

Comportamiento de las *PQRD* en la Supersalud, en el periodo 2023 tras el anuncio de la propuesta a la reforma de la salud en Colombia

Angie Paola Montoya Ostia, Danixa Reatiga González y Diego José Machado Arias

Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Auditoría en Salud

Director

Erimar Carolina Bracho Colina

Postdoctora en Gerencia en las Organizaciones

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas Administrativas y Contables

Especialización en Auditoría en Salud

2024

Contenido

Introducción	11
1. Comportamiento de las PQRD en la Supersalud, en el 2023, para evaluar la tendencia de estas tras el anuncio de la propuesta a la reforma de la salud en Colombia	13
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Justificación.....	15
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
2. Marco Referencial.....	18
2.1 Antecedentes	18
2.2 Marco Teórico	24
2.2.1 La Superintendencia Nacional de Salud (SNS)	24
2.2.2 Trámite de las PQRD	25
2.2.3 Tiempos de respuesta.....	25
2.2.4 Consolidación de las PQRD.....	26
2.2.5 Macromotivos de las PQRD	26
2.2.6 Propuesta de la reforma de la salud en Colombia.....	27
2.3 Marco Conceptual	29
2.4 Marco Legal	30

2.4.1 Leyes que han procurado ajustes amplios en el sistema de salud de Colombia	30
2.4.2 Normas que han generado cambios en aspectos institucionales	32
3. Método	32
3.1 Enfoque de la Investigación	33
3.2 Alcance de Investigación	33
3.3 Diseño de la Investigación	34
4. Resultado	35
4.1 Análisis General de las PQRD la Supersalud en el año 2023	35
4.1.1 Variables para el Análisis de las PQRD	35
4.1.2 Reclamos radicados por departamento	36
4.1.3 Reclamos radicados por régimen de afiliación y tipo de entidad	37
4.1.4 Reclamos radicados por macromotivos	40
4.1.5 Reclamos radicados por motivos específicos	45
4.2 Influencia del anuncio de la reforma en salud frente a las PQRD en salud, comparando los años 2022 y 2023.....	52
4.3 Escenarios posibles del proyecto de reforma de la salud, relacionando las PQRD por principales macro motivos en el periodo del 2023.....	55
5. Conclusiones.....	58
Referencias	61
Apéndices	66

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Balance general anual de PQRD en el año 2023</i>	35
Tabla 2. <i>Balance de reclamos por macromotivos en el año 2023</i>	40
Tabla 3. <i>Reclamos por macromotivos en el primer semestre del 2023</i>	42
Tabla 4. <i>Reclamos por macromotivos en el segundo semestre del 2023</i>	44
Tabla 5. <i>Balance de reclamos por motivos específicos en el año 2023</i>	45
Tabla 6. <i>Reclamos por motivos específicos en el primer semestre del 2023</i>	48
Tabla 7. <i>Reclamos por motivos específicos en el segundo semestre del 2023</i>	51
Tabla 8. <i>Influencia del anuncio de la reforma en salud frente a las PQRD en salud, comparando los años 2022 y 2023</i>	52
Tabla 9. <i>Planteamiento de escenarios posibles del proyecto de reforma de la salud, relacionando las PQRD por principales macromotivos en el periodo del 2023</i>	55

Lista de figuras

Figura 1. <i>Reclamos por entidades del régimen contributivo en el 2023</i>	38
Figura 2. <i>Reclamos por entidades del régimen subsidiado en el 2023</i>	38
Figura 3. <i>Reclamos por entidades de otros regímenes en el 2023</i>	39

Lista de Apéndices

Apéndice A. *Consolidado del comportamiento de los reclamos en salud (PQRD), formulados por los usuarios del Sistema Nacional de Salud ante la Supersalud en el periodo comprendido entre enero - diciembre de 202366*

Resumen

El presente trabajo de grado tiene como *objetivo* evaluar el comportamiento de las *PQRD* en la Supersalud de Colombia, en el periodo 2023 tras el anuncio de la propuesta a la reforma de la salud en Colombia. El *problema* central radica en la incertidumbre generada por la reforma, la cual plantea interrogantes sobre su efecto en la percepción de los usuarios y la calidad del servicio. El *método* de investigación empleado tuvo un enfoque cualitativo, con un alcance de tipo explicativo y un diseño bibliográfico, analizando datos de la Superintendencia Nacional de Salud y comparando las PQRD de 2023 con las de 2022 para determinar cambios presentados. Los *resultados* revelaron un aumento en las PQRD en 2023, principalmente asociadas a barreras de acceso de los usuarios a los servicios de salud. Esta tendencia creciente en las PQRD evidencia las preocupaciones de los usuarios sobre el acceso y la calidad de los servicios en el contexto de la reforma. La comparación con reformas similares en Chile y Perú resalta desafíos comunes en la región. Como *Conclusión* refleja que la reforma y los nuevos cambios en salud planteados deben abordar estas preocupaciones para garantizar un sistema de salud equitativo y eficiente, recomendando una gestión transparente y participativa para fortalecer la confianza de los usuarios.

Palabras clave: PQRD, reforma de salud, acceso a servicios, calidad de atención, Colombia

Abstract

The present thesis *Objective* evaluates the behavior of PQRDs (Petitions, Complaints, Claims, and Denunciations) in the Colombian Superintendence of Health during 2023, following the announcement of the proposed health reform in Colombia. The *central Problem* lies in the uncertainty generated by the reform, which raises questions about its effect on user perception and service quality. The *research method* employed a qualitative approach with an explanatory scope and a bibliographic design, analyzing data from the National Health Superintendence and comparing PQRDs from 2023 with those from 2022 to determine any changes. The *Results* revealed an increase in PQRDs in 2023, mainly associated with barriers to access to health services for users. This growing trend in PQRDs highlights users' concerns about access and quality of services within the context of the reform. The comparison with similar reforms in Chile and Peru underscores common challenges in the region. The *Conclusion* reflects that the reform and the proposed new changes in healthcare must address these concerns to guarantee an equitable and efficient health system, recommending transparent and participatory management to strengthen user confidence.

Keywords: PQRD, health reform, access to services, quality of care, Colombia

Glosario

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entidad encargada de administrar los recursos financieros del sistema de salud en Colombia (Ley 1753 de 2015).

APS: Atención Primaria en Salud. Enfoque de la atención médica que prioriza la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de enfermedades comunes en el primer nivel de atención (Declaración de Alma-Ata, 1978).

CAPS: Centro de Atención Primaria en Salud. Establecimiento de salud que brinda atención integral e integrada en el primer nivel de atención (Propuesta de reforma de la salud en Colombia, 2023).

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Entidad encargada de la producción y difusión de estadísticas oficiales en Colombia.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. Entidades responsables de la afiliación, el recaudo de cotizaciones y la gestión del riesgo en salud en (Ley 1751 de 2015).

EPS: Entidades Promotoras de Salud. Entidades responsables de la afiliación, el recaudo de cotizaciones y la gestión del riesgo en salud en Colombia, *actualmente conocidas como EAPB* (Ley 100 de 1993).

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía. Fondo creado para garantizar la prestación de servicios de salud a la población no cubierta por el régimen contributivo. Reemplazado por la ADRES) (Ley 1122 de 2007).

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Entidades que brindan servicios de salud, como hospitales, clínicas, centros de salud, etc. (Ley 100 de 1993).

IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Entidad encargada de evaluar la eficacia, seguridad y costo-efectividad de las tecnologías sanitarias en Colombia (Ley 1438 de 2011).

OPS: Organización Panamericana de la Salud. Organismo internacional de salud pública que trabaja para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas en las Américas (Ley 1438 de 2011).

PQRD: Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias. Mecanismo de participación ciudadana para expresar inconformidades o solicitar información relacionada con la prestación de servicios de salud (Circular 008 del 2018).

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud. Guías que definen el conjunto de intervenciones y servicios de salud que se deben brindar a las personas con determinadas condiciones de salud (Ley 1753 de 2015).

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sistema de salud colombiano que busca garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población (Ley 100 de 1993).

SNS - Supersalud: Superintendencia Nacional de Salud. Entidad encargada de la inspección, vigilancia y control del sistema de salud en Colombia (Ley 1122 de 2007).

UPC: Unidad de Pago por Capitación. Valor que se paga a las EAPB por cada afiliado, independientemente de su estado de salud o uso de servicios (Ley 1122 de 2007).

Introducción

El sistema de salud colombiano presentó un punto de inflexión tras la presentación de la propuesta de reforma en 2023. Esta reforma suscitó un intenso debate público, generando incertidumbre sobre su impacto en la calidad, cobertura y eficiencia de los servicios de salud. En este contexto, las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), adquieren una relevancia crucial como indicador de la percepción de los usuarios sobre el sistema.

El presente trabajo propone analizar el comportamiento de las PQRD en el año 2023, tras el anuncio de la propuesta de la reforma en salud en dicho año. El objetivo es comprender cómo esta coyuntura ha influido en las inquietudes y demandas de los ciudadanos, y qué implicaciones tiene esto para la garantía del derecho a la salud. Mediante un análisis de los datos de la Superintendencia de Salud, se examinarán las tendencias en los motivos de las PQRD, identificando los principales desafíos que enfrentan los usuarios en su interacción con el sistema de salud.

Se estructura de la siguiente manera:

1. **Introducción.** Se presenta el contexto de la reforma a la salud en Colombia y su impacto en el sistema. Se plantea el problema de investigación, se justifica su relevancia y se establecen los objetivos del estudio.
2. **Marco referencial.** Se revisan los antecedentes de reformas en salud en América Latina, incluyendo Chile y Perú, y se establece el marco teórico y conceptual que guía la investigación. También se detalla el marco legal relevante para el estudio de las PQRD.
3. **Método.** Se describe el enfoque metodológico cualitativo, el alcance explicativo y el diseño bibliográfico empleados en la investigación.

4. Resultados. Se presentan los resultados del análisis de las PQRD, incluyendo tendencias generales, reclamos por departamento, régimen de afiliación, macromotivos y motivos específicos. Se evalúa la influencia del anuncio de la reforma en las PQRD y se plantean posibles escenarios futuros.

5. Conclusiones. Se resumen los hallazgos clave de la investigación, se discuten sus implicaciones y se formulan recomendaciones para mejorar la gestión de las PQRD y fortalecer la garantía del derecho a la salud en Colombia.

1. Comportamiento de las PQRD en la Supersalud, en el 2023, para evaluar la tendencia de estas tras el anuncio de la propuesta a la reforma de la salud en Colombia

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente el sistema de salud en Colombia está pasando por un momento álgido tras la radicación de la propuesta de reforma al sistema de salud, en el congreso de la república. Esta reforma anunciada en febrero del 2023 ha generado varias controversias, dadas las distintas confrontaciones entre los partidos políticos simpatizantes y detractores. Así como, la agudización en la demora en la prestación o no de servicios de salud (Botero y Lozano, 2023), el desabastecimiento de medicamentos (Minsalud, 2023), los comunicados de algunas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) donde manifiestan el no pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de presupuestos máximos y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) (Ortiz, 2024) y los comunicados del déficit de las reservas técnicas de las EAPB (Caicedo, 2023); hacen parte del panorama actual del estado del Sistema de Salud de Colombia. Esta reforma se planteó para mejorar la calidad, la cobertura y la eficiencia de la prestación de los servicios de salud en Colombia.

En el contexto de los distintos anuncios de las EAPB donde han manifestado la falta de garantías en el financiamiento y los no giros de recursos, es importante evaluar si hay impacto del anuncio a la reforma de la salud sobre las PQRD que se presentan ante la Supersalud en sus consolidados públicos. Es importante mencionar que las PQRD nacen como un mecanismo para que los usuarios puedan expresar su insatisfacción con la prestación de los servicios de salud y puedan exigir sus derechos.

Cabe anotar que pese al paso del tiempo y a través de los distintos comunicados por parte de entes gubernamentales, aún queda varias preguntas por resolver frente a cómo será el financiamiento del costo de la reforma a la salud, además de, otras preguntas de carácter operativo. Entrando en detalle, en el proyecto de ley no hay claridad entre el primer nivel de atención, la mediana complejidad y la alta complejidad; no hay lineamientos concretos para adscribir a un ciudadano a su respectivo Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), las EAPB son gestoras de vida, pero su función se superpone con la de las Redes Integradas e Integrales de Servicios (Torres, 2024).

En Colombia debe existir un sistema articulado de atención en salud dada la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles causantes el mayor número de muertes en el país. Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en su informe preliminar de Estadísticas vitales del 2023, las cinco primeras causas de muerte son: (a) enfermedades isquémicas del corazón, (b) enfermedades cerebrovasculares, (c) enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, (d) enfermedades hipertensivas y (e) infecciones respiratorias agudas. En cuanto al comportamiento de causas de muertes en hombres fueron: (a) enfermedades isquémicas del corazón, (b) enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, (c) enfermedades cerebrovasculares, (d) infecciones respiratorias agudas y (e) enfermedades hipertensivas. (DANE, 2023).

Dada la alta prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, es importante intervenir en un modelo de prevención primaria para prevenir el desarrollo de estas enfermedades. A su vez, se debe continuar mejorando la prevención secundaria para disminuir la tasa de defunciones por causa de enfermedades crónicas no transmisibles. Es así, que en Colombia existe un mecanismo para garantizar el adecuado acceso a los distintos servicios de salud, de esta

forma la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) puso a disposición de los colombianos en el 2018 el sistema de las PQRD, permitiendo que en sus facultades garantice la atención en salud a todos los colombianos para no ser vulnerado este derecho fundamental. Sirviéndose estas PQRD como un indicador indirecto de calidad, oportunidad y acceso al sistema de salud.

Bajo las anteriores premisas, en el presente proyecto de grado cabe preguntar, ¿Cómo influye el anuncio de la propuesta a la reforma de la salud en Colombia en el comportamiento de las PQRD radicadas en el año 2023?

1.2 Justificación

En la década de 1990, Colombia se embarcó en una ola de reformas neoliberales que incluían al sector salud. Como parte de este proceso, nació la Ley 100 de 1993, una iniciativa que buscaba transformar la manera en que se prestaban los servicios de salud a la población. La ley 100 creó un sistema de salud mixto, compuesto por entidades públicas y privadas. En este nuevo esquema, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) asumieron un rol central como recaudadoras, administradoras de recursos públicos y pagadoras a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). La ley también estableció la obligación de todos los colombianos de afiliarse a una EPS, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Durante casi tres décadas, la Ley 100 ha experimentado dos fases significativas. La primera fase, que se extendió desde 1993 hasta 2011, se caracterizó por una apertura del mercado de la salud. Esto provocó la proliferación de muchas EPS privadas, algunas sin consolidarse financieramente. En 2011, la Ley 1438 marcó el inicio de la segunda fase. Esta ley consolidó la Ley 100 e introdujo un nuevo enfoque en la Atención Primaria en Salud (APS), siguiendo las directrices de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Durante esta fase, se observó una

redistribución del mercado del aseguramiento, con la liquidación de varias EPS y la concentración del mercado en unas pocas grandes aseguradoras. (Restrepo, J., 2022).

