	21	51	88	110	294 (<1%)
Efectividad global de la atención	8	4	20	27	41	91	191 (<1%)
Total	25.539	34.361	57.316	77.414	136.389	186.175	517.194

Del total de PQRD con patología, “cáncer” presenta mayor número de casos con un 27%, seguido de enfermedades crónicas no trasmisibles cardiovasculares y patologías en la población materno infantil, con un 17% y 12% respectivamente. Esto se relaciona con la situación epidemiológica del país durante los últimos 5 años, donde se evidencia que más del 60% de la morbilidad a nivel nacional corresponde a enfermedades no transmisibles, y las condiciones materno-perinatales la cuarta causa de mayor carga de enfermedad, con tendencia creciente en los últimos años. Así mismo, la principal causa de muerte en la población general son las enfermedades del sistema circulatorio con un 30% de las defunciones, el cáncer se encuentra como la tercer causa mortalidad, con una tendencia creciente en el último quinquenio, aportando un 20% de las muertes (10). Bajo este panorama, a continuación, se muestra la distribución gráfica de PQRD de acuerdo con el tipo de patología reportados en los años analizados:

Figura 15. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por patología



5.2.2. PQRD por Alto Costo:

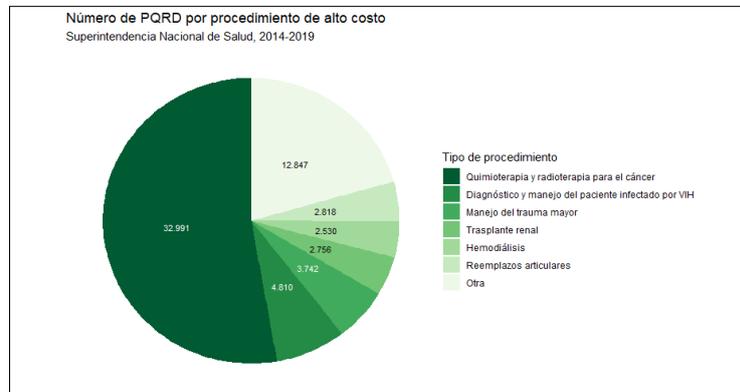
Otra variable importante que permite su análisis y seguimiento dentro de las PQRD es el alto costo; aquellos casos que tienen relación con procedimientos de alta complejidad y elevado costo económico en el SGSSS:

Tabla 12. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por alto costo

Alto costo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Quimioterapia y radioterapia para el cáncer	1.385	2.200	3.408	4.119	7.639	14.240	32.991 (53%)
Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH	238	272	538	449	994	2.319	4.810 (8%)
Manejo del trauma mayor	339	529	882	427	866	699	3.742 (6%)
Trasplante renal	-	-	-	96	1.010	1.650	2.756 (4%)
Hemodiálisis	84	65	160	298	622	1.301	2.530 (4%)
Reemplazos articulares	67	73	100	186	357	2.035	2.818 (5%)
Trasplante renal, de corazón, de hígado, médula ósea y de cornea	244	347	655	346	6	7	1.605 (3%)
Manejo de pacientes en Unidades de cuidados intensivos	251	180	136	100	221	1.479	2.367 (4%)
Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón	121	56	156	155	150	1.213	1.851 (3%)
Alimento en polvo con vitaminas, hierro, Zing, según guías OMS para menores de 6 y 24 meses, según el criterio médico o nutricionista tratante	11	9	23	71	291	891	1.296 (2%)
Trasplante de hígado	58	73	103	186	309	497	1.226 (2%)
Diálisis peritoneal	64	43	88	60	284	611	1.150 (2%)
Trasplante de médula ósea	31	65	97	107	211	356	867 (1%)
Trasplante de corazón	65	62	103	105	102	203	640 (1%)
Trasplante de córnea	11	14	34	58	102	225	444 (1%)
Implante coclear	8	9	29	37	62	218	363 (1%)
Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central	28	21	32	27	60	163	331 (1%)
Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas	34	13	28	23	28	125	251 (<1%)
Manejo médico quirúrgico del gran quemado	20	15	16	13	27	101	192 (<1%)
Trasplante pulmón	-	-	-	16	41	72	129 (<1%)
Cariotipo con fragilidad cromosómica para los menores de 18 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica	9	5	7	23	15	25	84 (<1%)
Fórmula láctea para menores de 6 meses-hijos de VIH positivas	3	1	5	11	14	17	51 (<1%)
Total	3.071	4.052	6.600	6.913	13.411	28.447	62.494

Ahora bien, del 100% de PQRD relacionadas con Alto costo, más del 50% corresponde a Quimioterapias o Radioterapias, lo cual también responde a que un porcentaje considerable de los usuarios que acuden a la SNS tienen diagnósticos asociados con cáncer:

Figura 16. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por alto costo



5.3. Análisis de variables de tipo geográfico

A continuación, se analizan las PQRD de forma territorial, durante los años 2014 a 2019, abordado el comportamiento por número total de PQRD, número de afiliados y tasa de PQRD por cada 10.000 afiliados por departamento, así como una presentación cartográfica de las PQRD y las tasas.

5.3.1. PQRD por departamento

A nivel departamental durante el 2014 al 2019, se evidencia que Bogotá tiene el mayor número de PQRD con un 27%, es decir 779.362 casos, seguido por Antioquia con un 16% y Valle del Cauca con un 12%, es decir 454.501 y 346.171 casos respectivamente:

Tabla 13. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por departamento

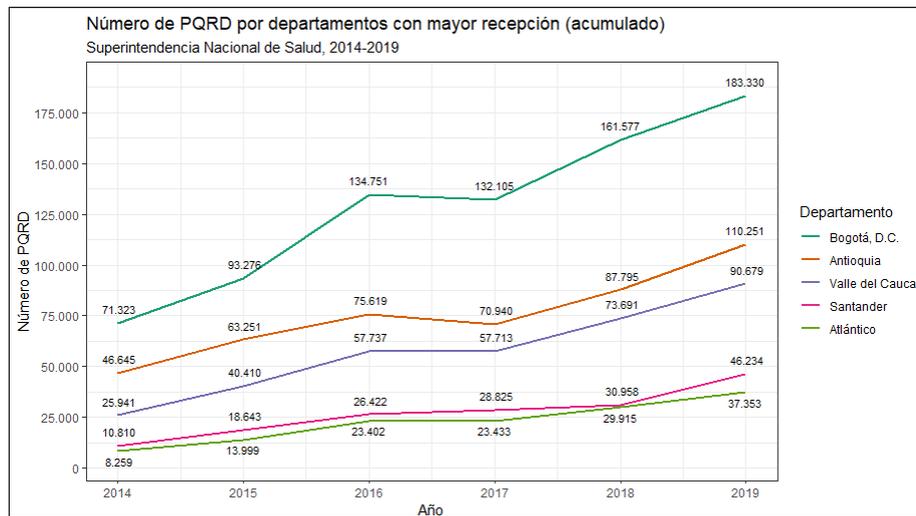
Departamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Bogotá, D.C.	71.323	93.276	134.751	132.105	161.577	183.330	776.362 (27%)
Antioquia	46.645	63.251	75.619	70.940	87.795	110.251	454.501 (16%)
Valle del Cauca	25.941	40.410	57.737	57.713	73.691	90.679	346.171 (12%)
Santander	10.810	18.643	26.422	28.825	30.958	46.234	161.892 (6%)
Atlántico	8.259	13.999	23.402	23.433	29.915	37.353	136.361 (5%)
Cundinamarca	10.076	13.090	20.390	23.268	28.472	37.616	132.912 (5%)
Risaralda	3.963	7.651	10.665	11.655	16.686	22.880	73.500 (3%)
Tolima	5.813	6.422	9.638	12.347	15.217	23.188	72.625 (3%)

57 Caracterización de peticiones, quejas y reclamos del SGSSS en Colombia en
2014-2019: retos y perspectivas

Huila	3.904	6.290	8.309	11.217	13.043	19.313	62.076 (2%)
Cauca	4.631	8.004	11.211	9.313	12.167	17.057	62.383 (2%)
Caldas	5.325	6.903	9.776	10.878	11.589	18.180	62.651 (2%)
Meta	3.710	5.228	9.035	10.704	12.228	16.120	57.025 (2%)
Bolívar	4.494	5.562	8.756	9.397	11.250	14.754	54.213 (2%)
Cesar	3.850	5.813	6.841	8.431	9.008	13.524	47.467 (2%)
Boyacá	3.062	4.270	6.810	7.879	10.739	13.967	46.727 (2%)
Norte de Santander	2.580	3.322	6.276	7.760	8.940	14.795	43.673 (1%)
Córdoba	2.375	3.805	5.616	8.970	9.177	11.903	41.846 (1%)
Quindío	2.058	3.208	5.933	5.103	7.159	13.058	36.519 (1%)
Magdalena	2.965	3.551	5.773	6.300	7.184	9.464	35.237 (1%)
Sucre	1.643	2.212	4.365	6.780	7.585	8.364	30.949 (1%)
Nariño	1.401	1.918	3.925	4.325	5.571	8.263	25.403 (1%)
La Guajira	1.114	1.734	3.225	3.405	3.638	4.149	17.265 (1%)
Chocó	589	1.370	2.577	3.046	3.024	4.234	14.840 (<1%)
Casanare	973	1.396	3.123	2.125	2.959	3.643	14.219 (<1%)
Arauca	523	687	1.885	1.926	2.123	3.392	10.536 (<1%)
Caquetá	569	947	1.241	1.382	2.130	2.354	8.623 (<1%)
Putumayo	555	1.057	1.474	1.233	1.047	1.298	6.664 (<1%)
Guaviare	196	343	1.033	1.389	972	1.034	4.967 (<1%)
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	106	185	593	357	662	741	2.644 (<1%)
Amazonas	119	197	393	404	592	750	2.455 (<1%)
Vichada	277	315	394	292	642	450	2.370 (<1%)
Guainía	79	167	340	253	292	341	1.472 (<1%)
Vaupés	89	96	230	276	212	308	1.211 (<1%)
(Sin información)	207	-	1	-	-	-	208 (<1%)
Total	230.224	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	2.847.967

Así mismo, se muestra la tendencia gráfica del número de casos en los departamentos con mayor recepción de PQRD en el país:

Figura 17. Departamentos con mayor número de PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019



5.3.2. Número de Afiliados por departamento

Una variable de gran importancia para el análisis de las PQRD es el número de afiliados al SGSSS según el registro en la Base Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud; a continuación, se presenta el comportamiento histórico del número de afiliados por departamentos con corte 31 de diciembre de cada año, desde el 2014 hasta el 2019, incluyendo a los afiliados activos, de protección laboral, suspendido, suspendido por documento y suspendido por mora, y excluyendo la población INPEC, teniendo en cuenta el decreto 3047 de 2013 y el decreto 635 de 2014 (61):

Tabla 14. Total de afiliados con corte 31 de diciembre de cada año 2014 a 2019

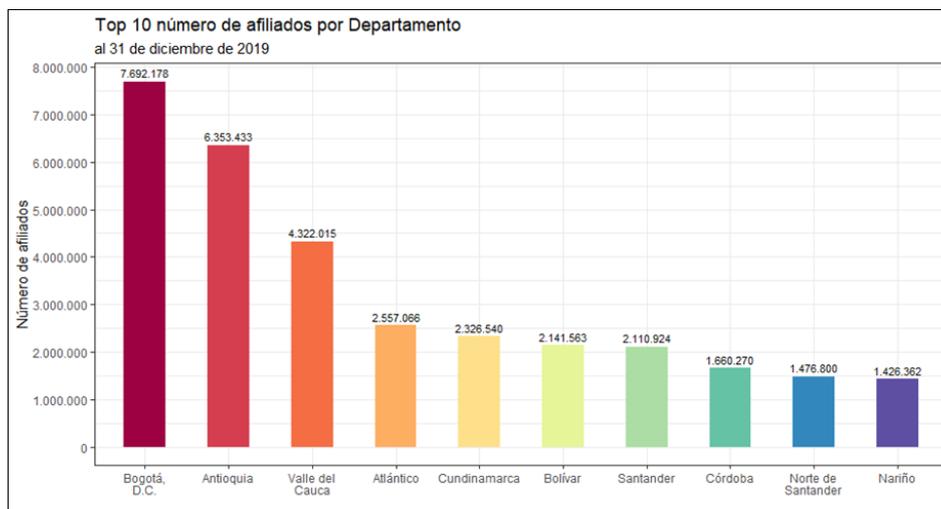
Departamento	Afiliados al 31/12/2014	Afiliados al 31/12/2015	Afiliados al 31/12/2016	Afiliados al 31/12/2017	Afiliados al 31/12/2018	Afiliados al 31/12/2019
Bogotá, D.C.	7.135.611	7.485.650	7.462.974	7.520.959	7.532.390	7.692.178
Antioquia	5.844.189	6.067.140	6.129.082	6.160.587	6.252.433	6.353.433
Valle del Cauca	4.211.458	4.302.167	4.280.140	4.253.145	4.275.749	4.322.015
Atlántico	2.414.692	2.477.031	2.461.935	2.463.793	2.488.608	2.557.066
Cundinamarca	2.035.608	2.106.820	2.146.851	2.193.301	2.242.835	2.326.540
Bolívar	2.058.961	2.081.618	2.049.033	2.074.999	2.097.227	2.141.563
Santander	1.963.183	2.026.525	2.039.387	2.033.841	2.063.673	2.110.924
Córdoba	1.682.838	1.686.747	1.639.696	1.635.322	1.649.130	1.660.270

Norte de Santander	1.315.640	1.352.143	1.365.671	1.378.653	1.425.250	1.476.800
Nariño	1.418.201	1.434.400	1.434.874	1.436.152	1.423.269	1.426.362
Magdalena	1.342.802	1.346.185	1.298.035	1.306.261	1.309.780	1.329.803
Cauca	1.256.695	1.257.983	1.245.307	1.249.438	1.250.734	1.261.128
Tolima	1.214.203	1.234.972	1.220.885	1.216.383	1.226.411	1.239.766
Cesar	1.143.634	1.156.635	1.131.613	1.144.216	1.159.000	1.173.794
Boyacá	1.109.453	1.124.650	1.117.309	1.107.528	1.119.107	1.128.469
Huila	1.070.737	1.093.352	1.088.933	1.089.075	1.104.559	1.113.038
Meta	857.522	916.464	923.277	927.596	941.429	960.415
Risaralda	880.412	916.966	502.536	912.221	930.288	951.451
Sucre	1.007.245	1.000.570	954.782	946.884	941.814	939.222
La Guajira	861.234	879.458	860.580	853.828	875.878	903.670
Caldas	883.794	886.333	874.491	861.464	864.553	870.719
Quindío	486.116	503.898	502.536	501.438	511.878	521.156
Chocó	449.510	433.729	429.062	430.700	429.640	427.724
Caquetá	374.514	377.814	378.638	382.390	387.361	393.868
Casanare	365.949	384.062	381.130	374.527	382.081	391.290
Putumayo	302.668	307.856	304.579	306.880	307.722	308.732
Arauca	233.408	241.502	243.414	246.575	254.212	261.653
Guaviare	74.221	74.349	72.999	74.370	77.191	78.106
Vichada	78.405	75.573	77.670	76.949	73.628	74.355
Amazonas	68.397	70.517	70.115	70.665	70.540	72.239
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	56.924	58.073	57.943	56.369	55.979	57.925
Guainía	42.928	44.553	46.034	43.737	44.295	46.676
Vaupés	31.021	31.065	30.611	31.213	31.327	31.271
Total	44.272.173	45.436.800	44.822.122	45.361.459	45.799.971	46.603.621

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de SISPRO-BDUA [Internet]. MINSALUD. 2020 [Citado 2020 Abr 28]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

En el siguiente gráfico se evidencia que, en diciembre de 2019, Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, presentan el mayor número de afiliados al SGSSS, esto responde a que son los territorios con mayor densidad poblacional:

Figura 18. Número de afiliados por principales departamentos, 31 de diciembre 2019



5.3.3. Tasa acumulada de PQRD por cada 10.000 afiliado a corte 31 de diciembre de cada año

La tasa de PQRD es un coeficiente que mide la proporción de PQRD en relación con los afiliados registrados en la Base Única de Afiliados BDUA, bien sea por EPS o departamentos del país.

