



Informe sobre Goce Efectivo del Derecho a la Salud

2024

Orden Trigésima

Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional

Oficina de Calidad

Ministerio de Salud y Protección Social

Abril de 2025



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN-----	1
1 FUNDAMENTOS DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD (GEDS) -----	3
1.1 ELEMENTOS DEL DERECHO -----	3
1.2 CATEGORÍAS E INDICADORES PARA MEDIR EL GEDS-----	4
2 ALCANCE-----	5
3 METODOLOGÍA -----	5
4 RESULTADOS DE INDICADORES DEL GEDS POR ELEMENTO Y CATEGORÍA -----	7
4.1 DISPONIBILIDAD -----	7
4.1.1 TECNOLOGÍAS CUBIERTAS POR EL SISTEMA DE SALUD -----	7
4.1.2 SERVICIOS DE SALUD DISPONIBLES DISPONIBLES EN EL PAÍS-----	9
4.1.3 TALENTO HUMANO EN SALUD -----	10
4.2 ACEPTABILIDAD-----	13
4.2.1 RESPETO E INVOLUCRAMIENTO EN LAS DECISIONES DE SALUD-----	13
4.3 ACCESIBILIDAD-----	16
4.3.1 ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS Y DEBERES -----	16
4.3.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD -----	18
4.3.3 ACCESO A MEDICAMENTOS -----	19
4.3.4 COBERTURA DE VACUNACIÓN -----	20
4.4 CALIDAD-----	21
4.4.1 OPORTUNIDAD -----	21
4.4.2 SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES -----	30
5 BIBLIOGRAFÍA-----	34



TABLAS

Tabla 1. Categorías y subcategorías del GEDS -----	4
Tabla 2. Fuentes de los indicadores del GEDS -----	6
Tabla 3. Disponibilidad de camas hospitalarias en Colombia (por 10.000 habitantes) -----	10
Tabla 4. Razón de densidad de profesionales de la salud en Colombia (por 10.000 habitantes) ----	11
Tabla 5. Distribución porcentual por trimestre de los usuarios a los que se les realizó entrega de la Carta de Derechos y Deberes por parte de las EPS, Colombia, 2024 -----	17
Tabla 6. Distribución porcentual por trimestre de los usuarios que realizaron la lectura de la Carta de Derechos y Deberes entregada por parte de las EPS, Colombia, 2024 -----	17
Tabla 7. Distribución porcentual por trimestre de los usuarios asesorados para la comprensión de la Carta de Derechos y Deberes a los usuarios por parte de las EPS, Colombia, 2024-----	18
Tabla 8. Distribución de usuarios por régimen de afiliación y región encuesta nacional de satisfacción de los usuarios frente a los servicios de las EPS, Colombia 2024 -----	19
Tabla 9. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Colombia 2020-2024-----	21
Tabla 10. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General, Colombia 2020- 2024 -----	23
Tabla 11. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita cirugía general Colombia 2020-2024-----	25
Tabla 12. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita ginecología. Colombia 2020- 2024-----	26
Tabla 13. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita pediatría. Colombia 2020- 2024-----	28
Tabla 14. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna. Colombia 2020- 2024-----	29
Tabla 15. Distribución de usuarios que recomendarían y no el servicio de su EPS a familiares y amigos. Encuesta nacional de satisfacción de los usuarios frente a los servicios de las EPS, Colombia 2024	32



FIGURAS

Figura 1. Cantidad de talento humano en salud en Colombia -----	11
Figura 2. Densidad del talento humano en salud en los departamentos de Colombia-----	12
Figura 3. Distribución porcentual del grado de suficiencia en el tiempo que les dedica el profesional durante la atención, 2024 -----	13
Figura 4. Distribución porcentual del grado en que se implica al paciente en las decisiones sobre su salud, 2024 -----	14
Figura 5. Distribución porcentual del grado en que el paciente recibe explicaciones, 2024 -----	15
Figura 6. Distribución porcentual sobre el grado de conocimiento del profesional de la historia clínica del paciente, 2024-----	15
Figura 7. Distribución porcentual sobre el grado de atención que el profesional presta al paciente, 2024-----	16
Figura 8. Experiencia en el acceso a servicios de salud a través de su EPS (urgencias, hospitalizaciones, consultas médicas, exámenes y terapias). Encuestas 2019- 2024-----	31
Figura 9. Recomendaría su EPS a familiares y amigos. Encuestas 2019- 2024-----	32

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud, históricamente contemplado como un bien social esencial, demanda una distribución equitativa de los servicios de salud acorde a las necesidades de la población, tal como lo resaltan Artaza y Méndez (2022).

El fundamento del derecho nace en 1946, cuando los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamaron el disfrute del máximo grado de salud alcanzable para todo ser humano, sin distinción alguna.

Acorde con la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas del año 2000, “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (subrayado fuera de texto).

Esta definición fue acogida por la Corte Constitucional en su sentencia T-760 de 2008, y sobre esa base se construyó la jurisprudencia sobre su ejercicio y sobre el llamado “goce efectivo del derecho fundamental a la salud”.

Este concepto implica reconocer que el disfrute pleno del derecho debe tener en cuenta “*las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, así como los recursos con los que cuenta el Estado*”, y que por lo tanto este no está obligado a garantizar que toda persona goce de “buena salud”, sino a garantizar “*toda una gama de facilidades, bienes y servicios que aseguren el más alto nivel posible de salud*”. En ese sentido es claro que el efectivo del derecho fundamental a la salud guarda relación con estos parámetros y que para juzgarlo se deben considerar los parámetros que la *Observación General N°14* menciona.

En primer lugar, se deben considerar cuatro elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en el Estado: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*. Estos cuatro elementos están definidos en la *Observación General N°14*, y fueron además acogidos por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que los adecuó al contexto colombiano. Y, en segundo lugar, tres tipos de obligaciones: *de respeto, de protección y de cumplimiento*. En el caso de la primera significa que el Estado no debe interponerse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; en la segunda, que el Estado debe adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de la garantía del derecho; y en la tercera, que el Estado debe adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo,



administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

No obstante, se reconoce que las medidas "(...) más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro", pues cada "Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas", y para el efecto deberá contar con estrategia nacional, formular políticas, establecer indicadores y teniendo en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

Por último, para medir el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se comienza al Estado a que fije unos indicadores que cuenten con unas bases o fuentes nacionales de referencia, que midan los objetivos nacionales sobre la materia, que sean apropiadas, y que permitan ver la evolución en el disfrute del derecho por parte de la población.

El presente informe describe el comportamiento de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud (GEDS), teniendo en cuenta los elementos esenciales de este descritos anteriormente y las fuentes disponibles para el efecto.

1 FUNDAMENTOS DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD (GEDS)

1.1 Elementos del derecho

La Ley 1751 de 2015 estableció la salud como un derecho fundamental, así como los elementos y principios para regularlo, los derechos y deberes de las personas, los mecanismos para su protección, y la obligación del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de divulgar "(...) evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad" (Congreso de Colombia, 2015, Art. 7º).

En la norma, los 4 elementos se han definido de la siguiente manera:

- a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;
- c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;
- d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos (subrayados fuera de texto).

1.2 Categorías e indicadores para medir el GEDS

Teniendo en cuenta lo anterior, los elementos y categorías para este informe se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Categorías y subcategorías del GEDS

Elementos del goce	Categorías a medir	Indicadores
Disponibilidad	Tecnologías cubiertas por el sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de la evolución en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud (PBS)
	Servicios de salud disponibles en el país	<ul style="list-style-type: none"> Camas hospitalarias disponibles en el país
	Talento humano en salud	<ul style="list-style-type: none"> Densidad de profesionales de la salud
Aceptabilidad	Respeto e involucramiento en las decisiones de salud	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo que el profesional dedica para la atención Involucramiento del paciente en las decisiones sobre su salud Suministro de información durante la atención Conocimiento de la historia clínica del paciente Interés del profesional
Accesibilidad	Acceso a la información sobre derechos y deberes	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de usuarios que reciben la carta de derechos y deberes Proporción de usuarios que leen la carta de derechos y deberes Proporción de usuarios que reciben asesoría sobre la carta de derechos y deberes
	Acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Coberturas de afiliación
	Acceso a medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Usuarios que reciben órdenes de medicamentos Usuarios que requieren autorización para medicamentos y le son aprobados Usuarios que reciben los medicamentos
	Cobertura de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de coberturas alcanzadas con los diferentes biológicos
Calidad	Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad de citas de medicina general

Elementos del goce	Categorías a medir	Indicadores
		<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad de citas de odontología general • Oportunidad de citas de cirugía general • Oportunidad de citas de ginecología • Oportunidad de citas de pediatría • Oportunidad de citas de medicina interna
	Satisfacción de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con diferentes servicios • Proporción de quienes recomendarían su EPS

Fuente: Elaboración propia

2 ALCANCE

Si bien el Derecho Fundamental a la Salud y su goce efectivo benefician a todos los residentes del país, el presente informe estará centrado en los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido en la Ley 100 de 1993, que cobija el 98,46% de la población entre los regímenes contributivo y subsidiado (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2024).

