



# INFORME DE TUTELAS POR VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

---

Cumplimiento de la orden trigésima  
Sentencia T-760 de 2008

Oficina de Calidad  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Abril de 2026

## Tabla de contenido

|   |     |
|---|-----|
| INFORME DE TUTELAS POR VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD .....   | 1   |
| CONTEXTO.....   | 10  |
| INTRODUCCIÓN .....  | 13  |
| METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE TUTELAS .....  | 15  |
| 1.1. BASE NACIONAL DE LAS TUTELAS EN SALUD SUMINISTRADA POR LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL .....                     | 17  |
| 1.2. Muestra de expedientes 2025 .....  | 22  |
| 1.3. Circular Externa 001 de 2025 (base autónoma).....  | 25  |
| DESARROLLO TEMÁTICO ANÁLISIS DE TUTELAS .....   | 30  |
| 2.1 INFORMACIÓN .....   | 30  |
| 2.1.1 Descripción de las Fuentes para el Análisis de las Tutelas para la Protección del Derecho a la Salud .....        | 30  |
| 2.1.2 Comparabilidad de las Fuentes para el Análisis de las Tutelas para la Protección del Derecho a la Salud.....      | 32  |
| 2.1.3 Comparación entre la Circular 001 de 2025 y la Base Nacional de Tutelas en Salud de la Corte Constitucional ..... | 40  |
| 2.2 A TRAVÉS DEL TIEMPO.....  | 45  |
| 2.2.1 Caracterización sociodemográfica de las personas que interpusieron las tutelas .....                              | 50  |
| 2.2.2 Caracterización territorial de las tutelas .....  | 64  |
| 2.2.3 Caracterización de la condición de salud de las personas que interpusieron las tutelas.....                       | 68  |
| 2.3. CARACTERIZACIÓN DE LAS TUTELAS .....   | 72  |
| 2.3.1 Caracterización de los actores que intervienen en la acción de tutela .....                                       | 73  |
| 2.3.2 Caracterización de la Acción de Tutela en Salud.....  | 76  |
| 2.3.3 Caracterización de los problemas jurídicos de las tutelas por vulneración del derecho a la salud .....            | 79  |
| 2.3.4 Caracterización de las Causas de las Tutelas .....  | 83  |
| 2.3.5 Caracterización de las Pretensiones de las Tutelas .....  | 85  |
| 2.3.6 Análisis de las Acciones de Tutela en Primera, Segunda Instancia y Desacato .....                                 | 88  |
| 2.4. CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA A LOS PROBLEMAS JURÍDICOS PRESENTADOS EN LAS ACCIONES DE TUTELA .....              | 94  |
| 2.4.1 Medidas Adoptadas Para Mitigar Las Causas De Las Tutelas Según La Agrupación De Los Problemas Jurídicos .....     | 94  |
| 3.1 FUNDAMENTOS DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD (GEDS).....  | 138 |
| 3.1.1 El concepto del derecho a la salud y su goce efectivo .....   | 138 |
| 3.1.2 Elementos del derecho.....  | 140 |
| 3.2 METODOLOGÍA PARA MEDIR EL GEDS .....  | 143 |
| 3.2.1 Variables, categorías e indicadores para medir el GEDS.....   | 143 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 3.2.2 | Criterios para la selección de los indicadores para medir el GEDS .....   | 147 |
| 3.2.3 | Fuentes de datos e información .....  | 147 |
| 3.3   | METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD.....  | 149 |
| 3.4.  | RESULTADOS DE INDICADORES DEL GEDS POR ELEMENTO Y CATEGORÍA .....   | 155 |
| 3.4.1 | Disponibilidad.....   | 155 |
| 3.4.2 | Aceptabilidad.....  | 179 |
| 3.4.3 | Accesibilidad.....  | 184 |
| 3.4.4 | Calidad.....  | 230 |
|       | METODOLOGÍA PARA IDENTIFICAR Y ANALIZAR LAS FALLAS ESTRUCTURALES, FINANCIERAS Y FUNCIONALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)..... | 247 |
| 4.1   | OBJETIVOS.....  | 248 |
| 4.1.1 | Objetivo general .....  | 248 |
| 4.1.2 | Objetivos Específicos .....   | 248 |
| 4.2   | CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LAS FALLAS DEL SGSSS .....  | 248 |
| 4.2.1 | ¿Qué es una falla dentro de un sistema de salud? .....  | 249 |
| 4.3   | FUNDAMENTOS DE LA METODOLOGÍA .....   | 252 |
| 4.3.1 | Metodología para medir el desempeño de sistemas de salud.....   | 252 |
| 4.3.2 | Propuesta de la Organización Panamericana de la Salud.....  | 252 |
| 4.3.3 | Metodología para la Medición .....  | 260 |
|       | CONCLUSIONES Y HALLAZGOS DEL INFORME.....   | 251 |
| 5.1   | HALLAZGOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS ACCIONES DE TUTELA.....   | 276 |
| 5.1.1 | La oportunidad como eje central de la judicialización.....  | 276 |
| 5.1.2 | Perfil de las personas que recurren a la tutela .....   | 277 |
| 5.1.3 | Comportamiento de segunda instancia y desacato .....  | 277 |
| 5.2   | GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD: AVANCES CON BRECHAS POR CERRAR.....   | 278 |
| 5.3   | FALLAS DEL SISTEMA: UN NUEVO INSTRUMENTO PARA ENTENDER EL SGSSS   | 279 |
|       | BIBLIOGRAFÍA.....   | 281 |

## Índice de Tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Categorías de análisis de las tutelas 2025. ....   | 19 |
| Tabla 2. Entidades accionadas en materia del derecho a la salud, pertenecientes al SGSSS en el año 2025.....                              | 21 |
| Tabla 3. Entidades accionadas en materia del derecho a la salud, no pertenecientes al SGSSS en el año 2025.....                           | 21 |
| Tabla 4. Distribución de Tutelas por actores del sistema.....   | 29 |
| Tabla 5. Detalle de fuentes de información.....   | 31 |
| Tabla 6. Tendencia histórica de las tutelas en salud 2000- 2025. ....   | 46 |
| Tabla 7. Comportamiento de las acciones de tutelas de acuerdo con las personas atendidas por año, Colombia, 2015 al 2025 .....            | 48 |
| Tabla 8. Tasa de Tutelas por cada 1.000 atenciones en salud. ....   | 49 |
| Tabla 9. Distribución por curso de vida de las personas beneficiarias de las tutelas. 2025 .....  | 51 |
| Tabla 10. Distribución de las personas beneficiarias de las tutelas por curso de vida y sexo, 2025 .....                                  | 52 |
| Tabla 11. Distribución de las personas beneficiarias de las tutelas por pertenencia étnica. 2024-2025 .....                               | 53 |
| Tabla 12. Distribución personas beneficiarias de las tutelas de las comunidades étnicas por departamento. 2025 .....                      | 54 |
| Tabla 13. Distribución por poblaciones especiales. 2025.....  | 56 |
| Tabla 14. Distribución del total de personas que interpusieron tutelas, por régimen de afiliación al SGSSS. ....                          | 58 |
| Tabla 15. Distribución y tasa de tutelas por cada 10.000 atenciones y 1.000 afiliados, 2025.....  | 59 |
| Tabla 16. Distribución porcentual de Beneficiarios de tutelas, según grupo de SISBEN, 2025.....   | 62 |
| Tabla 17. Número de tutelas y tasa de tutelas por Departamento por cada 1.000 habitantes. Colombia 2025.....                              | 65 |
| Tabla 18. Distribución de personas beneficiarias de las tutelas por Departamento y régimen de afiliación, 2025 .....                      | 67 |
| Tabla 19. Distribución porcentual por diagnósticos principales reportados en las tutelas, 2025.....                                       | 70 |
| Tabla 20. Tutelas de enfermedades huérfanas agrupadas por sistemas, Colombia 2025. ....   | 72 |
| Tabla 21. Porcentaje de tutelas interpuesta a los diferentes actores del SGSSS. ....  | 74 |
| Tabla 22. Distribución de problemas jurídicos, causas y pretensiones de las tutelas interpuestas a los diferentes actores del SGSSS. .... | 74 |
| Tabla 23. Distribución acciones de tutela por cada accionante .....   | 78 |

|   |      |
|---|------|
| Tabla 24. Distribución porcentual de los problemas jurídicos de las acciones de tutela interpuestas a las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2025..... | 81   |
| Tabla 25. Distribución porcentual de las pretensiones reportadas por las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2025 .....                                 | 85   |
| Tabla 26. Relación de fallos de tutelas de primera instancia con su decisión. ....  | 89   |
| Tabla 27. Acciones de tutela en segunda instancia.....  | 91   |
| Tabla 28. Relación de incidentes de desacato interpuestos. ....   | 93   |
| Tabla 29 Categorías e indicadores del GEDS — 2025 .....   | 144  |
| Tabla 30 Fuentes de los indicadores del GEDS.....   | 147  |
| Tabla 31. Proporción de municipios con completitud de los servicios del nivel primario por departamento durante el quinquenio .....                           | 158  |
| Tabla 32. Cantidad de municipios según umbral .....   | 159  |
| Tabla 33. Disponibilidad de centros y puestos de salud 2021-2025 .....  | 161  |
| Tabla 34. Distribución en departamentos por umbral centros y puestos de salud 2025 .....  | 162  |
| Tabla 35. Densidad de centros y puestos de salud por 1.000 habitantes por departamento .....  | 163  |
| Tabla 36. Distribución en municipios por umbral centros y puestos de salud 2025 ....  | 165  |
| Tabla 37. Distribución de oferta entre la zona urbana y rural. Colombia 2021-2025..   | 167  |
| Tabla 38. Distribución de oferta entre la zona urbana y rural 2021-2025 .....   | 168  |
| Tabla 39. Distribución en municipios evaluados por umbral centros y puestos de salud 2025.....  | 169  |
| Tabla 40. Densidad de talento humano por especialidad y año 2021-2025.....  | 171  |
| Tabla 41. Densidad de talento humano de enfermería y año 2021-2025.....   | 173  |
| Tabla 42. Densidad de talento humano de medicina y año 2021-2025.....   | 176  |
| Tabla 43. Comportamiento nacional como lo involucra su médico en la toma de decisiones .....  | 179  |
| Tabla 44. Comparación por EPS – desempeño 2021 2025 EPS con mejor desempeño sostenido.....  | 180  |
| Tabla 45. Comparativo por EPS (2021–2025) Indicador: Le dedica suficiente tiempo  | 181  |
| Tabla 46. Mejores departamentos/ Indicador: tiempo suficiente dedicado por el médico (Casi siempre + Siempre, %).....   | 181  |
| Tabla 47. Indicador nacional: tiempo suficiente dedicado por el médico (Casi siempre + Siempre, %).....   | 182  |
| Tabla 48. Comparativo 2025 por regiones, le dedica suficiente tiempo (Casi siempre + Siempre, %).....   | 183  |
| Tabla 49. Factores determinantes del valor de acceso al servicio prestacional del CPN y porcentaje de aceptación .....  | 191  |
| Tabla 50. Rangos de alerta de derecho efectivo a la salud .....   | 1923 |
| Tabla 51. Proporción de gestantes con 4 o más controles prenatales. Colombia 2021-2025.....   | 193  |
| Tabla 52. Porcentaje de gestantes con 4 a o más controles prenatales según departamento. Colombia, 2021-2025.....   | 195  |

|   |       |
|---|-------|
| Tabla 53. Porcentaje de gestantes con 4 a o más controles prenatales, según EAPB. Colombia, 2021-2025 .....                       | 1978  |
| Tabla 54. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes de la semana 12).....                         | 2034  |
| Tabla 55. Proporción de gestantes con tamizaje para VIH, Sífilis y Hepatitis B.....   | 2045  |
| Tabla 56. Valoración integral en salud por cada momento de curso de vida .....  | 2056  |
| Tabla 57. Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino .....                                  | 2067  |
| Tabla 58. Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama .....  | 207   |
| Tabla 59. Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje para cáncer de próstata .....                                     | 199   |
| Tabla 60. Comportamiento de indicadores de acceso a servicios de salud, Colombia 2021-2025 y variación interanual 2024-2025 ..... | 2090  |
| Tabla 61. Resultado indicador por umbral .....  | 2101  |
| Tabla 62. Umbral nacional interanual.....   | 2123  |
| Tabla 63. Datos a nivel nacional.....   | 2145  |
| Tabla 64. Distribución de municipios por umbral.....  | 2166  |
| Tabla 65. Umbral por municipios.....  | 21808 |
| Tabla 66. Resultado del indicador con umbral nacional.....  | 2211  |
| Tabla 67. Índice compuesto de capacidad instalada 2021 - 2025 .....   | 2233  |
| Tabla 68. Recursos del PGN que fueron dispuestos para financiar el Aseguramiento en Salud del 2021 al 2025 .....                  | 22717 |
| Tabla 69. Tasa de tutelas en salud por 1.000 afiliados, Colombia 2021-2025 .....  | 22717 |
| Tabla 70. Tutelas por 1.000 afiliados por departamento 2024-2025 .....  | 22919 |
| Tabla 71. Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición aguda notificados al SIVIGILA recuperados 2024-2025 .....    | 2332  |
| Tabla 72. Promedio de calificación (%) Bueno y Muy Bueno en la satisfacción por EPS (primeras 10 EPS).....                        | 2355  |
| Tabla 73. Promedio de calificación Bueno y Muy Bueno en la satisfacción por Departamento.....                                     | 2365  |
| Tabla 74. Promedio de calificación Bueno y Muy Bueno en la satisfacción global por Región 2025 .....                              | 2376  |
| Tabla 75. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Colombia 2021-2025 .....                      | 23827 |
| Tabla 76. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General. Colombia 2021-2025 .....                   | 23929 |
| Tabla 77. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita obstetricia. Colombia 2021- 2025 .....          | 2410  |
| Tabla 78. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita pediatría. Colombia 2021-2025 .....             | 2421  |
| Tabla 79. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna. Colombia 2021-2025 .....   | 2433  |



|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Tabla 80. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general. Colombia 2021-2025.....          | 2444                                  |
| Tabla 81. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias 2021-2025..... | 2455                                  |
| Tabla 82. Funciones básicas de un sistema de salud, sub-funciones y área de evaluación .....   | <b>iError! Marcador no definido.6</b> |
| Tabla 83. Aspectos para tener en cuenta en el análisis.....  | 2621                                  |
| Tabla 84. Indicadores para la identificación de fallas estructurales.....  | 252                                   |
| Tabla 85. Indicadores para la identificación de fallas financieras.....  | 255                                   |
| Tabla 86. Indicadores para la identificación de fallas funcionales.....  | 256                                   |

## Índice de Gráficas

|   |       |
|---|-------|
| Gráfica 1. Distribución porcentual de las tutelas año 2025 por mes de radicación, relación muestra de Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2025 - Circular 001. ....                          | 332   |
| Gráfica 2. Distribución porcentual de las tutelas del año 2025 por sexo de la persona que radicó la tutela, relación muestra de Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 - Circular 001..... | 343   |
| Gráfica 3. Distribución porcentual de las tutelas por departamento, relación muestra de Corte Constitucional 2025 Vs base de datos 2025 - Circular 001. ....  | 354   |
| Gráfica 4 Distribución porcentual de las tutelas del año 2025 por régimen de salud del afiliado, relación muestra de Corte Constitucional 2025 Vs base de datos 2025 - Circular 001.....            | 376   |
| Gráfica 5. Distribución porcentual de las tutelas del año 2025 EPS del afiliado, relación muestra de Corte Constitucional 2025 Vs base de datos 2025 - Circular 001. ....                           | 387   |
| Gráfica 6. Comportamiento de las acciones de tutelas por año, Colombia, 2000 al 2025 .....  | 476   |
| Gráfica 7. Distribución de Tutelas únicas y personas entre los actores del SGSSS. ....  | 743   |
| Gráfica 8. Caracterización de la tutela en salud. ....  | 764   |
| Gráfica 9. Comparativo de la caracterización de las tutelas 2024-2025.....  | 775   |
| Gráfica 10. Distribución de Acciones de Tutela por mes 2024-2025.....   | 776   |
| Gráfica 11. Variación en la participación de los problemas jurídicos entre los años 2024-2025.....  | 831   |
| Gráfica 12. Distribución porcentual de las principales causas por problemas jurídicos. ....   | 842   |
| Gráfica 13. Distribución de las pretensiones presentadas. Colombia 2025.....  | 875   |
| Gráfica 14. Departamentos por umbral, Colombia 2025 (n=33).....   | 1571  |
| Gráfica 15. Municipios por umbral, Colombia 2025 (n=1.120) .....  | 1604  |
| Gráfica 16 Tendencia nacional 2021-2025.....  | 1626  |
| Gráfica 17 Departamentos por umbral, Colombia 2025 (n=33).....  | 1648  |
| Gráfica 18 Municipios por umbral, Colombia 2025 (n=1.084) .....   | 1659  |
| Gráfica 19. Tendencia nacional 2021-2025 .....  | 1671  |
| Gráfica 20. Departamentos por umbral, Colombia 2025 (n=33).....   | 1682  |
| Gráfica 21. Municipios por umbral, Colombia 2025 (n=1.084) .....  | 1704  |
| Gráfica 22. Mapa coroplético densidad profesionales en enfermería .....   | 1758  |
| Gráfica 23. Mapa coroplético densidad profesionales de medicina .....   | 1781  |
| Gráfica 24. Comportamiento histórico de la afiliación por régimen, 1995- 2025 ...   | 18880 |
| Gráfica 25. Cobertura de Aseguramiento en Salud a corte del mes de diciembre (2021-2024).....   | 1881  |
| Gráfica 26. Cobertura de Aseguramiento en Salud a corte del mes de diciembre (2024-2025).....   | 1891  |
| Gráfica 27. Porcentaje de variación interanual del indicador de Proporción de gestantes con 4 a o más CPN. Colombia, 2021-2025.....   | 1936  |

|   |       |
|---|-------|
| Gráfica 28. Variación razón de mortalidad materna, Colombia 2021-2025 .....   | 2024  |
| Gráfica 29. Razón de mortalidad materna 42 días y porcentaje de gestantes que acceden a 4 o más controles prenatales, Colombia 2021-2025..... | 2035  |
| Gráfica 30. Tendencia Indicadores GEDS 2021 - 2025 .....  | 2102  |
| Gráfica 31. Brecha: Resultado V.S Umbral (%) 2025 .....   | 2113  |
| Gráfica 32. Municipios por umbral de accesibilidad, Colombia 2024 (n=1.121).....  | 2178  |
| Gráfica 33. Municipios por umbral de acceso hospitalario, Colombia 2024 (n=1.121) .....   | 2180  |
| Gráfica 34. Tendencia nacional ICC 2022-2025 .....  | 2223  |
| Gráfica 35. Departamentos por umbral ICC, Colombia 2025 (n=33) .....  | 2223  |
| Gráfica 36. ICC por departamento, Colombia 2025.....  | 2245  |
| Gráfica 37. Tasa de tutelas en salud por 1.000 afiliados, por EPS, Colombia 2025  | 22819 |
| Gráfica 38. Experiencia global 2021-2025 – Datos nación desagregado por Bueno/Muy Bueno .....   | 2345  |
| Gráfica 39. Experiencia global 2021-2025 – Datos nación .....   | 2355  |
| Gráfica 40. Visión general del marco de desempeño de los sistemas de salud. ....  | 2544  |
| Gráfica 41. Relación entre los tipos de fallas del SGSSS y las funciones básicas de un sistema de salud propuestas por la OPS .....           | 2566  |

## CONTEXTO

---

Con el fin de conocer el número de tutelas que versan sobre los problemas jurídicos de la Sentencia T-760 de 2008 e identificar si persisten las problemáticas estructurales y funcionales advertidas en materia de salud, la Honorable Corte Constitucional emitió la Orden trigésima (30) dirigida al Ministerio de Salud y Protección Social, buscando *"evaluar la efectividad de la regulación en salud, pues si las decisiones de política pública responden adecuadamente a las necesidades de los usuarios, es previsible una disminución de tutelas; de lo contrario, los reclamos ante la jurisdicción constitucional se incrementarán"*.

La Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008 ha tenido diversas valoraciones a lo largo de los años por parte de la Sala Especial de Seguimiento, quien ha formulado una serie de recomendaciones en busca de la mejora en posteriores informes, a saber:

Auto 590 de 2016. Declaró nivel de cumplimiento bajo. Consideró que no existía una política de gestión al interior del MSPS que se orientara a consolidar instrumentos para construir los informes de medición de las acciones de tutela y determinar su comportamiento respecto de problemas jurídicos identificados en la sentencia. Ello hacía inviable la elaboración de indicadores de goce efectivo del derecho para evaluar la gestión de los actores del sistema y permitir la disminución en la presentación de las tutelas.

Auto 077A de 2020. Declaró nivel de cumplimiento medio ya que, a pesar del avance en el análisis de los problemas jurídicos, algunos continuaron sin ser estudiados. Además, se determinó que los indicadores de goce efectivo del derecho creados para evaluar la gestión de los actores del sistema seguían incompletos.

Auto 440 de 2021. Declaró nivel de cumplimiento medio, pues si bien disminuyeron las tutelas presentadas respecto de 2019, (i) no se remitió información de cuatro meses para el año 2020; (ii) se dejó de reportar información respecto de dos problemas jurídicos;

(iii) no se crearon nuevas baterías de indicadores, no se incluyeron los determinantes sociales ni se implementaron en otros actores del sistema y; (iv) no se creó el mecanismo de participación para la publicidad de los informes de acuerdo con lo ordenado en el Auto 590 de 2016 y reiterado en el 077A de 2020.

Auto 1680 de 2022. Declaró nivel de cumplimiento medio, teniendo en consideración que (i) se avanzó en la consecución de una base de datos autónoma; (ii) se presentó el 94,1% de la caracterización solicitada; (iii) no se remitió información sobre la identificación de las fallas estructurales, funcionales y financieras; (iv) solo se abordó el 44% de los problemas jurídicos y (v) se pusieron en marcha 30 indicadores en salud.

Auto 1280 de 2025. Declaró nivel de cumplimiento bajo y reiteró al Ministerio de Salud y Protección Social (i) en los próximos informes, mantener la medición desde todos los problemas jurídicos analizados en la Sentencia T-760 de 2008 y en el Auto 590 de 2016; (ii) reportar en los siguientes informes anuales de medición, los datos que respecto a los municipios obtenga; (iii) requerir a Minsalud para que remita un informe de la metodología que implementará para identificar las fallas estructurales, funcionales y financieras de cara a todos los actores del sistema; (iv) en los próximos informes, implementar la batería de indicadores que evalúen el Goce Efectivo del Derecho a la Salud -GED- en el que se incluyan los determinantes sociales aplicables a las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- y Entidades Territoriales -ET- y, en general, a todos los actores del sistema; (v) en los próximos informes, implementar el mecanismo participativo para dar publicidad a los informes presentados con la medición de las acciones de amparo.

Por todo lo anterior, para este Informe de Tutelas por Vulneración del Derecho a la Salud correspondiente al año 2025, se tuvieron en consideración las instrucciones de la Honorable Corte Constitucional en la materia, con el propósito



principal de fortalecer progresivamente la calidad, cobertura y representatividad de la información recolectada.

## INTRODUCCIÓN

---

En 2008, la Honorable Corte Constitucional impartió en la Sentencia T-760 el siguiente mandato:

***"Trigésimo.- Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1º de febrero de 2009."*** Conforme a lo estipulado por la Honorable Corte Constitucional referente a los Informes de Tutelas según la Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social ha analizado las peticiones que, mediante este mecanismo, se han presentado en el marco de la protección del derecho a la salud.

Es así como la HCC declaró mediante Auto 590 de 2016 que el Informe que recogía la información relacionada con las tutelas interpuestas para la protección del derecho a la salud antes del 2015, tenía un nivel de cumplimiento bajo y ordenó a la cartera de salud conformar una base de datos autónoma, precisa y eficaz a partir del año 2016 para obtener información de una fuente adicional a las acciones de tutela radicadas en esta Corporación. Orden reiterada en los Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022. No obstante, en el Auto 1280 de 2025 la HCC reconoce que, particularmente, en el Informe de 2024 "Minsalud mostró un compromiso para conformar una base de datos propia. Tanto así que en el informe la autoridad obligada quiso comprobar si las nuevas fuentes cumplían criterios de representatividad y completitud".

Por lo anterior, en este Informe de Tutelas por Vulneración del Derecho a la Salud -2025- se analizan la totalidad de problemas jurídicos dispuestos en la Sentencia T-760 de 2008 y se describe como metodología base la Circular Externa 001 de 2025, que constituye el marco normativo vigente para el reporte de tutelas en salud, manteniendo con ello el compromiso de revisar y actualizar anualmente los lineamientos del reporte. Y para el análisis de tendencia, se utilizó como insumo la base de datos de tutelas en salud correspondiente a 2025, remitida



por la HCC, la cual, al constituirse como el universo de tutelas, fue empleada para la selección de la muestra de expedientes a revisar por parte del MSPS.

Para el año 2025, el total de acciones de tutela interpuestas por vulneración de derechos fundamentales ascendió a 923.397, correspondiente al universo nacional de tutelas registradas en ese periodo en la Corte Constitucional. De este total, el 33,8% (312.570) fueron reportadas como acciones de tutela relacionadas con la vulneración del derecho a la salud en el país <sup>1</sup>.

Para el cálculo de tasas por población y atenciones, se utilizó la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, con un total de 312.570 registros. Sobre esta base se aplicó el proceso de depuración descrito en la metodología del presente documento, a partir del cual se identificaron 291.143 tutelas por vulneración del derecho a la salud interpuestas contra actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (94% del total de tutelas incluidas en la base de datos suministrada por la Corte Constitucional), valor que se adopta como universo analítico para la estimación de dichas tasas.

Adicionalmente, en el presente documento, se reconocen las principales medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para mitigar las causas de las tutelas según la agrupación de los problemas jurídicos y se presenta una metodología integral que permite identificar, caracterizar y priorizar las fallas estructurales, funcionales y financieras del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-.

---

<sup>1</sup> Fuente: Corte Constitucional, Estadísticas, disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas>.

## METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE TUTELAS

---

El compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social con la medición sistemática de las acciones de tutela en materia de salud tiene su origen en la Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008, mediante la cual la Honorable Corte Constitucional ordenó a esta cartera presentar anualmente un informe que diera cuenta de las tutelas interpuestas en el país en las que se invocara el derecho fundamental a la salud. Este mandato, que permanece vigente y en seguimiento activo por parte de la Sala Especial, ha sido el motor de una metodología que ha evolucionado de manera progresiva a lo largo de los años, en busca de mayor cobertura, representatividad y rigor en la información recolectada.

En sus inicios, la estrategia se orientó a la obtención de una muestra de información recolectada directamente en las instalaciones de la Corte Constitucional. Sin embargo, con el tiempo surgieron inconvenientes de carácter administrativo que dificultaban garantizar la representatividad exigida por dicha Corporación. Ante esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social tomó la decisión de rediseñar el proceso de recolección y, en consecuencia, expidió la Circular Externa 004 de 2024, instrumento a través del cual se solicitó a las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y a las Entidades Adaptadas, que reportaran directamente la información relacionada con las tutelas interpuestas en su contra.

El análisis de los datos obtenidos a partir de esta Circular reveló algo fundamental: la necesidad de ampliar el universo de reporte, pues conocer únicamente las tutelas dirigidas contra las entidades aseguradoras resultaba insuficiente para tener una visión completa del fenómeno. Era preciso capturar también aquellas acciones en las que hubieran sido accionadas o vinculadas — mediante orden expresa de un Juez de la República— otras entidades del sistema de salud, como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Territoriales, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC- y los Regímenes de Excepción.

Fue así como, el 3 de enero de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular Externa 001 de 2025, que amplió significativamente tanto el alcance del reporte como el número de variables a registrar. Respecto de la Circular 004 de 2024, esta nueva norma incorporó, entre otros ajustes, cinco campos adicionales en el Registro Tipo 2, pasando de 14 a 19 categorías, lo que permite caracterizar con mayor profundidad a las personas que acuden a la acción de amparo para proteger su derecho a la salud.

### **Fuentes de información vigentes**

A partir de la Circular Externa 001 de 2025, y en tanto no se expida una nueva Circular para la vigencia 2026, las siguientes entidades están obligadas a reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información relacionada con las acciones de tutela interpuestas en su contra para la protección del derecho fundamental a la salud:

- Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS-C)
- Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)
- Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI)
- Entidades Adaptadas (EA)
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
- Entidades Territoriales (ET)
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)
- Regímenes de Excepción

El reporte se realiza por períodos semestrales, dentro del mes siguiente al vencimiento del respectivo semestre, conforme al Anexo Técnico IVC170TIDS que hace parte integral de la Circular Externa 001 de 2025 y bajo las especificaciones técnicas allí establecidas. Es importante señalar que las entidades que no hayan sido accionadas ni vinculadas mediante fallo judicial con una orden directa en su contra durante el período de reporte no están obligadas a remitir dicho anexo.