Según las cifras y estadísticas reportadas en el portal WEB de la Superintendencia Nacional de Salud, esta entidad calcula la tasa acumulada, donde cuantifica las PQRD recibidas en un periodo, respecto al número de afiliados. A continuación, se presenta la fórmula de tasa acumulada por departamento (62):

$$\text{Fórmula de la Tasa acumulada por departamento} = \frac{\text{PQRD acumuladas}}{\text{Número de Afiliados}} * 10.000$$

- PQRD acumulada = \sum PQRD (enero a diciembre) por departamento.
- Número de afiliados = Afiliados de la base BDUA- SISPRO en estado: activo, protección laboral, suspendido, suspendidos por documento, y suspendido por mora, con corte al 31 de diciembre de cada año, por departamento.

Teniendo en cuenta la necesidad de identificar el comportamiento de las PQRD, se presenta el resultado de la tasa anual acumulada de PQRD desde el 2014 a 2019 de acuerdo con la fórmula anteriormente descrita y utilizada en los cálculos de tasa en la SNS, por departamento:

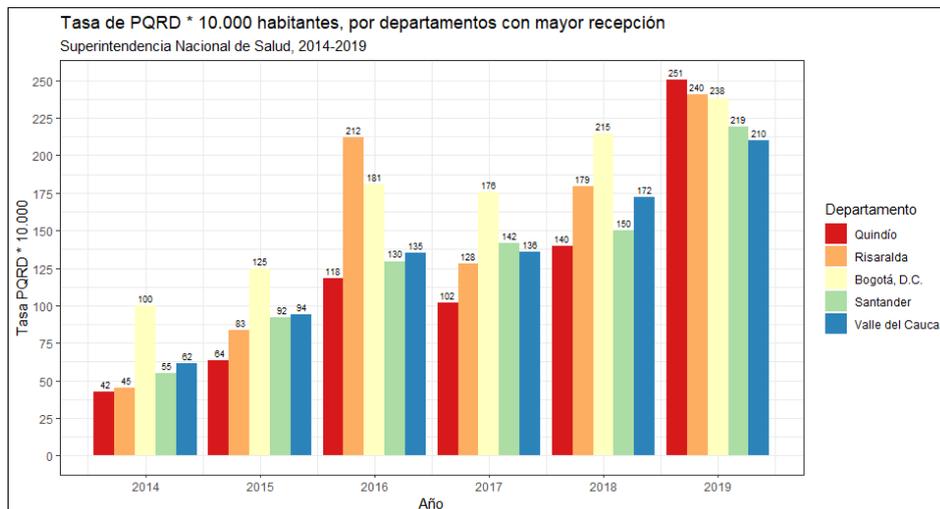
Tabla 15. Tasa acumuladas (enero a diciembre) años 2014 a 2019 por departamento

Departamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Quindío	42	64	118	102	140	251
Risaralda	45	83	212	128	179	240
Bogotá, D.C.	100	125	181	176	215	238
Santander	55	92	130	142	150	219
Valle del Cauca	62	94	135	136	172	210
Caldas	60	78	112	126	134	209
Tolima	48	52	79	102	124	187
Antioquia	80	104	123	115	140	174
Huila	36	58	76	103	118	174
Meta	43	57	98	115	130	168
Cundinamarca	50	62	95	106	127	162
Atlántico	34	57	95	95	120	146
Cauca	37	64	90	75	97	135
Guaviare	26	46	142	187	126	132
Arauca	22	28	77	78	84	130
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	19	32	102	63	118	128
Boyacá	28	38	61	71	96	124
Cesar	34	50	60	74	78	115
Amazonas	17	28	56	57	84	104
Norte de Santander	20	25	46	56	63	100
Chocó	13	32	60	71	70	99
Vaupés	29	31	75	88	68	98
Casanare	27	36	82	57	77	93
Sucre	16	22	46	72	81	89
Guainía	18	37	74	58	66	73
Córdoba	14	23	34	55	56	72
Magdalena	22	26	44	48	55	71
Bolívar	22	27	43	45	54	69
Vichada	35	42	51	38	87	61
Caquetá	15	25	33	36	55	60
Nariño	10	13	27	30	39	58
La Guajira	13	20	37	40	42	46
Putumayo	18	34	48	40	34	42
Tasa total	52	72	104	107	128	162
Tasa promedio nacional	34	49	83	84	99	130

(*) Tasa Acumulada = [PQRD acumulada de enero a diciembre/ Población Afiliada Base SISPRO Mes diciembre] x 10.000).

En el año 2014 se evidencia una tasa promedio anual nacional de 34 PQRD por cada 10.000 habitantes en el territorio nacional, durante los años 2015 a 2019 esta tasa promedio anual nacional aumentó hasta llegar a 130 PQRD por cada 10.000 habitantes en el año 2019, es decir un aumento de más del 100% en 5 años. De esta manera, se presenta gráficamente los departamentos con mayor tasa acumulada:

Figura 19. Departamentos con mayor tasa de PQRD por cada 10.000 habitantes recibidas en las SNS, años 2014 a 2019



Los departamentos con mayor tasa acumulada de PQRD por cada 10.000 habitantes en el último año evaluado, 2019, son Quindío, Risaralda, Bogotá y Santander, con una tasa acumulada mayor de 200 PQRD por cada 10.000 habitantes, lo cual dista de la media nacional que corresponde a 130 PQRD por cada 10.000 afiliados. Cabe anotar que el cálculo de tasa elimina el sesgo que genera el volumen de habitantes, permitiendo deslumbrar los territorios con mayores problemáticas en el sistema de Salud; para el caso del año 2019 son Quindío y Risaralda, datos que cobran un alto valor en el momento de hacer intervenciones en salud pública, frente a la necesidad de identificar los factores que aumentan las barreras de acceso a los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención para el goce efectivo del derecho a la salud en el territorio nacional.

5.3.4. Análisis cartográfico de PQRD y tasa por cada 10.000 afiliados año 2019

A continuación, se presenta el impacto de las PQRD en el territorio, tanto en el número total de PQRD como en la tasa de PQRD por cada 10.000 afiliados anualmente, para la última vigencia analizada, es decir enero a diciembre de 2019:

5.3.4.1. Año 2019

Figura 20. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por departamento

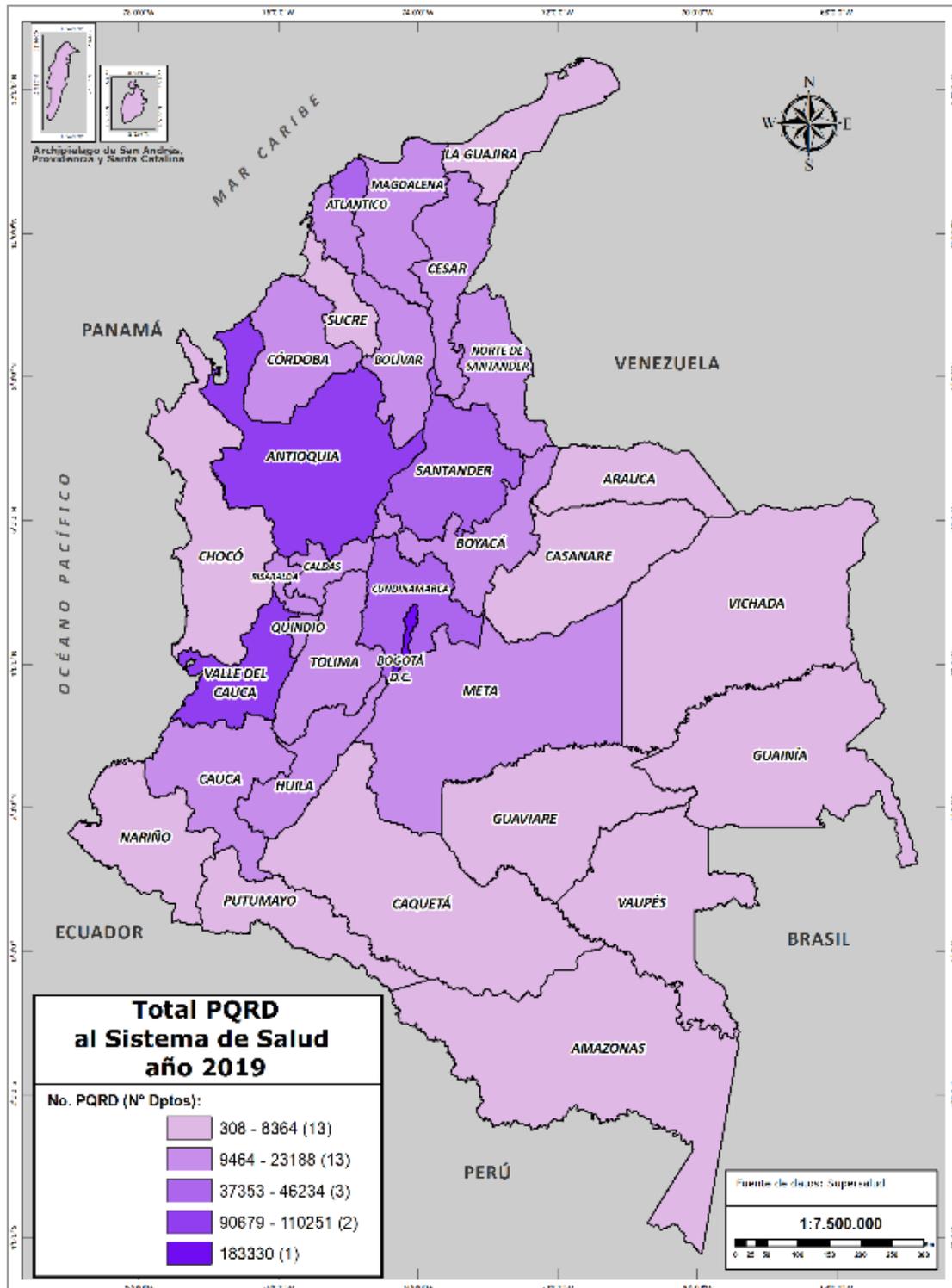
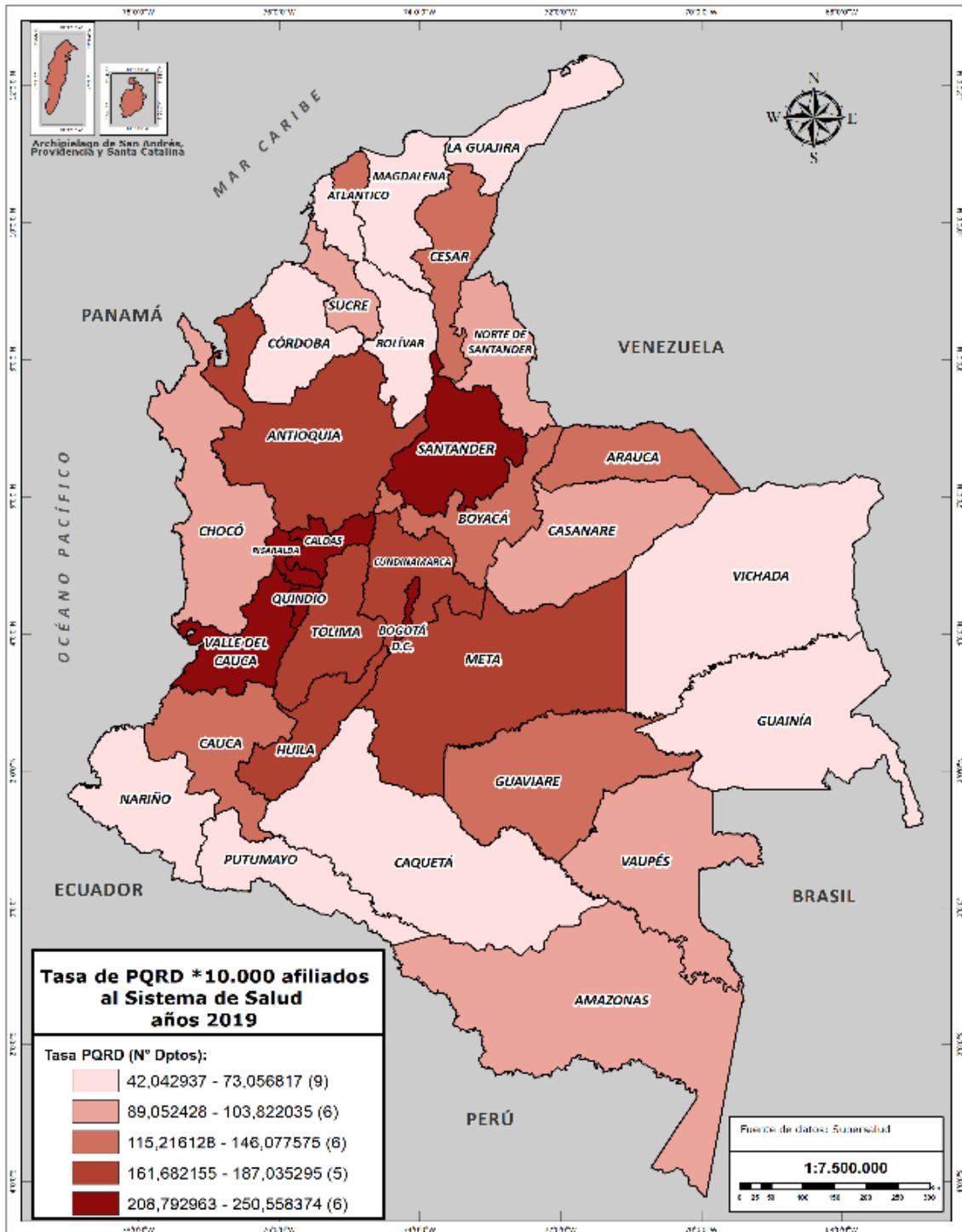


Figura 21. Tasa PQRD recibidas en las SNS años 2019 por departamento por cada 10.000 afiliados



De acuerdo al número de PQRD y la tasa acumulada del año 2019, se evidencia que la región central del país concentra el mayor número de PQRD y la mayor tasa, siendo Bogotá el territorio con más PQRD y Quindío con la mayor tasa a nivel nacional; en tanto a la región caribe, se evidencia un número alto de PQRD en toda la región, pero la tasa acumulada por cada 10.000 habitantes predomina en los departamentos de Cesar, Sucre y Atlántico; por su parte en la región Pacífica, el Valle del Cauca es el Departamento con mayor número de PQRD y tasa por cada 10.000 habitantes; por último, en las regiones de Orinoquia y Amazonas, territorios con características de menor densidad y población rural dispersa, el departamento del Meta es el que presenta mayor número de PQRD, en tanto a la tasa acumulada por cada 10.000 habitantes además del departamento del Meta, sobresalen los departamentos de Guaviare y Arauca.

5.4. Análisis por Vigilados

La función principal de la Superintendencia Nacional de Salud es velar por el derecho a la salud de los usuarios del SGSSS por medio de acciones de inspección, vigilancia y control; las PQRD cobran vital importancia siendo un insumo valioso para las acciones que emite la entidad contra sus actores vigilados; a continuación, se presenta el comportamiento de las PQRD recibidas por la SNS y trasladadas a los vigilados para su trámite entre 2014 y 2019.