Dados los cambios implementados en el sistema de salud, se publica para garantizar el derecho a la salud y la participación ciudadana, la Circular 008 del 2018 expedida por la SNS estableció las PQRD como un mecanismo fundamental (Circular 008, 2018). A través de las PQRD, los usuarios del sistema de salud pueden expresar sus inquietudes y quejas sobre la prestación de los servicios, lo que permite a las autoridades identificar y corregir las deficiencias del sistema, estas se pueden clasificar en macro motivos y motivos específicos.

En el año 2023, el gobierno nacional presentó un proyecto de reforma a la salud. Esta iniciativa buscaba implementar cambios importantes en el sistema, tanto en lo que depende del poder ejecutivo como en lo que se pueda acordar con las EAPB. Uno de los aspectos centrales de la reforma es fortalecer la APS, para mejorar la calidad de la atención y la accesibilidad para los usuarios. La principal reforma que propuso este gobierno al sistema de salud que ha existido en Colombia durante varias décadas, consiste en eliminar las EPS.

Para garantizar el derecho a la salud y la participación ciudadana, la Circular 008 del 2018 expedida por la Supersalud estableció las PQRD como un mecanismo fundamental. A través de las PQRD, los usuarios del sistema de salud pueden expresar sus inquietudes y quejas sobre la prestación de los servicios, lo que permite a las autoridades identificar y corregir las deficiencias del sistema, estas se pueden clasificar en macromotivos y motivos específicos.

La presente investigación se enfoca en abordar el problema de cómo el anuncio de la propuesta de reforma de la salud en Colombia incide en el comportamiento de las PQRD radicadas en el año 2023. En el contexto de nuestro sistema de salud, el cual está en un continuo cambio y con desafíos en cuanto a la calidad, oportunidad y eficacia de la atención médica, es fundamental

comprender cómo las propuestas de reforma de las políticas públicas pueden influir en el proceso de atención de la población.

Mediante la evaluación de los macromotivos de las PQRD registradas ante la Supersalud, se busca establecer qué influencia tiene la propuesta de la reforma a la salud en los diferentes procesos de las EAPB, y orientarnos a evaluar la percepción del usuario frente a su proceso de atención en salud.

Los resultados de la evaluación de datos realizadas podrán utilizarse como indicador indirecto para medir la garantía en la prestación de servicios de salud en el contexto de cambio en las políticas públicas de salud, y contribuye a entender el comportamiento de las PQRD en la reforma de la salud en Colombia. Permitiendo generar propuestas de valor para el mantenimiento de la calidad en los servicios de salud.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar el comportamiento de las PQRD en la Supersalud de Colombia, en el periodo 2023 tras el anuncio de la propuesta a la reforma de la salud en Colombia.

1.3.2 Objetivos específicos

Analizar los datos del consolidado general de las PQRD teniendo en cuenta los macro motivos reportados en los informes de la Supersalud durante el 2023, para identificar tendencias.

Establecer la influencia que tiene el anuncio del proyecto de la reforma de la salud, con respecto a la variación de la ocurrencia de las PQRD por macro motivos radicadas en el año 2023.

Formular escenarios posibles del proyecto de reforma de la salud, relacionando las PQRD por principales macro motivos en el periodo del 2023.

2. Marco Referencial

2.1 Antecedentes

Un análisis de las reformas sociales en salud en América Latina examina la viabilidad de establecer un sistema universal de salud en Chile. El estudio destaca el notable progreso del sistema chileno, que ha alcanzado una cobertura casi universal, en paralelo al desarrollo socioeconómico y sanitario del país. Sin embargo, su naturaleza heterogénea, compuesta por entidades públicas y privadas con diversas funciones, presenta desafíos que requieren reformas específicas.

A pesar de la privatización promovida en la reforma de 1980, la mayoría de la población chilena (80%) aún opta por el seguro público, evidenciando la coexistencia de diversos modelos de salud. La cobertura de aseguramiento es casi universal, incluyendo a quienes no pueden cotizar, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que cubre al 79,2% de la población.

El programa gubernamental chileno 2022-2026 propone una reforma hacia un sistema universal de salud estatal, con planificación central y financiamiento mayormente estatal. Esta reforma impactaría la calidad de la atención primaria y el rol de las instituciones privadas. No obstante, la propuesta carece de detalles sobre objetivos y recursos, y se alinea con la fallida propuesta constitucional de 2022, ambas marcadas por una ideología refundacional que prioriza un sistema estatal para garantizar el derecho a la salud (Gattini, 2023).

La propuesta del Fondo Universal de Salud (FUS) como reemplazo del FONASA plantea interrogantes sobre su sostenibilidad y eficiencia, considerando que la cotización actual del 7% es insuficiente y requiere un aporte fiscal estatal creciente. (Gattini y Morales, 2023).

En contraste, Colombia presenta una cobertura en salud del aproximado 99,26% de la población, gracias a un enfoque mixto de prestación de servicios y financiación diversa. El aporte de este estudio en este contexto radica en el enfoque de la reforma en salud, que busca fortalecer las redes de servicios y estatizar el sistema colombiano para mejorar la atención.

Un artículo de análisis y opinión describe la crisis social y política chilena, con énfasis en la demanda por acceso y cobertura universal de salud, donde revela que el sistema sanitario del país, tradicionalmente caracterizado por su organización y gestión efectiva, ha atravesado tres procesos de reforma fundamentales. El primero, en 1952, sentó las bases del Sistema Nacional de Salud (SNS). El segundo, durante la dictadura militar de 1980, fragmentó el SNS, descentralizando la atención hospitalaria y promoviendo el sector privado mediante la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y los seguros privados de salud. La tercera reforma, implementada entre 2002 y 2005, buscó avanzar en equidad, derechos de los usuarios e integración de políticas sociales, estableciendo garantías explícitas en salud y fortaleciendo la capacidad regulatoria del Estado.

Sin embargo, el sistema de salud se ha convertido en un factor clave del estallido social chileno de 2019, evidenciando expectativas ciudadanas insatisfechas. Si bien la última reforma ha tenido impactos positivos, como la consolidación del concepto de derechos en salud y avances en equidad y resultados sanitarios específicos, también ha generado críticas y un manifiesto descontento popular. La persistencia de inequidades en el acceso a la salud, las dificultades para obtener medicamentos, la atención insuficiente a problemas de salud no y las problemáticas no resueltas en el aseguramiento privado son algunos de los puntos de conflicto que alimentan la

demanda por una reforma profunda que garantice un acceso y cobertura universal de salud. (Artaza y Méndez, 2020).

El anterior artículo sobre la experiencia chilena aporta elementos valiosos para el debate sobre la reforma del sistema de salud en Colombia, destacando la necesidad de un sistema que sea equitativo, accesible, eficiente y que responda a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho fundamental a la salud para todos. En las tres reformas que atravesó Chile, no se logró con los objetivos planteados; de esta manera, se pueden ver que las manifestaciones sociales no solo son actos de protesta, sino que representan una expresión tangible de las necesidades, aspiraciones y frustraciones de la sociedad. A través de ellas, y dependiendo de la constitución del país desde donde se mire, los ciudadanos ejercen su derecho a la libre expresión y al disenso, visibilizando las problemáticas que aquejan a su comunidad y exigiendo soluciones concretas a los actores gubernamentales.

En Colombia la radicación de peticiones, quejas y denuncias, permiten formalizar los reclamos de la ciudadanía contra los actores del sistema de salud (EPS – IPS) dándole un curso legal, obligando a las instituciones a tomar medidas para atender las demandas del pueblo. Es así como las PQRD se podrían ver como un medidor indirecto de la calidad, oportunidad y accesibilidad que tiene la población al sistema de salud colombiano.

Un estudio publicado en la Revista de Salud Pública examina la trayectoria del sistema de salud colombiano, subrayando cómo, a lo largo de tres décadas, ha sido moldeado por una serie de reformas legislativas y decisiones judiciales clave, incluyendo la Ley 100 de 1993 y la trascendental Sentencia T-760 de 2008. Estas intervenciones buscaban, en esencia, hacer frente a las crisis administrativas y financieras que aquejaban al sistema, al tiempo que intentaban sentar las bases para un sistema de salud más equitativo, protector y de calidad (Restrepo, et ál, 2020).

La reforma al Sistema de Seguridad Social en Colombia, aunque trajo cambios significativos, también planteó considerables retos en cuanto a reestructuración. A nivel global, es evidente que un sistema económico neoliberal, centrado en el capital y el fortalecimiento empresarial, no puede garantizar por sí solo una cobertura total en salud por parte del Estado. Se requieren transformaciones profundas que impliquen una colaboración efectiva entre el sector público y el privado para alcanzar este objetivo.

El sistema de salud colombiano, previo a la Ley 100, se encontraba sumido en una profunda crisis financiera, administrativa y operativa, agravada por la ineficiencia fiscal del Estado y otros factores económicos. Esta situación crítica hizo imperativa una reforma legislativa que diera paso a un nuevo sistema, sostenible y respetuoso de los principios fundamentales de la seguridad social en salud.

La Ley 100 de 1993 emergió como respuesta a esta necesidad, estableciendo principios clave como la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre elección, la autonomía institucional, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad. No obstante, el sistema resultante ha enfrentado desafíos como la selección adversa, donde las EPS que ofrecen servicios de calidad atraen a pacientes con mayores necesidades y costos, generando desequilibrios financieros que impactan tanto a las entidades como al Estado. (Restrepo, 2022).

El estudio descrito anteriormente ofrece un enfoque retrospectivo de la reforma colombiana, centrándose en los cambios normativos más relevantes y analizando hasta qué punto el sistema actual se aleja o se mantiene fiel a la Ley 100. En este contexto, la propuesta de reforma de salud de 2023 en Colombia busca abordar estos desafíos mediante cambios estructurales que

reconozcan la necesidad de una alianza público-privada para lograr una cobertura de salud sostenible.

En un informe especial donde analiza el sistema de salud peruano como uno en proceso de reforma funcional, manteniendo estructura segmentada, integrada por subsectores público y privado. El subsector público se componía del régimen contributivo indirecto (subsidiado), financiado con recursos fiscales, aportes de hogares y cooperación internacional, y del régimen contributivo directo, financiado por empleadores. El financiamiento para las instituciones armadas y la policía nacional era estatal, complementado con aportes de sus miembros. El régimen privado se financiaba mediante pagos directos de las familias o a través de planes de beneficios a aseguradoras privadas, mientras que las organizaciones filantrópicas que brindaban servicios de salud se financiaban con recursos propios y cooperación externa.

La estructura del sistema de salud peruano permaneció segmentada, con la modificación más significativa siendo la creación de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). En años recientes, la IAFAS del Seguro Integral de Salud (SIS) se fortaleció y se crearon instancias similares en EsSalud, las instituciones armadas, la policía y los seguros privados. Las IAFAS estaban legalmente obligadas a ofertar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y se vinculaban a un estrato social-poblacional y a una red de prestación de servicios propia o contratada. Aunque en teoría las IAFAS podían contratar cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) para atender a sus afiliados, esto ocurría de manera excepcional a pesar de la existencia de múltiples convenios entre ellas (Ramírez, et ál, 2023).

Tras proyectos previos de salud pública, el Gobierno peruano lanzó una ambiciosa campaña para lograr la cobertura universal de salud, creando la Cobertura Universal de Salud

(CUS) y promoviendo el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en 2003. Inicialmente, el programa no tuvo el éxito esperado, por lo que su enfoque se reorientó hacia la familia y la comunidad, adoptando el nombre de Modelo de Atención Integral de Salud Basada en la Familia y la Comunidad en 2013. Para ese año, el gobierno había aprobado 23 leyes con el objetivo de alcanzar una CUS definitiva y brindar Atención Primaria de Salud (APS) a la población.

El desarrollo del sistema de salud peruano ha estado marcado por una gestión irregular que resultó en una estructura fragmentada y segregada. Tras la Declaración de Alma-Ata, Perú enfrentó un período de terrorismo que limitó las oportunidades de mejora en cobertura de salud e inclusión de la APS. Sin embargo, con el fin del terrorismo, el Ministerio de Salud (MINSA) y el apoyo de instituciones internacionales diseñaron e implementaron programas de APS que ayudaron a reconciliar la relación entre el gobierno y la población en los años 90.

Con la nueva Declaración de Astaná, que reconoce la importancia de las nuevas tecnologías para mejorar la APS, esperaban que la telesalud fuera un motor para alcanzar la cobertura universal en Perú. No obstante, para lograrlo, el Gobierno debía unificar los diferentes sectores de atención médica y promover una administración transparente. El estudio concluye que es posible expandir la seguridad social y el aseguramiento en salud, mejorar los resultados, proteger contra riesgos financieros y aumentar la satisfacción ciudadana utilizando la atención primaria como vehículo para lograr la cobertura universal, reducir desigualdades y democratizar la salud a través de la participación. (Mendoza P. et al., 2018).

El anterior informe contribuye al análisis comparativo de las reformas en salud implementadas recientemente en Colombia y Perú. En el caso peruano, destacan iniciativas como la Cobertura Universal de Salud (CUS) y el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En Colombia, la reforma en discusión se centra en mejorar la accesibilidad, calidad y sostenibilidad

del sistema, destacando el rol de la Atención Primaria en Salud (APS) en la promoción, prevención y gestión eficiente de los servicios.

El estudio revisado también sugiere una percepción favorable del sistema de salud en Perú, mientras que en Colombia esta percepción es más heterogénea, y la reforma propuesta podría estar influenciada por las demandas y expectativas de la población. Ambos países enfrentan desafíos comunes, como la fragmentación del sistema y la necesidad de ampliar la cobertura y calidad de los servicios, resaltando la importancia de una gestión transparente y eficiente en el ámbito de la salud.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 La Superintendencia Nacional de Salud (SNS)

Dentro de los objetivos de la Supersalud que están en listados en el artículo 39 de la ley 1122 del 2007 se menciona que uno de sus objetivos es “proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.” (Ley 1122, 2007).

Posteriormente mediante el decreto 2462 de 2013 el cual fue derogado por el decreto 1080 del 2021, se ratifica y se designa a la Supersalud como la entidad encargada de proteger los derechos de los usuarios, por ello, es la competente para recibir las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de quienes se vean afectados por incumplimiento o irregularidad de los servicios de salud (Decreto 1080, 2021). Cabe destacar, además, el papel de inspección, vigilancia y control de la Supersalud sobre las EAPB, las entidades de medicina prepagada, planes complementarios, etc.

2.2.2 Trámite de las PQRD

La circular 202315100000010-5 de 2023 expedida por la Supersalud es la norma donde se imparten directrices importantes de las PQRD, definidas por la Supersalud como todas aquellas peticiones, quejas o reclamos presentadas por los usuarios ante los vigilados que buscan una intervención de la entidad en relación con el servicio, la atención o cualquier aspecto relativo a la interacción entre el usuario y la EAPB (Circular 202315100000010-5, 2023).

Los canales disponibles para la recolección de PQRD son mediante vía telefónica, web, presencial en los Centros de Atención al Ciudadano, correo electrónico, mediante chat las 24 horas del día, video llamada y redes sociales. Cuando se radica la PQRD se solicita al ciudadano que brinde datos de información personal del paciente, datos de contacto, municipio y departamento donde reside el ciudadano, EAPB a la que está afiliado, régimen al que está afiliado, y se debe especificar si la PQRD se dirige hacia la EAPB o hacia una IPS, entre otra información que se solicita.