Dado que los regímenes de excepción, como los que cobijan a los afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, al de la Policía Nacional, Ecopetrol, el Magisterio, y las universidades públicas que se acogieron a la Ley 647 de 2001 como la Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad del Valle, Universidad del Cauca, Universidad del Atlántico, Universidad de Nariño, Universidad Industrial de Santander, así como las entidades adaptadas como el Servicio Médico de las Empresas Públicas de Medellín y el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, tienen cada uno sus propias normas y beneficios —usualmente más amplios—, estos no se tocan en este informe.

3 METODOLOGÍA

Para la elaboración del informe se tuvieron en cuenta las fuentes de información que se describen a continuación.

En los casos en que se usaron otras aparecen referenciadas y señaladas en la bibliografía del documento:

Tabla 2. Fuentes de los indicadores del GEDS

Fuente	Características
Encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano	<p>Es una encuesta nacional que desarrolla el MSPS anualmente desde el año 2012, y utiliza un diseño probabilístico, estratificado, trietápico, y de conglomerados en la última etapa de selección, mediante entrevista presencial en los hogares, con aplicación de un cuestionario estructurado de aproximadamente 83 preguntas.</p> <p>La última (año 2024) incluyó un total de 15.377 encuestados, distribuidos a nivel nacional.</p>
Sistema de Información para la Calidad - (Resolución 256 de 2016)	<p>Es uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), y permite el análisis de varios dominios de la calidad, dependiendo del actor evaluado: para los prestadores se mide efectividad, seguridad y experiencia de la atención; para aseguradores se mide efectividad, gestión del riesgo y experiencia de la atención; y para entidades territoriales de salud se mide efectividad y gestión del riesgo.</p> <p>La fuente cuenta con 110 indicadores que se calcular como producto de la integración de los datos que reportan todos los responsables trimestralmente, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), manejado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.</p>
Informe de tutelas	<p>Es un informe que desarrolla el MSPS anualmente desde el año 2013, y hace un análisis del comportamiento y características de las tutelas interpuestas en Colombia en cada vigencia, por la vulneración del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Utiliza como insumos la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, un muestreo aleatorio sobre esa misma base y, desde el informe del año 2023, los datos suministrados por los actores del sistema de salud, a partir de una estructura de variables diseñada por el MSPS, que se debe reportar a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS).</p>
Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS)	<p>Se define como una red de instituciones públicas y privadas, investigadores, expertos dedicada a la producción, análisis, construcción, difusión y utilización de información y conocimiento sobre el talento humano del sector salud (THS).</p> <p>El observatorio genera indicadores sobre: a) los efectivos (número de personas con formación en áreas de la salud) disponibles en el país y la distribución del THS, b) la actividad de los recursos humanos en la fuerza laboral, y c) salida y pérdida de los recursos humanos.</p>

Fuente	Características
Informe de Carta de Derechos y Deberes	Este es un informe trimestral que se consolida año a año, en cumplimiento de la Circular Conjunta Externa 0016 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los reportes que entregan las EPS del país.
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	Es el programa liderado por el MSPS para lograr coberturas universales de vacunación, para erradicar, eliminar y controlar las enfermedades inmunoprevenibles. El programa cuenta con un sistema de información y una herramienta denominada PAIWEB que permite el registro y actualización de la información sobre la vacunación de los residentes del país, incluyendo datos básicos, socio-demográficos y el historial vacunal de los beneficiarios del programa.
Otras publicaciones	Fuentes secundarias de entidades oficiales, revistas académicas, revistas online, blogs, noticias, etc., donde se mencionan datos relacionados con los indicadores de GEDS.

Fuente: Elaboración propia

4 RESULTADOS DE INDICADORES DEL GEDS POR ELEMENTO Y CATEGORÍA

4.1 Disponibilidad

Este elemento abarca la existencia de servicios y tecnologías, de instituciones de salud y programas, y de personal médico y profesional competente. Los indicadores seleccionados dan cuenta de estos aspectos:

4.1.1 *Tecnologías cubiertas por el sistema de salud*

Las tecnologías en salud, entendidas como las “*actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud*

La Ley 1751 de 2015 estableció como uno de los principios del derecho fundamental a la salud la progresividad, el cual obliga al Estado a promover la “(...) ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de

salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho..." (subrayados fuera de texto) (Congreso de Colombia, 2015, Art. 6º).

A partir de esta ley, se dio paso a un modelo en el que se entiende que cualquier tecnología en salud autorizada en el país está cubierta por el SGSSS, a menos que expresamente se haya excluido a través del mecanismo previsto por la normatividad vigente. Su financiación se hace mayoritariamente a través de la UPC mediante el PBS, y luego por los llamados presupuestos máximos —para las que no están financiadas por la UPC—.

En ese orden de ideas, se debe señalar que desde el año 2015 el PBS se ha venido ampliando paulatinamente, y se han venido sustituyendo las tecnologías sobre las cuales aparecen mejores alternativas o eliminando las que se vuelven obsoletas. A continuación, se relacionan algunos de los cambios más relevantes, de acuerdo con el análisis de diversas fuentes (Casas Bustamante, 2022; Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2024; Moreno Mattar, 2024, 2025; Osorio, 2023):

- En el año 2015 estaban incluidas 199 tecnologías (129 principios activos, 62 procedimientos y 8 dispositivos); con la resolución 5592 de 2015 se incluyeron 10 tecnologías para el manejo de enfermedades huérfanas y la telemedicina.
- Para el 2018, mediante resolución 5269 de 2017 se incluyeron 112 tecnologías (78 principios activos de medicamentos, 32 procedimientos y 2 dispositivos), entre ellos laparoscopias, complementos para el tratamiento del VIH y cáncer, hipertensión arterial pulmonar, trastorno obsesivo compulsivo y dispositivos como el stent coronario y para manejo de ostomías.
- Para el año 2021, con la resolución 2481 de 2020 se incluyeron 206 tecnologías (184 principios activos y 22 procedimientos), entre los que están procedimientos para el tamizaje neonatal, el diagnóstico de cáncer, infecciones durante la gestación, asma y la rinitis, y patologías cardíacas.
- En el año 2022, a través de la resolución 2292 de 2021, se incluyeron 654 procedimientos.

- En la actualización del 2023 realizada a través de la resolución 2808 de 2022, se incluyen 54 tecnologías entre medicamentos, vacunas para el Plan Ampliado de Inmunización.
- Para el 2024, con la resolución 2366 de 2023 se migró un número importantes de Códigos Únicos de Medicamento de la financiación con presupuestos máximos a la financiación con la UPC, para eliminar salvos de formas farmacéuticas, ampliar los usos financiados a todas las indicaciones registradas en Colombia, y aumentar los principios activos financiados con la UPC, entre ellos Alimentos con Propósitos Médicos, una Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) y 2 medicamentos para programas especiales en salud pública. Además, se trasladaron 46 procedimientos que estaban financiados con presupuestos máximos al PBS.
- Y finalmente, para el 2025, mediante resolución 2718 de 2024, se aclararon 12 procedimientos, se incluyeron 12 exámenes de laboratorio y se excluyeron 15.

De esta manera, las diversas publicaciones calculan que el 97% de los procedimientos autorizados en el país son financiados con recursos de la UPC y hacen parte del PBS, solo 0,19% están excluidos explícitamente y el resto se financian con otras fuentes. Es importante anotar que para 2021 el 9,9% de los procedimientos era financiado con presupuestos máximos y para 2024 bajó a 2,5% (Casas Bustamante, 2022; Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2024; Giraldo Valencia & Delgado, 2024).