5.4.1. PQRD por tipo de régimen o entidad

El trámite de una PQRD se realiza por medio del traslado o notificación a las entidades vigiladas, que les corresponde garantizar el aseguramiento del usuario quejoso de forma oportuna y de fondo; este traslado se hace por medio de un Software, donde los vigilados son clasificados en los siguientes grupos, según su régimen o tipo de entidad:

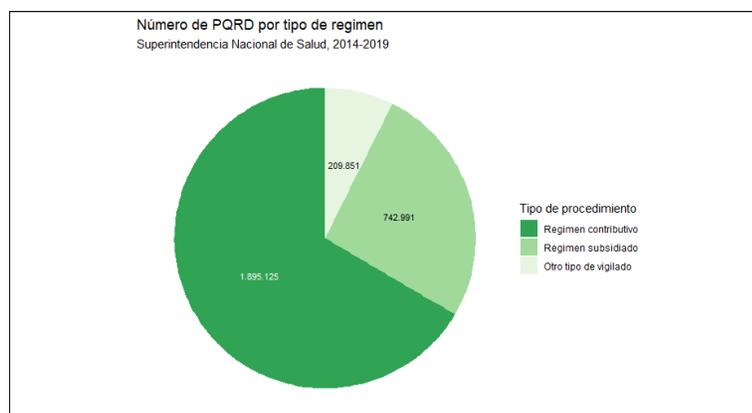
Tabla 16. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por tipo de régimen o entidad

Tipo de régimen/entidad	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Régimen contributivo	172.093	235.528	314.508	325.581	380.002	467.413	1.895.125 (66%)
Régimen subsidiado	39.581	67.439	121.672	125.364	163.594	225.341	742.991 (26%)

Regímenes de excepción y especiales	12.262	15.668	19.898	20.994	29.735	41.123	139.680 (5%)
Entidades territoriales	1.692	2.288	4.564	5.522	7.511	9.669	31.246 (1%)
Empresas de medicina prepagada	2.007	1.559	3.160	2.219	2.456	3.476	14.877 (<1%)
Administradoras de riesgos laborales	-	1.581	2.415	2.650	3.633	4.113	14.392 (<1%)
Entidades adaptadas al sistema	952	1.072	1.260	990	946	1.422	6.642 (<1%)
Otro tipo vigilado	1.637	187	282	92	83	55	2.336 (<1%)
Compañías de seguros	-	-	-	19	284	375	678 (<1%)
Total	230.224	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	2.847.967

De acuerdo con este resultado durante el 2014 y 2019 el 66% de las PQRD recibidas en la SNS corresponde a usuarios del régimen contributivo, seguido de los usuarios del régimen subsidiado con un 26%:

Figura 22. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por régimen o tipo de entidad



5.4.2. PQRD Régimen Contributivo

A continuación, se presenta el comportamiento de las PQRD por Entidad Promotora de Servicios (EPS) en el régimen contributivo entre 2014 y 2019; se toma en cuenta todas las EPS que operan u operaron durante el periodo señalado, incluyendo las que actualmente se encuentran liquidadas:

Tabla 17. PQRD recibidas en las SNS años 2019 régimen contributivo por EPS

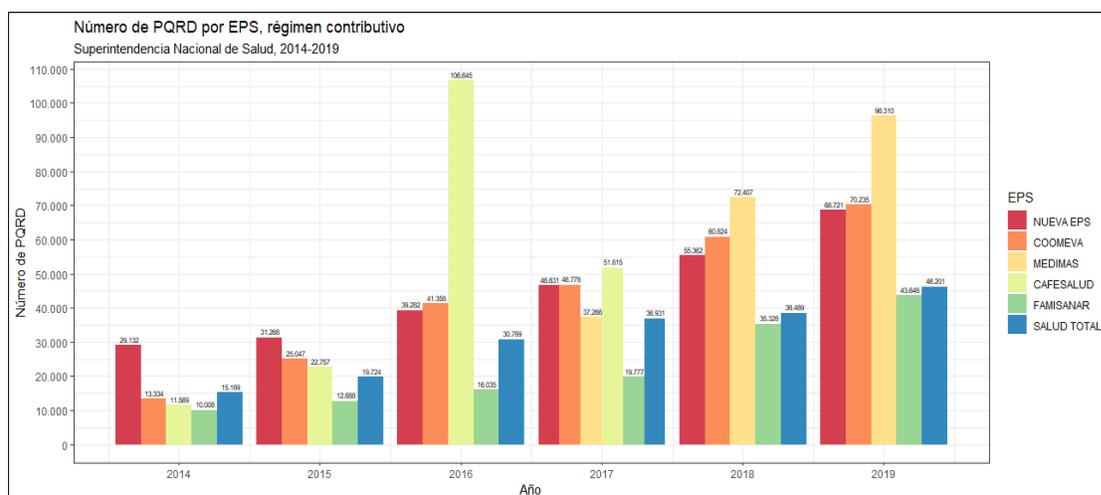
EPS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Nueva EPS (1)	29.132	31.268	39.282	46.631	55.362	68.721	270.396 (14%)
Coomeva	13.334	25.047	41.358	46.778	60.824	70.235	257.576 (13%)
Cafesalud (1) (2)	11.569	22.757	106.645	51.815	-	-	192.786 (10%)
Medimás (1)	-	-	-	37.266	72.407	96.310	205.983 (11%)
Salud Total	15.189	19.724	30.789	36.931	38.489	46.201	187.323 (10%)
Famisanar	10.008	12.688	16.035	19.777	35.328	43.648	137.484 (7%)
Saludcoop (2)	45.778	63.575	234	-	-	-	109.587 (6%)
Cruz Blanca (2)	9.362	11.927	16.473	15.575	23.832	21.418	98.587 (5%)
Sanitas	5.742	8.162	11.959	18.380	23.825	32.392	100.460 (5%)
EPS Sura	10.946	11.500	13.299	14.030	19.159	30.170	99.104 (5%)
Servicio Occidental de Salud (SOS)	7.028	10.755	14.114	15.234	22.848	22.879	92.858 (5%)
Compensar	4.880	8.793	15.807	16.854	19.605	24.511	90.450 (5%)
Comfenalco Valle	2.393	5.083	4.746	3.686	5.028	4.822	25.758 (1%)
Aliansalud	2.573	1.677	1.602	1.339	1.659	2.286	11.136 (<1%)
Saludvida (1) (2)	912	2.055	2.114	1.285	1.632	3.180	11.178 (<1%)
Golden Group (2)	2.033	470	2	-	-	-	2.505 (<1%)
Comfenalco Antioquia (2)	1.127	16	17	-	-	-	1.160 (<1%)
Coosalud (1)	-	-	-	-	-	381	381 (<1%)
Fundación Salud Mia	-	-	-	-	4	259	263 (<1%)
Solsalud (2)	42	21	12	-	-	-	75 (<1%)
Humanavivir (2)	44	-	3	-	-	-	47 (<1%)
Salud Colpatria (2)	1	10	17	-	-	-	28 (<1%)
Total	172.093	235.528	314.508	325.581	380.002	467.413	1.895.125

(1) EPS con código de habilitación en los dos regímenes Contributivo y subsidiado.

(2) EPS liquidadas

Del total de PQRD tramitadas en el periodo evaluado la EPS en el régimen contributivo con mayor número de PQRD es Nueva EPS, con un 14%, seguida de Coomeva con un 13% y Cafesalud con un 10%; este último caso es muy relevante ya que dicha EPS fue liquidada en 2017 y sigue dentro de las principales 3 EPS con más casos, como se muestra en la siguiente gráfica:

Figura 23. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen contributivo



La liquidación de EPS genera aumento (picos) en las PQRD a lo largo del tiempo, lo cual ocurre en razón al pánico de los usuarios ante el anuncio del cierre de las EPS, especialmente de las personas con patologías de alto costo o que se encuentran en espera de citas, cirugías o procedimientos especializados, así como el cobro de prestaciones económicas; esto sucede a pesar que en el traslado de afiliados por liquidación de EPS se garantiza legalmente la continuidad de la prestación de los servicios de salud, proceso acompañado por la Superintendencia Nacional de Salud

Dentro de las decisiones históricas de cierre que ha tomado la SNS entre los años 2014 y 2019, se resalta los cierres de grandes EPS como SaludCoop en 2015, Caprecom en 2015, Cafesalud en 2017 y Salud Vida a finales de 2019. De esta manera, se presenta la relación de acciones administrativas tomadas en tanto a liquidación de EPS del régimen contributivo y subsidiado (63):

Tabla 18. EPS liquidadas 2014 a 2019

EPS	Régimen	Acto administrativo	Fecha límite de traslado de afiliados
Saludvida	Contributivo y Subsidiado	Resolución 8896 de 2019	1/01/2020
Cruz Blanca	Contributivo	Resolución 8939 de 2019	1/11/2019
Emdisalud	Subsidiado	Resolución 8929 de 2019	1/11/2019
CCF Córdoba "Comfacor"	Subsidiado	Resolución 7189 de 2019	1/04/2019
Cafesalud	Contributivo y Subsidiado	Resolución 2426 de 2017	1/08/2017
CCF Boyacá "Comfaboy"	Subsidiado	Resolución 2916 de 2017	1/10/2017
Manexka (EPS-I Zenú)	Subsidiado	Resolución 527 de 2017	1/04/2017
Caprecom	Subsidiado	Resolución 2519 de 2015	1/01/2016
CCF Cafam	Subsidiado	Acta No 1219 de 2015	1/11/2015
CCF Antioquía "Comfama"	Subsidiado	Resolución 2373 de 2015	1/12/2015
CCF Colsubsidio	Subsidiado	Resolución 01226 de 2015	1/09/2015
SaludCoop	Contributivo	Resolución 2422 de 2015	1/12/2015
Golden Group	Contributivo	Resolución 0133 de 2015	1/02/2015
Comfenalco Antioquia	Contributivo	Resolución 361 de 2014	1/03/2014
Salud Colpatria	Contributivo	Resolución 527 de 2014	1/04/2014
Solsalud	Subsidiado	Resolución 735 de 2013	1/06/2013
Selvasalud	Subsidiado	Resolución 361 de 2013	1/06/2013
Humanavivir	Contributivo y Subsidiado	Resolución 806 de 2013	1/09/2013
Salud Condor	Contributivo	Resolución 2743 de 2013	1/10/2013

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Resolución de liquidaciones realizadas a EAPB en Colombia [Internet]. SNS. 2020 [Citado 2020 Abr. 29]. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/resoluciones>

5.4.2.1. PQRD Régimen Contributivo por afiliados

Teniendo en cuenta la necesidad de conocer el número de afiliados para contrastar las tendencias de las PQRD, se presenta el histórico del número de afiliados según el registro en la Base Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud por EPS con corte al 31 de diciembre, en el régimen contributivo, desde el 2014 hasta el 2019, incluyendo a los afiliados activos, de protección laboral, suspendido, suspendido por documento y suspendido por mora, y excluyendo la población INPEC, teniendo en cuenta el decreto 3047 de 2013 y el decreto 635 de 2014 (61):

Tabla 19. Total afiliados al régimen contributivo

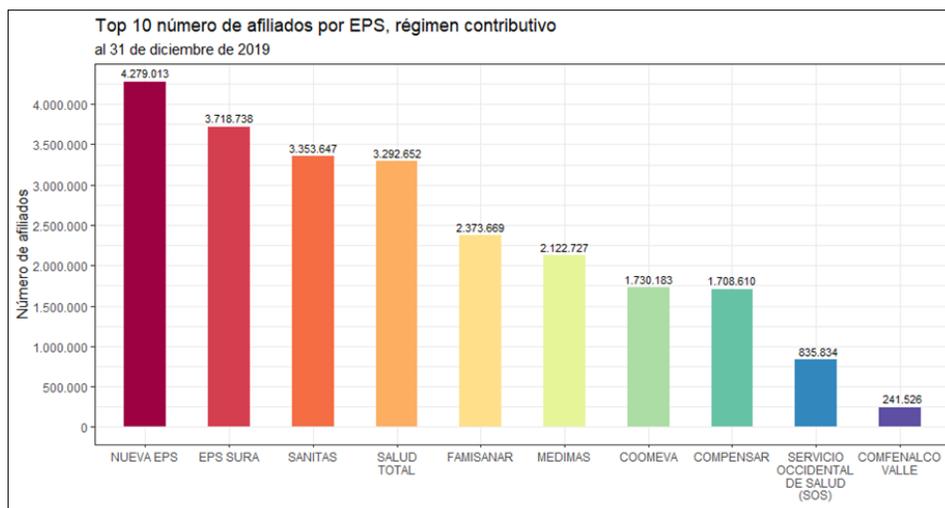
EPS	Afiliados al 31/12/2014	Afiliados al 31/12/2015	Afiliados al 31/12/2016	Afiliados al 31/12/2017	Afiliados al 31/12/2018	Afiliados al 31/12/2019
Nueva EPS	2.809.131	2.832.382	3.338.803	3.497.762	3.684.302	4.279.013
EPS Sura	1.979.668	2.319.589	2.602.087	2.768.146	3.110.483	3.718.738
Sanitas	1.304.185	1.501.691	1.857.825	2.242.311	2.559.388	3.353.647
Salud Total	2.172.977	2.231.983	2.384.687	2.649.593	2.801.557	3.292.652
Famisanar	1.606.625	1.760.479	1.829.819	2.062.551	2.134.662	2.373.669
Medimás	-	-	-	3.490.599	2.994.146	2.122.727
Coomeva	2.991.316	2.972.684	2.861.728	2.423.211	2.137.889	1.730.183
Compensar	1.040.658	1.134.774	1.253.053	1.415.807	1.498.350	1.708.610
Servicio Occidental de Salud (SOS)	890.204	924.894	936.200	913.697	918.745	835.834
Comfenalco Valle	320.563	261.928	244.903	241.216	234.418	241.526
Aliansalud	243.882	200.910	205.899	211.194	219.012	238.995
Fundación salud mía	-	-	-	-	6.630	29.714
Coosalud	-	-	-	-	-	25.554
Saludvida	72.006	93.752	87.865	79.113	71.590	18
Cafesalud	698.542	5.049.480	4.488.806	-	-	-
Saludcoop	4.272.733	-	-	-	-	-
Cruz Blanca	551.553	594.917	563.768	496.363	412.194	-
Golden Group	44.860	39	-	-	-	-
Comfenalco Antioquia	-	-	-	-	-	-
Solsalud	1	-	-	-	-	-
Humanavivir	4	2	-	-	-	-
Salud Colpatria	-	-	-	-	-	-
Total	20.998.908	21.879.504	22.655.443	22.491.563	22.783.366	23.950.880

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de SISPRO-BDUA [Internet]. MINSALUD. 2020 [Citado 2020 Abr 28]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Al 31 de diciembre de 2019 el número total de afiliados en el régimen contributivo corresponde a 23.950.880 afiliados, siendo Nueva EPS la entidad con mayor número de afiliados, con más de 4 millones, seguido de EPS Sura, Sanitas y Salud total, las cuales

cuentan con más de 3 millones de afiliados. De esta manera se presenta la siguiente distribución de afiliados en las 10 EPS a diciembre de 2019 el mayor número de afiliados en el régimen contributivo:

Figura 24. Número de afiliados EPS régimen contributivo, a diciembre 2019



5.4.2.2. PQRD Régimen Contributivo por tasa acumulada por cada 10.000 afiliados

El cálculo de tasa acumulada de PQRD obedece a la fórmula utilizada por la Superintendencia Nacional de Salud por EPS (62):

$$\text{Fórmula de la Tasa acumulada por EPS} = (\text{PQRD acumuladas} / \text{Número de Afiliados}) * 10.000$$

- PQRD acumulada = \sum PQRD (enero a diciembre) por EPS.
- Número de afiliados = Afiliados de la base BDUA- SISPRO en estado: activo, protección laboral, suspendido, suspendidos por documento, y suspendido por mora, al 31 de diciembre de cada año, del régimen contributivo incluyendo los códigos de movilidad del subsidiado, por EPS.