2.2.3 Tiempos de respuesta

Para reclamos de riesgo simple tienen un plazo de respuesta de 72 horas desde la radicación, para los reclamos de riesgo priorizado no deben superar un plazo de 48 horas, los reclamos de riesgo vital su respuesta debe ser dada en un tiempo no mayor a 24 horas (Circular 202315100000010-5, 2023). Para las peticiones generales se dispone un plazo de 15 días hábiles, las solicitudes de información su respuesta debe ser dada en plazo de 10 días y la solicitud de copias se debe dar en un plazo de 3 días hábiles (Ley 1755, 2015).

2.2.4 Consolidación de las PQRD

La Supersalud realiza un consolidado donde se encuentran los reportes de las PQRD en salud, que contiene información sobre el comportamiento general de las PQRD radicadas ante Supersalud y sus tasas de PQRD desde enero de 2017, para cumplir lo dispuesto en la resolución 3687 del 2016. Esta tasa mide el número de PQRD recibidas con respecto al número de afiliados según régimen, departamento y EPS. (Resolución 3687, 2016). Dichos reportes se construyen a partir de dos fuentes de información: la base de PQRD radicadas ante la Supersalud y la Base de Datos Única de afiliados (BDUA) que contiene la información de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2.5 Macromotivos de las PQRD

En la clasificación de las PQRD está basada en niveles jerárquicos, “El nivel primer nivel jerárquico, denominado: macromotivos, hace referencia a los derechos de salud vulnerados y al incumplimiento de los deberes por parte de las entidades que hacen parte del sistema”. En cuanto al segundo nivel jerárquico. Cada macromotivo o derecho vulnerado se compone a su vez de varios motivos, denominados: motivos generales, buscan definir completamente todas las posibilidades que componen el derecho a la salud vulnerado en el primer nivel jerárquico”. Y por último el tercer nivel jerárquico establecido por la Supersalud, hace referencia a 345 motivos que permiten clasificar y categorizar las reclamaciones hechas por los usuarios (Flórez, et ál., 2013, p.38).

Esta definición descrita anteriormente, proporciona un marco claro para identificar y clasificar los tipos de PQRD en salud. Al tener niveles jerárquicos, desde macromotivos hasta motivos específicos, facilita la comprensión y resolución de las quejas de los usuarios, asegurando un enfoque más detallado y organizado en la protección de sus derechos.

2.2.6 Propuesta de la reforma de la salud en Colombia

En febrero de 2023, el gobierno nacional colombiano, en su periodo constitucional 2022-2026, presentó una ambiciosa propuesta de reforma estructural al sistema de salud, compuesta por 152 artículos y 118 capítulos. Los ejes centrales de esta reforma presentan gran relevancia, ya que priorizan los determinantes sociales en salud, un aspecto crucial para abordar las desigualdades en el acceso y los resultados en salud (Petro y Corcho, 2023).

La propuesta también contempla la formación de un fondo único público de salud, administrado por la ADRES, y la creación de una cuenta única de recaudo para centralizar los aportes de las cotizaciones en salud del país. Además, busca establecer fondos municipales, departamentales y distritales para fortalecer la atención en salud a nivel local, y promueve la prevención y el manejo de enfermedades, así como la rehabilitación y la paliación.

La atención primaria emerge como un pilar fundamental en esta propuesta de reforma, reconociendo su importancia para mejorar la equidad, el acceso, la calidad y la prevención de enfermedades crónicas. Buscando incrementar la capacidad resolutive de los centros de salud y hospitales públicos de baja complejidad, garantizando servicios integrales, accesibles y de calidad para toda la población, independientemente de su condición socioeconómica o ubicación geográfica. Esto permitiría aliviar la carga de los servicios de mediana y alta complejidad, mejorando la eficiencia y el acceso a la atención.

La Atención Primaria en Salud (APS) tiene sus raíces en la Declaración de Alma-Ata de 1978, que estableció un enfoque de atención médica centrado en la prevención y el tratamiento de enfermedades comunes, priorizando la atención primaria como base de un sistema de salud sólido. La reforma propuesta en Colombia busca retomar estos principios y fortalecer la APS como estrategia clave para mejorar la salud de la población. (Delgado y Campos, 2023).

En resumen, la reforma de salud propuesta en Colombia en 2023 planteó transformar el sistema de salud, priorizando los determinantes sociales, fortaleciendo la atención primaria y promoviendo una gestión financiera más eficiente y transparente. Esta reforma se alinea con los principios de la Declaración de Alma-Ata y busca mejorar la equidad, el acceso y la calidad de los servicios de salud para toda la población colombiana.

En el panorama latinoamericano de reformas en salud, Chile y Perú emergen como referentes significativos. En Chile, se presentaron dos propuestas constitucionales en un breve lapso, durante 2022 y 2023. Estas propuestas generaron un debate crucial sobre cómo avanzar hacia un sistema de salud óptimo, basado en evidencias empíricas y alejado de planteamientos teóricos o utópicos. La cuestión central radicó en determinar si era necesaria una nueva Constitución o si bastaba con adecuar y fortalecer el marco normativo existente. Este dilema resultó relevante para el contexto colombiano, donde se logran avances considerables en normativas y estrategias de salud a lo largo de los años. Esto sugiere que podría ser más efectivo potenciar lo existente en lugar de diseñar un sistema completamente nuevo.

La propuesta constitucional chilena de 2023 se distinguió de la de 2022 al enfocarse en la adecuación, fortalecimiento y aplicación más efectiva del marco jurídico actual. Buscaba optimizar las leyes, normas y decretos para robustecer los diversos componentes y funciones del sistema de salud, en lugar de partir de cero. Esta perspectiva, resaltó la importancia de construir sobre los cimientos existentes y aprovechar las lecciones aprendidas para lograr un sistema de salud más sólido y equitativo (Gattini, 2023).

Con relación a Perú, en un estudio llevado a cabo por Ramírez y su equipo reveló un sistema de salud con profundas deficiencias, presentando un panorama complejo y problemático que impactó negativamente la calidad de la atención médica y, en consecuencia, la salud y el

bienestar de la población. La dificultad para acceder a servicios médicos de calidad, especialmente en áreas rurales y alejadas de los centros urbanos, generó consecuencias adversas, como la migración temporal hacia Lima en busca de atención médica.

Las causas de dichas deficiencias son diversas, pero la centralización de recursos destaca como un factor determinante. Esta concentración dejó a muchas regiones con una infraestructura de salud precaria, contribuyendo a la desigualdad en la atención médica. Asimismo, la falta de inversión y presupuesto adecuados en el sector salud, junto con las barreras financieras que enfrentan algunos usuarios, los cuales se convirtieron en obstáculos cruciales para impedir el acceso universal a la atención médica.

2.3 Marco Conceptual

La circular 008 del 2018 es la norma que reglamenta estos mecanismos y adopta las siguientes definiciones:

Denuncia: manifestación mediante la cual se ponen en conocimiento, conductas posiblemente irregulares por parte de los funcionarios en salud, relacionadas con extralimitación de funciones, toma de decisiones prohibidas en el ejercicio de su cargo o el interés directo en una decisión tomada. Incluye actos de corrupción (Circular 008, 2018).

Petición: por la que una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para resolver una situación, dar un servicio, información o requerir copia de documentos, entre otros (Circular 008, 2018).

PQRD con riesgo de vida: las PQRD que involucran riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, según la vulnerabilidad de la

población o el impacto causado en el SGSSS sector, tendrán la marcación "Riesgo de vida" serán cumplimiento inmediato (Circular 008, 2018).

Queja: manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad (Circular 008, 2018).

Reclamo: mediante el que 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 o solicita el reconocimiento del derecho a la salud (Circular 008, 2018).

2.4 Marco Legal

2.4.1 Leyes que han procurado ajustes amplios en el sistema de salud de Colombia

Ley 1122 de 2007: mediante la cual se crea de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que supliría funciones del Consejo Nacional en cuanto a la definición de la UPC y del plan de beneficios en salud. Implementando el sistema de vigilancia y control, otorgando una jurisdicción especial a la Supersalud, que abordó dos temas recurrentes en la legislación y en la discusión política, como el establecimiento de límites a la integración vertical, para que las EPS no presten servicios en su red propia con un valor superior al 30% del gasto en salud, y definió como obligación para las EPS del régimen subsidiado contratar con hospitales públicos del 60 % de la UPC (Restrepo, 2022).

En cuanto al financiamiento la Ley 1122, aumentó en medio punto porcentual los aportes patronales para la seguridad social en salud, destinado al régimen subsidiado. En adelante, los trabajadores seguirían aportando 4% y los empleadores 8,5%, mientras los pensionados seguirían aportando el 12%.

Por último, respecto al aseguramiento, la Ley 1122 precisó su alcance y el carácter de aseguradoras de las EPS. Se entendía por aseguramiento, entre otras funciones indelegables de las EPS, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud y la articulación de los servicios para un acceso efectivo y con calidad (Ley 1122, 2007).

Ley 1438 de 2011: en el 2011 se aprobó la Ley 1438 con la motivación expresa de reformar el sistema de seguridad social en salud. Para fortalecer la toma de decisiones en el sistema de salud, en especial en cuanto a la adopción de nuevas tecnologías, la Ley 1438 autorizó la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), como una corporación mixta sin ánimo de lucro. Diez años después, el IETS está consolidada como la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y su modelo de organización puede ser un ejemplo para otros países de la región (Restrepo, 2022).

Con la Ley 1438 también se sentaron las bases para una nueva política farmacéutica nacional, expedida luego mediante Documento 155 de 2012 del Consejo Nacional de Política Económica y Social, y se amplió el alcance a la Comisión Nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

Esta ley significó un impulso hacia la cobertura universal, en la medida en que buscaba facilitar el acceso mediante medidas como la portabilidad nacional del aseguramiento, la movilidad entre regímenes y la actualización y unificación del plan de beneficios. Para ese momento estaba afiliada un 90% de la población, pero todavía la cobertura de los dos regímenes era diferente y apenas se iniciaba su unificación.

La ley liberó el uso de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), especialmente el aporte del régimen contributivo para el subsidiado, y dio lugar a cierta formación de unidad de caja. También fortaleció la figura del giro directo, que ya había establecido la Ley

1122, de modo que el FOSYGA pagara directamente a los prestadores y descontara estos pagos de la UPC que debía girar a las EPS (Ley 1438, 2011).

2.4.2 Normas que han generado cambios en aspectos institucionales

Ley 1753 de 2015: por la que se hacen ajustes institucionales en el plan de desarrollo 2014-2018. Donde se crea la ADRES, entrando a reemplazar al FOSYGA. Desarrollando una política de atención integral en salud, reflejada en las rutas de atención integral en salud (RIAS) buscando responder a la problemática del acceso (Restrepo, 2022).

Ley 1751 de 2015: también conocida como la Ley estatutaria de Salud. En esta se establece la salud como un derecho fundamental a la salud (Senado, 2015). La redefinición del plan beneficios, que dejaría de llamarse POS (Plan Obligatorio de Salud) para dar paso a un Plan Integral de Salud, ya no basado en una lista explícita de inclusiones, sino en una lista de exclusiones (Restrepo, 2022).

La Sentencia T-760: surgió en respuesta a los problemas sistémicos relativos al acceso y a la falta de supervisión y autorregulación en el sistema de salud. Teniendo como base normativa las leyes 100 y 1122. Declaró la salud como derecho fundamental autónomo y reconoció las limitaciones del derecho, señalando que el carácter fundamental no implica que sea absoluto, considerando criterios de razonabilidad y proporcionalidad (Restrepo, 2022).

3. Método

El presente proyecto de grado se enmarca en un enfoque cualitativo, de carácter explicativo, y utiliza un diseño de investigación bibliográfico. El objetivo central es comprender el comportamiento de las PQRD en el contexto de la reforma de salud propuesta en Colombia para

el año 2023. A través de la observación y análisis crítico de este fenómeno, se busca obtener una visión holística que permita identificar patrones, relaciones y significados, y así extraer conclusiones relevantes sobre la realidad estudiada.

3.1 Enfoque de la Investigación

Se empleó un enfoque de investigación de tipo cualitativo según John W. Creswell, en su obra "Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches", describe que la investigación cualitativa es considerada en cinco dimensiones fundamentales en su proceso de aplicación a los diferentes tipos de estudios, que se refieren a los enfoques desde el tipo de investigación a realizar, el origen de los saberes que lo relacionan, la recopilación de datos, el análisis de estos y la forma de narrar los hechos encontrados. Estos estudios se fundamentan en la observación y evaluación de los fenómenos estudiados emitiendo conclusiones de lo encontrado en la realidad estudiada (Creswell, 2009).

Al conectar este enfoque con el estudio de las PQRD en el contexto de la reforma de salud en Colombia, se evidencia la necesidad de abordar este fenómeno desde una perspectiva que reconozca su complejidad y multidimensionalidad. En lugar de limitarse a un análisis estadístico, el enfoque cualitativo permite explorar las percepciones, experiencias y significados detrás de las PQRD, ofreciendo una comprensión más profunda de las manifestaciones ciudadanas y sus implicaciones en el sistema de salud.

3.2 Alcance de Investigación

El alcance de la investigación fue de tipo explicativo, como señala John W. Creswell, en su obra "Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches",

proporciona una perspectiva amplia, ya que destaca que este tipo de investigación busca ir más allá de la simple descripción de un fenómeno para explorar las relaciones causales entre variables. (Crewsell, 2009).

Esto es crucial al analizar las PQRD en salud, ya que no solo se trata de documentar las quejas u reclamos, sino de profundizar en sus causas y cómo estas se relacionan con la reforma de salud en Colombia. Este método justifica la necesidad de un análisis detallado y contextualizado. Al adoptar un enfoque explicativo, se busca entender las razones subyacentes de las PQRD, lo cual es esencial para formular soluciones efectivas y mejorar el sistema de salud. Este tipo de investigación proporciona una base sólida para comprender cómo las reformas en el sistema de salud influyen directamente en las experiencias y percepciones de los usuarios.

3.3 Diseño de la Investigación

Se adoptó un diseño de investigación bibliográfico, con enfoque metodológico, como lo describen Lawrence A. Machi y Brenda T. McEvoy en su libro "The Literature Review: Six Steps to Success", proporcionan una metodología detallada de seis pasos para llevar a cabo una revisión bibliográfica efectiva. Estos pasos incluyen la selección del tema, la búsqueda de literatura, la evaluación de la literatura encontrada, la organización de la literatura, la síntesis de la literatura y la redacción de la revisión de literatura (Machi y McEvoy B., 2008).

Este método se justifica plenamente en investigaciones donde el objetivo es consolidar y evaluar la información existente, especialmente cuando se busca una perspectiva amplia del tema. Este enfoque permite identificar lagunas en el conocimiento actual, lo que puede guiar futuras investigaciones o la toma de decisiones informadas.