### **Nota de vigencia 2025**

La metodología aquí descrita toma como base la Circular Externa 001 de 2025, que constituye el marco normativo vigente para el reporte de tutelas en salud. Esta cartera ministerial mantiene el compromiso de revisar y actualizar

anualmente los lineamientos del reporte, con el propósito de fortalecer progresivamente la calidad, cobertura y representatividad de la información recolectada. En consecuencia, de expedirse durante la vigencia 2026 un nuevo instrumento circular, los ajustes correspondientes serán incorporados oportunamente en la presente metodología.

En el marco del seguimiento a la Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008, el Auto 1280 del 3 de septiembre de 2025 de la Corte Constitucional reconoció los avances alcanzados por este Ministerio en la caracterización de los accionantes, al tiempo que señaló la importancia de utilizar de manera integral y homogénea todas las categorías disponibles para identificar las causas de presentación de las tutelas, las condiciones de quienes las interponen y otros factores relevantes. Este Ministerio asume dicho pronunciamiento como un insumo para continuar ajustando la metodología de medición y reporte durante el año 2026.

### 1.1. BASE NACIONAL DE LAS TUTELAS EN SALUD SUMINISTRADA POR LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL

Para el análisis de tendencia, se utilizó como insumo la base de datos de tutelas en salud correspondiente al año 2025, remitida por la Honorable Corte Constitucional, la cual, al constituirse como el universo de tutelas, es empleada para la selección de la muestra de expedientes a revisar por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta base contiene 312.570 registros e incluye ocho variables: i) número de expediente, ii) fecha de Secretaría, iii) demandante, iv) demandado, v) juez de primera instancia, vi) juez de segunda instancia, vii) tipo de decisión en primera instancia y viii) tipo de decisión en segunda instancia.

En cada expediente, el campo “demandado” registra la entidad o persona contra la cual se interpone la acción de tutela. Sin embargo, al ser diligenciado en formato de texto libre por los despachos judiciales, presenta alta heterogeneidad, incluyendo errores tipográficos, abreviaturas, denominaciones desactualizadas y la posible inclusión de múltiples demandados en un mismo campo.

A partir del análisis de esta variable, se continúa aplicando un proceso de depuración orientado a la identificación de las tutelas impetradas contra entidades pertenecientes al SGSSS, respecto de las cuales este Ministerio ejerce funciones de rectoría. En atención a las observaciones realizadas por la Corte Constitucional en el Auto 1280 de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social ha estandarizado este procedimiento con el fin de mejorar su consistencia y garantizar su replicabilidad en futuros procesos de análisis.

Asimismo, el Ministerio solicitó acceso a la herramienta Pretoria con el fin de fortalecer los procesos de clasificación y selección de registros mediante el uso de variables adicionales. Una vez se cuente con la capacitación correspondiente, actualmente en trámite, se espera fortalecer los análisis en futuros informes, superando las limitaciones asociadas al uso exclusivo del campo “demandado”.

### **Proceso de depuración:**

A continuación, se describe el proceso de depuración y selección de los registros que conforman el universo para el análisis de tendencia de las tutelas en salud.

**Normalización del texto:** En una primera etapa, se realizó la estandarización del campo “demandado” mediante procedimientos de limpieza y normalización orientados a reducir la variabilidad en su registro. Este proceso incluyó la unificación de formato, la eliminación de caracteres especiales y la homogenización de estructuras textuales, con el fin de facilitar su tratamiento analítico.

**Separación de actores múltiples:** Posteriormente, se identificaron y separaron los registros que contenían múltiples actores en un mismo campo, de manera que cada uno pudiera ser analizado de forma independiente.

**Clasificación de registros:** Finalmente, se aplicó un conjunto de reglas de clasificación en orden de prioridad, basadas en patrones textuales y en la identificación de actores del sistema de salud. Estas reglas permitieron asignar de manera consistente cada registro a una categoría analítica, garantizando la reproducibilidad del proceso.

Las reglas se basan en dos tipos de patrones:

Palabras clave exactas: por ejemplo, la presencia de la sigla “EPS” en el texto es una señal directa de que se trata de una entidad aseguradora. La sigla “EPSS” indica régimen subsidiado, y “EPSI” indica una EPS indígena.

Nombres propios conocidos: se mantiene una lista de las entidades más frecuentes del sistema. Cuando el texto contiene el nombre de una de ellas, incluso con errores tipográficos leves, se asigna la categoría correspondiente.

La tabla siguiente resume el orden de prioridad de las categorías y los nombres que aplica clasificarse en cada una:

*Tabla 1. Categorías de análisis de las tutelas 2025.*

| Prioridad | Categoría                   | Lógica de clasificación  |
|-----------|-----------------------------|--|
| 1         | REGIMEN_ESPECIAL_FFMM       | Menciona Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Sanidad Militar o sistema de salud de las Fuerzas Militares.                        |
| 2         | REGIMEN_ESPECIAL_POLICIA    | Menciona Policía Nacional, Sanidad de la Policía, Regionales de Aseguramiento de la Policía o CASUR.                         |
| 3         | REGIMEN_ESPECIAL_MAGISTERIO | Menciona Magisterio, FOMAG, Fiduprevisora o Sumimedical.   |
| 4         | REGIMEN_ESPECIAL_ECOPETROL  | Menciona Ecopetrol.  |
| 5         | PPL_INPEC                   | Menciona INPEC, cárcel, penitenciaría, USPEC, CPAMS, CPMS o ERON.  |
| 6         | IPS_PPL                     | Contratistas de salud para PPL: Norsalud, Medisalud Integral, Proinsalud, Maisfen, Salud Central UT, Servisalud, ERON Salud. |
| 7         | FONDO_SALUD_PPL             | Fideicomisos o patrimonios autónomos del fondo de atención en salud PPL.   |
| 8         | ARL                         | Menciona ARL, Positiva Compañía de Seguros, Colmena Riesgos, Suratep o riesgos laborales.                                    |
| 9         | MEDICINA_PREPAGADA          | Menciona medicina prepagada, Colmédica, Colsanitas, MedPlus o póliza de salud SURA.  |
| 10        | EPS_SUBSIDIADO              | Sigla EPSS o EPSI, o nombre conocido de EPS del régimen subsidiado.  |
| 11        | EPS_CONTRIBUTIVO            | Sigla EPS o EAPB, o nombre conocido de EPS del régimen contributivo.   |
| 12        | IPS                         | Sigla IPS o ESE, o palabras como hospital, clínica, centro médico, laboratorio, Subred Integrada, Metrosalud.                |
| 13        | FARMACIA                    | Menciona droguería, farmacia, Audifarma, Disfarma, Discolmets o distribuidora de medicamentos.                               |
| 14        | PUBLICICO_SALUD             | Supersalud, Minsalud, ADRES, Secretaría de Salud, DADIS, UAESA, Direcciones Territoriales/Seccionales de Salud.              |
| 15        | OTRO                        | No cumple ninguna de las reglas anteriores.  |

Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional 2025. Depuración y construcción propia oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social.

**Consolidación por expediente:** Una vez clasificados los actores de manera individual, se realiza la consolidación de la información a nivel de expediente, con el fin de asignar una única categoría analítica. Para ello, se aplica un criterio de priorización basado en la relevancia sanitaria, mediante el cual se privilegian los actores directamente relacionados con la prestación o aseguramiento en salud, descartando aquellos que intervienen como entidades de control, apoyo o garantía.

Posteriormente, en los casos en que persisten múltiples actores relevantes se aplica una regla jerárquica de clasificación que permite asignar una única categoría final por expediente, de acuerdo con criterios previamente definidos, garantizando consistencia en la agregación de la información.

**Documentación de exclusiones:** Algunas tutelas se dirigen contra entidades que no pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud como aerolíneas, bancos, empresas de construcción, sindicatos, etc. Estos registros se excluyeron del análisis principal, pero se documentan con una explicación para dar cuenta de su exclusión. Los motivos documentados son:

- Empresa de transporte aéreo fuera del SGSSS (aerolíneas).
- Entidad financiera fuera del SGSSS (bancos).
- Empresa del sector construcción fuera del SGSSS.
- Empresa de transporte fuera del SGSSS.
- Organización sindical fuera del SGSSS.
- Organismo internacional fuera del SGSSS.
- Entidad electoral fuera del SGSSS.
- Empresa privada sin relación con salud identificada (sociedad comercial sin palabras clave sanitarias).

### **Resultado del proceso de depuración**

Como resultado de la aplicación del proceso anterior, se obtiene un total de **291.143** tutelas interpuestas a actores del sistema de salud, detallado a continuación:

*Tabla 2. Entidades accionadas en materia del derecho a la salud, pertenecientes al SGSSS en el año 2025*

| <b>Tipo de entidad accionada</b>                                  | <b>Tutelas</b> |
|---|----------------|
| EPS   | 270.855        |
| PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD                                 | 9.910          |
| INPEC   | 3.029          |
| ARL   | 2.745          |
| OPERADOR LOGÍSTICO  | 1.997          |
| MINISTERIOS Y ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL RELACIONADOS CON SALUD | 1.494          |
| SECRETARIAS DE SALUD  | 1.113          |
| <b>Total general</b>  | <b>291.143</b> |

Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional 2025. Depuración y construcción propia oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

En esta agrupación, se incluyen las tutelas interpuestas contra INPEC y las ARL, atendiendo la observación de la Corte Constitucional en el Auto 1280 de 2025, teniendo en cuenta que a la fecha este Ministerio se encuentra en espera de acceso a la herramienta Pretoria, para incorporar en los análisis otras variables que permitan establecer si las tutelas interpuestas en contra de estos actores tienen o no relación con salud, más allá de solo el nombre del demandado que es la única variable disponible en la base suministrada por la Corte Constitucional, con la que se logra una aproximación para este proceso de depuración.

Se excluyeron del análisis un total de 19.477 tutelas, correspondiente a otros actores relacionados a continuación:

*Tabla 3. Entidades accionadas en materia del derecho a la salud, no pertenecientes al SGSSS en el año 2025*

| <b>Tipo de entidad Accionada</b> | <b>Número de tutelas</b> |
|----------------------------------|--------------------------|
| REGIMEN_ESPECIAL_POLICIA         | 5.285                    |
| REGIMEN_ESPECIAL_FFMM            | 4.467                    |

| Tipo de entidad Accionada  | Número de tutelas |
|--|-------------------|
| REGIMEN_ESPECIAL_MAGISTERIO                                      | 1.974             |
| SEGUROS  | 1.943             |
| ENTIDADES NACIONALES, ALCALDIAS Y SECRETARIAS DIFERENTES A SALUD | 1.754             |
| FIDUPREVISORA  | 1.016             |
| MEDICINA_PREPAGADA   | 793               |
| AFP  | 719               |
| JUZGADOS, FISCALIA, COMISARIA DE FAMILIA, NOTARIAS               | 591               |
| CAJA_COMPENSACION  | 514               |
| FONDO PASIVO DE FERROCARRILES NACIONALES                         | 188               |
| REGIMEN_ESPECIAL_ECOPELROL                                       | 119               |
| ACADEMIA   | 114               |
| <b>Total de registros excluidos</b>                              | <b>19477</b>      |

Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional 2025. Depuración y construcción propia oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

## 1.2. Muestra de expedientes 2025

Con el propósito de complementar la información contenida en la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, se aplicó un muestreo de tipo probabilístico aleatorio no estratificado, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 10%. La muestra resultante fue revisada expediente por expediente, con el fin de ampliar las 9 variables básicas reportadas en la base inicial de la Corte con información adicional relevante para el análisis.

El tamaño de muestra obtenido mediante este diseño es representativo a nivel nacional. Esto se sustenta en que la base de datos de la Corte Constitucional integra expedientes provenientes de todos los despachos judiciales del país, por lo que la población de referencia abarca la totalidad del territorio nacional. Al aplicar el muestreo aleatorio sobre esta base sin restricciones geográficas, cada expediente —independientemente del departamento o municipio de origen— tiene la misma probabilidad de ser seleccionado, lo que garantiza que la muestra refleje la distribución real de las tutelas en salud a lo largo del país. Bajo los parámetros estadísticos empleados, los resultados obtenidos pueden

generalizarse al universo nacional de tutelas en salud con un nivel de confianza del 95%.

Para la determinación del tamaño de la muestra se empleó la siguiente fórmula estadística para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N - 1)e^2 + Z^2 pq}$$

donde  $n$  corresponde al tamaño de la muestra,  $N$  al tamaño de la población,  $Z$  al valor crítico de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza,  $p$  a la proporción esperada de la característica de interés (asumida como 0.5 en ausencia de información previa para maximizar la varianza),  $q = 1 - p$ , y  $e$  al margen de error permitido.

El levantamiento de información adicional a partir de esta muestra tiene como propósito contrastar los resultados iniciales, identificar inconsistencias y fortalecer la calidad de la información. Asimismo, permite avanzar hacia la consolidación de una fuente primaria depurada, alineada con las variables relevantes para el análisis, en coherencia con el proceso de depuración establecido en la Circular Externa 001 de 2025.

### **Procesamiento y análisis de los datos**

Personal capacitado de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social llevó a cabo la revisión individual de cada expediente de la muestra, consolidando la información en una base de datos estructurada con 28 variables.

Esta labor surge como respuesta directa a las limitaciones que presenta la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, la cual, si bien constituye una fuente valiosa de información, contiene campos de texto abierto y carece de listas estandarizadas para aspectos clave como causas, pretensiones, problemas jurídicos y características sociodemográficas de los accionantes. Estas características dificultan el procesamiento sistemático y la comparabilidad de los datos a lo largo del tiempo.



Las 28 variables que integran la base de datos construida por esta cartera ministerial pueden agruparse en cuatro grandes categorías:

**Identificación del expediente y las entidades involucradas:** número de expediente, fecha de radicación, EPS, IPS, entidad territorial y otras entidades accionadas o vinculadas.

**Caracterización sociodemográfica del accionante:** tipo y número de documento, departamento y municipio de residencia, condición migrante, pertenencia a otra población especial y etnia.

**Aspectos jurídicos y sustantivos de la tutela:** problema jurídico, causas de la tutela, pretensión, demora reportada, causa de negación por parte de la EPS, departamento y municipio donde se interpone la acción, y juzgado que la tramita.

**Seguimiento procesal:** decisión de primera instancia, impugnación, decisión de segunda instancia, desacato, número de radicado de la tutela y observaciones.

A partir de esta base de datos se generan agregados por departamento, problema jurídico, tipo de entidad accionada y características de los accionantes, entre otras dimensiones de análisis. Estos resultados cumplen una función estratégica dentro de la metodología: establecer una línea base de referencia con la cual contrastar los datos provenientes de la nueva fuente primaria definida mediante la Circular Externa 001 de 2025.

El propósito central de mantener este ejercicio de revisión muestral es precisamente el de contar con un parámetro de comparación que permita evaluar, de manera progresiva y objetiva, el nivel de calidad y representatividad que va alcanzando la base de datos construida a partir de los reportes directos de las entidades. En el momento en que dicha base demuestre suficiente solidez para reflejar de forma confiable el universo de tutelas en salud, estará dada la condición para consolidar la transición definitiva hacia esta fuente primaria como el instrumento central del informe anual.

### 1.3. Circular Externa 001 de 2025 (base autónoma)

#### **Reporte de datos**

Como parte de las acciones orientadas a fortalecer la calidad de los registros reportados por las entidades destinatarias de la Circular Externa 001 de 2025, la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social llevó a cabo jornadas de asistencia técnica el 17 de diciembre de 2025 de manera virtual, organizadas por tipo de actor. En este marco, se desarrollaron espacios diferenciados dirigidos, en su orden, a Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Territoriales (ET) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Durante estas sesiones virtuales se socializaron los resultados del reporte recibido en julio de 2025, con énfasis en las validaciones implementadas en el sistema, la identificación de errores recurrentes y la necesidad de completar la información, particularmente en aquellos registros que no fueron procesados en el primer envío debido a inconsistencias o incumplimiento de las especificaciones definidas en el anexo técnico de la Circular Externa 001 de 2025.

Así mismo, se resolvieron preguntas relacionadas con la actualización de registros para los que en un primer momento no se conocía la decisión de primera instancia o segunda instancia, pero que al cierre de la vigencia ya se contaba con esta información y, por lo tanto, se requería actualizar los datos entregados en el corte enero a junio 2025, tal como se describe en el anexo técnico.

Por otra parte, se habilitó el correo [reportetutelas@minsalud.gov.co](mailto:reportetutelas@minsalud.gov.co), donde se respondieron solicitudes específicas de asistencia técnica y a su vez se atendieron requerimientos relacionados con revisión de errores informados en el proceso de envío de los archivos a través de la plataforma institucional (PISIS) para el intercambio de información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Esta plataforma realiza validaciones sobre la estructura de los datos conforme a lo definido en el anexo técnico de la Circular Externa 001 de 2025, así como sobre el cumplimiento de las reglas de validación para garantizar la consistencia de los datos.

Finalmente, en las jornadas de asistencia técnica y en las respuestas emitidas a través de correo electrónico, se informó acerca del material disponible en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS), que incluye un ABCÉ, donde se consolidan las preguntas frecuentes recibidas en asistencias técnicas previas y en solicitudes de soporte remitidas a través de correo electrónico, el cual ha sido actualizado después de cada período de corte y se encuentra dispuesto en el mismo enlace desde la emisión de la Circular.

### **Alistamiento de los datos**

A través de la plataforma institucional - PISIS se recibió una base total con **452.191** registros para el año 2025, previamente unidos los seis tipos de registros incluidos en el anexo técnico de la Circular Externa 001 de 2025.

En el proceso de extracción de los datos se incluyeron los campos “fecha de nacimiento” acorde con la tabla de evolución de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA-, lo que facilitó la verificación y ajuste de la variable para construir edad del beneficiario de la tutela en los casos reportados sin dato, o cuando se identificaron valores extremos y no concordantes con el tipo de documento de identidad, por ejemplo, tipo documento CC y la edad registrada era cero.

Posterior a ajustar la variable fecha de nacimiento, se construyó la edad, como la diferencia entre la fecha de radicado de tutela y la fecha de nacimiento. Adicionalmente se generó la categoría para análisis correspondiente a curso de vida, de acuerdo con lo definido en la Resolución 3280 de 2018 con la siguiente escala:

- Prenatal, nacimiento, primera infancia: 0-5 años
- Infancia: 6-11 años
- Adolescencia: 12-18 años
- Juventud: 19-26 años
- Adulthood: 27-59 años
- Vejez: 60 y más

### **Exclusión de registros específicos**



Antes de procesar la base de datos y proceder a depurar registros únicos, se excluyeron de la base de datos, registros que en la decisión de primera instancia reportan las siguientes opciones:

- **Opción 3:** No concede (No hay vulneración del derecho fundamental a la salud), lo cual corresponde a 83.830 registros.
- **Opción 5:** Declara improcedente (No cumple requisitos de procedimiento), lo cual representa 6.673 registros.

Asimismo, se excluyeron las tutelas y personas reportadas por instituciones del régimen especial o de excepción que en el campo entidad reportadora registren alguna de las siguientes:

- Dirección de sanidad policía Nacional
- Ecopetrol S.A.
- Fiduprevisora S.A.
- Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño
- Universidad CES
- Universidad de Antioquia
- Universidad del Cauca
- Universidad Industrial de Santander
- Universidad Pontificia Bolivariana
- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)

Estas exclusiones ascienden a **1.211 registros**

Una vez depurada la base se cuenta con un total de **360.477** registros para el análisis del comportamiento de las acciones de tutela durante el año 2025.

### **Clasificación de los registros**

Cada registro se revisó por entidad reportadora (razón social) para su clasificación y por NIT o código. Los registros se agruparon de la siguiente manera:

- 302.829 - EPS



- 7.493 - Entidades Territoriales (ET) municipales, departamentales y distritales
- 50.155 - IPS

### **Identificación de tutelas y personas únicas**

El procesamiento de los datos incluyó la verificación de datos únicos por tutela y beneficiario de la tutela, con el fin de garantizar que los resultados no se sobreestimen cuando la misma tutela se reporta vinculando a diferentes instituciones o actores del sistema.

Este mismo proceso de depuración se realizó para problemas jurídicos, causas y pretensiones, identificando solo datos únicos por radicado de tutela, entidad que emite el reporte y beneficiario de la tutela.

Una vez realizado este proceso se cuenta con un total de personas únicas de 228.362.

### **Priorización de registros y consolidación de base para análisis**

Para la construcción de una base de datos consolidada con registros únicos, teniendo en cuenta que es posible que una institución se encuentre vinculada y otro(s) accionado(s) en la misma tutela, solamente se tuvo en cuenta una vez cada radicado, priorizando los registros según el actor que lo reporta en el siguiente orden (1) EPS, (2) IPS, (3) ET. Este proceso permitió que en la consolidación se generara una base unificada de la siguiente forma:

1. Tutelas reportadas por EPS.
2. Tutelas adicionales reportadas por IPS que no han sido reportadas de forma simultánea por EPS.
3. Registros informados por Secretarías de Salud que no están reportados en ninguna de las anteriores categorías.

Posteriormente, la base de datos se procesó en el programa estadístico IBM SPSS Statistics generando resultados por persona, tutelas, problemas, causas y

pretensiones, lo que permite que el análisis no se limite solo a un problema reportado en la tutela, sino a todos los que hayan sido informados, así como a todas las causas relacionadas con el problema y a las diferentes pretensiones que fueron incluidas en la acción de tutela.

Obteniendo así un total de datos para análisis con la siguiente desagregación:

*Tabla 4. Distribución de Tutelas por actores del sistema.*

| <b>Actor que reporta</b> | <b>Tutelas únicas</b> | <b>Problemas</b> | <b>Causas</b>  | <b>Pretensiones</b> | <b>Personas</b> |
|--------------------------|-----------------------|------------------|----------------|---------------------|-----------------|
| EPS                      | 233.416               | 267.488          | 300.647        | 302.788             | 199.876         |
| IPS                      | 35.256                | 35.905           | 36.418         | 36.941              | 25.826          |
| ET                       | 5.838                 | 5.846            | 5.852          | 5.858               | 2.660           |
| <b>TOTAL</b>             | <b>274.510</b>        | <b>309.239</b>   | <b>342.917</b> | <b>345.587</b>      | <b>228.362</b>  |

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

### **Análisis de los datos**

Los datos provenientes de la Circular Externa 001 de 2025 se depuraron y contrastaron con la fuente muestra de expedientes 2025, posteriormente se organizaron, seleccionando las variables relevantes para su procesamiento en el software estadístico IBM SPSS Statistics.

Se utilizaron frecuencias y distribuciones porcentuales, incluyendo también análisis bivariados relevantes para explicar el comportamiento de las tutelas por la vulneración del derecho a la salud y se compararon los resultados con los datos recolectados de acciones de tutelas 2024 recibidos en 2025.

Para en análisis, las unidades de observación principales fueron las tutelas y los beneficiarios del recurso constitucional, tanto nacionales como extranjeros, residentes en Colombia.

En el primer caso, las tutelas fueron clasificadas según la Sentencia T-760 de 2008 en las 18 categorías de problemas jurídicos y acorde con las causas subyacentes de las acciones de tutela y las pretensiones. Además se analizaron por departamento donde reside la persona que interpone la tutela, Municipio, entidad accionada y régimen de salud.

En el segundo caso, se analizaron las variables demográficas de los beneficiarios de las tutelas como edad, curso de vida, diagnósticos, sexo, etc.

## DESARROLLO TEMÁTICO ANÁLISIS DE TUTELAS

---

### 2.1 INFORMACIÓN

#### 2.1.1 Descripción de las Fuentes para el Análisis de las Tutelas para la Protección del Derecho a la Salud

Es importante precisar que, si bien las fuentes de información utilizadas en este informe abordan un mismo fenómeno (las acciones de tutela en salud), cada una responde a propósitos analíticos específicos y presenta diferencias en sus características, cobertura, nivel de detalle y mecanismos de recolección. En consecuencia, no se pretende su homologación ni comparabilidad directa, sino su uso complementario de acuerdo con los distintos niveles de desagregación y objetivos analíticos del informe. Por lo anterior, las cifras derivadas de estas fuentes pueden presentar variaciones y no son comparables entre sí.

Estas diferencias pueden explicarse, entre otros factores, por la inclusión de tutelas dirigidas a entidades sin competencia directa en la prestación de servicios de salud, la posible duplicidad de registros, la incorporación de tutelas correspondientes a vigencias anteriores y las diferencias en los criterios de depuración de la información.

En este capítulo se describe el detalle de cada una de las fuentes empleadas, señalando su origen, alcance y propósito dentro del análisis, así como el tipo de indicadores para los cuales resulta pertinente su utilización garantizando la comparabilidad con informes anteriores.

Cabe señalar que, si bien la fuente “muestra Corte Constitucional” ha transitado desde 2024 a constituirse principalmente como un instrumento de contraste para validar la cobertura de la fuente autónoma, las tasas de tutelas por atenciones y por población continúan estimándose con base en la información de la Corte

Constitucional, en tanto corresponde al universo nacional de tutelas, lo que garantiza la comparabilidad y el análisis de tendencias en el tiempo.

De manera complementaria, desde la Circular Externa 004 de 2024 y, posteriormente, con la Circular Externa 001 de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en el fortalecimiento de la fuente autónoma y en el mejoramiento continuo de la calidad de la información, con el propósito de consolidar progresivamente una fuente de reporte suficiente que permita robustecer los análisis descriptivos del fenómeno.

*Tabla 5. Detalle de fuentes de información*

| No. | Fuente   | Análisis realizado  |
|-----|--|---|
| 1   | Base nacional de las tutelas en salud suministrada por la Honorable Corte Constitucional | Permite dimensionar la magnitud del fenómeno a nivel nacional y regional, así como realizar análisis de tendencia y comportamiento temporal de las tutelas.   |
| 2   | Muestra de expedientes 2025  | Facilita un análisis detallado a nivel territorial y poblacional, permitiendo profundizar en variables específicas y realizar ejercicios de contraste con la base autónoma (Circular Externa 001 de 2025), con el fin de evaluar su suficiencia en términos de cobertura y capacidad de representación del fenómeno, y así orientar la selección de la fuente más adecuada para futuros análisis. |
| 3   | Circular Externa 001 de 2025 (base autónoma)   | Ofrece un mayor nivel de desagregación sobre las solicitudes de amparo constitucional por vulneración del derecho a la salud, permitiendo el cruce de variables poblacionales, de aseguramiento, de servicios y del curso de la tutela. Con estos datos es posible explorar las condiciones estructurales y los patrones de comportamiento de la tutela.  |

**Fuente:** Elaboración propia del Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad.

### 2.1.2 Comparabilidad de las Fuentes para el Análisis de las Tutelas para la Protección del Derecho a la Salud

En el marco de los requerimientos de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantó un proceso técnico y normativo orientado al fortalecimiento de las fuentes de información relacionadas con las tutelas en salud, tal como se describió en secciones previas. Este proceso tuvo como objetivo mejorar la calidad, cobertura y trazabilidad de los datos disponibles para el análisis.

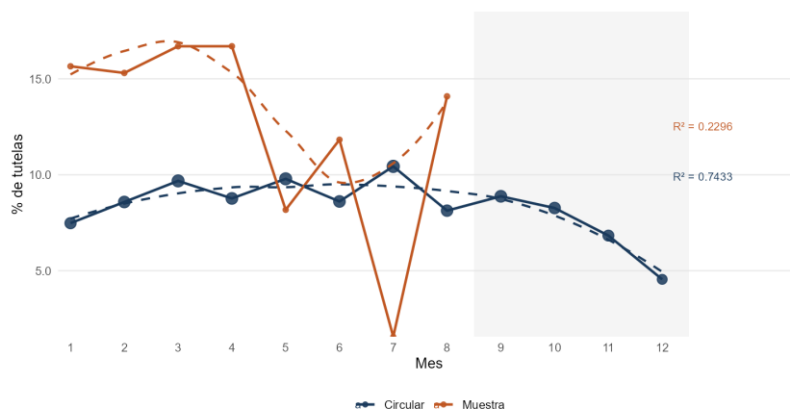
Con el fin de evaluar si las nuevas fuentes cumplían con criterios mínimos de representatividad, consistencia y completitud, se realizó un ejercicio de comparabilidad entre dos fuentes principales: (i) la base de datos derivada del muestreo probabilístico aplicado sobre la información suministrada por la Corte Constitucional, y (ii) los registros reportados a través de la Circular Externa 001 de 2025 que constituyen una fuente de mayor cobertura. La comparación se centró en variables estructurales —como distribución temporal, sexo y ubicación territorial— que, bajo condiciones adecuadas de calidad de datos, no deberían presentar diferencias sustantivas entre fuentes.

Este análisis permite identificar el grado en que la muestra reproduce la estructura observada en la fuente de referencia, así como detectar posibles sesgos asociados al diseño muestral, la cobertura o la calidad del registro. En particular, se busca establecer en qué niveles de desagregación los resultados son comparables y en cuáles se deben interpretar con cautela.

