



Sistema de Evaluación y Calificación de Actores

Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales, Entidades Promotoras de Salud o entidad que haga sus veces e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Oficina de Calidad
Ministerio de Salud y Protección Social
2026

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1.VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA RAZÓN DE MM, COLOMBIA, 2020 – 2024, PE XII 2025 P	11
TABLA 2.RAZÓN DE MUERTE MATERNA EN MUNICIPIOS CON POBLACIÓN MAYOR A 100.000 HABITANTES PE XII 2024-2025P	12
TABLA 3.RAZÓN DE MUERTE MATERNA POR ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA, COLOMBIA PE XII 2024-2025P	13
TABLA 4.TASA DE MORTALIDAD EN MENOR DE CINCO AÑOS POR IRA, EDA O DNT AGUDA SEGÚN ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA, COLOMBIA, A PERIODO XII DE 2025P.	15
TABLA 5.VARIACIÓN PORCENTUAL DE CASOS INCIDENTES E INCIDENCIA VIH, COLOMBIA, 2019 - 2025 P.....	16
TABLA 6.MUNICIPIOS CON MAYOR NÚMERO DE CASOS VIH, PROCEDENCIA COLOMBIA, 2025P* ..	17
TABLA 7.EAPB QUE REPORTARON INFORMACIÓN A LA CUENTA DE ALTO COSTO POR RÉGIMEN, INFORME 2025.....	19
TABLA 8.CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA EN LA COHORTE DE LAS PERSONAS CON VIH EN LA AUDITORIA 2025, SEGÚN RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO DE ASEGURAMIENTO	21
TABLA 9.INCIDENCIA DE VIH SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. COLOMBIA 2025	22
TABLA 10.PREVALENCIA DE VIH SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. COLOMBIA 2025.....	22
TABLA 11.MORTALIDAD DEL VIH SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2025	23
TABLA 12.COBERTURA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2025.....	24
TABLA 13.HALLAZGOS RELEVANTES IDENTIFICADOS DURANTE LA AUDITORIA DE LA COHORTE DE PERSONAS CON HTA, DM Y/O ERC, COLOMBIA 2024	25
TABLA 14.DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON DIÁLISIS PERITONEAL SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y LA EAPB, COLOMBIA 2024	29
TABLA 15.RECLAMOS EN SALUD POR MACROMOTIVO, COLOMBIA, ENERO A DICIEMBRE DE 2025..	36
TABLA 16.RECLAMOS EN SALUD POR DEPARTAMENTO Y TASA RECLAMOS MES 10.000 AFILIADOS PROMEDIO EN EL AÑO EN EL TERRITORIO. ENERO A DICIEMBRE DE 2025	39
TABLA 17.RECLAMOS EN SALUD POR MACRO MOTIVO DE LAS EPS INDÍGENAS, ENTIDADES ADAPTADAS, RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN POR MOTIVOS. COLOMBIA, ENERO A DICIEMBRE DE 2025	41
TABLA 18. CLASIFICACIÓN POR LOS PRINCIPALES MOTIVOS ESPECÍFICOS DE LOS RECLAMOS EN SALUD. 2024	42
TABLA 19. TENDENCIA HISTÓRICA DE LAS TUTELAS EN SALUD 2000 - 2024.	44
TABLA 20.TASA DE TUTELAS POR DEPARTAMENTO POR CADA 1.000 HABITANTES. COLOMBIA 2024	46
TABLA 21.PORCENTAJE DE TUTELAS INTERPUESTA A LOS DIFERENTES ACTORES DEL SGSSS.	47
TABLA 22.DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS JURÍDICOS, CAUSAS Y PRETENSIONES DE LAS TUTELAS INTERPUESTAS A LOS DIFERENTES ACTORES DEL SGSSS.	47
TABLA 23.DISTRIBUCIÓN Y TASA DE TUTELAS POR CADA 10.000 ATENCIONES Y 1.000 AFILIADOS.	49

TABLA 24. PORCENTAJE DE PRESTADORES HABILITADOS QUE DEBEN REPORTAR AL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD DESDE 2021- IV TRIMESTRE 2025P POR DEPARTAMENTO Y DISTRITO, COLOMBIA.	53
TABLA 25. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL. COLOMBIA 2020-2025	55
TABLA 26. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ODONTOLOGÍA GENERAL. COLOMBIA 2020-2025	56
TABLA 27. COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA CIRUGÍA GENERAL COLOMBIA 2020-2025.....	57
TABLA 28. COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA GINECOLOGÍA. COLOMBIA 2020-2025.....	59
TABLA 29. COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA PEDIATRÍA. COLOMBIA 2020-2025	60
TABLA 30. COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA. COLOMBIA 2020-2025	61
TABLA 31. COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS. COLOMBIA 2022-2025	62
TABLA 32. COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE CADERA. COLOMBIA 2022-2025	63
TABLA 33. COMPORTAMIENTO TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA. COLOMBIA 2022-2025	64
TABLA 34. COMPORTAMIENTO TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR. COLOMBIA 2022-2025	65
TABLA 35. COMPORTAMIENTO TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA. COLOMBIA 2022-2025	66
TABLA 36. PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS EN LA IPS. COLOMBIA 2022-2025.....	68
TABLA 37. PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍA SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS. COLOMBIA 2022-2025	69
TABLA 38. DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS POR EPS QUE AFIRMAN HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES, Y PORCENTAJE DE USUARIOS QUE LA HAN USADO. ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS SERVICIOS DE LAS EPS, COLOMBIA 2025.....	71
TABLA 39. DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN SATISFACCIÓN GLOBAL Y EPS. ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS SERVICIOS DE LAS EPS, COLOMBIA 2025	74
TABLA 40. 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 2025	75
TABLA 41. CRITERIOS DE EVALUACIÓN ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS) - SENTENCIA T-760 DE 2008.....	76
TABLA 42. CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE VULNERABILIDAD DIFERENCIADA POR CRITERIO. VIGENCIA 2024.....	77
TABLA 43. CLASIFICACIÓN AGREGADA DEL NIVEL DE VULNERABILIDAD. VIGENCIA 2024.	78
TABLA 44. CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD POR IPS CON SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD	80



TABLA 45. CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD POR IPS CON SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD	81
TABLA 46. CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD POR IPS CON SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	82

LISTADO DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 .TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, COLOMBIA 2007-2024,PE XII 2025 P	10
GRÁFICO 2.TASAS DE MORTALIDAD EN MENOR DE CINCO AÑOS POR IRA, EDA Y DNT, COLOMBIA, 2018 -2024P.....	14
GRÁFICO 3.CASOS E INCIDENCIA DE VIH-SIDA PE XII, COLOMBIA 2019-2025P	16
GRÁFICO 4.TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA DE HTA SEGÚN EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2019-2024	26
GRÁFICO 5.TASA DE MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN LAS PERSONAS CON HTA, COLOMBIA 2019-2024	26
GRÁFICO 6.TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA DE DM SEGÚN EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2023	27
GRÁFICO 7.TASA DE MORTALIDAD CRUDA POR TODAS LAS CAUSAS EN LAS PERSONAS CON DM, COLOMBIA 2017-2024	27
GRÁFICO 8.TASA DE INCIDENCIA CRUDA DE LA ERC, COLOMBIA 2017-2024	28
GRÁFICO 9.TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA DE LA ERC SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2017-2023	28
GRÁFICO 10.TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, COLOMBIA 2018- III TRIM 2025.....	32
GRÁFICO 11.PROPORCIÓN DE CAPTACIÓN TEMPRANA DE GESTANTES, COLOMBIA 2019-*III TRIM 2025	32
GRÁFICO 12.GESTANTES TAMIZAJE VIH, SÍFILIS, HEP B, COLOMBIA 2018-III TRIM 2025	33
GRÁFICO 13.COBERTURA DE GESTANTES CON CONSULTA DE NUTRICIÓN	33
GRÁFICO 14. GRÁFICO 14.TASA DE RECLAMOS EN SALUD ACUMULADA, COMPORTAMIENTO MENSUAL. DATO NACIONAL 2017- 2025	35
GRÁFICO 15.TASA DE RECLAMOS EN SALUD, MENSUAL POR RÉGIMEN 2018-2025	35
GRÁFICO 16.RECLAMOS EN SALUD POR 10 PRINCIPALES MOTIVOS REPORTADOS. ENERO A DICIEMBRE DE 2024.....	37
GRÁFICO 17.TASA DE RECLAMOS EN SALUD ACUMULADA EN EL AÑO POR 10.000 AFILIADOS EN LAS EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. ENERO- DICIEMBRE DE 2025.....	37
GRÁFICO 18.TASA DE RECLAMOS EN SALUD POR 10.000 AFILIADOS EN PROMEDIO ANUAL. EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. ENERO- DICIEMBRE DE 2024	38
GRÁFICO 19.NÚMERO DE RECLAMOS EN SALUD ACUMULADAS AÑO CORRIDO A NIVEL NACIONAL POR MES, COLOMBIA 2017- 2025	40
GRÁFICO 20.COMPORTAMIENTO DE LAS ACCIONES DE TUTELAS POR AÑO, COLOMBIA, 2000 AL 2024	45

Introducción

El Sistema de Evaluación de Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SEA) se constituye en un instrumento estratégico orientado a medir y analizar el desempeño de los actores del sistema en relación con la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 y su desarrollo reglamentario contenido en el Decreto 780 de 2016. En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social ha fortalecido los mecanismos de seguimiento, evaluación y divulgación de resultados, como herramientas esenciales para asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, conforme a los estándares constitucionales y legales vigentes.

La Ley 1438 de 2011 constituye un hito normativo en el proceso de fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo el enfoque de Atención Primaria en Salud, estableciendo que el centro y objetivo de todos los esfuerzos del sistema deben ser los residentes del país. En su Título VI, Capítulo VII, referido a Calidad y Sistemas de Información, el artículo 111 dispuso la creación del Sistema de Evaluación y Calificación de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, estableciendo la obligación de publicar anualmente los resultados derivados de indicadores relacionados con quejas, gestión del riesgo, programas de prevención y control, resultados en salud, prevalencia de eventos de interés en salud pública, listas de espera, administración y flujo de recursos, así como indicadores de calidad técnica y satisfacción del usuario. Esta disposición fortalece la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso a la información por parte de los actores y de la ciudadanía.

En desarrollo de este marco normativo, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Calidad y del Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS), consolida y publica anualmente el Informe de Evaluación de Actores que Intervienen en la Prestación de Servicios de Salud. Este informe integra información estructurada bajo los principios y componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), constituyéndose en una herramienta técnica para el monitoreo continuo del desempeño institucional y la identificación de oportunidades de mejora.

De esta manera, el Sistema de Evaluación de Actores (SEA) se consolida como un instrumento de gobernanza sectorial que orienta la toma de decisiones basada en evidencia, promueve la mejora continua del sistema y facilita la libre elección informada por parte de los usuarios. Su publicación contribuye de manera directa al seguimiento del cumplimiento de las metas nacionales y territoriales en salud, así como a la identificación y reducción de brechas en el acceso, la calidad y los resultados en salud.

1. Metodología

De conformidad con lo establecido en el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, el sector salud dispone actualmente de múltiples fuentes oficiales de información que permiten dar cumplimiento a la obligación de evaluar y calificar a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin que resulte necesario crear un nuevo sistema de reporte. En este contexto, se definió una estrategia basada en el uso extensivo, articulado y estandarizado de las fuentes existentes, priorizando aquellas que cuentan con validación institucional, cobertura nacional y periodicidad definida. Este enfoque permite optimizar los recursos disponibles, evitar cargas administrativas adicionales y garantizar la coherencia, comparabilidad y transparencia de los resultados.

En consecuencia, en lugar de diseñar un sistema adicional de reporte, se estableció una metodología orientada a integrar y aprovechar las fuentes de información ya disponibles, asegurando su interoperabilidad y consistencia técnica. A partir de una evaluación exhaustiva de cada fuente, se estructuró un esquema metodológico que permite medir y analizar los indicadores requeridos para la presentación de resultados, con base en dimensiones relacionadas con la efectividad, la experiencia en la atención, la gestión del riesgo y la garantía del derecho fundamental a la salud.

En una primera etapa del proceso, se realizó la identificación y caracterización de las fuentes oficiales que contienen información sobre calidad en la atención, resultados en salud, gestión del riesgo, quejas y satisfacción del usuario. Para su selección, se verificó que cumplieran criterios de oficialidad, validación institucional, periodicidad definida, cobertura nacional y estándares mínimos de calidad del dato y consistencia en el reporte. Asimismo, se corroboró que dichas fuentes permitieran dar cuenta de los aspectos mínimos señalados en la Ley 1438 de 2011, asegurando su pertinencia para la evaluación integral de los actores del sistema.

Fuentes de Información

- Sistema de Información para la Calidad-SIC
- Cuenta de alto Costo-CAC
- Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA
- Estadísticas Vitales (DANE – RUAF).
- Monitor RIAS, promoción y mantenimiento de la salud (SISPRO)
- Comportamiento de Reclamos en Salud y Solicitudes de Información derivado de la Superintendencia Nacional de Salud
- Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS por parte de los Usuarios (Informe 2024).



- Ranquin EPS e IPS

Una vez identificadas las fuentes de información, se realiza la selección de los indicadores por actor EPS, IPS y ETS, que cuentan con metas definidas, son comparables, abarcan los ámbitos de la atención integral y responden al Plan Decenal de Salud Pública, Plan de Desarrollo y los planes territoriales de salud.

Dentro de las categorías de análisis se incluyen dimensiones relacionadas con la oportunidad en la prestación de servicios, la satisfacción de los usuarios, la gestión del riesgo en salud. De igual forma, se incorporan tableros de datos que consolidan la información sobre reclamos en salud para EPS y EPSI/Otros Vigilados reportados por la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de fortalecer la transparencia, el monitoreo continuo y la toma de decisiones basadas en evidencia.

1.1.Eventos de Interés en Salud Pública.

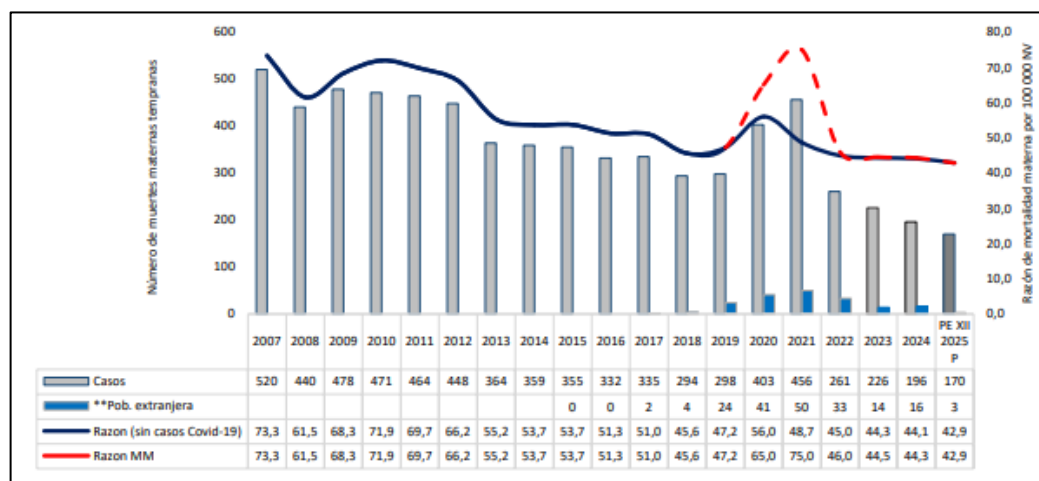
Las enfermedades de interés en salud pública son el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes), están relacionadas con múltiples factores que requieren la coordinación de los diferentes actores para responder a las prioridades en salud de la población.

La respuesta por parte de los actores es fundamental para la disminución de los factores de riesgo, la detección de alertas tempranas, la implementación de acciones de promoción y prevención, así como el manejo eficaz de estas enfermedades de interés en salud pública cuya prevalencia e incidencia, afecta el comportamiento de los indicadores de morbi-mortalidad en la población. De acuerdo con la efectividad de la atención en salud, se evalúan los indicadores trazadores por Entidad Territorial, que permiten monitorear los resultados de la gestión de la atención y el impacto en el comportamiento de estos:

Razón de Mortalidad Materna

La razón de muerte materna en el país ha tenido una tendencia a la disminución para los últimos 3 años, pasando de una razón (sin casos de COVID-19) de 48,7 por 100.000 nacidos vivos en 2021 (456 casos) a 42,9 por 100.000 nacidos vivos (170 casos) para el año 2025 (dato preliminar).

GRÁFICO 1 .TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, COLOMBIA 2007-2024,PE XII 2025 P



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Mortalidad Materna Periodo XII 2025

La variación porcentual muestra un avance importante para los últimos años respecto a 2025p, con respecto al año inmediatamente anterior se evidencia una disminución porcentual de 2,7% en RMM (sin COVID-19) y respecto a 2021 una disminución del 11,9%. Lo que muestra un avance significativo en la disminución de muertes.

TABLA 1. VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA RAZÓN DE MM, COLOMBIA, 2020 – 2024, PE XII 2025 P

Año	Razón MM	Variación (%) frente a 2025 p	Razón MM (Sin Covid-19)	Variación (%) frente a 2025 p
2020	65,0	-34,0	56,0	-23,4
2021	75,0	-42,8	48,7	-11,9
2022	46,0	-6,8	45,0	-4,6
2023	44,5	-3,6	44,3	-3,2
2024	44,3	-3,2	44,1	-2,7
2025 p	42,9		42,9	

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Mortalidad Materna Periodo XII 2025

A partir de 2022, se observa una tendencia descendente en Colombia que puede estar relacionada con la implementación y fortalecimiento del Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, donde se ha priorizado intervenciones como: fortalecimiento del control prenatal con enfoque de riesgo, vigilancia intensificada de morbilidad materna extrema, mejora en la oportunidad de la referencia y contrarreferencia, disponibilidad de servicios obstétricos de emergencia y seguimiento a causas directas prevenibles así como los análisis de casos.

El comportamiento por entidad territorial de residencia en los municipios con población mayor a 100.000 habitantes a periodo epidemiológico XII 2024-2025p que presentaron mayor razón de muerte materna fueron la Ciénaga, Malambo y Yopal, siendo mayor en Magdalena (Ciénaga) con una tasa de 237,9 por 100.000 nacidos vivos.

Para este indicador, es importante tener en cuenta el comportamiento en las zonas apartadas, donde la cobertura posiblemente no se logra garantizar una atención adecuada debido a los retos logísticos y características de los territorios. Para esto se debe continuar implementando el fortalecimiento de las capacidades de acuerdo con cada territorio para disminuir los riesgos y lograr una atención oportuna en las gestantes.

Tabla 2. Razón de muerte materna en municipios con población mayor a 100.000 habitantes PE XII 2024-2025p

Departamento	Municipio	Casos MM PE XII de 2024	Casos MM PE XII de 2025	Razón MM PE XII de 2024	Razón MM PE XII de 2025
Colombia		186	170	45,7	42,9
Magdalena	Ciénaga	1	3	83,4	237,9
Atlántico	Malambo	0	2	0,0	208,8
Casanare	Yopal	0	3	0,0	151,7
La Guajira	Uribia	5	6	132,5	151,5
Córdoba	Cereté	0	1	0,0	135,1
Nariño	Ipiales	0	1	0,0	122,5
Atlántico	Sabanalarga	0	1	0,0	103,5
Cauca	Santander de Quilichao	1	1	94,2	94,2
Cesar	Aguachica	1	1	80,8	84,0
Norte de Santander	Ocaña	0	1	0,0	83,7

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Mortalidad Materna Periodo XII 2025

Las entidades territoriales con mayor aumento de la razón de mortalidad materna para el PE XII de 2024 comparado con 2025p, son Guainía, Magdalena, Casanare, Vichada, Nariño, Norte de Santander, Atlántico, Barranquilla y Buenaventura. En cuanto al departamento de Chocó, si bien se encuentra por encima de la RMM del país, se evidencia una disminución respecto a 2024. Estos departamentos se encuentran por encima de la RMM para el país que fue de 42,9p por 100.000NV para 2025. En cuanto a las entidades territoriales que no presentaron casos para el PE XII de 2025, se concentran en 9 que corresponden a Amazonas, Arauca, Caldas, Guaviare, San Andrés y Vaupés. (Ver tabla 2)

Tabla 3. Razón de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia PE XII 2024-2025p

Entidad territorial de residencia	Casos MM PE XII de 2024	Casos MM PE XII de 2025	Razón MM PE XII de 2024	Razón MM PE XII de 2025
Colombia	186	170	45,7	42,9
Guainía	0	3	0,0	437,3
Chocó	15	7	277,7	133,8
Magdalena	5	9	56,4	107,3
La Guajira	23	16	144,3	100,3
Cesar	11	13	80,5	97,7
Casanare	1	4	23,5	94,2
Vichada	3	1	235,1	87,8
Nariño	9	8	86,0	76,5
Norte de Santander	5	10	34,4	73,1
Atlántico	4	8	34,7	71,3
Barranquilla	4	6	32,4	48,9
Buenaventura	2	1	80,9	44,0
Bogotá	20	19	38,5	37,0
Bolívar	3	4	27,2	37,0
Santa Marta	2	2	35,1	36,3
Boyacá	2	3	21,2	33,8
Córdoba	7	5	43,4	32,6
Cali	5	5	32,3	32,6
Putumayo	3	1	93,6	32,1
Risaralda	2	2	28,9	31,2
Antioquia	14	14	29,2	29,7
Santander	5	5	29,3	29,6
Tolima	4	3	39,2	29,1
Meta	7	3	65,3	28,9
Quindío	0	1	0,0	28,7
Cundinamarca	12	7	48,2	28,6
Huila	5	3	41,8	25,9
Caquetá	0	1	0,0	23,4
Cartagena	0	2	0,0	18,1
Valle del Cauca	3	2	24,2	16,4
Sucre	2	1	22,8	12,0
Cauca	7	1	60,5	9,3
Amazonas	0	0	0,0	0,0
Arauca	0	0	0,0	0,0
Caldas	1	0	18,4	0,0
Guaviare	0	0	0,0	0,0
San Andrés y Providencia	0	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0	0,0	0,0

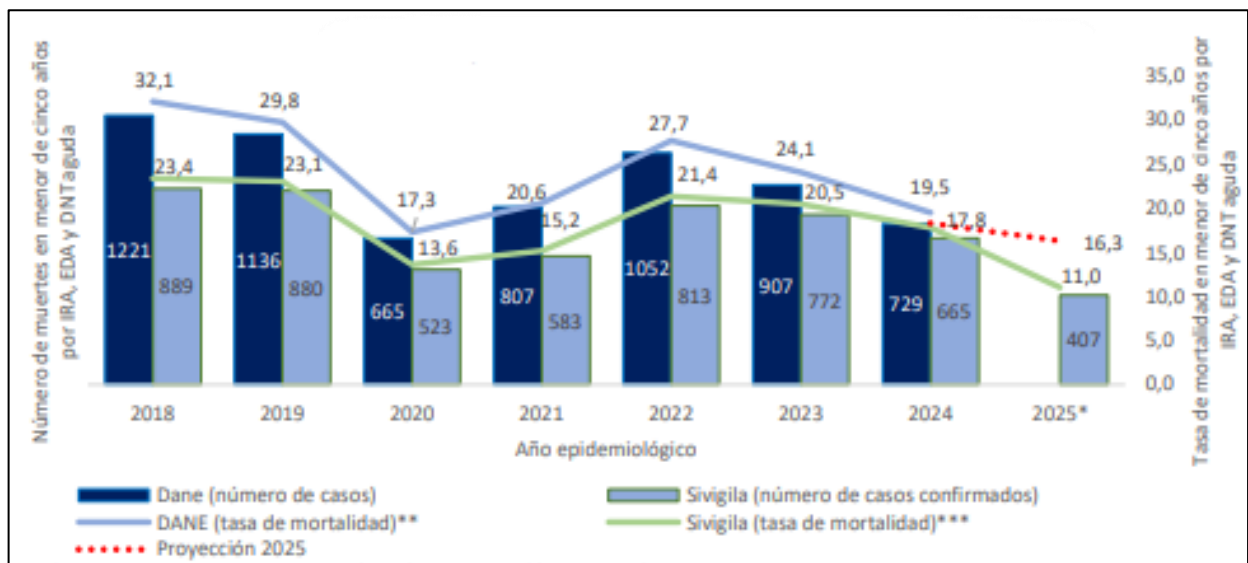
Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Mortalidad Materna Periodo XII 2025

Mortalidad en menores de 5 años

El comportamiento de las tasas de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT muestra una tendencia a la disminución con una reducción de 39% de los casos

respecto a 2024. Para 2025 la tasa de mortalidad en menor de 5 años es de 11,0 dato preliminar.