4. Resultado

4.1 Análisis General de las PQRD la Supersalud en el año 2023

A continuación, se presentan el análisis de las PQRD (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Denuncias) de las instituciones de salud interpuestas ante la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) durante el año 2023. Dicha información es suministrada del consolidado que la Supersalud emitió en dicho año (Supersalud, 2023).

Inicialmente se describe el análisis mensual del total de los reclamos (PQRD) y la información de la solicitud de la información: Con relación a los *Reclamos*: en marzo se presentan los mayores reclamos con (127.873), y en diciembre se reducen a (83.077), que pueden asociarse a factores estacionales como vacaciones y festividades de fin año, y se evidencia un aumento notable en septiembre y octubre, con (128.894) y (8136.090) respectivamente. Con la *solicitud de la información*: igual que los reclamos en salud fueron las solicitudes en mayor medida durante marzo con (111.242), y en diciembre se radicaron menos solicitudes con (55.713). Las solicitudes muestran picos significativos en mayo y octubre, con (105.405) y (105.853) respectivamente.

Tabla 1. Balance general anual de PQRD en el año 2023

Balance anual de reclamos y solicitudes en el año 2023		
Total, reclamos	Total, solicitudes	Total, PQRD
1,417,221	1,145,308	2,562,529

Adaptado del Consolidado de las PQRD (Supersalud 2023).

4.1.1 Variables para el Análisis de las PQRD

Para llevar a cabo el análisis de la información del consolidado de las PQRD en salud, interpuestas antes la Supersalud en el año 2023, se consideran las siguientes variables seleccionadas:

1. Departamento: Se refiere a alguno de los 32 departamentos del país o a la ciudad capital donde se encuentra el usuario que interpuso la PQRD (DANE, 2021).
2. Régimen de afiliación y tipo de entidad: la cual hace referencia al tipo de vinculación del afectado con el SGSSS y la entidad a la que pertenece la entidad de La cual trata la PQRD.
3. Macromotivo: que corresponde a la causa principal que motivó la instauración de la PQRD, dentro de los cuales se despliegan 6 ítems (Bases de datos abiertos de Colombia, 2023).
4. Motivo Específicos: hace referencia a la razón específica de cada macromotivo que explica la causa principal por el cual se interpuso la PQRD (Bases de datos abiertos de Colombia, 2023).

4.1.2 Reclamos radicados por departamento

Se presenta información detallada sobre los reclamos en salud por departamento durante el año 2023, incluyendo el número de reclamos, el promedio de afiliados, y la tasa de reclamos por cada 10,000 afiliados. El total de reclamos fue de (1.300.732). El promedio de afiliados de (47.796.858). La tasa de reclamos promedio por cada 10.000 afiliados es de (272,14).

4.1.2.1 Departamentos con las tasas de reclamos más altas. El análisis anual, Bogotá D.C. tiene el mayor número de reclamos con (289.239), lo que es consistente con su población de afiliados con un promedio de (7.842.521). En segundo lugar, Antioquia con (219.741) y un promedio de (6.790.890). Sigue, el Valle del Cauca con (153.145) y un promedio de (4.547.688). En cuarto lugar, Cundinamarca con (76.358), y promedio de (2.630.709). En quinto lugar, Santander con (70.975), y un promedio de (2212.390).

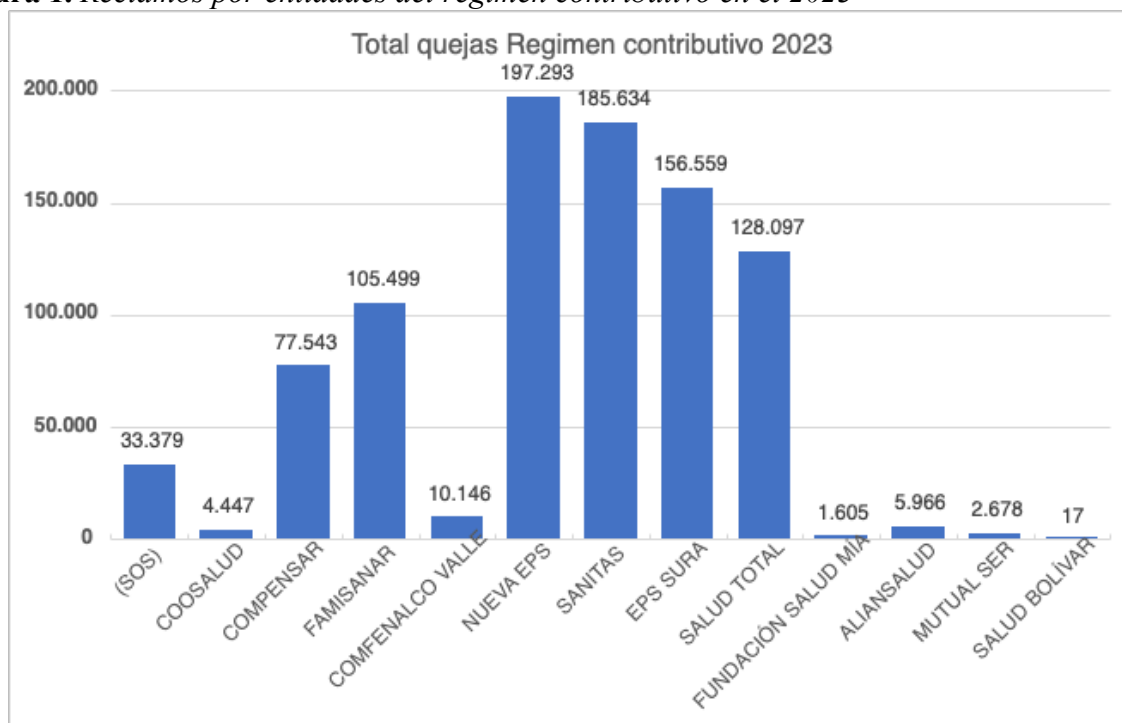
4.1.2.2 Departamentos con las tasas de reclamos más bajas. El primer lugar, Vaupés con la tasa de reclamos más baja, con (123), con un promedio de afiliados de (26.096) y una tasa de (47,13). En segundo lugar, Vichada, con (507), un promedio de (40.451) y una tasa: (125.34). En tercer lugar, Guainía con (527), un promedio de (51.188) y una tasa de (102,95).

4.1.3 Reclamos radicados por régimen de afiliación y tipo de entidad

4.1.3.1 Régimen contributivo. El número de reclamos presentados en 2023 fue de 908.863. Las tres EPS con mayor número de reclamos fueron Nueva EPS con (197.293), seguida de Sanitas con (185.634) y EPS Sura con (156.559). Las EPS con menor número de reclamos fueron Salud Mía con (1.605) y Mutual Ser con (2.678).

Los meses donde se presentan mayor número de reclamos en el régimen contributivo son octubre (87.191), agosto (82.145) y marzo (82.005). Los meses con menor número de reclamos fueron diciembre (55.128), enero (68.255) y abril (69.725). La tasa de reclamos por cada 10,000 afiliados revela que las EPS con mayor número en proporción a su tamaño son Servicio Occidental de Salud (SOS), Coosalud y Compensar.

Figura 1. Reclamos por entidades del régimen contributivo en el 2023

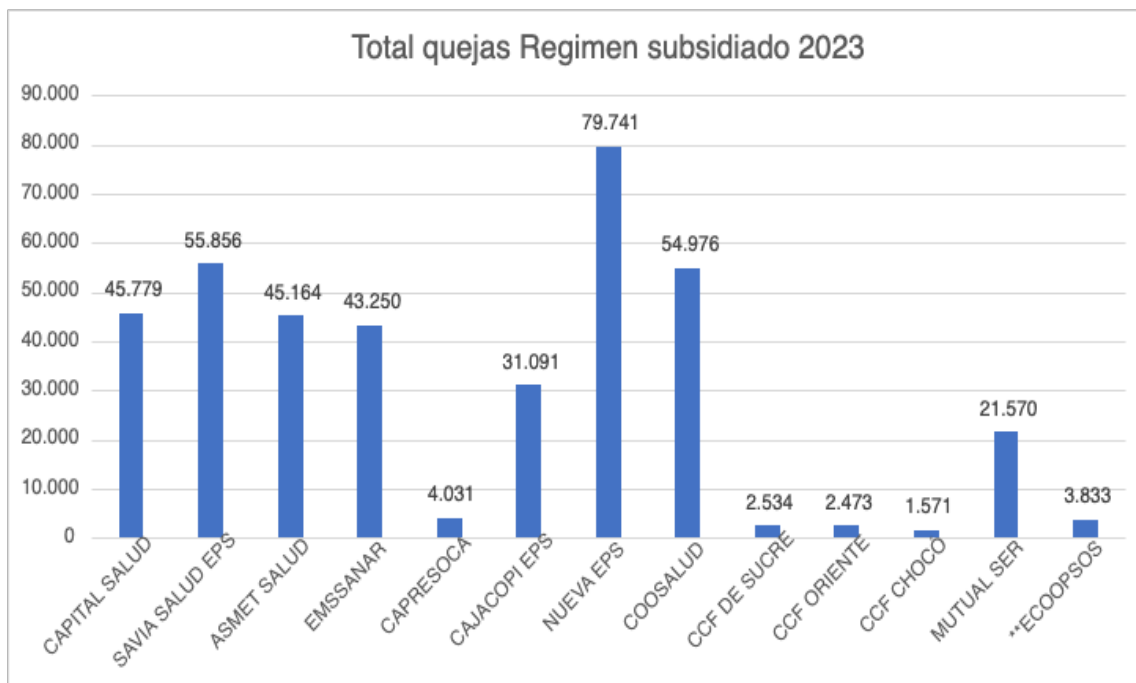


Adaptado de Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023).

4.1.3.2 Régimen subsidiado. El número de reclamos presentados en 2023 fue de (391.869). Las tres EPS con mayor número de reclamos fueron Nueva EPS con (79.741), seguida de Savia salud con (55.856) y Coosalud con (54.976). Las EPS con menor número de reclamos fueron, Caja de Compensación Familiar de Sucre con (2.534), Comfaorienté con (2.473) y Comfachocó con (1.571).

Los meses donde se presentan mayor número de reclamos en el régimen subsidiados fueron octubre (38.022), septiembre (36.437) y agosto (36.346). Los meses con menor número de reclamos fueron diciembre (21.556), enero (28.215) y febrero (30.493). La tasa de reclamos por cada 10.000 afiliados: En cuanto a las tres EPS con mayor número de reclamos por cada 10.000 afiliados fueron Capital Salud, Savia Salud y Asmet Salud.

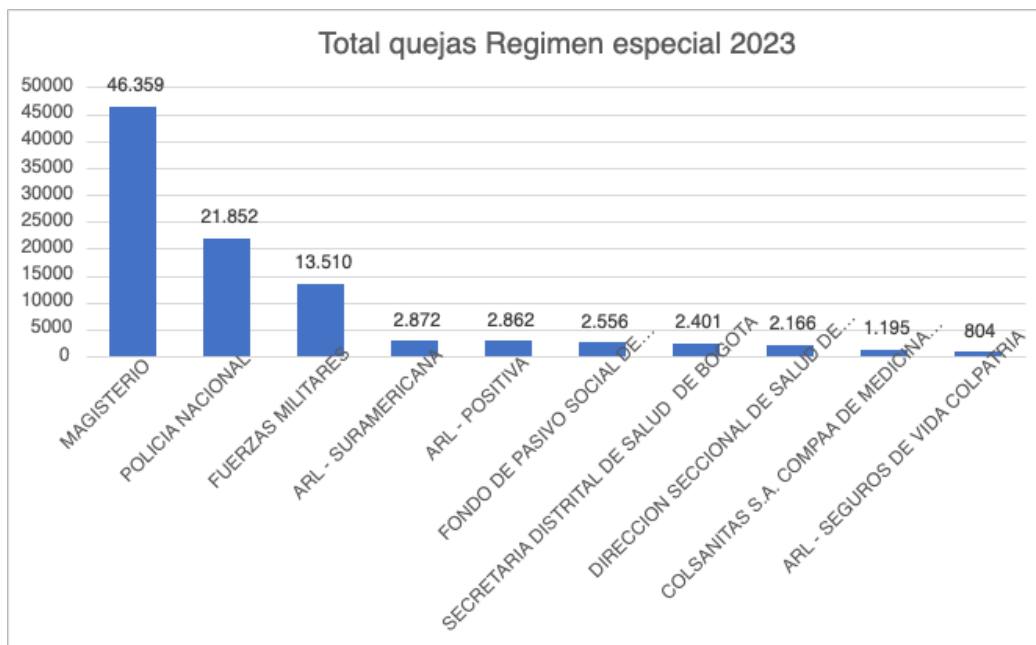
Figura 2. Reclamos por entidades del régimen subsidiado en el 2023



Adaptado de Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023).

4.1.3.3. Otros regímenes. Número total de reclamos: El número de reclamos presentados en 2023 fue de (391.869). Los tres regímenes con mayor número de reclamos fueron Magisterio con (46.359), seguido de Policía Nacional con (21.852) y Fuerzas militares con (13.510). Los meses donde se presentan mayor número de reclamos en los otros regímenes fueron agosto (9.647), octubre (9.074) y septiembre (8.972). Los meses con menor número de reclamos fueron diciembre (5.181), enero (6.790) y febrero (7.302).

Figura 3. Reclamos por entidades de otros regímenes en el 2023



Adaptado de Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023).

4.1.4 Reclamos radicados por macromotivos

En el consolidado de la Supersalud la información se divide en dos semestres, el primero de enero a junio y el segundo de julio a diciembre de 2023, con diferentes motivos en cada uno. A continuación, se presenta una tabla con un análisis mensual y una comparativa anual:

Tabla 2. Balance de reclamos por macromotivos en el año 2023

Balance General de reclamos por macromotivos en el año 2023 entre los dos semestres		
Primer semestre	Segundo semestre	Total, reclamos
700.524	16.697	1.417.221

Adaptado del Consolidado de las PQRD (Supersalud 2023).

4.1.4.1 Reclamos radicados desde enero hasta junio.

4.1.4.1.1 Restricción en el acceso a los servicios de salud. Con (625.994) reclamos en el primer semestre de 2023, siendo el (89.4%) del total. En enero, con (93.012), aumentando a (100.318) en febrero y alcanzando un pico de (114.679) en marzo. Abril registró una leve disminución con (98.315), y en mayo aumentó a (112.739) y en junio se registraron (106.931).

4.1.4.1.2 Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo. Con (30.062) representando el (4.3%) del total de reclamos. En el primer semestre, los datos muestran ligeras variaciones: en enero (5,041), disminuyendo a (4.901) en febrero, y alcanzando un pico de (5.379) en marzo. En abril, los reclamos disminuyeron nuevamente a (4.543), subiendo en mayo a (5.316), para luego bajar ligeramente a (4.882) en junio.

4.1.4.1.3 No reconocimiento de las prestaciones económicas. Con (24.064) reclamos, representando un (3.4%), experimentaron un aumento desde enero hasta mayo, alcanzando su punto máximo en mayo con (4.529), seguido de una ligera disminución en junio a (4.220), y en marzo de (4.167). Se observa un crecimiento durante los meses, ya que en abril y febrero reduce en (3.834) y (3.749) respectivamente, en comparación con enero, que redujo a (3.565).