A continuación, se presentan los resultados de este ejercicio de comparabilidad.

El análisis de la distribución mensual evidencia que las dos fuentes no son comparables a este nivel de desagregación. La serie proveniente de la Circular presenta un comportamiento estable y coherente en el tiempo, con una tendencia suavemente definida y una capacidad explicativa alta ( $R^2 \approx 0.74$ ), lo que es consistente con una fuente de carácter censal o de cobertura amplia. En contraste, la muestra presenta una alta volatilidad intermensual, con cambios abruptos que no responden a una dinámica temporal plausible, reflejando un bajo poder explicativo del modelo ( $R^2 \approx 0.23$ ) y, por tanto, ausencia de estructura temporal consistente.

*Gráfica 1. Distribución porcentual de las tutelas año 2025 por mes de radicación, relación muestra de Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2025 - Circular Externa 001 de 2025.*



Fuente: Información de la muestra de Corte Constitucional vs Información recolectadas en base a la Circular 001 de 2025. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad 2026

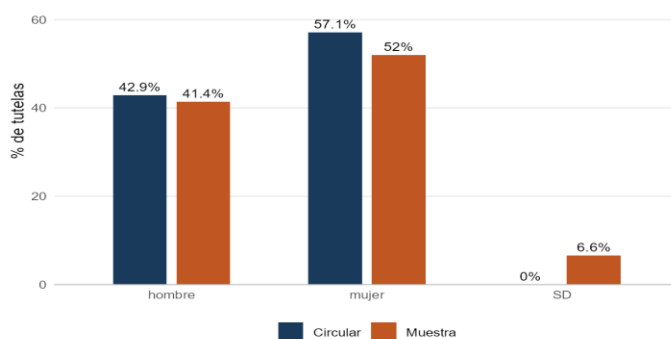
Las diferencias observadas se explican principalmente por las particularidades en el diseño y alcance de cada fuente de información. En el caso de la muestra, se presentan tamaños efectivos reducidos en algunos meses, lo que puede generar mayor variabilidad en las estimaciones y, por ende, cierta inestabilidad en los porcentajes observados. Asimismo, la cobertura temporal de la muestra se concentra en los primeros ocho meses del año, mientras que la Circular Externa 001 de 2025 ofrece información continua para los doce meses, lo que implica diferencias en el soporte de comparación. En este contexto, las variaciones identificadas deben interpretarse a la luz de estas características metodológicas y no como diferencias sustantivas en la dinámica de las tutelas, reconociendo que ambas fuentes aportan información complementaria para el análisis del fenómeno.

Adicionalmente, es importante señalar que, durante el proceso de recolección de la muestra, se presentaron algunas limitaciones operativas asociadas al funcionamiento del aplicativo de la Corte Constitucional, lo que pudo afectar la disponibilidad y consistencia de la información en ciertos periodos. De igual forma, se identificaron expedientes con información incompleta o sin registros en variables clave, lo cual incidió en la reducción del tamaño efectivo de la muestra para algunos dominios de análisis. Estas situaciones, de carácter operativo y ajenas al diseño conceptual del ejercicio, contribuyen a explicar parte

de la variabilidad observada y refuerzan la necesidad de interpretar los resultados de la muestra en conjunto con la información proveniente de la Circular Externa 001 de 2025, la cual presenta mayores niveles de cobertura y estabilidad.

El análisis de la distribución porcentual de las tutelas por sexo muestra una alta consistencia entre ambas fuentes en las categorías principales. En particular, la proporción de mujeres es mayor que la de hombres tanto en la Circular Externa 001 de 2025 (57.1% frente a 42.9%) como en la muestra de la Corte Constitucional (52.0% frente a 41.4%), lo que evidencia un patrón estructural similar en la composición por sexo de las personas que interponen tutelas en salud. Esta coincidencia sugiere que la muestra logra capturar adecuadamente la distribución general de esta variable, incluso bajo las diferencias de cobertura y tamaño entre las fuentes.

*Gráfica 2. Distribución porcentual de las tutelas del año 2025 por sexo de la persona que radicó la tutela, relación muestra de Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 - Circular Externa 001 de 2025.*

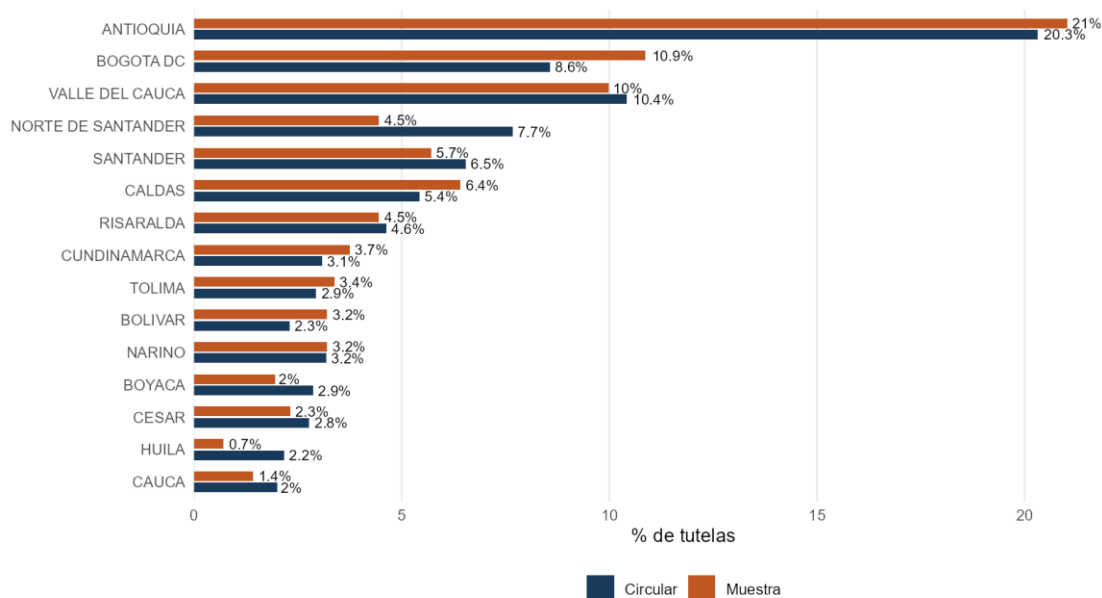


**Fuente:** Información de la muestra de Corte Constitucional vs Información recolectadas en base a la Circular 001 de 2025. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad 2026

No obstante, se observa una diferencia relevante en la categoría "Sin dato (SD)", la cual está presente únicamente en la muestra (6.6%) y no en la Circular. Esta situación puede estar asociada tanto a limitaciones en la calidad del registro de la información en los expedientes como a dificultades operativas durante el proceso de recolección, lo que derivó en casos con información incompleta. En este sentido, la presencia de esta categoría introduce una ligera redistribución en las proporciones observadas para hombres y mujeres en la muestra.

En conjunto, los resultados indican que la variable sexo presenta un buen nivel de comparabilidad entre fuentes en términos agregados, aunque se recomienda considerar la incidencia de registros sin información en la muestra al momento de realizar interpretaciones más detalladas.

*Gráfica 3. Distribución porcentual de las tutelas por departamento, relación muestra de Corte Constitucional 2025 Vs base de datos 2025 - Circular Externa 001 de 2025.*



**Fuente:** Información de la muestra de Corte Constitucional vs Información recolectadas en base a la Circular 001 de 2025. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad 2026

La distribución por departamento evidencia que ambas fuentes son consistentes en la identificación de los principales focos territoriales de tutelas. En particular, Antioquia, Bogotá D.C. y Valle del Cauca concentran las mayores proporciones en ambas fuentes, manteniendo no solo niveles similares sino también el orden relativo. Este resultado sugiere que la muestra logra capturar adecuadamente la estructura territorial en los dominios de mayor peso, donde el tamaño muestral efectivo es suficiente para estabilizar las estimaciones.

Sin embargo, al analizar departamentos intermedios y de menor participación, emergen discrepancias más marcadas que reflejan limitaciones propias del tamaño de la muestra. Destaca el caso de Norte de Santander, donde la muestra

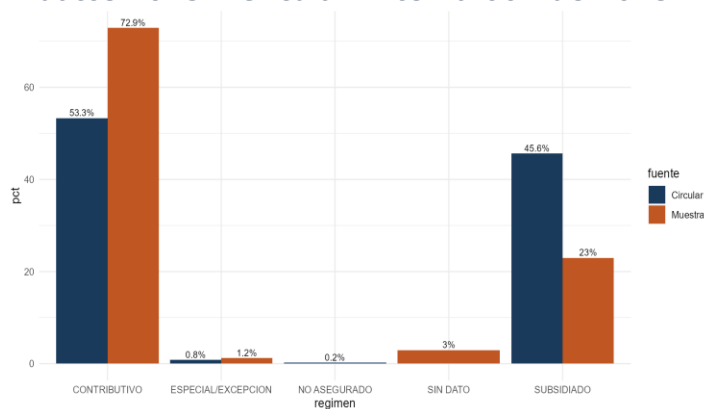
subestima de manera importante la proporción observada en la fuente censal ( $\approx 4.5\%$  vs  $7.7\%$ ), indicando un posible déficit de cobertura o representación en ese dominio. En contraste, se observan sobreestimaciones en departamentos como Caldas, Cundinamarca y Bolívar, lo cual es consistente con mayor variabilidad relativa en dominios con menor número de observaciones. Estas diferencias no son sistemáticas, sino que responden a fluctuaciones muestrales asociadas a tamaños efectivos reducidos.

A pesar de estas diferencias puntuales, la concentración acumulada en los principales departamentos es altamente comparable entre fuentes (Circular  $\approx 84.9\%$  frente a Muestra  $\approx 82.9\%$ ), lo que confirma que la muestra reproduce de forma adecuada la estructura global de concentración territorial. En consecuencia, la muestra es válida para análisis agregados y de concentración geográfica, pero su uso debe restringirse a nivel de departamento específico, especialmente en aquellos con menor participación, donde la incertidumbre es considerablemente mayor.

El análisis de la distribución de las tutelas por régimen de afiliación evidencia que ambas fuentes mantienen coherencia en la identificación de los dos principales regímenes del sistema de salud: contributivo y subsidiado. En particular, el régimen contributivo concentra la mayor proporción de tutelas en ambas fuentes, aunque con una diferencia significativa en magnitud (Circular:  $53.3\%$  frente a Muestra:  $72.9\%$ ). Por su parte, el régimen subsidiado presenta una participación importante en la fuente de la Circular ( $45.6\%$ ), mientras que en la muestra su peso relativo es considerablemente menor ( $23\%$ ). Esta diferencia sugiere una posible subrepresentación del régimen subsidiado en la muestra.

En las categorías de menor participación, como régimen especial/excepción y población no asegurada, se observa una correspondencia general en términos de baja incidencia, aunque con ligeras variaciones atribuibles a la variabilidad muestral. Sin embargo, destaca la presencia de la categoría "Sin dato" en la muestra ( $3\%$ ), la cual no aparece en la Circular, lo que indica limitaciones en la disponibilidad o calidad de la información recolectada en los expedientes.

Gráfica 4. Distribución porcentual de las tutelas del año 2025 por régimen de salud del afiliado, relación muestra de Corte Constitucional 2025 Vs base de datos 2025 - Circular Externa 001 de 2025.



Fuente: Información de la muestra de Corte Constitucional vs Información recolectadas en base a la Circular 001 de 2025. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad 2026

En conjunto, los resultados indican que, si bien la muestra reproduce la estructura general del sistema en términos de los regímenes principales, existen diferencias relevantes en las proporciones relativas, especialmente entre contributivo y subsidiado. Estas diferencias deben interpretarse a la luz de las condiciones de recolección de la muestra y de la posible subrepresentación de ciertos grupos, por lo que la Circular Externa 001 de 2025 se mantiene como la fuente más robusta para análisis detallados por régimen, mientras que la muestra aporta una referencia complementaria para la validación de tendencias generales.

El resultado evidencia una estructura altamente concentrada del sistema de aseguramiento, que es consistente entre ambas fuentes. En particular, Nueva EPS domina claramente la distribución, con una participación sustancialmente mayor en la Circular ( $\approx 46.8\%$ ) frente a la muestra ( $\approx 36.5\%$ ), lo que sugiere que la muestra tiende a subrepresentar esta entidad. Este patrón se replica en menor medida en otras EPS principales como Sanitas, Sura y Salud Total, donde las diferencias entre fuentes son moderadas y mantienen el mismo orden relativo, lo que confirma la coherencia estructural del sistema.

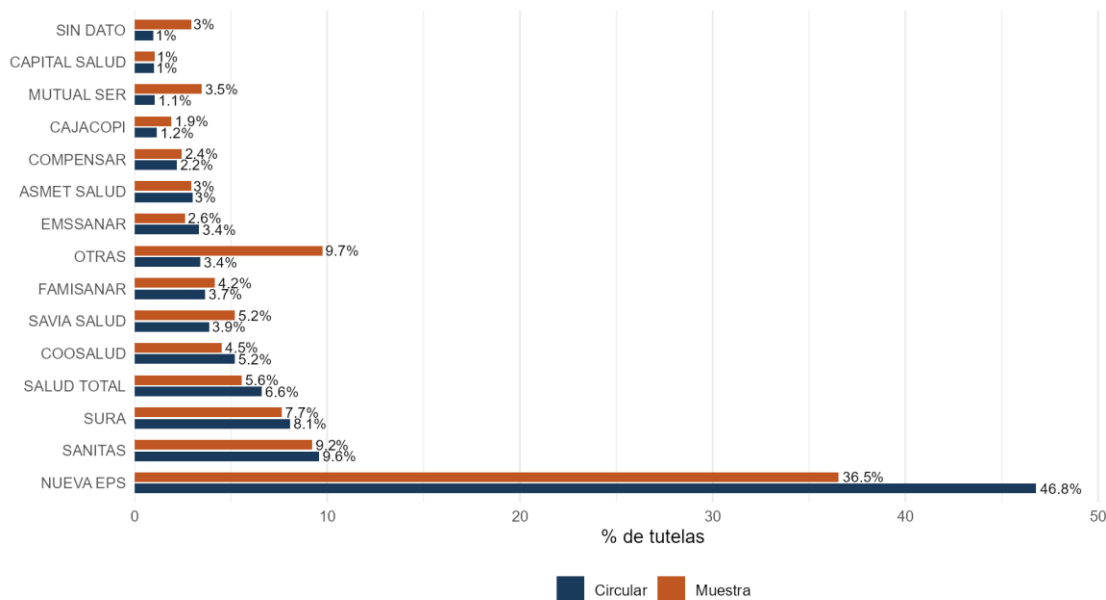
En el grupo intermedio (Coosalud, Savia Salud, Famisanar), se observa una mayor variabilidad relativa entre fuentes, aunque sin alterar la identificación de

estas EPS como actores relevantes. Estas diferencias son esperables dado el tamaño de la muestra y su menor capacidad para estabilizar proporciones en categorías de participación media.

Respecto a las categorías colapsadas, la agrupación se realizó bajo un criterio jerárquico: (i) se mantuvieron explícitamente las principales EPS definidas a partir del ranking de la Circular (top estructural), (ii) se incorporaron entidades adicionales con participación no despreciable (umbral mínimo cercano al 1%), como EMSSANAR, ASMET Salud, Compensar, Cajacopi y Mutual Ser, y (iii) el resto de EPS de baja frecuencia —incluyendo entidades como Aliansalud, Comfaoriente, Comfenalco, EPS Indígenas, entre otras de participación marginal— se consolidaron en la categoría “OTRAS”, mientras que los registros sin información se agruparon en “SIN DATO”.

Este procedimiento permite reducir la dimensionalidad sin perder información relevante, preservando la estructura principal del sistema de aseguramiento y facilitando la comparabilidad entre fuentes.

*Gráfica 5. Distribución porcentual de las tutelas del año 2025 EPS del afiliado, relación muestra de Corte Constitucional 2025 Vs base de datos 2025 - Circular Externa 001 de 2026.*





**Fuente:** Información de la muestra de Corte Constitucional vs Información recolectadas en base a la Circular 001 de 2025. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad 2026

El resultado del colapso muestra que la categoría “OTRAS” representa una proporción moderada ( $\approx 3.4\%$  en Circular y  $\approx 9.7\%$  en muestra), lo que indica que la mayor parte de la estructura del sistema está adecuadamente capturada por las EPS explícitamente identificadas. Sin embargo, el mayor peso de “OTRAS” en la muestra refleja nuevamente limitaciones de cobertura y posible dispersión de observaciones en categorías poco frecuentes.

Finalmente, la categoría “SIN DATO” presenta una incidencia baja pero no despreciable en la muestra ( $\approx 3\%$ ), inexistente en la Circular, lo que confirma restricciones en la disponibilidad de información durante el proceso de recolección.

En conjunto, el análisis evidencia que, pese a diferencias en magnitudes, ambas fuentes son consistentes en la identificación de los principales actores del sistema, validando el uso de la Circular como fuente principal para análisis detallados y de la muestra como instrumento complementario para verificación estructural.

En términos generales, la comparación entre la muestra de la Corte Constitucional y la información reportada a través de la Circular Externa 001 de 2025 evidencia una alta coherencia estructural en la caracterización de las tutelas en salud. En particular, ambas fuentes coinciden en la identificación de los principales patrones de distribución, tanto a nivel de variables demográficas como en la concentración por régimen de afiliación y entidades aseguradoras (EPS), lo que valida la consistencia global de la información.

No obstante, se identifican diferencias en los niveles de desagregación más finos, especialmente en el análisis temporal, territorial y en algunas categorías específicas. Estas diferencias se explican principalmente por factores asociados al proceso de recolección de la muestra, tales como tamaños efectivos reducidos en ciertos dominios, cobertura temporal incompleta y limitaciones en la disponibilidad de información en los expedientes, incluyendo casos sin datos o inconsistencias derivadas del aplicativo de consulta. Adicionalmente, es importante señalar que el tamaño y diseño de la muestra no están orientados a

garantizar representatividad en niveles de agregación subnacionales o en dominios específicos, por lo que las estimaciones a estos niveles pueden presentar una mayor variabilidad y deben interpretarse con cautela. En este contexto, la variabilidad observada en la muestra no refleja necesariamente cambios reales en la distribución de las tutelas, sino restricciones propias del diseño y la calidad de los datos.

En el caso específico de la distribución por EPS, se confirma una alta concentración del sistema en un conjunto reducido de entidades, con coincidencia en ambas fuentes respecto a las principales EPS accionadas. El uso de un esquema de colapso jerárquico —que mantiene las EPS de mayor participación, incorpora un segundo nivel de entidades relevantes y agrupa el resto en categorías como “OTRAS” y “SIN DATO”— permite mejorar la interpretabilidad de los resultados sin perder información sustantiva, facilitando así la comparación entre fuentes.

A partir de estos resultados, se concluye que la información reportada mediante la Circular Externa 001 de 2025 constituye la fuente más robusta y completa para el análisis detallado de las tutelas en salud, en la medida en que ofrece mayor cobertura, estabilidad y precisión en las estimaciones. Por su parte, la muestra de la Corte Constitucional cumple un rol complementario, útil para la validación de tendencias generales y la verificación de la coherencia estructural de los datos.

En consecuencia, se establece que los análisis de tendencia histórica y de caracterización general deben basarse en la información consolidada de la Corte Constitucional, mientras que los análisis de mayor profundidad — particularmente aquellos relacionados con población, territorio y actores del sistema— deben sustentarse en la información reportada a través de la Circular 001 de 2025.

### 2.1.3 Comparación entre la Circular Externa 001 de 2025 y la Base Nacional de Tutelas en Salud de la Corte Constitucional

En atención a la solicitud de la Honorable Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantó un ejercicio técnico orientado a evaluar la coherencia entre la información reportada a través de la Circular Externa 001 de

2025 y la Base Nacional de Tutelas en Salud administrada por la Corte Constitucional. El propósito de este análisis no es establecer equivalencias directas entre las fuentes, sino determinar el grado en que ambas permiten caracterizar de manera consistente el fenómeno de las tutelas en salud, bajo un enfoque de validación estructural y consistencia estadística.

Desde el punto de vista metodológico, ambas fuentes responden a propósitos institucionales y marcos de generación de información diferenciados. La Circular Externa 001 de 2025 constituye un registro administrativo de naturaleza sectorial, basado en reportes de actores del sistema de salud (EPS, IPS y otros), con énfasis en el seguimiento operativo, la trazabilidad de la atención y la caracterización de la respuesta institucional. Por su parte, la Base Nacional de Tutelas de la Corte Constitucional corresponde a un registro judicial de cobertura nacional, que documenta el universo de acciones de tutela tramitadas en el país, con un enfoque centrado en el proceso jurídico y la garantía de derechos fundamentales. Estas diferencias se traducen en variaciones en cobertura, estructura de datos, unidades de observación, niveles de agregación y profundidad temática de las variables disponibles.

En este contexto, se identifican limitaciones estructurales para la comparación directa a nivel de microdatos, principalmente debido a la ausencia de identificadores comunes entre las bases (radicado judicial en la Circular frente a número de expediente en la Corte), así como a diferencias en los esquemas de codificación, calidad del dato y mecanismos de captura de la información. Si bien se exploraron estrategias de emparejamiento indirecto, tales como aproximaciones de *record linkage* basadas en atributos comunes (fechas, territorios, actores), la heterogeneidad de las fuentes y la falta de llaves únicas robustas limitan la confiabilidad de estos procedimientos para establecer correspondencias uno a uno.

En consecuencia, el ejercicio se estructuró bajo un enfoque de comparación agregada, apoyado en técnicas de análisis descriptivo y evaluación de consistencia distributiva. En particular, se implementaron los siguientes componentes metodológicos:

- Estandarización y armonización de variables: normalización de categorías (por ejemplo, EPS, régimen de afiliación) mediante diccionarios de homologación y reglas de limpieza sintáctica y semántica, con el fin de garantizar comparabilidad entre fuentes heterogéneas.
- Análisis de distribuciones marginales y conjuntas: comparación de proporciones y estructuras relativas entre fuentes para variables clave, evaluando la estabilidad de patrones y la identificación de posibles sesgos.
- Evaluación de consistencia estructural: análisis de la concentración de las tutelas (por ejemplo, en EPS y regímenes), utilizando medidas de ordenamiento y comparación de rankings para verificar la coincidencia en la identificación de actores predominantes.
- Suavizamiento y análisis de tendencias: en variables temporales, se emplearon modelos polinómicos y análisis exploratorio de series para evaluar la presencia de patrones sistemáticos frente a variabilidad aleatoria.

Bajo este marco, la comparación se orienta a evaluar la consistencia en los patrones agregados y en la estructura del fenómeno, más que a establecer correspondencias individuales entre registros. Este enfoque es metodológicamente consistente con las diferencias inherentes entre las fuentes y permite una evaluación robusta de la coherencia de la información en términos de su capacidad para describir el comportamiento de las tutelas en salud a nivel nacional.

### **Rol de la muestra en el análisis comparativo**

Para fortalecer el ejercicio de comparación entre la Circular Externa 001 de 2025 y la Base Nacional de Tutelas de la Corte Constitucional, se incorporó una muestra de expedientes construida a partir de esta última mediante un diseño probabilístico aleatorio, bajo supuestos estándar de inferencia para proporciones. Esta muestra fue objeto de un proceso de revisión exhaustiva, en el cual cada expediente fue analizado de manera individual por un equipo de profesionales debidamente capacitados, siguiendo protocolos de lectura, extracción y validación de información.

Este procedimiento permitió reconstruir y estandarizar variables que no se encuentran disponibles de forma estructurada en la base judicial, tales como régimen de afiliación, entidad aseguradora (EPS), características del afiliado y atributos específicos del caso. La extracción se realizó mediante criterios homogéneos de codificación, con el fin de garantizar comparabilidad interna y con la información proveniente de la Circular.

En este contexto, la muestra cumple una función metodológica dual. Por una parte, constituye un mecanismo de enriquecimiento de información, al permitir derivar variables analíticas a partir de fuentes no estructuradas (expedientes judiciales). Por otra, actúa como un instrumento de validación estadística indirecta, en la medida en que posibilita contrastar distribuciones y patrones observados en la base judicial frente a los reportados en el registro administrativo, bajo un enfoque de comparación agregada.

Desde el punto de vista inferencial, es importante señalar que el diseño muestral y su tamaño fueron definidos para garantizar precisión en estimaciones a nivel agregado (nacional), pero no están orientados a soportar inferencia robusta en dominios específicos o niveles de desagregación subnacionales. En estos casos, la reducción del tamaño efectivo de muestra y la posible heterogeneidad en la disponibilidad de información incrementan la varianza de las estimaciones y limitan su estabilidad.

Adicionalmente, el proceso de recolección estuvo sujeto a restricciones operativas, tales como dificultades en el acceso y consulta de expedientes en el aplicativo de la Corte Constitucional, así como la existencia de registros con información incompleta o no recuperable. Estas condiciones introducen posibles fuentes de error no muestral (particularmente de tipo no respuesta o información faltante), que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados.

En consecuencia, el uso de la muestra en este ejercicio se enmarca en la evaluación de coherencia estructural y validación de tendencias generales, más que en la estimación puntual de indicadores a niveles desagregados. Bajo este enfoque, la muestra permite complementar la información disponible, aportando evidencia empírica sobre la consistencia entre fuentes, sin sustituir el carácter

exhaustivo y de mayor cobertura de la información reportada a través de la Circular 001 de 2025.

### **Síntesis del ejercicio comparativo**

Los resultados del análisis muestran que, a pesar de las diferencias en cobertura, estructura y procesos de generación de la información, existe una alta coherencia en los patrones agregados identificados por ambas fuentes, lo que sugiere consistencia en la caracterización general del fenómeno de las tutelas en salud. En particular, se evidencia concordancia en la alta concentración de las tutelas en un conjunto reducido de entidades aseguradoras (EPS), así como en la estructura general por régimen de afiliación y en variables demográficas básicas, lo que indica que ambas fuentes capturan de manera consistente los componentes estructurales del sistema.

Las discrepancias observadas se concentran en niveles de desagregación más finos y pueden explicarse por una combinación de factores asociados tanto a errores muestrales como no muestrales. En el caso de la muestra, se identifican tamaños efectivos reducidos en ciertos dominios, lo que incrementa la varianza de las estimaciones y genera inestabilidad en las proporciones. Asimismo, la cobertura temporal incompleta y la heterogeneidad en la disponibilidad de información en los expedientes introducen posibles sesgos de información. A esto se suman restricciones operativas durante el proceso de recolección — particularmente asociadas al acceso y consulta en el aplicativo de la Corte Constitucional— que derivaron en registros con información faltante o inconsistente, lo cual puede ser interpretado bajo un esquema de datos faltantes no completamente al azar.

En este contexto, la comparación directa entre la Circular Externa 001 de 2025 y la Base Nacional de Tutelas de la Corte Constitucional a nivel de registros individuales no resulta metodológicamente viable, debido a la ausencia de identificadores comunes, diferencias en los procesos de captura de la información y esquemas de codificación no homogéneos. No obstante, el enfoque de comparación agregada permite evaluar de manera robusta la consistencia estructural entre fuentes, minimizando el impacto de estas limitaciones.

En consecuencia, los resultados respaldan el uso complementario y diferenciado de ambas fuentes. La información de la Corte Constitucional constituye la base para la caracterización global del fenómeno, dada su cobertura nacional y naturaleza exhaustiva, mientras que la Circular 001 de 2025 ofrece un mayor nivel de detalle y precisión para el análisis sectorial, territorial y de actores del sistema de salud. Bajo este esquema, ambas fuentes se integran de manera coherente dentro de un marco analítico que privilegia la consistencia en los patrones generales y reconoce las limitaciones inherentes a cada fuente en niveles de desagregación más específicos.

## 2.2 A TRAVÉS DEL TIEMPO

En esta sección se describe y analiza la tendencia histórica de las acciones de tutela desde el año 2020. Con el fin de garantizar la trazabilidad y comparabilidad de la información, se mantiene como fuente de referencia la base de datos de la Honorable Corte Constitucional.

Para el año 2025, el total de acciones de tutela interpuestas por vulneración de derechos fundamentales ascendió a 923.397, correspondiente al universo nacional de tutelas registradas en ese periodo en la Corte Constitucional. De este total, el 33,8% (312.573) fueron reportadas como acciones de tutela relacionadas con la vulneración del derecho a la salud en el país<sup>2</sup>.

Para el cálculo de tasas por población y atenciones, se utilizó la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, con un total de 312.570<sup>3</sup> registros. Sobre esta base se aplicó el proceso de depuración descrito en la metodología del presente documento, a partir del cual se identificaron 291.143 tutelas por vulneración del derecho a la salud interpuestas contra actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (94% del total de tutelas incluidas en la

---

<sup>2</sup> Fuente: Corte Constitucional, Estadísticas, disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas>.