A continuación, se presenta el resultado de la tasa anual acumulada de PQRD desde el 2014 a 2019, por EPS, en el régimen contributivo:

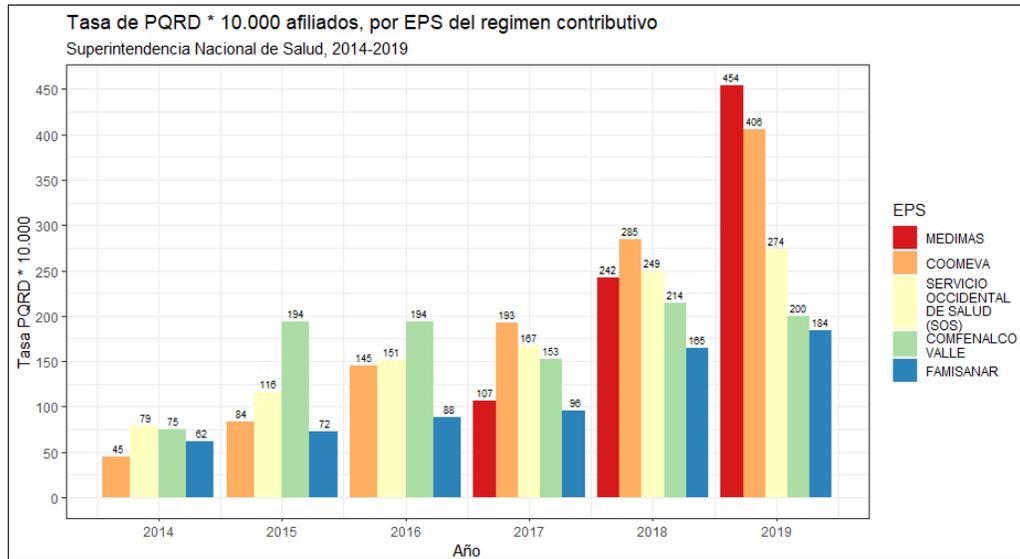
Tabla 20. Tasas acumuladas (enero a diciembre) años 2014 a 2019 régimen contributivo

EPS	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Medimás	-	-	-	107	242	454
Coomeva	45	84	145	193	285	406
Servicio Occidental De Salud (SOS)	79	116	151	167	249	274
Comfenalco Valle	75	194	194	153	214	200
Famisanar	62	72	88	96	165	184
Nueva EPS	104	110	118	133	150	161
Coosalud	-	-	-	-	-	149
Compensar	47	77	126	119	131	143
Salud Total	70	88	129	139	137	140
Sanitas	44	54	64	82	93	97
Aliansalud	106	83	78	63	76	96
Fundación Salud Mia	-	-	-	-	6	87
EPS Sura	55	50	51	51	62	81
Cafesalud	166	45	238	-	-	-
Saludcoop	107	-	-	-	-	-
Cruz Blanca	170	200	292	314	578	-
Saludvida	127	219	241	162	228	-
Golden Group	453	-	-	-	-	-
Comfenalco Antioquia	-	-	-	-	-	-
Solsalud	-	-	-	-	-	-
Humanavivir	-	-	-	-	-	-
Salud Colpatria	-	-	-	-	-	-
Tasa total	1.708	1.395	1.913	1.779	2.616	2.471
Tasa promedio nacional	114	107	147	137	187	190

(*) Tasa = [PQRD acumulada de enero a diciembre/ Población Afiliada Base SISPRO Mes diciembre] x 10.000).

Evaluando el comportamiento de la tasa acumulada promedio anual desde del año 2014 al 2019, se pasó de 114 a 190 PQRD por cada 10.000 habitantes en el régimen contributivo, es decir un aumento de más del 30% en 5 años, lo cual es un resultado negativo para el sistema de salud. A continuación, se muestra las 6 EPS del régimen contributivo con mayor tasa de PQRD al largo del periodo de tiempo analizado:

Figura 25. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen contributivo por tasa de PQRD por cada 10.000 afiliados



Así mismo, al analizar el último año, 2019, se resalta el comportamiento de las EPS Medimás, Coomeva y Servicios Occidentales de Salud, por tener mayor tasa acumulada con un valor de 454, 406 y 274 PQRD por cada 10.000 afiliados, lejos del promedio del régimen, que se sitúa en 190 PQRD por cada 10.000 afiliados. Por su parte las EPS Sura y Fundación Salud Mia son las EPS con menor tasa acumulada, con un valor de 81 y 87 PQRD por cada 10.000 afiliados respectivamente, sin importar que Sura EPS es una de las entidades con mayor número de afiliados en el régimen contributivo, para diciembre de 2019.

5.4.3. PQRD Régimen Subsidiado:

A continuación, se presenta el comportamiento de las PQRD por EPS en el régimen subsidiado entre el año 2014 y 2019; teniendo en cuenta todas las EPS inclusive las liquidadas:

Tabla 21. PQRD recibidas en las SNS años 2019 régimen subsidiado por EPS

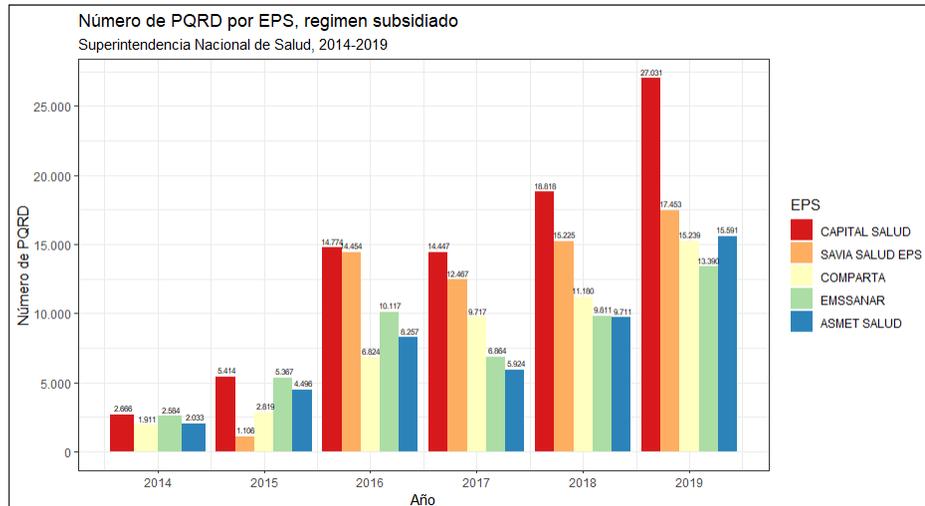
EPS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Capital Salud	2.666	5.414	14.774	14.447	18.818	27.031	83.150 (11%)
Savia Salud EPS	-	1.106	14.454	12.467	15.225	17.453	60.705 (8%)
Comparta	1.911	2.819	6.824	9.717	11.180	15.239	47.690 (6%)
Emssanar	2.584	5.367	10.117	6.864	9.811	13.390	48.133 (6%)
Asmet Salud	2.033	4.496	8.257	5.924	9.711	15.591	46.012 (6%)
CCF Atlántico "Cajacopi"	947	2.237	6.652	9.954	11.967	11.067	42.824 (6%)
Medimás (1)	-	-	-	5.231	14.888	25.840	45.959 (6%)
Saludvida (1) (2)	2.005	2.919	5.977	7.372	8.193	19.483	45.949 (6%)
Nueva EPS (1)	-	-	9.948	6.910	9.497	13.550	39.905 (5%)
Coosalud (1)	1.524	2.747	6.803	6.360	8.992	13.728	40.154 (5%)
Caprecom (2)	10.098	15.745	1.862	-	-	-	27.705 (4%)
Mutual Ser	722	1.898	4.972	4.983	7.444	7.705	27.724 (4%)
Convida	892	1.739	4.234	4.694	5.255	8.026	24.840 (3%)
Cafesalud (1)	1.653	3.382	9.065	6.649	-	-	20.749 (3%)
CCF Huila "Comfamiliar Huila"	1.185	1.557	2.654	3.538	5.499	7.968	22.401 (3%)
Ambuq (Barrios unidos de Quibdó)	866	1.526	3.331	3.936	5.804	6.544	22.007 (3%)
CCF Antioquia "Comfama" (2)	6.317	8.537	-	-	-	-	14.854 (2%)
Ecoopsos	619	885	1.791	2.506	5.256	4.372	15.429 (2%)
Emdisalud (2)	530	883	1.627	2.648	3.861	5.213	14.762 (2%)
CCF Córdoba "Comfacor"(2)	538	869	2.238	4.450	3.446	1.670	13.211 (2%)
CCF Cundinamarca "Comfandundi"	328	489	1.540	1.775	2.736	3.956	10.824 (1%)
AIC - Asociación Indígena del Cauca (EPS-I Cauca)	193	321	519	452	761	1.484	3.730 (<1%)
CCF Cartagena "Comfamiliar Cartagena"	294	331	615	516	475	806	3.037 (<1%)
CCF Chocó "Comfachocó"	90	338	402	511	520	774	2.635 (<1%)

Capresoca	168	251	478	437	629	654	2.617 (<1%)
CCF de Sucre	100	97	263	646	787	585	2.478 (<1%)
Mallamas (EPS-I)	96	149	206	333	673	664	2.121 (<1%)
CCF de la Guajira	61	106	291	439	510	521	1.928 (<1%)
CCF de Nariño	67	72	192	196	294	805	1.626 (<1%)
Pijaos Salud (EPS-I)	42	49	91	96	716	316	1.310 (<1%)
CCF Boyacá "Comfaboy"(2)	152	190	371	447	16	3	1.179 (<1%)
CCF Oriente "Comfaoriente"	71	66	170	247	275	467	1.296 (<1%)
Dusakawi (EPS-I Cesar y Guajira)	121	132	209	229	178	189	1.058 (<1%)
Anas Wayuu (EPS-I)	40	58	280	181	147	219	925 (<1%)
Manexka (EPS-I Zenu) (2)	101	134	309	185	8	4	741 (<1%)
CCF Cafam (2)	330	248	29	-	-	-	607 (<1%)
CCF Colsubsidio (2)	186	235	56	-	-	-	477 (<1%)
CCF Norte de Santander "Famisalud Comfanorte"	23	17	32	24	22	24	142 (<1%)
Selvasalud (2)	9	8	11	-	-	-	28 (<1%)
Solsalud (2)	6	12	6	-	-	-	24 (<1%)
Comfenalco Quindío (2)	8	2	14	-	-	-	24 (<1%)
Humanavivir (1) (2)	3	5	4	-	-	-	12 (<1%)
Salud Condor (2)	2	3	4	-	-	-	9 (<1%)
Total	39.581	67.439	121.672	125.364	163.594	225.341	742.991

(1) EPS con código de habilitación en los dos regímenes Contributivo y subsidiado.

(2) EPS liquidadas

En el periodo evaluado, 2014 a 2019, las EPS con mayor número de PQRD en el régimen subsidiado son Capital Salud EPS con un 11%, seguida de Savia salud con un 8% y Comparta 6% del total de PQRD en el régimen, como se evidencia en la siguiente gráfica:

Figura 26. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen subsidiado

Es importante precisar que las PQRD de este régimen presentan un menor número que el régimen contributivo, lo cual no necesariamente significa una óptima prestación de los servicios de salud; este hecho vale la pena analizarlo desde ópticas diferentes a la salud, tales como el tipo y condiciones de vida de la población que cobija: población sin capacidad de pago, pobre, vulnerable, localización en territorios de difícil acceso, diferencias culturales, desconocimiento de los derechos, y falta de acceso a canales de atención para interponer PQRD en la SNS.

5.4.3.1. PQRD Régimen Subsidiado por afiliados

A continuación, se presenta el histórico del número de afiliados según el registro en la Base Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud por EPS con corte al 31 de diciembre, en el régimen subsidiado, desde el 2014 hasta el 2019, incluyendo a los afiliados activos, de protección laboral, suspendido, suspendido por documento y suspendido por mora, y excluyendo la población INPEC, teniendo en cuenta el decreto 3047 de 2013 y el decreto 635 de 2014 (61):

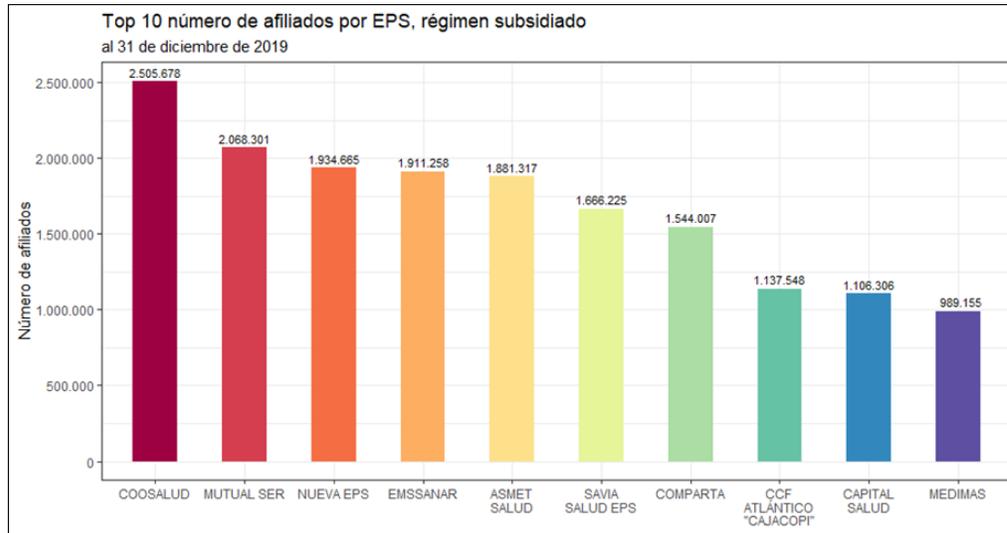
Tabla 22. Total afiliados al régimen subsidiado

EPS	Afiliados al 31/12/2014	Afiliados al 31/12/2015	Afiliados al 31/12/2016	Afiliados al 31/12/2017	Afiliados al 31/12/2018	Afiliados al 31/12/2019
Coosalud	1.641.950	1.927.361	1.941.042	2.009.854	2.076.271	2.505.678
Mutual Ser	1.170.877	1.329.146	1.349.271	1.540.080	1.628.602	2.068.301
Nueva EPS	-	-	810.681	972.794	1.115.416	1.934.665
Emssanar	1.659.080	1.887.479	1.897.972	1.922.429	1.913.626	1.911.258
Asmet Salud	1.612.386	1.915.007	1.932.488	1.922.950	1.886.618	1.881.317
Savia Salud EPS	-	1.690.584	1.665.271	1.716.249	1.700.593	1.666.225
Comparta	1.592.957	1.910.740	1.845.638	1.756.577	1.724.504	1.544.007
CCF Atlántico "Cajacopi"	556.209	669.602	693.953	834.890	887.517	1.137.548
Capital Salud	1.066.145	1.202.772	1.169.400	1.160.841	1.154.887	1.106.306
Medimás	-	-	-	1.062.298	1.052.115	989.155
Ambuq (Barrios Unidos de Quibdó)	848.179	974.758	931.738	850.374	806.206	778.098
CCF Huila "Comfamiliar Huila"	491.606	534.859	523.173	570.664	573.079	565.542
AIC - Asociación Indígena del Cauca (EPS-I Cauca)	436.133	442.702	444.189	474.818	479.917	529.420
Convida	359.017	579.169	563.536	554.959	548.249	529.397
Mallamas (EPS-I)	289.216	297.902	283.218	311.197	310.562	329.363
Ecoopsos	279.304	323.501	300.163	297.536	316.232	324.127
CCF de la Guajira	126.128	144.902	143.457	223.198	226.284	241.770
Dusakawi (EPS-I Cesar y Guajira)	248.696	204.588	199.838	197.535	217.525	231.859
Anas Wayuu (EPS-I)	120.405	129.598	131.947	180.786	189.031	202.623
CCF de Nariño	178.532	187.395	182.828	184.135	183.218	184.296
CCF Cundinamarca "Comfacundi"	79.571	111.315	116.422	131.190	118.077	183.130
CCF Oriente "Comfaorienté"	117.131	107.681	108.030	116.101	127.325	178.641
CCF Chocó "Conmfa-Chocó"	83.234	158.457	156.310	168.690	174.730	176.896
Capresoca	145.666	177.038	177.318	178.520	178.298	172.121

CCF Cartagena "Confamiliar Cartagena"	238.993	221.388	205.646	185.493	162.263	140.513
CCF de Sucre	96.923	102.066	98.195	118.877	118.177	114.212
Pijaos Salud (EPS-I)	80.178	78.186	79.846	81.606	85.316	90.599
Saludvida	1.335.111	1.376.458	1.233.804	1.181.198	1.113.263	632
Caprecom	3.317.658	96.182	22	-	-	-
Cafesalud	1.016.917	1.479.405	1.094.663	-	-	-
CCF Antioquía "Comfama"	1.695.023	-	-	-	-	-
Emdisalud	490.834	500.356	466.213	462.780	455.410	-
CCF Córdoba "Comfactor"	562.199	614.410	600.477	569.174	541.663	-
CCF Boyacá "Comfaboy"	104.503	102.814	103.593	-	-	-
Manexka (EPS-I Zenu)	226.946	220.270	212.698	-	-	-
CCF Cafam	174.845	3	-	-	-	-
CCF Colsubsidio	90.307	2	-	-	-	-
CCF Norte de Santander "Famisalud Comfanorte"	54.035	369	-	-	-	-
Selvasalud	-	-	-	-	-	-
Solsalud	27	-	-	-	-	-
Comfenalco Quindío	-	-	-	-	-	-
Humanavivir	-	-	-	-	-	-
Salud Condor	-	-	-	-	-	-
Total	22.586.921	21.698.465	21.663.040	21.937.793	22.064.974	21.717.699

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de SISPRO-BDUA [Internet]. MINSALUD. 2020 [Citado 2020 Abr 28]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

De esta manera, se puede evidenciar que al 31 de diciembre de 2019 el número total de afiliados en el régimen subsidiado es de 21.717.699, siendo la EPS Coosalud la entidad con mayor número de afiliados, con más de 2 millones quinientos mil, seguido de Mutual ser, Nueva EPS y Emssanar. A continuación, se encuentra la gráfica con las 10 EPS del régimen con mayor número de afiliados al 31 de diciembre de 2019:

Figura 27. Número de afiliados EPS régimen subsidiado, a diciembre 2019

5.4.3.2. PQRD Régimen Subsidiado por tasa por cada 10.000 afiliados

El cálculo de tasa acumulada de PQRD corresponde a la fórmula utilizada por la Superintendencia Nacional de Salud por EPS (62):

$$\text{Fórmula de la Tasa acumulada por EPS} = (\text{PQRD acumuladas} / \text{Número de Afiliados}) * 10.000$$

- PQRD acumulada = \sum PQRD (enero a diciembre) por EPS.
- Número de afiliados = Afiliados de la base BDUA- SISPRO en estado: activo, protección laboral, suspendido, suspendidos por documento, y suspendido por mora, al 31 de diciembre de cada año, tanto de régimen subsidiado, incluyendo códigos de movilidad en el contributivo, por EPS.