4.1.4.1.4 Falta de disponibilidad o inapropiado manejo de recursos humano y físico para la atención. Se mostraron variaciones mínimas, con (597) de reclamos representado en (0.1%), se observa una variación en enero donde se registraron (80), aumentando a (90) en febrero, y alcanzando un pico de (108) en marzo. En abril, los reclamos volvieron a (90), pero incrementaron nuevamente a (115) en mayo, y se mantuvieron altos en junio con (114).

4.1.4.1.5 Peticiones, quejas y reclamos interpuestas por IPS-EPS, entidades territoriales y organismos de control y vigilancia. Con (446) reclamos, lo que representa el (0,1 %) del total. En enero, se registraron (84) reclamos, que aumentaron a (94) en febrero, el valor más alto del período. En marzo, hubo una disminución a (76), seguido por abril a (74). Mayo y junio presentaron los mismos valores, con (59) reclamos cada mes, representando los valores más bajos registrados.

Tabla 3. Reclamos por macromotivos en el primer semestre del 2023

Macromotivos	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Total, Reclamos 1° semestre
Restricción en el Acceso a los Servicios de Salud	93.012	100.318	114.679	98.315	112.739	106.931	625.994
Insatisfacción del Usuario con el Proceso Administrativo	5.041	4.901	5.379	4.543	5.316	4.882	30.062
No Reconocimiento de las Prestaciones Económicas	3.565	3.749	4.167	3.834	4.529	4.22	24.064
Deficiencia en la Efectividad de la Atención en Salud	2.862	2.968	3.464	3.057	3.643	3.367	19.361
Falta de Disponibilidad o Inapropiado Manejo del Recurso Humano y Físico para la Atención	80	90	108	90	115	114	597
Peticiones, Quejas y Reclamos Interpuestas por IPS-EPS, Entidades Territoriales y Organismos de Control y Vigilancia	84	94	76	74	59	59	446

Adaptado del Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023).

4.1.4.2. Reclamos radicados desde julio hasta diciembre

4.1.4.2.1 Barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud; y otros elementos complementarios para la atención del usuario. Se evidencia un total de (645.250) reclamos, representando el (90.0%). En julio, se registraron (102.515) reclamos, incrementando significativamente en agosto a (116.529) y manteniéndose similar en septiembre con (116.342). Octubre mostró el pico más alto del periodo con (123.387) reclamos. En noviembre, los reclamos disminuyeron a (111.284) y en diciembre se observó una reducción notoria a (75.193).

4.1.4.2.2 Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo. Con (55,847) reclamos, representando el (7,8 %), muestra una tendencia variable durante el semestre. En julio, se registraron (10,541), disminuyendo en agosto a (10,499). Septiembre presentó una caída a (9,808,9 seguida de un ligero aumento en octubre con (10,021). En noviembre, los reclamos descendieron a (8,909), y en diciembre se observó la cifra más baja del semestre con (6,069).

4.1.4.2.3 Insatisfacción relacionada con la atención en Salud. Con (14,577) reclamos, representando un (2%), se evidencia una tendencia decreciente a lo largo del periodo. En julio, se registraron (2,696) reclamos, con un ligero aumento en agosto a (2,763), el valor más alto del semestre. En septiembre, hubo una disminución a (2.572) reclamos, seguida de otro descenso en octubre a (2.510). La tendencia a la baja continuó en noviembre con (2.298) reclamos, y diciembre registró la cifra más baja del periodo con (1.738) reclamos.

4.1.4.2.4 Insatisfacción relacionada con infraestructura y logística. Con (1.023) reclamos, su tendencia demuestra que julio, se registraron (279) reclamos, el valor más alto del semestre. En agosto, los reclamos redujeron significativamente a (193), seguido por una ligera reducción en septiembre y octubre, ambos con (172) reclamos. La inclinación a la baja continuó en noviembre con (130) reclamos, y en diciembre se registró el número más bajo del periodo con (77) reclamos.

Tabla 4. Reclamos por macromotivos en el segundo semestre del 2023.

Macromotivos	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total, Reclamos 2º semestre
Barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud; elementos y otros complementarios para la atención del usuario	102.515	116.529	116.342	123.387	111.284	75.193	645.250
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	10.541	10.499	9.808	10.021	8.909	6.069	55.847
Insatisfacción relacionada con la atención en salud	2.696	2.763	2.572	2.51	2.298	1.738	14.577
Insatisfacción relacionada con infraestructura y logística	279	193	172	172	130	77	1.023

Adaptado del Consolidado de las PQRD de la Supersalud (Supersalud, 2023).

El análisis general entre los dos periodos semestrales del año 2023 nos muestra que, en los meses entre enero a junio, el motivo principal de reclamo en salud fue por restricción en el acceso a los servicios de salud y en el segundo periodo comprendido entre julio a diciembre el principal, fue determinado por barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud, representando el (89.4%) y el (90%) del total, respectivamente, En el primer semestre, los reclamos alcanzaron su punto máximo en marzo con (114.679), mientras que en el segundo semestre el pico fue en octubre

con (123.387). Se logra determinar que existen barreras y limitantes para que los usuarios accedan de manera oportuna a los servicios en salud.

4.1.5 Reclamos radicados por motivos específicos

Se describe el análisis de las PQRD por motivos específicos recibidas por la Supersalud en Colombia durante el año 2023.

Tabla 5. *Balance de reclamos por motivos específicos en el año 2023*

Balance General de reclamos por motivos específicos en el año 2023 entre los dos semestres		
Primer semestre	Segundo semestre	Total, reclamos
470.503	622.971	1.093.474

Adaptado del Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023).

4.1.5.1. Reclamos radicados desde enero hasta junio

4.1.5.1.1 Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas. Este motivo específico generó (214.237) reclamos en el primer trimestre de 2023. En mayo (39.795) y marzo (39.133), con una leve disminución en junio (38.708), en abril se observa una reducción significativa de (34.138), seguido en febrero con (33.094), concluyendo que al inicio de año en enero (29.369) fue la tasa más baja de reclamos.

4.1.5.1.2 Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS. Se presentan (77.130) reclamos en el primer trimestre de 2023, se evidencia que no hay variación significativa en febrero (12.433), abril (12.382), enero (12.212) y junio (12.166), haciendo un leve aumento en mayo (13,549) y marzo con (14.388) el mes con más reclamos.

4.1.5.1.3 Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel. Con (46.953) reclamos, con una participación de (6.77%), se observa una tendencia poco variable, febrero (7.778), junio (7.696), abril (7.245) y enero (7.021), realizado un leve ascenso en mayo (8.073), y marzo con el mayor número de reclamos generados. (9.140).

4.1.5.1.4 Falta de oportunidad en la programación de cirugía. Este motivo específico generó un total (37.258), observándose una tendencia baja en enero (5.471), abril (5.707) y febrero (5,995), hay un leve aumento en junio (6.420), mayo (6.685), seguido marzo (6,980), siendo el mes con más reclamos generados.

4.1.4.1.5 Demora de la programación de exámenes de laboratorio o diagnósticos. Con (24.283) reclamos donde se observa una tendencia no significativa en los meses febrero (4.003), marzo (4.036), junio (4.445) y mayo (4.574), evidenciándose un leve descenso en abril (3.772) y enero (3.443), concluyendo que aumentaron los reclamos al finalizar trimestre.

4.1.5.1.6 Falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos. Se registraron (16.279) reclamos. Mayos fue el mes con mayor número, con (3.059). Le siguen marzo (2.990), junio (2.711), febrero (2.677), enero (2.432) y abril (2.410), en ese orden. En mayo se presentó un pico significativo, seguido de marzo y junio, por encima del promedio mensual. Febrero, enero y abril se encuentran por debajo del promedio mensual.

4.1.5.1.7 Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no PBS (Plan de Beneficio en Salud). Con (15.419) reclamos, la tendencia es poco variable siendo marzo (2.831) el mes con más alto número de reclamos y abril (2.354) el mes más bajo, febrero (2.776), enero (2.542), mayo (2.510) y junio (2.406); sin cambios significativos.

4.1.5.1.8 No aplicación de normas, guías o protocolos de atención. Con (13.846) reclamos, donde mayo fue el mes con mayor número con (2.653). Le siguen marzo (2.455), junio (2.435), abril (2.212), febrero (2.087) y enero (2.004), en ese orden. Se observa una tendencia decreciente en el número de reclamos desde mayo hasta enero.

4.1.5.1.9 Falta de oportunidad en la asignación de citas médicas. Con (13.049) reclamos, siendo marzo el mes con mayor número con (2.508), mayo (2.297), junio (2.248), febrero (2.122), abril (1.992) y enero (1.882), en ese orden. Observándose una tendencia decreciente desde marzo hasta enero. En marzo un pico del número de reclamos del (33%) superior al promedio mensual, mayo y junio también presentaron un incremento al promedio mensual. Febrero, abril y enero tienen un número por debajo del promedio mensual.

4.1.5.1.10 Demora de la referencia o contrarreferencia. Con un total (12.049), se evidencia en mayo el mayor número de incidencias, con (2.474), le siguen junio (2.231), marzo (1.987), abril (1.851), enero (1.756) y febrero (1.750), en ese orden, se observa una tendencia decreciente desde mayo hasta febrero, y un ligero aumento en marzo. La diferencia entre el mes con mayor y menor número de incidencias entre mayo y febrero respectivamente es del (41%).

Tabla 6. Reclamos por motivos específicos en el primer semestre del 2023

Motivos específicos	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Total, reclamos 1º semestre
Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	29.369	33.094	39.133	34.138	39.795	38.708	214.237
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS	12.212	12.433	14.388	12.382	13.549	12.166	77.13
Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	7.021	7.778	9.14	7.245	8.073	7.696	46.953
Falta de oportunidad en la programación de cirugía	5.471	5.995	6.98	5.707	6.685	6.42	37.258
Demora de la programación de exámenes de laboratorio o diagnósticos	3.443	4.003	4.036	3.772	4.574	4.455	24.283
Falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos	2.432	2.677	2.99	2.41	3.059	2.711	16.279
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO PBS	2.542	2.776	2.831	2.354	2.51	2.406	15.419
No aplicación de normas, guías o protocolos de atención	2.004	2.087	2.455	2.212	2.653	2.435	13.846
Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general	1.882	2.122	2.508	1.992	2.297	2.248	13.049

Adaptado del Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023).

4.1.5.2 Reclamos radicados desde julio hasta diciembre según motivos específicos

4.1.5.2.1 Negación en la asignación de citas o consultas. Se presentaron (163.159) reclamos, con una tendencia alta en agosto (38.763) seguido de octubre (30.613), septiembre

(30.042), noviembre (27.590) y con descenso en julio (19.312) y finalizado en diciembre con (16.839) una reducción significativa de reclamos para este motivo específico.

4.1.5.2.2 Falta de oportunidad en las citas o consultas. Se evidencio un total (106.592) reclamos, siendo julio (26.144) el pico más alto, seguido por octubre (20.128), septiembre (19.026) y noviembre (18.123), realizando una baja agosto (12.316) y finalizando diciembre (10,855) concluyendo que hubo una baja significativa al cierre de año.

4.1.5.2.3 Negación en la atención en otros servicios de salud. Con un total (74.912), existe una tendencia alta en el mes de agosto (18.402) realizando un descenso en octubre (13.502), septiembre (13.424) y noviembre (12.102) observándose la tendencia más baja en julio (9.475) y diciembre (8.007). Concluyendo que agosto presenta un pico significativo en el número de incidencias, siendo más del doble que el promedio mensual.

4.1.5.2.4 Negación para la entrega de tecnologías en salud y/o de otros servicios autorizados. Con (68.515) reclamos, julio el mes con menor número (6.578) y octubre el mes con mayor (13.667), observándose una tendencia más discreta en agosto con (13.068) y seguido por septiembre con (12.784), noviembre con (12.266), y una tendencia baja en diciembre con (10.152). Se observa una leve tendencia al alza desde julio hasta octubre, con un pico en octubre, a partir de noviembre, se presenta una leve disminución hasta diciembre.

4.1.5.2.5 Falta de oportunidad en otros servicios de salud. Con (64,181) reclamos, se evidencia que en julio (13,651), octubre (12,734), noviembre (11,647) y septiembre (11,298) son los meses con mayor número, y una baja tendencia en agosto (7,465) y diciembre (7,386).

4.1.5.2.6 Falta de oportunidad en la autorización de otros servicios de salud. Se observa un mayor número de reclamos en octubre (8.749), seguido de noviembre (8.118) y septiembre (8.040), disminuyendo en agosto (6.847), diciembre (5.891) y julio (5.490), con este motivo específico, el 6 % del total de reclamos.

4.1.5.2.7 Falta de oportunidad en la entrega o entrega incompleta de tecnologías en salud y/o prestación de otros servicios. Con (40.293) reclamos, se evidencia que diciembre (4.935) tiene la tasa más baja seguido por agosto (5.044), septiembre (6.038), noviembre (6.840) observando un ascenso en octubre (7.661) siendo julio (9.775) el mes con más reclamos presentados. Concluyendo con una tendencia decreciente en la tasa de reclamos desde diciembre hasta septiembre, seguida de un aumento en octubre y en julio.

4.1.5.2.8 Falta de oportunidad en la autorización de tecnologías en salud y/o de otros servicios. Con (24.196) reclamos, siendo octubre el mes con la tendencia más alta (4.951), seguido por septiembre (4.589) y noviembre (4.504), y observando una baja en diciembre (3.647), agosto (3.621) y julio (2.884). Se presenta una distribución de reclamos en los meses de octubre, septiembre y noviembre.

4.1.5.2.9 Falta de oportunidad en la autorización de citas de consulta. Con (23.354) reclamos. Diciembre (2.925), julio (2.959) y agosto (3.865), fueron los meses con menos reclamos, y hubo un aumento en noviembre (4.364), septiembre (4.428) y octubre (4.813) siendo estos los meses con más reclamos realizados.

4.1.5.2.10 No reconocimiento y/o pago de las prestaciones económicas. Con (14.634) reclamos. Se presentó mayor número en agosto (2.682), octubre (2.663) y septiembre (2.531), con baja tendencia en julio (2.518), noviembre (2.456) y diciembre (1.784).

Tabla 7. Reclamos por motivos específicos en el segundo semestre del 2023

Motivos específicos	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total, reclamos 2º semestre
Negación en la asignación de citas o consultas	19.312	38.763	30.042	30.613	27.59	16.839	163.159
Falta de oportunidad en las citas o consultas	26.144	12.316	19.026	20.128	18.123	10.855	106.592
Negación en la atención en otros servicios de salud	9.475	18.402	13.424	13.502	12.102	8.007	74.912
Negación para la entrega de tecnologías en salud y/o de otros servicios autorizados	6.578	13.068	12.784	13.667	12.266	10.152	68.515
Falta de oportunidad en la atención en otros servicios de salud	13.651	7.465	11.298	12.734	11.647	7.386	64.181
Falta de oportunidad en la autorización de otros servicios de salud	5.49	6.847	8.04	8.749	8.118	5.891	43.135
Falta de oportunidad en la entrega o entrega incompleta de tecnologías en salud y/o prestación de otros servicios	9.775	5.044	6.038	7.661	6.84	4.935	40.293
Falta de oportunidad en la autorización de tecnologías en salud y/o de otros servicios	2.884	3.621	4.589	4.951	4.504	3.647	24.196
Falta de oportunidad en la autorización de citas de consulta	2.959	3.865	4.428	4.813	4.364	2.925	23.354
No reconocimiento y/o pago de las prestaciones económicas	2.518	2.682	2.531	2.663	2.456	1.784	14.634

Adaptado del Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023).