<sup>3</sup> La base de datos remitida por la Corte Constitucional contiene 3 registros menos en comparación con el dato publicado en el enlace anterior, lo cual podría explicarse por variaciones propias de los procesos de actualización, consolidación y extracción de la información en la fuente oficial.

base de datos suministrada por la Corte Constitucional), valor que se adopta como universo analítico para la estimación de dichas tasas.

En el año 2025 con respecto al año 2024 se observó una tendencia al incremento en el número de tutelas, que corresponde al 22,8%. Con una tasa 5,49 tutelas por cada 1.000 habitantes y de 5,80 tutelas por cada 1.000 afiliados, ambas con incrementos similares, siendo estos del 1,01 en la tasa por 1000 afiliados y de 0,99 en la tasa por 1000 habitantes.

*Tabla 6. Tendencia histórica de las tutelas en salud 2000- 2025.*

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

| 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 |
|-------------|------------|------------------------|---------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>2022</b> | 51.387.502 | 51.682.692             | 156.412       | 69,1%  | 3,04                             | 3,03                              |
| <b>2023</b> | 51.861.331 | 52.156.254             | 197.767       | 26,4%  | 3,81                             | 3,79                              |
| <b>2024</b> | 49.899.411 | 52.695.952             | 237.094       | 19,9%  | 4,75                             | 4,50                              |
| <b>2025</b> | 50.196.493 | 53.057.212             | 291.143       | 22,8%  | 5,80                             | 5,49                              |

Fuente: Elaboración propia Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Columna 2: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a diciembre de 2025, consultada cubos SISPRO en marzo de 2026.

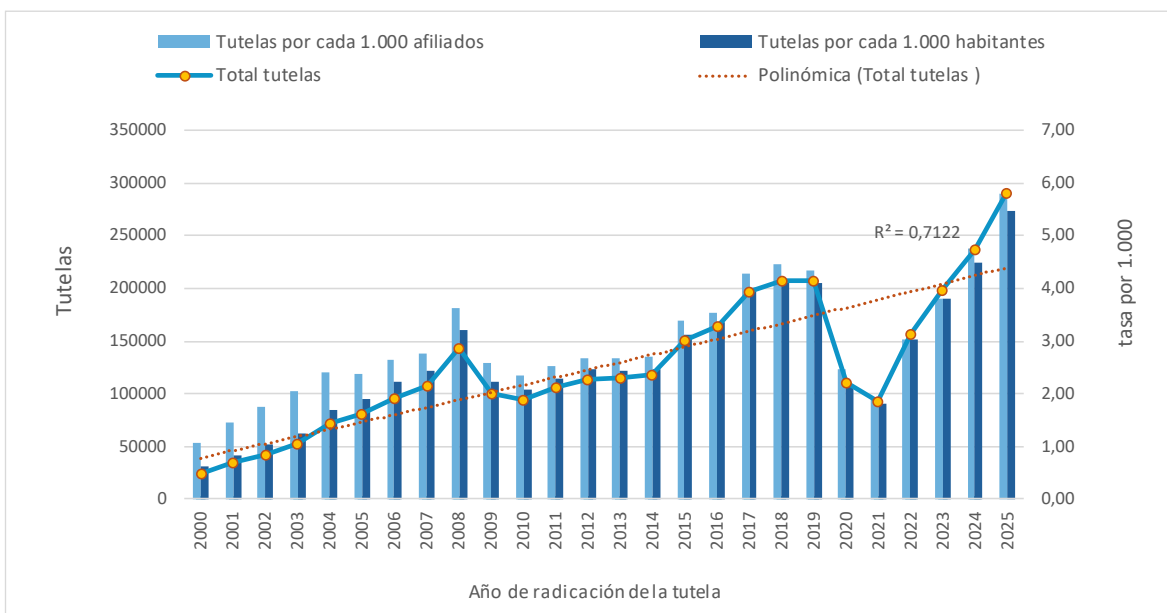
Columna 3: Proyecciones de población DANE por área geográfica 2028-2070.

Columna 4: Base de tutelas suministrada por la Corte Constitucional 2025 depurada (solo se incluyen actores del SGSSS).

La cifra depurada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2025 mostró que **291.143**, corresponden a tutelas impetradas contra actores del SGSSS, que es frente a los que este Ministerio tiene la competencia regulatoria, con carácter vinculante. Las demás **19.477** tutelas correspondieron a regímenes exceptuados del sistema, fondos de pensiones, administradoras de riesgos laborales y otros como empresas o sectores diferentes a salud.

Ahora bien, para afinar 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 0,71; lo que indicaría que tiene un grado de predicción moderado, pero que el aumento continuará para los siguientes periodos.

*Gráfica 6. Comportamiento de las acciones de tutelas por año, Colombia, 2000 al 2025*



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 depurada.

En relación con el comportamiento de las tutelas frente a las personas atendidas se observa una tasa de 7,69 tutelas por cada 1.000 personas atendidas en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. Este resultado evidencia una disminución de 1,51 puntos en la tasa respecto al periodo anterior, lo que sugiere una reducción en la frecuencia de interposición de tutelas en relación con el volumen de atenciones en salud.

*Tabla 7. Comportamiento de las acciones de tutelas de acuerdo con las personas atendidas por año, Colombia, 2015 al 2025*

| <b>Año</b>  | <b>Número de personas atendidas en Salud</b> | <b>Número de Tutelas</b> | <b>Tasa de tutelas por cada 1.000 personas atendidas</b> |
|-------------|--|--------------------------|--|
| <b>2015</b> | 24.466.458                                   | 150.728                  | 6,16   |
| <b>2016</b> | 22.231.997                                   | 164.274                  | 7,39   |

|             |            |         |      |
|-------------|------------|---------|------|
| <b>2017</b> | 26.029.406 | 197.655 | 7,59 |
| <b>2018</b> | 30.184.275 | 207.734 | 6,88 |
| <b>2019</b> | 34.668.268 | 207.368 | 5,98 |
| <b>2020</b> | 29.840.755 | 109.940 | 3,68 |
| <b>2021</b> | 32.704.466 | 92.506  | 2,83 |
| <b>2022</b> | 29.543.353 | 156.412 | 5,29 |
| <b>2023</b> | 26.400.975 | 197.767 | 7,49 |
| <b>2024</b> | 38.344.465 | 237.094 | 6,18 |
| <b>2025</b> | 37.849.627 | 291.143 | 7,69 |

Fuente: elaboración propia a partir de extracción de RIPS, FEVRIPS y base tutelas de Corte Constitucional dato depurado  
\*Extracción de RIPS – FEVRIPS en abril de 2026

Para el año 2025 se reportaron 734.652.230 atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalización, siendo para este año el primer reporte consolidado que integra la fuente FEVRIPS y RIPS, a partir de la entrada en vigor de la Resolución 2275 de 2023. La tasa de tutelas por atenciones para el último año corresponde a 0,40 tutelas por cada 1.000 atenciones.

*Tabla 8. Tasa de Tutelas por cada 1.000 atenciones en salud.*

| <b>Año</b> | <b>Número de Atenciones en Salud</b> | <b>Número de Tutelas</b> | <b>Tasa de tutelas por cada 1.000 atenciones en salud</b> |
|------------|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 2015       | 308.891.332                          | 150.728                  | 0,49  |
| 2016       | 215.625.427                          | 164.274                  | 0,76  |
| 2017       | 292.071.054                          | 197.655                  | 0,68  |
| 2018       | 448.264.636                          | 207.734                  | 0,46  |
| 2019       | 462.414.615                          | 207.368                  | 0,45  |
| 2020       | 412.521.724                          | 109.940                  | 0,27  |
| 2021       | 452.397.248                          | 92.506                   | 0,2   |
| 2022       | 430.538.432                          | 156.412                  | 0,36  |
| 2023       | 453.658.925                          | 197.767                  | 0,44  |
| 2024       | 428.662.676                          | 237.094                  | 0,55  |
| 2025       | 734.652.230*                         | 291.143                  | 0,40  |

Fuente: elaboración propia a partir de extracción de RIPS, FEVRIPS y base tutelas de Corte Constitucional dato depurado  
\*Extracción de RIPS – FEVRIPS en abril de 2026



### 2.2.1 Caracterización sociodemográfica de las personas que interpusieron las tutelas

La presente sección tiene como propósito caracterizar a las personas que interpusieron acciones de tutela por presunta vulneración del derecho fundamental a la salud en Colombia durante el 2025, con el fin de orientar la formulación y focalización de intervenciones y políticas públicas, incorporando un enfoque diferencial dirigido a las poblaciones más afectadas.

En este análisis se emplea como fuente principal la base de datos autónoma Circular Externa 001 de 2025, la cual consolida información reportada por los diferentes actores del sistema y permite incorporar variables adicionales orientadas a identificar la cantidad de tutelas por persona, así como los problemas jurídicos asociados, sus causas y las pretensiones formuladas. Con el fin de evitar la sobreestimación de los indicadores, se aplicó previamente un proceso de depuración descrito en el apartado de metodología del presente documento, mediante el cual se garantiza, por una parte, la inclusión de todas las acciones de tutela interpuestas por un mismo individuo en diferentes momentos del año y, por otra, la eliminación de duplicidades derivadas de un mismo radicado reportado por múltiples entidades cuando varias son vinculadas o accionadas.

El informe adopta una perspectiva integral que aborda la vulneración del derecho a la salud evidenciada a través de la interposición de acciones de tutela, no solo como expresión de demandas individuales, sino como insumo para la identificación de oportunidades de mejora en el sistema de salud. En este sentido, se busca trascender el análisis descriptivo y aportar elementos que contribuyan al fortalecimiento de la respuesta institucional.

El análisis incorpora un enfoque de curso de vida, lo que permite una comprensión integral y estratificada de las necesidades y problemáticas que enfrentan las personas en diferentes etapas de la vida, así como de los desafíos específicos en el acceso a los servicios de salud.

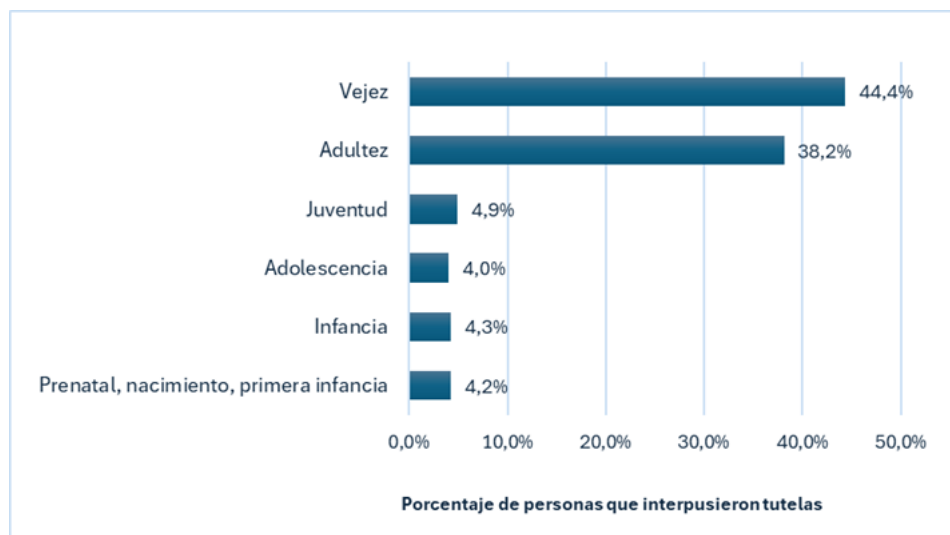
Para el año 2025, un total de 228.362 personas interpusieron acciones de tutela en salud. De estas, el 42,3% corresponde a hombres y el 57,7% a mujeres, manteniéndose una mayor participación de estas últimas, en línea con lo

observado en el año inmediatamente anterior, donde representaron el 55,2%. En cuanto a la fuente de reporte, 199.876 personas beneficiarias fueron registradas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), 25.826 por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y 2.660 por las entidades territoriales.

### **Tutelas por curso de vida**

El análisis por curso de vida evidencia que la interposición de acciones de tutela en salud durante 2025 mantiene una alta concentración en las etapas de adultez y vejez, las cuales agrupan más del 80% del total de personas, comportamiento similar al observado en el informe de 2024. Este comportamiento sugiere una asociación con la mayor carga de enfermedad y demanda de servicios en estas etapas del curso de vida.

*Tabla 9. Distribución por curso de vida de las personas beneficiarias de las tutelas. 2025*



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

Ahora bien, en cuanto a la relación entre el curso de vida y el sexo, para 2025 se mantiene el patrón observado en 2024, en el que las mujeres concentran el mayor porcentaje de personas beneficiarias de las acciones de tutela en las

etapas de juventud, adultez y vejez, mientras que en los ciclos de primera infancia, infancia y adolescencia la mayor proporción corresponde a hombres.

No obstante, se evidencia una variación en la magnitud de estas diferencias. En el curso de vida de la adultez, durante 2025 las mujeres superan a los hombres en 23,2 puntos porcentuales (61,6% frente a 38,4%), lo que representa un incremento frente a la diferencia observada en 2024 (19,2 puntos porcentuales). De igual forma, en el ciclo de vejez la brecha se amplía levemente, pasando de 10,6 puntos porcentuales en 2024 a 15,4 puntos porcentuales en 2025 (57,7% frente a 42,3%).

En contraste, en las etapas tempranas del curso de vida se mantiene el predominio masculino, aunque con diferencias menos marcadas, especialmente en adolescencia, donde la distribución entre hombres y mujeres tiende a ser más equilibrada.

*Tabla 10. Distribución de las personas beneficiarias de las tutelas por curso de vida y sexo, 2025*

| Curso de vida                           | Sexo   |      |         | Total   |
|---|--------|------|---------|---------|
|   | H      | I    | M       |         |
| Prenatal, nacimiento y primera infancia | 5437   | 0    | 4245    | 9682    |
|   | 56,2%  | 0,0% | 43,8%   | 100,0%  |
| Infancia                                | 5398   | 0    | 4312    | 9710    |
|   | 55,6%  | 0,0% | 44,4%   | 100,0%  |
| Adolescencia                            | 4629   | 0    | 4559    | 9188    |
|   | 50,4%  | 0,0% | 49,6%   | 100,0%  |
| Juventud                                | 4965   | 0    | 6332    | 11297   |
|   | 43,9%  | 0,0% | 56,1%   | 100,0%  |
| Adultez                                 | 33420  | 3    | 53708   | 87131   |
|   | 38,4%  | 0,0% | 61,6%   | 100,0%  |
| Vejez                                   | 42826  | 1    | 58524   | 101351  |
|   | 42,3%  | 0,0% | 57,7%   | 100,0%  |
| SD                                      | 0      | 0    | 3       | 3       |
|   | 0,0%   | 0,0% | 100,0%  | 100,0%  |
| Total                                   | 96.675 | 4    | 131.683 | 228.362 |

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

### **Tutelas interpuestas por población de especial interés y protección**

Respecto a la distribución de la población de especial interés y protección en salud que interpusieron tutelas, se identifica que 1.470 eran gestantes, lo que representa un 1,1% del total de mujeres beneficiarias de las tutelas.

Por otra parte, la identificación de la pertenencia étnica de las personas beneficiarias de acciones de tutela en salud reviste especial relevancia, en tanto corresponde a poblaciones con una alta diversidad cultural, prácticas propias, lenguas y condiciones particulares determinadas por factores sociales, económicos y territoriales. Estas características demandan un enfoque diferencial en la atención en salud. En este sentido, la incorporación de esta variable en el análisis permite comprender y abordar de manera más efectiva las desigualdades y barreras específicas que enfrentan los grupos étnicos en el acceso a los servicios de salud.

Al analizar de manera agregada la población que reporta pertenencia étnica (es decir, todas las categorías distintas a “ninguna de las anteriores”), se evidencia una disminución entre 2024 y 2025. En 2024, 20.400 personas (10,41%) que interpusieron acciones de tutela se reconocían como pertenecientes a algún grupo étnico, mientras que en 2025 esta cifra desciende a 12.521 personas (5,48%), lo que representa una reducción de 7.879 personas (4,93 puntos porcentuales).

Dado que no se presentan cambios en los criterios de clasificación ni en las tablas de referencia para la captura de esta variable, este comportamiento podría interpretarse como una menor participación relativa de la población con pertenencia étnica en la interposición de acciones de tutela en salud.

*Tabla 11. Distribución de las personas beneficiarias de las tutelas por pertenencia étnica. 2024-2025*

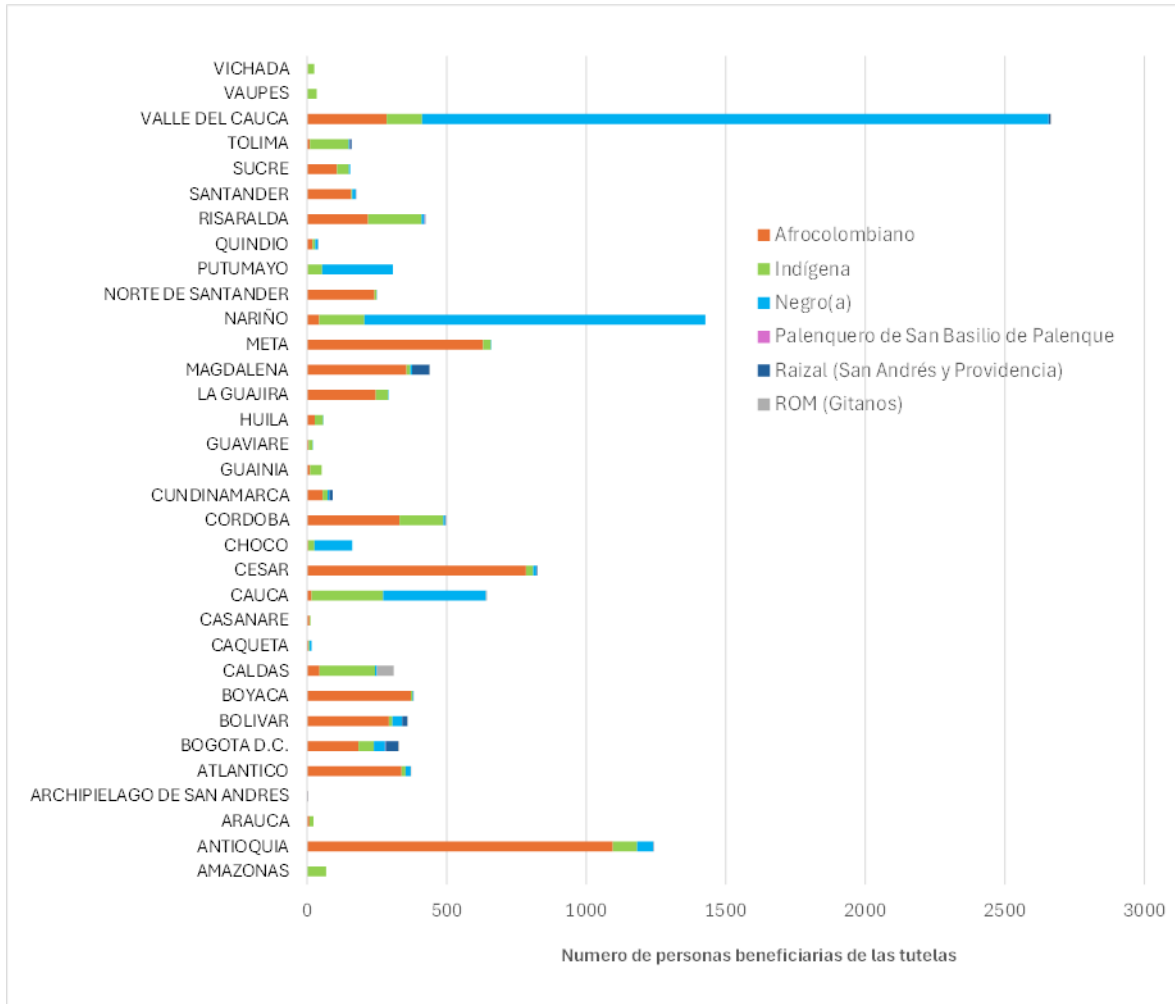
| Pertenencia étnica | Año    |       |       |       |
|--------------------|--------|-------|-------|-------|
|                    | 2024   |       | 2025  |       |
| Afrocolombiano     | 17.723 | 9,05% | 5.897 | 2,58% |
| Indígena           | 1.732  | 0,88% | 1.910 | 0,84% |
| Negro(a)           | 806    | 0,41% | 4.465 | 1,96% |

|                                       |         |         |         |        |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|--------|
| Ninguna de las anteriores             | 175.478 | 89,59%  | 215.841 | 94,52% |
| Palenquero de San Basilio de Palenque | 14      | 0,01%   | 7       | 0,00%  |
| Raizal (San Andrés y Providencia)     | 90      | 0,05%   | 163     | 0,07%  |
| ROM (Gitanos)                         | 35      | 0,02%   | 79      | 0,03%  |
| Total                                 | 195.878 | 100,00% | 228.362 | 100,0% |

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

De acuerdo con la distribución por departamento de las comunidades étnicas, estos grupos poblacionales se concentran en el Valle del Cauca, Nariño, Antioquia, Cesar, Meta y Cauca.

*Tabla 12. Distribución personas beneficiarias de las tutelas de las comunidades étnicas por departamento. 2025*



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

Al analizar la población especial para el año 2025, del total de personas que interpusieron tutelas, el 11,06% (n=25.255) se identificaron en este grupo, dentro de esta clasificación, las víctimas del conflicto armado representan el 88,75% (n=22.407), constituyéndose en el grupo con mayor participación. En segundo lugar, se encuentran las poblaciones indígenas recluidas en centros de armonización, con 1.463 personas (5,79%). En tercer lugar, se ubica la población adulta mayor en centros de protección, en condición de abandono y con escasos recursos, que corresponde al 2% (n=505).

En términos comparativos, entre 2024 y 2025 se evidencia un incremento en el total de personas clasificadas como poblaciones especiales, pasando de 14.074 en 2024 (7,18% del total de personas) a 25.255 en 2025 (11,06% del total de personas), lo que representa un aumento del 79%. Adicionalmente, se mantiene la concentración de la población clasificada como grupos especiales en el grupo de víctimas del conflicto armado.

En cuanto a la población migrante para el año 2025 se identificaron 2.819 personas que interpusieron acciones de tutela, lo que corresponde al 1,2% del total de personas. De este grupo, el 82% (n=2.325) se encontraba en situación migratoria regular y el 18% (n=494) en condición irregular, siendo Venezuela y Ecuador los principales países de origen.

En comparación con 2024, cuando se registraron 3.425 personas migrantes (1,75% del total), se encuentra una disminución en el número absoluto de personas migrantes que interponen acciones de tutela, equivalente al 17,7%. Asimismo, se observa una disminución en su participación relativa dentro del total de tutelas, pasando de 1,75% en 2024 a 1,2% en 2025.

*Tabla 13. Distribución por poblaciones especiales. 2025*

| <b>Población especial</b>  | <b>Total personas</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-----------------------|-------------------|
| Víctimas del conflicto armado en los términos de la Ley 1448/2011 que se encuentren en el Registro Único de Víctimas | 22407                 | 88,72%            |
| Comunidades indígenas incluida la población reclusa en centros de armonización                                       | 1463                  | 5,79%             |
| Adulto mayor en centros de protección de escasos recursos y en condición de abandono                                 | 505                   | 2,00%             |
| Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-                          | 349                   | 1,38%             |
| Población Habitante de la calle  | 79                    | 0,31%             |
| Recién nacidos y menores de edad de padres no afiliados  | 76                    | 0,30%             |
| Personas con discapacidad de escasos recursos y en condición de abandono en centros de protección                    | 69                    | 0,27%             |
| Población desmovilizada y su grupo familiar  | 56                    | 0,22%             |

| <b>Población especial</b>   | <b>Total personas</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-----------------------|-------------------|
| Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC que no pertenecen al Régimen Contributivo o a un Régimen Especial o de Excepción   | 45                    | 0,18%             |
| Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos y su núcleo familiar   | 40                    | 0,16%             |
| Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF   | 39                    | 0,15%             |
| Migrantes colombianos repatriados, que han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República de Venezuela y su núcleo familiar                                 | 38                    | 0,15%             |
| Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad | 26                    | 0,10%             |
| Personas que dejen de ser madres comunitarias   | 23                    | 0,09%             |
| Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el sistema de responsabilidad penal para adolescentes  | 15                    | 0,06%             |
| Personas incluidas en el programa en protección a testigos  | 13                    | 0,05%             |
| Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF  | 8                     | 0,03%             |
| Población Rrom (Gitano)   | 2                     | 0,01%             |
| Veteranos de la Fuerza Pública  | 2                     | 0,01%             |
| <b>Total de Personas identificadas como población especial</b>  | <b>25255</b>          | <b>100,00%</b>    |

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

### **Afiliación al SGSSS**

Al analizar el régimen de afiliación se puede observar que para el año 2025, predominan las tutelas interpuestas por población afiliada al Régimen Contributivo, lo cual representa el 52,9% de los accionantes (n=120.759), reportando un aumento en comparación con 2024, cuando se encontró que el 47,0% (n=92.045) de las personas pertenecían a este régimen, lo que representa un incremento de 5,9 puntos porcentuales.

En cuanto al Régimen Subsidiado este presenta una disminución con respecto al año 2024 pasando de 51,4% al 45,8%. Así mismo se evidencia una disminución

de las personas que interpusieron una acción de tutela y que no contaban con ningún tipo de afiliación ubicándose en el 0.5% en el año 2024 y en el 0.3% para el año 2025. El restante de personas se encuentra afiliado a los regímenes especiales y de excepción.

*Tabla 14. Distribución del total de personas que interpusieron tutelas, por régimen de afiliación al SGSSS.*

| Régimen de afiliación      | 2024           |               | 2025           |               |
|----------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
|                            | Personas       | Porcentaje    | Personas       | Porcentaje    |
| Contributivo               | 92.045         | 47,0%         | 120.759        | 52,9%         |
| Especial                   | 654            | 0,3%          | 452            | 0,2%          |
| Excepción                  | 1.400          | 0,7%          | 763            | 0,3%          |
| No Asegurado               | 1.076          | 0,5%          | 657            | 0,3%          |
| Otros Regímenes Especiales | 115            | 0,1%          | 1.029          | 0,5%          |
| Subsidiado                 | 100.588        | 51,4%         | 104.702        | 45,8%         |
| <b>Total de Personas</b>   | <b>195.878</b> | <b>100,0%</b> | <b>228.362</b> | <b>100,0%</b> |

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

### **Tasa de tutelas por EPS, número de atenciones y afiliados al SGSSS**

De acuerdo con el reporte realizado por las EPS de tutelas interpuestas por sus afiliados, la tasa de tutelas por cada 1.000 afiliados para 2025 corresponde a 4,64, mientras en 2024 se reportó una tasa de 4,30 por 1.000 afiliados.

Se destaca que la mayor participación en el total de tutelas en el 2025 se concentra en NUEVA EPS, que aporta el 38,1% (88.619 tutelas), seguida de EPS Sanitas con el 11,5% (26.723), EPS SURA con el 8,9% (20.815), Salud Total con el 7,3% (16.992) y Coosalud con el 7,2% (16.801). En conjunto, estas cinco entidades concentran más del 70% del total de tutelas.

Al analizar la tasa de tutelas por cada 1.000 afiliados, se observan diferencias importantes entre entidades. EPS como Comfaoriente (9,25), Comfenalco Valle (7,62), Nueva EPS (7,61), Fondo Pasivo de Ferrocarriles Nacionales (5,92) y

Emssanar (5,71) se ubican en los primeros cinco lugares al tener las tasas más altas. En contraste, entidades como ANAS WAYUU EPSI (0,08), Dusakawi EPSI (0,10) y Mallamas EPSI (0,33) presentan tasas más bajas, inferiores a 1 por cada 1.000 afiliados, teniendo en cuenta que estas entidades afilian en un alto porcentaje a comunidades indígenas.

En cuanto a las EPS con mayores tasas por 1.000 afiliados, se identifica una reducción en los valores máximos del indicador en comparación con el resultado 2024, Savia Salud EPS y el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales presentaban tasas significativamente altas (13,75 y 11,32, respectivamente), mientras que en 2025 la tasa más alta corresponde a Comfaoriente con 9,25, seguida de Comfenalco Valle (7,62) y Nueva EPS (7,61).

En relación con la tasa de personas que interpusieron tutelas por atenciones en salud, es importante precisar que el denominador incluye las atenciones en urgencias, hospitalización y consulta externa, reportadas tanto en FEVRIPS como en RIPS. En este sentido, el volumen de atenciones puede presentar incrementos significativos frente al total registrado únicamente en RIPS para 2024. Por lo anterior, el resultado no es comparable entre periodos, dado el mayor nivel de cobertura logrado en la actualidad con el reporte desde los prestadores de servicios de salud.