Con respecto a los medicamentos contemplados en el PBS, pasó del 57,4% del total de CUMS autorizados en el país en 2021, al 96,7% en 2024. Solo 0,09% están excluidos explícitamente. Además, disminuyó el porcentaje de medicamentos financiados con presupuestos máximos, que pasó de 27% en 2021 al 3,4% en 2024 (Casas Bustamante, 2022; Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2024; Giraldo Valencia & Delgado, 2024; Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, 2020).

4.1.2 Servicios de salud disponibles disponibles en el país

Uno de los recursos críticos para atender las necesidades en salud de la población es la cantidad de camas hospitalarias disponibles, que da cuenta de la inversión que hace el país en infraestructura y dotación, tanto desde el sector público como privado.

El comportamiento de este indicador muestra un crecimiento discreto, como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 3. Disponibilidad de camas hospitalarias en Colombia (por 10.000 habitantes)

Año	Razón de camas
2015	16,5
2016	17,1
2017	17,3
2018	17,3
2019	17,4
2020	16,9
2021	ND
2022	18,9 §
2023	ND
2024	19,3 ¥

Fuente: Elaboración propia¹

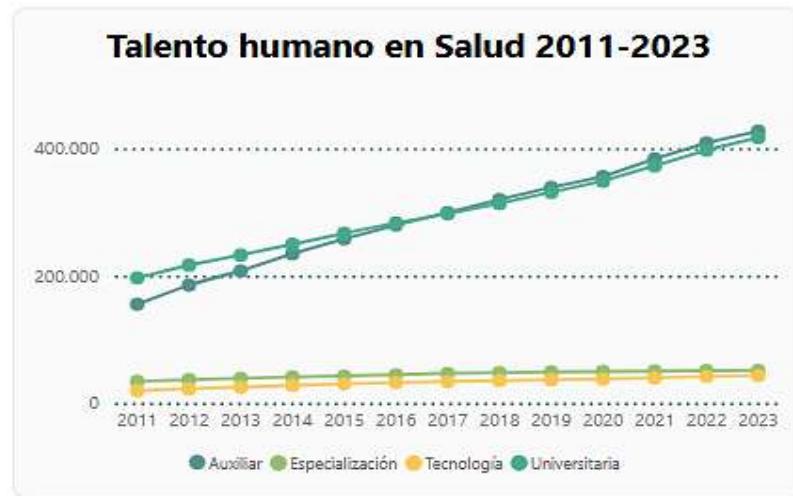
De acuerdo con el resultado del año 2024, el país sigue por debajo del estándar mínimo propuesto por la OMS que es de 25 a 30 camas por cada 10.000 habitantes, y del promedio de la OECD para el 2023 que era de 43 camas por cada 10.000 habitantes.

4.1.3 Talento humano en salud

El talento humano en salud ha tenido un crecimiento sostenido en Colombia desde al año 2011, acorde con las cifras del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) de Colombia, instancia encargada de producir conocimientos e información sobre este componente del sistema de salud, como se puede apreciar en la siguiente figura:

¹ Se realiza a partir a partir de datos del The Global Health Observatory de la OMS ¹disponible en [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) § Calculado con base en los datos de "Indicadores Básicos, 2024 Ministerio de Salud y Protección Social. ¥ Tomado de "Así Vamos en Salud", disponible en <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/capacidad-instalada-en-colombia>

Figura 1. Cantidad de talento humano en salud en Colombia



Fuente: Tomado del OTHS de Colombia - MSPSS

Este crecimiento ha sido mayoritariamente a expensas de los profesionales con formación universitaria y auxiliares, y mucho más discreto para los especialistas clínicos y los tecnólogos.

Sin embargo, si se compara el número de profesionales con respecto al tamaño de la población —densidad por 10.000 habitantes—, aunque ha crecido, aún está por debajo de los estándares internacionales.

Esto significa que para garantizar el GEDS el país tiene un déficit de personal que puede limitar la oferta de servicios, y en consecuencia convertirse en una barrera, sobre todo en áreas donde no haya estímulos o condiciones atractivas para que los profesionales de la salud ejerzan. En la tabla 4 se puede apreciar la situación para las principales profesiones de la salud:

Tabla 4. Razón de densidad de profesionales de la salud en Colombia (por 10.000 habitantes)

Profesión	Año 2015	Año 2023	Promedio OCDE (año 2020) §
Medicina	19,07	25,40	34,0
Enfermería	12,52	15,44	94,0
Odontología	7,58	8,69	7,10
Psicología	9,56	17,33	ND

Profesión	Año 2015	Año 2023	Promedio OCDE (año 2020) §
Químicos farmacéuticos	1,42	1,84	ND

Fuente: Elaboración propia 2

Ahora bien, al revisar la distribución del personal en los diferentes departamentos del país y el Distrito Capital, se pueden observar las asimetrías (ver figura 2):

Figura 2. Densidad del talento humano en salud en los departamentos de Colombia



Fuente: Tomado del OTHS de Colombia - MSPS

El departamento de Vichada es el que tiene una densidad más alta por 10.000 habitantes (16,87), seguido del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 13,38, y el Distrito Capital con 12,27, pero lejos de la meta fijada

² Elaboración propia a partir de datos del OTHS de Colombia. § Datos del Banco Mundial disponibles en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS> y de la OECD disponibles en <https://data-explorer.oecd.org/>

por la OMS de alcanzar 44,5 profesionales médicos, de enfermería y partería por 10.000 habitantes para el año 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2016).

4.2 Aceptabilidad

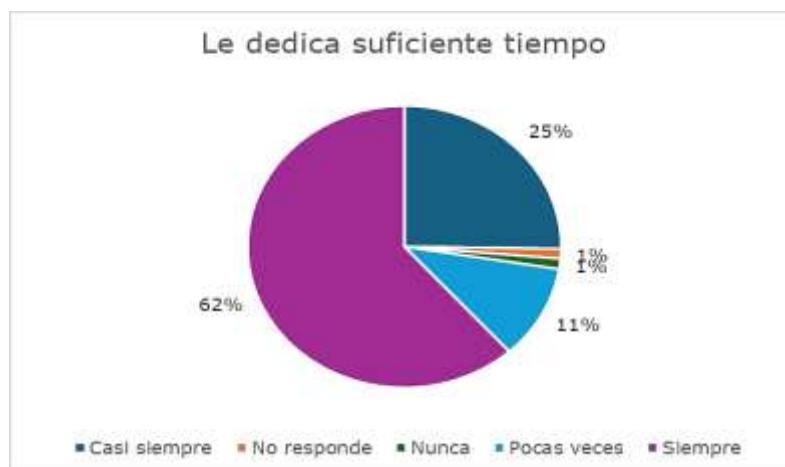
En este elemento se evalúa el respeto de las particularidades socioculturales y cosmovisión de las personas y su participación en las decisiones en salud que les afecten.

4.2.1 Respeto e involucramiento en las decisiones de salud

En la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios se indagó que tan a menudo el médico general o médico tratante realiza las siguientes acciones, cuando el paciente necesita tratamiento o atención médica. Todas están relacionadas con el respeto por las preferencias y la participación en las decisiones de salud, y se encuentran íntimamente conectadas, pues en conjunto permiten el ejercicio de la autonomía y una mayor aceptación de las recomendaciones para el cuidado y tratamiento.

El primer aspecto indagado tiene que ver con un aspecto relevante para los usuarios, y es el tiempo que el profesional les dedica para la atención. Como se puede ver en la gráfica, el 87% considera que el profesional lo hace “siempre” o “casi siempre”:

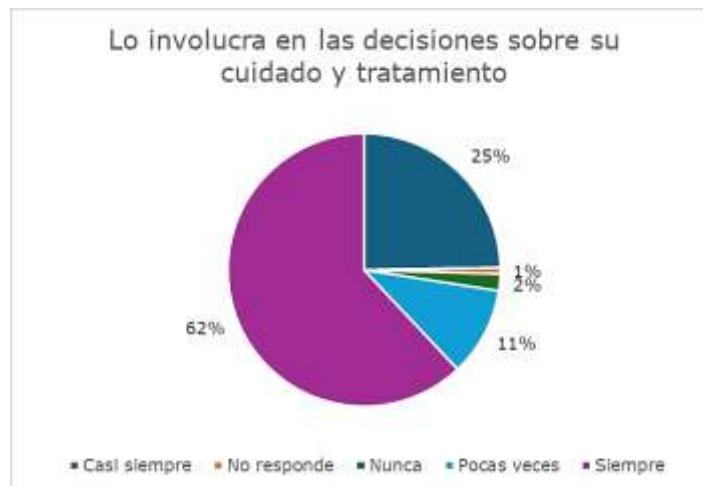
Figura 3. Distribución porcentual del grado de suficiencia en el tiempo que les dedica el profesional durante la atención, 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

El segundo aspecto guarda relación con el grado en que el profesional involucra al paciente en las decisiones sobre su salud durante la atención. Al respecto, el 87% considera que el profesional lo hace “siempre” o “casi siempre”:

Figura 4. Distribución porcentual del grado en que se implica al paciente en las decisiones sobre su salud, 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

El tercer aspecto evaluado tiene que ver con el grado en que el profesional brinda al paciente explicaciones claras y sencillas sobre su salud durante la atención.