GRÁFICO 2. TASAS DE MORTALIDAD EN MENOR DE CINCO AÑOS POR IRA, EDA Y DNT, COLOMBIA, 2018 –2024P



*Datos preliminares del año 2025, notificación Sivigila. **Reporte oficial de DANE hasta 2024 ***Tasa de mortalidad por 100 000 menores de cinco años (casos confirmados).

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición (DNT) Aguda. Periodo XII 2025

Para el PE XII 2025p de acuerdo con la Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición (DNT) Aguda, se muestra el comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de 5 años por entidad territorial la tasa a nivel Nacional fue de 11,00 por 100.000 menores de 5 años (SIVIGILA)

Para mortalidad por Infección Respiratoria Aguda, las entidades territoriales que ocuparon los primeros tres lugares fueron: Vaupés con una tasa de 54,6 por 100.000 menores de cinco años, Chocó con 40 por 100.000 menores de cinco años, Guainía con 26,7 por 100.000 menores de cinco años y Vichada con 24,1 por 100.000 menores de cinco años. La tasa registrada para nivel nacional fue de 5,9 por 100.000 menores de cinco años.

En mortalidad por DNT la tasa nacional fue de 3,4 por 100.000 menores de 5 años, los tres primeros lugares los ocupan las entidades territoriales de Chocó con una tasa de 55,4 por 100.000 menores de cinco años, Vichada con 48,2 por 100.000 menores de cinco años y la Vaupés con 36,4 por 100.000 menores de cinco años.

En el evento de mortalidad por EDA la tasa a nivel nacional es de 1,7 por 100.000 menores de cinco años, ocupando los primeros lugares las ET Vaupés con 54,6 por 100.000 menores de cinco años, Chocó con 21,5 por 100.000 menores de cinco años, Guainía con 13,4 por 100.000 menores de cinco años; para el caso de la Guajira la tasa disminuyó respecto al año anterior, al mismo período pasando de 20,1 por 100.000 menores de cinco años a una tasa de 11,6.

TABLA 4. TASA DE MORTALIDAD EN MENOR DE CINCO AÑOS POR IRA, EDA O DNT AGUDA SEGÚN ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA, COLOMBIA, A PERIODO XII DE 2025P.

Entidad territorial	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0,0	20,6	0,0
Antioquia	0,9	6,4	0,5
Arauca	4,2	4,2	0,0
Atlántico	2,5	0,0	0,0
Barranquilla	0,0	2,4	2,4
Bogotá, D.C.	0,0	3,7	0,0
Bolívar	0,9	5,4	0,0
Boyacá	0,0	7,1	3,6
Buenaventura	3,0	3,0	0,0
Caldas	0,0	1,8	1,8
Cali	0,0	6,1	0,9
Caquetá	5,0	5,0	0,0
Cartagena	1,3	7,8	1,3
Casanare	2,6	0,0	0,0
Cauca	0,0	4,9	3,2
Cesar	8,2	3,7	2,2
Chocó	55,4	40,0	21,5
Córdoba	5,3	5,9	1,8
Cundinamarca	0,0	5,7	0,0
Guainía	26,7	26,7	13,4
La Guajira	24,9	16,0	11,6
Guaviare	0,0	23,8	11,9
Huila	0,9	0,9	0,0
Magdalena	7,7	9,9	1,1
Meta	2,3	7,0	1,2
Nariño	1,6	7,1	0,8
Norte de Santander	0,0	2,6	0,9
Putumayo	0,0	3,0	0,0
Risaralda	1,7	8,3	11,7
Santa Marta	4,5	6,8	0,0
Santander	0,0	1,3	0,0
Sucre	1,1	5,7	0,0
Tolima	0,0	2,2	0,0
Valle del Cauca	0,8	3,8	0,0
Vaupés	36,4	54,6	54,6
Vichada	48,2	24,1	0,0
Colombia	3,4	5,9	1,7

*Tasa de mortalidad por 100 000 menores de cinco años (casos confirmados, residentes en Colombia).

**Se resaltan las tasas que se encuentran por encima de la tasa nacional

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, a PE XII 2025

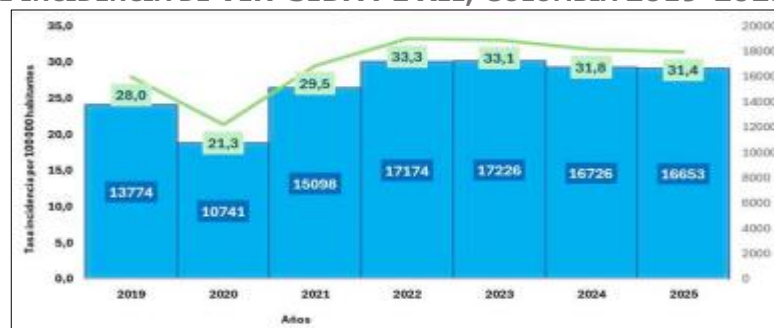
Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición (DNT) Aguda. Periodo XII 2025

Dentro del análisis del evento, se identificó que la toma de muestra para la identificación del agente etiológico de muerte por IRA fue del 53,9% y la oportunidad en la realización de las unidades de análisis fue del 62,7% para el país.

Incidencia de VIH

La incidencia de VIH en el país para el PE XII de 2025p fue de 31,4 por 100mil hab, mostrando una disminución respecto al años 2023 donde se presentó una incidencia de 33,1 por 100mil hab. La mayor tasa de incidencia por grupo de edad se presenta en hombres y mujeres entre los 25 y 34 años, siendo mayor en los hombres con una incidencia de 116 por 100mil hombres.

GRÁFICO 3.CASOS E INCIDENCIA DE VIH-SIDA PE XII, COLOMBIA 2019-2025P



* Aclaración: se incluyen los casos confirmados procedentes de Colombia (excluidos procedencia exterior) y del año epidemiológico según fecha de resultado del diagnóstico; los datos de 2025 son preliminares acumulados a período epidemiológico XII

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de evento VIH. Periodo XII 2025

TABLA 5.VARIACIÓN PORCENTUAL DE CASOS INCIDENTES E INCIDENCIA VIH, COLOMBIA, 2019 - 2025 P

AÑO	No. Casos incidentes	Variación casos frente al año anterior	Tasa incidencia x 100 000	Variación tasa frente al año anterior
2019	13774	7,3%	28,0	5,2%
2020	10741	-22,0%	21,3	-23,8%
2021	15098	40,6%	29,5	38,6%
2022	17174	13,8%	33,3	12,6%
2023	17226	0,3%	33,1	-0,6%
2024	16726	-2,9%	31,8	-3,8%
2025	16653	-0,4%	31,4	-1,3%

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de evento VIH. Periodo XII 2025

Para el comportamiento del evento VIH-SIDA, la incidencia más alta por Entidad Territorial de procedencia, se concentra en Cali, Barranquilla, Risaralda, Cartagena y Santa Marta.

TABLA 6. MUNICIPIOS CON MAYOR NÚMERO DE CASOS VIH, PROCEDENCIA COLOMBIA, 2025P*

Entidad territorial procedencia	Casos	Habitantes	Tasa de incidencia VIH - SIDA * 100.000 Habitantes
Amazonas	28	85.057	32,9
Antioquia	2605	6.928.372	37,6
Arauca	85	279.191	30,4
Atlántico	410	1.585.690	25,9
Barranquilla	681	1.279.344	53,2
Bogotá, D.C.	3122	7.942.867	39,3
Bolívar	181	1.229.762	14,7
Boyacá	158	1.290.393	12,2
Buenaventura	103	332.054	31,0
Caldas	291	1.054.450	27,6
Cali	1217	2.277.296	53,4
Caquetá	85	429.041	19,8
Cartagena	477	1.011.520	47,2
Casanare	145	473.165	30,6
Cauca	278	1.599.148	17,4
Cesar	326	1.469.159	22,2
Chocó	93	593.106	15,7
Córdoba	535	1.992.907	26,8
Cundinamarca	758	3.535.067	21,4
Guainía	7	59.706	11,7
Guaviare	28	84.696	33,1
Huila	336	1.208.728	27,8
La Guajira	284	1.066.679	26,6
Magdalena	176	962.113	18,3
Meta	275	1.156.405	23,8
Nariño	330	1.713.586	19,3
Norte de Santander	537	1.709.289	31,4
Putumayo	87	390.742	22,3
Quindío	215	557.884	38,5
Risaralda	493	1.003.225	49,1
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	6	63.438	9,5
Santa Marta	247	582.394	42,4
Santander	682	2.398.303	28,4
Sucre	238	1.034.102	23,0
Tolima	447	1.386.410	32,2
Valle del Cauca	668	2.099.043	31,8
Vaupés	5	44.142	11,3
Vichada	14	148.738	9,4
Colombia	16653	53.057.212	31,4

*Se excluyen para la incidencia los casos procedentes del exterior, las gestantes que no cumplen algoritmo diagnóstico y los que no corresponden al año epidemiológico

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de evento VIH. Periodo XII 2025

1.2. Programas de prevención y control de enfermedades implementados.



Dentro de los principales programas de prevención y control de enfermedades, se cuenta con el plan nacional de erradicación y eliminación de enfermedades transmisibles 2024-2031 en el marco de la implementación del Modelo de atención de Salud Preventivo, Predictivo y resolutivo, con el fin de reforzar las acciones para garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud con atención integral para la población del país aportando a la reducción de la morbi-mortalidad de estas enfermedades.

Este plan se da en el marco de la respuesta para poner fin a más de 30 enfermedades transmisibles y afecciones relacionadas para el año 2030. Entre estas enfermedades se encuentran el VIH, la tuberculosis, la malaria y varias enfermedades tropicales desatendidas entre otras.

En la implementación de los programas de acuerdo con la efectividad en la atención se evalúan los indicadores ***de las EAPB y Entidades Territoriales.***

VIH

A nivel país se han mostrado avances significativos de las estrategias frente a la respuesta ante la epidemia de VIH, con el objetivo de alcanzar las metas propuestas por Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA), con la estrategia 95-95-95, en la que se prevé que para el 2030, el 95% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 95% de quienes lo conocen reciban tratamiento antirretroviral, y de estas, el 95% alcance la supresión viral.

A nivel nacional se han evidenciado avances significativos en la implementación de las estrategias respecto a la respuesta frente a la epidemia de VIH, en concordancia con los compromisos internacionales definidos por ONUSIDA mediante la estrategia 95-95-95, que propone que para 2030 el 95% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico, el 95% de quienes lo conocen accedan a tratamiento antirretroviral y el 95% de estos alcancen supresión viral. Por lo cual se realiza el monitoreo sectorial, y la evaluación por actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud permite medir los avances en la respuesta desde las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Territoriales responsables de la población no afiliada, con el objetivo de eliminar barreras de acceso y asegurar continuidad y calidad en la atención.

En los últimos años, y para 2025 las acciones han estado encaminadas a mejorar la capacidad del diagnóstico oportuno, el acceso efectivo a los programas de atención lo que permite reducir las barreras de acceso y avanzar en el cumplimiento de las metas.

Las **EAPB** que reportaron la información para el informe de la CAC¹ para el periodo de reporte del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025 de acuerdo con el régimen son:

TABLA 7.EAPB QUE REPORTARON INFORMACIÓN A LA CUENTA DE ALTO COSTO POR RÉGIMEN, INFORME 2025.

Régimen	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficio
Contributivo	ARL AXA Colpatria Seguros
	ARL SURA
	Empresas Públicas de Medellín
	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
	Aliansalud EPS
	Salud Total EPS
	Sanitas EPS
	Compensar EPS
	EPS Sura
	Comfenalco Valle EPS
	Famisanar EPS
	Servicio Occidental de Salud - S.O.S EPS
	Nueva EPS
	Coosalud EPS
	Salud Mía EPS
	Salud Bolívar EPS
	Mutual Ser EPS
Plan Voluntario de Salud	Medplus Medicina Prepagada
	Medisanitas Compañía de Medicina Prepagada
	Colmédica Medicina Prepagada
	Colsanitas Empresa de Medicina Prepagada
	Coomeva Empresa de Medicina Prepagada
	Colpatria Empresa de Medicina Prepagada
	Liberty Seguros
Subsidiado	EPS Familiar de Colombia
	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - ComfaOriente
	Cajacopi EPS
	ComfaChocó
	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS

¹ Tomado informe Cuenta de Alto Costo. Situación de VIH en Colombia 2025

Régimen	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficio
	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
	Anas Wayuu EPSI
	Mallamas EPSI
	Pijaos Salud EPSI
	Capital Salud
	Savia Salud EPS
	Nueva EPS Subsidiado
	Coosalud EPS
	Asociación Mutual la Esperanza Asmet Salud
	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud- Emmsanar
	Mutual Ser EPS
Régimen especial	Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander
	Universidad del Valle
	Universidad Nacional
	Universidad del Cauca
	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
	Unidad Administrativa Especial de Salud - Universidad de Córdoba
	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
	Universidad de Nariño
Régimen de excepción	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
	Policía Nacional
	Ecopetrol
	Fuerzas Militares
No asegurado	Fiduprevisora
	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia
	Secretaría de Salud de Bogotá
	Dirección Departamental de Salud de Bolívar
	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena
	Dirección Departamental de Salud del Caquetá
	Dirección Departamental de Salud del Cauca
	Dirección Departamental de Salud del Cesar
	Dirección Departamental de Salud de Córdoba
	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
	Dirección Departamental de Salud del Huila
	Dirección Departamental de Salud de La Guajira
	Dirección Departamental de Salud del Meta

Régimen	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficio
	Dirección Departamental de Salud de Nariño
	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
	Dirección Departamental de Salud del Quindío
	Dirección Departamental de Salud de Risaralda
	Secretaría de Salud de Santander
	Dirección Departamental de Salud de Sucre
	Dirección Departamental de Salud del Valle
	Dirección Departamental de Salud de Arauca
	Dirección Departamental de Salud del Casanare
	Dirección Departamental de Salud de Guainía
	Dirección Departamental de Salud del Vichada

Fuente: Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2025

Para el año 2025 en el proceso de auditoría a las **EAPB** respecto a la implementación de los programas se evaluó la calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con VIH, encontrando que las mayores inconsistencias se presentaron en las ARL con el 20%, seguido por las EAPB del régimen subsidiado en un 11,5%, los Entes Territoriales con un 7,6%, el régimen de excepción con el 1,49% y el contributivo con el 0,43%. Para este periodo mejoró el porcentaje de inconsistencias pasando de 5% en 2024 a 4,72% en el informe 2025.

TABLA 8. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA EN LA COHORTE DE LAS PERSONAS CON VIH EN LA AUDITORIA 2025, SEGÚN RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO DE ASEGURAMIENTO

Régimen	Casos auditados	Casos con inconsistencias	% de inconsistencias ¹	Datos de calidad (%) ²	Datos ajustados (%) ³	Datos no soportados (%) ⁴	Datos de no gestión (%) ⁵
Contributivo	121.747	523	0,43	94,20	1,30	0,60	3,80
Subsidiado	78.433	9.062	11,55	78,40	2,70	15,20	3,70
Excepción	3.953	59	1,49	86,80	6,30	2,10	4,90
Especial	127	0	0,00	91,30	3,50	0,30	4,90
Medicina prepagada	906	4	0,44	80,50	1,60	0,70	17,20
Entes territoriales	961	73	7,60	72,80	5,40	9,30	12,40
ARL	5	1	20,00	62,70	2,60	25,90	8,80
Total	206.132	9.722	4,72	87,70	2,00	6,40	3,90

Fuente: tablero de calidad VIH 2025.

¹ **Inconsistencias:** caso que no cumple con los criterios para confirmar el diagnóstico e ingresar a la cohorte.

² **Datos de calidad:** dato informado por las EAPB que coincide exactamente con el dato registrado y encontrado en los soportes.

³ **Datos ajustados:** dato informado por las EAPB que no coincide con el observado en los soportes.

⁴ **Datos no soportados:** dato informado por las EAPB que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

⁵ **Datos de no gestión:** corresponde a un dato que da cuenta de la no realización de una actividad del seguimiento anual para los pacientes con VIH.

Fuente: Informe Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2025

De acuerdo con el informe de la cuenta de alto costo, en el periodo se observó una disminución de 2,65% en los casos incidentes paso de 14.555 a 14.169 casos

reportados de estos el 82,04% correspondió a hombres, con una razón de 4,56 por cada mujer.

La incidencia en VIH estandarizada por edad según el régimen de afiliación es de 26,26 para el régimen en contributivo, 28,02 en el subsidiado y de 18,24 en el régimen especial. El mayor reporte de casos nuevos se dio en las EAPB que reportaron del régimen contributivo y subsidiado.

TABLA 9. INCIDENCIA DE VIH SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. COLOMBIA 2025

Régimen de afiliación	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos nuevos	Población BDUA	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	8.147	28.463.916	28,62	26,26	25,68 - 26,84
Subsidiado	5.690	20.814.431	27,34	28,02	27,30 - 28,77
Excepción	199	2.100.723	9,47	10,52	9,03 - 12,16
No asegurado	124	SD	**	**	**
Especial	7	40.992	17,08	18,24	6,29 - 49,70
Planes voluntarios de salud	2	SD	**	**	**
Entidades liquidadas	0	SD	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad, la población de cada régimen fue tomada de la BDUA con corte al 31 de julio de 2025.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

SD: sin dato.

** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la incidencia.

Fuente: Informe Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2025

La prevalencia de VIH por régimen de afiliación se presenta en el régimen contributivo, seguido por el subsidiado y el Especial, la concentración de casos es similar al comportamiento de la incidencia, presentado el mayor número de casos el régimen contributivo y subsidiado.

TABLA 10. PREVALENCIA DE VIH SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. COLOMBIA 2025

Régimen de afiliación	Prevalencia (por 100 afiliados) ¹				
	Casos PVV	Población BDUA	Cruda	Estandarizada ²	IC 95%
Contributivo	120.991	28.463.916	0,43	0,37	0,37 - 0,37
Subsidiado	69.086	20.814.431	0,33	0,34	0,34 - 0,34
Entidades liquidadas	8.235	SD	**	**	**
Excepción	3.887	2.100.723	0,19	0,18	0,18 - 0,19
No asegurado	876	SD	**	**	**
Especial	116	40.992	0,28	0,30	0,22 - 0,40
Planes voluntarios de salud	56	SD	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población fue tomada de la BDUA con corte al 31 de julio de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

SD: sin dato; PVV: personas que viven con el VIH.

** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la prevalencia.

Fuente: Informe Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2025

Mortalidad del VIH según la entidad y el régimen de afiliación

De acuerdo con las tasas de mortalidad estandarizada, el régimen subsidiado continúa presentando la mayor tasa de mortalidad 6,31 por 100.000 habitantes, seguido por el régimen contributivo con el 2,60. Las entidades con la mayor mortalidad ajustada fueron la Fondo Pasivo Nacional de Ferrocarriles Nacionales, Capital Salud y Universidad del Atlántico.

TABLA 11.MORTALIDAD DEL VIH SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2025

Régimen de afiliación	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos de muerte	Población BDUA ¹	Cruda	Estandarizada	IC 95% ²
Subsidiado	1.324	20.814.431	6,36	6,31	5,97 - 6,66
Contributivo	885	28.463.916	3,11	2,60	2,43 - 2,77
Entidades liquidadas	112	SD	**	**	**
Excepción	16	2.100.723	0,76	0,63	0,36 - 1,06
No asegurado	14	SD	**	**	**
Especial	2	40.992	4,88	1,04	0,1 - 28,37
Planes voluntarios de salud	0	SD	**	**	**

¹ La población de referencia fue tomada de la BDUA con corte al 31 de julio de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

SD: sin dato.

** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la tasa de mortalidad.

Fuente: Informe Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2025

Indicador trazador de gestión del riesgo

A nivel nacional, la cobertura de tratamiento antirretroviral está en el 81,02% y de prescripción solo alcanza el 35,42%. De acuerdo con el régimen de afiliación se observa que el régimen contributivo alcanza una cobertura del 83,34%, siendo la más alta, mientras que en la prescripción del tratamiento en el periodo los planes voluntarios de salud alcanzaron el mayor porcentaje con el 81,08%.