A continuación, se presenta el resultado de la tasa anual acumulada de PQRD desde el 2014 a 2019, por EPS en el régimen subsidiado:

Tabla 23. Tasas acumuladas años 2014 a 2019 régimen subsidiado

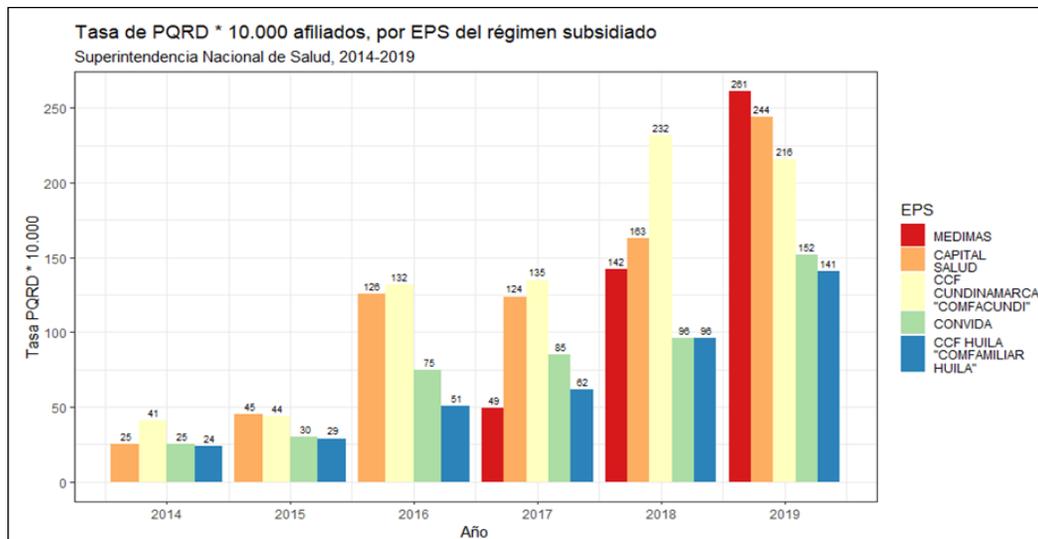
EPS	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Medimás	-	-	-	49	142	261
Capital Salud	25	45	126	124	163	244
CCF Cundinamarca "Comfacundi"	41	44	132	135	232	216
Convida	25	30	75	85	96	152
CCF Huila "Comfamiliar Huila"	24	29	51	62	96	141
Ecoopsos	22	27	60	84	166	135
Savia Salud EPS	-	7	87	73	90	105
Comparta	12	15	37	55	65	99
CCF Atlántico "Cajacopi"	17	33	96	119	135	97
Ambuq (Barrios Unidos de Quibdó)	10	16	36	46	72	84
Asmet Salud	13	23	43	31	51	83
Emsanar	16	28	53	36	51	70
Nueva EPS	-	-	123	71	85	70
CCF Cartagena "Confamiliar Cartagena"	12	15	30	28	29	57
Coosalud	9	14	35	32	43	55
CCF de Sucre	10	10	27	54	67	51
CCF Chocó "Conmfachocó"	11	21	26	30	30	44
CCF de Nariño	4	4	11	11	16	44
Capresoca	12	14	27	24	35	38
Mutual Ser	6	14	37	32	46	37
Pijaos Salud (EPS-I)	5	6	11	12	84	35
Aic - Asociación Indígena del Cauca (EPS-I Cauca)	4	7	12	10	16	28
CCF Oriente "Comfaorienté"	6	6	16	21	22	26
CCF de la Guajira	5	7	20	20	23	22
Mallamas (EPS-I)	3	5	7	11	22	20
Anas Wayuu (EPS-I)	3	4	21	10	8	11
Dusakawi (EPS-I Cesar y Guajira)	5	6	10	12	8	8
Saludvida	15	21	48	62	74	-
Caprecom	30	-	-	-	-	-
Cafesalud	16	23	83	-	-	-
CCF Antioquía "Comfama"	37	-	-	-	-	-
Emdisalud	11	18	35	57	85	-
CCF Córdoba "Comfacor"	10	14	37	78	64	-
CCF Boyacá "Comfaboy"	15	18	36	-	-	-
Manexka (EPS-I Zenu)	4	6	15	-	-	-
CCF Cafam	19	-	-	-	-	-
CCF Colsubsidio	21	-	-	-	-	-
CCF Norte de Santander "Famisalud Comfanorte"	4	-	-	-	-	-
Selvasalud	-	-	-	-	-	-
Solsalud	-	-	-	-	-	-
Comfenalco Quindío	-	-	-	-	-	-

Humanavivir	-	-	-	-	-	-
Salud Condor	-	-	-	-	-	-
Tasa total	483	533	1.462	1.475	2.113	2.233
Tasa promedio nacional	14	17	46	49	70	83

(*) Tasa = [PQRD acumulada de enero a diciembre/ Población Afiliada Base SISPRO Mes diciembre] x 10.000).

Evaluando el comportamiento de la tasa acumulada promedio anual desde el año 2014 al 2019, se pasó de 14 a 83 PQRD por cada 10.000 habitantes en el régimen subsidiado, es decir un aumento de más del 400% de la tasa en 5 años, lo cual es un resultado negativo para el sistema de salud, teniendo además como agravante el tipo de población que cobija, y su estado de vulnerabilidad. En la siguiente gráfica se presentan las 5 EPS del régimen con mayores tasas de PQRD por 10 mil afiliados:

Figura 28. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por principales EPS régimen subsidiado por tasa de PQRD por cada 10.000 afiliados



Al analizar el último año, 2019, se resalta el comportamiento de las EPS Medimás, Capital Salud y CCF Cundinamarca "Comfacundi", por tener mayor tasa acumulada en el régimen subsidiado con valores por 261, 244 y 216 PQRD por cada 10.000 afiliados, respectivamente, lejos del promedio del régimen, que registra 83 PQRD por cada 10.000 afiliados; cabe mencionar que estas EPS operan en su mayoría en Bogotá y Cundinamarca, donde los accesos a los servicios, las comunicaciones y el reconocimiento de derechos en salud es mayor que en la población del régimen subsidiado del resto del país.

5.4.4. PQRD Otras entidades/ Regímenes:

A continuación, se presenta las PQRD del 2014 al 2019 trasladadas a las principales entidades (Top 10) diferentes del régimen subsidiado o contributivo, dentro de las cuales se encuentra regímenes especiales, exceptuados, u otros:

Tabla 24. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 de otras entidades

Nombre entidad	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Magisterio	9.142	11.988	13.723	12.667	18.873	27.423	93.816 (45%)
Policía Nacional	1.884	2.094	3.428	3.889	6.053	8.656	26.004 (12%)
Fuerzas Militares	1.144	1.493	2.262	3.792	4.223	4.469	17.383 (8%)
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	432	587	1.103	1.476	2.064	2.254	7.916 (4%)
Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia	942	1.064	1.247	976	914	1.391	6.534 (3%)
ARL – Positiva	544	628	959	1.118	1.589	1.600	6.438 (3%)
ARL - Suramericana	303	407	653	654	892	1.099	4.008 (2%)
Colsanitas S.A. compañía de medicina prepagada	905	362	663	472	443	520	3.365 (2%)
Dirección Seccional de Salud de Antioquia	259	293	396	565	647	1.121	3.281 (2%)
Secretaría de Salud Departamental del Valle	154	243	432	566	658	900	2.953 (1%)
Total TOP 10	15.709	19.159	24.866	26.175	36.356	49.433	171.698 (82%)
Total PQRD de otros regímenes	18.550	22.355	31.579	32.486	44.648	60.233	209.851

De acuerdo con lo anterior, el vigilado con mayor número de PQRD del 2014 al 2019 es el Magisterio, seguido de la Policía Nacional y Fuerzas militares, con un 45%, 12% y 8% respectivamente.

Es importante precisar que a estos vigilados no se les realiza cálculo de tasa por cada 10.000 afiliados, dado que se desconoce el número de afiliados históricos, no está reportado de forma completa en la base BDUa y la SNS tampoco lo calcula ni publica en las estadísticas del portal WEB.

5.5. Análisis por Motivos

La Superintendencia Nacional de Salud maneja tres niveles de clasificación de las PQRD según las razones que motivan a los usuarios para quejarse; el primer nivel es conocido como macromotivos, compuesto por 6 ítems, luego en segundo nivel denominado motivos generales, con 27 ítems, y por último los motivos específicos, con un total de 228 ítems. Cabe anotar que los niveles tienen interrelación tipo árbol, es decir de los macromotivos se ramifican los motivos generales y de los motivos generales se ramifican los motivos específicos (60); a continuación se presenta el comportamiento histórico de las PQRD desde el año 2014 al 2019 por cada nivel de clasificación:

5.5.1. PQRD por macromotivo

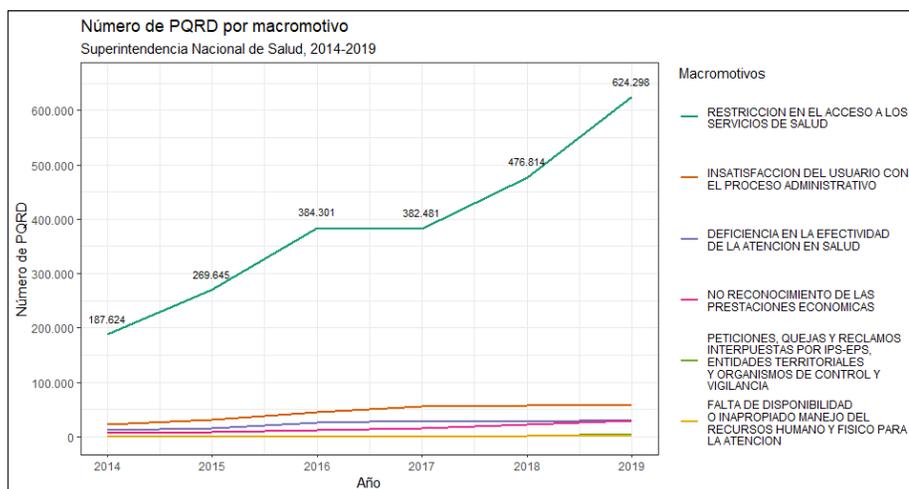
Los macromotivos están conformado por 6 atributos del SGSSS o derechos en salud, que son:

Tabla 25. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por macromotivos

Macromotivos	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Restricción en el acceso a los servicios de salud	187.624	269.645	384.301	382.481	476.814	624.298	2.325.163 (82%)
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	23.446	30.653	45.554	55.596	56.764	59.217	271.230 (10%)
Deficiencia en la efectividad de la atención en salud	11.976	15.280	25.418	29.260	28.261	31.433	141.628 (5%)
No reconocimiento de las prestaciones económicas	6.716	9.121	11.539	15.134	22.860	29.639	95.009 (3%)
Peticiones, quejas y reclamos interpuestas por IPS-ES, entidades territoriales y organismos de control y vigilancia	60	123	187	235	2.095	5.813	8.513 (<1%)
Falta de disponibilidad o inapropiado manejo el recurso humano y físico para la atención	402	500	760	725	1.450	2.587	6.424 (<1%)
Total	230.224	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	2.847.967

Durante el 2014 al 2019 las PQRD recibidas en la Superintendencia Nacional de Salud, el macromotivo principal es “Restricción en el acceso a los servicios de salud” con un 82% del total, seguido de la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo con un 10% de participación.

Figura 29. PQRD recibidas en las SNS, años 2014 a 2019 por macromotivos



5.5.2. PQRD por motivos generales

El segundo nivel de clasificación de las PQRD, los motivos generales, se desprenden de los macromotivo, a continuación, se presenta su comportamiento desde el 2014 al 2019:

Tabla 26. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por motivos generales

Motivos generales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención	102.732	149.392	208.215	194.620	280.292	365.354	1.300.605 (46%)
Restricción en el acceso por demoras en la autorización	39.374	59.504	83.061	101.426	130.058	187.944	601.367 (21%)
Restricción en el acceso por fallas en la afiliación	20.955	30.532	41.454	36.083	32.940	33.747	195.711 (7%)
Restricción en la libre escogencia	7.869	13.748	27.556	37.435	42.322	35.695	164.625 (6%)
Ineficacia en la atención	10.013	12.283	19.092	17.594	17.880	21.912	98.774 (3%)
Negación de la prestación de servicios, insumos o medicamentos o	7.262	12.803	25.799	26.421	8.112	9.024	89.421 (3%)

entrega de medicamentos							
Restricción por razones económica o de capacidad de pago	9.515	8.811	11.993	9.061	10.518	12.127	62.025 (2%)
Disconformidad manifiesta	9.923	11.263	10.392	12.131	5.950	1.785	51.444 (2%)
Restricción en el acceso por negación de la autorización	5.620	5.697	10.164	9.387	10.356	10.827	52.051 (2%)
Incumplimiento de las prestaciones económicas (incapacidades)	3.329	4.714	5.523	7.764	12.966	14.853	49.149 (2%)
Limitaciones en la información	5.351	5.173	6.705	5.481	7.853	20.175	50.738 (2%)
Insatisfacción por problemas de salud no resueltos	1.881	2.809	6.039	11.372	10.243	9.178	41.522 (1%)
Incumplimiento de las prestaciones económicas (reembolsos)	1.614	2.407	3.851	4.632	6.184	9.695	28.383 (<1%)
Restricción en el acceso por localización física o geográfica	2.166	2.906	3.615	5.483	4.538	5.275	23.983 (<1%)
Incumplimiento de las prestaciones económicas (licencias)	1.773	2.000	2.165	2.738	3.710	5.091	17.477 (<1%)
Falta de contratación	29	12	19	140	1.470	3.803	5.473 (<1%)
Percepción por parte del usuario de trato inequitativo	167	339	585	338	553	1.371	3.353 (<1%)
Recursos físicos insuficiente o en deficientes condiciones	216	266	359	314	647	1.440	3.242 (<1%)
Recursos humano insuficiente	155	187	309	280	414	493	1.838 (<1%)
Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad	82	188	287	294	138	343	1.332 (<1%)
Limitaciones tangibles del servicio	31	47	92	131	389	654	1.344 (<1%)
No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario	136	130	316	211	86	191	1.070 (<1%)
Incumplimiento en las acciones de protección específica y detección temprana	1	28	33	35	286	962	1.345 (<1%)
Atención de urgencias	21	9	20	29	88	268	435 (<1%)

Garantía del aseguramiento por la entidad territorial	3	13	9	10	55	359	449 (<1%)
Incumplimiento de prioridades en salud pública	-	47	88	2	39	101	277 (<1%)
Incumplimiento para la prestación de las acciones de salud pública	1	6	8	8	59	174	256 (<1%)
Incumplimiento de competencias en salud pública (vigilancia en salud pública)	3	-	5	4	53	52	117 (<1%)
Incumplimiento del reporte del registro individual de prestación de servicios "RIPS"	-	1	-	-	18	35	54 (<1%)
Incumplimiento de competencias en salud pública (gestión en salud pública)	1	2	1	6	12	20	42 (<1%)
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	1	1	1	-	3	21	27 (<1%)
Indicadores de calidad y alerta temprana	-	-	2	1	6	13	22 (<1%)
Incumplimiento en la prestación de servicios del laboratorio de salud pública	-	1	1	-	5	5	12 (<1%)
Incumplimiento de competencias en salud pública (seguridad sanitaria y ambiental)	-	3	-	-	1	-	4 (<1%)
Total	230.224	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	2.847.967

Los principales motivos generales de las PQRD son restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención y restricción en el acceso por demoras en la autorización con un 46% y 21% de participación respectivamente.