Esta variable es fundamental como complemento de la anterior, porque un paciente que recibe información y aclara sus dudas tiene más posibilidades de participar en las decisiones sobre su estado de salud, y hacerlo de forma mucho más asertiva. Sobre este particular, la cifra es más alta que en los casos anteriores, teniendo en cuenta que el 89% de las personas que respondieron considera que el profesional le brinda explicaciones “siempre” o “casi siempre”:

Figura 5. Distribución porcentual del grado en que el paciente recibe explicaciones, 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

El cuarto aspecto evaluado es clave para que las explicaciones dadas al paciente sean pertinentes y coherentes con su situación de salud y con los procedimientos que se realizan durante la atención.

Como en el caso anterior, conocer la historia clínica del paciente es primordial para brindar información y aclarar dudas, así como para evitar errores, sobreuso de servicios o desperdicio de pruebas diagnósticas. La cifra de personas que respondieron considera que el profesional conoce su historia clínica “siempre” o “casi siempre” es del 85% de las personas:

Figura 6. Distribución porcentual sobre el grado de conocimiento del profesional de la historia clínica del paciente, 2024

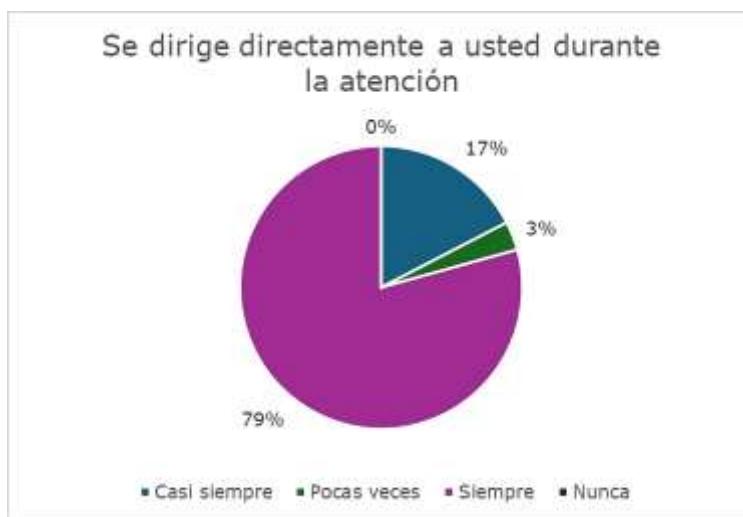


Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

Por último, el respeto por el paciente pasa por establecer contacto visual con él, lo que demuestra interés en su situación de salud y los demás procedimientos que se realizan durante la atención.

En este caso, la cifra de personas que respondieron considera que el profesional se dirige a ellos “siempre” o “casi siempre” es del 96%:

Figura 7. Distribución porcentual sobre el grado de atención que el profesional presta al paciente, 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

En resumen, los datos mostrados son alentadores frente a la aceptabilidad que los usuarios tienen sobre su atención.

4.3 Accesibilidad

Sobre este elemento, se mide el acceso a la información, la asequibilidad a servicios de salud, medicamentos y vacunación; y el gasto de bolsillo.

4.3.1 Acceso a la información sobre derechos y deberes

Un aspecto clave para poder tener acceso a la atención es el contar con información que permita conocer cómo hacerlo y cuáles son los beneficios y obligaciones que se tiene en el SGSSS.

Las EPS deben proporcionar información clara y accesible al ciudadano a través de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente, así como la carta de desempeño de las propias entidades. Esta juega un papel crucial al garantizar

que las EPS orienten a los pacientes para que aprendan a utilizar los servicios de salud, lo que no solo fomenta una relación de transparente, sino que estimula el respeto entre las EPS y los usuarios, y contribuye a mejorar la calidad de la atención y el buen uso de los recursos del sistema de salud.

A partir del muestreo que realiza la EPS, se puede observar que más del 99,9% de los usuarios recibió la Carta de Derechos y Deberes durante los 4 trimestres analizados.

Tabla 5. Distribución porcentual por trimestre de los usuarios a los que se les realizó entrega de la Carta de Derechos y Deberes por parte de las EPS, Colombia, 2024

Periodo	No	Si
I Trimestre de 2024	0,04%	99,96%
II Trimestre de 2024	0,12%	99,88%
III Trimestre de 2024	0,7%	99,93%
IV Trimestre de 2024	0,12%	99,88%

Fuente: Cifras de Seguimiento de Carta de Derechos y Deberes, Oficina de Calidad MSPSS- 2024

Al indagar a los usuarios sobre si realizaron la lectura de la carta, entre el primer y cuarto trimestre del 2024 se observó que del 99,3% al 99,7% de los usuarios manifestó haberlo hecho.

Tabla 6. Distribución porcentual por trimestre de los usuarios que realizaron la lectura de la Carta de Derechos y Deberes entregada por parte de las EPS, Colombia, 2024

Periodo	No	Si
I Trimestre de 2024	0,69%	99,31%
II Trimestre de 2024	0,58%	99,42%
III Trimestre de 2024	0,65%	99,35%
IV Trimestre de 2024	0,31%	99,69%

Fuente: Cifras de Seguimiento de Carta de Derechos y Deberes, Oficina de Calidad MSPSS- 2024

Como la sola lectura de la carta no asegura su uso, sino que es necesario asegurar la comprensión de la información contenida en ella, se indagó a los usuarios si recibieron una adecuada asesoría que les permitiera resolver sus inquietudes, pues esta práctica no solo ayuda a los usuarios a navegar mejor el

sistema de salud, sino que también garantiza que puedan hacer valer sus derechos y cumplir con sus deberes.

Además, la solución efectiva de las inquietudes mejora la confianza en el sistema de salud, la comunicación y ayuda a una relación más colaborativa y respetuosa.

Como en los anteriores casos, más del 99% de los usuarios fueron asesorados sobre la carta.

Tabla 7. Distribución porcentual por trimestre de los usuarios asesorados para la comprensión de la Carta de Derechos y Deberes a los usuarios por parte de las EPS, Colombia, 2024

Periodo	No	Si
I Trimestre de 2024	0,37%	99,63%
II Trimestre de 2024	0,41%	99,59%
III Trimestre de 2024	0,47%	99,53%
IV Trimestre de 2024	0,27%	99,73%

Fuente: Cifras de Seguimiento de Carta de Derechos y Deberes, Oficina de Calidad MSPSS- 2024

4.3.2 Acceso a los servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios, se encuentra que, respecto al régimen de afiliación al SGSSS, el 46,9% de los usuarios informaron encontrarse en el régimen contributivo (44,4% Hombres, 55,54% mujeres y 0,5% otro) y el 53,1% en el régimen subsidiado (33,0% Hombres, 67,0% mujeres).

El análisis regional muestra la misma tendencia. En la región Orinoquia-Amazonía, se encuentra que el régimen subsidiado predomina (73,41%), igual comportamiento ocurre de la región Caribe con 64,74% de los usuarios. Por otro lado, el régimen contributivo, en la única región donde presenta un mayor porcentaje de usuarios es en Bogotá con 74,41% de los afiliados.

En cuanto al régimen y tipo de afiliación a la seguridad social en salud, el 58,8% de los usuarios que se encuentran en el régimen contributivo como beneficiarios, residen en Bogotá y la región Central. Al interior de esta región predomina el régimen subsidiado (38,38% del total de las personas afiliadas en este territorio), y el mayor porcentaje de usuarios que son población indígena se encuentran en ella (71,5%).

Por su parte, en la región Pacífico, se encuentra el 18,1% de los afiliados a EPS indígenas, siendo esta la segunda zona del país donde se concentran estos afiliados al régimen subsidiado, seguido de la región Caribe (7,08%).