TABLA 12. COBERTURA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2025

Régimen de afiliación	Cobertura de la TAR en el periodo	Prescripción de la TAR en el periodo
	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 85 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 85%	< 90%
Contributivo	● 83,34	● 40,80
Subsidiado	● 78,94	● 23,99
Especial	● 74,80	● 71,42
Excepción	● 74,40	● 31,60
Planes voluntarios de salud	● 19,97	● 81,08
No asegurado	● 16,21	● 33,07
Nacional	● 81,02	● 35,42

Fuente: Informe Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2025

Enfermedad Renal Crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus²

En el proceso de auditoría relacionada con la calidad de la información reportada a la cuenta de alto costo reportada por las EAPB y Entidades Territoriales, se encontraron hallazgos significativos que debe ser intervenidos de manera prioritaria (ver tabla 13)

² Datos tomados de Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024

TABLA 13. HALLAZGOS RELEVANTES IDENTIFICADOS DURANTE LA AUDITORIA DE LA COHORTE DE PERSONAS CON HTA, DM Y/O ERC, COLOMBIA 2024

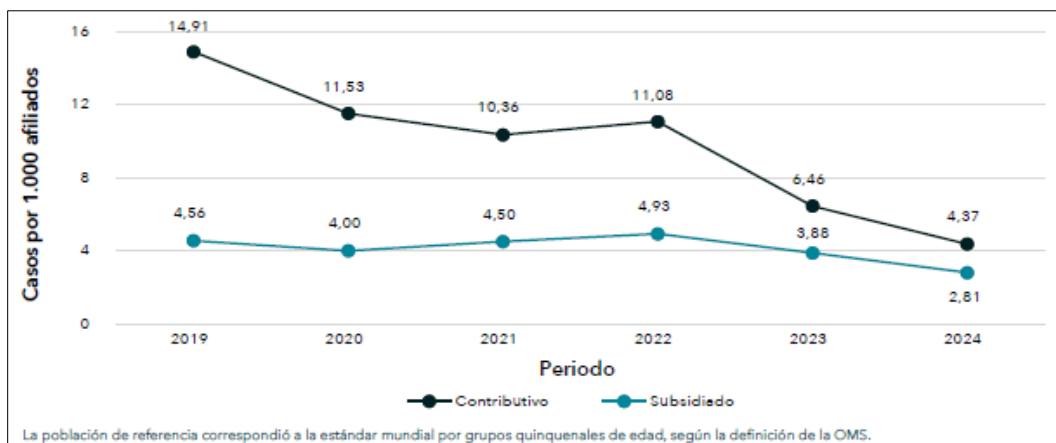
Temática	Descripción del hallazgo
Inconsistencias en el diagnóstico	Durante el proceso de auditoría, se identificaron 352.688 inconsistencias en la población reportada como perteneciente a la cohorte, relacionadas con la falta de soporte documental del diagnóstico de ERC y sus precursores. La falta de disposición de los soportes clínicos que sustentan el diagnóstico es la causa más frecuente de las inconsistencias, siendo el 88,12% (n= 310.733). Por otro lado, 2,10% (n= 7.413) presentaban documentación considerada no válida, ya sea por falta de información esencial o por inconsistencias en la evidencia presentada. El 9,78% (n= 34.482) de los casos contaban con soportes clínicos en los cuales no se evidenció diagnóstico de HTA, DM y/o ERC, lo que muestra posibles errores en la clasificación y en el registro de las personas. Este hallazgo refleja la necesidad de fortalecer los mecanismos de validación y aseguramiento de la información reportada, garantizando que los registros clínicos cuenten con el soporte necesario para confirmar la presencia de estas condiciones de salud. La ausencia de documentación no solo refleja una debilidad administrativa, sino que tiene consecuencias clínicas significativas. Sin un diagnóstico formal, la persona puede no recibir los tratamientos oportunos que prevengan la progresión de la enfermedad. El retraso en la identificación de la ERC impide la implementación de estrategias para el control de la presión arterial, la reducción de la proteína en la orina y el manejo de la anemia y las alteraciones metabólicas, lo que finalmente contribuye al deterioro acelerado de la función renal.
Déficit en el monitoreo de hemoglobina glucosilada en las personas con diabetes mellitus	El 54,0% (n= 1.237.570) de los casos con diagnóstico de diabetes mellitus (DM), no contaban con los registros de seguimiento de hemoglobina glucosilada en el periodo, un marcador esencial en el control de la enfermedad. Esta deficiencia en el monitoreo limita la capacidad de evaluar la progresión de la diabetes y afecta la toma de decisiones médicas para la prevención de complicaciones.
Deficiencias en la gestión del perfil lipídico en la cohorte	El monitoreo del perfil lipídico es fundamental para la evaluación del riesgo cardiovascular, especialmente en poblaciones con ERC, HTA y DM. Sin embargo, el 45,68% (n= 2.990.522) de los casos en la cohorte no contaban con gestión adecuada en la medición de colesterol total, colesterol HDL y colesterol LDL, lo que limita el diagnóstico oportuno de alteraciones metabólicas y compromete la calidad del seguimiento clínico.
Deficiencias en la gestión de pruebas paraclínicas esenciales en las personas con ERC estadios 3-5	La gestión en el monitoreo de hemoglobina, albúmina y fósforo séricos es fundamental para la evaluación y manejo de la ERC. En los estadios avanzados de la enfermedad, el 60% (n= 854.397) de los casos registran control de dichos exámenes, lo que compromete la calidad del seguimiento clínico. Desde una perspectiva médica, la hemoglobina es clave para la identificación y manejo de la anemia en ERC, una complicación frecuente que afecta el bienestar y la funcionalidad de las personas. La falta de monitoreo de albúmina sérica puede impedir la detección de malnutrición y estados inflamatorios crónicos, que impactan negativamente en la progresión de la enfermedad. Finalmente, el fósforo sérico elevado es un factor determinante en la alteración ósea y el riesgo cardiovascular, problemas críticos en las personas con ERC avanzada. La no realización e interpretación de estos estudios afecta la toma de decisiones clínicas, y dificulta la prevención de los eventos adversos, reduciendo la posibilidad de optimizar el tratamiento antes de que la enfermedad alcance niveles irreversibles.
Atención médica en la población con terapia de reemplazo renal (TRR)	Se identificó que el 3,1% (n= 875) de las personas con terapia de reemplazo renal (TRR) no tuvieron registro de las atenciones médicas en el periodo analizado. Es necesario para los prestadores y aseguradores realizar el seguimiento oportuno de esta población, e identificar los factores que impiden que se tenga la continuidad de la TRR. Así mismo, si la persona recupera la función renal, debe estar sustentado detalladamente en la historia clínica. Los riesgos clínicos asociados con la falta de continuidad de la TRR pueden ser severos. En los casos que están en hemodiálisis, la ausencia de controles médicos puede generar alteraciones electrolíticas, sobrecarga de volumen y eventos cardiovasculares que comprometen su estabilidad. Para aquellos con trasplante renal, la falta de seguimiento puede impedir la detección temprana de rechazo del injerto, un factor crítico en la preservación de la función del trasplante. En las personas con diálisis peritoneal o tratamiento médico no dialítico (TMND) la omisión de estos controles afecta la adaptación y la optimización de la terapia, lo que puede derivar en una progresión acelerada de la insuficiencia renal.

Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024

De acuerdo con el informe de la cuenta de alto costo para el periodo de 1 de julio de 2023 a 30 de junio de 2024 se informaron 6.571.317 personas con diagnóstico de HTA, DM o ERC, lo que representa un aumento de 8,58% respecto al periodo anterior.

Para HTA se reportaron 214741 casos incidentes de HTA, lo que representa una disminución del 29,54%% respecto al periodo anterior. Respecto al régimen de afiliación el subsidiado presento una incidencia estandarizada más baja con 2,81, sin embargo, el régimen contributivo presenta una reducción de 32,30% respecto a 2023. Las entidades que tuvieron las estimaciones más altas fueron Sura y Mutual Ser.

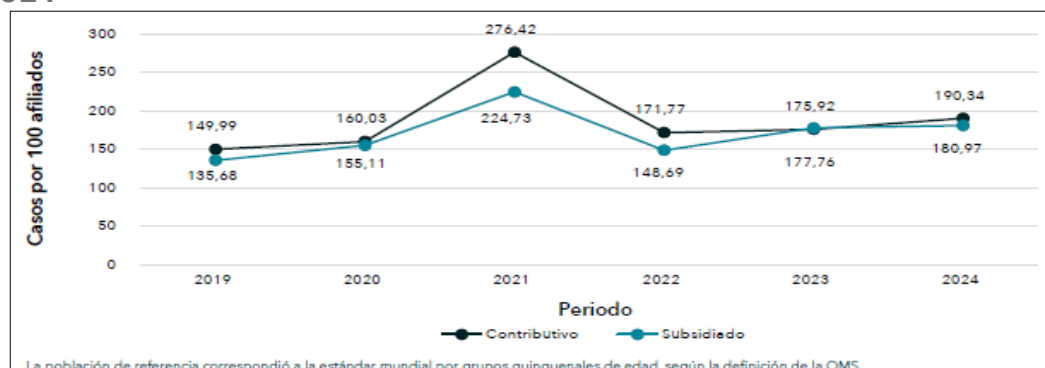
GRÁFICO 4. TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA DE HTA SEGÚN EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2019-2024



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024

El régimen subsidiado presento una tasa de mortalidad estandarizada de 180,97 por cada 100.000 afiliados, mientras que el régimen contributivo presento una tasa de 190,34. De acuerdo con la región del país las tasas más altas se presentaron en la región Central (217,66) y Bogotá DC (198,65), con los departamentos de Atlántico (247,33) y Huila (239,45) con un IC 95%.

GRÁFICO 5. TASA DE MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN LAS PERSONAS CON HTA, COLOMBIA 2019-2024

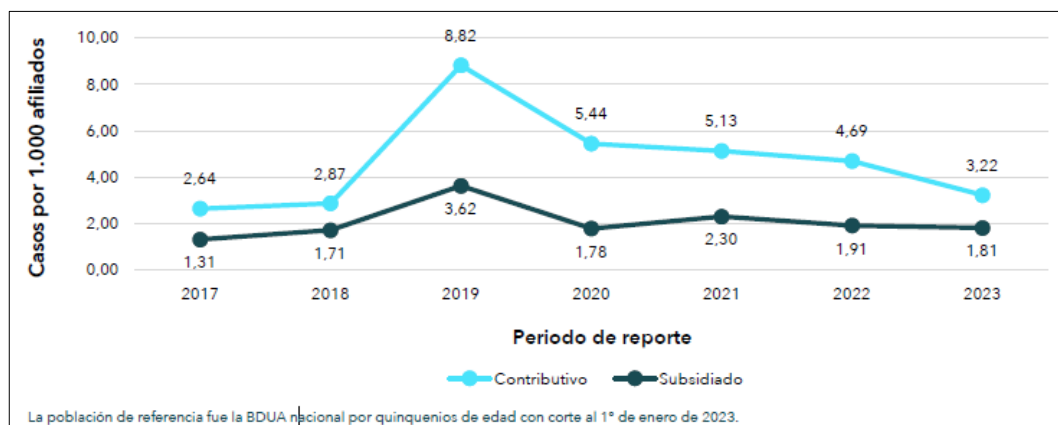


Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024

Diabetes Mellitus (DM)

Para el período de acuerdo con el informe de la CAC se reportaron 853887 casos incidentes de DM, presentando una disminución del 33,41% respecto al período anterior. Lo que equivale a una tasa cruda de 1,64 por 1000 habitantes.

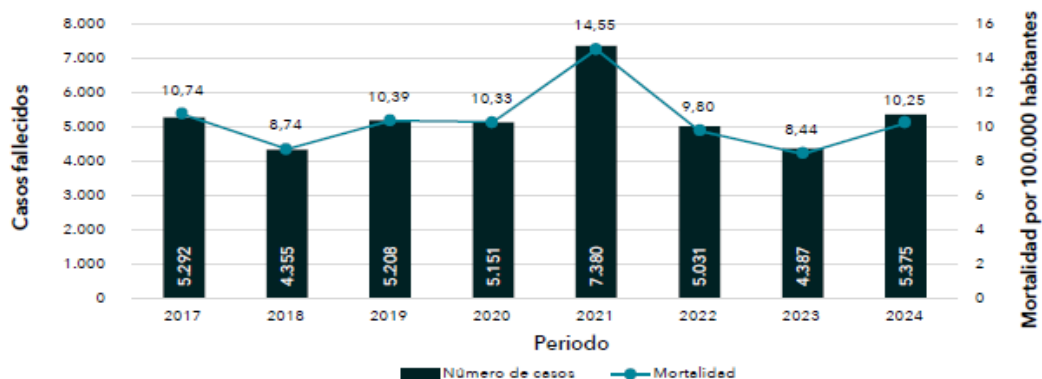
GRÁFICO 6.TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA DE DM SEGÚN EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2023



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2023

La tasa de mortalidad estandarizada en el régimen contributivo alcanzo el 75,8 por cada 100.000 afiliados, mientras que en el subsidiado fue de 72,58 siendo el comportamiento similar entre estos regímenes. Según las EAPB, las entidades con las estimaciones más altas fueron en el Fondo de pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Coosalud EPS.

Gráfico 7.Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con DM, Colombia 2017-2024

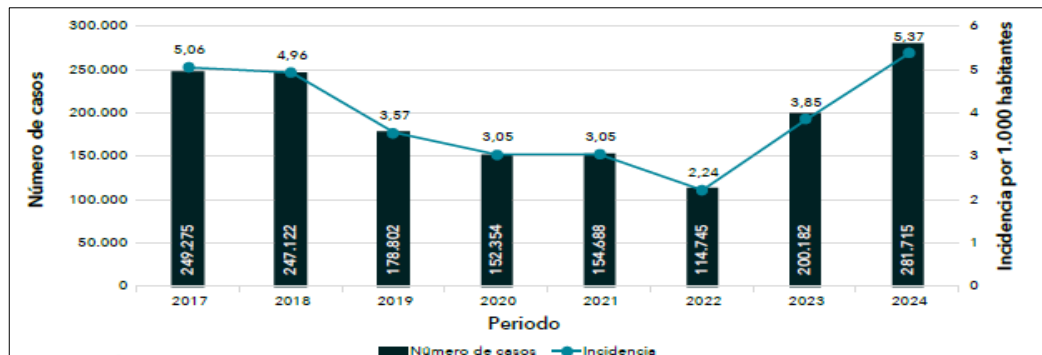


Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024

Enfermedad Renal Crónica

La tasa de incidencia de Enfermedad Renal crónica para el año 2024 fue de 5,37 por 1.000 habitantes, mostrando un aumento en comparación con el año 2023 que reporto una tasa de 3,85 por 1.000 habitantes. Se informaron 281.715 casos, mostrando un incremento del 40,73% con respecto al año 2023. El 14,82% de los nuevos diagnósticos se atribuyó a enfermedad vascular renal y el 12,54% estuvo relacionado con DM.

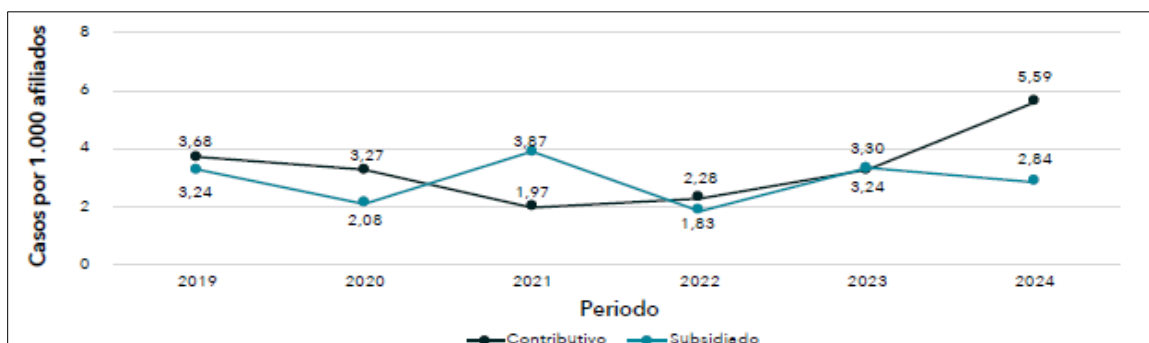
GRÁFICO 8. TASA DE INCIDENCIA CRUDA DE LA ERC, COLOMBIA 2017-2024



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024

De acuerdo con el régimen de afiliación el comportamiento de la tasa por 1.000 afiliados tiene una tendencia al aumento en el régimen Contributivo desde el año 2022, en comparación el régimen subsidiado muestra un comportamiento variable, estado la tasa para 2024 menor al año inmediatamente anterior. De acuerdo con las EAPB las entidades Empresas Públicas de Medellín y Salud Mia EPS registraron las estimaciones más altas de incidencia estandarizada.

GRÁFICO 9. TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA DE LA ERC SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, COLOMBIA 2017-2023



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024

En el comportamiento de la tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC según el régimen de afiliación el régimen contributivo presento un aumento significativo respecto al año 2023 pasando de una tasa de 48.33 por 1000.000 afiliados a una tasa de 58,88 por 100.000 afiliados en el 2024. Para el régimen subsidiado se presentó un incremento para 2024 la tasa reportada 48,73 por 100.000 afiliados comparado con el año anterior con una tasa de 48,45 por 100.000 afiliados. El Fondo Nacional de ferrocarriles y Famisanar fueron las EAPB con la TME más alta.

Indicador de distribución de los casos con diálisis peritoneal según régimen de afiliación y la EAPB

TABLA 14.DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON DIÁLISIS PERITONEAL SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y LA EAPB, COLOMBIA 2024

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contributivo	3.596	36,62	2.920	29,74	6.516	66,35
EAS016	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EAS027	12	0,12	6	0,06	18	0,18
EPS001	28	0,29	26	0,26	54	0,55
EPS002	593	6,04	255	2,60	848	8,64
EPS005	768	7,82	417	4,25	1.185	12,07
EPS008	131	1,33	467	4,76	598	6,09
EPS010	793	8,08	279	2,84	1.072	10,92
EPS012	8	0,08	57	0,58	65	0,66
EPS017	217	2,21	341	3,47	558	5,68
EPS018	86	0,88	50	0,51	136	1,38
EPS037	920	9,37	1.005	10,23	1.925	19,60
EPS042	16	0,16	6	0,06	22	0,22
EPS046	7	0,07	3	0,03	10	0,10
EPS047	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EPS048	17	0,17	8	0,08	25	0,25

Subsidiado	1.915	19,50	1.227	12,49	3.142	32,00
CCF033	9	0,09	7	0,07	16	0,16
CCF050	59	0,60	21	0,21	80	0,81
CCF055	93	0,95	52	0,53	145	1,48
CCF102	6	0,06	2	0,02	8	0,08
EPS025	4	0,04	4	0,04	8	0,08
EPSI01	3	0,03	0	0,00	3	0,03
EPSI03	72	0,73	6	0,06	78	0,79
EPSI04	8	0,08	2	0,02	10	0,10
EPSI05	6	0,06	10	0,10	16	0,16
EPSI06	4	0,04	2	0,02	6	0,06
EPSS34	46	0,47	83	0,85	129	1,31
EPSS40	210	2,14	89	0,91	299	3,04
EPSS41	525	5,35	349	3,55	874	8,90
ESS024	350	3,56	217	2,21	567	5,77
ESS062	71	0,72	109	1,11	180	1,83
ESS118	148	1,51	166	1,69	314	3,20
ESS207	301	3,07	108	1,10	409	4,16
Especial						
EMP002	0	0,00	2	0,02	2	0,02
RES007	0	0,00	0	0,00	0	0,00
RES008	3	0,03	1	0,01	4	0,04
RES009	0	0,00	0	0,00	0	0,00
RES011	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REUE05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REUE09	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Excepción						
RES001	30	0,31	23	0,23	53	0,54
No asegurado						
05000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
13000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
23000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
27000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
41000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
50000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
52000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
54000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
66000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
70000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
73000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
76000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
81000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
85000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
86000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Entidades liquidadas*	52	0,53	51	0,52	103	1,05
Total	5.596	56,99	4.224	43,01	9.820	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la HTA y la DM en Colombia 2024



Nota: Para los regímenes especial, excepción y no afiliado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales. Los casos presentados corresponden a las entidades liquidadas (CCF023, CCF024, EPS022, ESS091) y a los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados en 2024 por alguna entidad.

De acuerdo con el aseguramiento la EPS con mayor cantidad de casos fue Nueva EPS (EPS037) con el 19,6%

De acuerdo con el comportamiento de los indicadores en la implementación de los programas de acuerdo con los indicadores trazadores, se evidencia que se hace necesario por parte de las EAPB, EPS e IPS fortalecer los programas de seguimiento de las cohortes y la calidad de la atención de manera oportuna con eficiencia para reducir la tasa de complicación y mortalidad relacionada con estos eventos.

1.3.Gestión del Riesgo

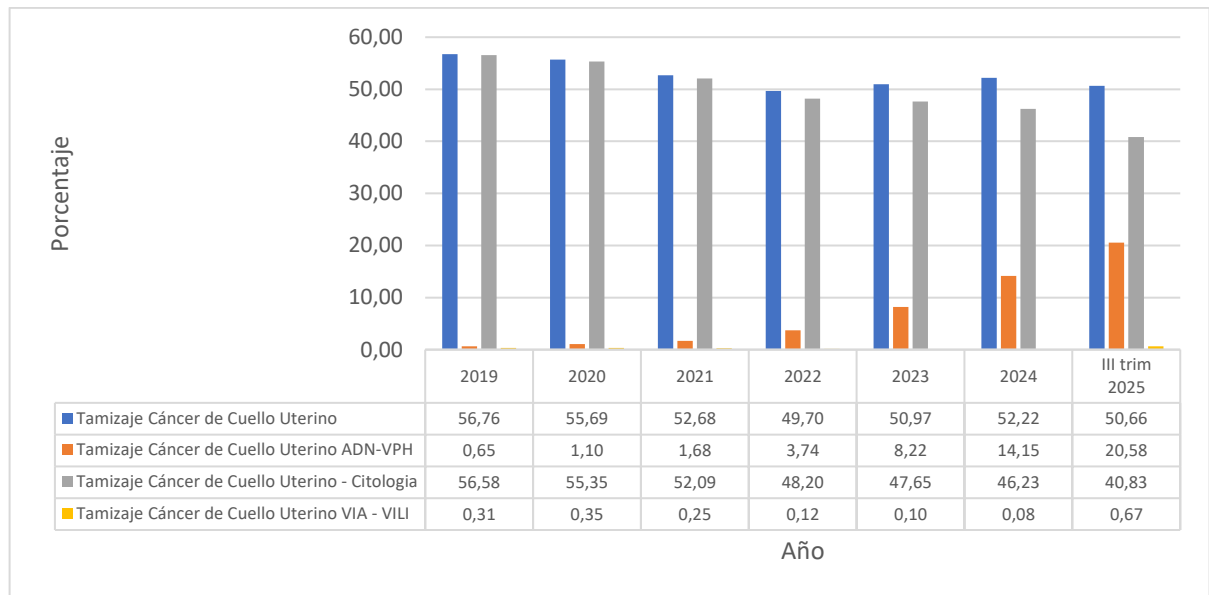
1.3.1. Detección temprana y protección específica

En lo relacionado con las acciones de detección temprana y protección específica, se encuentra como indicadores trazadores:

- Tamizaje de cáncer de cuello uterino
- Captación temprana gestantes
- Gestantes tamizaje VIH sífilis y hepatitis B
- Cobertura de gestantes con consulta de nutrición

En el tamizaje Cáncer para cuello uterino, se evidencia para los últimos tres años un comportamiento similar, para el año 2024 está en el 52,22%. El tamizaje por citología está en 46,23. Para III trimestre de 2025 es de 50,66 y por citología es de 40,83, datos preliminares.

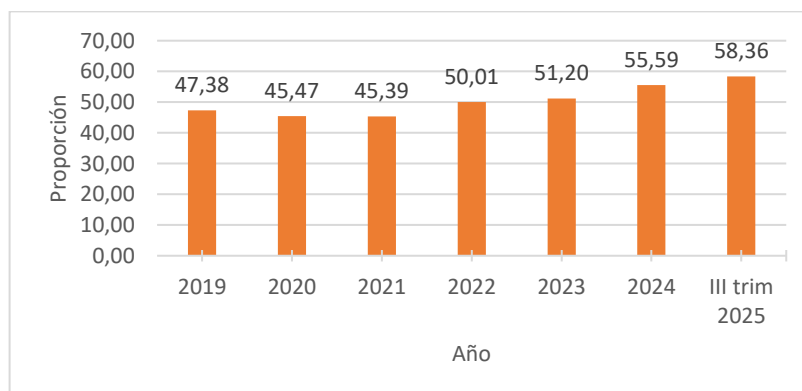
GRÁFICO 10. TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, COLOMBIA 2018- III TRIM 2025



Fuente: Base monitoreo RIAS III trimestre 2025

Para la captación temprana de gestantes hace referencia al inicio del control prenatal antes de la semana 10, lo que se considera una atención oportuna en el abordaje de las gestantes y permite identificar los factores de riesgo del embarazo, minimizando las complicaciones durante la gestación parto y posparto, este indicador ha mantenido un comportamiento similar para los dos últimos años, siendo la proporción de captación de gestantes de 55,59% para 2024. En el transcurso del año 2025 a III trimestre el indicador muestra una tendencia al aumento con 58,6% (dato preliminar).