Para mayor claridad a continuación se presenta los motivos generales por cada uno de los 6 macromotivo que maneja la SNS.

5.5.2.1. PQRD por motivos generales del macromotivo "Restricción en el acceso a los servicios de salud"

Hace referencia a las PQRD relacionadas con el acceso a la atención en salud dentro del SGSSS, siendo la puerta de entrada para recibir los servicios en el sistema:

Tabla 27. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del Macromotivo 1: Restricción en el acceso a los servicios de salud

Motivos generales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención	102.732	149.392	208.215	194.620	280.292	365.354	1.300.605 (56%)
Restricción en el acceso por demoras en la autorización	39.374	59.504	83.061	101.426	130.058	187.944	601.367 (26%)
Restricción en el acceso por fallas en la afiliación	20.955	30.532	41.454	36.083	32.940	33.747	195.711 (8%)
Negación de la prestación de servicios, insumos o medicamentos o entrega de medicamentos	7.262	12.803	25.799	26.421	8.112	9.024	89.421 (4%)
Restricción por razones económica o de capacidad de pago	9.515	8.811	11.993	9.061	10.518	12.127	62.025 (3%)
Restricción en el acceso por negación de la autorización	5.620	5.697	10.164	9.387	10.356	10.827	52.051 (2%)
Restricción en el acceso por localización física o geográfica	2.166	2.906	3.615	5.483	4.538	5.275	23.983 (1%)
Total	187.624	269.645	384.301	382.481	476.814	624.298	2.325.163

El principal motivo general de este macromotivo es “Restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención” con más del 50% del total, seguido por “restricción en el acceso por demoras en la autorización” con un 26%. Estos motivos se relacionan con los principios del SGSSS de la oportunidad y continuidad en la atención, entendidos como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud; por lo tanto, es necesario evaluar este fenómeno frente a las dinámicas de acceso efectivo a los servicios de salud.

5.5.2.2. PQRD por motivos generales del macromotivo “Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo”

Se relaciona con los problemas en trámites administrativos en el SGSSS por parte de los usuarios:

Tabla 28. PQRD recibidas en las SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del Macromotivo 2: Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo

Motivos generales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Restricción en la libre escogencia	7.869	13.748	27.556	37.435	42.322	35.695	164.625 (61%)
Disconformidad manifiesta	9.923	11.263	10.392	12.131	5.950	1.785	51.444 (19%)
Limitaciones en la información	5.351	5.173	6.705	5.481	7.853	20.175	50.738 (19%)
Percepción por parte del usuario de trato inequitativo	167	339	585	338	553	1.371	3.353 (1%)
No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario	136	130	316	211	86	191	1.070 (1%)
Total	23.446	30.653	45.554	55.596	56.764	59.217	271.230

El principal motivo general de este macromotivo es “Restricción en la libre escogencia con más del 60% del total”. Esto es un elemento para destacar, ya que la libre escogencia de la EPS es un derecho garantizado en el SGSSS y se encuentra normado en el país.

5.5.2.3. PQRD por motivos generales del macromotivo “Deficiencia en la efectividad de la atención en salud”

En este apartado se encuentran las PQRD relacionadas con el principio de efectividad de la atención en salud:

Tabla 29. PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del macromotivo 3: Deficiencia en la efectividad de la atención en salud

Motivos generales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Ineficacia en la atención	10.013	12.283	19.092	17.594	17.880	21.912	98.774 (70%)
Insatisfacción por problemas de salud no resueltos	1.881	2.809	6.039	11.372	10.243	9.178	41.522 (29%)
Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad	82	188	287	294	138	343	1.332 (1%)
Total	11.976	15.280	25.418	29.260	28.261	31.433	141.628

5.5.2.4. PQRD por motivos generales del macromotivo “No reconocimiento de las prestaciones económicas”

En la siguiente tabla se encuentran el número de PQRD relacionadas con prestaciones económicas derivados de la atención en salud:

Tabla 30. PQRD recibidas en la SNS años 2014 a 2019 por motivos generales del Macromotivo 4: No reconocimiento de las prestaciones económicas

Motivos generales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Incumplimiento de las prestaciones económicas (incapacidades)	3.329	4.714	5.523	7.764	12.966	14.853	49.149 (52%)
Incumplimiento de las prestaciones económicas (reembolsos)	1.614	2.407	3.851	4.632	6.184	9.695	28.383 (30%)
Incumplimiento de las prestaciones económicas (licencias)	1.773	2.000	2.165	2.738	3.710	5.091	17.477 (18%)
Total	6.716	9.121	11.539	15.134	22.860	29.639	95.009

El principal motivo general de este macromotivo es el “Incumplimiento de las prestaciones económicas (incapacidades)” con un más del 50% del total, teniendo en cuenta que las incapacidades son prestaciones reconocidas por el SGSSS.

5.5.2.5. PQRD por motivos generales del macromotivo “Peticiones, quejas y reclamos interpuestas por IPS-ES, entidades territoriales y organismos de control y vigilancia”

En la siguiente tabla se encuentran las PQRD relacionadas con quejas interpuestas por Prestadores de servicios de salud de carácter público o privado, así como entidades territoriales distritales, municipales o departamentales:

Tabla 31. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por motivos generales del Macromotivo 5: Peticiones, quejas y reclamos interpuestas por IPS-ES, entidades territoriales y organismos de control y vigilancia

Motivos generales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	
Falta de contratación		29	12	19	140	1.470	3.803	5.473 (64%)
Incumplimiento en las acciones de protección específica y detección temprana		1	28	33	35	286	962	1.345 (16%)
Garantía del aseguramiento por la entidad territorial		3	13	9	10	55	359	449 (5%)
Atención de urgencias		21	9	20	29	88	268	435 (5%)
Incumplimiento de prioridades en salud pública		-	47	88	2	39	101	277

								(3%)
Incumplimiento para la prestación de las acciones de salud pública	1	6	8	8	59	174	256	(3%)
Incumplimiento de competencias en salud pública (vigilancia en salud pública)	3	-	5	4	53	52	117	(1%)
Incumplimiento del reporte del registro individual de prestación de servicios "RIPS"	-	1	-	-	18	35	54	(1%)
Incumplimiento de competencias en salud pública (gestión en salud pública)	1	2	1	6	12	20	42	(1%)
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	1	1	1	-	3	21	27	(1%)
Indicadores de calidad y alerta temprana	-	-	2	1	6	13	22	(1%)
Incumplimiento en la prestación de servicios del laboratorio de salud pública	-	1	1	-	5	5	12	(1%)
Incumplimiento de competencias en salud pública (seguridad sanitaria y ambiental)	-	3	-	-	1	-	4	(1%)
Total	60	123	187	235	2.095	5.813	8.513	

El principal motivo general de este macromotivo es "Falta de contratación" con más del 50% del total de las PQRD, señalando problemáticas en los trámites de contratación entre aseguradores y prestadores de los servicios de salud, que pueden significar barreras de acceso de la población.

5.5.2.6. PQRD por motivos generales del macromotivo "Falta de disponibilidad o inapropiado del manejo el recurso humano y físico para la atención"

En este ítem se encuentra las PQRD asociadas a disponibilidad de recursos físicos y humanos en los servicios de salud:

Tabla 32. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por motivos generales del Macromotivo 6: Falta de disponibilidad o inapropiado del manejo el recurso humano y físico para la atención

Motivos generales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Recursos físicos insuficiente o en deficientes condiciones	216	266	359	314	647	1.440	3.242 (50%)
Recursos humano insuficiente	155	187	309	280	414	493	1.838 (29%)
Limitaciones tangibles del servicio	31	47	92	131	389	654	1.344 (21%)
Total	402	500	760	725	1.450	2.587	6.424

El principal motivo general de este macromotivo es “recursos físicos insuficientes o en deficientes condiciones”, con el 50% del total de estas PQRD, por lo que es necesario evaluar la capacidad en infraestructura de los aseguradores y prestadores de servicios de salud para la atención de los usuarios.

5.5.3. PQRD por motivos específicos

El tercer y último nivel de clasificación de las PQRD, motivos específicos, cuenta con 228 ítems. A continuación, se analizan los 10 motivos específicos más representativos en el periodo evaluado:

Tabla 33. PQRD recibidas en las SNS años 2019 por principales motivos específicos

Motivos específicos	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	545.555 (19%)
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS	4.963	11.564	25.492	25.322	34.705	48.634	150.680 (5%)
Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	10.958	16.650	26.659	21.364	31.043	28.531	135.205 (5%)
Restricción en la libre escogencia de EPS	4.923	10.588	21.666	32.017	35.157	26.927	131.278 (5%)
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos POS	4.709	12.330	17.937	15.988	24.871	35.204	111.039 (4%)
Demora de la referencia o contrarreferencia	9.755	13.897	17.142	15.970	22.738	25.818	105.320 (4%)
Falta de oportunidad en la programación de cirugía	6.038	9.081	15.075	14.103	18.935	22.913	86.145 (3%)
Demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	4.576	7.349	13.873	16.132	19.316	23.104	84.350 (3%)
No aplicación de normas, guías o protocolos de atención	7.414	9.015	13.817	12.072	9.487	10.430	62.235 (2%)
Demora de la autorización de consultas médicas especializada	3.347	5.329	8.006	10.770	16.758	19.540	63.750 (2%)
Total TOP 10	105.343	158.230	234.924	240.767	332.155	404.138	1.475.557 (52%)
Total	230.224	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	2.847.967

El motivo específico con mayor número de PQRD es “Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas”, el cual predomina en todos los años de estudio y en el total representa el 19% de los 2.847.967 PQRD recibidas entre 2014 y 2019; dado su relevancia y valor para el análisis a continuación se presenta una caracterización de este motivo específico de manera particular.

5.5.3.1. Caracterización PQRD motivo específico: “Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas”

Al ser el motivo específico de mayor frecuencia en las PQRD interpuestas en las SNS, se realiza la identificación las variables sociodemográficas, de tipo geográfico, atención en salud y por vigilados:

- *Variables Sociodemográficas*

En la siguiente tabla se relaciona las PQRD con motivo falta de oportunidad de citas médicas especializadas y su clasificación por género en los años analizados:

Tabla 34. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por genero

Género	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Mujer	28.631	37.279	45.718	44.963	69.393	94.953	320.937 (59%)
Hombre	19.969	25.110	29.498	32.051	49.740	68.062	224.430 (41%)
Sin información (*)	60	43	41	15	12	22	193 (<1%)
Total	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	545.555

(*) sin datos de clasificación en la PQRD

El 59% de las PQRD con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, corresponde a usuarios del género femenino y el 41% a masculino.

Con respecto a la clasificación por rango de edad de las PQRD relacionadas con el motivo específico de análisis se encuentra la siguiente distribución:

Figura 30. Distribución de PQRD por rango de edad, para el principal motivo específico

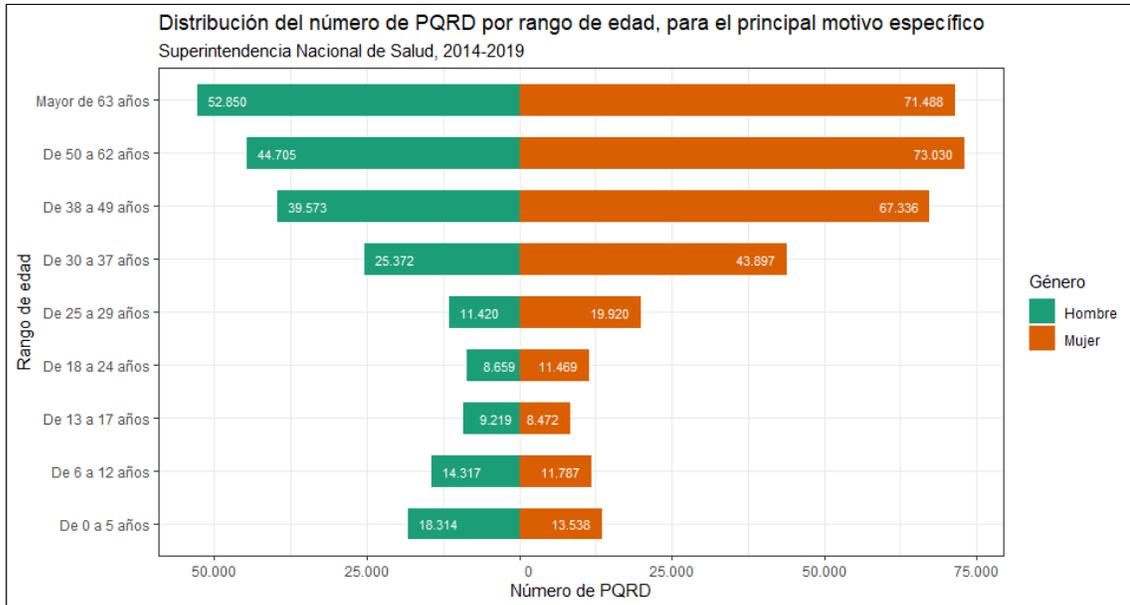


Tabla 35. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por grupos de edad

Rango de edad	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
De 0 a 5 años	3.036	3.552	3.918	4.607	7.145	9.594	31.852 (6%)
De 6 a 12 años	2.137	2.461	3.200	3.347	6.152	8.807	26.104 (5%)
De 13 a 17 años	1.388	1.764	2.101	2.742	3.851	5.845	17.691 (3%)
De 18 a 24 años	1.621	2.190	2.810	2.443	3.853	7.211	20.128 (4%)
De 25 a 29 años	2.717	3.985	4.461	4.878	7.098	8.201	31.340 (6%)
De 30 a 37 años	7.526	9.441	9.803	12.329	14.625	15.545	69.269 (13%)
De 38 a 49 años	10.024	13.286	15.289	15.876	25.496	26.938	106.909 (20%)
De 50 a 62 años	10.043	12.744	15.933	15.524	25.982	37.509	117.735 (22%)
Mayor de 63 años	10.108	12.966	17.701	15.267	24.931	43.365	124.338 (23%)
Sin información (*)	60	38	41	16	12	22	189 (<1%)
Total	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	545.555

El grupo de edad que concentra el mayor número de PQRD por falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, son los mayores de 63 años, seguido de la población entre 50 y 62 años de edad; esta situación puede poner en riesgo a los usuarios, dado que la falta de oportunidad en la atención especializada retrasa las posibilidades de una detención temprana y atención de enfermedades tratables, así como menores impactos en la calidad de vida de la población.

- *Análisis de variables de tipo geográfico*

En la siguiente tabla se puede observar las PQRD en los 10 departamentos con mayor número de casos relacionados durante el periodo de tiempo analizado:

Tabla 36. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por departamento

Departamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Bogotá, D.C.	17.103	20.858	25.896	26.787	41.849	49.545	182.038 (33%)
Antioquia	12.431	15.716	15.153	14.988	20.716	26.385	105.389 (19%)
Valle del Cauca	5.035	7.127	9.544	9.595	15.065	19.417	65.783 (12%)
Santander	2.106	3.433	4.627	4.897	6.721	9.260	31.044 (6%)
Cundinamarca	1.950	2.600	3.295	3.623	5.708	7.761	24.937 (5%)
Atlántico	1.606	1.830	2.222	2.218	3.480	6.260	17.616 (3%)
Caldas	1.138	1.349	1.731	1.659	3.068	5.219	14.164 (3%)
Tolima	835	890	1.385	1.831	2.978	4.746	12.665 (2%)
Risaralda	644	1.004	1.242	1.344	3.033	4.709	11.976 (2%)
Cauca	742	1.102	1.473	1.325	2.475	3.755	10.872 (2%)
Total TOP 10 departamentos	43.590	55.909	66.568	68.267	105.093	137.057	476.484 (87%)
Total	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	545.555

El 33% de las PQRD con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, corresponde a la ciudad de Bogotá, seguido de Antioquia y Valle del Cauca, este comportamiento responde a déficit de recurso humano especializado que tiene el país. Esto se puede responder a varias causales como por ejemplo la baja oferta de especialistas en el país, contando con cerca de 25 mil en todo el territorio colombiano, siendo principalmente de especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, anestesiología y cirugía general; mientras que existen apenas 22 especialistas en genética, 37 especialistas en cuidado paliativo y medicina del dolor, y 149 cirujanos pediátricos, entre otras, de acuerdo con los informes del Ministerio de Salud y Protección Social (64). Esto se suma a las diferencias de cantidad de talento humano por región, habiendo mayor densidad de profesionales en medicina en las grandes capitales como Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, con cerca de 39 médicos por cada 10 mil habitantes en el Distrito Capital; mientras que en departamentos como Guainía, Vichada y Vaupés no se cuenta con reporte de profesionales de medicina laborando en estas zonas (38). Así mismo, la baja resolutivez del primer nivel de atención en el país, generando una sobreutilización del tercer nivel de complejidad (11).