Para la Región Oriental el comportamiento es similar al nacional, encontrándose mayor porcentaje de usuarios de la región afiliados al régimen subsidiado (39,8%). En esta región se concentra el 18,98% de los afiliados a este régimen.

Tabla 8. Distribución de usuarios por régimen de afiliación y región encuesta nacional de satisfacción de los usuarios frente a los servicios de las EPS, Colombia 2024

Región	Régimen y afiliación	Contributivo (beneficiario)	Contributivo (cotizante)	Subsidiado (indígena)	Subsidiado (SISBEN)
Bogotá, D. C.	27,94%	28,88%	0,49%	9,80%	
Caribe	16,16%	16,52%	7,08%	29,29%	
Central	30,87%	26,50%	71,45%	25,05%	
Oriental	13,89%	14,48%	0,86%	18,98%	
Orinoquía-Amazonía	0,72%	1,41%	2,07%	2,97%	
Pacífica	10,41%	12,19%	18,05%	13,90%	
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

4.3.3 Acceso a medicamentos

El acceso a medicamentos hace parte de la atención integral de los servicios de salud, pues ayuda al control de las enfermedades, el alivio del dolor y mejorar la esperanza de vida de la población.

Garantizar el acceso a los medicamentos influye en la reducción de costos al sistema de salud, garantiza la igualdad, cobertura, y la no discriminación de las personas, permitiendo un sistema más equitativo y solidario.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios el 75,17% de los usuarios de los servicios de salud recibió órdenes para medicamentos. De

estos, el 95,77% los solicitó a través de su EPS. Del total de usuarios que requirieron medicamentos en los últimos seis meses, el 26,07% necesitó autorización para obtenerlos; de estos, el 94,83% recibió la aprobación para que le fueran dispensados, mientras que al 5,17% se les negó esta autorización.

Del total de usuarios a los que no se autorizó la entrega de medicamentos, al 59,89% les informaron que no estaba incluido en su plan de beneficios, siendo este el motivo más frecuente, seguido de otros (21,95%) como falta del medicamento en la farmacia (32,24%) y demoras en la entrega (12,95%).

A la primera solicitud, el 72,03% recibió todos los medicamentos, mientras que un 27,93% tuvo faltantes. De estos, el 45,05% recibió la opción por parte de la EPS de entrega a domicilio, de los cuales el 84,04% aceptó. De los usuarios que optaron por esta opción, un 32,71% recibió todos sus medicamentos, mientras que un 48,63% no recibió ninguno y el 18,67% solo recibió algunos de los requeridos.

4.3.4 Cobertura de vacunación

Como indicador de avance en el GEDS, la vacunación es una de las mejores expresiones, teniendo en cuenta que es un servicio de salud esencial para evitar enfermedades e infecciones, así como para proteger a los no vacunados a través de una intervención que ha demostrado ser altamente costo-eficaz. A continuación, se muestran los logros del Programa Ampliado de Inmunizaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a):

- En 2023, el Programa Ampliado de Inmunizaciones logró vacunar a un total de 502.473 niños recién nacidos con BCG (anti-tuberculosis meníngea) alcanzando un 84,3% de la meta proyectada, mientras que en el 2022 se vacunaron 499.937 niños, con una cobertura del 77%. Este comportamiento muestra un logro importante en el aumento del 7.3% de la cobertura para el 2023.
- En niños y niñas menores de un año, con el trazador de vacuna pentavalente tercera dosis, el país logró una cobertura del 90,2% en 2022, alcanzando una cobertura superior a la alcanzada en los últimos tres años; el logro fue aumentar la cobertura de vacunación con la tercera dosis, por lo que en el 2023 se logró, un aumento del 3.2%.
- En niños y niñas de un año, con el biológico trazador de Triple Viral, se logró una cobertura del 92,6%, aumentando en 4,6% el resultado con relación al 2022. A los cinco años, en 2023, se alcanzó una cobertura del

88.5%. El logro fue aumentar la cobertura con Triple viral en un 5,5% comparado con el 2022.

- Para 2023 el grupo poblacional de adolescentes fue beneficiario de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino, causado por el Virus de Papiloma Humano (VPH), y se inmunizó un total de 247.452 niños y niñas con una única dosis; en 2022 se vacunaron solamente 134.111 niñas. En el 2023 se incluyó en la vacunación al sexo masculino.
- En 2024, la cobertura de recién nacidos con BCG alcanzó un 78%; en menores de un año, con Pentavalente tercera dosis se logró 85,5%; en niños de un año con Triple Viral un 87,5%; y en niños de cinco años con DPT 84,0%.
- En el marco de la estrategia “Colombia sin cáncer de cuello uterino” se realiza la vacunación contra el VPH en 349.255 niñas de 9 a 17 años, y se amplió la vacunación contra el VPH al grupo de varones de 9-14 años.

4.4 Calidad

En el último elemento para definir el GEDS, se mide que la atención esté centrada en el usuario, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista médico y técnico (pertinencia), y los resultados de algunos estándares de calidad.

4.4.1 Oportunidad

Teniendo en cuenta el reporte de indicadores de la resolución 256 de 2016, el tiempo promedio de **asignación de cita de medicina general** en Colombia en 2024 fue de 3,61 días.

Es importante tener en cuenta que los años 2020 y 2021 estuvieron afectados por la pandemia por COVID 19, sin embargo, a comparar los datos 2023 con 2021 se muestra una disminución importante en el tiempo promedio de asignación de cita de medicina general pasando de 4,10 en el 2021 a 3,25 para 2023 (ver tabla 9):

Tabla 9. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Colombia

2020- 2024

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General				
	2020	2021	2022	2023	2024
05 – Antioquia	2,65	3,11	3,37	4,11	5,88
08 – Atlántico	4,94	4,68	3,85	4,74	2,80
11 - Bogotá, D.C.	5,47	6,61	3,54	1,61	4,21
13 – Bolívar	3,15	9,54	3,42	4,78	2,58
15 – Boyacá	2,08	2,31	2,43	4,53	3,28
17 – Caldas	3,23	3,65	3,51	3,18	2,97
18 – Caquetá	1,64	1,35	1,36	2,64	1,36
19 – Cauca	2,05	1,79	1,37	3,01	1,24
20 – Cesar	4,91	2,53	2,86	3,01	3,74
23 – Córdoba	1,90	2,28	1,90	0,93	1,47
25 – Cundinamarca	5,12	5,64	4,19	2,28	4,00
27 – Chocó	1,82	1,46	1,82	2,21	1,39
41 – Huila	1,71	2,08	2,03	2,69	3,76
44 - La Guajira	6,07	1,36	1,42	1,71	1,58
47 – Magdalena	2,95	3,00	2,96	1,62	2,42
50 – Meta	2,68	3,19	3,33	3,18	3,47
52 – Nariño	1,38	1,65	1,72	1,31	2,27
54 - Norte de Santander	1,77	1,88	2,07	2,83	2,43
63 – Quindío	3,15	3,03	3,85	2,96	3,24
66 – Risaralda	3,89	5,49	5,54	1,37	3,93
68 – Santander	2,66	2,68	3,19	2,49	2,66
70 – Sucre	2,03	2,41	2,52	2,63	1,52
73 – Tolima	3,79	3,52	3,51	1,96	2,84
76 - Valle del Cauca	3,49	3,71	4,21	2,21	3,73
81 – Arauca	1,64	2,15	2,13	1,71	1,52
85 – Casanare	1,91	2,12	1,96	3,55	2,40
86 – Putumayo	1,00	1,33	1,37	3,06	1,33
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	4,45	3,86	4,83	3,13	3,10
91 – Amazonas	0,46	0,71	3,02	1,85	4,37

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General				
	2020	2021	2022	2023	2024
94 – Guainía	0,97	3,92	5,34	2,37	1,45
95 – Guaviare	2,01	2,10	3,73	3,64	2,21
97 – Vaupés	0,82	0,95	0,79	0,89	1,77
99 – Vichada	0,93	1,47	2,55	1,06	0,83
TOTAL PAÍS	3,58	4,10	3,25	3,25	3,61

Fuente: Repositorio SIC, autoreporte IPS, resolución 256 de 2016

En cuanto al tiempo promedio de **asignación de cita para odontología general** en Colombia, para 2024 estuvo en 3,20 días. Para el periodo 2021-2023 se evidencia una mejoría del indicador, con una disminución del tiempo promedio de 5,42 a 3,98 días:

Tabla 10. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General, Colombia 2020- 2024