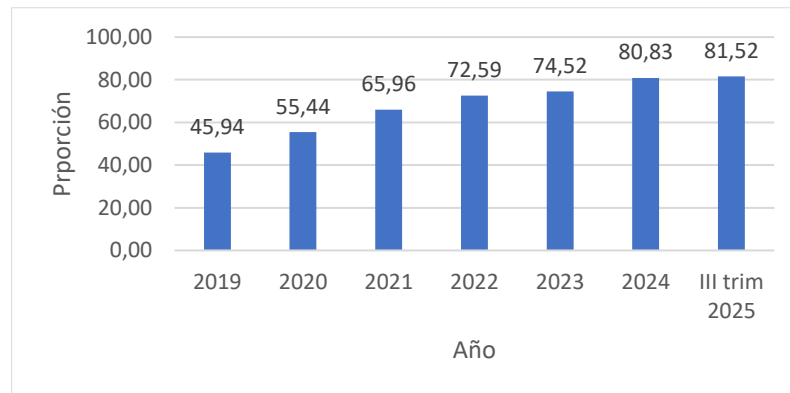
GRÁFICO 11. PROPORCIÓN DE CAPTACIÓN TEMPRANA DE GESTANTES, COLOMBIA 2019- *III TRIM 2025



Fuente: Base monitoreo RIAS III trimestre 2025

En el tamizaje de gestantes para VIH, Sífilis y Hepatitis B se muestra un avance para los últimos años con una tendencia al aumento, lo que muestra el mejoramiento de la calidad de la atención a la persona gestante, minimizando el riesgo de transmisión materno infantil por estas causas alcanzando una cobertura del 80,83% año 2024. Para III trimestre de 2025 la cobertura alcanzo el 81,52%

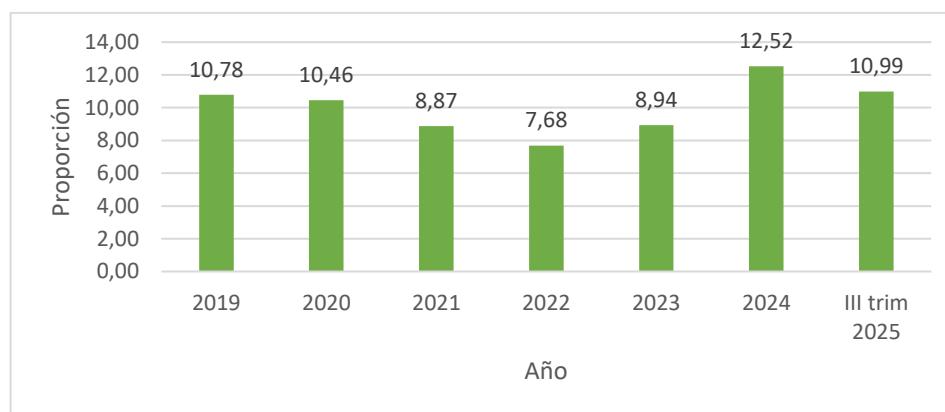
GRÁFICO 12. GESTANTES TAMIZAJE VIH, SÍFILIS, HEP B, COLOMBIA 2018-III TRIM 2025



Fuente: Base monitoreo RIAS III trimestre 2025

En cuanto a la cobertura de gestantes con consulta de nutrición, se evidencia un avance, sin embargo, sigue estando por debajo de lo esperado, por lo que se identifica que las EPS e IPS deben generar estrategias para aumentar la cobertura.

GRÁFICO 13. COBERTURA DE GESTANTES CON CONSULTA DE NUTRICIÓN



Fuente: Base monitoreo RIAS III trimestre 2025

1.4. Quejas

1.4.1. Comportamiento de quejas presentadas por los usuarios contra las EPS ³

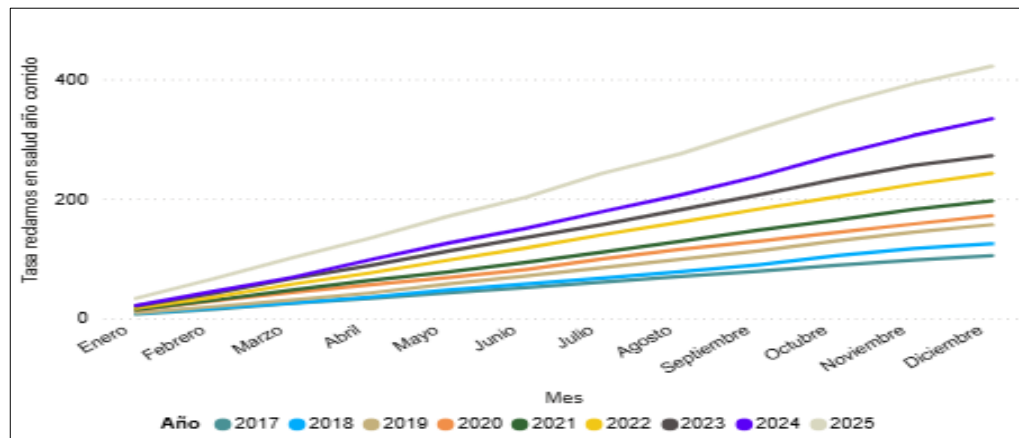
La fuente de información utilizada para el análisis de las quejas corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que consolida y administra el registro de las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) presentadas por los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los actores evaluados en esta dimensión son las Entidades Promotoras de Salud (EPS), frente a quienes los usuarios interponen reclamos o solicitudes de información cuando identifican posibles barreras en el acceso a los servicios, deficiencias en la oportunidad o calidad de la atención, o inconformidades relacionadas con la garantía de sus derechos en salud.

El monitoreo de las tasas de reclamos se realiza de manera mensual, permitiendo analizar su comportamiento histórico y establecer tendencias. Desde el año 2017 se observa un incremento sostenido en la tasa de reclamos, pasando de 104,92 a diciembre de 2017 a 421,99 a diciembre de 2025. Este comportamiento puede asociarse, según la clasificación de motivos reportados, a factores como barreras en el acceso a servicios de salud, demoras en la autorización o prestación de servicios, dificultades en la entrega de tecnologías en salud, y debilidades en los procesos de atención y respuesta al usuario. Asimismo, el aumento puede estar relacionado con una mayor visibilidad de los canales de reporte, fortalecimiento de los mecanismos de inspección y vigilancia, o cambios en la capacidad de respuesta institucional de las EPS.

Este análisis permite identificar tendencias, riesgos sistémicos y oportunidades de mejora en la gestión del aseguramiento, constituyéndose en un insumo relevante para la evaluación del desempeño y la adopción de medidas orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud.

³ Datos tomados del Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

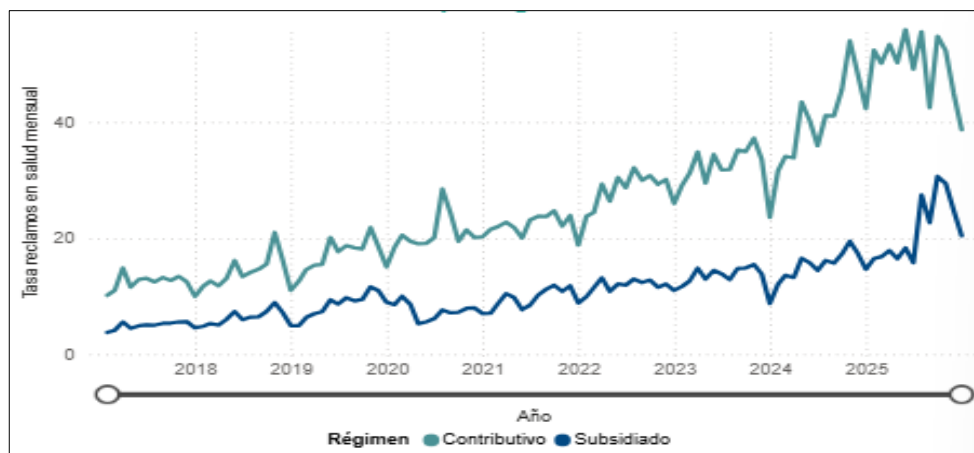
GRÁFICO 14. GRÁFICO 14.TASA DE RECLAMOS EN SALUD ACUMULADA, COMPORTAMIENTO MENSUAL. DATO NACIONAL 2017- 2025



Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

En el año 2025, se presentaron un total de 2.048.435 reclamos en salud. Para las EPS (se excluyen EPS indígenas) se presentan la tasa de reclamos en salud mensual a nivel nacional; la cual al mes de diciembre de 2025 presenta una tasa mensual de 29,24, con una tasa de variación anual de reclamos en salud de 4,37%.

GRÁFICO 15.TASA DE RECLAMOS EN SALUD, MENSUAL POR RÉGIMEN 2018-2025



Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

De acuerdo con el análisis por régimen de afiliación, se evidencia que para el régimen contributivo la tasa mensual de reclamos en salud fue de 42,33 en 2024 y de 38,71 en 2025, lo que representa una variación anual de -8,56%. Este comportamiento refleja una disminución en la frecuencia relativa de reclamos para este régimen durante el

periodo analizado, lo cual podría estar asociado a mejoras en la gestión del aseguramiento, ajustes en los procesos de autorización o fortalecimiento de los canales de atención al usuario.

En contraste, para el régimen subsidiado la tasa mensual de reclamos pasó de 14,66 en 2024 a 20,42 en 2025, registrando una variación anual de 39,33%. Este incremento sugiere un aumento significativo en la incidencia relativa de reclamos en este régimen, lo que podría estar relacionado con mayores presiones sobre la red de prestación, dificultades en la disponibilidad de servicios o variaciones en la capacidad operativa y financiera de las entidades responsables del aseguramiento.

En cuanto a la clasificación por macro motivo, se observa que el 90,8% de los reclamos se encuentra asociado a barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud, así como a otros elementos complementarios requeridos para la atención del usuario. En segundo lugar, el 7,29% corresponde a inconformidades relacionadas con procesos administrativos y trámites asociados a la gestión del aseguramiento. Esta distribución evidencia que la principal fuente de insatisfacción continúa concentrándose en el acceso efectivo a los servicios, lo que constituye un aspecto crítico para la garantía del derecho fundamental a la salud.

TABLA 15. RECLAMOS EN SALUD POR MACROMOTIVO, COLOMBIA, ENERO A DICIEMBRE DE 2025

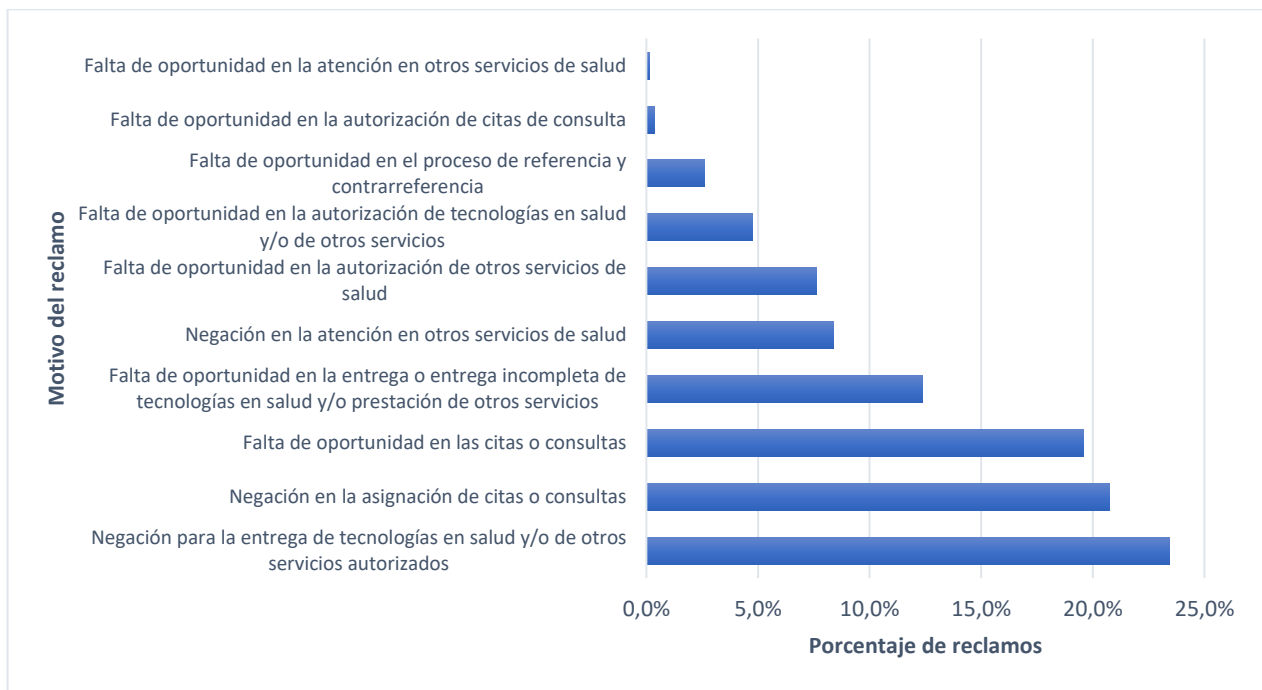
MACROMOTIVOS	TOTAL AÑO 2.024	Porcentaje
Barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud; y otros elementos complementarios para la atención del usuario	1.903.383	92,9%%
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	114.206	5,57%%
Insatisfacción relacionada con la atención en salud	29.618	1,44%
Insatisfacción relacionada con infraestructura y logística	1.229	0,06%
TOTAL	2.048.436	100,00%

Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

Para el año 2025 en los 5 principales motivos están: negación para la entrega de tecnologías en salud y/o de otros servicios autorizados, negación de citas o consultas, falta de oportunidad en la asignación de citas, falta de oportunidad en atención de otros servicios de salud, la falta de oportunidad de entrega o incompleta de tecnologías en

salud y negación en la atención en otros servicios de salud. Lo que equivale a más del 60% de los principales motivos reportados. (ver gráfico 16)

GRÁFICO 16. RECLAMOS EN SALUD POR 10 PRINCIPALES MOTIVOS REPORTADOS. ENERO A DICIEMBRE DE 2024

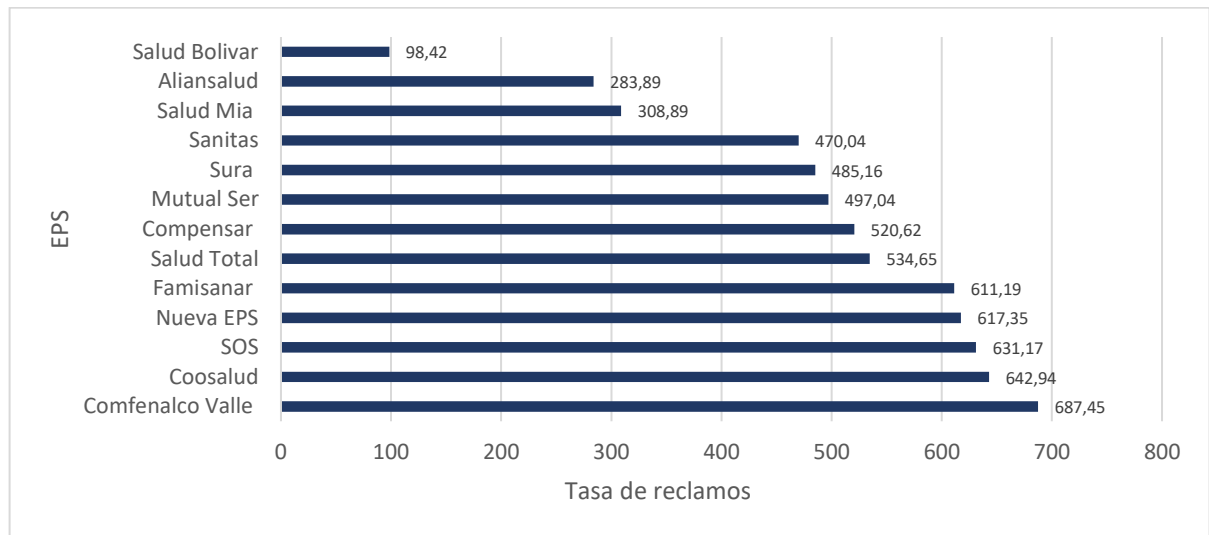


Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

EPS Régimen contributivo

Los 5 primeros lugares los ocupan Comfenalco Valle, Coosalud, Servicios Sur Occidental de Salud SOS, Nueva EPS y Famisanar, siendo la tasa más alta de 687,45 por 10.000 afiliados para Comfenalco Valle, por encima del promedio anual. (ver gráfico 17)

GRÁFICO 17. TASA DE RECLAMOS EN SALUD ACUMULADA EN EL AÑO POR 10.000 AFILIADOS EN LAS EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. ENERO- DICIEMBRE DE 2025

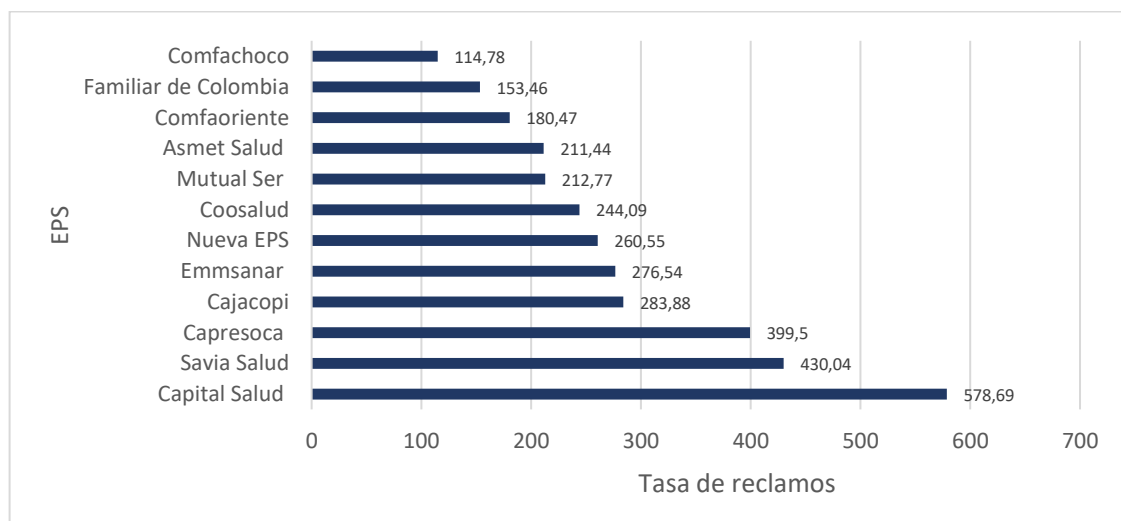


Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

EPS Régimen subsidiado

Para el régimen subsidiado, las EPS con mayor número de reclamos son Capital Salud, Savia Salud EPS, Capresoca, Cajacopi, y EMSSANAR, sienten la mayor tasa de 578,69 por 10000 afiliados para Capital Salud estando por encima del promedio anual para el régimen.

GRÁFICO 18. TASA DE RECLAMOS EN SALUD POR 10.000 AFILIADOS EN PROMEDIO ANUAL. EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. ENERO- DICIEMBRE DE 2024



Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

Al revisar el comportamiento por departamento la mayor tasa de reclamos se encuentra en Risaralda con una tasa de reclamos mes de 42,54, San Andrés con 40,30 y Bogotá con 36,80 estando estas por encima de la tasa nacional.

TABLA 16. RECLAMOS EN SALUD POR DEPARTAMENTO Y TASA RECLAMOS MES 10.000 AFILIADOS PROMEDIO EN EL AÑO EN EL TERRITORIO. ENERO A DICIEMBRE DE 2025

Departamento	Tasa reclamos mes	Reclamos mes	Afiliados mes
RISARALDA	42,54	4.438	1.043.215
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS...	40,3	249	61.784
BOGOTÁ, D.C.	36,8	28.588	7.768.571
ANTIOQUIA	36,54	25.561	6.996.215
TOLIMA	34,32	4.237	1.234.470
VALLE DEL CAUCA	33,69	15.55	4.616.287
SANTANDER	31,92	7.232	2.265.570
BOYACÁ	30,97	3.632	1.172.566
QUINDÍO	30,75	1.753	570.13
CUNDINAMARCA	30,19	8.325	2.757.275
HUILA	29,46	3.454	1.172.596
META	28,41	3.014	1.060.840
CALDAS	28,15	2.547	904.848
CAUCA	26,99	2.805	1.039.377
NORTE DE SANTANDER	26,31	4.581	1.741.256
CASANARE	25,8	1.12	434.179
ATLÁNTICO	25,62	7.195	2.808.446
NARIÑO	20,46	2.485	1.214.488
AMAZONAS	19,77	88	44.511
LA GUAJIRA	18,11	1.175	648.692
CESAR	18,05	2.149	1.190.701
GUAVIARE	17,8	153	85.944
SUCRE	17,32	1.639	946.572
BOLÍVAR	16,82	3.937	2.340.319
CÓRDOBA	15,58	2.607	1.672.824
MAGDALENA	15,47	2.137	1.381.762
CAQUETÁ	13,11	541	412.701
CHOCÓ	13,08	577	441.2

Departamento	Tasa reclamos mes	Reclamos mes	Afiliados mes
VICHADA	12,59	56	44.494
ARAUCA	12,53	400	319.216
VAUPÉS	9,35	27	28.868
PUTUMAYO	8,65	230	265.893
GUAINÍA	6,84	37	54.056
Total	29,24	142.519	48.739.866

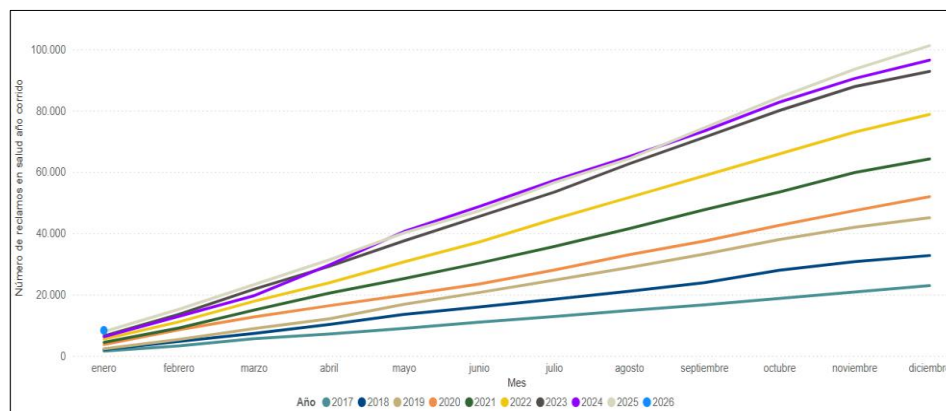
Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

EPS indígenas, entidades adaptadas, regímenes especiales y de excepción

En lo relacionado con la información de los reclamos en salud de los usuarios del sistema contra las EPS indígenas, entidades adaptadas, regímenes especiales y de excepción que son radicados ante la Supersalud, el comportamiento a diciembre de la variación porcentual en número de reclamos que año tiene una tendencia a la disminución en los últimos 3 años.