Así mismo, se relaciona la distribución en los 10 municipios con mayor número de PQRD:

Tabla 37. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por Top 10 municipios

Municipio	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Bogotá, D.C.	17.103	20.858	25.896	26.787	41.849	49.545	182.038 (33%)
Medellín	8.013	10.442	9.368	8.966	12.287	15.242	64.318 (12%)
Cali	3.712	5.357	6.942	6.872	10.236	11.838	44.957 (8%)
Bucaramanga	1.285	2.323	3.236	3.441	4.342	4.673	19.300 (4%)
Barranquilla	1.166	1.380	1.601	1.645	2.423	4.273	12.488 (2%)
Manizales	790	933	1.186	1.161	2.044	3.213	9.327 (2%)
Bello	1.120	1.293	1.263	1.210	1.836	2.208	8.930 (2%)
Ibagué	544	552	810	1.126	1.839	3.060	7.931 (1%)

Pereira	417	726	870	947	2.020	2.921	7.901 (1%)
Popayán	439	686	927	822	1.553	2.220	6.647 (1%)
Total TOP 10 municipios	34.589	44.550	52.099	52.977	80.429	99.193	363.837 (67%)
Total	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	545.555

A nivel local, las ciudades o municipios con mayor número de casos durante el 2014 al 2019 son Bogotá, D.C., con un 33%, seguida de Medellín con un 12% y Cali con un 8% del total.

- *Análisis de variables en la atención en salud*

Con respecto a las variables en la atención en salud, en la siguiente tabla se relacionan las PQRD del motivo específico de acuerdo con la clasificación de riesgo para la integridad de los usuarios:

Tabla 38. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por tipo de riesgo

Riesgo de vida	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
No	47.020	57.587	64.029	58.220	89.888	115.414	432.158 (79%)
Sí	1.640	4.840	11.228	18.809	29.257	47.623	113.397 (21%)
Total	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	545.555

De acuerdo el tipo de riesgo se evidencia que del 100% de las PQRD recibidas en la Superintendencia Nacional de salud por falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, entre 2014 y 2019, el 21% corresponde a usuarios con Riesgo de Vida, es decir que su condición en salud es grave y requiere una atención inmediata.

Igualmente, con relación las PQRD por clasificación de patologías o diagnósticos del usuario, se presenta la distribución entre las 10 principales categorías de patologías identificadas:

Tabla 39. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por patología

Patología	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Cáncer	1.265	2.125	1.641	2.410	6.209	8.985	22.635 (25%)
Enfermedades osteoarticulares	111	111	121	1.887	6.242	5.055	13.527 (15%)
Enfermedades crónicas no transmisibles cardiovasculares	434	609	3.964	1.076	2.504	4.264	12.851 (14%)
Enfermedades huérfanas	898	979	1.674	1.339	1.672	2.642	9.204 (10%)
Materno infantil	742	814	420	1.325	2.624	3.053	8.978 (10%)
Enfermedades crónicas no transmisibles –diabetes	354	275	224	633	1.436	2.306	5.228 (6%)
Salud mental	123	124	164	639	1.501	2.506	5.057 (6%)
Enfermedades neurológicas	136	173	168	441	866	1.167	2.951 (3%)
Enfermedades crónicas no transmisibles –renales	92	81	72	290	706	1.146	2.387 (3%)
Enfermedades crónicas no transmisibles respiratorias	135	116	116	209	554	791	1.921 (2%)
Total TOP 10 patología	4.290	5.407	8.564	10.249	24.314	31.915	84.739 (95%)
Total	4.537	5.647	8.742	10.807	25.521	33.555	88.809

De esta manera se reconoce a la categoría de enfermedades crónicas no transmisibles como la de mayor frecuencia en las PQRD relacionadas con la falta de oportunidad en la asignación de consultas especializadas, con un 26%, seguido de las enfermedades huérfanas y condiciones en la población materno-infantil con un 17% respectivamente.

Esto se correlaciona con los datos de la siguiente tabla, donde se identifica los procedimientos de alto costo con mayor frecuencia asociados a PQRD por falta de oportunidad en las consultas médicas especializadas, en general, relacionadas al manejo de enfermedades crónicas, huérfanas o a condiciones de la población materno infantil:

Tabla 40. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por alto costo

Alto costo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Quimioterapia y radioterapia para el cáncer	112	170	199	262	550	1.410	2.703 (45%)
Manejo del trauma mayor	20	29	154	74	213	107	597 (10%)
Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH	18	17	28	39	102	325	529 (9%)
Reemplazos articulares	4	8	12	22	53	401	500 (8%)
Trasplante renal	-	-	-	11	80	245	336 (6%)
Alimento en polvo con vitaminas, hierro, Zing, según guías OMS para menores de 6 y 24 meses, según el criterio médico o nutricionista tratante	-	-	1	5	56	167	229 (4%)
Trasplante de hígado	6	5	11	13	34	88	157 (3%)
Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón	11	3	9	7	12	101	143 (2%)
Hemodiálisis	6	3	9	14	24	86	142 (2%)
Trasplante renal, de corazón, de hígado, médula ósea y de córnea	19	25	61	29	1	-	135 (2%)
Total TOP 10 alto costo	196	260	484	476	1.125	2.930	5.471 (91%)
Total	228	288	523	539	1.219	3.241	6.038

De esta manera, se puede identificar nuevamente la quimioterapia y radioterapia para el tratamiento del cáncer como la principal categoría de alto costo relacionada con la falta de oportunidad en la asignación de consultas médicas especializadas, vitales para garantizar la continuidad en la atención de usuarios con cáncer, la tercera causa de mayor mortalidad en el país.

- *Análisis de los Vigilados*

En esta categoría se encuentra la clasificación de las PQRD relacionadas con la falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada de acuerdo con el tipo de régimen. En la siguiente tabla se observa el número de PQRD en el régimen contributivo:

Tabla 41. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por Top 10 EPS régimen contributivo

EPS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Nueva EPS	6.226	6.413	7.216	7.611	11.617	14.543	53.626 (13%)
Coomeva	2.355	4.537	8.100	8.677	12.243	13.613	49.525 (12%)
Salud Total	2.922	3.770	5.284	6.842	10.893	13.668	43.379 (11%)
Medimás	-	-	-	6.027	13.085	17.976	37.088 (9%)
Famisanar	1.918	2.909	3.851	4.582	9.544	11.848	34.652 (9%)
Cafesalud	3.385	5.089	17.649	7.530	-	-	33.653 (8%)
Saludcoop	12.389	14.956	8	-	-	-	27.353 (7%)
EPS Sura	3.384	2.940	2.853	3.193	5.485	8.450	26.305 (7%)
Compensar	932	1.917	3.108	4.508	6.034	8.006	24.505 (6%)
Cruz Blanca	3.385	3.569	3.366	2.655	5.921	4.678	23.574 (6%)
Total TOP 10 EPS régimen contributivo	36.896	46.100	51.435	51.625	74.822	92.782	353.660 (88%)
Total	40.403	51.063	57.689	58.767	86.692	108.160	402.774

En el régimen contributivo, entre 2014 a 2019, la EPS con mayor número de PQRD por falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, es Nueva EPS, con un 13%, seguido de Coomeva, con un 12% y Salud total, con un 11%.

A continuación, se encuentra el número de PQRD en el régimen subsidiado:

Tabla 42. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por Top 10 EPS régimen subsidiado

EPS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Capital Salud	338	610	1.277	1.902	4.786	8.919	17.832 (18%)
Savia Salud EPS	-	92	2.335	2.550	4.033	5.318	14.328 (14%)
Medimás	-	-	-	780	2.470	4.861	8.111 (8%)
Emssanar	256	559	1.213	1.062	1.618	2.723	7.431 (7%)
Asmet Salud	236	444	737	628	1.809	2.893	6.747

							(7%)
Saludvida	246	258	621	869	1.115	3.117	6.226 (6%)
Nueva EPS	-	-	1.488	650	1.187	2.143	5.468 (5%)
Coosalud	171	260	571	584	1.302	2.210	5.098 (5%)
Comparta	159	236	466	550	1.082	1.884	4.377 (4%)
CCF Huila “comfamiliar Huila”	210	235	386	396	613	1.425	3.265 (3%)
Total TOP 10 EPS régimen subsidiado	1.616	2.694	9.094	9.971	20.015	35.493	78.883 (77%)
Total	4.552	6.988	11.922	12.854	23.977	41.571	101.864

En el régimen subsidiado, entre 2014 a 2019, la EPS con mayor número de PQRD por falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, es Capital Salud con un 18%, seguido de Savia Salud EPS con un 14% y Medimás con un 8% del total.

Tabla 43. PQRD recibidas en las SNS Falta con motivo falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médica, por otro tipo de Vigilados

Tipo de régimen/entidad	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Régimen contributivo	40.403	51.063	57.689	58.767	86.692	108.160	402.774 (74%)
Régimen subsidiado	4.552	6.988	11.922	12.854	23.977	41.571	101.864 (19%)
Regímenes de excepción y especiales	3.282	3.725	4.633	4.621	7.302	11.198	34.761 (6%)
Administradoras de riesgos laborales	-	189	280	337	596	859	2.261 (<1%)
Entidades territoriales	80	121	220	178	269	495	1.363 (<1%)
Entidades adaptadas al sistema	141	229	237	149	141	233	1.130 (<1%)
Empresas de medicina prepagada	49	105	274	117	119	452	1.116 (<1%)
Otro tipo vigilado	153	7	2	3	-	2	167 (<1%)
Compañías de seguros	-	-	-	3	49	67	119 (<1%)
Total	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	545.555

6. Discusión y Conclusiones

6.1. Discusión

En el presente estudio se identifican las principales características de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias interpuestos a la Superintendencia Nacional de Salud en el marco del SGSSS en Colombia entre el 2014 y 2019. Se evidencia un incremento progresivo del número de PQRD desde el año 2014, principalmente en los centros urbanos del país. Se identifica una proporción mayor de quejas por usuarios mayores de 65 años, así como personas en condición de discapacidad, consecuente con la transición demográfica por la que atraviesa el país. A pesar de la mayor recepción de PQRD en las grandes ciudades, se resalta Quindío y Risaralda por su alta tasa de quejas por densidad poblacional, así como una mayor proporción en el régimen contributivo. Frente a las PQRD por EPS se observa mayor concentración por tasa de Medimás en ambos regímenes. En el régimen de excepción el mayor porcentaje de quejas se encuentra en el Magisterio. Frente al motivo de queja el mayor número se relacionó con la restricción al acceso a los servicios de salud, por falta de oportunidad, principalmente en la asignación de citas médicas por especialista.

Estos resultados son consecuentes con los hallazgos sobre la vulneración del derecho a la salud plasmado en las barreras de acceso de diverso tipo interpuestas por los actores del sistema y que son parte de las problemáticas en el modelo actual de atención en salud (1,3,12,14,19,20,43,48), reflejando la persistencia de las fallas estructurales del SGSSS, a pesar de las reformas realizadas en los últimos veinte años en el país. Así mismo, se encuentra relación entre las características sociodemográficas, geográficas, epidemiológicas y de aseguramiento del país con el análisis realizado de las PQRD, evidenciando elementos de gran impacto en la atención en salud, como en poblaciones con enfermedad oncológica, zonas de difícil acceso y baja disponibilidad de servicios y recurso humano, además de las dificultades de acceso a servicios de comunicación como internet y telefonía celular o fija en territorios con población rural dispersa que limitan la posibilidad de sus habitantes de utilizar los mecanismos de contacto de la SNS, a pesar un mayor perfil de morbi-mortalidad asociado altos niveles de pobreza, desigualdad social

y desempleo, generadores de barreras para acceder a los servicios de salud (10,11,45,48). A esto se suma la baja disponibilidad de recursos físicos y de talento humano en salud en el país, ante una mayor concentración en los principales centros urbanos en el país, limitando la oportunidad en la atención, adicional a la baja cantidad de médicos especialistas en el país, siendo correlativo con el principal motivo de queja interpuesto en la Superintendencia de Salud, la falta de oportunidad en la asignación de consulta médica por especialista(10,64). De esta manera, el comportamiento de las PQRD en el territorio demuestra claras inequidades en el sistema de salud colombiano, con mayor impacto en las poblaciones especiales, siendo destacable el fenómeno del cáncer en el perfil epidemiológico del país, al ser el grupo por patología con mayores barreras de acceso en las diferentes fases de atención y que requiere de un estudio particular para identificar sus causas a nivel estructural.

Igualmente, el comportamiento de estos resultados de manera histórica se relaciona con las inequidades sociales evidentes en el país, siendo el acceso a la atención en salud un reflejo de la capacidad de los estados de garantizar el bienestar de sus ciudadanos, así como un factor de la calidad de vida de las personas que redundando en el nivel de salud de cada individuo (2,11,19,24). El sistema de salud es un factor estructural determinante de la salud (10), y el acceso un atributo esencial en la continua interacción de la población con éste. Bajo este panorama, los hallazgos en este estudio pueden relacionarse con los modos de vida y organización del Estado, en donde la salud es un determinante de la calidad de vida, y el acceso a la salud es la base para el bienestar de los individuos y comunidades.

Así mismo, las EPS como aseguradoras en el SGSSS del acceso a los servicios de salud de los usuarios, se evidencia el mayor número de quejas a estos actores, correspondiente con los hallazgos en estudios donde son estos actores quienes ejercen mayor número de barreras de acceso, especialmente de tipo administrativo, limitando el derecho de sus afiliados a una atención de calidad (3,16). Dicha limitación se encuentra asociada a factores como la corrupción, ejemplo de ello es el caso SaludCoop, donde aún se ven sus efectos sobre la atención recibida de sus afiliados en la actual Medimás; así como la primacía del interés económico sobre el derecho, los conflictos de intereses entre aseguradores y prestadores, la fragmentación de los servicios y el incumplimiento de la normatividad (3,18,21,49); siendo el reflejo de la cronicidad de las fallas del sistema de

salud, especialmente de la supremacía del concepto de la EPS como empresa medida sólo por resultados financieros y no por sus resultados en la salud de sus usuarios, a pesar de la existencia de normas reglamentarias en este aspecto. A su vez, la tendencia de las PQRD evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo los órganos de inspección, vigilancia y control para garantizar actuaciones adecuadas de los demás actores del sistema, principalmente de aquellos en los que se identifique prácticas indebidas que vulneren el derecho a la salud de los ciudadanos. Más allá de sólo plantear reformas a nivel normativo, es relevante establecer los aspectos que requieren de mayor vigilancia en el sistema de salud, siendo la ciudadanía quien interactúa cotidianamente en el marco del SGSSS, es imperante reconocer su perspectiva y vivencias para acceder a la atención de salud.

Por tanto, desde la perspectiva del usuario, los resultados expresan una insatisfacción con los servicios de salud, principalmente por problemas en el acceso efectivo a una atención de calidad, relacionadas a la baja disponibilidad de recursos en el sistema de salud, la fragmentación de la atención y el bajo nivel de resolutivez de los primeros niveles de atención (7,25,49), y requieren de un abordaje sistémico para analizar a profundidad sus causas y consecuencias para la salud de individuos, familias y comunidades, en el marco de la atención integral en salud promovida como nueva política de atención desde el Ministerio de Salud (11). Para ello, es necesario el uso de estos resultados para orientar el modelo de atención acorde a la realidad de acceso de los usuarios con el fin de eliminar las barreras a las que diariamente se enfrentan las poblaciones para recibir un servicio de salud, así como el fortalecimiento de la participación de la comunidad en la toma de decisiones en salud. Adicional a ello, esta información permite la evaluación de otros principios del SGSSS como la calidad, oportunidad y continuidad, bases del SOGCS.