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General				
	2020	2021	2022	2023	2024
05 – Antioquia	4,37	3,86	5,39	3,29	5,05
08 – Atlántico	2,13	2,89	3,21	4,22	2,94
11 - Bogotá, D.C.	7,06	11,80	5,33	1,04	4,55
13 – Bolívar	1,29	1,92	2,53	5,06	2,04
15 – Boyacá	1,69	2,12	2,04	4,24	2,11
17 – Caldas	2,80	4,07	3,85	5,24	2,91
18 – Caquetá	1,00	1,02	1,61	4,29	1,33
19 – Cauca	0,50	1,04	0,89	1,80	1,09
20 – Cesar	8,39	3,31	3,49	3,11	3,30
23 – Córdoba	1,61	1,63	1,58	1,35	1,17
25 - Cundinamarca	4,12	9,70	4,83	3,15	4,17
27 – Chocó	1,08	1,54	1,41	1,36	1,80
41 – Huila	1,36	2,27	1,80	4,32	3,40
44 - La Guajira	1,12	1,28	0,95	1,66	0,94
47 – Magdalena	1,91	2,47	1,89	1,41	1,47
50 – Meta	3,94	4,19	3,30	7,78	3,63

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General				
	2020	2021	2022	2023	2024
52 – Nariño	1,34	1,73	2,46	1,57	1,74
54 - Norte de Santander	1,22	1,66	1,93	2,82	1,94
63 – Quindío	1,85	2,02	2,54	2,62	3,25
66 – Risaralda	2,38	3,73	3,53	0,97	3,30
68 – Santander	2,04	3,84	3,64	1,35	2,70
70 – Sucre	1,68	1,66	2,26	3,59	1,31
73 – Tolima	2,21	2,56	2,37	2,37	1,70
76 - Valle del Cauca	3,82	4,62	6,36	1,99	2,85
81 – Arauca	1,35	2,44	1,46	1,97	1,05
85 – Casanare	2,26	2,64	2,91	4,19	3,20
86 – Putumayo	1,13	2,00	1,64	2,57	1,47
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	2,80	1,79	4,81	3,66	3,09
91 – Amazonas	0,13	1,57	3,55	1,27	2,50
94 – Guainía	2,00	0,82	2,50	1,98	1,43
95 – Guaviare	1,53	1,89	4,00	6,26	3,69
97 – Vaupés	1,19	0,73	0,45	0,63	2,01
99 – Vichada	1,52	1,49	0,63	0,66	0,83
TOTAL PAÍS	3,79	5,42	3,92	3,98	3,20

Fuente: Repositorio SIC, autoreporte IPS, resolución 256 de 2016

Para **cirugía general** el tiempo promedio de asignación de cita es de 10,34 días para 2024. Este indicador tuvo una tendencia al aumento en días de oportunidad del año 2020 a 2022, pero en los años 2023 y 2024 disminuyó llegando a la cifra señalada, siendo un avance para la atención y garantía del derecho a la salud (ver tabla 11).

Tabla 11. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita cirugía general Colombia 2020-2024

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general				
	2020	2021	2022	2023	2024
05 - Antioquia	8,77	9,45	11,25	4,41	11,32
08 - Atlántico	11,00	16,75	18,17	9,95	9,46
11 - Bogotá, D.C.	11,69	15,51	14,71	4,57	12,09
13 - Bolívar	10,84	12,28	18,22	7,69	10,60
15 - Boyacá	4,35	5,06	6,41	10,78	6,35
17 - Caldas	7,75	10,36	14,12	11,36	9,84
18 - Caquetá	3,69	4,12	4,41	11,00	2,80
19 - Cauca	8,69	7,20	6,38	7,06	7,48
20 - Cesar	7,32	6,22	6,64	10,39	8,52
23 - Córdoba	9,03	9,54	11,85	4,05	10,79
25 - Cundinamarca	8,00	9,23	10,28	7,09	9,97
27 - Chocó	5,25	2,55	4,61	8,95	6,75
41 - Huila	7,11	6,42	7,16	10,16	8,68
44 - La Guajira	4,85	5,47	6,26	3,77	8,12
47 - Magdalena	6,21	9,08	12,80	11,88	7,22
50 - Meta	8,51	8,27	20,22	10,36	10,34
52 - Nariño	6,47	7,53	7,78	2,49	8,23
54 - Norte de Santander	5,43	4,93	5,39	10,33	7,70
63 - Quindío	7,77	8,87	15,09	6,75	9,56
66 - Risaralda	12,48	9,68	13,83	5,75	12,98
68 - Santander	7,31	8,88	11,31	9,46	8,05
70 - Sucre	11,02	11,13	9,23	14,85	12,98
73 - Tolima	7,06	9,19	12,92	8,25	12,90
76 - Valle del Cauca	11,15	13,50	17,36	6,42	11,79
81 - Arauca	3,85	3,98	5,58	6,46	4,79
85 - Casanare	6,72	5,20	7,12	8,58	9,05
86 - Putumayo	3,27	3,61	6,79	13,55	5,50
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	22,28	10,05	8,29	8,50	8,51

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general				
	2020	2021	2022	2023	2024
91 - Amazonas	6,32	4,68	11,06	10,64	8,39
94 - Guainía	3,12	4,50	3,49	18,28	0,32
95 - Guaviare	7,59	7,89	10,94	15,96	8,08
97 - Vaupés		2,00			2,26
99 - Vichada	6,08	7,58	8,02	5,95	5,67
TOTAL PAÍS	9,24	10,82	12,80	10,74	10,34

Fuente: Repositorio SIC, autoreporte IPS, resolución 256 de 2016

En lo relacionado con el indicador de oportunidad de tiempo promedio para la asignación de **cita de ginecología** tiene una tendencia a la diminución desde el año 2022, en el que la oportunidad se encontraba en 10,97 días y pasó a 9,42 días para 2024 a nivel país, con una tendencia a la mejoría en el 36% de los departamentos y distritos (ver tabla 12):

Tabla 12. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita ginecología. Colombia 2020- 2024

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología				
	2020	2021	2022	2023	2024
05 - Antioquia	9,99	13,14	12,82	8,77	10,66
08 - Atlántico	9,43	7,91	7,48	12,60	8,78
11 - Bogotá, D.C.	9,74	13,07	13,63	5,43	9,63
13 - Bolívar	12,50	8,90	10,86	9,14	17,26
15 - Boyacá	3,69	4,31	6,40	8,99	6,38
17 - Caldas	8,92	9,06	10,97	9,82	11,17
18 - Caquetá	3,01	3,00	2,47	9,03	3,13
19 - Cauca	6,28	10,78	15,58	6,84	4,75
20 - Cesar	5,58	5,14	6,48	11,36	7,89
23 - Córdoba	7,77	8,27	10,82	2,32	9,90
25 - Cundinamarca	8,71	11,35	11,96	4,13	9,43
27 - Chocó	4,13	4,14	2,12	23,89	3,47
41 - Huila	5,64	7,53	7,55	7,14	8,06
44 - La Guajira	4,50	4,74	4,62	3,65	4,58

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología				
	2020	2021	2022	2023	2024
47 - Magdalena	6,87	8,69	12,43	17,55	7,15
50 - Meta	8,93	13,08	12,37	15,47	10,07
52 - Nariño	5,90	7,29	6,34	2,56	6,40
54 - Norte de Santander	4,18	4,16	4,02	8,18	4,48
63 - Quindío	8,35	9,71	10,36	8,02	9,43
66 - Risaralda	7,80	9,83	10,56	4,56	9,01
68 - Santander	8,81	8,12	9,14	8,38	9,72
70 - Sucre	7,29	8,45	8,67	8,34	11,43
73 - Tolima	7,25	6,17	9,53	7,06	9,31
76 - Valle del Cauca	9,11	11,64	13,84	4,47	11,64
81 - Arauca	4,46	5,87	5,52	5,21	5,34
85 - Casanare	4,54	4,91	5,03	9,57	5,64
86 - Putumayo	4,33	3,88	5,90	13,79	4,64
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8,17	7,25	7,50	9,15	10,20
91 - Amazonas	8,12	4,59	8,74	9,96	10,83
94 - Guainía	0,98	4,04	5,82	9,53	5,44
95 - Guaviare	5,72	8,89	5,52	11,77	7,16
97 - Vaupés	0,00	2,80	4,91	4,81	3,95
99 - Vichada	7,67	10,74	5,39	2,78	2,86
TOTAL PAÍS	8,43	9,97	10,97	10,35	9,42