Para 2022, se tenía una variación a diciembre respecto a 2021 de 22,59%, pasando a 17,81% para 2023 respecto al mismo período de 2022 y de 3,97% para diciembre de 2024 comparado con 2023. Para 2025 presento una variación porcentual de 4,87% (ver gráfico 19)

GRÁFICO 19. NÚMERO DE RECLAMOS EN SALUD ACUMULADAS AÑO CORRIDO A NIVEL NACIONAL POR MES, COLOMBIA 2017- 2025



Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS. Feb 2026

En cuanto a los reclamos por macro motivo definido, se encuentra que el 93% está relacionado con barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud y otros

elementos complementarios para la atención del usuario, seguido por el 5% que se relaciona con la insatisfacción del usuario respecto a los procesos administrativos

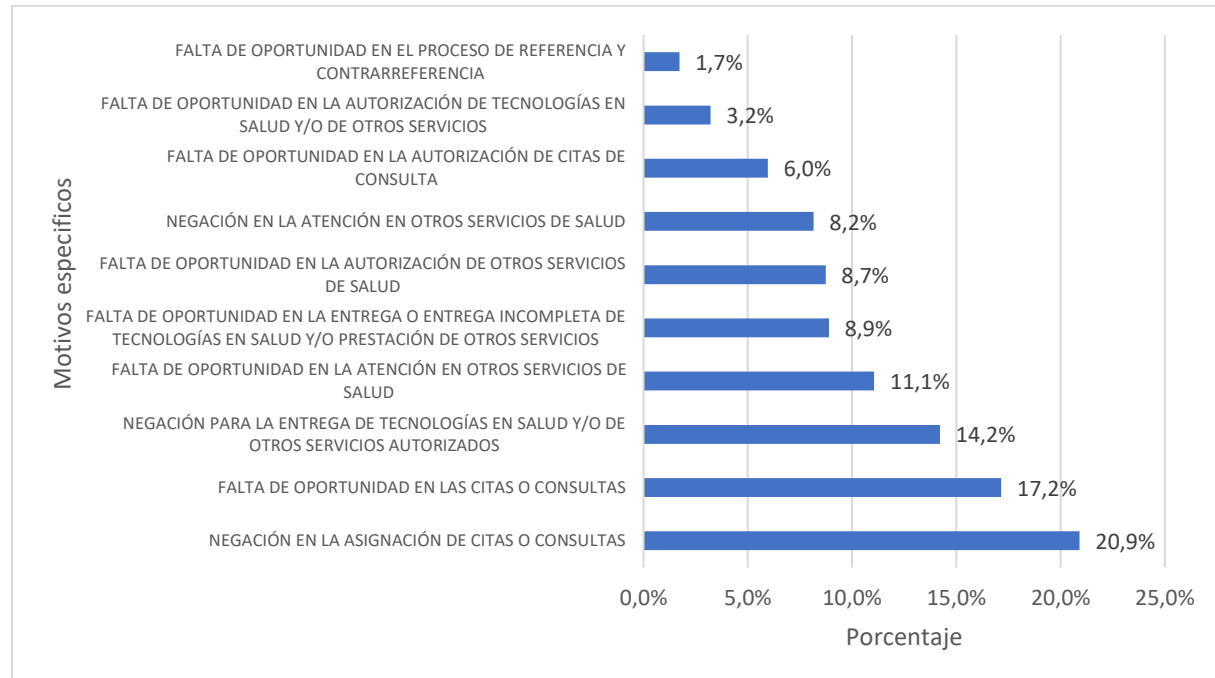
TABLA 17. RECLAMOS EN SALUD POR MACRO MOTIVO DE LAS EPS INDÍGENAS, ENTIDADES ADAPTADAS, RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN POR MOTIVOS. COLOMBIA, ENERO A DICIEMBRE DE 2025

Macromotivo	Número de reclamos	%
Barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud; y otros elementos complementarios para la atención del usuario	94.025	93%
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	5.078	5%
Insatisfacción relacionada con la atención en salud	1.998	2%
Insatisfacción relacionada con infraestructura y logística	77	0,08%
Total	101.178	100%

Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS.

Para los motivos específicos de las quejas, el 20% equivale a la negación en la asignación de citas, seguido por la falta de oportunidad en las citas o consultas (17,2%), la negación para la entrega de tecnologías en salud (14,2%) y la falta de oportunidad en otros servicios de salud (11,1%), siendo estos motivos el 63% de los reclamos en salud.

TABLA 18. CLASIFICACIÓN POR LOS PRINCIPALES MOTIVOS ESPECÍFICOS DE LOS RECLAMOS EN SALUD. 2024



Fuente: Observatorio de salud Analisalud SNS.

Otro mecanismo para la evaluación de los actores en el goce efectivo a la salud es el análisis del mecanismo de las tutelas interpuestas, donde se evidencia una vulneración al derecho de la salud.

1.4.2. Tutelas para la Protección del Derecho Fundamental a la Salud y Goce Efectivo⁴

El derecho a la salud tiene carácter fundamental y se encuentra consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, el cual establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado. En este sentido, corresponde a las autoridades garantizar a toda la población el acceso oportuno, integral, continuo y con calidad a los servicios de salud, en condiciones de eficiencia y equidad, en procura del bienestar individual y colectivo.

La Corte Constitucional ha identificado, en distintos pronunciamientos, problemáticas estructurales relacionadas con fallas en la prestación oportuna y adecuada de los servicios de salud, la imposición de barreras de acceso, la negación injustificada de tecnologías en salud y debilidades en la gestión del aseguramiento por parte de los

4. Datos tomados de Informe de tutelas por vulneración del Derecho a la Salud 2024



actores del sistema. En el marco del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, particularmente en relación con la orden trigésima, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular 001 de 2025, mediante la cual estableció la obligatoriedad del reporte de la información relacionada con las acciones de tutela interpuestas para la protección del derecho fundamental a la salud. Este reporte constituye un insumo esencial para el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del Sistema de Salud (SEA), en tanto permite monitorear la judicialización asociada a posibles fallas en la garantía del derecho.

Para el año 2024, el total de acciones de tutela interpuestas por la vulneración de derechos fundamentales ascendió a 912.639 casos. De este universo, el 26% correspondió a tutelas relacionadas con la presunta vulneración del derecho fundamental a la salud, lo que evidencia el peso relativo de este derecho dentro del conjunto de litigios constitucionales presentados en el país.

En comparación con el año 2023, durante 2024 se registró un incremento del 19,9% en el número absoluto de tutelas en salud. La tasa alcanzó 4,50 tutelas por cada 1.000 habitantes y 4,75 tutelas por cada 1.000 afiliados al sistema. Se observa una correspondencia entre ambas tasas, con un incremento bruto de 0,71 puntos en la tasa por 1.000 habitantes y de 0,94 puntos en la tasa por 1.000 afiliados, lo cual sugiere un aumento sostenido en la judicialización del derecho a la salud, tanto desde una perspectiva poblacional general como desde la base de aseguramiento.

Este comportamiento constituye una señal relevante para la evaluación del desempeño de los actores del sistema, en la medida en que las acciones de tutela continúan siendo un mecanismo recurrente utilizado por la ciudadanía para acceder a servicios o tecnologías en salud, lo que puede reflejar persistencia de barreras estructurales en la garantía efectiva del derecho.

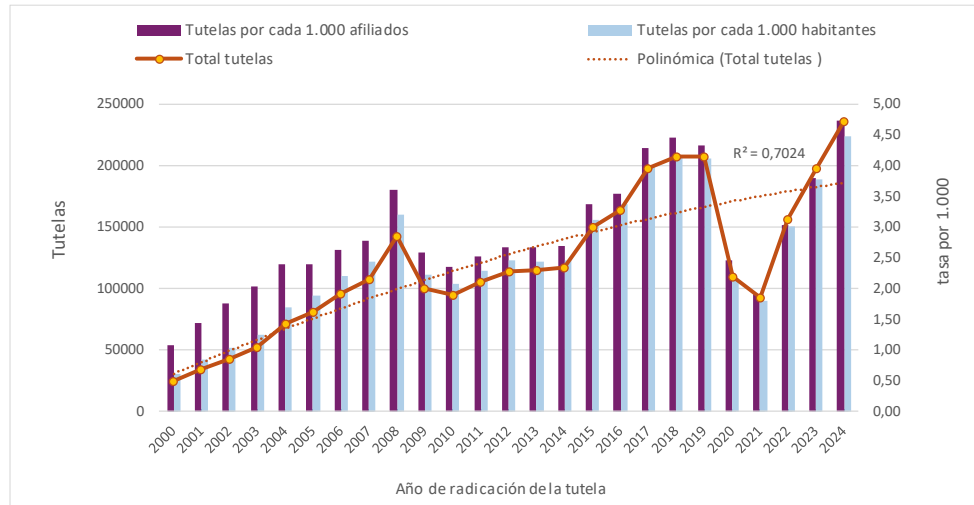
TABLA 19. TENDENCIA HISTÓRICA DE LAS TUTELAS EN SALUD 2000 - 2024.

Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total tutelas	Variación porcentual (con relación al año inmediatamente anterior)	Tutelas por cada 1.000 afiliados	Tutelas por cada 1.000 habitantes
2000	23.017.680	40.295.563	24.843		1,08	0,62
2001	23.806.139	40.813.541	34.319	38,1%	1,44	0,84
2002	24.194.854	41.328.824	42.734	24,5%	1,77	1,03
2003	25.413.865	41.848.959	51.944	21,6%	2,04	1,24
2004	30.040.650	42.368.489	72.033	38,7%	2,40	1,70
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	12,5%	2,39	1,89
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,8%	2,64	2,22
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,4%	2,77	2,44
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,3%	3,61	3,22
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,7%	2,60	2,23
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,0%	2,36	2,08
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,1%	2,53	2,30
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,9%	2,67	2,45
2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,7%	2,69	2,44
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,3%	2,71	2,47
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,0%	3,38	3,13
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,0%	3,54	3,37
2017	46.161.893	49.291.609	197.655	20,3%	4,28	4,01
2018	46.623.525	49.834.240	207.734	5,1%	4,46	4,17
2019	47.764.493	50.374.478	207.368	-0,2%	4,34	4,12
2020	44.797.533	50.912.429	109.940	-47,0%	2,45	2,16
2021	48.231.850	51.049.498	92.506	-15,9%	1,92	1,81
2022	51.387.502	51.682.692	156.412	69,1%	3,04	3,03
2023	51.861.331	52.156.254	197.767	26,4%	3,81	3,79
2024	49.899.411	52.695.952	237.094	19,9%	4,75	4,50

Fuente: elaboración propia Oficina de Calidad del MSPS, a partir de la información del DANE, Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y base de tutelas suministrada por la Corte Constitucional – Informe tutelas 2024

La cifra depurada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2024 mostró que 237.094 corresponden a tutelas impetradas contra actores del SGSSS; para precisar el análisis de este incremento se realizó un análisis de tendencia donde se puede observar que las tasas de acciones de tutelas, con respecto al número de afiliados tanto como con el total de la población proyectada tienen una tendencia al crecimiento. El valor R cuadrado para el total de tutelas es de 0.7; lo que indicaría que tiene un grado de predicción moderado, pero que el aumento continuará para los siguientes periodos.

GRÁFICO 20.COMPORTAMIENTO DE LAS ACCIONES DE TUTELAS POR AÑO, COLOMBIA, 2000 AL 2024



Fuente: elaboración propia Oficina de Calidad del MSPS, a partir de la información del DANE, Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y base de tutelas suministrada por la Corte Constitucional – Informe tutelas 2024

De acuerdo con el comportamiento departamental, en lo relacionado con la mayor tasa por cada 1.000 habitantes, esta se presentó en el departamento de San Andrés y Providencia con 18,1 por cada 1.000 habitantes, seguido de Caldas con una tasa de 13,4 por 1.000 habitantes, Risaralda con 12,5 por 1.000 habitantes, en los tres primeros lugares, estando por encima de la tasa nacional para el mecanismo de tutela en el territorio que fue de 4,5 por cada 1.000 habitantes.

En total son 12 departamentos que se encuentran por encima de la tasa nacional dentro de los que se encuentran Norte de Santander, Arauca, Antioquia, Quindío, Amazonas, Valle del Cauca, Caquetá y Santander. Esto puede estar relacionado con las dificultades de acceso de acuerdo con las dinámicas de los territorios donde el desplazamiento y otros determinantes como las barreras geográficas y sociales afectan la atención.

TABLA 20. TASA DE TUTELAS POR DEPARTAMENTO POR CADA 1.000 HABITANTES. COLOMBIA 2024

Departamento	Tutelas circular 001	Beneficiarios de tutelas circular 001	Tutelas por cada 1.000 habitantes
AMAZONAS	544	498	6,3
ANTIOQUIA	54.057	42.489	7,8
ARAUCA	2.999	2.660	9,4
ATLÁNTICO	4.714	4.239	1,7
BOGOTÁ	17.503	14.595	2,2
BOLÍVAR	6.520	5.797	2,9
BOYACÁ	4.953	4.224	3,8
CALDAS	14.001	10.991	13,4
CAQUETÁ	2.336	1.826	5,5
CASANARE	1.969	1.686	4,1
CAUCA	5.915	5.100	3,8
CESAR	6.021	5.401	4,3
CHOCÓ	762	686	1,3
CÓRDOBA	3.890	3.597	2,0
CUNDINAMARCA	4.020	3.471	1,1
GUAINÍA	155	144	2,7
GUAVIARE	155	143	1,5
HUILA	4.093	3.391	3,4
LA GUAJIRA	1.004	897	,9
MAGDALENA	4.624	4.113	3,1
META	3.721	3.252	3,2
NARIÑO	7.638	6.096	4,5
NORTE DE SANTANDER	17.939	14.738	10,5
PUTUMAYO	1.380	1.115	3,6
QUINDÍO	3.795	3.087	6,7
RISARALDA	12.211	9.316	12,5
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	1.127	1.046	18,1
SANTANDER	12.749	10.964	5,4
SUCRE	1.456	1.291	1,4
TOLIMA	5.877	5.144	4,3
VALLE DEL CAUCA	28.771	23.603	6,2
VAUPÉS	113	99	2,4
VICHADA	198	179	1,6
Total general	237.210	195.878	4,5

Fuente: Reporte tutelas circular 001 de 2025.- Informe tutelas 2024

De acuerdo con el régimen de afiliación por departamento se evidencia que, para el régimen contributivo, las personas beneficiarias de las tutelas se encuentran en Antioquia con el 20,6%, Valle del Cauca con el 14,84% y Bogotá con el 12,63%. Para el régimen subsidiado están distribuidos en los departamentos de Antioquia con el 22,75%, Valle del Cauca con el 9,58% y Norte de Santander con el 9,32% y para los

no asegurados en Norte de Santander con 56,9%, Antioquia con el 6,9 %, Caldas con 5,7%.

Los actores

La distribución de tutelas dentro de los actores del sistema general de Seguridad Social estableció la medición por EPS (Entidades Promotoras de Salud), IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) y ET (Entidades Territoriales).

Se determinaron un total de 237.210 tutelas únicas de las cuales el 87.46% corresponde a tutelas interpuestas a EPS, el 11,59% a tutelas interpuestas a IPS y el 0.95% a tutelas para las entidades territoriales como se describe en la siguiente tabla.

TABLA 21. PORCENTAJE DE TUTELAS INTERPUESTA A LOS DIFERENTES ACTORES DEL SGSSS.

Actor	Tutelas únicas	Porcentaje
EPS	207.465	87,46
IPS	27.493	11,59
ET	2.252	0,95
TOTAL	237.210	100

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectadas en base a la Circular 001 de 2025.

En lo relacionado con los problemas jurídicos de las tutelas, las causas que originaron las mismas y que en las tutelas pueden existir más de una pretensión, se identificaron 287.925 problemas jurídicos, 307.269 diferentes tipos de causas de tutelas y 318.040 pretensiones como se evidencia en la siguiente tabla:

TABLA 22. DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS JURÍDICOS, CAUSAS Y PRETENSIONES DE LAS TUTELAS INTERPUESTAS A LOS DIFERENTES ACTORES DEL SGSSS.

Actor	Tutelas únicas	Problemas	Causas	Pretensiones
EPS	207.465	257.403	276.559	286.964
IPS	27.493	28.254	28.440	28.804
ET	2.252	2.268	2.270	2.272
TOTAL	237.210	287.925	307.269	318.040

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular 001 de 2025.- Informe tutelas 2025

La proporción de tutelas únicas interpuestas a los actores del sistema se encontró de acuerdo con cada actor del sistema:

EPS: Cada persona que interpone una tutela contra una EPS ha tenido que presentar 1.18 acciones legales, lo que indica que algunos usuarios deben



recurrir a más de una tutela para lograr el acceso a los servicios requeridos.

IPS: Cada persona en promedio ha interpuesto 1.48 tutelas, indicando que cuando una persona tiene problemas con una IPS, lo que sugiere que la mayoría de los problemas jurídicos en salud se resuelven en el nivel del aseguramiento como puerta de entrada antes de llegar a los prestadores de servicios.

Entidades territoriales: En promedio 1.39 personas interpusieron tutelas contra entidades territoriales, esto puede reflejar los problemas con estas, aunque menos frecuentes que con EPS e IPS.

En lo relacionado con la afiliación al sistema de seguridad social en salud, se identifica que el 51,4% (n=100.588) pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el 47% (n=92.045) que corresponde al régimen contributivo y los no asegurados con el 0,5% (n=1076).

De acuerdo al reporte realizado por las EPS de tutelas interpuestas por sus afiliados, teniendo en cuenta el comportamiento de la tasa de tutelas por cada 1.000 afiliados, se encuentran en los primeros cinco lugares: Savia Salud EPS con una tasa de 13,75 por cada 1.000 afiliados, Fondo pasivo de ferrocarriles nacionales con una tasa de 11,32 por cada 1.000 afiliados, Comfaorient 7,34 por cada 1.000 afiliados, Comfenalco Valle EPS 7,19 por cada 1.000 afiliados y Servicio Occidental de Salud con una tasa de 6,7 por cada 1.000 afiliados.

Las EPS que presentan menores tasas de tutela son Anas Wayu EPSI, Dusawaki EPSI y Famisanar EPS con 0,11, 0,11 y 0,25 por 1.000 afiliados respectivamente, sin embargo, estas EPSI representan la atención de población perteneciente a comunidades étnicas que requieren de una atención diferencial acorde a sus dinámicas poblacionales, en las que es necesario evaluar y promover los mecanismos de acceso a mecanismos judiciales a la protección de los derechos constitucionales salud.

En lo relacionado con la tasa de tutelas por cada 10.000 atenciones se evidencia que en los tres primeros lugares los ocupa EPS Sura con 110,6 por 10.000 atenciones, Cajacopi con el 19,2 por 10.000 atenciones y Savia Salud de 18,5 por 10.000 atenciones.

Dentro de los primeros diagnósticos principales, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, los factores que influyen en el estado de salud, enfermedades del sistema musculoesquelético, neoplasias, enfermedades endocrinas nutricionales y enfermedades del sistema

genitourinario, que corresponden al 55,1% de los diagnósticos principales.

TABLA 23.DISTRIBUCIÓN Y TASA DE TUTELAS POR CADA 10.000 ATENCIONES Y 1.000 AFILIADOS.

EPS	Afiliados	Personas que interponen tutelas circular001	Tutelas circular 001	Atenciones en salud RIPS	Personas que interponen tutelas por cada 10.000 atenciones	Tutelas por cada 1.000 Afiliados
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	504.942	579	636	2.983.322	1,9	1,26
ALIANSA EPS	252.484	418	523	324.330	12,9	2,07
ANAS WAYUU EPSI	276.427	30	30	3.566.836	0,1	0,11
ASMET SALUD EPS SAS	1.569.739	7.618	9.053	12.814.480	5,9	5,77
ASOCIACION MUTUAL SER EPS-S	2.533.294	4.303	4.500	19.042.310	2,3	1,78
CAJACOPI EPS S.A.S	1.427.285	3.543	3.955	1.841.036	19,2	2,77
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	1.107.619	1.941	2.150	8.514.940	2,3	1,94
CAPRESOCA EPS	171.667	648	783	968.488	6,7	4,56
COMFACHOCO	169.085	115	121	1.076.058	1,1	0,72
COMFAORIENTE	238.172	1.557	1.749	SD		7,34
COMFENALCO VALLE EPS	294.879	1.709	2.120	2.398.718	7,1	7,19
COMPENSAR	2.047.464	5.078	5.830	12.167.098	4,2	2,85
COOSALUD EPS S.A	3.272.671	12.045	13.954	26.018.924	4,6	4,26
DUSAKAWI EPSI	287.453	31	33	2.344.206	0,1	0,11
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN ESP	7.113	6	6	SD		0,84
EMSSANAR SAS	1.689.250	8.466	10.663	SD		6,31
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.	314.772	127	139	SD		0,44
EPS FAMISANAR LTDA	2.745.600	676	679	5.727.218	1,2	0,25
EPS SANITAS	5.819.205	23.779	29.172	68.997.914	3,4	5,01
Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	29.776	282	337	907.450	3,1	11,32
FUNDACION SALUD MIA EPS	65.918	133	148	SD		2,25
Empresa Promotora de Salud MALLAMAS EPS Indigena	410.883	206	237	2.125.890	1,0	0,58
Nueva EPS	10.076.244	55.164	62.089	154.492.114	3,6	6,16
PIJAOS SALUD EPS -I	113.442	226	239	SD		2,11
SALUD BOLIVAR EPS SAS	3.502	1	1	145.634	0,1	0,29

SALUD TOTAL	5.047.878	8.862	11.769	21.800.472	4,1	2,33
SAVIA SALUD -ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1.680.696	18.403	23.112	9.948.788	18,5	13,75
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	753.480	4.293	5.050	9.650.344	4,4	6,70
SURA - Compañía Suramericana de Servicios de Salud SA	5.373.664	15.501	18.387	1.401.266	110,6	3,42
TOTAL	48.284.604	175.740	207.465	369.257.836	4,8	4,30

Fuente: Reporte tutelas Circular 001 de 2025.

Descripción de problemas, causas y pretensiones

De acuerdo con la distribución porcentual de las causas identificadas en 2024, el 40,9% de las acciones de tutela se concentraron en el problema jurídico número nueve, relacionado con la falta de oportunidad en el acceso a los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). En segundo lugar, el 18,7% correspondió al problema jurídico número catorce, asociado al desconocimiento del derecho a la salud cuando una EPS o IPS no presta servicios implícitamente incluidos en el PBS. Finalmente, el 13,6% se vinculó con el problema jurídico número uno, relacionado con la negativa de autorización de servicios ordenados por el médico tratante, cuando el usuario no puede asumir directamente su costo.

El análisis agregado de estas categorías permite evidenciar que aproximadamente el 80% de los problemas jurídicos se relacionan con servicios y tecnologías ya financiados con recursos públicos a través del PBS, mientras que el 20% restante corresponde a prestaciones no incluidas dentro de dicha cobertura. Este hallazgo resulta particularmente relevante, en tanto indica que la mayor parte de la judicialización no se origina en controversias sobre exclusiones del plan de beneficios, sino en fallas asociadas a la oportunidad, autorización y prestación efectiva de servicios ya garantizados normativamente.