4.2 Influencia del anuncio de la reforma en salud frente a las PQRD en salud, comparando los años 2022 y 2023.

Para el análisis de la influencia del anuncio de la reforma a la salud, se tomó como comparación el año 2022, donde no se había anunciado ningún cambio en el sistema a la salud. Se hizo la comparativa del total de PQRD 2022 y 2023, se analiza los departamentos con mayor número de quejas, los macromotivos, las EPS de régimen contributivo, subsidiado y régimen especial con mayor número de reclamos en salud.

Tabla 8. *Influencia del anuncio de la reforma en salud frente a las PQRD en salud, comparando los años 2022 y 2023*

Ítems	Reclamos en salud 2022	Reclamos en salud 2023	Variación
Total, anual de PQRD	1,247,137	1,417,221	Los reclamos en salud aumentaron de 1,247,137 en 2022 a 1,417,221 en 2023, un incremento de aproximadamente 13.6%.
Departamentos con Mayor Número de Reclamos en salud.	1- Risaralda con 42.471 reclamos con un promedio de afiliados de 995.845 en el año.	1- Risaralda: 41,268 reclamos con un promedio de afiliados de 1,007,943 en el año.	Disminuyó en 1,203 reclamos, lo que representa una reducción del 2.83%. El promedio de afiliados aumentó en 12,098 afiliados, con un incremento del 1.21%.
	2- Bogotá, D.C.: 252,537 reclamos con un promedio de afiliados de 7,921,164 en el año.	2- Bogotá, D.C.: 289,239 reclamos con un promedio de afiliados de 7,842,521 en el año.	Aumentó considerable en 36,702 reclamos, lo que representa un incremento del 14.54%. El promedio de afiliados disminuyó 78,643 afiliados, con una reducción del 0.99%
Principales reclamos por macromotivos	Restricción en el Acceso a los Servicios de Salud	1,042,663 reclamos con una participación del 83.6%	1.271.244 reclamos con una participación del 90%
	Insatisfacción del Usuario con el	82,880 reclamos con una	85.909 reclamos con una

Ítems	Reclamos en salud 2022	Reclamos en salud 2023	Variación	
Proceso Administrativo Deficiencia/Insatisfacción de la Atención en Salud	participación del 6.6% 78,268 reclamos con una participación de 6.3%	participación de 6.06% 33.938 reclamos con una participación de 2.40%	significativos Se presentó un descenso significativo del total de reclamos en 56.64%	
Reclamos por EPS del régimen Contributivo	Coosalud:	Total, reclamos: 5,806 Promedio afiliados: 128,122	Total, de reclamos: 4,447 Promedios afiliados: 104,687	Coosalud y SOS: Ambas experimentaron reducciones en el número de reclamos totales, aunque la tasa por cada 1,000 afiliados varió de manera diferente.
	SOS (Servicio Occidental de Salud):	Total, reclamos: 34,387 Promedios afiliados: 781,615	Total, reclamos: 33,379 Promedios afiliados: 750,307	
	Nueva EPS	Total, reclamos: 187,148 Promedios afiliados: 5,909,927	Total, reclamos: 197,293 Promedios afiliados: 5,894,445	Nueva EPS y Compensar: Experimentaron aumentos significativos tanto en el número de reclamos, reflejando una mayor carga en términos de servicio al cliente.
	Compensar	Total, reclamos: 63,202 Promedios afiliados: 2,133,944	Total, reclamos: 77,543 Promedios afiliados: 2,171,167	
	Famisanar	Total, reclamos: 86,802 Promedios afiliados: 2,923,518	Total, reclamos: 105,499 Promedios afiliados: 3,023,994	Famisanar aumentó en número de reclamos y tasa por cada 1,000 afiliados
	Nueva EPS	Total, reclamos: 52,695 Promedios afiliados: 3.624.548	Total, reclamos: 79,741 Promedios afiliados: 4.614.611	Incremento del 51,3% en el número total de reclamos. La tasa aumentó de 14,54 a 172,80.
	Savia Salud EPS	Total, reclamos: 35,6 Promedios afiliados: 1.662.716	Total, reclamos: 55,856 Promedios afiliados: 1.677.679	Incremento del 56,5% en el número total de reclamos. La tasa aumentó de 21,46 a 332,94.
	Asmet Salud	Total, reclamos: 28,972 Promedios afiliados: 1.981.824	Total, reclamos: 45,164 Promedios afiliados: 1.849.788	Incremento del 55,9 % en total de reclamos. La tasa aumentó de 14,62 a 244,16.

Ítems		Reclamos en salud 2022	Reclamos en salud 2023	Variación
Régimen especial	Magisterio	Total, reclamos: 42,338	Total, reclamos: 46,359	Incremento del 9,5% en el número total de reclamos. La participación disminuyó ligeramente.
	Policía Nacional	Total, reclamos: 17,448	Total, reclamos: 21,852	Incremento del 25,2 % en el total de reclamos. La participación aumentó ligeramente.
	Fuerzas Militares	Total, reclamos: 10,528	Total, reclamos: 13,510	Incremento del 28,3% en el número total de reclamos. La participación aumentó ligeramente.

Adaptado del Consolidado de las PQRD (Supersalud, 2023) (Supersalud, 2022).

La información contenida en la tabla anterior refleja como en el año 2023, los reclamos en salud aumentaron un (13.6%) respecto al año 2022, pasando de (1, 247,137) a (1, 417,221) reclamos en salud, coincidiendo con el anuncio del proyecto de reforma de salud del presidente Petro. Este anuncio pudo haber generado tanto expectativas positivas como temores sobre posibles cambios en el sistema de salud, lo que pudo haber impulsado a los usuarios a presentar más reclamos.

Los incrementos más notables se observaron en los macromotivos relacionados con la restricción en el acceso a servicios de salud (21.94 %), la cual sugiere que se perciban más problemas en la prestación de servicios, posiblemente por la incertidumbre sobre cómo la reforma podría afectar el acceso y la calidad de la atención; por otro lado la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo (3.65%), indicando una posible preocupación y expectativa de cambio en la gestión y calidad de los servicios de salud y seguido, la deficiencia en la atención de salud, pesar de tener una reducción del (56.64%) en los reclamos por deficiencias en la atención, este sigue siendo un tema relevante, lo cual podría indicar tanto mejoras en algunos aspectos como cambios en la percepción de los usuarios sobre lo que constituye una atención adecuada.

Además, el aumento de los reclamos en departamentos como Bogotá, D.C. (14.54%) y la reducción en Risaralda (2.83%) indican variaciones regionales en la respuesta de los usuarios, lo que puede reflejar diferencias en la implementación y comunicación de políticas de salud a nivel local. Estos datos sugieren que el anuncio del proyecto de ley ha generado expectativas y preocupaciones en la población.

4.3 Escenarios posibles del proyecto de reforma de la salud, relacionando las PQRD por principales macro motivos en el periodo del 2023

A continuación, se presentan los escenarios de la reforma de la salud, evaluando los posibles escenarios.

Tabla 9. *Planteamiento de escenarios posibles del proyecto de reforma de la salud, relacionando las PQRD por principales macromotivos en el periodo del 2023.*

Escenarios	Planteamiento
Escenario optimista	<p>La reforma a la salud en Colombia para el año 2023 busca mejorar la gestión de PQR en el sector salud mediante una nueva clasificación de motivos y una mayor transparencia en la respuesta a estas solicitudes.</p> <p><i>Clasificación de Motivos</i></p> <p>La clasificación de motivos para los reclamos en salud se ha reducido de más de 300 a 37 categorías específicas, lo que facilita la gestión y resolución de las PQR. Estas categorías incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reclamos de Riesgo Vital: Reclamos que requieren una solución inmediata y priorizados, con un plazo de respuesta de 24 horas. 2. Reclamos de Riesgo Priorizado: Reclamos que requieren una solución rápida, con un plazo de respuesta de 48 horas. 3. Reclamos de Riesgo Simple: Reclamos que no requieren una solución inmediata, con un plazo de respuesta de 72 horas. 4. Peticiones Generales: Peticiones que no requieren una respuesta inmediata, con un plazo de respuesta de 15 días hábiles. <p><i>Términos para Resolver una Reclamación</i></p> <p>Las entidades del sector salud deben responder a las PQRD de manera oportuna y completa, utilizando los medios de comunicación indicados por el usuario. Los plazos máximos para dar respuesta a las PQRD son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reclamos de Riesgo Vital: 24 horas • Reclamos de Riesgo Priorizado: 48 horas • Reclamos de Riesgo Simple: 72 horas • Peticiones Generales: 15 días hábiles <p><i>Información Adicional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Las entidades del sector salud deben establecer un sistema de recepción y administración de las PQRD que superen las barreras administrativas y garantice el

Escenarios	Planteamiento
Escenario pesimista	<p>acceso a los servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las EPS y IPS deben reportar ante la Superintendencia Nacional de Salud los datos de contacto para la operación de los reclamos marcados con riesgo vital. • Las entidades deben informar al usuario sobre la posibilidad de presentar una PQRD ante la Superintendencia Nacional de Salud en caso de desacuerdo con la respuesta o falta de respuesta. • La nueva clasificación y los términos para resolver las PQR buscan mejorar la calidad y eficiencia en la atención al usuario, garantizando su derecho a la salud y protección en el sector salud colombiano. <p>El escenario pesimista frente a la reforma de salud en Colombia se caracteriza por la preocupación sobre la capacidad del sistema para garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.</p> <p>A continuación, se presentan algunos de los aspectos más relevantes que reflejan este escenario:</p> <p><i>Desigualdad y fragmentación:</i> La reforma podría consolidar las desigualdades tradicionales y fragmentar la atención médica, lo que podría dejar a los afiliados en una situación de indefinición y demora en el traslado de servicios.</p> <p><i>Corrupción y riesgos:</i> La reforma plantea riesgos de corrupción y desafíos en la implementación, ya que no garantiza la financiación y sostenibilidad del sistema. La falta de incentivos en las formas de pago y contratación puede llevar a la ineficiencia y malversación de recursos públicos.</p> <p><i>Ineficiencia y sobrecostos:</i> El aumento del porcentaje mínimo de pago al presentar la factura sin fortalecer los mecanismos de control puede comprometer recursos y financiamiento del sistema, lo que puede afectar negativamente la calidad de los servicios de salud.</p> <p><i>Riesgos políticos:</i> La reforma puede ser influenciada por intereses políticos locales, lo que puede llevar a la asignación de directivos de entidades de salud de manera no transparente y a la configuración de focos de corrupción.</p> <p><i>Impacto en los entes territoriales:</i> La reforma puede tener un impacto significativo en los entes territoriales, ya que no considera adecuadamente las necesidades específicas de cada región y puede generar desafíos en la prestación de servicios de salud en áreas como la educación y el cuidado de la salud.</p> <p>La reforma a la salud en Colombia, si bien busca mejorar el sistema, ha generado un aumento significativo en las PQRD. Esta situación refleja la necesidad de atender las demandas de los usuarios en cuanto a la calidad de los servicios, acceso oportuno a la atención y transparencia en la gestión del sector salud. Se espera que, a medida que la reforma se implemente, se brinden soluciones efectivas para abordar estas inquietudes y garantizar un sistema de salud eficiente y equitativo para todos los colombianos.</p>

Adaptado de Circular externa 20231510000000105 (Supersalud, 2023)

Como resultado, se evalúa el comportamiento de las PQRD en la Supersalud de Colombia, en el periodo 2023 tras anunciar la propuesta de reforma de la salud en Colombia, se realizó el estudio a 32 departamentos con régimen de afiliación, tipo de entidad, motivos y macro motivos donde abarca diversas áreas relacionadas con la prestación de servicios sanitarios. Según los informes y datos disponibles, se destacaron los siguientes:

El análisis de los reclamos por departamentos en Colombia revela que Bogotá lidera con una cifra significativa de (289,239) reclamos. Le sigue Antioquia con (219,741) reclamos, y Valle del Cauca con (153,145). Cundinamarca ocupa el cuarto lugar con (76,358) reclamos, mientras que Santander cierra el grupo de los cinco departamentos con el mayor número de quejas, registrando (70,975) reclamos.

Este patrón sugiere que Bogotá, siendo la capital y la ciudad más poblada, enfrenta una mayor incidencia de reclamos, lo que podría estar relacionado con su densidad poblacional y la complejidad de los servicios que se ofrecen en un entorno urbano tan grande. Antioquia y Valle del Cauca, al ser también departamentos con alta población y actividad económica, presentan cifras elevadas de reclamos, lo que podría reflejar problemas similares en la calidad de los servicios o en la atención al cliente en el sector salud y otros servicios públicos. Por su parte, Cundinamarca y Santander, aunque con cifras menores, también evidencian una preocupación en la atención y satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios recibidos.

El régimen contributivo de salud en Colombia reportó (908.863) reclamos. Las EPS con más reclamos de mayor a menor cantidad fueron: Nueva EPS (197,293), Sanitas (185,634) EPS Sura: (156,559), por otro lado, las EPS con menos reclamos fueron: Salud Mia: (1,605), Mutual Ser (2,678). Es crucial considerar el número de afiliados de cada EPS al analizar estos datos, ya que esto puede afectar la tasa de reclamos por cada 10,000 afiliados.

Se destaca que Nueva EPS lidera en número de reclamos en el régimen contributivo, la tasa de reclamos por afiliado podría variar en comparación con otras EPS que tengan una cantidad similar de usuarios. En el régimen subsidiado, el total de reclamos ascendió a (391,869). Las EPS con el mayor número de reclamos fueron: Nueva EPS (79,741), Savia Salud (55,856) y Coosalud

(54,976). Por otro lado, las EPS con menor número de reclamos fueron: Caja de Compensación Familiar de Sucre (2,534), Comfaorienté (2,473) y Comfachocó (1,571).

Según los motivos específicos y los macromotivos se puede destacar los siguientes:

Insatisfacción con la atención médica: Muchos usuarios han expresado su descontento con la calidad de la atención recibida, lo que incluye demoras en la atención y falta de respuesta a sus necesidades.

Problemas con la cobertura de servicios: Se han reportado quejas sobre la falta de cobertura para ciertos tratamientos y procedimientos, así como la negativa de las EPS a autorizar servicios necesarios.

Dificultades en el acceso a medicamentos: Los reclamos también han incluido problemas relacionados con la disponibilidad y suministro de medicamentos, lo que ha generado frustración entre los pacientes que requieren tratamientos específicos.

Trámites administrativos: Se han presentado quejas sobre la burocracia y los trámites complicados para acceder a servicios de salud, lo que ha llevado a una percepción negativa del sistema.