*Tabla 15. Distribución y tasa de tutelas por cada 10.000 atenciones y 1.000 afiliados, 2025*

| EPS                                      | Afiliados | Personas que interponen tutelas (Circular 001) | Tutelas (Circular 001) | Atenciones en salud RIPS-FEVRIIPS | Personas que interponen tutelas por cada 10.000 atenciones | Tutelas por cada 1.000 Afiliados | Distribución porcentual tutelas |
|--|-----------|--|------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| AIC EPSI - ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA | 257.504   | 304  | 325                    | 1.984.155                         | 1,5  | 1,26                             | 0,1%                            |
| ALIANSA UD EPS                           | 257.972   | 413  | 500                    | 7.184.387                         | 0,6  | 1,94                             | 0,2%                            |
| ANAS WAYUU EPSI                          | 300.216   | 23   | 25                     | 3.830.579                         | 0,1  | 0,08                             | 0,0%                            |

| EPS                               | Afiliados | Personas que interponen tutelas (Circular 001) | Tutelas (Circular 001) | Atenciones en salud RIPS-FEVRIPI | Personas que interponen tutelas por cada 10.000 atenciones | Tutelas por cada 1.000 Afiliados | Distribución porcentual tutelas |
|-----------------------------------|-----------|--|------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| ASMET SALUD EPS SAS               | 1.587.009 | 7.203  | 8.921                  | 13.371.760                       | 5,4  | 5,62                             | 3,8%                            |
| ASOCIACION MUTUAL SER EPS-S       | 2.690.439 | 3.110  | 3.202                  | 31.500.600                       | 1,0  | 1,19                             | 1,4%                            |
| CAJACOPI EPS S.A.S                | 1.367.842 | 3.715  | 4.160                  | 21.054.830                       | 1,8  | 3,04                             | 1,8%                            |
| CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.        | 1.127.012 | 2.822  | 3.201                  | 11.765.988                       | 2,4  | 2,84                             | 1,4%                            |
| CAPRESOC A EPS                    | 167.764   | 542  | 624                    | 2.263.601                        | 2,4  | 3,72                             | 0,3%                            |
| CCF DEL CHOCÓ                     | 167.478   | 160  | 171                    | 1.013.769                        | 1,6  | 1,02                             | 0,1%                            |
| COMFAORIENTE                      | 253.568   | 1.966  | 2.346                  | 3.517.352                        | 5,6  | 9,25                             | 1,0%                            |
| COMFENALCO VALLE EPS              | 296.570   | 1.856  | 2.259                  | 3.307.542                        | 5,6  | 7,62                             | 1,0%                            |
| COMPENSAR                         | 1.789.893 | 4.658  | 5.511                  | 17.429.813                       | 2,7  | 3,08                             | 2,4%                            |
| COOSALUD EPS S.A                  | 3.357.788 | 14.245   | 16.801                 | 23.814.300                       | 6,0  | 5,00                             | 7,2%                            |
| DUSAKAWI EPSI                     | 305.218   | 29   | 29                     | 2.390.413                        | 0,1  | 0,10                             | 0,0%                            |
| EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN ESP | 6.861     | 6  | 7                      | 44.761                           | 1,3  | 1,02                             | 0,0%                            |
| EMSSANAR E.S.S                    | 1.673.150 | 7.991  | 9.560                  | 16.276.332                       | 4,9  | 5,71                             | 4,1%                            |
| EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.   | 367.424   | 392  | 438                    | 1.218.241                        | 3,2  | 1,19                             | 0,2%                            |
| EPS FAMILIAR LTDA                 | 2.620.047 | 9.770  | 11.167                 | 32.031.254                       | 3,1  | 4,26                             | 4,8%                            |
| EPS SANITAS                       | 6.011.209 | 22.936   | 26.723                 | 62.606.949                       | 3,7  | 4,45                             | 11,5%                           |

| EPS  | Afiliados         | Personas que interponen tutelas (Circular 001) | Tutelas (Circular 001) | Atenciones en salud RIPS-FEVRIIPS | Personas que interponen tutelas por cada 10.000 atenciones | Tutelas por cada 1.000 Afiliados | Distribución porcentual tutelas |
|--|-------------------|--|------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| FERROCAR RILES NACIONAL ES                       | 28.569            | 152  | 169                    | 173.090                           | 8,8  | 5,92                             | 0,1%                            |
| FUNDACION SALUD MIA EPS                          | 76.664            | 150  | 168                    | 1.230.841                         | 1,2  | 2,19                             | 0,1%                            |
| MALLAMAS EPSI                                    | 446.184           | 128  | 147                    | 4.888.124                         | 0,3  | 0,33                             | 0,1%                            |
| NUEVA EPS  | 11.648.980        | 78.486   | 88.619                 | 108.209.209                       | 7,3  | 7,61                             | 38,1%                           |
| PIJAOS SALUD EPSI                                | 112.075           | 427  | 483                    | 752.162                           | 5,7  | 4,31                             | 0,2%                            |
| SALUD TOTAL                                      | 5.349.595         | 12.878   | 16.992                 | 44.734.590                        | 2,9  | 3,18                             | 7,3%                            |
| SAVIA SALUD - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS | 1.682.413         | 7.206  | 8.535                  | 10.644.525                        | 6,8  | 5,07                             | 3,7%                            |
| SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SAS                 | 746.287           | 676  | 806                    | 7.758.687                         | 0,9  | 1,08                             | 0,3%                            |
| EPS SURA   | 5.500.762         | 17.182   | 20.815                 | 49.514.951                        | 3,5  | 3,78                             | 8,9%                            |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>50.196.493</b> | <b>199.426</b>                                 | <b>232.704</b>         | 484.512.805                       | 4,1  | <b>4,64</b>                      | <b>100,0%</b>                   |

Fuente: Construcción propia a partir de:  
 Columna 2: Consulta Cubos SISPRO, total afiliados por EPS a diciembre de 2025  
 Columna 3 y 4: Circular Externa 001 de 2025  
 Columna 5. Consulta abril de 2026, FEVRIPS y RIPS atenciones 2025, Ministerio de salud y protección social

## **Tutelas por nivel de pobreza**

Dentro de la caracterización población es fundamental el análisis de condición socioeconómica de las personas beneficiarias de las tutelas, para obtener esta información se utilizó como indicador proxi el nivel de SISBEN el cual se obtuvo

por cruce de datos con la base de información de registro social de hogares (DNP)<sup>4</sup> de donde se tomó como referencia el Sisbén, teniendo en cuenta que es el sistema de clasificación socioeconómica que permite identificar a las personas que más necesitan apoyo social. Para la clasificación y análisis de la información se tienen en cuenta los cuatro grupos definidos para la versión actual del SISBEN IV que se implementó en el país.

**Grupo A:** pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)

**Grupo B:** pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A)

**Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza)

**Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.

En concordancia con lo anterior, se evidencia que el 44% de las personas que son beneficiarias de las tutelas se concentran en el grupo de pobreza extrema y moderada siendo los departamentos de Chocó, Arauca, Quindío y Norte de Santander los departamentos con una mayor proporción de personas clasificadas en estas dos categorías.

Es importante tener en cuenta que esta encuesta no es censal es decir no se aplica a toda la población de Colombia por lo anterior aparece información Sin Dato.

*Tabla 16. Distribución porcentual de Beneficiarios de tutelas, según grupo de SISBEN, 2025*

| Departamento | Sin dato | A (pobreza extrema) | B (pobreza moderada) | C (vulnerable) | D (población no pobre, no vulnerable) |
|--------------|----------|---------------------|----------------------|----------------|---------------------------------------|
| AMAZONAS     | 40%      | 25%                 | 24%                  | 9%             | 2%                                    |
| ANTIOQUIA    | 28%      | 9%                  | 19%                  | 28%            | 16%                                   |
| ARAUCA       | 17%      | 40%                 | 33%                  | 6%             | 2%                                    |
| ATLÁNTICO    | 18%      | 8%                  | 22%                  | 37%            | 15%                                   |

<sup>4</sup> El Registro Social de Hogares (RSH), sistema de información para la focalización, el diseño de las políticas públicas y el seguimiento de las condiciones de vida de los hogares

| Departamento                             | Sin dato     | A (pobreza extrema) | B (pobreza moderada) | C (vulnerable) | D (población no pobre, no vulnerable) |
|--|--------------|---------------------|----------------------|----------------|---------------------------------------|
| BOGOTÁ, D.C.                             | 40%          | 20%                 | 21%                  | 14%            | 5%                                    |
| BOLÍVAR                                  | 49%          | 4%                  | 12%                  | 22%            | 13%                                   |
| BOYACÁ                                   | 30%          | 32%                 | 26%                  | 10%            | 2%                                    |
| CALDAS                                   | 27%          | 20%                 | 29%                  | 16%            | 8%                                    |
| CAQUETÁ                                  | 37%          | 15%                 | 27%                  | 16%            | 5%                                    |
| CASANARE                                 | 20%          | 35%                 | 36%                  | 7%             | 3%                                    |
| CAUCA                                    | 20%          | 29%                 | 35%                  | 11%            | 4%                                    |
| CESAR                                    | 26%          | 38%                 | 28%                  | 7%             | 2%                                    |
| CHOCÓ                                    | 18%          | 44%                 | 29%                  | 7%             | 3%                                    |
| CÓRDOBA                                  | 23%          | 33%                 | 25%                  | 13%            | 6%                                    |
| CUNDINAMARCA                             | 21%          | 34%                 | 32%                  | 10%            | 3%                                    |
| GUAINÍA                                  | 28%          | 10%                 | 24%                  | 25%            | 13%                                   |
| GUAVIARE                                 | 47%          | 7%                  | 25%                  | 17%            | 4%                                    |
| HUILA                                    | 29%          | 22%                 | 25%                  | 17%            | 8%                                    |
| LA GUAJIRA                               | 28%          | 23%                 | 30%                  | 14%            | 5%                                    |
| MAGDALENA                                | 28%          | 33%                 | 25%                  | 10%            | 4%                                    |
| META                                     | 28%          | 37%                 | 25%                  | 7%             | 2%                                    |
| NARIÑO                                   | 31%          | 21%                 | 26%                  | 16%            | 6%                                    |
| NORTE DE SANTANDER                       | 25%          | 39%                 | 27%                  | 7%             | 2%                                    |
| PUTUMAYO                                 | 22%          | 30%                 | 34%                  | 11%            | 3%                                    |
| QUINDÍO                                  | 19%          | 37%                 | 37%                  | 4%             | 3%                                    |
| RISARALDA                                | 37%          | 15%                 | 29%                  | 15%            | 4%                                    |
| SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 35%          | 14%                 | 26%                  | 20%            | 5%                                    |
| SANTANDER                                | 28%          | 25%                 | 33%                  | 11%            | 3%                                    |
| SUCRE                                    | 19%          | 34%                 | 33%                  | 11%            | 3%                                    |
| TOLIMA                                   | 35%          | 25%                 | 27%                  | 9%             | 4%                                    |
| VALLE DEL CAUCA                          | 38%          | 13%                 | 24%                  | 18%            | 7%                                    |
| VAUPÉS                                   | 51%          | 4%                  | 21%                  | 15%            | 9%                                    |
| VICHADA                                  | 35%          | 26%                 | 30%                  | 3%             | 6%                                    |
| <b>Total</b>                             | <b>31%</b>   | <b>19%</b>          | <b>25%</b>           | <b>17%</b>     | <b>8%</b>                             |
|  | <b>71404</b> | <b>42978</b>        | <b>56460</b>         | <b>39586</b>   | <b>17934</b>                          |

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

## 2.2.2 Caracterización territorial de las tutelas

Es importante describir el comportamiento de los territorios, dado que esto permite articular acciones específicas para los departamentos con la mayor tasa, dentro de los cuales se encuentran los más poblados del país.

Esta correlación sugiere que la densidad poblacional puede ser un factor determinante en el número de tutelas presentadas, lo que refleja potencialmente una mayor demanda de servicios de salud y/o una mayor conciencia y acceso a los mecanismos legales para la protección del derecho a la salud. Este patrón subraya la necesidad de ajustar los recursos y las políticas de salud para atender efectivamente las demandas específicas de estas áreas con alta densidad poblacional.

En total se reportaron 274.510 acciones de tutela en 2025 a través de la Circular Externa 001 de 2025. El 55,1% del total nacional se agrupa en cinco departamentos del país: Antioquia (21,9%), Valle del Cauca (10,7%), Bogotá D.C. (9,5%), Norte de Santander (7,2%) y Santander (5,8%).

Con relación a la tasa de tutelas por cada 1.000 habitantes, para el año 2025 se evidencia un incremento a nivel nacional, pasando de 4,5 en 2024 a 5,17 en el 2025.

A nivel departamental para 2025, la mayor tasa de tutelas se presenta en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 14,91 por cada 1.000 habitantes, seguido de Risaralda con 13,58, Caldas con 13,57 y Arauca con 12,85, ubicándose estos territorios en los primeros lugares y por encima de la tasa nacional (5,17). En comparación con 2024, San Andrés presenta una disminución importante (de 18,10 a 14,91), mientras que departamentos como Risaralda (12,54 a 13,58), Caldas (13,38 a 13,57) y Arauca (9,45 a 12,85) registran incrementos.

Si bien estos departamentos concentran las tasas más altas, en total se identifican en el año 2025 trece territorios por encima del indicador nacional, integrando al grupo anterior los departamentos de Norte de Santander (11,64),

Antioquia (8,66), Quindío (8,16), Santander (6,61), Valle del Cauca (6,22), Amazonas (5,56), Tolima (5,41), Boyacá (5,26) y Caquetá (5,24).

Este comportamiento puede estar asociado a las particularidades territoriales que inciden en el acceso a los servicios de salud, donde factores como las barreras geográficas, las condiciones sociales, la dispersión poblacional y las dinámicas de movilidad afectan la oportunidad y continuidad en la atención, lo que podría derivar en un mayor uso del mecanismo de tutela como vía para garantizar el derecho a la salud.

*Tabla 17. Número de tutelas y tasa de tutelas por Departamento por cada 1.000 habitantes. Colombia 2025.*

| Departamento | Tutelas (Circular 001 de 2025) | Beneficiarios de tutelas (Circular 001 de 2025) | Tutelas por 1.000 habitantes (2025) | Tutelas por cada 1.000 habitantes 2024 |
|--------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| AMAZONAS     | 473                            | 433   | 5,56                                | 6,30                                   |
| ANTIOQUIA    | 60.010                         | 48.077  | 8,66                                | 7,83                                   |
| ARAUCA       | 3.588                          | 2.873   | 12,85                               | 9,45                                   |
| ATLANTICO    | 5.943                          | 5.342   | 2,07                                | 1,67                                   |
| BOGOTA D.C.  | 26.083                         | 21.900  | 3,28                                | 2,21                                   |
| BOLIVAR      | 6.821                          | 6.110   | 3,04                                | 2,88                                   |
| BOYACA       | 6.782                          | 5.969   | 5,26                                | 3,78                                   |
| CALDAS       | 14.311                         | 11.853  | 13,57                               | 13,38                                  |
| CAQUETA      | 2.250                          | 1.855   | 5,24                                | 5,46                                   |
| CASANARE     | 1.767                          | 1.563   | 3,73                                | 4,14                                   |
| CAUCA        | 5.774                          | 5.172   | 3,61                                | 3,76                                   |
| CESAR        | 6.779                          | 6.046   | 4,61                                | 4,31                                   |
| CHOCO        | 850                            | 782   | 1,43                                | 1,26                                   |
| CORDOBA      | 4.673                          | 4.341   | 2,34                                | 2,03                                   |
| CUNDINAMARCA | 9.027                          | 7.826   | 2,55                                | 1,13                                   |
| GUAINIA      | 172                            | 163   | 2,88                                | 2,68                                   |
| GUAVIARE     | 185                            | 173   | 2,18                                | 1,54                                   |
| HUILA        | 5.368                          | 4.655   | 4,44                                | 3,43                                   |
| LA GUAJIRA   | 1.247                          | 1.130   | 1,17                                | 0,95                                   |

| Departamento             | Tutelas (Circular 001 de 2025) | Beneficiarios de tutelas (Circular 001 de 2025) | Tutelas por 1.000 habitantes (2025) | Tutelas por cada 1.000 habitantes 2024 |
|--------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| MAGDALENA                | 4.945                          | 4.434   | 3,20                                | 3,05                                   |
| META                     | 4.328                          | 3.763   | 3,74                                | 3,25                                   |
| NARIÑO                   | 8.555                          | 7.034   | 4,99                                | 4,47                                   |
| NORTE DE SANTANDER       | 19.901                         | 16.130  | 11,64                               | 10,49                                  |
| PUTUMAYO                 | 1.070                          | 903   | 2,74                                | 3,55                                   |
| QUINDIO                  | 4.551                          | 3.825   | 8,16                                | 6,70                                   |
| RISARALDA                | 13.620                         | 10.410  | 13,58                               | 12,54                                  |
| SAN ANDRES Y PROVIDENCIA | 946                            | 891   | 14,91                               | 18,10                                  |
| SANTANDER                | 15.860                         | 13.818  | 6,61                                | 5,36                                   |
| SUCRE                    | 1.571                          | 1.394   | 1,52                                | 1,45                                   |
| TOLIMA                   | 7.504                          | 6.393   | 5,41                                | 4,26                                   |
| VALLE DEL CAUCA          | 29.304                         | 22.895  | 6,22                                | 6,19                                   |
| VAUPES                   | 68                             | 67  | 1,54                                | 2,36                                   |
| VICHADA                  | 184                            | 142   | 1,24                                | 1,58                                   |
| <b>Total</b>             | <b>274.510</b>                 | <b>228.362</b>                                  | <b>5,17</b>                         | <b>4,50</b>                            |

Fuente: Construcción propia a partir de reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025. DANE. Proyecciones de población por área geográfica, periodo 2018-2050. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social.

\*Anexo 01 tabla de tutelas por municipios 2025

En cuanto a la tasa de tutelas por cada 1.000 habitantes, se encuentran 283 municipios que superan el dato nacional de 5,17 tutelas por 1.000 habitantes. El 70,85% de estos Municipios se ubican en siete departamentos del país: Antioquia (27,68% correspondiente a 75 municipios), Santander (9,23%, 25 municipios), Valle del Cauca (8,86%, 25 municipios), Caldas (8,12%, 22 municipios), Boyacá (5,90%, 16 municipios), Nariño (5,54%, 15 municipios) y Norte de Santander (5,54%, 15 municipios). Por otra parte, es importante mencionar que el 50,1% de las tutelas se concentran en 17 ciudades del país (Medellín, Bogotá, Cali, San José de Cúcuta, Manizales, Pereira, Bucaramanga, Cartagena, Ibagué, Barranquilla, Pasto, Popayán, Ocaña, Itagüí, Bello, Dosquebradas y Villavicencio).

Con respecto al régimen de afiliación por departamento, se evidencia que para el contributivo las personas beneficiarias de las tutelas se concentran

principalmente en Antioquia con el 24,63%, Bogotá D.C. con el 13,47% y Valle del Cauca con el 10,97%.

Para el régimen subsidiado, la distribución muestra que Antioquia concentra el 16,93%, seguido de Norte de Santander con el 9,44% y Valle del Cauca con el 9,02%.

En cuanto a la población no asegurada, los principales departamentos que aportan en esta clasificación son Antioquia con el 18,72% y Arauca con el 14,31%, seguidos de Norte de Santander y Putumayo, ambos con 7,15%.

*Tabla 18. Distribución de personas beneficiarias de las tutelas por Departamento y régimen de afiliación, 2025*

| Departamento               | RÉGIMEN      |        |            |        |              |        |          |        |           |        |                     |        |       |
|----------------------------|--------------|--------|------------|--------|--------------|--------|----------|--------|-----------|--------|---------------------|--------|-------|
|                            | CONTRIBUTIVO |        | SUBSIDIADO |        | NO ASEGURADO |        | ESPECIAL |        | EXCEPCION |        | OTROS R. ESPECIALES |        | Total |
|                            | n            | %      | n          | %      | n            | %      | n        | %      | n         | %      | n                   | %      |       |
| AMAZONAS                   | 152          | 0,13%  | 281        | 0,27%  | 0            | 0,00%  | 0        | 0,00%  | 0         | 0,00%  | 0                   | 0,00%  | 433   |
| ANTIOQUIA                  | 29737        | 24,63% | 17728      | 16,93% | 123          | 18,72% | 68       | 15,04% | 369       | 48,36% | 52                  | 5,05%  | 48077 |
| ARAUCA                     | 517          | 0,43%  | 2259       | 2,16%  | 94           | 14,31% | 2        | 0,44%  | 1         | 0,13%  | 0                   | 0,00%  | 2873  |
| ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES | 606          | 0,50%  | 285        | 0,27%  | 0            | 0,00%  | 0        | 0,00%  | 0         | 0,00%  | 0                   | 0,00%  | 891   |
| ATLANTICO                  | 3450         | 2,86%  | 1820       | 1,74%  | 6            | 0,91%  | 58       | 12,83% | 6         | 0,79%  | 2                   | 0,19%  | 5342  |
| BOGOTA D.C.                | 16272        | 13,47% | 4751       | 4,54%  | 32           | 4,87%  | 47       | 10,40% | 4         | 0,52%  | 794                 | 77,16% | 21900 |
| BOLIVAR                    | 2791         | 2,31%  | 3247       | 3,10%  | 3            | 0,46%  | 21       | 4,65%  | 46        | 6,03%  | 2                   | 0,19%  | 6110  |
| BOYACA                     | 3017         | 2,50%  | 2909       | 2,78%  | 17           | 2,59%  | 13       | 2,88%  | 7         | 0,92%  | 6                   | 0,58%  | 5969  |
| CALDAS                     | 6804         | 5,63%  | 4963       | 4,74%  | 31           | 4,72%  | 29       | 6,42%  | 20        | 2,62%  | 6                   | 0,58%  | 11853 |
| CAQUETA                    | 488          | 0,40%  | 1361       | 1,30%  | 2            | 0,30%  | 2        | 0,44%  | 2         | 0,26%  | 0                   | 0,00%  | 1855  |
| CASANARE                   | 578          | 0,48%  | 972        | 0,93%  | 12           | 1,83%  | 1        | 0,22%  | 0         | 0,00%  | 0                   | 0,00%  | 1563  |
| CAUCA                      | 1583         | 1,31%  | 3557       | 3,40%  | 23           | 3,50%  | 2        | 0,44%  | 7         | 0,92%  | 0                   | 0,00%  | 5172  |
| CESAR                      | 1897         | 1,57%  | 4133       | 3,95%  | 4            | 0,61%  | 8        | 1,77%  | 4         | 0,52%  | 0                   | 0,00%  | 6046  |
| CHOCO                      | 249          | 0,21%  | 510        | 0,49%  | 0            | 0,00%  | 0        | 0,00%  | 23        | 3,01%  | 0                   | 0,00%  | 782   |
| CORDOBA                    | 1465         | 1,21%  | 2850       | 2,72%  | 11           | 1,67%  | 15       | 3,32%  | 0         | 0,00%  | 0                   | 0,00%  | 4341  |
| CUNDINAMARCA               | 4890         | 4,05%  | 2850       | 2,72%  | 11           | 1,67%  | 11       | 2,43%  | 0         | 0,00%  | 64                  | 6,22%  | 7826  |
| GUAINIA                    | 36           | 0,03%  | 115        | 0,11%  | 10           | 1,52%  | 0        | 0,00%  | 0         | 0,00%  | 2                   | 0,19%  | 163   |
| GUAVIARE                   | 68           | 0,06%  | 101        | 0,10%  | 0            | 0,00%  | 3        | 0,66%  | 1         | 0,13%  | 0                   | 0,00%  | 173   |

| Departamento         | RÉGIMEN       |             |               |             |              |             |             |             |             |             |                     |               |               |
|----------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|---------------|---------------|
|                      | CONTRIBUTIVO  |             | SUBSIDIADO    |             | NO ASEGURADO |             | ESPECIAL    |             | EXCEPCION   |             | OTROS R. ESPECIALES |               | Total         |
|                      | n             | %           | n             | %           | n            | %           | n           | %           | n           | %           | n                   | %             |               |
| HUILA                | 2248          | 1,86%       | 2377          | 2,27%       | 2            | 0,30%       | 14          | 3,10%       | 8           | 1,05%       | 6                   | 0,58%         | 4655          |
| LA GUAJIRA           | 509           | 0,42%       | 614           | 0,59%       | 2            | 0,30%       | 5           | 1,11%       | 0           | 0,00%       | 0                   | 0,00%         | 1130          |
| MAGDALENA            | 1820          | 1,51%       | 2580          | 2,46%       | 3            | 0,46%       | 27          | 5,97%       | 3           | 0,39%       | 1                   | 0,10%         | 4434          |
| META                 | 1905          | 1,58%       | 1844          | 1,76%       | 1            | 0,15%       | 9           | 1,99%       | 0           | 0,00%       | 4                   | 0,39%         | 3763          |
| NARINO               | 2354          | 1,95%       | 4604          | 4,40%       | 27           | 4,11%       | 9           | 1,99%       | 15          | 1,97%       | 25                  | 2,43%         | 7034          |
| NORTE DE SANTANDER   | 6135          | 5,08%       | 9888          | 9,44%       | 47           | 7,15%       | 39          | 8,63%       | 19          | 2,49%       | 2                   | 0,19%         | 16130         |
| PUTUMAYO             | 173           | 0,14%       | 678           | 0,65%       | 47           | 7,15%       | 2           | 0,44%       | 0           | 0,00%       | 3                   | 0,29%         | 903           |
| QUINDIO              | 1952          | 1,62%       | 1847          | 1,76%       | 7            | 1,07%       | 7           | 1,55%       | 8           | 1,05%       | 4                   | 0,39%         | 3825          |
| RISARALDA            | 5624          | 4,66%       | 4710          | 4,50%       | 46           | 7,00%       | 16          | 3,54%       | 7           | 0,92%       | 7                   | 0,68%         | 10410         |
| SANTANDER            | 6362          | 5,27%       | 7341          | 7,01%       | 19           | 2,89%       | 11          | 2,43%       | 80          | 10,48%      | 5                   | 0,49%         | 13818         |
| SUCRE                | 427           | 0,35%       | 954           | 0,91%       | 2            | 0,30%       | 3           | 0,66%       | 7           | 0,92%       | 1                   | 0,10%         | 1394          |
| TOLIMA               | 3340          | 2,77%       | 3003          | 2,87%       | 22           | 3,35%       | 16          | 3,54%       | 6           | 0,79%       | 6                   | 0,58%         | 6393          |
| VALLE DEL CAUCA      | 13249         | 10,97%      | 9444          | 9,02%       | 31           | 4,72%       | 14          | 3,10%       | 120         | 15,73%      | 37                  | 3,60%         | 22895         |
| VAUPES               | 25            | 0,02%       | 42            | 0,04%       | 0            | 0,00%       | 0           | 0,00%       | 0           | 0,00%       | 0                   | 0,00%         | 67            |
| VICHADA              | 36            | 0,03%       | 84            | 0,08%       | 22           | 3,35%       | 0           | 0,00%       | 0           | 0,00%       | 0                   | 0,00%         | 142           |
| <b>TOTAL</b>         | <b>120759</b> | <b>100%</b> | <b>104702</b> | <b>100%</b> | <b>657</b>   | <b>100%</b> | <b>452</b>  | <b>100%</b> | <b>763</b>  | <b>100%</b> | <b>1029</b>         | <b>100,0%</b> | <b>228362</b> |
| <b>% por Régimen</b> | <b>52,9%</b>  |             | <b>45,8%</b>  |             | <b>0,3%</b>  |             | <b>0,2%</b> |             | <b>0,3%</b> |             | <b>0,5%</b>         |               | <b>100,0%</b> |

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

### 2.2.3 Caracterización de la condición de salud de las personas que interpusieron las tutelas

Los diagnósticos de salud de las personas beneficiarias de acciones de tutela fueron incluidos dentro del reporte de la Circular Externa 001 de 2025, sin embargo, persisten debilidades en el reporte de los datos al no ser esta una variable obligatoria. Para el año 2025 se evidencia ausencia de información en la variable de diagnóstico de la condición de salud, en el 73% de los casos.

No obstante, en comparación con lo reportado en 2024, se evidencia una mejora en la calidad del registro del diagnóstico principal, reflejada en una menor proporción de diagnósticos clasificados en el grupo Z00-Z99 (factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios), lo que permite contar

con información más específica y, por tanto, más útil para el análisis de las condiciones de salud asociadas a la interposición de tutelas.

A pesar de esta limitación y considerando la relevancia de esta variable para el análisis, se llevó a cabo una agrupación de los diagnósticos por capítulos, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), lo que permite identificar los tipos de patologías asociadas a mayores barreras en la atención integral en salud.

Este análisis resulta especialmente pertinente si se tiene en cuenta que la mayor proporción de personas beneficiarias de las tutelas se concentra en las etapas de adultez y vejez, donde se presentan con mayor frecuencia condiciones crónicas y de mayor complejidad en la atención.

Dentro de los principales diagnósticos reportados, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema musculoesquelético, neoplasias, enfermedades endocrinas nutricionales, enfermedades del sistema genitourinario y enfermedades del sistema nervioso que corresponden al 56% de los diagnósticos principales, reportando un comportamiento similar al analizado en 2024.