De acuerdo con el reporte efectuado por las entidades en cumplimiento de la Circular Externa 001 de 2025, las causas más recurrentes durante la vigencia 2024 estuvieron relacionadas con la postergación o demora en la prestación de servicios, tecnologías y procedimientos incluidos en el PBS, representando el 64,7% del total de tutelas. Asimismo, el 18,6% de las acciones correspondió a casos de no autorización de servicios o tecnologías prescritas por el médico tratante a través de MIPRES, así como a servicios complementarios no financiados con cargo al PBS y no expresamente excluidos.

En cuanto al análisis de las pretensiones formuladas por los accionantes, se observa que la más frecuente fue la relacionada con la asignación o realización de citas médicas (18,6%), seguida por procedimientos y tecnologías en salud (15,7%) y por medicamentos (11,1%). Esta distribución refuerza la evidencia de que la judicialización se concentra principalmente en aspectos operativos del acceso y la oportunidad en la prestación, más que en disputas sobre el alcance formal del plan de beneficios.

En conjunto, estos resultados evidencian que las acciones de tutela continúan funcionando como un mecanismo correctivo frente a deficiencias en la gestión del aseguramiento y en la operación de la red de prestación de servicios, constituyéndose en un indicador sensible para la evaluación del desempeño de los actores del sistema en la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

1.4.3. Administración y flujo de recursos

Entidades Territoriales

De acuerdo con el informe de la Supersalud, quien tiene como función las acciones de inspección y vigilancia para el componente de flujo de recursos-cumplimiento del flujo, se desarrolló la estrategia de conciliación para el flujo de los recursos en el SGSSS del periodo Julio 2024 a Junio 2025

A este corte, se hicieron acuerdos de pago a los Departamentos por un valor de \$113.562 millones de pesos, los cuales se encuentran en proceso de seguimiento por parte de la Entidad Territorial y monitoreo por parte de las Regionales de la Superintendencia.

Las acciones por departamento enfocadas en el saneamiento y el flujo de recursos se ejecutaron principalmente a través de jornadas de conciliación extrajudicial, el seguimiento a acuerdos de reestructuración de pasivos y la vigilancia a las fuentes de financiación territorial.

En lo relacionado con la información sobre la Recuperación Efectiva de recursos para el periodo 2024 -Junio 2025, permitió verificar no solo la firma de acuerdos, sino la entrada real de dinero a las cuentas de los prestadores:

- Vigencia 2024: Se verificó el cumplimiento de acuerdos por un total de 118.719 millones, lo que representa una efectividad del 86,54%.



- Vigencia 2025 (Corte a junio): El valor conciliado alcanzó los 61.911 millones, alcanzando una efectividad del 73,81% en el primer semestre.

La conciliación extrajudicial fue el mecanismo central para normalizar la cartera entre EPS e IPS, logrando acuerdos de pago y la depuración de estados financieros.

Para el segundo semestre de 2024 se realizaron jornadas con cobertura en Guainía, Boyacá, Nariño, Putumayo, Tolima, Chocó, Valle del Cauca, Casanare, Santander y los departamentos del Eje Cafetero, y para primer semestre de 2025, se ejecutaron jornadas agrupadas por regiones:

Región Caribe: Bolívar, Córdoba, Sucre, La Guajira, Cesar, Atlántico y Magdalena.

Región Amazónica y Llanos: Meta, Amazonas, Guaviare, Vaupés, Vichada y Guainía.

Otras regiones: Cauca, Boyacá, Antioquia y el Archipiélago de San Andrés.

De acuerdo con la priorización de las ESE para el saneamiento de pasivos, se adelantaron acciones de seguimiento estricto a los acuerdos de reestructuración de deudas en hospitales públicos críticos para asegurar su sostenibilidad financiera:

- Valle del Cauca: Seguimiento al acuerdo de la ESE Hospital Universitario del Valle Evaristo García.
- Córdoba: Seguimiento y participación en juntas del acuerdo de reestructuración de pasivos de la ESE Hospital San Diego de Cereté.

La Superintendencia monitoreó a las entidades territoriales y generadores para asegurar que los recursos destinados a la salud lleguen oportunamente al sistema. Se atendieron 32 alertas en 2024 y 30 en 2025 relacionadas con estos actores, implementando acciones de supervisión para proteger la financiación del SGSSS. Se realizaron intervenciones integrales en municipios de Chocó y Guainía con el fin específico de proteger los recursos públicos de salud en zonas de alta vulnerabilidad.

Las auditorías y mesas técnicas para verificar el cumplimiento de las funciones de aseguramiento y prestación se realizaron con el fin de impactar las brechas de mejorar la estabilidad del flujo de recursos, para esto en 2025 se realizaron 51 mesas técnicas con EPS.

Por otra parte, la auditoria a los prestadores, se realizaron intervenciones en La Guajira, Meta, Antioquia, Atlántico, Magdalena, Boyacá, Nariño, Cauca y Guaviare para evaluar la calidad y pertinencia del gasto.

1.5.Resultados de la atención

El acceso a la cobertura de salud en el país logró mantenerse en promedio en el 98% con más de 51 millones de personas afiliadas entre los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción; sin embargo, al revisar el acceso, la oportunidad y la atención en salud, aun se identifican oportunidades de mejora y desafíos estructurales para minimizar las inequidades en el acceso a los servicios y la calidad de la atención.

1.5.1. Calidad en la Atención

1.5.2. Indicadores de calidad en la atención

El sistema de información para la calidad permite realizar el monitoreo y los resultados para los diferentes periodos, enfocado en la calidad de la atención en salud, teniendo en cuenta el cumplimiento de los reportes de monitoreo y evaluación de la experiencia, efectividad y seguridad de la atención.

Para esto se realiza un análisis del cumplimiento con el reporte de los indicadores que hacen parte del Sistema de Información para la Calidad reglamentado por la resolución 256 de 2016, así como de indicadores claves de las dimensiones de “experiencia de la atención” y “satisfacción”, teniendo en cuenta los resultados globales y por departamentos y distritos.

1.5.3. Cumplimiento del reporte de monitoreo para la calidad del Sistema de Información para la Calidad

De acuerdo con el monitoreo del sistema de información para la calidad, para los años 2020-2023 se evidencia una tendencia al mejoramiento en lo relacionado con el reporte al sistema de información para la calidad, mejorando el reporte respecto a 2021 en el 92% de los departamentos, lo que evidencia que, si bien aún se debe continuar fortaleciendo el proceso, el porcentaje de reporte es significativo para el país, teniendo en cuenta las particularidades de algunos territorios. Para el año 2024 el reporte fue de

TABLA 24.PORCENTAJE DE PRESTADORES HABILITADOS QUE DEBEN REPORTAR AL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD DESDE 2021- IV TRIMESTRE 2025P POR DEPARTAMENTO Y DISTRITO, COLOMBIA.

Departamento	Porcentaje de IPS que reportan por departamento 2021- IV trimestre 2025				
	2021	2022	2023	2024	IV trim 2025p
Amazonas	64,0%	43,8%	85,3%	83,3%	90,9%

Antioquia	81,0%	54,9%	83,5%	87,2%	84,7%
Arauca	81,0%	42,1%	94,2%	96,2%	84,9%
Atlántico	58,0%	38,6%	70,2%	77,2%	80,6%
Barranquilla	81,0%	56,8%	94,2%	91,2%	87,1%
Bogotá D.C	75,0%	48,9%	81,7%	85,9%	80,4%
Bolívar	74,0%	43,5%	85,4%	93,3%	87,0%
Boyacá	83,0%	61,1%	87,0%	86,9%	88,3%
Buenaventura	68,0%	42,7%	76,3%	76,1%	79,4%
Caldas	84,0%	69,1%	91,6%	94,7%	92,3%
Cali	SD	59,8%	88,8%	93,9%	92,6%
Caquetá	79,0%	57,8%	87,3%	84,3%	84,8%
Cartagena	70,0%	50,7%	78,4%	81,8%	81,7%
Casanare	83,0%	63,8%	87,6%	92,1%	88,8%
Cauca	65,0%	53,7%	87,8%	86,5%	79,6%
Cesar	75,0%	54,4%	84,6%	87,2%	84,0%
Chocó	34,0%	16,8%	52,4%	53,2%	49,3%
Córdoba	73,0%	42,8%	76,1%	80,1%	77,5%
Cundinamarca	83,0%	58,9%	85,0%	88,3%	85,0%
Guainía	50,0%	0,0%	69,8%	88,9%	72,7%
Guaviare	94,0%	65,0%	95,1%	95,0%	85,7%
Huila	89,0%	66,1%	89,9%	94,0%	87,0%
La Guajira	75,0%	48,9%	83,0%	84,6%	81,0%
Magdalena	68,0%	36,1%	75,4%	69,6%	62,2%
Meta	69,0%	46,7%	76,8%	82,2%	78,7%
Nariño	70,0%	49,0%	84,7%	88,1%	79,8%
Norte de Santander	85,0%	60,0%	85,5%	87,9%	83,7%
Putumayo	95,0%	78,7%	97,4%	94,7%	86,4%
Quindío	90,0%	66,9%	92,0%	88,8%	91,7%
Risaralda	93,0%	70,4%	89,4%	95,0%	90,8%
San Andrés y Providencia	64,0%	36,4%	90,3%	95,2%	90,5%
Santa Marta	79,0%	43,4%	69,7%	70,7%	65,3%
Santander	75,0%	49,1%	84,4%	85,9%	83,5%
Sucre	65,0%	37,2%	79,4%	88,7%	81,2%
Tolima	80,0%	54,9%	87,3%	89,5%	87,4%
Valle del cauca	86,0%	64,3%	88,1%	90,1%	87,4%
Vaupés	67,0%	33,3%	100,0%	100,0%	100,0%
Vichada	75,0%	44,4%	85,5%	85,7%	50,0%
Total Nacional	77,0%	52,5%	83,6%	86,5%	83,0%

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

1.5.4. Resultados de los indicadores de experiencia de la atención

De acuerdo con los dominios del sistema de información para la calidad, se cuenta con los indicadores de experiencia de la atención que están relacionados con la oportunidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios respecto a la atención; dentro de estos se evalúan servicios de consulta externa, atención por especialidades, realización de procedimientos y toma de imágenes diagnósticas, los cuales son puertas de entrada del sistema de salud.

1.5.5. Comportamiento de tiempo promedio de asignación de cita de Medicina y Odontología General

El tiempo promedio de asignación de cita para medicina general en Colombia está 2025 en 3,39 días con una mejoría respecto a 2024. 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 24):

TABLA 25. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL. COLOMBIA 2020-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
05 – Antioquia	2,65	3,11	3,37	4,11	5,88	6,14
08 – Atlántico	4,94	4,68	3,85	4,74	2,80	2,50
11 – Bogotá, D.C.	5,47	6,61	3,54	1,61	4,21	3,12
13 – Bolívar	3,15	9,54	3,42	4,78	2,58	2,20
15 – Boyacá	2,08	2,31	2,43	4,53	3,28	2,47
17 – Caldas	3,23	3,65	3,51	3,18	2,97	2,64
18 – Caquetá	1,64	1,35	1,36	2,64	1,36	1,11
19 – Cauca	2,05	1,79	1,37	3,01	1,24	1,49
20 – Cesar	4,91	2,53	2,86	3,01	3,74	3,06
23 – Córdoba	1,9	2,28	1,9	0,93	1,47	1,95
25 – Cundinamarca	5,12	5,64	4,19	2,28	4,00	2,67
27 – Chocó	1,82	1,46	1,82	2,21	1,39	1,24
41 – Huila	1,71	2,08	2,03	2,69	3,76	3,34
44 – La Guajira	6,07	1,36	1,42	1,71	1,58	1,28
47 – Magdalena	2,95	3,00	2,96	1,62	2,42	2,11
50 – Meta	2,68	3,19	3,33	3,18	3,47	3,04
52 – Nariño	1,38	1,65	1,72	1,31	2,27	1,87
54 – Norte de Santander	1,77	1,88	2,07	2,83	2,43	2,13
63 – Quindío	3,15	3,03	3,85	2,96	3,24	2,73

66 – Risaralda	3,89	5,49	5,54	1,37	3,93	4,14
68 – Santander	2,66	2,68	3,19	2,49	2,66	2,71
70 – Sucre	2,03	2,41	2,52	2,63	1,52	1,75
73 – Tolima	3,79	3,52	3,51	1,96	2,84	2,52
76 – Valle del Cauca	3,49	3,71	4,21	2,21	3,73	4,57
81 – Arauca	1,64	2,15	2,13	1,71	1,52	2,70
85 – Casanare	1,91	2,12	1,96	3,55	2,40	2,61
86 – Putumayo	1	1,33	1,37	3,06	1,33	1,42
88 – Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	4,45	3,86	4,83	3,13	3,10	3,42
91 – Amazonas	0,46	0,71	3,02	1,85	4,37	1,87
94 – Guainía	0,97	3,92	5,34	2,37	1,45	2,00
95 – Guaviare	2,01	2,10	3,73	3,64	2,21	1,68
97 – Vaupés	0,82	0,95	0,79	0,89	1,77	1,86
99 – Vichada	0,93	1,47	2,55	1,06	0,83	1,07
TOTAL PAÍS	3,58	4,1	3,25	3,25	3,61	3,39

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

En cuanto al tiempo promedio de asignación de cita para odontología general en Colombia, para 2025 está en 3,01 días. Para el periodo 2021-2024 se evidencia una mejoría del indicador, con una disminución del tiempo promedio de 5,42 a 3,20 días (ver tabla 25):

TABLA 26. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ODONTOLOGÍA GENERAL. COLOMBIA 2020-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
05 – Antioquia	4,37	3,86	5,39	3,29	5,05	5,37
08 – Atlántico	2,13	2,89	3,21	4,22	2,94	2,24
11 – Bogotá, D.C.	7,06	11,80	5,33	1,04	4,55	3,75
13 – Bolívar	1,29	1,92	2,53	5,06	2,04	2,25
15 – Boyacá	1,69	2,12	2,04	4,24	2,11	2,07
17 – Caldas	2,80	4,07	3,85	5,24	2,91	2,80
18 – Caquetá	1,00	1,02	1,61	4,29	1,33	1,37
19 – Cauca	0,50	1,04	0,89	1,80	1,09	1,14
20 – Cesar	8,39	3,31	3,49	3,11	3,30	4,05
23 – Córdoba	1,61	1,63	1,58	1,35	1,17	1,60
25 – Cundinamarca	4,12	9,70	4,83	3,15	4,17	3,04
27 – Chocó	1,08	1,54	1,41	1,36	1,80	1,06
41 – Huila	1,36	2,27	1,80	4,32	3,40	2,06
44 – La Guajira	1,12	1,28	0,95	1,66	0,94	1,19

47 – Magdalena	1,91	2,47	1,89	1,41	1,47	1,68
50 – Meta	3,94	4,19	3,30	7,78	3,63	2,90
52 – Nariño	1,34	1,73	2,46	1,57	1,74	1,62
54 – Norte de Santander	1,22	1,66	1,93	2,82	1,94	1,94
63 – Quindío	1,85	2,02	2,54	2,62	3,25	1,72
66 – Risaralda	2,38	3,73	3,53	0,97	3,30	1,94
68 – Santander	2,04	3,84	3,64	1,35	2,70	2,81
70 – Sucre	1,68	1,66	2,26	3,59	1,31	1,26
73 – Tolima	2,21	2,56	2,37	2,37	1,70	1,88
76 – Valle del Cauca	3,82	4,62	6,36	1,99	2,85	3,52
81 – Arauca	1,35	2,44	1,46	1,97	1,05	2,20
85 – Casanare	2,26	2,64	2,91	4,19	3,20	2,60
86 – Putumayo	1,13	2,00	1,64	2,57	1,47	1,82
88 – Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	2,80	1,79	4,81	3,66	3,09	2,74
91 – Amazonas	0,13	1,57	3,55	1,27	2,50	1,79
94 – Guainía	2,00	0,82	2,50	1,98	1,43	1,25
95 – Guaviare	1,53	1,89	4,00	6,26	3,69	4,68
97 – Vaupés	1,19	0,73	0,45	0,63	2,01	3,64
99 – Vichada	1,52	1,49	0,63	0,66	0,83	1,19
TOTAL PAÍS	3,79	5,42	3,92	3,98	3,20	3,01

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

1.5.6. Comportamiento de tiempo promedio de asignación de citas por especialidades

Para **cirugía general** el tiempo promedio de asignación de cita es de 10,6 días para 2025. Este indicador tuvo una tendencia al aumento en días de oportunidad del año 2020 a 2022, siendo el año 2022 el año con mayor promedio. Para el año 2023, paso de un promedio de 12,8 días en 2022, a 10,7 en 2023, 10,34 para 2024 siendo un comportamiento similar en los últimos 3 años (ver tabla 26).

TABLA 27. COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA CIRUGÍA GENERAL COLOMBIA 2020-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
05 – Antioquia	8,77	9,5	11,25	4,41	11,32	8,33
08 – Atlántico	11,00	16,8	18,17	9,95	9,46	7,73
11 – Bogotá, D.C.	11,69	15,5	14,71	4,57	12,09	11,84
13 – Bolívar	10,84	12,3	18,22	7,69	10,60	11,47

15 – Boyacá	4,35	5,1	6,41	10,78	6,35	7,37
17 – Caldas	7,75	10,4	14,12	11,36	9,84	8,38
18 – Caquetá	3,69	4,1	4,41	11,00	2,80	5,08
19 – Cauca	8,69	7,2	6,38	7,06	7,48	7,00
20 – Cesar	7,32	6,2	6,64	10,39	8,52	12,91
23 – Córdoba	9,03	9,5	11,85	4,05	10,79	11,28
25 – Cundinamarca	8,00	9,2	10,28	7,09	9,97	9,49
27 – Chocó	5,25	2,6	4,61	8,95	6,75	5,15
41 – Huila	7,11	6,4	7,16	10,16	8,68	27,33
44 – La Guajira	4,85	5,5	6,26	3,77	8,12	7,47
47 – Magdalena	6,21	9,1	12,80	11,88	7,22	10,48
50 – Meta	8,51	8,3	20,22	10,36	10,34	7,14
52 – Nariño	6,47	7,5	7,78	2,49	8,23	7,07
54 – Norte de Santander	5,43	4,9	5,39	10,33	7,70	8,10
63 – Quindío	7,77	8,9	15,09	6,75	9,56	6,94
66 – Risaralda	12,48	9,7	13,83	5,75	12,98	9,04
68 – Santander	7,31	8,9	11,31	9,46	8,05	7,71
70 – Sucre	11,02	11,1	9,23	14,85	12,98	9,39
73 – Tolima	7,06	9,2	12,92	8,25	12,90	14,97
76 – Valle del Cauca	11,15	13,5	17,36	6,42	11,79	13,37
81 – Arauca	3,85	4,0	5,58	6,46	4,79	4,86
85 – Casanare	6,72	5,2	7,12	8,58	9,05	4,84
86 – Putumayo	3,27	3,6	6,79	13,55	5,50	7,25
88 – Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	22,28	10,1	8,29	8,50	8,51	7,88
91 – Amazonas	6,32	4,7	11,06	10,64	8,39	4,69
94 – Guainía	3,12	4,5	3,49	18,28	0,32	2,64
95 – Guaviare	7,59	7,9	10,94	15,96	8,08	11,14
97 – Vaupés		2,0			2,26	2,93
99 – Vichada	6,08	7,6	8,02	5,95	5,67	3,89
TOTAL PAÍS	9,24	10,8	12,80	10,74	10,34	10,60

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 disminución desde el año 2022, en el que la oportunidad se encontraba en 10,97 días y pasó a 8,71 días para 2025 a nivel país, con una tendencia a la mejoría en el 58% de los departamentos y distritos respecto a 2024 (ver tabla 26):

TABLA 28.COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA GINECOLOGÍA. COLOMBIA 2020-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología					
Departamento / Distrito	2020	2021	2022	2023	2024	2025
05 – Antioquia	9,99	13,14	12,82	8,77	10,66	9,94
08 – Atlántico	9,43	7,91	7,48	12,60	8,78	7,62
11 – Bogotá, D.C.	9,74	13,07	13,63	5,43	9,63	9,15
13 – Bolívar	12,50	8,90	10,86	9,14	17,26	11,17
15 – Boyacá	3,69	4,31	6,40	8,99	6,38	5,71
17 – Caldas	8,92	9,06	10,97	9,82	11,17	9,33
18 – Caquetá	3,01	3,00	2,47	9,03	3,13	4,11
19 – Cauca	6,28	10,78	15,58	6,84	4,75	4,60
20 – Cesar	5,58	5,14	6,48	11,36	7,89	9,87
23 – Córdoba	7,77	8,27	10,82	2,32	9,90	11,27
25 – Cundinamarca	8,71	11,35	11,96	4,13	9,43	9,13
27 – Chocó	4,13	4,14	2,12	23,89	3,47	7,82
41 – Huila	5,64	7,53	7,55	7,14	8,06	14,90
44 – La Guajira	4,50	4,74	4,62	3,65	4,58	3,79
47 – Magdalena	6,87	8,69	12,43	17,55	7,15	8,77
50 – Meta	8,93	13,08	12,37	15,47	10,07	6,81
52 – Nariño	5,90	7,29	6,34	2,56	6,40	6,81
54 – Norte de Santander	4,18	4,16	4,02	8,18	4,48	4,90
63 – Quindío	8,35	9,71	10,36	8,02	9,43	9,35
66 – Risaralda	7,80	9,83	10,56	4,56	9,01	8,88
68 – Santander	8,81	8,12	9,14	8,38	9,72	7,31
70 – Sucre	7,29	8,45	8,67	8,34	11,43	8,88
73 – Tolima	7,25	6,17	9,53	7,06	9,31	10,88
76 – Valle del Cauca	9,11	11,64	13,84	4,47	11,64	9,91
81 – Arauca	4,46	5,87	5,52	5,21	5,34	3,97
85 – Casanare	4,54	4,91	5,03	9,57	5,64	3,96
86 – Putumayo	4,33	3,88	5,90	13,79	4,64	5,03
88 – Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8,17	7,25	7,50	9,15	10,20	8,96
91 – Amazonas	8,12	4,59	8,74	9,96	10,83	8,47
94 – Guainía	0,98	4,04	5,82	9,53	5,44	7,78
95 – Guaviare	5,72	8,89	5,52	11,77	7,16	8,83
97 – Vaupés	0,00	2,80	4,91	4,81	3,95	5,63

99 – Vichada	7,67	10,74	5,39	2,78	2,86	2,97
TOTAL PAÍS	8,43	9,97	10,97	10,35	9,42	8,71

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

Para el servicio de **pediatría**, el tiempo promedio para la asignación de citas aumentó entre 2022 y 2025, ha disminuido pasando de 8,27 a 5,13 días para 2025, lo que permite tener una mejor gestión del riesgo de la infancia en el país (ver tabla 28):