5. Conclusiones

El anuncio de la reforma de salud en Colombia en 2023 parece haber influido en el aumento de las PQRD en el sector durante ese año, con un notable incremento del (13.6%) respecto a 2022. Este incremento pudo deberse a la mayor preocupación y expectativas de los usuarios sobre el acceso y la calidad de los servicios, especialmente en lo que respecta a la restricción en el acceso a los servicios, que experimentó un aumento del (21.94%) en los reclamos. Esta tendencia sugiere que el anuncio de la reforma generó una mezcla de expectativas y preocupaciones, impactando significativamente la percepción y respuesta de los usuarios hacia el sistema de salud.

El análisis de las PQRD en 2023, según los datos de Supersalud, muestra que las principales tendencias se centran en problemas de acceso a los servicios y tecnologías sanitarias. La variabilidad en los reclamos administrativos y otros motivos específicos resalta la necesidad de mejorar tanto la accesibilidad como la gestión de los servicios para cumplir con las expectativas de los usuarios. Este aumento en los reclamos subraya las deficiencias en la accesibilidad y calidad del servicio, reflejando la incertidumbre generada por las propuestas de reforma y la urgencia de mejorar la eficiencia y transparencia del sistema sanitario para restaurar la confianza de los usuarios.

La evaluación del panorama de los posibles escenarios del proyecto de reforma de la salud en 2023, basado en las PQRD por principales macromotivos, ofrece perspectivas variadas. En un escenario optimista, la reforma podría mejorar significativamente la gestión y resolución de PQRD mediante una nueva clasificación de motivos y plazos más estrictos para las respuestas, elevando la calidad y eficiencia en la atención al usuario. Sin embargo, un escenario pesimista destaca riesgos de desigualdad, corrupción, ineficiencia y sobrecostos, que podrían empeorar la fragmentación del sistema y comprometer la calidad del servicio. Un escenario invariable, en el que la reforma sea rechazada, implicaría la persistencia de los problemas actuales en la atención de salud, subrayando la necesidad urgente de mejoras en la calidad, eficiencia y transparencia del sistema. Estos escenarios reflejan la complejidad y el impacto potencial de la reforma en la gestión de PQRD y la necesidad de abordar las preocupaciones de los usuarios para garantizar la mejora en el sistema sanitario.

Finalmente, el análisis de la influencia y el comportamiento de las PQRD en 2023 revela un sistema de salud enfrentando desafíos significativos en términos de acceso, calidad y eficiencia. La reforma propuesta, aunque prometedora en algunos aspectos, también plantea riesgos

considerables. Es crucial que la implementación de cualquier reforma se realice meticulosamente y esté bien gestionada, con una monitorización constante de la Superintendencia Nacional de Salud para asegurar que se cumplan las expectativas de los usuarios y se mejore la prestación de servicios de salud en Colombia. La participación de todos los actores involucrados, incluyendo usuarios, proveedores y autoridades, será fundamental para construir un sistema de salud más equitativo, eficiente y transparente.

Referencias

- Artaza, O., y Méndez, C. (2020) Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Panamerican Journal of Public Health*. <https://repositorio.udla.cl/xmlui/bitstream/handle/udla/906/099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Botero, M. y Lozano, L. (2023). Entre la burocracia y la negligencia: cuando hay fallas en la atención médica. *Pesquisa Javeriana*. <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/acceso-salud-colombia-derecho-petro/>
- Caicedo, E. (2023). Supersalud revela las veinte EPS que no cuentan con recursos de reservas técnicas. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/salud/supersalud-revela-las-veinte-eps-que-no-cuentan-con-reserva-tecnicas-824404>
- Creswell, J. (1988). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among* (2ª. ed.). SAGE publications. <https://revistapsicologia.org/public/formato/cuali2.pdf>
- Creswell, J. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE publications. https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
- DANE. (2023). *Estadísticas vitales*. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/pres-EEVV-IItrim2023.pdf>
- Delgado, M., Campos, L. (2023). *La atención primaria en la reforma de salud del Gobierno de Gustavo Petro*. <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/2327/1823>
- Flórez, J., Torres, C., Guzmán, B., Pineda, F. (2013). *Comportamiento y análisis de las motivaciones que llevaron a los usuarios del sistema de salud colombiano a presentar reclamaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud 2012-2013*. *Revista Monitor*

Estratégico Superintendencia Nacional De Salud.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MonitorEstrategico/MonitorEstrategico004-2013.pdf>

Gattini, C. (2023). La salud en la Constitución de Chile y en las propuestas constitucionales de 2022 y 2023. *Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP)*, 8-45.
<https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2023/12/Salud-Constitucion-Chile-2023.pdf>

Gattini, C., y Morales, J. (2023) Pertinencia y factibilidad de reforma para crear un sistema universal de salud en Chile. *Panamerican Journal of Public Health*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57888/v47e1232023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González J. L., y Covinos M. (2021). Diseño y metodología de la investigación. (1ª. Ed.)

Machi, L., McEvoy, B. (2008). *The Literature Review: Six Steps to Success*. SAGE publications.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Resolución 3687 de 2016. *Por la cual se reglamenta el trámite de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias, felicitaciones y solicitudes de acceso a la información que se formulen al Ministerio de Salud y Protección Social.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3687-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). MinSalud aclara situación de desabastecimiento de medicamentos. *Minsalud*.
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-aclara-situacion-de-desabastecimiento-de-medicamentos.aspx>

- Ortiz, D. V. (2024). Gobierno redujo casi el 90 % del valor para Presupuestos Máximos este año, según Acemi. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/salud/gobierno-redujo-casi-el-90-del-valor-para-presupuestos-maximos-este-ano-segun-eps-850695>
- Presidencia de la República de Colombia. (2021). Decreto 1080 del 2021. *Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=170746>
- Petro, G., Corcho, C. (2023). *Por la que se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*. <https://cdn.oes.org.co/wp-content/uploads/2019/03/REFORMA-A-LA-SALUD-2023.pdf>
- Ramírez, J. M., Blas, J. S., y Eguilas, D. A., Guevara, C., Pérez, H. N., & Zavala, M. E. (2023). Desafíos en la salud peruana - Un análisis crítico. *Revista Científica En Ciencias De La Salud*, 2(4), 313–316.
- Restrepo, J., Casas, L., y Espinal, J. (2020). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista Salud Pública*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600670
- Restrepo, J. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642022000100060&script=sci_arttext
- Rico, S. M. 11 de marzo, 2024. *Reforma a la salud: impulsada por las ineficiencias en el acceso*. *Reforma a la salud: impulsada por las ineficiencias en el acceso*. Consultorsalud. <https://consultorsalud.com/ineficiencias-acceso-reforma-a-la-salud/>

Rodríguez, S. A. 17 de junio de 2024. *Asociación de Clínicas y Hospitales dice que en 2023 deudas de las EPS aumentaron en más de 700.000 millones de pesos.* El colombiano.

<https://www.elcolombiano.com/colombia/asociacion-de-clinicas-y-hospitales-dice-que-en-2023-deudas-de-las-eps-aumentaron-en-mas-de-700000-millones-de-pesos->

NO24800148 Senado de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 del 2007. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

Senado de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. *Por la que se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Senado de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*

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

Senado de la República de Colombia. (2015). Ley 1753 de 2015. *Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>

Senado de la República de Colombia. (2015). Ley 1755 de 2015. *Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento*

Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65334>

Superintendencia Nacional de Salud. (2018). Circular 008 de 2018. *Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007.*

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA%20008%20DE%202018.pdf>

Superintendencia Nacional de Salud. (2023). Circular externa 2023151000000010-5 de 2023. *Por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en salud establecidos en la circular externa 047 de 2007, modificada entre otras por la circular externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en salud dispuestos en la circular externa 017 de 2020.*

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_202315100000105_2023.htm

Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Consolidado de las PQRD en el año 2023.*

www.supersalud.gov.coTorres, O. (2024). Diez preocupaciones de sociedades científicas y médicas ante reforma a la salud que entra a Senado. *Blu Radio*.
<https://www.bluradio.com/salud/diez-preocupaciones-de-sociedades-cientificas-y-medicas-ante-reforma-a-la-salud-que-entra-a-senado-rg10>

Superintendencia Nacional de Salud. (s.f.). *Ficha de caracterización de operaciones estadísticas PQRD.*

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/FT.%20Caracterizaci%C3%B3n%20O.E.%20PQRD.pdf>

Apéndices

Apéndice A. Consolidado del comportamiento de los reclamos en salud (PQRD), formulados por los usuarios del Sistema Nacional de Salud ante la Supersalud en el periodo comprendido entre enero - diciembre de 2023.

**COMPORTAMIENTO DE RECLAMOS EN SALUD Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN
2.023 (ENERO-DICIEMBRE)**

A partir de enero de 2023 las tasas se calcularán por cada 10.000 afiliados

TOTAL NACIONAL POR TIPO DE RADICACIÓN

CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOY	DIC	TOTAL AÑO 2.023
RECLAMOS EN SALUD	104.644	112.120	127.873	109.913	126.401	119.573	116.031	129.984	128.894	136.090	122.621	83.077	1.417.221
SOLICITUD DE INFORMACIÓN	92.499	94.545	111.242	96.365	105.405	98.100	94.140	100.602	98.968	105.853	91.876	55.713	1.145.308
TOTAL	197.143	206.665	239.115	206.278	231.806	217.673	210.171	230.586	227.862	241.943	214.497	138.790	2.562.529

TABLA 1. TOTAL NACIONAL POR TIPO DE RADICACIÓN
FUENTE: BASE DE DATOS SIS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

POR TIPO DE RECLAMO

Reclamos radicados hasta el 30 de junio de 2023

RECLAMOS EN SALUD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOY	DIC	TOTAL AÑO 2.023
REGULARES	71.258	77.677	88.382	75.556	86.731	82.666							482.270
SIS	33.386	34.443	39.491	34.357	39.670	36.907							218.254
TOTAL	104.644	112.120	127.873	109.913	126.401	119.573							700.524

TABLA 2. RECLAMOS EN SALUD POR TIPO DE RECLAMO (RECLAMOS HASTA EL 30 JUNIO 2023)
FUENTE: BASE DE DATOS SIS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

Reclamos radicados a partir del 01 de julio 2023

RECLAMOS EN SALUD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOY	DIC	TOTAL AÑO 2.023
SIMPLE							83.840	94.997	94.881	99.070	88.756	57.542	519.086
PRIORIZADO							30.282	34.303	33.563	36.556	33.542	25.166	193.412
RIESGO VITAL							1.909	684	450	464	323	369	4.199
TOTAL							116.031	129.984	128.894	136.090	122.621	83.077	716.697

**La clasificación simple, priorizado y vital aplica para los reclamos radicados desde el 1 de julio 2023

TABLA 3. RECLAMOS EN SALUD POR TIPO DE RECLAMO (RECLAMOS A PARTIR DEL 01 JULIO 2023)
FUENTE: BASE DE DATOS SIS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

RECLAMOS EN SALUD Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN POR CANAL DE RADICACIÓN

RECLAMOS EN SALUD Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN														
CANAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL RECLAMOS 2.023	% PARTICIPACIÓN
WEB	59.815	64.579	75.832	69.769	84.285	81.212	81.249	88.931	83.739	90.148	88.408	66.835	934.802	36,5%
TELFÓNICO	85.949	79.825	95.034	78.541	76.317	68.737	60.747	63.411	68.906	67.703	46.793	21.567	813.590	31,7%
PERSONALIZADO	23.120	27.612	30.338	25.946	31.990	31.496	31.356	35.841	36.008	39.804	38.158	29.922	381.591	14,9%
ESCRITO	15.285	21.637	22.764	18.805	24.462	22.842	24.342	29.114	26.948	30.632	28.270	10.063	275.164	10,7%
CHAT	9.089	8.880	10.368	9.077	10.238	9.461	9.563	9.987	9.593	11.249	9.596	7.614	114.715	4,5%
REDES SOCIALES	3.885	4.132	4.719	4.140	4.514	3.925	2.914	3.302	2.688	2.407	3.272	2.789	42.667	1,7%
TOTAL	197.143	206.665	239.115	206.278	231.806	217.673	210.171	230.586	227.862	241.943	214.497	138.790	2.562.529	100,0%

*WEB: SUMATORIA DE FUENTES DE INFORMACIÓN FORMULARIO WEB Y CORREO ELECTRÓNICO; EL CANAL DE CORREO ELECTRÓNICO OPERA DESDE AGOSTO 2018

*PERSONALIZADO: SUMATORIA CANAL PERSONALIZADO Y EVENTOS; EL CANAL EVENTOS OPERA DESDE NOVIEMBRE 2017

*REDES SOCIALES: SUMATORIA CANAL REDES SOCIALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN; ESTOS CANALES OPERAN DESDE FEBRERO 2018

TABLA 6. RECLAMOS EN POR CAPITAL DE DEPARTAMENTO
FUENTE: BASE DE DATOS SHS AÑO 2.023 [ENERO-DICIEMBRE]

RECLAMOS EN SALUD POR MACROMOTIVO

Reclamos radicados hasta el 30 de junio de 2023

MACROMOTIVOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL AÑO 2.023	% PARTICIPACIÓN
RESTRICCIÓN EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	33.012	100.316	114.673	38.315	112.733	106.931							625.394	63,4%
INSATISFACCIÓN DEL USUARIO CON EL PROCESO ADMINISTRATIVO	5.041	4.901	5.379	4.543	5.316	4.882							30.062	4,3%
NO RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS	3.565	3.749	4.167	3.834	4.529	4.220							24.064	3,4%
DEFICIENCIA EN LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	2.862	2.968	3.464	3.057	3.643	3.367							19.361	2,8%
FALTA DE DISPONIBILIDAD O INAPROPIADO MANEJO DEL RECURSOS HUMANO Y FÍSICO PARA LA ATENCIÓN	80	90	108	90	115	114							597	0,1%
PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS INTERPUESTAS POR IPS-EPS, ENTIDADES TERRITORIALES Y ORGANISMOS DE CONTROL Y VIGILANCIA	84	34	76	74	59	53							446	0,1%
TOTAL	104.644	112.120	127.873	109.913	126.401	119.573							700.524	100,0%

TABLA 7. RECLAMOS EN SALUD POR MACROMOTIVO [RECLAMOS HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2023]
FUENTE: BASE DE DATOS SHS AÑO 2.023 [ENERO-DICIEMBRE]

TABLA 7. RECLAMOS EN SALUD POR MACROMOTIVO [RECLAMOS HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2023]
FUENTE: BASE DE DATOS SHS AÑO 2.023 [ENERO-DICIEMBRE]

Reclamos radicados a partir del 01 de julio de 2023

MACROMOTIVOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL AÑO 2.023	% PARTICIPACIÓN
BARRERAS EN EL ACCESO A TECNOLOGÍAS Y SERVICIOS DE SALUD; Y OTROS ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO							102.515	116.529	116.342	123.387	111.284	75.193	645.250	90,0%
INSATISFACCIÓN DEL USUARIO CON EL PROCESO ADMINISTRATIVO							10.541	10.439	3.808	10.021	8.909	6.069	55.847	7,8%
INSATISFACCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN EN SALUD							2.696	2.763	2.572	2.510	2.298	1.738	14.577	2,0%
INSATISFACCIÓN RELACIONADA CON INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA							279	193	172	172	130	77	1.023	0,1%
TOTAL							116.031	129.984	128.894	136.090	122.621	83.077	716.697	100,0%

***A partir del 1 de julio 2023, se realizó un ajuste a la clasificación de motivos pasando de 6 macromotivos a 4, los cuales no son homólogos, es por este motivo la información de motivos se presenta de manera separada.