Fuente: Repositorio SIC, autoreporte IPS, resolución 256 de 2016

Para el servicio de **pediatría**, el tiempo promedio para la asignación de citas aumentó entre 2020 y 2022, pero ha disminuido en los últimos 2 años, lo que permite tener una mejor gestión del riesgo de la infancia en el país, pasando de 7,85 en 2020 a 6,21 en el año 2024 (ver tabla 13):

*Tabla 13. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita pediatría.
Colombia 2020- 2024*

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría				
	2020	2021	2022	2023	2024
05 - Antioquia	5,67	8,08	12,41	8,37	7,08
08 - Atlántico	7,17	4,83	7,40	8,30	4,86
11 - Bogotá, D.C.	10,21	6,90	7,90	4,75	6,26
13 - Bolívar	7,59	5,60	7,11	5,80	5,78
15 - Boyacá	4,48	3,23	4,54	6,38	4,55
17 - Caldas	9,82	11,60	10,83	6,33	8,15
18 - Caquetá	3,94	3,14	3,10	6,94	2,29
19 - Cauca	6,36	4,53	4,83	4,42	5,54
20 - Cesar	6,30	4,17	6,75	9,40	6,89
23 - Córdoba	7,41	7,70	8,96	3,13	5,14
25 - Cundinamarca	9,67	8,51	8,92	4,92	8,02
27 - Chocó	2,38	2,42	3,10	6,00	6,11
41 - Huila	3,26	5,32	5,34	6,75	6,88
44 - La Guajira	4,92	5,03	4,66	5,59	4,07
47 - Magdalena	7,75	5,91	7,72	5,53	4,60
50 - Meta	8,19	5,19	5,82	13,48	8,26
52 - Nariño	3,18	3,90	3,74	2,61	5,42
54 - Norte de Santander	3,11	3,93	3,98	6,98	4,38
63 - Quindío	6,76	6,00	7,82	6,91	6,49
66 - Risaralda	5,70	6,51	7,97	3,50	6,04
68 - Santander	4,42	4,86	5,82	5,86	4,80
70 - Sucre	4,47	5,04	8,02	5,22	4,89
73 - Tolima	7,54	6,65	9,45	3,43	7,32
76 - Valle del Cauca	7,09	9,81	14,13	3,83	8,71
81 - Arauca	4,62	5,99	5,51	3,74	5,33
85 - Casanare	5,90	4,77	5,60	8,61	5,24
86 - Putumayo	2,82	3,48	3,96	7,38	4,19
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8,63	7,94	7,39	6,22	5,49

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría				
	2020	2021	2022	2023	2024
91 - Amazonas	5,25	4,96	5,21	5,85	7,86
94 - Guainía	5,78	5,69	7,25	6,82	3,20
95 - Guaviare	6,68	9,23	5,23	7,45	7,71
97 - Vaupés	0,00	6,00	2,80	2,81	4,77
99 - Vichada	5,79	8,33	2,89	2,77	2,85
TOTAL PAÍS	7,85	6,64	8,27	6,80	6,21

Fuente: Repositorio SIC, autoreporte IPS, resolución 256 de 2016

La especialidad de **medicina interna** muestra una tendencia a la disminución en el tiempo de espera para la cita, a partir del año 2023, lo que implica un acceso más oportuno para los usuarios desde este año, que continúa en el 2024. La oportunidad en el país pasó de 13,79 en el 2023 a 11,3 en el 2024 (ver tabla 14):

Tabla 14. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna. Colombia 2020- 2024

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna				
	2020	2021	2022	2023	2024
05 - Antioquia	9,16	14,33	19,44	6,15	14,2
08 - Atlántico	12,05	13,87	14,22	17,26	14,6
11 - Bogotá, D.C.	13,66	15,44	15,78	7,30	12,5
13 - Bolívar	15,85	10,90	13,84	9,96	8,8
15 - Boyacá	4,21	5,58	7,46	10,45	6,7
17 - Caldas	7,70	4,95	13,86	13,71	16,8
18 - Caquetá	3,08	3,19	5,56	11,73	13,5
19 - Cauca	6,04	6,38	7,02	6,16	7,0
20 - Cesar	9,12	8,34	9,33	10,13	12,0
23 - Córdoba	9,83	10,09	13,59	9,72	11,8
25 - Cundinamarca	8,48	9,65	10,47	8,51	8,0
27 - Chocó	5,95	6,09	4,89	8,10	6,4
41 - Huila	7,09	10,81	8,66	11,05	8,6
44 - La Guajira	5,51	5,24	5,05	6,46	4,0

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna				
	2020	2021	2022	2023	2024
47 - Magdalena	7,16	9,39	16,37	10,80	7,3
50 - Meta	9,93	10,79	10,38	12,31	10,4
52 - Nariño	6,13	6,85	5,83	1,42	7,8
54 - Norte de Santander	5,75	5,37	7,56	10,04	8,3
63 - Quindío	118,22	11,32	13,29	8,51	6,9
66 - Risaralda	8,41	12,65	11,35	6,49	10,7
68 - Santander	7,62	8,93	11,58	8,60	11,8
70 - Sucre	9,05	10,58	11,58	12,39	11,9
73 - Tolima	10,50	10,15	14,45	6,99	10,9
76 - Valle del Cauca	11,14	16,80	18,12	7,92	13,3
81 - Arauca	4,87	7,70	8,01	4,72	7,7
85 - Casanare	5,69	7,24	7,69	15,59	8,1
86 - Putumayo	2,92	3,53	5,09	12,64	5,8
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	13,42	12,86	19,66	10,51	18,7
91 - Amazonas	1,03	6,64	7,14	10,82	10,4
94 - Guainía	1,64	3,55	2,11	16,45	2,0
95 - Guaviare	7,49	13,84	9,16	17,57	10,8
97 - Vaupés	0,88	4,50	6,35	4,99	6,5
99 - Vichada	4,15	7,66	7,49	5,51	5,3
TOTAL PAÍS	11,22	11,48	13,79	12,27	11,3

Fuente: Repositorio SIC, autoreporte IPS, resolución 256 de 2016

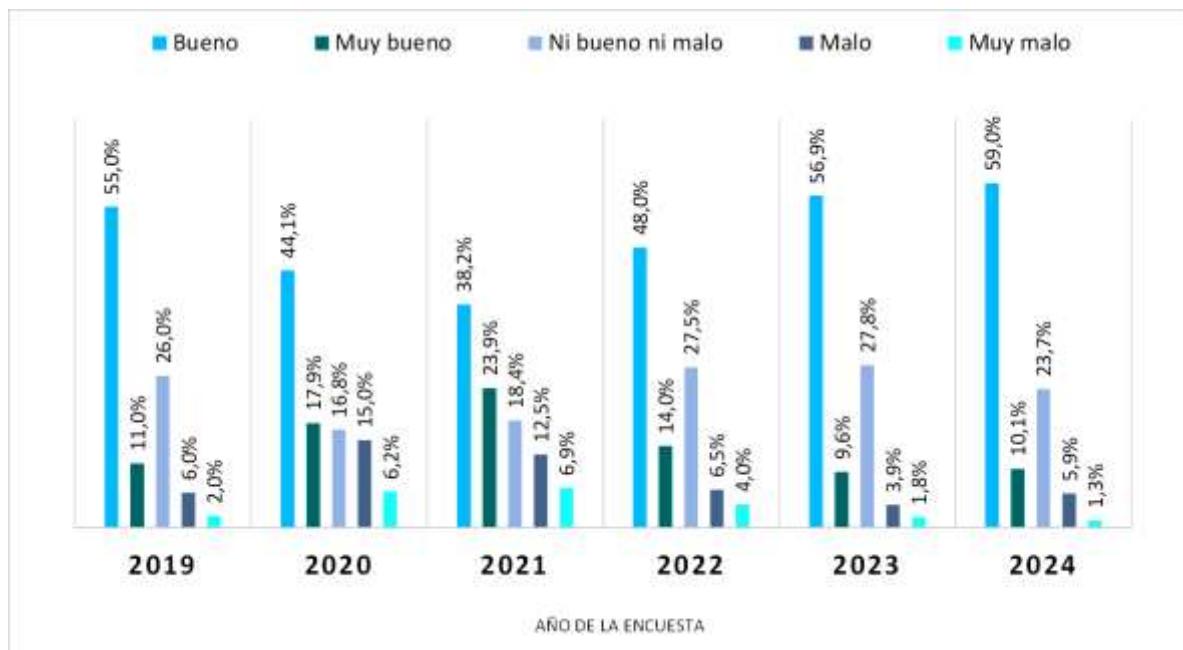
4.4.2 *Satisfacción de los pacientes*

En cuanto a la experiencia de acceso a los servicios de salud a través de su EPS (urgencias, hospitalizaciones, consultas médicas, exámenes y terapias), para el año 2024, el 59% de los usuarios, manifestaron que su satisfacción con el acceso a los servicios de salud a través de su EPS (urgencias, hospitalizaciones, consultas médicas, exámenes y terapias) fue buena. Solo el 7,14% expresó que tuvo dificultad para acceder a algún servicio de salud.