TABLA 29.COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA PEDIATRÍA. COLOMBIA 2020-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
05 – Antioquia	5,67	8,08	12,41	8,37	7,08	6,52
08 – Atlántico	7,17	4,83	7,40	8,30	4,86	4,06
11 – Bogotá, D.C.	10,21	6,90	7,90	4,75	6,26	5,05
13 – Bolívar	7,59	5,60	7,11	5,80	5,78	4,83
15 – Boyacá	4,48	3,23	4,54	6,38	4,55	3,87
17 – Caldas	9,82	11,60	10,83	6,33	8,15	10,14
18 – Caquetá	3,94	3,14	3,10	6,94	2,29	3,53
19 – Cauca	6,36	4,53	4,83	4,42	5,54	4,83
20 – Cesar	6,30	4,17	6,75	9,40	6,89	8,56
23 – Córdoba	7,41	7,70	8,96	3,13	5,14	3,74
25 – Cundinamarca	9,67	8,51	8,92	4,92	8,02	5,56
27 – Chocó	2,38	2,42	3,10	6,00	6,11	7,72
41 – Huila	3,26	5,32	5,34	6,75	6,88	5,19
44 – La Guajira	4,92	5,03	4,66	5,59	4,07	3,74
47 – Magdalena	7,75	5,91	7,72	5,53	4,60	3,89
50 – Meta	8,19	5,19	5,82	13,48	8,26	5,79
52 – Nariño	3,18	3,90	3,74	2,61	5,42	4,35
54 – Norte de Santander	3,11	3,93	3,98	6,98	4,38	3,53
63 – Quindío	6,76	6,00	7,82	6,91	6,49	5,36
66 – Risaralda	5,70	6,51	7,97	3,50	6,04	6,20
68 – Santander	4,42	4,86	5,82	5,86	4,80	4,82
70 – Sucre	4,47	5,04	8,02	5,22	4,89	4,12
73 – Tolima	7,54	6,65	9,45	3,43	7,32	4,56
76 – Valle del Cauca	7,09	9,81	14,13	3,83	8,71	6,16
81 – Arauca	4,62	5,99	5,51	3,74	5,33	6,48
85 – Casanare	5,90	4,77	5,60	8,61	5,24	4,96
86 – Putumayo	2,82	3,48	3,96	7,38	4,19	3,44

88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8,63	7,94	7,39	6,22	5,49	4,20
91 - Amazonas	5,25	4,96	5,21	5,85	7,86	4,72
94 - Guainía	5,78	5,69	7,25	6,82	3,20	7,30
95 - Guaviare	6,68	9,23	5,23	7,45	7,71	7,58
97 - Vaupés	0,00	6,00	2,80	2,81	4,77	5,29
99 - Vichada	5,79	8,33	2,89	2,77	2,85	1,90
TOTAL PAÍS	7,85	6,64	8,27	6,80	6,21	5,13

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 2022, lo que implica un acceso más oportuno para los usuarios desde este año. La oportunidad en el país pasó de 13,79 en el 2023 a 10,88 en el 2025 (ver tabla 29):

TABLA 30.COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA. COLOMBIA 2020-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia	9,16	14,3	19,44	6,15	14,25	12,34
08 - Atlántico	12,05	13,9	14,22	17,26	14,63	13,17
11 - Bogotá, D.C.	13,66	15,4	15,78	7,30	12,54	10,90
13 - Bolívar	15,85	10,9	13,84	9,96	8,76	9,05
15 - Boyacá	4,21	5,6	7,46	10,45	6,67	6,06
17 - Caldas	7,70	5,0	13,86	13,71	16,77	14,15
18 - Caquetá	3,08	3,2	5,56	11,73	13,48	6,75
19 - Cauca	6,04	6,4	7,02	6,16	7,02	7,33
20 - Cesar	9,12	8,3	9,33	10,13	12,02	11,11
23 - Córdoba	9,83	10,1	13,59	9,72	11,82	11,40
25 - Cundinamarca	8,48	9,6	10,47	8,51	8,02	8,74
27 - Chocó	5,95	6,1	4,89	8,10	6,43	11,29
41 - Huila	7,09	10,8	8,66	11,05	8,58	14,31
44 - La Guajira	5,51	5,2	5,05	6,46	4,01	4,18
47 - Magdalena	7,16	9,4	16,37	10,80	7,33	10,86
50 - Meta	9,93	10,8	10,38	12,31	10,40	7,46
52 - Nariño	6,13	6,8	5,83	1,42	7,83	8,30
54 - Norte de Santander	5,75	5,4	7,56	10,04	8,30	6,17
63 - Quindío	118,22	11,3	13,29	8,51	6,89	8,99
66 - Risaralda	8,41	12,7	11,35	6,49	10,69	11,79

68 - Santander	7,62	8,9	11,58	8,60	11,78	11,63
70 - Sucre	9,05	10,6	11,58	12,39	11,95	9,44
73 - Tolima	10,50	10,2	14,45	6,99	10,92	13,01
76 - Valle del Cauca	11,14	16,8	18,12	7,92	13,34	15,03
81 - Arauca	4,87	7,7	8,01	4,72	7,73	6,36
85 - Casanare	5,69	7,2	7,69	15,59	8,10	7,05
86 - Putumayo	2,92	3,5	5,09	12,64	5,75	6,19
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	13,42	12,9	19,66	10,51	18,70	10,20
91 - Amazonas	1,03	6,6	7,14	10,82	10,43	3,86
94 - Guainía	1,64	3,6	2,11	16,45	1,95	5,23
95 - Guaviare	7,49	13,8	9,16	17,57	10,75	10,56
97 - Vaupés	0,88	4,5	6,35	4,99	6,52	6,70
99 - Vichada	4,15	7,7	7,49	5,51	5,34	2,77
TOTAL PAÍS	11,22	11,5	13,79	12,27	11,25	10,88

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

1.5.7. Procedimientos e imágenes diagnósticas

A continuación, se describe la oportunidad para la realización de los procedimientos quirúrgicos y la toma de imágenes diagnósticas que se reportan al Sistema de Información para la Calidad (Resolución 256 de 2016), entre el año 2022 y el III trimestre de 2024. Contempla los siguientes eventos:

- Tiempo para la realización de cirugía de cataratas
- Tiempo para la realización de reemplazo de cadera
- Tiempo para la realización de realización de revascularización miocárdica
- Tiempo para la toma de ecografía
- Tiempo para la toma de resonancia magnética nuclear

TABLA 31.COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS. COLOMBIA 2022-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas			
	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia			19,17	21,93
08 - Atlántico	24,70	23,72	6,13	6,86
11 - Bogotá, D.C.	13,32	12,06	12,80	14,61
13 - Bolívar	2,40	3,82	41,92	55,84
15 - Boyacá	5,73	6,50	23,83	23,17
17 - Caldas	17,41	13,40	23,75	17,17

18 - Caquetá	42,76	21,30	15,01	20,20
19 - Cauca	22,94	22,09	25,61	28,91
20 - Cesar	2,60	12,01	20,99	12,02
23 - Córdoba	24,77	5,60	14,28	25,75
25 - Cundinamarca	12,23	14,63	12,31	10,11
27 - Chocó	28,24	24,66	9,28	
41 - Huila	10,20	20,75	7,14	6,74
44 - La Guajira			5,34	11,98
47 - Magdalena	14,66	17,85	5,91	4,10
50 - Meta	43,02	15,66	9,59	8,92
52 - Nariño			23,76	31,22
54 - Norte de Santander			40,07	29,03
63 - Quindío	6,86	9,74	27,25	38,83
66 - Risaralda	10,21	9,49	13,88	13,88
68 - Santander	0,77	2,52	7,96	6,55
70 - Sucre	14,90	13,52	17,92	20,27
73 - Tolima	13,80	9,97	18,75	17,76
76 - Valle del Cauca	16,38	24,96	22,21	14,69
81 - Arauca	15,30	19,57	20,43	20,00
85 - Casanare	29,17	35,91	22,81	23,64
86 - Putumayo	50,08	18,21	10,84	13,20
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8,37	5,73		2,50
91 - Amazonas	21,44	20,35		
94 - Guainía	13,02	14,93		
95 - Guaviare	27,92	23,77		
97 - Vaupés				
99 - Vichada			1,94	0,58
TOTAL PAÍS	20,33	17,21	16,72	17,17

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

El tiempo promedio de espera para la realización de **cirugía de cataratas** disminuyó de 20,33 días a 17,17 en el año 2025.

Por otra parte, la oportunidad para la **cirugía de reemplazo de cadera** disminuyó de 20,12 días en el año 2022 a 19,05 en el año 2023. Para 2025 fue de 21,03 (Ver tabla 30).

TABLA 32.COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO PROMEDIO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE CADERA. COLOMBIA 2022-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de remplazo de cadera			
	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia		12,79	15,91	18,97
08 - Atlántico	19,55		5,82	6,02

11 - Bogotá, D.C.		0,00	30,95	23,90
13 - Bolívar		10,19	34,32	27,91
15 - Boyacá	5,72	14,57	33,38	41,22
17 - Caldas	24,79		42,97	49,85
18 - Caquetá	57,03			
19 - Cauca	20,92	6,06	41,66	42,61
20 - Cesar	29,53	22,67	4,07	4,47
23 - Córdoba	17,64	38,17	25,24	16,41
25 - Cundinamarca	8,00	7,30	6,74	15,40
27 - Chocó	36,89	17,03		
41 - Huila	1,50	40,43	29,78	46,96
44 - La Guajira		28,70	12,00	1,00
47 - Magdalena	43,20	4,41	6,41	8,03
50 - Meta	7,38	1,13	21,19	15,23
52 - Nariño		4,15	19,00	20,94
54 - Norte de Santander		15,59	9,10	3,12
63 - Quindío	7,43	1,72	10,04	14,47
66 - Risaralda	2,50		27,02	25,14
68 - Santander	23,06	39,15	21,29	15,11
70 - Sucre	12,81	9,65	7,93	13,86
73 - Tolima	23,09		10,71	18,77
76 - Valle del Cauca	9,11		15,51	11,73
81 - Arauca	0,11	39,66	15,11	
85 - Casanare	11,97	19,30	1,73	1,40
86 - Putumayo	34,51	5,38		
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8,97	25,02		
91 - Amazonas	12,58	22,38		
94 - Guainía	25,65	16,32		
95 - Guaviare	13,53	3,09		
97 - Vaupés				
99 - Vichada				
TOTAL PAÍS	20,12	19,05	22,73	21,03

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

El tiempo promedio de espera para **revascularización miocárdica**, presenta una tendencia a la disminución a nivel país pasando de 5,48 días en 2022 a 5,17 en 2023, para 2024 fue de 4,76, sin embargo, para 2025 el tiempo tuvo un aumento a 7,93.

TABLA 33.COMPORTAMIENTO TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA. COLOMBIA 2022-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía para revascularización miocárdica			
	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia			12,85	21,69

08 - Atlántico	4,59		3,33	3,92
11 - Bogotá, D.C.			5,94	5,27
13 - Bolívar		0,69	4,29	3,70
15 - Boyacá	4,87	7,41	6,43	7,81
17 - Caldas	9,37		4,88	3,53
18 - Caquetá	1,71			
19 - Cauca	3,33	3,72	1,00	2,23
20 - Cesar	6,33	9,20	1,01	0,88
23 - Córdoba		4,15		1,68
25 - Cundinamarca		0,65		11,21
27 - Chocó	6,44	10,29		
41 - Huila	2,10	4,61	2,59	5,41
44 - La Guajira				
47 - Magdalena	14,83		2,50	
50 - Meta	1,00		4,43	6,17
52 - Nariño		0,79	2,13	
54 - Norte de Santander		6,44	3,44	4,39
63 - Quindío	3,59	1,00		
66 - Risaralda			2,12	2,96
68 - Santander	2,00	1,26	0,25	0,47
70 - Sucre	1,51	6,13		
73 - Tolima	0,43		2,00	
76 - Valle del Cauca	1,33		2,45	13,61
81 - Arauca		2,98		
85 - Casanare		2,06		
86 - Putumayo	2,79			1,75
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,78			
91 - Amazonas	24,00	2,24		
94 - Guainía	0,41	2,00		
95 - Guaviare	9,15	8,71		
97 - Vaupés				
99 - Vichada				
TOTAL PAÍS	5,48	5,17	4,76	7,93

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

Para la realización de la **resonancia magnética nuclear** el tiempo de espera a nivel nacional fue se ha mantenido relativamente estable en los 3 últimos periodos reportados con tendencia a la disminución (Ver tabla 32):

TABLA 34.COMPORTAMIENTO TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR. COLOMBIA 2022-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética			
	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia		12,02	14,97	14,09
08 - Atlántico	21,19		5,57	5,41
11 - Bogotá, D.C.	6,32	2,92	18,13	16,15
13 - Bolívar		15,59	5,62	9,98

15 - Boyacá	5,27	14,47	14,44	12,00
17 - Caldas	17,26	8,49	7,74	6,54
18 - Caquetá	9,98		17,89	13,85
19 - Cauca	10,60	5,68	4,32	11,36
20 - Cesar	5,46	17,58	5,60	6,58
23 - Córdoba	9,78	11,21	9,90	13,74
25 - Cundinamarca	6,93	9,91	9,37	11,41
27 - Chocó	3,33	9,09	10,22	8,65
41 - Huila	5,47	4,76	10,51	14,99
44 - La Guajira	3,16	8,36	3,47	3,53
47 - Magdalena	8,19	12,81	4,58	4,97
50 - Meta	11,88	6,36	7,57	7,33
52 - Nariño		29,56	5,96	5,88
54 - Norte de Santander		7,00	12,34	9,35
63 - Quindío	7,08	5,32	10,68	15,54
66 - Risaralda	3,64	6,03	10,76	9,22
68 - Santander	7,36	9,47	14,99	15,31
70 - Sucre	10,13	8,08	10,88	7,80
73 - Tolima	11,33		27,04	12,09
76 - Valle del Cauca	17,76		7,78	9,12
81 - Arauca	4,80	15,34	8,52	6,96
85 - Casanare	10,80	14,65	4,22	6,21
86 - Putumayo	10,46	3,33	19,38	4,12
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	13,34	5,26		
91 - Amazonas	10,39	10,08		3,79
94 - Guainía	18,01	5,88		
95 - Guaviare	11,46	22,72		
97 - Vaupés				
99 - Vichada				
TOTAL PAÍS	14,12	13,35	12,87	12,57

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

La **toma de ecografía** para el año 2022 fue de 10,46 días, pasando en 2025 a 9,13, si bien tiene un aumento respecto al año anterior, se mantiene por debajo de 2023.

TABLA 35.COMPORTAMIENTO TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA. COLOMBIA 2022-2025

Departamento / Distrito	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografia			
	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia	6,78	7,24	8,68	10,96
08 - Atlántico	11,74	7,75	6,27	6,67

11 - Bogotá, D.C.	6,52	2,49	10,83	11,30
13 - Bolívar	0,40	10,62	11,85	10,92
15 - Boyacá	6,30	10,87	6,37	5,86
17 - Caldas	11,94	4,26	8,63	6,46
18 - Caquetá	11,53	6,16	8,54	9,13
19 - Cauca	7,34	6,18	5,45	6,29
20 - Cesar	9,15	10,82	5,77	5,32
23 - Córdoba	8,59	9,08	6,31	6,26
25 - Cundinamarca	5,79	12,16	11,56	11,48
27 - Chocó	13,33	6,82	5,87	8,70
41 - Huila	7,95	8,74	6,66	9,39
44 - La Guajira	3,49	19,38	3,40	3,53
47 - Magdalena	8,86	8,27	3,86	4,30
50 - Meta	11,92	5,80	8,38	8,95
52 - Nariño	5,41	10,18	4,66	3,82
54 - Norte de Santander	11,61	10,38	7,75	5,78
63 - Quindío	5,79	4,24	11,78	9,62
66 - Risaralda	3,84	4,70	7,32	6,88
68 - Santander	5,94	28,31	9,70	11,42
70 - Sucre	11,54	24,12	6,36	6,03
73 - Tolima	3,29	1,58	10,29	11,65
76 - Valle del Cauca	7,05	6,02	9,11	8,81
81 - Arauca	4,18	9,17	4,45	3,98
85 - Casanare	12,69	4,67	5,54	2,00
86 - Putumayo	10,97	3,69	6,79	3,22
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	13,08	2,72	10,06	11,32
91 - Amazonas	8,97	7,55	3,93	6,13
94 - Guainía	10,68	2,72	5,33	7,62
95 - Guaviare	11,22	4,98		3,86
97 - Vaupés	5,62	4,21	4,58	4,54
99 - Vichada	5,84	5,11	4,03	4,27
TOTAL PAÍS	10,46	10,20	8,82	9,13

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

1.5.8. Resultados de indicadores sobre la satisfacción del usuario

Dentro de los indicadores trazadores del Sistema de Información para la Calidad se encuentran la proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS y proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.

Con respecto a la proporción de usuarios que consideraron como “buena” o “muy buena” la atención en sus prestadores de servicios de salud, con corte al 2022 se observó una mayor proporción en departamentos como Vaupés (98,67%) y Huila (98,07%).

Para 2023 la proporción de usuarios que consideraron como buena” o “muy buena” la atención de los prestadores la mayor proporción estuvo nuevamente en Vaupés (99,8%), y en Boyacá y Quindío (98,07%).

Para 2025 el indicadore cerro en 96,54%, comportamiento similar a los últimos años (Ver tabla 35):

TABLA 36. PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS EN LA IPS. COLOMBIA 2022-2025

Departamento / Distrito	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS			
	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia	94,3	96,1	93,6	95,6
08 - Atlántico	97,6	94,1	97,1	97,8
11 - Bogotá, D.C.	94,4	96,6	94,1	94,2
13 - Bolívar	96,4	95,9	97,1	97,2
15 - Boyacá	97,0	98,0	96,1	96,3
17 - Caldas	97,2	94,4	98,0	98,0
18 - Caquetá	96,2	97,0	97,5	97,0
19 - Cauca	95,9	95,9	96,2	97,0
20 - Cesar	97,0	97,7	97,5	97,0
23 - Córdoba	97,0	96,3	96,2	96,7
25 - Cundinamarca	96,2	97,5	96,0	97,1
27 - Chocó	94,0	95,4	90,2	90,9
41 - Huila	98,0	97,8	98,1	98,8
44 - La Guajira	95,3	93,3	96,4	96,5
47 - Magdalena	94,8	96,2	96,6	95,2
50 - Meta	95,8	96,0	97,5	97,9
52 - Nariño	96,3	88,5	97,4	97,0
54 - Norte de Santander	98,0	94,9	98,1	98,0
63 - Quindío	96,5	98,0	97,0	98,2
66 - Risaralda	97,7	95,7	97,5	97,0
68 - Santander	97,1	96,1	97,0	97,8
70 - Sucre	96,8	96,1	96,2	94,7
73 - Tolima	97,7	96,1	97,5	97,9

76 - Valle del Cauca	96,4	97,5	96,9	97,3
81 - Arauca	93,4	94,1	96,2	96,5
85 - Casanare	96,7	96,9	96,9	98,3
86 - Putumayo	91,0	97,9	95,4	97,3
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	94,3	97,4	94,5	92,1
91 - Amazonas	95,4	96,6	98,7	98,8
94 - Guainía	82,7	97,6	85,2	91,7
95 - Guaviare	94,3	96,8	96,1	96,1
97 - Vaupés	98,7	99,8	96,4	99,7
99 - Vichada	93,0	87,1	97,2	92,0
TOTAL PAÍS	96,00	96,12	96,02	96,54

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

La proporción de **usuarios que recomendaría su IPS** para los años 2022 y 2023 estuvo sobre el 97%. para 2024 bajo el indicador a 95,37%, teniendo una mejora a 2025 con 97,52%.

TABLA 37. PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍA SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS. COLOMBIA 2022-2025

Departamento / Distrito	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos			
	2022	2023	2024	2025
05 - Antioquia	94,7	98,5	93,8	96,4
08 - Atlántico	98,8	95,1	98,0	98,5
11 - Bogotá, D.C.	95,2	98,5	95,4	95,4
13 - Bolívar	97,2	98,1	96,8	96,6
15 - Boyacá	97,2	98,3	97,6	97,9
17 - Caldas	98,1	95,4	98,8	98,8
18 - Caquetá	97,8	97,6	98,7	98,3
19 - Cauca	98,0	97,0	98,5	98,7
20 - Cesar	98,3	98,8	98,6	98,7
23 - Córdoba	98,7	97,8	98,2	97,6
25 - Cundinamarca	97,8	98,5	97,1	97,6
27 - Chocó	96,9	97,2	94,1	95,0
41 - Huila	98,9	98,7	99,0	99,2
44 - La Guajira	98,2	95,8	69,5	98,6
47 - Magdalena	98,1	97,9	97,9	97,9
50 - Meta	96,8	97,3	98,9	98,5

52 - Nariño	98,4	99,7	72,0	98,6
54 - Norte de Santander	98,8	98,4	99,2	99,2
63 - Quindío	97,7	99,1	98,1	98,9
66 - Risaralda	98,7	97,7	98,4	98,7
68 - Santander	98,2	98,3	98,3	98,5
70 - Sucre	98,1	98,0	98,3	97,3
73 - Tolima	98,3	98,5	87,2	98,3
76 - Valle del Cauca	97,8	99,1	97,5	98,1
81 - Arauca	97,7	96,6	98,9	98,7
85 - Casanare	98,4	98,4	98,8	95,8
86 - Putumayo	94,2	99,1	97,7	98,9
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	95,3	98,3	97,8	95,4
91 - Amazonas	98,2	98,5	98,9	100,0
94 - Guainía	96,0	98,0	77,0	95,3
95 - Guaviare	97,7	97,9	99,5	98,6
97 - Vaupés	99,5	99,8	99,3	99,9
99 - Vichada	98,2	98,1	97,5	97,5
TOTAL PAÍS	97,20	97,28	95,37	97,52

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

1.6. Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS por parte de los usuarios

La encuesta fue aplicada entre el 15 de septiembre y el 21 de diciembre de 2025, en las seis regiones del país. Se registró un contacto efectivo con 18.639. Los resultados han sido ajustados mediante factor de expansión, lo que permite que los datos representen las características de la población general y no únicamente las respuestas de las personas encuestadas. En la distribución total, el 24,8% de los participantes residen en la Región Central, seguidos por el 23,3% en la Región Caribe, el 15,5% en Bogotá, el 17,9% en la Región Oriental, el 15,7% en la Región Pacífica y el 2,8% en la Región Orinoquía-Amazonía.

Información, Empoderamiento y Corresponsabilidad del Usuario Carta de derechos y deberes

A nivel general, el 31,2% de los usuarios afirman haber recibido información por parte de su EPS sobre la carta de derechos y deberes, mientras que el 68,8% no ha sido informado. Esto sugiere que una gran mayoría de los usuarios desconoce este aspecto fundamental del sistema de salud, lo que podría impactar su experiencia y el ejercicio pleno de sus derechos como afiliados. En relación con las EPS, se encuentran los

mayores porcentajes de usuarios que han recibido esta información se encuentran afiliados a: Dusakawi EPSI, AnasWayuu EPSI, Compensar, Servicio Occidental de Salud SOS EPS y Comfenalco Valle, todas estas con un reporte superior al 44% de sus afiliados. En cuanto al uso, se encuentra que las principales EPS donde los usuarios informan en mayor medida haber usado esta información, no son necesariamente las mismas que más la difunden, los mayores porcentajes se encuentran en Anas Wayuu EPSI, Cajacopi, Coosalud y Mutua Ser (Ver tabla 38).