Para estos grupos de diagnósticos reportados con mayor frecuencia, las pretensiones más comunes se asociaron, en su orden, con la entrega de medicamentos, la asignación de citas médicas, la realización de procedimientos y acceso a tecnologías en salud, así como con servicios de transporte y viáticos. Para diagnósticos como enfermedades del ojo y sus anexos, enfermedades del oído y la apófisis, enfermedades del sistema digestivo, embarazo, parto y puerperio, malformaciones congénitas, en primer lugar, se ubica la pretensión relacionada con asignación de citas médicas.

Es importante resaltar la presencia de trastornos mentales como diagnóstico identificado en personas beneficiarias de una tutela en un 6,8%, sus pretensiones se relacionaron principalmente con servicios de transporte y viáticos (25,4%), seguidas de la entrega de medicamentos (24,6%) y la asignación de citas médicas (18,3%).

Así mismo, los diagnósticos asociados a neoplasias (cáncer) representaron el 9% del total de diagnósticos reportados. Dentro de este grupo, el 26,2% de las pretensiones se relacionaron con la entrega de medicamentos, el 20,8% con procedimientos y tecnologías en salud y el 19,2% con la asignación de citas médicas.

Esta situación reviste especial importancia, dada la necesidad de garantizar la oportunidad y continuidad en la atención de estos pacientes, condición fundamental para el adecuado manejo de la enfermedad y la sobrevida.

*Tabla 19. Distribución porcentual por diagnósticos principales reportados en las tutelas, 2025*

| <b>Diagnóstico principal</b>   | <b>Número</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|---------------|-------------------|
| I00-I99 Enfermedades del sistema circulatorio                              | 7404          | 11,9%             |
| M00-M99 Enfermedades del sistema musculoesquelético                        | 6117          | 9,9%              |
| C00-D48 Neoplasias   | 5589          | 9,0%              |
| E00-E90 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas               | 4967          | 8,0%              |
| N00-N99 Enfermedades del sistema genitourinario                            | 4523          | 7,3%              |
| G00-G99 Enfermedades del sistema nervioso                                  | 4297          | 6,9%              |
| F00-F99 Trastornos mentales y del comportamiento                           | 4206          | 6,8%              |
| H00-H59 Enfermedades del ojo y sus anexos                                  | 3947          | 6,4%              |
| K00-K93 Enfermedades del sistema digestivo                                 | 3681          | 5,9%              |
| S00-T98 Lesiones, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas | 3428          | 5,5%              |
| R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados             | 3252          | 5,2%              |
| J00-J99 Enfermedades del sistema respiratorio                              | 2435          | 3,9%              |
| Z00-Z99 Factores que influyen en el estado de salud                        | 2182          | 3,5%              |
| H60-H95 Enfermedades del oído y la apófisis mastoide                       | 1265          | 2,0%              |

| Diagnóstico principal  | Número       | Porcentaje  |
|--|--------------|-------------|
| L00-L99 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo                  | 1195         | 1,9%        |
| A00-B99 Enfermedades infecciosas y parasitarias                          | 1123         | 1,8%        |
| Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 1095         | 1,8%        |
| D50-D89 Enfermedades de la sangre y trastornos inmunológicos             | 603          | 1,0%        |
| V01-Y98 Causas externas de morbilidad y mortalidad                       | 446          | 0,7%        |
| P00-P96 Afecciones originadas en el período perinatal                    | 195          | 0,3%        |
| O00-O99 Embarazo, parto y puerperio                                      | 129          | 0,2%        |
| <b>Total</b>   | <b>62079</b> | <b>100%</b> |

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

Por otra parte, dentro del análisis se contempla un grupo especial de diagnósticos de enfermedades huérfanas. En Colombia una enfermedad huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia (la medida de todos los individuos afectados por una enfermedad dentro de un periodo particular de tiempo) menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas (Ley 1392 de 2010 y Ley 1438 de 2011).

En este sentido a pesar de que estas enfermedades tienen una baja prevalencia en la población, requieren de especial atención, dado que pueden ser *“potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo y alto nivel de complejidad. La mayoría de ellas son enfermedades genéticas; otras son cánceres poco frecuentes, enfermedades autoinmunitarias, malformaciones congénitas, o enfermedades tóxicas e infecciosas, entre otras categorías”*<sup>5</sup>.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que el 80% de las enfermedades huérfanas o raras pueden ser de origen genético, la Organización Mundial de la Salud define los defectos congénitos como anomalías estructurales o funcionales

<sup>5</sup> Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/paginas/enfermedades-huerfanas.aspx>

de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se producen durante la vida intrauterina y son causados por factores genéticos, ambientales o ambos. **En este sentido se encuentra que para este grupo de diagnósticos se reportaron 495 tutelas de enfermedades huérfanas y raras**, donde se evidencia el siguiente comportamiento por sistemas:

*Tabla 20. Tutelas de enfermedades huérfanas agrupadas por sistemas, Colombia 2025.*

| Sistema                                 | Frecuencia | %           |
|---|------------|-------------|
| Sistema nervioso                        | 138        | 27,90%      |
| Trastornos genéticos multisistémicos    | 128        | 25,90%      |
| Sistema inmunológico / tejido conectivo | 52         | 10,50%      |
| Sistema hematológico                    | 43         | 8,70%       |
| Sistema respiratorio                    | 23         | 4,60%       |
| Sistema endocrino                       | 22         | 4,40%       |
| Sistema digestivo                       | 21         | 4,20%       |
| Trastornos metabólicos                  | 18         | 3,60%       |
| Sistema muscular                        | 17         | 3,40%       |
| Sistema cardiovascular                  | 17         | 3,40%       |
| Sistema esquelético                     | 11         | 2,20%       |
| Sistema urinario                        | 5          | 1,00%       |
| <b>Total</b>                            | <b>495</b> | <b>100%</b> |

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

Al agrupar los diagnósticos de enfermedades huérfanas por sistemas, se evidencia que la mayor carga se concentra en el sistema nervioso (27,9%), seguido por los trastornos genéticos multisistémicos (25,9%). En menor proporción, se encuentran las enfermedades del sistema inmunológico y del tejido conectivo, así como las del sistema hematológico, que en conjunto representan cerca del 19% de los casos.

### 2.3. CARACTERIZACIÓN DE LAS TUTELAS

La Honorable Corte Constitucional por medio de la Sentencia T-760 de 2008, abordó las fallas evidenciadas en el Sistema General de Seguridad Social en

Salud (SGSSS), señalando la necesidad urgente de adoptar medidas que garantizarán una protección efectiva al derecho a la salud. En este contexto, se impartió el mandato 30, en la cual, se encomendó la obligación de realizar un reporte anual de medición de las acciones de tutela interpuestas para proteger el derecho a la salud, con el fin de medir la eficacia del sistema y mejorar su funcionamiento.

A partir del registro de tutelas que llegan a la Honorable Corte Constitucional, este Ministerio calculó una muestra y recogió la información descrita en el capítulo 1; sin embargo, a partir de la recomendación de esta Corporación de generar una fuente propia se expide la Circular Externa 001 de 2025 sobre la cual versa la presente sección.

En esta sección, se realiza el estudio y análisis detallado de la caracterización de la tutela como unidad de observación durante el año 2025, con especial énfasis en su comportamiento. Aquí, se describe la correlación entre la acción de tutela junto con los accionantes, las causas que motivaron la interposición de estas acciones y las pretensiones solicitadas con un enfoque jurídico que permita interpretar y comprender la situación y comportamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del que se originan las acciones de tutelas presentadas por las personas y su influencia en la protección efectiva del derecho a la salud.

Este estudio se complementa con datos y cifras precisas que fueron extraídas del reporte estadístico que obtuvo este Ministerio a partir de la expedición de la Circular Externa 001 de 2025, estableciendo así las directrices para el registro y análisis de las acciones de tutela.

### 2.3.1 Caracterización de los actores que intervienen en la acción de tutela

En el presente apartado se busca presentar la distribución de tutelas dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social tal como se planteó en la metodología, teniendo como foco de análisis la Circular Externa 001 de 2025 que dentro de su alcance estableció la medición por EPS (Entidades Promotoras de Salud), IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) y ET (Entidades Territoriales).

Para el ejercicio analítico se determinó un total de 274.510 tutelas únicas de las cuales el 85% corresponde a tutelas interpuestas a EPS, el 12,8% a tutelas interpuestas a IPS y el 2,1% a tutelas a las entidades territoriales como se describe en la siguiente tabla.

*Tabla 21. Porcentaje de tutelas interpuesta a los diferentes actores del SGSSS.*

| <b>Actor</b> | <b>Tutelas únicas</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--------------|-----------------------|-------------------|
| EPS          | 233.416               | 85,0              |
| IPS          | 35.256                | 12,8              |
| ET           | 5.838                 | 2,1               |
| <b>TOTAL</b> | <b>274.510</b>        | <b>100,0</b>      |

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

Por otro lado, teniendo como base 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 309.239 problemas jurídicos, 342.917 diferentes tipos de causas de tutelas y 345.587 pretensiones como se evidencia en la siguiente tabla:

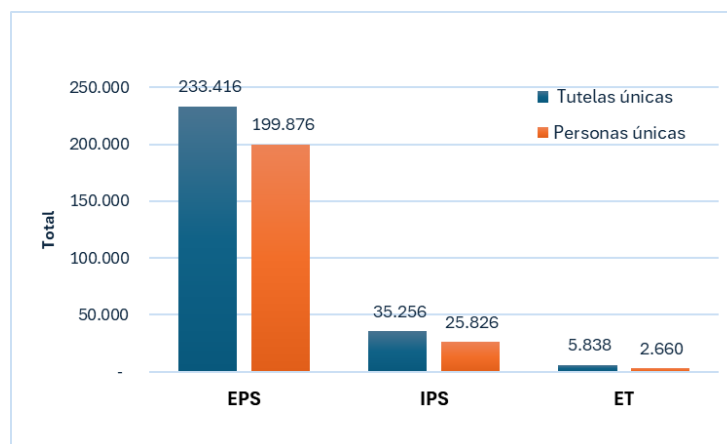
*Tabla 22. Distribución de problemas jurídicos, causas y pretensiones de las tutelas interpuestas a los diferentes actores del SGSSS.*

| <b>Actor</b> | <b>Tutelas únicas</b> | <b>Problemas</b> | <b>Causas</b>  | <b>Pretensiones</b> |
|--------------|-----------------------|------------------|----------------|---------------------|
| EPS          | 233.416               | 267.488          | 300.647        | 302.788             |
| IPS          | 35.256                | 35.905           | 36.418         | 36.941              |
| ET           | 5.838                 | 5.846            | 5.852          | 5.858               |
| <b>TOTAL</b> | <b>274.510</b>        | <b>309.239</b>   | <b>342.917</b> | <b>345.587</b>      |

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

Ahora bien, del total de tutelas únicas se encontró que fueron interpuestas por 228.362 personas lo que corresponde a una proporción de aproximadamente 1.21 tutelas por persona, demostrando con ello que algunas personas han interpuesto múltiples tutelas como se observa en la siguiente gráfica.

*Gráfica 7. Distribución de Tutelas únicas y personas entre los actores del SGSSS.*



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

Al analizar la proporción de tutelas únicas interpuestas a los actores del sistema, se encontró que para las EPS en promedio, cada persona ha tenido que presentar 1,17 acciones legales, lo que indica que algunos usuarios deben recurrir a más de una tutela para lograr el acceso a los servicios requeridos, sugiriendo barreras recurrentes en la autorización o provisión de servicios de salud, teniendo en cuenta que son la primera entrada del SGSSS y son los responsables de garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud.

En cuanto a las IPS, cada persona en promedio ha interpuesto 1,37 tutelas, indicando que cuando una persona tiene problemas con una IPS, acude repetidamente a la tutela, posiblemente por temas de continuidad del tratamiento, entrega de medicamentos o realización de procedimientos médicos, 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 de salud.

Ahora bien, frente a las tutelas interpuestas a las entidades territoriales se encontró que en promedio 2,19 personas interpusieron tutelas contra una entidad territorial. Esto puede reflejar que los problemas con las entidades territoriales, aunque menos frecuentes que con EPS e IPS, no suelen resolverse con una sola tutela, lo que implica dificultades en la gestión y asignación de recursos para la atención en salud, problemas de garantía del aseguramiento y salud pública, entre otros.

### 2.3.2 Caracterización de la Acción de Tutela en Salud

La acción de tutela en salud ha sido un mecanismo relevante para la protección del derecho fundamental en Colombia, sin embargo, su análisis no puede limitarse al número de tutelas presentadas, ya que una persona puede interponer varias tutelas y, a su vez, una misma tutela puede abordar múltiples problemas jurídicos, causas y pretensiones.

Gráfica 8. Caracterización de la tutela en salud

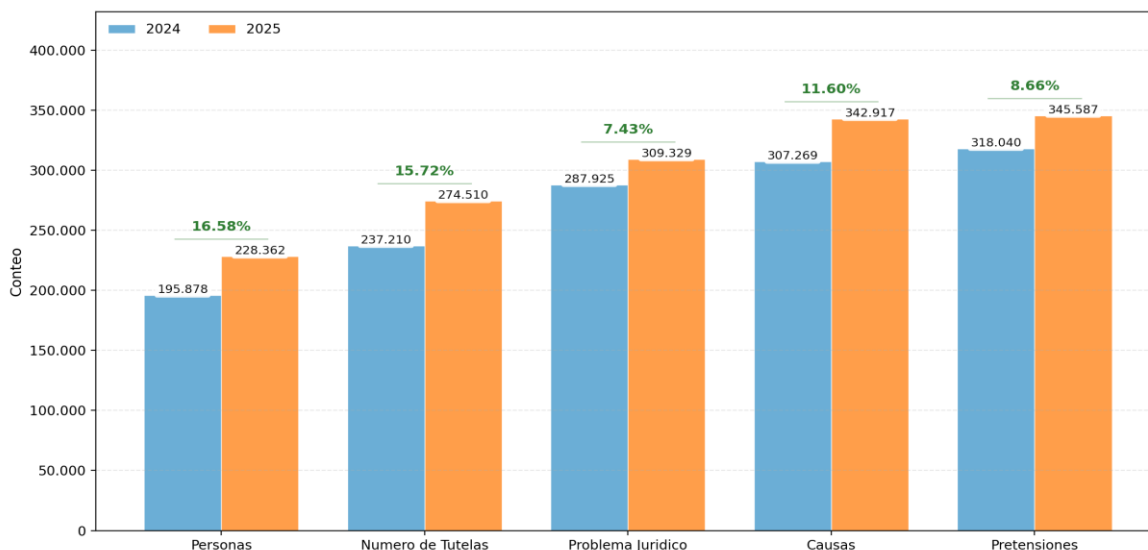


Fuente: Información de tutelas 2025 recolectadas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

En el año 2025, 228.362 personas presentaron 274.510 tutelas, en las que se identificaron 309.329 problemas jurídicos, 342.917 causas y 345.587 pretensiones. Esto demuestra que cada tutela involucra, en promedio, más de un problema, causa y pretensión, reflejando la complejidad del fenómeno de las acciones de tutela en salud.

Con respecto al año 2024 se presenta un incremento en las personas que interpusieron una acción de tutela de 16,58%, así mismo las tutelas presentan un aumento de 15,72%. Por su parte, los problemas jurídicos se incrementaron en el 7,43% que responden a un aumento del 11,60% de las causas por las cuales se interpone una acción de tutela. Lo anterior se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfica 9. Comparativo de la caracterización de las tutelas 2024-2025



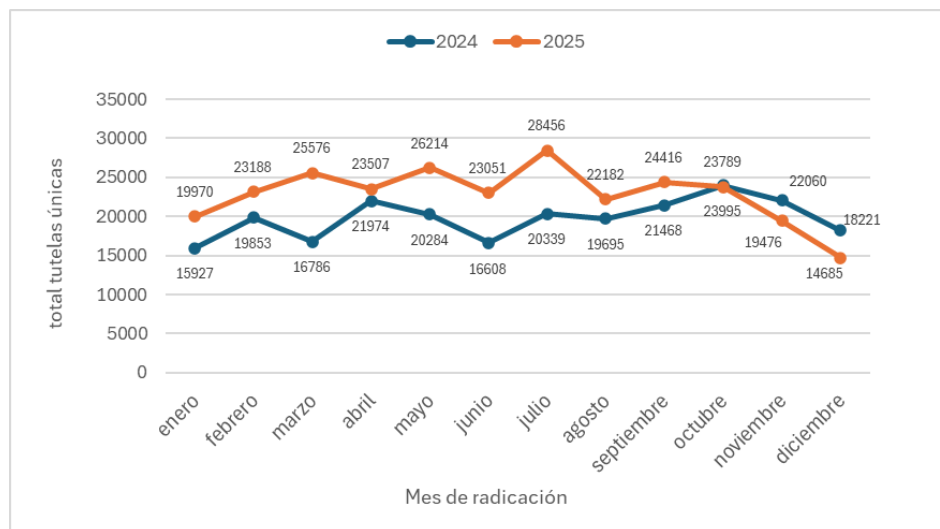
Fuente: Información de tutelas 2024-2025 recolectadas en Circular Externa 001 de 2025.

### **Distribución de Acciones de Tutelas en salud por mes de radicación**

Al analizar la distribución de las acciones de tutela presentadas durante los años 2024 y 2025 se puede observar un cambio de nivel para el año 2025, con excepción de los meses de octubre y diciembre que presentan una caída. Los meses con mayor radicación de acciones de tutela son julio y mayo, y los meses de menor radicación son noviembre y diciembre; así mismo, el mes con mayor variación en cuanto al número de tutelas interpuestas fue marzo con un incremento del 52,37% en relación al mismo periodo del año anterior.

En promedio, se presentaron 22.876 acciones de tutela en el año 2025 lo cual representa un incremento del 15,72% comparado con el año 2024.

Gráfica 10. Distribución de Acciones de Tutela por mes 2024-2025



Fuente: Información de tutelas 2024-2025 recolectadas en Circular Externa 001 de 2025.

### **Análisis de las acciones de tutela por accionante**

En el contexto de la protección de los derechos fundamentales en Colombia, la acción de tutela se ha considerado como un mecanismo clave ante cualquier vulneración. El análisis del promedio de las acciones de tutela interpuestas por cada accionante por vulneración del derecho fundamental a la salud durante el año 2025 permite identificar tendencias, patrones y áreas de preocupación en cuanto al acceso y efectividad de este recurso. A través de este análisis, se busca comprender cómo las personas han recurrido a la acción de tutela para proteger su derecho a la salud, así como el tipo de derechos más solicitados y las implicaciones sociales y jurídicas de estas demandas.

*Tabla 23. Distribución acciones de tutela por cada accionante*

| Número de tutelas | Cantidad de personas | Porcentaje |
|-------------------|----------------------|------------|
| 1                 | 192.105              | 84,10%     |
| 2                 | 29.622               | 13,00%     |
| 3                 | 4.756                | 2,10%      |
| 4                 | 1.194                | 0,50%      |
| 5                 | 386                  | 0,20%      |

|                          |                |             |
|--------------------------|----------------|-------------|
| 6                        | 137            | 0,10%       |
| 7                        | 71             | 0,00%       |
| 8                        | 31             | 0,00%       |
| 9                        | 31             | 0,00%       |
| 10                       | 10             | 0,00%       |
| 11                       | 8              | 0,00%       |
| 12                       | 3              | 0,00%       |
| 13                       | 1              | 0,00%       |
| 14                       | 2              | 0,00%       |
| 15                       | 4              | 0,00%       |
| 16                       | 1              | 0,00%       |
| <b>Total de Personas</b> | <b>228.362</b> | <b>100%</b> |

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

El 97,1% de las personas presentaron entre 1 y 2 acciones de tutela, siendo la más frecuente una tutela con el 84,1% que representa 192.105 personas. A partir de 3 tutelas, la frecuencia disminuye de una manera drástica, por lo tanto, personas que presentan entre 3 y 16 tutelas (siendo éste el número máximo) representa el 2.9%, es decir que afecta a un número reducido de personas, en promedio se interpone 1,2 tutelas por persona, lo cual deja ver que los extremos no afectan el promedio de tutelas interpuestas.

La mayoría de las personas afectadas solo requirieron acudir a la tutela en una ocasión para resolver su problema de salud, lo que indica que con esa única vez su solicitud fue resuelta de forma favorable y suficiente.

### 2.3.3 Caracterización de los problemas jurídicos de las tutelas por vulneración del derecho a la salud

Para el año 2025, se identificaron varios problemas jurídicos que originaron la interposición de acciones de tutela por la vulneración del derecho a la salud, de las **274.510** acciones de tutela reportadas en la Circular Externa 001 de 2025. El problema jurídico nueve (PJ09) es el problema jurídico que mayor proporción tuvo entre todos los problemas jurídicos, con **200.546** casos, lo cual representa el **64,85%**. Cifra que incrementó con respecto al 2024 cuando eran el **40,85%**, lo cual deja entre ver que no es la cobertura del plan de beneficios en salud, sino

la entrega oportuna debido a retrasos y barreras administrativas que generan la necesidad de recurrir a la vía judicial como mecanismo para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

El problema jurídico uno (PJ01) que hace referencia a que el servicio requerido no se encuentra incluido en el plan de beneficios, representa el **9,77%** de los casos, este problema jurídico presenta una disminución en su participación con respecto al 2024 que se ubicaba en el 13,59%. En tercer lugar, se ubica el problema jurídico cuatro (PJ04) el cual se asocia con la incertidumbre en la cobertura del plan de beneficios, con el **9,43%** de los casos, lo que representa un incremento con respecto al año 2024 que se ubicó en el 6,15%. Estos tres problemas jurídicos representan 84,05% del total de los casos reportados en el año 2025.

Los problemas jurídicos uno, cuatro, dieciséis y quince, evidencian un proceso de claridad normativa e interpretativa en el momento de interponer la tutela. De igual manera los problemas jurídicos diez, diecisiete y dieciocho, presentan problemas en los trámites administrativos y fallas de información, aunque su participación es baja, se pueden mejorar los procesos sistemáticos evitando la interposición de tutelas por estos problemas jurídicos.

Es importante tener en cuenta que para el año 2025 no se presentaron dentro de las tutelas los siguientes problemas jurídicos que si se dieron en el 2024 y tuvieron una participación de 21,94%:

- PJ14. ¿Desconoce el derecho a la salud una EPS o IPS al no prestar los servicios implícitamente incluidos en el nuevo POS?
- PJ08. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud, al interrumpir el suministro de los mismos porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado?
- PJ12. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que son beneficiarias del régimen subsidiado, por no haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que

no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo?

- PJ06. ¿Desconoce el derecho a la salud, especialmente, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios requeridos, cuando no autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio?

*Tabla 24. Distribución porcentual de los problemas jurídicos de las acciones de tutela interpuestas a las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2025.*

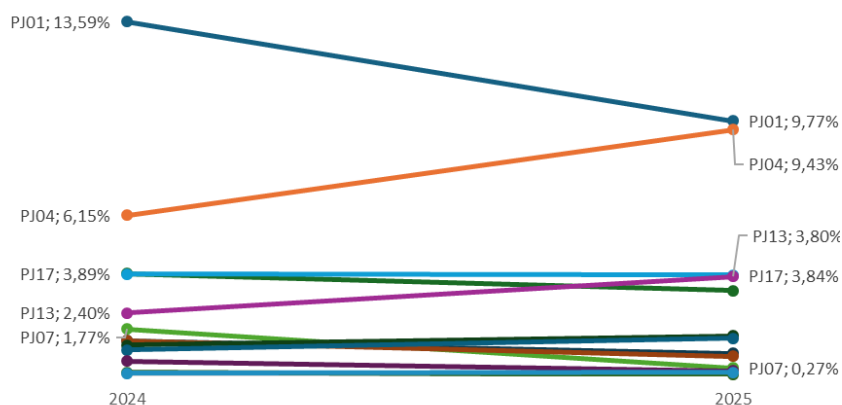
| <b>PROBLEMA JURÍDICO</b>   | <b>TOTAL PROBLEMAS</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|--|------------------------|-------------------|
| <b>9.</b> ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que protegen el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados? – falta de oportunidad  | 200.546                | 64,85%            |
| <b>1.</b> ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud - PBS?   | 30.228                 | 9,77%             |
| <b>4.</b> ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud?         | 29.162                 | 9,43%             |
| <b>17.</b> ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud y al mínimo vital de un afiliado, cuando la EPS como entidad encargada de garantizar el pago de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad y paternidad se niega a autorizarlas por trámites administrativos, pese a que se efectuaron los aportes de manera oportuna? | 11.875                 | 3,84%             |

| <b>PROBLEMA JURÍDICO</b>  | <b>TOTAL PROBLEMAS</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|---|------------------------|-------------------|
| <b>13.</b> ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud, diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?  | 11.752                 | 3,80%             |
| <b>16.</b> Acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.  | 10.050                 | 3,25%             |
| <b>10.</b> ¿Viola un órgano del Estado el derecho de petición de una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud así como el derecho a la salud de los afiliados y beneficiarios del sistema de protección, al negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en razón a que el órgano estatal respectivo se considera incompetente? | 4.763                  | 1,54%             |
| <b>18.</b> ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud cuando la EPS no verifica la información de sus afiliados en sus bases de datos, para reportarla a la BDUA, lo cual genera inconsistencias que posteriormente conllevan a barreras y/o demoras en los trámites administrativos de afiliación, traslado, movilidad o portabilidad?   | 4.356                  | 1,41%             |
| <b>5.</b> ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo?   | 2.573                  | 0,83%             |
| <b>3.</b> ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?   | 2.226                  | 0,72%             |
| <b>7.</b> ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?  | 847                    | 0,27%             |
| <b>15.</b> ¿Se desconoce el derecho a la salud del paciente al no implementar en el nuevo sistema las reglas fijadas por la Ley para determinar las exclusiones?  | 531                    | 0,17%             |

| PROBLEMA JURÍDICO  | TOTAL PROBLEMAS | PORCENTAJE  |
|--|-----------------|-------------|
| 2. Este problema se fusionó con el Problema Jurídico N°1.  | 314             | 0,10%       |
| 11. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliar a una persona, a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse? | 16              | 0,01%       |
| <b>Total</b>   | <b>309.239</b>  | <b>100%</b> |

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

Gráfica 11. Variación en la participación de los problemas jurídicos entre los años 2024- 2025



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

En la gráfica anterior, no se presenta el problema jurídico nueve (PJ09) dada la variación que se tuvo entre los años 2024 y 2025, lo cual se analizó en el apartado precedente.

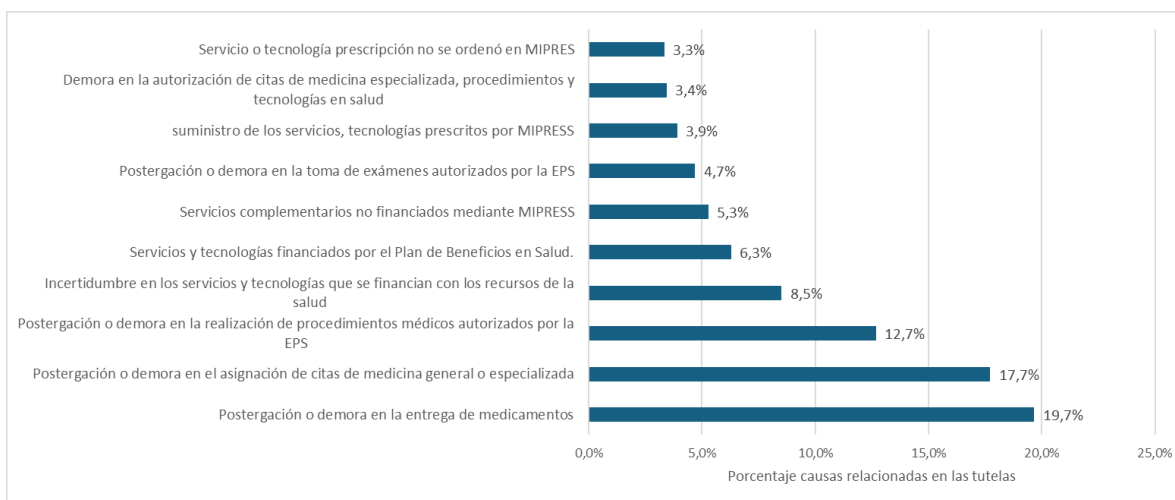
#### 2.3.4 Caracterización de las Causas de las Tutelas

Cada causa surge de un problema jurídico específico, lo que impone una carga al Sistema General de Seguridad Social en Salud al momento de la prestación del servicio. Estas causas reportadas por las entidades proporcionaron un

informe claro para el análisis, permitiendo identificar con mayor precisión las acciones de donde se originan las tutelas en salud, lo que facilita la comprensión de las coyunturas en el sistema de salud y posibilita la implementación de estrategias más efectivas para abordar los problemas.