TABLA 8. RECLAMOS EN SALUD POR MACROMOTIVO [RECLAMOS A PARTIR DEL 01 DE JULIO DE 2023]
FUENTE: BASE DE DATOS SHS AÑO 2.023 [ENERO-DICIEMBRE]

TABLA 8. RECLAMOS EN SALUD POR MACROMOTIVO (RECLAMOS A PARTIR DEL 81 DE JULIO DE 2023)
FUENTE: BASE DE DATOS SHS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

RECLAMOS EN SALUD POR MOTIVOS ESPECÍFICOS

Reclamos radicados hasta el 30 de junio de 2023

MOTIVOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL AÑO 2.023	% PARTICIPACIÓN
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	29.369	33.094	33.133	34.138	39.795	38.708							214.237	30,6%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS PBS	12.212	12.433	14.388	12.382	13.549	12.166							77.130	11,0%
FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	7.021	7.778	9.140	7.245	8.073	7.636							46.953	6,7%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	5.471	5.395	6.980	5.707	6.685	6.420							37.258	5,3%
DEMORA DE LA PROGRAMACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO O DIAGNÓSTICOS	3.443	4.003	4.036	3.772	4.574	4.455							24.283	3,5%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	2.432	2.677	2.990	2.410	3.059	2.711							16.279	2,3%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO PBS	2.542	2.776	2.831	2.354	2.510	2.406							15.419	2,2%
NO APLICACIÓN DE NORMAS, GUÍAS O PROTOCOLOS DE ATENCIÓN	2.004	2.087	2.455	2.212	2.653	2.435							13.846	2,0%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA GENERAL	1.882	2.122	2.508	1.992	2.297	2.248							13.049	1,9%
DEMORA DE LA REFERENCIA O CONTRAREFERENCIA	1.756	1.750	1.987	1.851	2.474	2.231							12.049	1,7%
TAL 10 MOTIVOS CON MAYOR RECLAM	68.132	74.715	86.448	74.063	85.669	81.476							470.503	67,2%
TOTAL DE TODOS LOS MOTIVOS	104.644	112.120	127.873	109.913	126.401	119.573							700.524	100,0%

TABLA 9. RECLAMOS EN SALUD POR MOTIVOS ESPECÍFICOS (RECLAMOS HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2023)
FUENTE: BASE DE DATOS SHS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

TABLA 3. RECLAMOS EN SALUD POR MOTIVOS ESPECÍFICOS (RECLAMOS HASTA EL 31 JUNIO DE 2023)
FUENTE: BASE DE DATOS SMS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

Reclamos radicados a partir del 01 de julio de 2023

MOTIVOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOY	DIC	TOTAL AÑO 2.023	% PARTICIPACIÓN
NEGACIÓN EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS O CONSULTAS							19.312	38.763	30.042	30.613	27.590	16.839	163.159	22,8%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LAS CITAS O CONSULTAS							26.144	12.316	19.026	20.128	18.123	10.855	106.592	14,9%
NEGACIÓN EN LA ATENCIÓN EN OTROS SERVICIOS DE SALUD							3.475	18.402	13.424	13.502	12.102	8.007	74.912	10,5%
NEGACIÓN PARA LA ENTREGA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y/O DE OTROS SERVICIOS AUTORIZADOS							6.578	13.068	12.784	13.667	12.266	10.152	68.515	9,6%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN OTROS SERVICIOS DE SALUD							13.651	7.465	11.298	12.734	11.647	7.386	64.181	9,0%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACIÓN DE OTROS SERVICIOS DE SALUD							5.490	6.847	8.040	8.749	8.118	5.891	43.135	6,0%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA O ENTREGA INCOMPLETA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y/O PRESTACIÓN DE OTROS SERVICIOS							9.775	5.044	6.038	7.661	6.840	4.935	40.293	5,6%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y/O DE OTROS SERVICIOS							2.884	3.621	4.589	4.951	4.504	3.647	24.196	3,4%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACIÓN DE CITAS DE CONSULTA							2.959	3.865	4.428	4.813	4.364	2.925	23.354	3,3%
NO RECONOCIMIENTO Y/O PAGO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS							2.518	2.682	2.531	2.663	2.456	1.784	14.634	2,0%
TAL 10 MOTIVOS CON MAYOR RECLAMOS							98.786	112.073	112.200	119.481	108.010	72.421	622.971	86,9%
TOTAL DE TODOS LOS MOTIVOS							116.031	129.984	128.894	136.090	122.621	83.077	716.697	100,0%

***A partir del 1 de julio 2023, se realizó un ajuste a la clasificación de motivos pasando de más de 300 motivos específicos a tan solo 37, los cuales no son homoloqables, es por este motivo la información de motivos se presenta de manera separada.

TABLA 18. RECLAMOS EN SALUD POR MOTIVOS ESPECÍFICOS (RECLAMOS A PARTIR DEL 01 JULIO DE 2023)
FUENTE: BASE DE DATOS SMS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

RECLAMOS EN SALUD POR EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

CÁLCULO DE TASA CON EL PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO

EPS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOY	DIC	TOTAL AÑO 2.023	*PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO DICIEMBRE 2023	TASA AÑO CORRIDO
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	2.797	3.052	3.387	2.855	2.882	3.014	2.756	2.942	2.809	2.724	2.572	1.589	33.379	750.307	444,87
COOSALUD	386	325	396	364	404	374	357	373	375	433	389	273	4.447	104.687	424,79
COMPENSAR	5.350	6.231	6.743	5.986	7.262	6.737	6.502	7.225	7.105	7.456	6.401	4.545	77.543	2.171.167	357,15
FAMISANAR	7.275	8.091	9.159	7.579	9.357	8.761	9.108	9.887	9.613	10.836	9.363	6.410	105.499	3.023.994	348,87
COMFENALCO VALLE	762	808	860	769	989	1.154	937	939	895	847	693	493	10.146	294.277	344,78
NUOVA EPS	15.515	15.328	18.534	15.591	11.977	16.928	16.310	18.194	17.484	17.449	15.682	11.101	197.293	5.894.445	334,71
SAMITAS	14.474	15.187	16.571	14.227	16.230	14.000	13.740	15.628	15.859	18.743	18.386	12.589	185.634	5.778.413	321,25
EPS SURA	11.665	12.257	14.031	11.751	13.447	12.430	12.677	14.398	14.996	15.483	13.782	9.642	156.559	5.319.001	294,34
SALUD TOTAL	3.310	10.234	11.456	3.922	11.877	10.805	10.656	11.557	11.531	12.154	10.686	7.849	128.097	4.688.307	273,23
FUNDACIÓN SALUD MÍA	102	106	104	91	209	213	140	157	171	141	109	62	1.605	57.842	277,48
ALIANSA SALUD	450	482	546	414	488	507	510	562	571	581	486	369	5.366	246.142	242,38
MUTUAL SER	169	176	217	176	204	205	194	282	303	283	264	205	2.678	119.763	223,61
SALUD BOLÍVAR	0	1	1	0	2	2	0	1	4	1	4	1	17	1.402	0,00
TOTAL	68.255	72.878	82.005	69.725	81.328	75.130	74.487	82.145	81.774	87.191	78.817	55.128	908.863	28.449.748	TASA RÉGIMEN= 319,46

* RECLAMOS EN SALUD: SE EXCLUYEN LOS RECLAMOS DE LAS EPS INDÍGENAS

* PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO: = TOTAL PROMEDIO AFILIADOS DEL AÑO CORRIDO EN MENCIÓN, EN ESTADO ACTIVO, ACTIVO POR EMERGENCIA, PROTECCIÓN LABORAL, SUSPENDIDO, SUSPENDIDO POR DOCUMENTO Y SUSPENDIDO POR MORAL QUE SE

* TASA: NÚMERO DE RECLAMOS POR CADA 10.000 AFILIADOS SE CALCULA: Σ RECLAMOS EN SALUD / PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO POR 10.000

TABLA 11. RECLAMOS EN SALUD POR EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
FUENTE: BASE DE DATOS SIS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

RECLAMOS EN SALUD POR EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO

CÁLCULO DE TASA CON EL NÚMERO DE AFILIADOS DEL ÚLTIMO MES															
EPS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL AÑO 2.023	*PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO DICIEMBRE 2023	TASA AÑO CORRIDO
CAPITAL SALUD	3.387	3.825	4.482	3.621	4.413	4.083	3.863	4.126	3.320	4.115	3.615	2.323	45.773	1.173.719	390,03
SAVIA SALUD EPS	4.010	4.338	4.674	3.908	4.457	4.476	4.624	5.682	6.113	5.634	4.875	3.005	55.856	1.677.679	332,34
ASMET SALUD	3.255	3.773	4.681	4.164	4.634	4.774	3.941	4.055	3.620	3.382	2.391	1.828	45.164	1.843.788	244,16
EMSSANAR	3.512	3.883	4.253	3.955	3.638	3.417	3.361	3.395	3.717	3.393	3.390	2.064	43.250	1.853.673	233,32
CAPRESOCA	232	232	197	151	283	238	244	273	532	700	594	343	4.031	177.047	227,68
CAJACOPI EPS	2.115	2.204	2.777	2.341	2.775	2.771	2.347	2.736	2.303	3.067	3.124	1.331	31.031	1.516.377	205,03
NUEVA EPS	5.366	5.831	7.061	6.034	7.225	6.746	6.580	7.573	7.573	8.161	6.873	4.706	73.741	4.614.611	172,80
COOSALUD	3.480	3.543	4.374	4.031	4.804	4.600	4.315	5.072	5.065	6.065	6.033	3.582	54.376	3.267.643	168,24
CCF DE SUCRE Y/O FAMILIAR DE COLOMBIA	334	193	172	231	253	157	175	218	223	202	212	164	2.534	235.011	107,82
CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"	201	185	208	182	254	211	215	223	250	223	186	123	2.473	234.801	105,32
CCF CHOCHO "COMFACHOCO"	73	77	128	101	153	188	124	180	144	151	128	112	1.571	172.660	30,39
MUTUAL SER	1.272	1.453	1.842	1.557	1.835	1.763	1.631	2.135	2.377	2.257	2.013	1.363	21.570	2.484.843	86,81
*EGOPROD	372	358	355	365	0	0	0	0	0	0	0	0	3.833	356.965	0,00
TOTAL	28.215	30.493	35.804	31.244	34.856	33.430	31.420	36.346	36.437	38.022	34.046	21.556	391.869	19.347.111	TASA REGIMEN = 202,55

**Ecopro EPS Liquidada

* RECLAMOS EN SALUD: SE EXCLUYEN LOS RECLAMOS DE LAS EPS INDÍGENAS

* **PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO** = TOTAL PROMEDIO AFILIADOS DEL AÑO CORRIDO EN MENCIÓN, EN ESTADO ACTIVO, ACTIVO POR EMERGENCIA, PROTECCIÓN LABORAL, SUSPENDIDO, SUSPENDIDO POR DOCUMENTO Y SUSPENDIDO POR MORA QUE SE

* **TASA**: NÚMERO DE RECLAMOS POR CADA 10.000 AFILIADOS SE CALCULA: $\frac{\text{RECLAMOS EN SALUD}}{\text{PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO}} \times 10.000$

TABLA 12. RECLAMOS EN SALUD POR EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO

FUENTE: BASE DE DATOS SIS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

RECLAMOS EN SALUD POR EPS INDÍGENAS (No se tienen en cuenta para el cálculo de tasa)

EPS INDÍGENAS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL AÑO 2.023
AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CALICA)	198	213	226	210	243	242	202	263	253	245	210	167	2.630
MALLAMÁS (EPS-I)	144	123	146	122	170	146	132	154	186	143	173	144	1.801
ANAS WAYUU (EPS-I)	93	98	132	208	138	90	123	112	64	131	98	73	1.366
PIJAOS SALUD (EPS-I)	97	77	84	82	116	92	103	95	113	173	156	82	1.276
DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	32	33	58	126	137	58	113	58	70	52	58	38	833
TOTAL	570	556	646	748	810	628	673	688	692	756	701	504	7.972

TABLA 13. RECLAMOS EN SALUD POR EPS INDÍGENAS
FUENTE: BASE DE DATOS SIS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

RECLAMOS EN SALUD POR OTRO TIPO DE VIGILADO

VIGILADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL AÑO 2.023	% PARTICIPACIÓN
MAGISTERIO	3.343	3.652	4.087	3.563	4.063	4.048	3.839	4.609	4.522	4.245	3.801	2.527	46.359	42,7%
POLICIA NACIONAL	1.378	1.523	1.988	1.729	1.938	1.943	2.037	2.352	1.976	2.068	1.827	1.033	21.852	20,1%
FUERZAS MILITARES	1.052	1.072	1.215	1.133	1.150	1.047	1.053	1.280	1.234	1.366	1.224	684	13.510	12,4%
ARL - SURAMERICANA	198	247	280	216	270	231	221	256	278	257	233	179	2.872	2,6%
ARL - POSITIVA	189	230	267	182	238	213	275	238	258	238	246	168	2.862	2,6%
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.	156	166	213	198	263	246	222	270	182	241	225	174	2.556	2,4%
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	129	133	136	128	142	477	262	215	193	224	207	155	2.401	2,2%
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA	121	106	138	109	157	359	270	199	170	201	184	152	2.166	2,0%
COLSANITAS S.A. COMPAA DE MEDICINA PREPAGADA	146	116	129	88	126	75	81	93	92	95	100	54	1.195	1,1%
ARL - SEGUROS DE VIDA COLPATRIA	78	57	75	73	70	60	56	75	67	79	59	55	804	0,7%
TOP 10 OTROS VIGILADOS	6.790	7.302	8.528	7.419	8.477	8.699	8.376	9.647	8.972	9.074	8.112	5.181	96.577	89,0%
TOTAL	7.604	8.193	9.418	8.196	9.407	10.385	9.451	10.805	9.991	10.121	9.057	5.889	108.517	100,0%

*NO SE CALCULA TASA TODA VEZ QUE NO SE CUENTA CON LA INFORMACIÓN DE NÚMERO DE AFILIADOS DE TODOS LOS VIGILADOS DE OTRO TIPO DE RÉGIMEN EN EL DUA (BASE ÚNICA DE AFILIADOS)

TABLA 14. RECLAMOS EN SALUD POR OTRO TIPO DE VIGILADO
FUENTE: BASE DE DATOS SIS AÑO 2.023 (ENERO-DICIEMBRE)

"Es de anotar que la información presentada puede ser susceptible de cambios marginales respecto a informes presentados con anterioridad, dado que la información de los reclamos en salud puede cambiar en el tiempo debido a actualizaciones en su estado, clasificación de riesgo de vida y redireccionamientos a otra entidad para su gestión."

Véase archivo en fuente externa.

RQ-PQRD y solicitudes de información diciembre de 2023.xlsx