TABLA 38. DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS POR EPS QUE AFIRMAN HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES, Y PORCENTAJE DE USUARIOS QUE LA HAN USADO. ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS SERVICIOS DE LAS EPS, COLOMBIA 2025

EPS	Ha recibido información	Porcentaje	Ha usado la información	Porcentaje
COOSALUD EPS S	Si	30%	Si	78%
	No	70%	No	22%
NUEVA EPS	Si	29%	Si	48%
	No	71%	No	52%
MUTUAL SER	Si	21%	Si	70%
	No	79%	No	30%
SALUD MIA	Si	35%	Si	66%
	No	65%	No	34%
ALIANSA EPS	Si	40%	Si	35%
	No	60%	No	65%
SALUD TOTAL EPS S A	Si	34%	Si	47%
	No	66%	No	53%
EPS SANITAS	Si	40%	Si	43%
	No	60%	No	57%
EPS SURA	Si	32%	Si	48%
	No	68%	No	52%
FAMISANAR	Si	40%	Si	36%
	No	60%	No	64%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS	Si	47%	Si	62%
	No	53%	No	38%
COMFENALCO VALLE	Si	49%	Si	62%
	No	51%	No	38%
COMPENSAR EPS	Si	47%	Si	21%
	No	53%	No	79%
CAJACOPI ATLANTICO	Si	23%	Si	71%
	No	77%	No	29%
CAPRESOCA	Si	27%	Si	44%
	No	73%	No	56%
COMFACHOCO	Si	11%	Si	28%
	No	89%	No	72%

EPS	Ha recibido información	Porcentaje	Ha usado la información	Porcentaje
COMFAORIENTE	Si	12%	Si	45%
	No	88%	No	55%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	Si	18%	Si	45%
	No	82%	No	55%
ASMET SALUD	Si	16%	Si	46%
	No	84%	No	54%
EMSSANAR E S S	Si	30%	Si	67%
	No	70%	No	33%
CAPITAL SALUD EPS S	Si	29%	Si	33%
	No	71%	No	67%
SAVIA SALUD EPS	Si	7%	Si	52%
	No	93%	No	48%
DUSAKAWI EPSI	Si	46%	Si	69%
	No	54%	No	31%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI	Si	31%	Si	64%
	No	69%	No	36%
ANAS WAYUU EPSI	Si	44%	Si	77%
	No	56%	No	23%
MALLAMAS EPSI	Si	25%	Si	50%
	No	75%	No	50%
PIJAOS SALUD EPSI	Si	28%	Si	56%
	No	72%	No	44%
Total General	Si	31.2%	Si	49.3%
	No	68.8%	No	50.7%

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios 2025

En relación con la asistencia a la EPS para resolver sus problemas de salud, a nivel general, el 96% de las personas indicaron que lo hicieron en todas las ocasiones que lo necesitaron, mientras que el 4% reportó que no lo hizo. Entre las razones que informaron quienes no acudieron a su EPS, se reporta en primer lugar Muchos trámites para la cita (40%), Demora en la asignación de la cita (28%), el 22% consideraron que el caso era leve, en el 17% Llamó a pedir la cita y nunca le contestaron y el 12% le informaron que no había agenda.

GRÁFICO 21.DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS QUE NO ACCEDIERON AL SERVICIO DE SALUD A TRAVÉS DE SU EPS, SEGÚN MOTIVOS INFORMADOS. ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS SERVICIOS DE LAS EPS, COLOMBIA 2025



Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios 2025

Resultados de indicadores globales

Estos indicadores deben analizarse en conjunto con las demás variables establecidas en la encuesta, lo que permitirá una comprensión integral de la satisfacción general. Los resultados reflejan la percepción de los usuarios con respecto a su experiencia al momento de la atención en salud, sin embargo, al comparar la satisfacción con el indicador de acceso, se identifica que los resultados difieren, posiblemente debido a los procedimientos administrativos previos que deben surtir para recibir la atención.

Para 2025, el 10,47% de los usuarios manifestaron que su experiencia global con la atención fue “muy buena”, el 53,24% de los usuarios comentaron que su experiencia fue buena, mientras que el 5,27% manifestaron que su experiencia fue “mala”.

Al analizar por regiones, se encuentra que en la Orinoquía- Amazonía se reporta el mayor porcentaje de usuarios que califican el servicio como “ni bueno, ni malo” (44%), el 33% de la región central califica la satisfacción global “ni bueno ni malo”, situación similar a la reportada en Bogotá donde el 31% de los usuarios también comentan que el servicio recibido no fue “ni bueno ni malo”.

En relación con la valoración de satisfacción por entidades, se encuentra que 13 EPS (50%) se ubican por encima del valor nacional en el reporte de usuarios que informan que el servicio recibido fue bueno que fue del 53% y 12 EPS (46%) reportan este comportamiento en la valoración del servicio como muy bueno. El 53% (14) de las EPS del país reportan más del 5% de sus usuarios calificando el servicio como malo,

mientras que 27% de las EPS (7) presentan un reporte mayor al consolidado nacional para la valoración del servicio como muy malo.

TABLA 39. DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN SATISFACCIÓN GLOBAL Y EPS. ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS SERVICIOS DE LAS EPS, COLOMBIA 2025

EPS	Muy malo	Malo	Ni bueno ni malo	Bueno	Muy bueno
SALUD MIA	0%	0%	3%	74%	23%
DUSAKAWI EPSI	2%	1%	12%	74%	10%
COMFENALCO VALLE	2%	3%	16%	47%	31%
MUTUAL SER	0%	1%	18%	67%	14%
COOSALUD EPS S	6%	4%	19%	61%	10%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS	2%	5%	20%	47%	26%
ALIANSA SALUD EPS	2%	7%	24%	59%	9%
PIJAOS SALUD EPSI	1%	5%	24%	63%	7%
COMFAORIENTE	3%	2%	24%	46%	25%
COMPENSAR EPS	2%	6%	24%	61%	6%
EPS SURA	3%	3%	25%	50%	18%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	3%	3%	26%	63%	5%
SALUD TOTAL EPS S A	1%	3%	26%	56%	13%
EPS SANITAS	1%	3%	26%	55%	14%
CAJACOPI ATLANTICO	2%	6%	27%	57%	8%
MALLAMAS EPSI	1%	3%	27%	67%	2%
ANAS WAYUU EPSI	1%	3%	28%	58%	10%
Total nacional	3%	5%	28%	53%	10%
ASMET SALUD	6%	12%	32%	42%	8%
NUEVA EPS	3%	7%	32%	51%	6%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI	6%	15%	34%	38%	8%
EMSSANAR E S S	2%	5%	37%	46%	10%
FAMISANAR	1%	6%	37%	50%	6%
CAPRESOCA	2%	7%	38%	51%	3%
CAPITAL SALUD EPS S	1%	5%	40%	48%	5%
COMFACHOCO	2%	7%	43%	47%	1%
SAVIA SALUD EPS	2%	12%	45%	36%	5%

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios 2025

Resultado de usuarios que recomendarían su EPS a familiares y amigos

Con relación a la satisfacción, entendida como la posibilidad que informa cada usuario de recomendar su EPS a familiares y amigos, para el año 2025 se encontró que el 78.1% de los usuarios manifestaron hacerlo, mientras el 21.9% comentó que no la recomendaría.

TABLA 40. 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 2025

EPS	Si recomendaría	No recomendaría
SALUD MIA	98%	2%
EPS SURA	93%	7%
MUTUAL SER	93%	7%
COMFAORIENTE	89%	11%
DUSAKAWI EPSI	88%	12%
EPS SANITAS	86%	14%
SALUD TOTAL EPS S A	82%	18%
COOSALUD EPS S	82%	18%
COMFENALCO VALLE	81%	19%
FAMISANAR	79%	21%
TOTAL NACIONAL	78%	22%
ALIANSALUD EPS	78%	22%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS	77%	23%
PIJAOS SALUD EPSI	77%	23%
COMPENSAR EPS	76%	24%
MALLAMAS EPSI	76%	24%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	74%	26%
CAPITAL SALUD EPS S	73%	27%
EMSSANAR E S S	72%	28%
ANAS WAYUU EPSI	70%	30%
CAJACOPI ATLANTICO	70%	30%
NUEVA EPS	68%	32%
ASMET SALUD	66%	34%
CAPRESOCA	62%	38%
SAVIA SALUD EPS	62%	38%

COMFACHOCO	57%	43%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA-EPST	55%	45%

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios 2025

1.6.1. Ordenamiento (Ranking) por Desempeño de EPS

En el marco del cumplimiento de la sentencia T760 de 2008, se realiza la medición del ranking de EPS e IPS en el mes de abril⁵. Para el ranking de EPS se establecieron los siguientes criterios de medición para determinar aquellas entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud:

TABLA 41. CRITERIOS DE EVALUACIÓN ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS) - SENTENCIA T-760 DE 2008

Nombre inicial del Criterio	Definición inicial del criterio	Nombre ajustado del Criterio	Definición ajustada del criterio
Oportunidad en la prestación de servicios de salud a grupos de riesgo priorizados	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	Sin ajustes	Se refiere a que la persona pueda obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
Integralidad de la atención en salud de grupos de riesgo priorizados	Se entiende por integralidad que el paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de tal forma que los usuarios reciban toda la atención necesaria, sin que haya que acudir al ejercicio de acciones legales de manera reiterada y prolongada en el tiempo para tal efecto.	Pertinencia en la atención en salud a grupos de riesgos priorizados	Se entiende por pertinencia que la persona reciba los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación requeridos.
Inconformidad del usuario frente a la prestación del servicio de salud	Acciones presentadas por los usuarios donde se identifica la negación del servicio de salud.	Inconformidad del usuario frente a la restricción o insatisfacción en la prestación del servicio de salud o aspectos asociados a esta.	Se refiere a la expresión de la persona respecto a su descontento o insatisfacción en la prestación del servicio o tecnología en salud, a su negación o a aspectos asociados.

⁵ Tomado del documento elaborado por la Supersalud. Ranking EPS 2023

Fuente: Elaboración propia, Superintendencia Nacional de Salud

Se establecieron cinco categorías para el nivel de vulneración al derecho a la salud: ALTA, MEDIA ALTA, MEDIA, MEDIA BAJA y BAJA, de conformidad con las cuales se identificó la categoría de cada EPS en cada uno de los criterios. Para efectos de lectura de los resultados, se consideró que la categoría “ALTA” hace referencia al nivel de vulneración más alto establecido dentro de la metodología de medición y la categoría “BAJA” hace referencia al nivel de vulneración más bajo establecido dentro de la metodología de medición.

TABLA 42. CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE VULNERABILIDAD DIFERENCIADA POR CRITERIO. VIGENCIA 2024.

EPS	Oportunidad	Pertinencia	Inconformidad
ALIANSA SALUD	MEDIA	MEDIA BAJA	BAJA
ASMET SALUD	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA ALTA
CAJACOPI	MEDIA BAJA	ALTA	MEDIA BAJA
CAPITAL SALUD	ALTA	ALTA	ALTA
CAPRESOCA	ALTA	BAJA	ALTA
COMFACHOCÓ	BAJA	MEDIA ALTA	MEDIA
COMFAORIENTE	MEDIA ALTA	MEDIA ALTA	BAJA
COMFENALCO VALLE	BAJA	BAJA	ALTA
COMPENSAR	MEDIA ALTA	MEDIA	MEDIA ALTA
COOSALUD	MEDIA	ALTA	MEDIA
EMSSANAR	MEDIA	MEDIA ALTA	MEDIA ALTA
FAMILIAR DE COLOMBIA	BAJA	MEDIA BAJA	BAJA
FAMISANAR	ALTA	MEDIA	MEDIA
MUTUAL SER	MEDIA BAJA	BAJA	MEDIA BAJA
NUEVA EPS	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	MEDIA
SALUD MIA	MEDIA	BAJA	BAJA
SALUD TOTAL	MEDIA BAJA	ALTA	MEDIA BAJA
SANITAS	MEDIA BAJA	MEDIA BAJA	MEDIA
SAVIA SALUD	BAJA	MEDIA	ALTA
SOS	MEDIA ALTA	MEDIA	MEDIA ALTA
SURA	MEDIA	MEDIA	MEDIA BAJA

Fuente: Ranquin EPS Supersalud -Elaboración propia Superintendencia Nacional de Salud -Informe 2024

Posteriormente, para establecer una clasificación agregada (consolidada), se asignó a cada categoría una puntuación de la siguiente manera, de uno a cinco siendo uno el nivel más bajo de vulnerabilidad y cinco el nivel más alto de vulnerabilidad, con los siguientes niveles:

TABLA 43. CLASIFICACIÓN AGREGADA DEL NIVEL DE VULNERABILIDAD. VIGENCIA 2024.

EPS	Clasificación general
FAMILIAR DE COLOMBIA	BAJA
MUTUAL SER	BAJA
SALUD MIA	BAJA
ALIANSA SALUD	MEDIA BAJA
COMFENALCO VALLE	MEDIA BAJA
SANITAS	MEDIA BAJA
CAJACOPI	MEDIA
COMFACHOCÓ	MEDIA
COMFAORIENTE	MEDIA
NUEVA EPS	MEDIA
SALUD TOTAL	MEDIA
SAVIA SALUD	MEDIA
SURA	MEDIA
COMPENSAR	MEDIA ALTA
FAMISANAR	MEDIA ALTA
SOS	MEDIA ALTA
CAPRESOCA	MEDIA ALTA
COOSALUD	MEDIA ALTA
EMSSANAR	MEDIA ALTA
ASMET SALUD	ALTA
CAPITAL SALUD	ALTA

Fuente: Ranquin EPS Supersalud -Elaboración propia Superintendencia Nacional de Salud -Informe 2024

De acuerdo con la clasificación realizada para los primeros lugares por vulneración alta a la garantía del derecho a la salud se encuentran las EPS Famisanar y Capital salud, seguidas por Savia Salud, Coosalud, Comfaoriente y Comfachoco. Estas EPS se mantienen en la misma calificación del año anterior.

1.6.2. Ordenamiento (Ranking) por Desempeño de IPS

Para el ranking de IPS del año 2024⁶, se tomó un total de 10.912 IPS, que corresponde a 21.144 sedes, de acuerdo con la información reportada por el REPS, con corte al 31 de diciembre de 2024.

Para el análisis de 2024 se utilizó el método de Análisis por Envoltura de Datos (DEA: Data Envelopment Analysis), el cual es de carácter observacional y analiza la frontera

⁶ Tomado ranquin IPS-Ministerio de Salud, disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/ranking-ips.aspx>



de la máxima producción de cada sede de prestación de servicios de salud, para identificar las buenas prácticas sanitarias y valorar el desempeño de cada sede

Una sede de prestación de servicios de salud es eficiente cuando tiene un óptimo uso de sus recursos (camas, talento humano, etc.) con una máxima producción; serán ineficientes las sedes de prestación de servicios de salud que con los mismos recursos obtengan menor nivel de producción.

Por lo anterior, por ser un método lineal no paramétrico se realiza un análisis de clúster para definir las sedes semejantes entre ellas, que permita homogeneizar las unidades de análisis y correr el método DEA.

Este análisis en la producción tiene indicadores como el resultado de la mortalidad, por tanto, entre menos casos mejor es el resultado; se analiza en contraposición al indicador, como unidades eficientes las que menos casos de mortalidad tengan.

Una vez se realizó el análisis de las iteraciones de los indicadores se determinaron 3 cluster

1. Cluster 2: IPS con servicios de baja complejidad
2. Cluster 5: IPS con servicios de mediana complejidad
3. Cluster 3: IPS con servicios de alta complejidad

Para efectos de consulta del detalle de las IPS por clúster se encuentran disponibles los anexos del ranking IPS 2024 en <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/ranking-ips.aspx>

1. Eficiencia técnica de IPS con servicios de baja complejidad respecto de los indicadores de prácticas vulneratorias del derecho a la salud

Al analizar la eficiencia técnica de las 9.725 IPS con servicios de baja complejidad, se observa en 8.602 IPS una eficiencia técnica global del 100% con rendimientos crecientes o constantes, es decir, tienen un buen uso de los recursos con resultados positivos en salud. En las 1.123 IPS restantes la eficiencia técnica global está por debajo de 100% con un grado de ineficiencia técnica en escala mayor a 1 y rendimientos constantes o decrecientes, mostrando el uso no adecuado de los recursos lo cual se refleja en la gestión y los resultados en salud.

En este contexto, en relación con la clasificación de prácticas vulneratorias del derecho a la salud, se evidencia lo siguiente (ver Anexo 4. IPS con servicios de baja complejidad):

TABLA 44. CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD POR IPS CON SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD

CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN		Número IPS	IPS
Alarma "Rojo"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100%, ii) rendimientos decrecientes; estos resultados generan indicadores de salud deficientes.	970	En el anexo 4 de IPS con servicios de baja complejidad "Clúster 2", estas se identifican con color rojo.
Crítico "Naranja"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100% y, ii) rendimientos constantes; estos resultados evidencian riesgo respecto al mantenimiento de los indicadores de salud.	153	En anexo 4 de IPS con servicios de baja complejidad "Clúster 2" se identifican con color naranja.
Aceptable "Amarillo"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos constantes; IPS que alcanzan equilibrio entre la gestión de recursos y el mantenimiento de indicadores en salud.	8.595	En anexo 4 IPS con servicios de baja complejidad "Clúster 2" se identifican con color amarillo.
Sin vulneración "Verde"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos crecientes; IPS que logran la gestión óptima de recursos y resultados en salud positivos. No tienen prácticas vulneratorias del derecho a la salud.	7	En anexo 4 IPS de con servicios de baja complejidad "Clúster 2" se identifican con color verde.
Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo corte 31 diciembre 2024			

2. Eficiencia técnica de IPS con servicios de mediana complejidad respecto de los indicadores de prácticas vulneratorias del derecho a la salud

Al analizar la eficiencia técnica de las 1030 IPS con servicios de mediana complejidad, se observa en 999 IPS tienen una eficiencia técnica global del 100% y rendimientos crecientes o constantes, es decir, tienen un buen uso de los recursos con resultados positivos en salud. En las 31 IPS restantes la eficiencia técnica global está por debajo de 100% con grado de ineficiencia técnica en escala mayor a 1 y rendimientos constantes y decrecientes, mostrando el uso no adecuado de los recursos lo cual se refleja en la gestión y los resultados en salud.

En este contexto, en relación con la clasificación de prácticas vulneratorias del derecho a la salud, se evidencia lo siguiente (ver Anexo 5. *IPS con servicios de mediana complejidad*):

TABLA 45. CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD POR IPS CON SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD

CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN		Número IPS	IPS
Alarma "Rojo"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100%, ii) rendimientos decrecientes; estos resultados generan indicadores de salud deficientes.	9	En anexo 5 IPS de con servicios de mediana complejidad "Clúster 5" se identifican con color rojo.
Crítico "Naranja"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100% y, ii) rendimientos constantes; estos resultados evidencian riesgo respecto al mantenimiento de los indicadores de salud.	22	En anexo 5 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color naranja.
Aceptable "Amarillo"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos constantes; IPS que alcanzan equilibrio entre la gestión de recursos y el mantenimiento de indicadores en salud.	994	En anexo 5 IPS de con servicios de mediana complejidad "Clúster 5" se identifican con color amarillo.
Sin vulneración "Verde"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos crecientes; IPS que logran la gestión óptima de recursos y resultados en salud positivos. No tienen prácticas vulneratorias del derecho a la salud.	5	En anexo 5 IPS de con servicios de mediana complejidad "Clúster 5" se identifican con color verde.

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo corte 31 diciembre 2024

3. Eficiencia técnica de IPS con servicios de alta complejidad respecto a los indicadores de prácticas vulneratorias del derecho a la salud

Al analizar la eficiencia técnica de las 157 IPS con servicios de alta complejidad, de las cuales 137 IPS tienen una eficiencia técnica global del 100% y rendimientos crecientes o constantes, es decir, tienen un buen uso de los recursos con resultados positivos en salud. En las 20 IPS restantes, la eficiencia técnica global está por debajo de 100% con grado de ineficiencia técnica en escala mayor a 1 y rendimientos constantes y decrecientes, mostrando el uso no adecuado de los recursos lo cual se refleja en la gestión y los resultados en salud.

En este contexto, en relación con la clasificación de prácticas vulneratorias del derecho a la salud, se evidencia lo siguiente (ver Anexo 6. *IPS con servicios de alta complejidad*):

TABLA 46. CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD POR IPS CON SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN		NÚMERO IPS	IPS
Alarma "Rojo"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100%, ii) rendimientos decrecientes; estos resultados generan indicadores de salud deficientes.	20	En anexo 6 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color rojo.
Crítico "Naranja"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100% y, ii) rendimientos constantes; estos resultados evidencian riesgo respecto al mantenimiento de los indicadores de salud.	0	En anexo 6 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color naranja.
Aceptable "Amarillo"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos constantes; IPS que alcanzan equilibrio entre la gestión de recursos y el mantenimiento de indicadores en salud.	134	En anexo 6 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color amarillo.
Sin vulneración "Verde"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos crecientes; IPS que logran la gestión óptima de recursos y resultados en salud positivos. No tienen prácticas vulneratorias del derecho a la salud.	3	En anexo 6 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color verde.

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo corte 31 diciembre 2024

En el análisis de eficiencia técnica, por naturaleza jurídica de la IPS; se evidencio, de acuerdo con la clasificación de vulnerabilidad a los derechos de salud lo siguiente:

IPS Públicas

- En las 490 IPS con servicios de baja complejidad, el 9% (44 IPS) se encuentra en la categoría de "alarma"; 1,8% (9 IPS) se encuentra en la categoría "crítico" y 90% (437 IPS) se encuentra en la categoría "aceptable" y "sin vulneración".
- En las 478 IPS con servicios de mediana complejidad, el 1% (5 IPS) se encuentra en la categoría de "alarma", 0,6% (3 IPS) se encuentra en la categoría "crítico" y el 98% (470 IPS) se encuentra en la categoría "aceptable" y "sin vulneración".
- En las 31 IPS con servicios de alta complejidad, el 13% (4 IPS) se encuentra en la categoría de "alarma" y el 87% (27 IPS) se encuentra en la categoría "aceptable" y "sin vulneración".

IPS Privadas

- En las 9.222 IPS con servicios de baja complejidad, el 10% (924 IPS) se encuentra en la categoría de “alarma”; 1,6% (144 IPS) se encuentra en la categoría “crítico” y el 88% (8.154 IPS) se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- En las 550 IPS con servicios de mediana complejidad, el 0,7% (4 IPS) se encuentra en la categoría de “alarma”, el 3,5% (19 IPS) se encuentra en la categoría “crítico” y el 96% (527 IPS) se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- En las 124 IPS con servicios de alta complejidad, el 12% (15 IPS) se encuentra en la categoría de “alarma” y el 87,9% (109 IPS) se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- Las IPS restantes, son de naturaleza mixta, de las cuales 13 IPS cuentan con servicios de baja complejidad, 2 IPS con servicios de mediana complejidad y 2 IPS con servicios de alta complejidad.

Los resultados obtenidos permiten identificar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas en Colombia, que registran mayor vulneración al goce efectivo del derecho a la salud en la vigencia 2024, proporcionando información a los/as usuarios/as para el ejercicio de sus derechos; identifica patrones o áreas críticas que afectan el goce efectivo y genera insumos para las acciones preventivas y correctivas en materia de políticas de salud a nivel nacional y territorial.