En el año 2025, las entidades de salud reportaron un total de **342.917** causas, lo que equivale a un promedio de **1,25** causas por cada acción de tutela presentada, y aproximadamente **1,01** pretensiones por cada causa de problema jurídico identificada.

*Gráfica 12. Distribución porcentual de las principales causas por problemas jurídicos.*



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

De acuerdo con el reporte proporcionado por las entidades en cumplimiento de la Circular Externa 001 de 2025, las causas más recurrentes para la vigencia 2025 se refieren a la postergación y demora en los servicios, tecnologías y procedimientos que se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con un 50,1%, Esto demuestra las falencias del sistema en cuanto a la autorización, asignación de citas, realización de procedimientos o entrega de medicamentos, lo que ha derivado en la imposibilidad de acceso oportuno a los servicios de salud por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La siguiente causa que se presenta es la incertidumbre de la financiación de las tecnologías o servicios de salud que están siendo tutelados, con una participación en el año 2025 de 8,5%.

Asimismo, se observa que las causas relacionadas con la no autorización de servicios o tecnologías prescritas por el médico tratante por MIPRES, o servicios complementarios no financiados por el Plan de Beneficios en Salud, mediante MIPRES y tampoco excluidos, representan un 5,3% presentando una disminución con respecto al año 2024 que se ubicaba en 18,6% de las tutelas interpuestas.

### 2.3.5 Caracterización de las Pretensiones de las Tutelas

Cada acción de tutela interpuesta por un beneficiario se clasifica según categorías definidas por la Corte Constitucional. Estas categorías no solo abarcan problemas jurídicos específicos, sino que también permiten un análisis del problema, sus causas, y los posibles efectos de su vulneración. Es en este contexto donde el demandante plantea una pretensión específica, que representa la solicitud concreta de intervención para remediar la vulneración alegada.

En la vigencia 2025, los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, reportaron un total de **345.587** pretensiones, lo que equivale a un promedio de 1,25 pretensiones por cada acción de tutela presentada. De acuerdo con el reporte realizado por las entidades de la Circular Externa 001 de 2025, del total de las pretensiones reportadas en las tutelas, la más frecuente corresponde a medicamentos con un **23,38%**, situación que difiere del 2024 donde la principal pretensión fue citas médicas.

*Tabla 25. Distribución porcentual de las pretensiones reportadas por las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2025*

| Pretensiones  | Total Pretensiones | Porcentaje |
|---------------|--------------------|------------|
| Medicamentos  | 80.789             | 23,38%     |
| Citas médicas | 68.955             | 19,95%     |

| <b>Pretensiones</b>  | <b>Total Pretensiones</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|---------------------------|-------------------|
| Procedimientos y tecnologías   | 54.911                    | 15,89%            |
| Servicio complementario  | 30.679                    | 8,88%             |
| Exámenes   | 18.453                    | 5,34%             |
| Servicio transporte, viáticos, alimentación y hospedaje  | 17.088                    | 4,94%             |
| Se describe la pretensión en la causa del problema jurídico  | 15.428                    | 4,46%             |
| Otras pretensiones   | 12.528                    | 3,63%             |
| Prestaciones económicas  | 10.146                    | 2,94%             |
| Insumos, dispositivos, materiales quirúrgicos u otros necesarios para la realización de procedimientos | 8.101                     | 2,34%             |
| Tratamiento integral   | 4.971                     | 1,44%             |
| Atención domiciliaria  | 4.000                     | 1,16%             |
| Alimentos con propósito médicos nutricionales  | 3.710                     | 1,07%             |
| Afiliación a EPS   | 2.963                     | 0,86%             |
| Terapias   | 2.491                     | 0,72%             |
| Servicio de enfermería o cuidador  | 2.379                     | 0,69%             |
| Exoneración de copagos y cuotas moderadoras  | 2.200                     | 0,64%             |
| Medicamentos UNIRS   | 1.281                     | 0,37%             |
| Continuidad en la prestación de los servicios  | 1.221                     | 0,35%             |
| Implementos de aseo  | 1.130                     | 0,33%             |
| Traslado de EPS  | 1.046                     | 0,30%             |
| Libre escogencia de la IPS   | 534                       | 0,15%             |
| Movilidad o portabilidad   | 261                       | 0,08%             |
| Tratamiento estético con finalidad funcional   | 114                       | 0,03%             |
| Maestro sombra o sombra terapéutica  | 71                        | 0,02%             |
| Solicitud de financiación de los servicios de salud a petición del beneficiario                        | 70                        | 0,02%             |
| Terapias con enfoque diferente de ABA  | 44                        | 0,01%             |
| Derecho a escoger médico tratante  | 23                        | 0,01%             |
| <b>Total</b>   | <b>345.587</b>            | <b>100,00%</b>    |

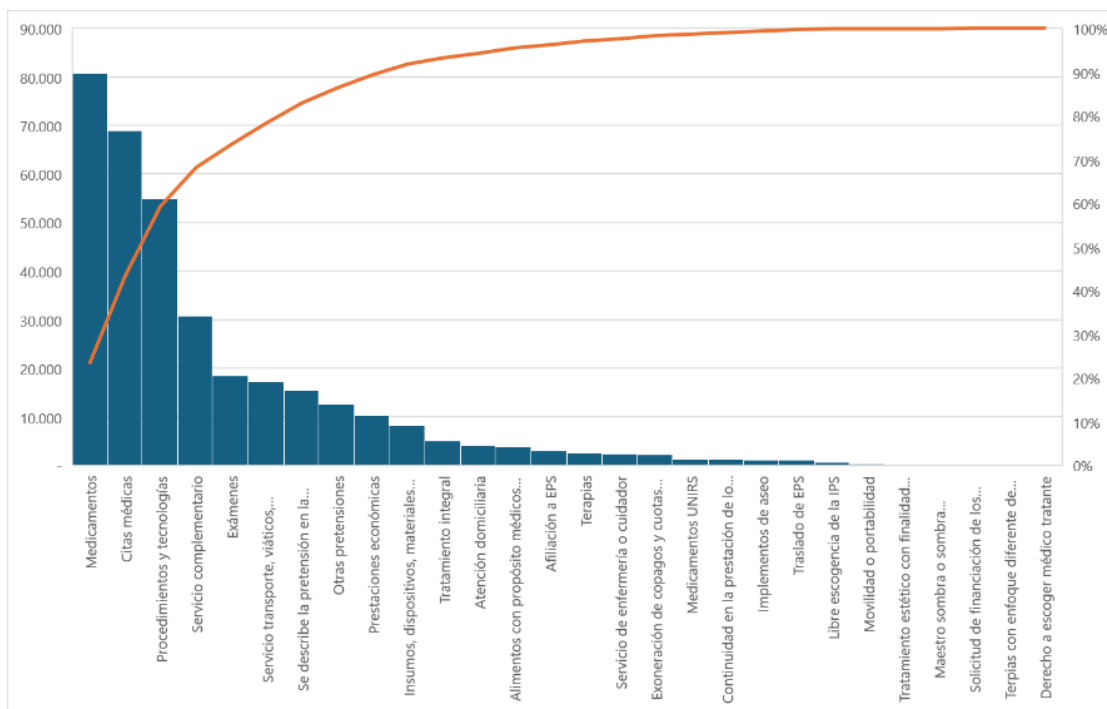
Fuente: Información de tutelas 2025 recolectadas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

De acuerdo con lo anterior, las tres primeras pretensiones: medicamentos (23,38%), citas médicas (19,95%) y procedimientos y tecnologías (15,89%), explican el 59,22% del total de las pretensiones presentadas, así mismo las

primeras 7 pretensiones explican el 82,84% que corresponde a 266.303 pretensiones presentadas, de igual manera se evidencian 15 categorías de pretensiones con menos del 1% que en conjunto suman 4,58%.

Lo anterior se presenta en el siguiente gráfico de Pareto, lo que puede generar desequilibrios financieros y afectar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

*Gráfica 13. Distribución de las pretensiones presentadas. Colombia 2025.*



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

Estos datos destacan las áreas prioritarias de atención dentro del sistema de salud y reflejan las necesidades críticas de los beneficiarios en términos de acceso y calidad del servicio de salud. Este análisis es perentorio para entender las dinámicas de las acciones de tutela y guiar las mejoras en políticas públicas y gestión administrativa en el sector salud.

El análisis de las pretensiones presentadas en las acciones de tutela permitió comprender con mayor claridad y precisión su comportamiento, facilitando la identificación de las estrategias más efectivas para abordar los problemas y tipificar algunos patrones comunes entre las pretensiones y el problema jurídico más vulnerado, logrando identificar las barreras que impiden el goce efectivo al derecho a la salud.

Para el año 2025 las entidades reportaron un total de 342.3917 causas con 345.587 pretensiones en las acciones de tutelas interpuestas, lo que corresponde en promedio a 1,11% pretensión por causas asociadas a los problemas jurídicos.

En el análisis de las distribuciones de las pretensiones, se observa que la más recurrente corresponde a los **medicamentos** con el 23,38% (80.789). Esta pretensión se vincula principalmente con la causa postergación o demora en la entrega de medicamentos con un 19,07% (67.417), seguida por la pretensión de **citas médicas** con el 19,95% (68.955) la cual se relaciona con la postergación o demora en asignaciones de citas de medicina general y especializada con el 17,7% (60.768).

La tercera pretensión corresponde a **procedimientos y tecnologías en salud** con el 15,89% (54.911). Dentro de las causas más relevante se encuentran postergación o demora en la realización de procedimientos médicos autorizados por la EPS con un 12,7% (43.456).

### 2.3.6 Análisis de las Acciones de Tutela en Primera, Segunda Instancia y Desacato

#### **Análisis del comportamiento de las tutelas en primera instancia**

En el contexto de las acciones de tutela, primera instancia se refiere al primer nivel o etapa del proceso judicial en el que se tramita la acción de tutela. Cuando una persona interpone una tutela, el juez de primera instancia es el encargado de revisar el caso y emitir una decisión inicial sobre si concede o no la protección del derecho vulnerado.

La decisión tomada en primera instancia puede ser apelada por las partes involucradas ante un juez de segunda instancia. Así, la primera instancia es el primer paso del procedimiento judicial, en el que se toma una decisión preliminar sobre el caso, la cual puede ser revisada en una segunda instancia si alguna de las partes lo solicita.

Por otro lado, el desacato judicial hace referencia al incumplimiento de una orden judicial relacionada con una acción de tutela. Cuando una persona o entidad no acata una decisión de tutela que ha sido emitida por un juez, se considera que está en desacato. Esto es muy relevante porque la acción de tutela tiene como objetivo proteger de manera urgente los derechos fundamentales de las personas y su cumplimiento es esencial para que se haga efectiva la protección del derecho a la salud.

Si una persona o entidad desobedece una orden de tutela, el juez puede imponer sanciones, que van desde la imposición de multas hasta la orden de arresto en casos extremos. El desacato tiene como propósito asegurar que las decisiones judiciales sean respetadas y ejecutadas, garantizando así la efectividad de la justicia.

La siguiente tabla muestra las estadísticas de decisiones de tutelas en primera instancia.

*Tabla 26. Relación de fallos de tutelas de primera instancia con su decisión.*

| <b>Decisión primera instancia</b>             | <b>Total tutelas</b> | <b>porcentaje</b> |
|---|----------------------|-------------------|
| Concede total                                 | 220.011              | 80,15%            |
| Concede parcial                               | 25.608               | 9,33%             |
| Declara hecho superado                        | 14.589               | 5,31%             |
| No se conoce la decisión de primera instancia | 14.302               | 5,21%             |
| <b>Total</b>                                  | <b>274.510</b>       | <b>100%</b>       |

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

Conforme con esta información, en primera instancia se concede un total de 220.011 tutelas equivalente al 80,15%, es decir que la mayoría de las tutelas son concedidas en su totalidad, lo que indica que los jueces consideran que los

derechos fundamentales del accionante han sido vulnerados en un alto porcentaje de los casos.

En cuanto a la decisión relacionada con conceder parcialmente, se fallaron 25.608 tutelas equivalentes a 9,33%, lo que significa que, en estos casos, se reconocen algunas pretensiones, pero otras no. Es decir que, las decisiones de primera instancia de concesión total y parcial equivalen al 89,48%, es decir que aproximadamente 9 de cada 10 tutelas terminan con algún nivel de amparo.

Por otro lado, en el 5,31% se declaró hecho superado, lo que significa que el juez determinó que la situación se resolvió antes del fallo, por lo que no fue necesario conceder un amparo.

Es posible que esta dinámica en la presentación de tutelas, esté determinada por la facilidad que ahora supone su interposición, pues, las personas, antes de interponer una acción de tutela, pueden consultar en internet sobre sus derechos y las formas de hacerlos valer. Este acceso se ve favorecido por los sitios web, foros y plataformas digitales que brindan orientación legal sobre cómo presentar una tutela. Además, las plantillas y guías paso a paso para la interposición de acciones de tutela están disponibles en diversas plataformas, lo que ha simplificado el proceso para los ciudadanos. Esta accesibilidad a herramientas legales ha permitido que, incluso personas sin formación jurídica puedan presentar acciones de tutela de manera más eficiente, reduciendo las barreras para el acceso a la justicia.

De otra parte, las redes sociales han jugado un papel fundamental en la difusión de información sobre el derecho a la salud, protegido constitucionalmente, a través de estos medios, organizaciones sociales, abogados y ciudadanos informados; compartiendo casos, orientaciones y consejos sobre cómo hacer valer este derecho.

Esta difusión constante de información sobre la salud como derecho fundamental; ha creado un ambiente de mayor sensibilización en la población, lo que lleva a que más personas se sientan empoderadas para exigir la protección de su derecho mediante la acción de tutela.

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991, el derecho a la salud es un derecho fundamental que el Estado debe garantizar y esta concepción se ha reforzado gracias a los debates públicos y la formación en línea que se lleva a cabo en plataformas como X, Facebook, Instagram y otros medios digitales. A través de estos, las personas toman conciencia de que tienen el derecho a ser atendidas de manera adecuada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y pueden recurrir a la tutela si sienten vulnerado este derecho.

En el contexto que concierne a este documento, la Corte Constitucional ha establecido reiteradamente que el derecho a la salud es irrenunciable y debe ser protegido de manera efectiva. Así, las tutelas se han convertido en un medio accesible y rápido para que las personas puedan exigir el cumplimiento de sus derechos, especialmente cuando consideran que los servicios de salud no les son proporcionados adecuadamente o cuando las EPS niegan o retrasan tratamientos esenciales.

### **Análisis del Comportamiento de las tutelas en segunda instancia**

La impugnación de una tutela se presenta cuando no se está de acuerdo con la decisión de primera instancia y su objetivo es revocar, modificar o anular lo impugnado.

Este mecanismo permite a los ciudadanos y las partes en un proceso, ejercer su derecho de defensa y garantizar que las decisiones se ajusten a la ley y a los principios de justicia.

*Tabla 27. Acciones de tutela en segunda instancia.*

| Actuación   |    |                  | Decisión        |               |                        |   | Total   |
|-------------|----|------------------|-----------------|---------------|------------------------|---|---------|
|             |    |                  | Concede parcial | Concede total | Declara hecho superado | No se conoce la decisión de primera instancia |         |
| Impugnación | SI | Nº Tutelas       | 10.430          | 28.485        | 510                    | 596   | 40.021  |
|             |    | % de Impugnación | 26,10%          | 71,20%        | 1,30%                  | 1,50%   | 100,00% |
|             |    | % de la decisión | 40,70%          | 12,90%        | 3,50%                  | 4,20%   | 14,60%  |
|             | NO | Nº Tutelas       | 15.178          | 191.526       | 14.079                 | 13.706  | 234.489 |

|              |  |                         |               |                |               |               |                |
|--------------|--|-------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|----------------|
|              |  | % de Impugnación        | 6,50%         | 81,70%         | 6,00%         | 5,80%         | 100,00%        |
|              |  | % de la decisión        | 59,30%        | 87,10%         | 96,50%        | 95,80%        | 85,40%         |
| <b>Total</b> |  | <b>Nº Tutelas</b>       | <b>25.608</b> | <b>220.011</b> | <b>14.589</b> | <b>14.302</b> | <b>274.510</b> |
|              |  | <b>% de Impugnación</b> | <b>9,30%</b>  | <b>80,10%</b>  | <b>5,30%</b>  | <b>5,20%</b>  | <b>100%</b>    |
|              |  | <b>% de la decisión</b> | <b>100%</b>   | <b>100%</b>    | <b>100%</b>   | <b>100%</b>   | <b>100%</b>    |

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

La tabla anterior, presenta datos sobre el comportamiento de la impugnación de las tutelas que se interpusieron por vulneración al derecho a la salud en el año 2025 y desglosa las decisiones tomadas en la primera instancia en cuatro categorías: concede parcial, concede total, declara hecho superado, y no se conoce la decisión de primera instancia.

Del total de las 274.510 tutelas analizadas el 14,60% (40.021) fueron impugnadas. Es decir, que el 85,40% de las tutelas (234.489) no fueron impugnadas, lo que significa que la mayoría de las personas estuvieron conformes con la decisión adoptada en primera instancia.

Ahora bien, analizando las tutelas que fueron impugnadas, el 71,20% (28.485) fueron concedidas totalmente, el 26,10% (10.430) fueron concedidas parcialmente y el 1,30% (510) se impugnaron por declaración de hecho superado.

De otro lado, de las tutelas que no fueron impugnadas que equivalen a un 85,40% (234.489), el 81,70% fueron concedidas totalmente, el 6,50% fueron concedidas parcialmente y el 6% declararon el hecho superado.

El análisis muestra que la impugnación de tutelas tiene una alta efectividad, ya que aumenta la probabilidad de que la tutela sea concedida totalmente en segunda instancia con un 71,20%.

### **Análisis de los incidentes de desacato**

La tabla que se muestra a continuación presenta la información sobre el incidente de desacato, que ocurre cuando no se cumple una orden de tutela y se requiere una acción adicional para garantizar su cumplimiento.

*Tabla 28. Relación de incidentes de desacato interpuestos.*

| <b>Incidente de desacato</b> | <b>Tutelas</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------------------|----------------|-------------------|
| Si                           | 38.838         | 14,15%            |
| No                           | 235.672        | 85,85%            |
| <b>Total</b>                 | <b>274.510</b> | <b>100%</b>       |

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

Se presentaron incidentes de desacato en el 14,15% de los casos (38.838 tutelas) lo que significa que se cumple un alto porcentaje de las tutelas concedidas, es decir el 85,85%, por parte de las entidades responsables. Lo anterior sin necesidad de la intervención adicional que implica un incidente de desacato.

El cumplimiento voluntario se puede atribuir a varias razones. Una de ellas podría ser la concientización de las entidades sobre la obligación de acatar las órdenes judiciales, especialmente cuando se trata de derechos fundamentales como el acceso a la salud, que está protegido constitucionalmente. Las instituciones pueden estar cada vez más comprometidas con el respeto a la ley y a la protección de los derechos de los ciudadanos, lo que reduce la necesidad de recurrir a medidas coercitivas como el incidente de desacato.

El cumplimiento voluntario de las tutelas también puede ser facilitado por el marco normativo y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pues ha sido clara en señalar que las tutelas son mecanismos urgentes de protección de derechos fundamentales y que deben cumplirse de manera inmediata. Este enfoque de la Corte, que otorga prioridad a la protección de los derechos fundamentales, puede generar un entorno donde las entidades responsables, en particular las del sector salud, se ven obligadas a dar cumplimiento rápido a las decisiones judiciales para evitar mayores sanciones. Pues la existencia de sanciones legales frente al desacato también actúa como un incentivo para el cumplimiento voluntario.

Las consecuencias jurídicas que puede acarrear el desacato, como las sanciones económicas o el arresto de los funcionarios responsables, pueden ser suficientes para que las entidades tomen medidas proactivas para acatar las órdenes judiciales de manera oportuna. Esta posibilidad de sanción refuerza la necesidad de cumplimiento sin la intervención de un incidente de desacato, favoreciendo una cultura de respeto por las decisiones judiciales.

Para los beneficiarios de las tutelas, el cumplimiento voluntario es una señal positiva del compromiso de las instituciones públicas y privadas con la protección de sus derechos. Esto significa que la mayoría de las personas que recurren a la acción de tutela no necesitan pasar por un proceso adicional como el incidente de desacato, lo cual reduce la carga emocional, económica y temporal.

## 2.4. CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA A LOS PROBLEMAS JURÍDICOS PRESENTADOS EN LAS ACCIONES DE TUTELA

### 2.4.1 Medidas Adoptadas Para Mitigar Las Causas De Las Tutelas Según La Agrupación De Los Problemas Jurídicos

En este capítulo se presentan las principales medidas que el Ministerio de Salud y Protección Social ha puesto en marcha durante el año 2025, con el propósito de enfrentar las fallas estructurales que siguen generando acciones de tutela en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cumplimiento de la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008 y de las directrices impartidas por la Sala Especial de Seguimiento en el Auto 1280 de 2025, este informe da un paso más allá de la simple descripción de actividades. La intención es mostrar resultados concretos y analizar el impacto real de las acciones adelantadas.

Para lograrlo, el Ministerio ha fortalecido su capacidad de análisis mediante la implementación de la Circular Externa 001 de 2025, que permitió construir una base de datos propia con 42 variables. Esta herramienta facilita el entendimiento con mayor precisión de las causas, las pretensiones y los problemas jurídicos que afectan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Para efectos de este análisis, y con el fin de garantizar coherencia técnica en la identificación de las causas, se adopta una clasificación basada en tres tipos de fallas: estructurales, financieras y funcionales.

En primer lugar, la falla estructural corresponde a deficiencias de carácter persistente en los componentes organizativos, institucionales o normativos del sistema de salud. Se presenta cuando existen debilidades en la rectoría, limitaciones en la infraestructura, brechas en el talento humano, problemas en los sistemas de información o vacíos regulatorios que afectan la disponibilidad y el acceso a los servicios. Su identificación consiste en determinar si la estructura del sistema cuenta con las condiciones necesarias para garantizar los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad, continuidad e integralidad del derecho a la salud.

En segundo lugar, la falla financiera se configura cuando existen dificultades en la asignación, flujo o suficiencia de los recursos del sistema, lo cual puede impactar la sostenibilidad y la prestación oportuna de los servicios. Se manifiesta en situaciones relacionadas con la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, el reconocimiento de prestaciones económicas, la liquidez de los actores del sistema o la distribución de los recursos. Este tipo de falla permite establecer si las controversias tienen su origen en la forma en que se financian y administran los recursos del sistema.

En tercer lugar, la falla funcional se presenta cuando, aun existiendo regulación y recursos suficientes, los procesos y procedimientos no operan de manera adecuada. Se manifiesta en barreras administrativas, demoras en la atención, dificultades en la referencia y contrarreferencia, problemas de coordinación entre actores o interrupciones en la continuidad del tratamiento. En estos casos, la controversia no se origina en la ausencia de normas o recursos, sino en su implementación.

A partir de este marco, el análisis de los problemas jurídicos se realiza con base en el estudio de los expedientes de tutela, identificando la situación que motiva la reclamación del usuario, la causa de la presunta vulneración y su relación con alguno de los tipos de falla descritos.

**Problema Jurídico 1. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud?**

De acuerdo con la información reportada en la Circular Externa 001 de 2025, este problema jurídico presenta una baja incidencia dentro del total de acciones de tutela interpuestas en el sistema de salud. No obstante, su relevancia constitucional se mantiene, en tanto involucra directamente la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud frente a barreras de carácter administrativo y financiero.

Para este problema jurídico, en la vigencia 2025 se radicaron 30.228 acciones de tutela, lo que corresponde al 9,8% del total de los problemas jurídicos analizados. Cabe precisar que, si bien se identifican diversas causas asociadas, a continuación, se destacan aquellas que presentan mayor incidencia en la interposición de tutelas.

En particular, la causa con mayor número de acciones corresponde a la negativa de servicios bajo el argumento de tratarse de servicios complementarios no financiados mediante MIPRES ni excluidos de financiación con recursos públicos de la salud, con 18.086 tutelas (5,3%). Le sigue la relacionada con la falta de prescripción por parte del médico tratante a través de MIPRES, con 11.413 tutelas (3,3%). En conjunto, estas dos causas representan el 8,6% del total de tutelas analizadas, concentrando la mayor proporción de reclamaciones dentro de este problema jurídico.

A partir de lo anterior, se advierte que las causas que concentran la mayor interposición de acciones de tutela no se originan en la inexistencia de servicios o en la falta de financiación, sino en la forma en que se están aplicando los mecanismos definidos para el acceso a tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. En particular, las controversias se centran en el uso de la herramienta MIPRES y en el cumplimiento de los criterios técnicos que regulan la prescripción médica.

En varios de los casos analizados, las solicitudes corresponden a servicios complementarios que no se encuentran financiados o que no fueron prescritos mediante MIPRES por el médico tratante, así como a medicamentos cuyo uso no cuenta con autorización sanitaria. Estas situaciones no responden a una omisión del sistema, sino a la aplicación de reglas previamente definidas, orientadas a garantizar la seguridad del paciente, la pertinencia clínica de las intervenciones y el uso adecuado de los recursos.

En ese orden, las dificultades que dan lugar a la interposición de acciones de tutela se explican por inconsistencias en la aplicación de estos mecanismos en el nivel operativo o funcional, particularmente en el proceso de prescripción y gestión de las solicitudes.

Adicionalmente, se evidencia una falla funcional en la gestión del sistema ya que aproximadamente el 80% de los problemas jurídicos que derivan en acciones de tutela corresponden a servicios que ya cuentan con financiación asegurada en el PBS. Esto confirma que, más que una limitación de cobertura normativa, persisten debilidades en la gestión operativa por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

En respuesta a estas problemáticas, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado un conjunto de medidas orientadas a eliminar la incertidumbre sobre la financiación de los servicios, fortalecer la transparencia del sistema y garantizar el acceso efectivo a las tecnologías en salud:

### **Actualización y ampliación de las coberturas financiadas con la UPC:**

Mediante la Resolución 2718 de 2024 (aplicable a la vigencia 2025) y la Resolución 2765 de 2025, el Ministerio actualizó y precisó los servicios y tecnologías financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con el fin de brindar mayor claridad a los actores del sistema sobre el alcance de las coberturas.

Como resultado, el 96,53% de los medicamentos autorizados en el país y más del 97% de los procedimientos clasificados en CUPS cuentan con financiación directa, lo que reduce de manera significativa los espacios de incertidumbre y



disminuye la posibilidad de negaciones basadas en supuestos vacíos de cobertura.

### **Fortalecimiento de la financiación de servicios no cubiertos con la UPC:**

A través de la Resolución 067 de 2025 se unificó la metodología de los Presupuestos Máximos, estableciendo reglas claras para la financiación de tecnologías no incluidas en la UPC y no excluidas de manera explícita.

### **Implementación de un sistema integral de control de negaciones:**

La Resolución 1632 de 2025 creó un nuevo registro de negaciones basado en múltiples fuentes de información (tutelas, PQRDS y MIPRES), superando el esquema de auto reporte de las EPS.

Este instrumento permite identificar de manera oportuna la negación de servicios financiados, detectar patrones de comportamiento y activar mecanismos de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, incluyendo el reintegro de recursos cuando haya lugar.

### **Fortalecimiento de la trazabilidad financiera y operativa:**

La implementación del mecanismo de Facturación Electrónica de Venta (FEV-RIPS) ha permitido procesar más de 74 millones de facturas con corte a septiembre de 2025, mejorando la trazabilidad entre los servicios prestados y los recursos reconocidos. Este avance contribuye a reducir la opacidad en el flujo de recursos y a verificar la correspondencia entre financiación y prestación efectiva.

Las medidas adoptadas han permitido dar mayor claridad sobre cómo se financian los servicios en el sistema de salud y han reducido significativamente la incertidumbre que existía en esta materia. En particular, la ampliación de las coberturas financiadas con la UPC, junto con el fortalecimiento de los mecanismos de financiación complementaria, ha facilitado que los distintos actores del sistema tengan reglas más claras y mayor certeza al momento de garantizar la prestación de los servicios.

Sin embargo, todavía existe una distancia entre contar con los recursos para financiar los servicios y que estos realmente se presten de manera oportuna a los pacientes. Aunque cerca del 96% de las tecnologías ya están financiadas, las acciones de tutela en salud siguen en aumento, con un crecimiento del 25,3% durante el primer trimestre de 2025, lo que evidencia que los problemas persisten en la práctica.

En este contexto, el Ministerio considera que ya no está en definir qué servicios se cubren ni en la disponibilidad de recursos, sino en lograr que esa financiación se traduzca, en la práctica, en una atención efectiva, oportuna y continua para las personas.

Por ello, avanzar en la superación del Problema Jurídico No. 1 exige no solo mantener los avances regulatorios alcanzados, sino también fortalecer la gestión de las redes de prestación, eliminar prácticas de negación injustificada y asegurar una aplicación más estricta de los mecanismos de inspección, vigilancia y control.