De esta manera, las PQRD se configuran como un indicador para evaluar la calidad de la atención en salud en el marco del sistema de salud, y son un insumo para mejorar el cuidado de las personas, la reducción de errores durante el proceso de atención y una mayor accesibilidad a estos servicios, tomando en cuenta la óptica del usuario (65–69). Sin embargo, la baja utilización de esta información requiere de un mayor análisis de éstas con el fin de mejorar la experiencia de los usuarios durante su interacción en el sistema (65,67). Por tanto, se recomienda continuar con estudios que permitan evaluar estrategias para disminuir las barreras de acceso al SGSSS en el país, de acuerdo con el contexto particular de cada región. Igualmente, su utilidad también puede ser aplicable en reformas

del sistema de salud requeridas para eliminar sus problemáticas estructurales con incidencia positiva en la salud de la población colombiana, e inclusive, para el planteamiento de un nuevo sistema.

Por último, es necesario explorar el fenómeno de accesibilidad a los servicios de salud desde el análisis detallado de las PQRD, evaluando otros motivos de queja como la negación de servicios, ineficacia en la atención, limitación en la información, el trato inequitativo, entre otros, y que reflejan la percepción de los ciudadanos frente a capacidad de respuesta del sistema de salud así como sus principales falencias, como insumo para generar acciones de mejorar en el ámbito institucional, local, regional y nacional en el sector salud, desde un enfoque que permita disminuir las desigualdades e inequidades sociales, siendo la salud un factor estructural para garantizar el bienestar de las sociedades y generar impactos positivos en la calidad de vida de la población colombiana.

6.2. Conclusiones

En el presente estudio se identifica la información contenida en el Sistema de información de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias de la Superintendencia Nacional de Salud, para el análisis de variables de estudio que categorizan los datos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Se reconoce en el análisis de los datos el comportamiento de las PQRD en el país de acuerdo con características sociodemográficas, geográficas, de la atención en salud y motivos, siendo de especial análisis la falta de oportunidad en la asignación de consulta médica por especialista y su comportamiento con base a las variables de estudio, como principal motivo de queja durante el periodo de tiempo analizado.

Los resultados son consecuentes con las barreras de acceso a los servicios de salud identificadas en la literatura y hacen parte de los problemas estructurales del sistema de salud colombiano, denota la necesidad de intervención oportuna para disminuir las brechas e inequidades en el goce efectivo del derecho a salud en el país. Se requiere continuar explorando el fenómeno de las PQRD en salud a nivel nacional que permita un análisis profundo de los determinantes sociales que inciden en la salud de la población, de acuerdo con los contextos y realidades que los sujetos de atención viven para garantizar el derecho a salud y al bienestar de la población.

A. Anexo: Descripción de variables de estudio

Nombre	Descripción	Tipo de Variable	Medición
MES	Describe el mes en el que se radicó la PQRD (De 1 a 12)	Cuantitativa de razón	Frecuencia
PQR_CODIGO	Presenta el Número de radicado de la PQRD (estructuras variables)	Cualitativa	NA
PQR_CANAL	Describe los canales de recepción que dispone la Supersalud para recibir las PQR: Web, Personalizado, Telefónico, Escrito, Correo, Redes Sociales, Chat, Evento y Medios de Comunicación	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
AFEC_GENERO	Describe el género del afectado: Hombre, mujer y sin información.	Cualitativa nominal	Frecuencia, porcentajes de participación
AFEC_EDAD	Describe el grupo de edad del afectado: De 0 a 5 años, de 13 a 17 años, de 18 a 24 años, de 25 a 29 años, de 30 a 37 años, de 38 a 49 años, de 50 a 62 años, de 6 a 12 años, mayor de 63 años y (Sin Información)	Cuantitativa discreta	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
AFEC_POBESPECIAL	Describe si el afectado pertenece a población especial: Desplazado, Habitante de la Calle, Mujer en estado de Gestación, Persona en Condición de Discapacidad, Población Carcelaria (Presos), Trabajador Sexual, Violencia de género y no aplica	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
ENT_TIPOVIG_SNS	Presenta el régimen del afectado: Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes De Excepción Y Especiales, Entidades Territoriales, Empresas De Medicina Prepagada, Administradoras De Riesgos Laborales, Entidades Adaptadas Al Sistema, Otro Tipo Vigilado, Compañías De Seguros, Ips, Supersalud Y (Sin Información)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
ENT_COD_SNS	Describe el Código de habilitación de las entidades	Cualitativa	NA
ENT_ALIAS_SNS	Describe el nombre de las entidades	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación, tasa por número de afiliados
ENT_COD_DEPTO	Describe el código del departamento donde se reporta la PQRD (Divipola)	Cualitativa nominal	NA

Nombre	Descripción	Tipo de Variable	Medición
ENT_DPTO	Describe el nombre del departamento donde se reporta la PQRD	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
ENT_COD_MPIO	Describe el código del municipio donde se reporta la PQRD (Divipola)	Cualitativa nominal	NA
ENT_MPIO_DANE	Describe el nombre del municipio donde se reporta la PQRD	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
PQR_CLASE_SNS	Describe la clasificación de la PQR: Reclamo o Solicitud de información	Cualitativa nominal	NA
COD_MACROMOT	Describe el código de los macromotivos (10 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	NA
MACROMOTIVO	Describe el nombre de los macromotivos (10 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
COD_MOTGEN	Describe el código de los motivos generales (34 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	NA
MOTIVO_GENERAL	Describe el nombre de los motivos generales (34 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
COD_MOTESP	Describe el código de los motivos específicos (298 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	NA
MOTIVO_ESPECIFICO	Describe el código de los motivos específicos (298 Códigos - Árbol de motivos)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
PATOLOGIA_1	Describe la patología del usuario: Problemas Relacionados Con Facilidades De Atención Médica U Otros Servicios De Salud, Cáncer, Enfermedades Crónicas No Transmisibles Cardiovasculares, Materno Infantil, Enfermedades Huérfanas, Enfermedades Osteoarticulares, Enfermedades Crónicas No Transmisibles –Diabetes, Salud Mental, Enfermedades Crónicas No Transmisibles –Renales, Enfermedades Neurológicas, Enfermedades Crónicas No Transmisibles Respiratorias, VIH Sida Y Otras Et Sexual, Enfermedades Crónicas No Transmisibles- Factores De Riesgo, Salud Oral, Reemplazos Articulares Prostéticos De Cadera O De Rodilla, Cuidado Intensivo Para Cualquier Patología, Salud Sexual Y Reproductiva, Enfermedades Inmunoprevenibles, Enfermedad Crónica Transmisible, Enfermedad Transmitida Por Vectores, Gran Quemado, Efectividad Global De La Atención Y (Sin Información)	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

RIESGO_VIDA	Describe si es una PQRD con riesgo de vida o no.	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
ALTO_COSTO	Describe si corresponde a un procedimiento de alto costo: Quimioterapia y radioterapia para el cáncer, Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH, Manejo del trauma mayor, TRASPLANTE RENAL, Hemodiálisis, Reemplazos articulares, Trasplante renal, de corazón, de hígado, médula ósea y de córnea, Manejo de pacientes en Unidades de cuidados intensivos, Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón, Alimento en polvo con vitaminas, hierro, Zinc, según guías OMS para menores de 6 y 24 meses, según el criterio médico o nutricionista tratante, Trasplante de hígado, Diálisis peritoneal, Trasplante de médula ósea, Trasplante de corazón, Trasplante de córnea, Implante coclear, Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central, Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas, Manejo médico quirúrgico del gran quemado, TRASPLANTE DE PULMÓN, cariotipo con fragilidad cromosómica para los menores de 18 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica, Fórmula láctea para menores de 6 meses -hijos de VIH positivas y no aplica.	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación
AÑO	Describe el año en el que se radicó la PQR: 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019	Cualitativa nominal	Frecuencia, medidas de tendencia central, porcentajes de participación

Bibliografía

1. Miguel L, Tovar-cuevas LM, Arrivillaga-quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia , 2000-2013. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2014;13(27):12–26.
2. Merlano-porras CA, Gorbanev I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2013;12(571):74–86.
3. Rodríguez JM, Rodríguez DP, Corrales JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana , 2013. Cien Saude Colet. 2013;20(6):1947–58.
4. García-ubaque LGMJC. Gestión de la crisis del sistema de salud en Bogotá1. 2017;19(1):129–33.
5. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 41.148; 1993 p. 1–500.
6. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 47.957; 2011 p. 1–51.
7. Gutiérrez C. El Sistema de Salud Colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Bogotá; 2018.
8. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. Colombia: Diario Oficial de Bogotá N° 46.506; 2007 p. 1–18.
9. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 49.427; 2015 p. 1–13.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS)- Colombia,2018. Bogotá; 2019.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud. MINSALUD. 2016;1–94.
12. Barrero O. Caracterización de las barreras de acceso a los servicios de salud a partir de la encuesta multipropósito 2014. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA); 2017.
13. Reina C. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Centro de estudios Económicos Regionales-Banco de la República. Cartagena; 2014.
14. Restrepo-zea JH. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud:

- ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *. 2018;20(6):670–6.
15. Superintendencia Nacional de Salud. Informe seguimiento a la estrategia Gobierno en Línea - Política de Gobierno Digital [Internet]. Bogotá; 2018. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ControlInterno/InformesEstatutoAnticorrupcion/SS-Seg Estrategia GEL 3-2018-011650 12-07-2018.pdf>
 16. Corte Constitucional de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. La Tutela en Salud. Informe de cumplimiento de la vigencia 2016. Bogotá; 2018.
 17. Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa N° 008 de 2018. Colombia: Superintendencia Nacional de Salud; 2018 p. 1–66.
 18. Suárez-rozo LF, Puerto-garcía S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2017;16(32):34–50.
 19. Herrera J, García R, Herrera K. La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal. *Rev Bioética y Derecho y Perspect Bioéticas*. 2016;36(1):67–84.
 20. Caballero CV. Las crisis del Sector Salud. *Salud Uninorte*. 2012;28(2):5–8.
 21. Yepes F. ¿Por qué la crisis multisistémica de la salud? *Rev Gerenc*. 2013;12(24):5–7.
 22. Superintendencia Nacional de Salud. Mapa de Procesos de la SuperSalud [Internet]. SuperSalud. 2019 [cited 2019 Oct 24]. Available from: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/procesos-y-procedimientos>
 23. García-Ubaque J, Quintero-Matallana C. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2008;10(4):583–92.
 24. Yepes F. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2010;9(18):118–23.
 25. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho , el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Publica Mex*. 2015;57(5):433–40.
 26. Plazas-gómez CV, Moreno-guzmán DM. Impacto económico de las acciones de tutela en salud en Colombia. *Vniversitas*. 2017;1(135):325–76.
 27. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Colombia: Corte Constitucional; 1991 p. 1–125.

28. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud colombia. Bogotá; 2009.
29. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):144–55.
30. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2006 p. 1–17.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá; 2012.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Colombia: Minsalud; 2016 p. 1–6.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 489 de 2019. Colombia: Minsalud; 2019 p. 7–8.
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Colombia: Minsalud; 2019 p. 1–17.
35. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Censo Nacional de Población y vivienda, 2018-Colombia [Internet]. Bogotá; 2018 [cited 2020 May 2]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
36. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2018. Bogotá; 2019.
37. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez L, Sánchez H, et al. Encuesta Nacional de Salud 2007, Resultado Nacionales. 1st ed. Ministerio de la Protección Social, editor. Bogotá: Minsalud; 2007. 1-343 p.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores para el seguimiento del talento humano en salud por Departamento-Colombia [Internet]. Observatorio Nacional de Talento Humano. 2018 [cited 2020 May 2]. Available from: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>
39. Santos A, García M, Chicaiza L. ¿Crisis financiera o de gestión? Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales. *Apunt del CENES.* 2015;61(61):177–206.
40. Riveros E, Amado L. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? 2012;11(23):111–20.
41. Bardey D, Buitrago G. Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Rev Desarro y Soc.* 2016;(77):231–62.

42. López A. Modelo de integración de servicios y niveles en salud que permita viabilizar la respuesta efectiva y resolutive del sistema de salud colombiano. Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2016.
43. Bejarano J, Hernández D. Fallas del mercado de salud colombiano. *Rev Fac Med.* 2017;65(1):107–13.
44. Londoño JL. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. 1997.
45. Chernichovsky D, Prada SI. Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: una propuesta. *Estud Gerenciales [Internet].* Universidad ICESI; 2015;31(135):163–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.10.004>
46. Franco A. Medicina de estilos de vida como estrategia para el mejoramiento de la salud de la población y la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia. Universidad EAN; 2019.
47. Moreno G. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia . ¿ La solución a los problemas del sistema ? 2016;22(2):73–4.
48. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Centro de Estudios Económicos Regionales, editor. Cartagena: Banco de la República; 2014. 1-45 p.
49. Marin Y, Chavez B. Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;32(1):62–70.
50. Alvarez G, García M, Londoño M. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Rev CES Derecho.* 2016;7(2):106–25.
51. Bedoya C, García D, Perez Y. Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: Revisión sistemática de la literatura. Universidad CES; 2016.
52. Congreso de Colombia. Ley 15 de 1989. Colombia: Diario oficial de Bogotá; 1989 p. 1–64.
53. Presidencia de la República. Decreto 1472 de 1990. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 39457; 1990 p. 1–19.
54. Presidencia de la República. Decreto 2165 de 1992. Colombia: Diario oficial de

- Bogotá N° 40.703; 1992 p. 1–27.
55. Ministerio de Gobierno. Decreto 1259 de 1994. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 41.406; 1994 p. 1–35.
 56. Presidencia de la República. Decreto 1018 de 2007. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 46.856; 2007.
 57. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2462 de 2013. Colombia: Minsalud; 2013 p. 1–37.
 58. Congreso de la República. Ley 1949 de 2019. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 50.830; 2019 p. 1–12.
 59. Congreso de la República. Ley 1755 de 2015. Colombia: Diario oficial de Bogotá N° 49.559; 2015 p. 1–9.
 60. Superintendencia Nacional de Salud. Bases de datos PQRD 2014 a 2019 de la Superintendencia Nacional de Salud [Internet]. Datos Abiertos Colombia. 2020 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://www.datos.gov.co/>
 61. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de SISPRO-BDUA [Internet]. MINSALUD. 2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
 62. Superintendencia Nacional de Salud. Reporte de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias [Internet]. SNS. 2020 [cited 2020 Apr 20]. Available from: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>
 63. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución de liquidaciones realizadas a EAPB en Colombia [Internet]. SNS. 2020 [cited 2020 Apr 29]. Available from: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/resoluciones>
 64. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores para el seguimiento del talento humano en salud por perfil de formación-Colombia [Internet]. Observatorio Nacional de Talento Humano. 2018 [cited 2020 May 2]. Available from: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>
 65. O’Dowd E, Lydon S, Madden C, O’Conor P. Systematic Review A systematic review of patient complaints about general practice. *Fam Pract.* 2019;(2):1–9.
 66. Nowotny B, Loh E, Lorenz K, Wallace E. Sharing the pain: lessons from missed opportunities for healthcare improvement from patient complaints and litigation in the Australian health system. *Aust Heal Rev.* 2019;43:382–91.
 67. Råberus A, Holmström IK, Galvin K, Sundler AJ. The nature of patient complaints :

a resource for healthcare improvements. 2018;1–7.

68. Harrison R, Walton M, Healy J, Smith-merry J, Hobbs C. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(2):240–5.
69. Barruba M, Melder A. Best practice for complaints management processes and evaluation: Scoping review. Centre for Clinical Effectiveness. Melbourne, Australia; 2019.
67. Harrison R, Walton M, Healy J, Smith-merry J, Hobbs C. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(2):240–5.
68. Barruba M, Melder A. Best practice for complaints management processes and evaluation: Scoping review. Centre for Clinical Effectiveness. Melbourne, Australia; 2019.