Cabe mencionar que en el período 2020-2021 la recolección de los datos se realizó vía telefónica, debido a la emergencia sanitaria por COVID 19, mientras

para los demás períodos la metodología fue la misma, realizando encuestas presenciales en el hogar.

Figura 8. Experiencia en el acceso a servicios de salud a través de su EPS (urgencias, hospitalizaciones, consultas médicas, exámenes y terapias). Encuestas 2019- 2024

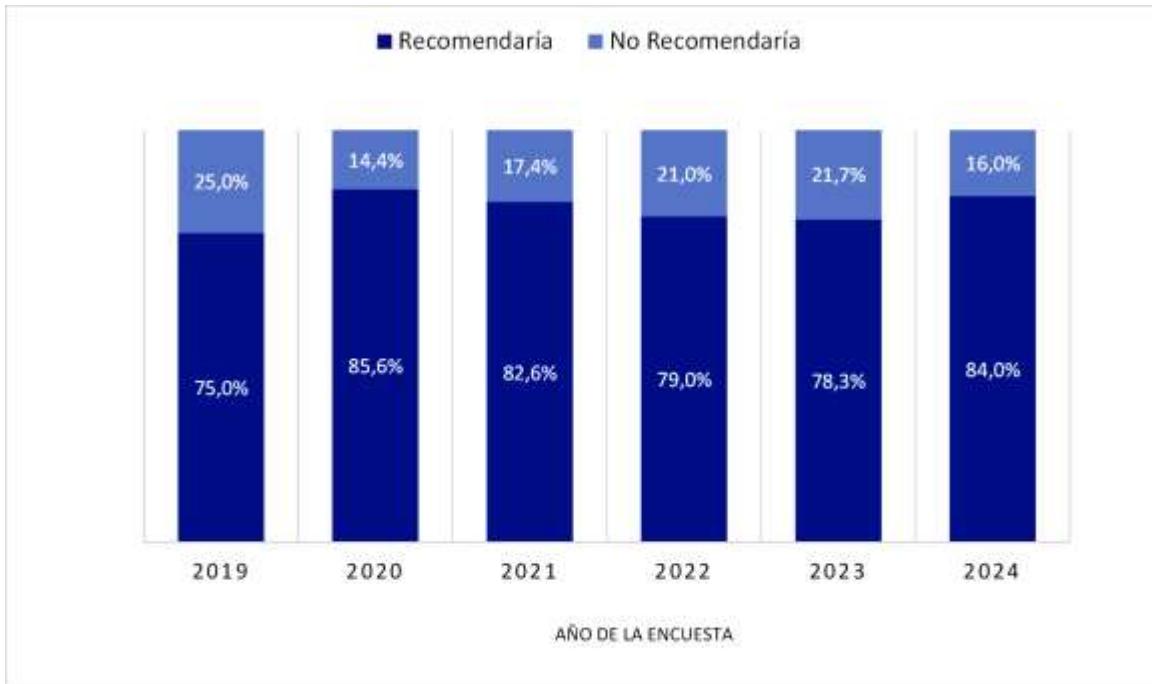


Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

En la figura se puede ver para el año 2024 una mejoría en el porcentaje de personas que percibieron el servicio como “muy bueno” con el 10,1%, siendo mayor respecto al año inmediatamente anterior; en cuanto a la calificación como “bueno” el 59% de las personas optó por esa opción, lo que comparado con los últimos años evidencia una mejoría.

Con relación a la satisfacción, entendida como la posibilidad que informa cada usuario de recomendar su EPS a familiares y amigos, para el año 2024 se encontró que el 84% de los usuarios manifestaron hacerlo, mientras el 16% comentó que no la recomendaría.

Figura 9. Recomendaría su EPS a familiares y amigos. Encuestas 2019- 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

La distribución de esa recomendación de acuerdo a la EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario de puede ver en la tabla

Tabla 15. Distribución de usuarios que recomendarían y no el servicio de su EPS a familiares y amigos. Encuesta nacional de satisfacción de los usuarios frente a los servicios de las EPS, Colombia 2024

EPS	NO RECOMENDARÍA	SI RECOMENDARÍA
COMFAORIENTE	2,35%	97,65%
DUSAKAWI	3,82%	96,18%
ALIANSALUD EPS	3,90%	96,10%
SALUD MIA	4,51%	95,49%
MUTUAL SER	5,50%	94,50%
EPS SURA	7,97%	92,03%
SALUD TOTAL EPS S.A.	10,47%	89,53%

EPS	NO RECOMENDARÍA	SI RECOMENDARÍA
MALLAMAS	10,91%	89,09%
EPS SANITAS	13,56%	86,44%
SALUD BÓLIVAR EPS SAS	13,79%	86,21%
NUEVA EPS	14,28%	85,72%
ANAS WAYUU	14,50%	85,50%
COMPENSAR EPS	15,77%	84,23%
FAMISANAR	16,27%	83,73%
SAVIA SALUD EPS	16,44%	83,56%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS	18,96%	81,04%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	19,63%	80,37%
COMFENALCO VALLE	20,63%	79,37%
CAPITAL SALUD EPS-S	22,23%	77,77%
COOSALUD EPS-S	24,10%	75,90%
CAPRESOCA	32,44%	67,56%
EMSSANAR E.S.S.	33,78%	66,22%
CAJACOPI	34,19%	65,81%
ASMET SALUD	35,51%	64,49%
PIJAOS SALUD	42,20%	57,80%
COMFACHOCO	50,60%	49,40%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	62,07%	37,93%
Total general	16,00%	84,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano 2024

En el 2024 hay mayor parte de usuarios que recomendarían su EPS (84%) en comparación con el año anterior cuando fue de 78,3%.

5 BIBLIOGRAFÍA

Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI. (2024). *Tablero sectorial de la salud.*

Casas Bustamante, L. (2022). *Evolución del Plan de Beneficios en Salud en Colombia* [Boletín, Universidad de Antioquia]. <https://gesudea.co/evolucion-del-plan-de-beneficios-en-salud-en-colombia/>

Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* (Issue 49.427). Diario Oficial.

Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (2024). *Informe de la actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la (UPC) para el año 2024.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/informe-actualizacion-integral-2023-2024.pdf>

Giraldo Valencia, J. C., & Delgado, L. C. (2024). Abrir el rumbo. *Hospitalaria, Sep-Oct*, 4-47. <https://revistahospitalaria.org/enportada/plan-de-beneficios-en-salud-148/>

Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. (2020, December 30). Se actualiza Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. *Boletín de Prensa No 1064.* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/informe-actualizacion-integral-2023-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024a). *Informe de rendición de cuentas 2023-2024.* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/consolidacion-informe-rendicion-cuentas-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024b). *Resolución 2718, Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*

Moreno Mattar, O. (2024). Actualización del PBS en Colombia para el 2024: Resolución 2366 de 2023 ¿Qué cambió? In *Blog Sistema de Salud.*



NeuroEconomix. <https://neuroeconomix.com/es/actualizacion-del-pbs-en-colombia-para-el-2025-resolucion-2718-de-2024-que-cambio/>

Moreno Mattar, O. (2025). Actualización del PBS en Colombia para el 2025: Resolución 2718 de 2024 ¿Qué cambió? In *Blog Sistema de Salud*. NeuroEconomix. <https://neuroeconomix.com/es/actualizacion-del-pbs-en-colombia-para-el-2025-resolucion-2718-de-2024-que-cambio/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

Osorio, D. I. (2023). Actualización del Plan de Beneficios en Salud (PBS) vigencia 2023. In *Blog Sistema de Salud*. NeuroEconomix. <https://neuroeconomix.com/es/actualizacion-del-plan-de-beneficios-en-salud-pbs-vigencia-2023/>