**Problema Jurídico 2. ¿Vulnera el derecho a la salud la interpretación restrictiva del POS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el POS, y procede en consecuencia su recobro ante el FOSYGA cuando son ordenados por un juez de tutela?**

Durante varios años, el Problema Jurídico No. 2 se centró en analizar si se estaba vulnerando el derecho a la salud por interpretaciones restrictivas de los planes de beneficios, que dejaban por fuera insumos o tecnologías que no estaban mencionados de manera expresa y constituía una falla estructural. Sin embargo, con la entrada en vigor de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y lo señalado por la Corte en el Auto 590 de 2016, este problema terminó integrándose con el Problema Jurídico No. 1.

Este cambio se dio porque el sistema pasó de un modelo en el que solo se cubría lo que estaba expresamente incluido en una lista, a uno basado en exclusiones explícitas. En este nuevo enfoque, todo aquello que no esté claramente excluido se entiende como financiado por el sistema, ya sea a través de la UPC o de los Presupuestos Máximos.

Por ello, la gestión del Ministerio en el año 2025 se ha enfocado en disminuir las dudas sobre las fuentes de financiación, con el fin de garantizar una atención integral a los usuarios.

Sin embargo, la situación cambia cuando la prestación del servicio es ordenada por un juez de la República, el cual valora y evalúa las particularidades de cada caso puntual, con base en su poder discrecional. En estos casos, los prestadores actúan en cumplimiento de una orden judicial, y no simplemente con base en la normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

**Problema Jurídico 3. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?**

Este problema jurídico se clasifica como una falla funcional, en tanto se origina en deficiencias en la operación del sistema, particularmente en la gestión de autorizaciones, validación de órdenes médicas y articulación entre los actores responsables de la prestación del servicio.

Causa 1: Solicitud de servicios, tecnologías e insumos en salud prescritos por un médico particular.

Para este problema jurídico, en la vigencia 2025 se radicaron 2.226 acciones de tutela (0,7%), en las cuales los accionantes manifiestan que la prestación del servicio fue negada bajo el argumento de que la orden médica provenía de un profesional no adscrito a la red de la EPS.

Del análisis de los expedientes se identifica que los usuarios acuden a médicos especialistas externos como consecuencia de barreras previas de acceso dentro de la red, tales como demoras en la asignación de citas, limitaciones en la oferta de especialistas o dificultades en los procesos de remisión. En estos casos, la negativa de la EPS a reconocer la orden médica genera la interrupción del tratamiento.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido regulación orientada a garantizar la integralidad y continuidad de la atención, particularmente mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, en el cual se establecen las reglas para la organización de redes integrales de prestación de servicios, así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Estas disposiciones implican que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación efectiva del servicio requerido, independientemente de las limitaciones de su red, debiendo adoptar mecanismos que permitan validar, canalizar y asegurar la continuidad del tratamiento del usuario.

De manera complementaria, las acciones adelantadas por el Ministerio para el fortalecimiento de la capacidad instalada del sistema, incluyendo el incremento en el número de prestadores de servicios de salud y la ampliación de la oferta, buscan reducir las barreras de acceso que llevan a los usuarios a acudir a profesionales por fuera de la red.

Sin embargo, las tutelas evidencian que, a pesar de estas medidas, persisten dificultades en la oportunidad de acceso dentro de la red, lo que conduce a que los usuarios deban recurrir a servicios externos, generándose posteriormente la negativa de las EPS a reconocer dichas atenciones. Esto confirma que la problemática se mantiene en el ámbito funcional del sistema.

**Problema Jurídico 4. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud?**

Con la expedición de la Ley 1751 de 2015 se avanzó hacia un modelo de exclusiones explícitas, aunque en la práctica aún se evidencian dificultades. Por esta causa se interpusieron 17.710 acciones de tutela en 2024, frente a 29.162 en 2025 (lo que representa un aumento del 64,66%), lo cual da cuenta de la



persistencia de barreras administrativas y financieras que afectan a los pacientes.

Con el fin de mitigar esta problemática, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado diversas medidas orientadas a brindar mayor claridad, seguridad jurídica y eficiencia en la financiación y provisión de los servicios de salud.

Mediante las Resoluciones 2718 de 2024 y 2765 de 2025, el Ministerio realizó una actualización integral de los servicios y tecnologías financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Como resultado, actualmente el 96,53% de los medicamentos autorizados en el país y el 97% de los procedimientos clasificados en la CUPS cuentan con una fuente de financiación definida de manera anticipada, reduciendo significativamente los espacios de ambigüedad que antes eran utilizados para negar servicios.

Con la expedición de la Resolución 067 de 2025 se unificaron las reglas y la metodología para la definición de los Presupuestos Máximos. Esta medida resulta clave para garantizar el flujo de recursos destinados a servicios que no están financiados por la UPC, pero que tampoco se encuentran excluidos, evitando que los usuarios queden atrapados en controversias de pago favoreciendo una atención más oportuna.

El Ministerio ha dado continuidad a lo dispuesto en la Resolución 318 de 2023, que establece un procedimiento técnico científico y participativo para definir qué servicios y tecnologías no deben ser financiados con recursos públicos. En desarrollo de este marco, se expidió la Resolución 641 de 2024, mediante la cual se consolidó un listado de 114 tecnologías excluidas, lo que contribuye a delimitar con mayor precisión el alcance del Plan de Beneficios y a brindar certeza jurídica.

Un avance relevante en el año 2025 es la expedición de la Resolución 1632 de 2025, que reemplaza el modelo de auto reporte de las EPS por un nuevo registro de negaciones basado en múltiples fuentes de información, como tutelas, MIPRES y PQRDS. Esta herramienta permite identificar patrones de negación injustificada, especialmente en aquellos casos donde la supuesta

“incertidumbre” es utilizada como barrera de acceso, y activas alertas para la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud.

A través de la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), mediante actos administrativos como la Resolución 756 de 2025, se ha buscado garantizar un lenguaje técnico homogéneo entre los actores del sistema. Esto reduce las barreras derivadas de interpretaciones divergentes sobre la codificación y denominación de los procedimientos.

Estas medidas evidencian un tránsito desde un escenario de incertidumbre normativa que ha sido progresivamente mitigado mediante la regulación expedida por el Ministerio hacia la identificación de fallas de carácter funcional en algunos actores del sistema, particularmente en los aseguradores.

De hecho, el análisis de la información recopilada en el marco de la Circular Externa 001 de 2025 permite evidenciar que el incremento de acciones de tutela asociadas a este problema no responde principalmente a vacíos normativos, sino a dificultades en la aplicación de la regulación vigente, teniendo en cuenta que el 64,85 % de las tutelas corresponden a servicios que ya se encuentran expresamente financiados por el sistema.

En este contexto, puede afirmarse que el Ministerio ha cumplido con su función regulatoria mediante la expedición de actos administrativos como las Resoluciones 2765, 067, 1632 y 1789 de 2025, que definen con mayor precisión las fuentes de financiación y el alcance de los servicios cubiertos.

El principal objetivo de la vigencia 2026 consiste en lograr que esta claridad normativa se traduzca efectivamente en la garantía del derecho a la salud. Para ello, el nuevo registro de negaciones establecido en la Resolución 1632 de 2025 se configura como una herramienta fundamental para identificar, controlar y sancionar las barreras de acceso injustificadas.

**Problema Jurídico 5. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago**

**moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo?**

Este problema jurídico se clasifica como una falla financiera, en tanto se relaciona con la aplicación de los mecanismos de financiación del sistema, particularmente en lo relativo al cobro de cuotas moderadoras y copagos.

Para este problema jurídico, en la vigencia 2025 se radicaron 2573 acciones de tutela (0,8%), en las cuales los accionantes manifiestan que la prestación del servicio de salud fue condicionada al pago previo, lo que, desde su perspectiva, constituye una barrera de acceso al derecho fundamental a la salud.

Del análisis de los expedientes se identifica que la causa principal de la interposición de la acción de tutela radica en la exigencia de pagos sin que medie una verificación efectiva de la capacidad económica del usuario, así como en la aplicación de cobros en eventos que, conforme a la normativa vigente, se encuentran exceptuados.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido regulación específica y vigente mediante el Decreto 1652 de 2022, a través del cual se establece el régimen aplicable a las cuotas moderadoras y copagos, definiendo de manera detallada las condiciones de su cobro, así como las exoneraciones obligatorias para determinados grupos poblacionales y eventos en salud.

En particular, dicha normativa establece que los afiliados pertenecientes al régimen subsidiado se encuentran exentos del pago de cuotas moderadoras, así como aquellos afiliados del régimen contributivo que requieren atención para patologías de alto costo o tratamientos integrales definidos, incluyendo enfermedades crónicas no transmisibles, trasplantes, enfermedades huérfanas, entre otros. Así mismo, se dispone la exoneración de copagos en eventos de alto costo y para poblaciones especialmente protegidas, tales como menores de edad con enfermedades graves, personas en situación de discapacidad, víctimas de violencia y comunidades indígenas.

Estas disposiciones no solo regulan el cobro, sino que delimitan de manera expresa los casos en los cuales no es jurídicamente procedente exigir pagos al usuario, lo que implica que las entidades promotoras de salud deben garantizar la prestación del servicio sin condicionamientos económicos en dichas situaciones.

Adicionalmente, desde el componente estructural del aseguramiento, el Ministerio ha definido un esquema de financiación integral que articula la Unidad de Pago por Capitación (UPC), los presupuestos máximos y otras fuentes de financiación, con el fin de garantizar que los servicios y tecnologías en salud sean cubiertos sin trasladar cargas económicas indebidas a los usuarios.

No obstante, si bien el diseño del sistema prevé mecanismos suficientes para financiar la atención, las acciones de tutela evidencian que persisten dificultades en la aplicación de estas reglas por parte de algunas entidades, particularmente cuando se imponen cobros sin verificar las condiciones de exoneración, lo que confirma que la causa del problema no es normativa sino funcional.

**Problema Jurídico 6. ¿Desconoce el derecho a la salud, especialmente, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios requeridos, cuando no autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio?**

En el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes tiene carácter prioritario, lo que impone a todos los actores del sistema la obligación de asegurar un acceso oportuno, eficaz y de calidad, superando cualquier barrera administrativa o económica.

Aunque desde una perspectiva cuantitativa este problema jurídico presenta una menor recurrencia en comparación con otros, su relevancia constitucional es máxima, en virtud del principio del interés superior del menor. Adicionalmente, una proporción importante de estas acciones se articula con el Problema Jurídico No. 9, relacionado con la falta de oportunidad, en la medida en que la vulneración



suele materializarse en demoras injustificadas en la prestación de servicios que, por mandato legal, deben ser priorizados para esta población.

Con el propósito de mitigar esta problemática y fortalecer la resolutiveidad en la atención en salud de niños, niñas y adolescentes, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado un conjunto de medidas.

**Consolidación de los Equipos Básicos de Salud (EBS):** Durante el año 2025 se fortaleció la operación de 10.367 Equipos Básicos de Salud, con una inversión aproximada de \$2,10 billones. Estos equipos desarrollan atenciones extramurales en hogares y entornos escolares, orientadas a la detección temprana de riesgos en salud. Su implementación busca reducir barreras de acceso en el primer nivel de atención, eliminando la necesidad de autorizaciones previas para servicios básicos y disminuyendo la judicialización mediante acciones de tutela.

**Despliegue de equipos especializados en territorio:** Se pusieron en funcionamiento 33 equipos de especialistas, que incluyen pediatría y ginecoobstetricia, en 145 municipios de 15 departamentos. Esta medida acerca la atención especializada a zonas dispersas y rurales, donde anteriormente los usuarios debían desplazarse o acudir a mecanismos judiciales para acceder a estos servicios.

**Fortalecimiento de la red pública materno infantil:** Un avance relevante corresponde a la gestión para la restauración y puesta en funcionamiento del Hospital Universitario San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, en el marco del Decreto Ley 1959 de 2023, con una inversión proyectada de \$1,85 billones en infraestructura. Esta iniciativa busca ampliar la capacidad instalada para la prestación de servicios de alta complejidad dirigidos a la población infantil.

**Claridad en la financiación de servicios y tecnologías:** A través de la Resolución 2765 de 2025 se actualizó el catálogo de servicios financiados con cargo a la UPC, reduciendo las negaciones basadas en supuestas exclusiones. De manera complementaria, la Resolución 067 de 2025 fortaleció el esquema de Presupuestos Máximos, garantizando el flujo de recursos para tecnologías no

financiadas por la UPC, incluidas aquellas asociadas a enfermedades huérfanas que afectan de manera significativa a la población infantil.

**Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS):** La implementación de la estrategia de APS ha mostrado resultados concretos en indicadores clave para la población infantil. La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años disminuyó de 5,34 en 2022 a 3,79 en 2024, evidenciando el impacto de las intervenciones territoriales. Asimismo, la cobertura de la vacuna triple viral alcanzó el 92,6%, reduciendo riesgos prevenibles que suelen derivar en atenciones de urgencia.

**Uso de tecnologías para mejorar la oportunidad en la atención:** La implementación de servicios de telemedicina en sedes públicas ha permitido el seguimiento continuo de tratamientos pediátricos por parte de especialistas, disminuyendo interrupciones en la atención y mitigando las demoras que caracterizan este problema jurídico.

En conjunto, estas medidas reflejan un esfuerzo institucional orientado a garantizar una protección reforzada del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, no solo desde el marco normativo, sino también mediante intervenciones territoriales y operativas que buscan eliminar barreras de acceso.

**Problema jurídico 7. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?**

Este problema se clasifica como una falla financiera, en tanto se relaciona con el reconocimiento de prestaciones económicas dentro del sistema.

Para este problema jurídico, en la vigencia 2025 se radicaron 847 acciones de tutela (0,3%), en las cuales los accionantes solicitan el reconocimiento y pago de incapacidades que han sido negadas por inconsistencias en los aportes.

Del análisis de los expedientes se identifica que la controversia más importante surge cuando las EPS niegan el reconocimiento de incapacidades por mora o irregularidades en las cotizaciones, lo que es percibido por el usuario como una afectación a su mínimo vital.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido el Decreto 1427 de 2022 y el Decreto 2126 de 2023, mediante los cuales se regulan de manera integral las prestaciones económicas del sistema, incluyendo las incapacidades de origen común, estableciendo requisitos, procedimientos de validación y obligaciones para las EPS.

Estas disposiciones definen condiciones claras para el reconocimiento de incapacidades, establecen mecanismos de validación de certificados médicos y fijan los tiempos y procedimientos para el pago.

Adicionalmente, el marco general del aseguramiento prevé mecanismos de reconocimiento y flujo de recursos orientados a garantizar la sostenibilidad del sistema y el pago de prestaciones económicas, a través de instrumentos como la UPC y otros esquemas de financiación.

No obstante, las controversias evidencian que, en la práctica, la verificación de requisitos y la gestión administrativa de las incapacidades continúan generando barreras para los usuarios, lo que refleja que la dificultad se encuentra en la aplicación operativa de la normativa y no en su ausencia.

**Problema Jurídico 8. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud, al interrumpir el suministro de los mismos porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado?**

El Ministerio ha adoptado distintas medidas para asegurar que las personas que se encuentran desempleadas puedan seguir accediendo a los servicios de salud. Con ello, se busca proteger este derecho durante los periodos de cesantía y garantizar la continuidad del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad.

De conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el sistema de salud debe garantizar la continuidad en la prestación de los servicios, prohibiendo que razones administrativas o económicas impidan la culminación de tratamientos previamente iniciados. Este principio resulta especialmente relevante en contextos de transición laboral, donde el riesgo de interrupción en la atención se incrementa.

Durante el año 2025, este jurídico no presentó acciones de tutela, lo cual difiere con respecto al año 2024 cuya participación fue del 2,98% de acciones de tutela equivalentes a 8.572 casos.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado un conjunto de medidas orientadas a eliminar los vacíos de cobertura que históricamente han obligado a los usuarios a acudir a la acción de tutela:

**Consolidación de la afiliación de oficio:** A través de la implementación del Decreto 064 de 2020, modificado por el Decreto 616 de 2022, se ha fortalecido el mecanismo de afiliación automática al sistema para personas no afiliadas que requieren servicios de salud. Durante la vigencia 2025, esta medida permitió registrar 425.001 nuevas afiliaciones de oficio. Al cierre de diciembre, el acumulado ascendió a 2.999.411 personas, garantizando el acceso inmediato al sistema sin que la edad o el estado de salud constituyan barreras de ingreso.

**Fortalecimiento del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT):** En 2025, el SAT se consolidó como una herramienta clave para facilitar la continuidad en el aseguramiento, registrando 3.032.204 transacciones. Se destacan las afiliaciones al régimen contributivo como independientes (420.198) y los procesos de movilidad hacia el régimen subsidiado (7.227), lo que permite que las personas en situación de desempleo transiten entre regímenes sin interrupciones en la prestación de los servicios de salud.

**Garantía de continuidad en tratamientos (Decreto 719 de 2024):** Como medida de protección efectiva, este decreto, plenamente aplicado durante el 2025, establece la obligación de las EPS receptoras de garantizar la culminación de los tratamientos en curso de los afiliados asignados o trasladados. Esta disposición protege especialmente a pacientes crónicos, de alto costo o en

condiciones de vulnerabilidad, frente a cambios en su situación laboral o administrativa.

**Ampliación del periodo de protección laboral:** Se ha mantenido la garantía que permite al usuario y a su núcleo familiar continuar recibiendo atención en salud hasta por uno o tres meses adicionales después del cese de aportes, dependiendo del tiempo de permanencia en el sistema, reduciendo así el riesgo de interrupción abrupta en la atención.

**Fortalecimiento del control sobre negaciones de servicios:** Mediante la Resolución 1632 de 2025 se robustecieron los mecanismos de monitoreo, permitiendo identificar casos en los que las EPS niegan servicios a personas en periodos de cesantía. Esta herramienta activa alertas y facilita la adopción de medidas correctivas, incluyendo el reintegro de recursos cuando se evidencian negaciones injustificadas.

El impacto de estas medidas durante 2025 evidencia un avance significativo en la eliminación de barreras de acceso asociadas a la pérdida de la capacidad de pago. En particular, la afiliación de oficio y la consolidación del Sistema de Afiliación Transaccional han permitido garantizar mecanismos de ingreso y permanencia inmediata en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la totalidad de los municipios del país, reduciendo la necesidad de acudir a la acción de tutela por falta de afiliación activa.

De igual forma, la política de continuidad establecida en el Decreto 719 de 2024 aborda de manera directa la causa estructural de la interrupción de tratamientos por razones económicas, reforzando la protección del derecho a la salud en escenarios de vulnerabilidad laboral.

**Problema Jurídico 9. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que protegen el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados? - Falta de oportunidad.**

Para la vigencia 2025 se radicaron 200.546 acciones de tutela (64,9%), en las cuales se invoca la protección del derecho fundamental a la salud por la falta de acceso oportuno a servicios que, en su mayoría, ya se encuentran incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS) y cuentan con financiación asegurada. Este comportamiento evidencia que la problemática no se ubica en la ausencia de cobertura normativa ni en la inexistencia de recursos, sino en fallas asociadas a la oportunidad en la prestación efectiva de los servicios, esto es, en el plano funcional del sistema.

Cabe precisar que, si bien se identifican diversas causas asociadas, a continuación, se destacan aquellas que presentan mayor incidencia en la interposición de tutelas. En ese sentido, del análisis de dichas causas se observa que más del 50% de estas coinciden en dificultades relacionadas con la oportunidad en la prestación de los servicios de salud. En concreto, se repiten situaciones como la demora en el agendamiento de citas con medicina general y especializada, con 60.768 tutelas (17,7%); la tardanza en la realización de procedimientos previamente autorizados por las EPS, con 43.456 casos (12,7%); y el desabastecimiento de medicamentos, que concentra 67.417 tutelas (19,7%). A esto se suman problemas en el suministro de tecnologías prescritas a través de MIPRES (13.416 tutelas, equivalentes al 3,9%) y la falta de entrega oportuna de insumos, dispositivos o materiales médicos financiados con cargo a la UPC.

En conjunto, estas situaciones evidencian que las causas que se repiten no se relacionan con la inexistencia de cobertura o de recursos, sino con la forma en que se gestionan y materializan los servicios en la práctica, particularmente en la articulación de la red de prestación, la disponibilidad efectiva de tecnologías en salud y la capacidad de respuesta de los actores encargados.

Bajo este panorama, no puede afirmarse la existencia de un desconocimiento del derecho fundamental a la salud atribuible al Ministerio de Salud y Protección Social, en la medida en que el diseño institucional del sistema contempla la financiación, inclusión y regulación de los servicios que son objeto de reclamación judicial. Lo que se advierte, en cambio, es una ruptura en la cadena de prestación, especialmente en la gestión y operación a cargo de las EPS, IPS

y entidades territoriales, quienes tienen la responsabilidad directa de garantizar la materialización oportuna del servicio.

Con el propósito de corregir de manera progresiva estas fallas operativas o funcionales y fortalecer la oportunidad en la prestación de los servicios, se han venido implementando diversas estrategias orientadas a mejorar el acceso, optimizar la articulación de la red y robustecer la capacidad de respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si bien las acciones adelantadas son amplias y abarcan distintos frentes del sistema, a continuación, se destacan algunas de las más relevantes para efectos del presente análisis:

- **Gestión de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS y Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes.**

En el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, adoptado mediante el Decreto 858 de 2025, esta cartera ministerial estructuró una serie de lineamientos orientados a transformar la prestación de los servicios de salud, no como una intervención aislada, sino como parte de una política pública integral dirigida a fortalecer la capacidad resolutiva del sistema, mejorar la calidad en la atención, garantizar la humanización del servicio y reducir las brechas de acceso en el territorio nacional. En este sentido, la expedición de este tipo de disposiciones no constituye un ejercicio meramente formal o reglamentario, sino el desarrollo de las competencias asignadas al Ministerio como ente rector del sistema, en cumplimiento de los mandatos constitucionales y legales orientados a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Si bien el Decreto 858 de 2025 fue objeto de suspensión provisional por parte del Consejo de Estado, dicha decisión no desvirtúa ni los fundamentos técnicos de la política pública ni los avances alcanzados en su implementación, en tanto responde a un control jurisdiccional propio del Estado social de Derecho, sin que ello implique, en sí mismo, un reproche sobre la finalidad de las medidas adoptadas. Por el contrario, las acciones desarrolladas evidencian que el Ministerio ha actuado de manera diligente en la formulación de estrategias orientadas a superar fallas estructurales y funcionales del sistema,

particularmente aquellas relacionadas con la oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Durante el periodo objeto del informe, particularmente con anterioridad a la suspensión provisional del Decreto 858 de 2025 dispuesta por el Consejo de Estado el 21 de octubre de 2025, en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo y la reglamentación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes (PTRRMR) permitieron avanzar en la organización del sistema de salud bajo criterios técnicos que favorecen la eficiencia, la articulación entre niveles de atención y la continuidad en la prestación de los servicios.

En particular, se logró la homologación de las tipologías de servicios, favoreciendo la organización territorial de la red, en coherencia con el modelo adoptado. Estas tipologías, definidas según niveles de complejidad, infraestructura, talento humano y portafolio de servicios, permiten ordenar la prestación, incrementar la capacidad resolutive y garantizar la complementariedad entre los distintos niveles de atención, contribuyendo directamente al goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Dentro de estas se encuentran: los puestos de salud, orientados a la atención primaria en zonas rurales y dispersas con énfasis en promoción, prevención y telemedicina; los centros de salud, que amplían la oferta de baja complejidad en cabeceras municipales; los hospitales de nivel I, II y III, que integran progresivamente servicios de mayor complejidad, incluyendo hospitalización, especialidades médico-quirúrgicas, cuidados intermedios e intensivos, así como atención en salud mental.

De igual forma, las actualizaciones integrales de los PTRRMR avanzaron en la consolidación de un modelo de prestación más resolutivo y cercano a la población, mediante el fortalecimiento del portafolio de servicios en el nivel primario, la transición hacia esquemas de prestación organizados por subregiones y regiones funcionales conforme a la Resolución 1789 de 2025, la incorporación de modalidades como la telemedicina para ampliar cobertura en zonas de difícil acceso, y la reducción de brechas territoriales a través de redes públicas más integradas y eficientes.

Como resultado de estas acciones, se destacan avances concretos en territorios históricamente rezagados. En el departamento del Chocó, se emitió concepto viable para la reorganización y modernización de la red departamental, estructurada en dos fases: una primera fase (2025-2027) con 13 Empresas Sociales del Estado (ESE), de las cuales 7 son nuevas, y una segunda fase (2027-2030) con 32 ESE, incluyendo 26 nuevas. Esta reorganización contempla la estructuración de la red en cinco subregiones (Atrato, San Juan, Baudó, Pacífico y Darién), con niveles diferenciados de complejidad, así como la incorporación de servicios de salud mental, atención extramural y uso de telemedicina para zonas rurales dispersas, todo ello bajo criterios de sostenibilidad financiera, fortalecimiento del talento humano y gobernanza territorial.

En el Distrito de Santa Marta, se otorgó concepto viable a la reorganización de la red de prestación de servicios bajo un enfoque integral, flexible y progresivo, orientado al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, con un plan de implementación gradual que permite ajustar la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de la población. Este modelo incorpora la posibilidad de ampliar la red mediante la inclusión de nuevos puntos de atención, y se encuentra alineado con la definición de regiones y subregiones funcionales establecida en la Resolución 1789 de 2025.

En este sentido, los avances descritos evidencian que las medidas adoptadas por el Ministerio no solo responden a un diseño normativo, sino que han tenido un desarrollo operativo concreto en los territorios, orientado a mejorar la organización del sistema, fortalecer la prestación de los servicios y garantizar una atención más oportuna, integral y cercana a la población.

Si bien el Decreto 858 de 2025 fue objeto de suspensión provisional por parte del Consejo de Estado, dicha decisión no desvirtúa ni los fundamentos técnicos de la política pública ni los avances alcanzados en su implementación, en tanto responde a un control jurisdiccional propio del Estado social y democrático de Derecho, sin que ello implique, en sí mismo, un reproche sobre la finalidad de las medidas adoptadas ni sobre el ejercicio de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Ley 1751 de 2015. Por el contrario, las acciones desarrolladas evidencian que el Ministerio ha actuado de manera diligente en la formulación de estrategias orientadas a superar fallas

estructurales y funcionales del sistema, particularmente aquellas relacionadas con la oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

- **Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud - Equipos Básicos de Salud**

Se evidencia un avance en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud de personas, familias y comunidades, mediante el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), particularmente en el nivel primario de atención. Este fortalecimiento se materializa a través de la asignación de Equipos Básicos de Salud conformados por perfiles interdisciplinarios e interculturales en el 100% de los departamentos del país, con cobertura del 100% de los municipios y áreas no municipalizadas.

En este marco, se pasó de 2.482 equipos en 2023 a 10.257 en 2024, y para el 2025 (con corte al 30 de septiembre) se cuenta con 10.220 equipos financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) y 2.275 financiados con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), para un total de 12.495 equipos, lo que representa un incremento del 121,8% frente al periodo anterior.

Este crecimiento es resultado de un esfuerzo sostenido en términos financieros, técnicos y administrativos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que ha asignado progresivamente recursos del Presupuesto General de la Nación para garantizar la conformación y operación de estos equipos en todo el territorio nacional. En efecto, el Ministerio ha financiado el talento humano que los integra y ha transferido los recursos a las Empresas Sociales del Estado (ESE) y a las Entidades Territoriales de Salud (ET), para que, en el marco de sus competencias, adelanten su implementación y operación de manera articulada con los demás actores del sistema, tanto en zonas urbanas como rurales.

Así, para la vigencia 2024 se registró una inversión aproximada de 1,6 billones de pesos, mientras que para el año 2025, con corte a 30 de septiembre, se han asignado más de 2,08 billones de pesos, lo que evidencia la continuidad y el fortalecimiento progresivo de esta política pública en términos de cobertura y capacidad operativa.

Estas acciones inciden directamente en las causas que originan la interposición de acciones de tutela asociadas a la falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud, en la medida en que fortalecen la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, permiten la detección temprana de riesgos en salud, reducen la necesidad de remisiones a niveles de mayor complejidad y acercan la prestación de los servicios a la población, especialmente en territorios rurales y dispersos.

- **Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil:**

En cumplimiento del artículo 367 del Plan Nacional de Desarrollo 2023–2026, se creó el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil mediante el Decreto 1959 de 2023, como una entidad de carácter especial adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, orientada a la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

En desarrollo de este proyecto, se ha avanzado en la ejecución de obras en los doce edificios del complejo hospitalario, la asignación de recursos por \$199.268.000.000 mediante la Resolución 1668 de 2025, y la obtención de un aval fiscal por 1,6 billones de pesos para su recuperación integral. Así mismo, se registran avances en edificaciones como Salud Mental (31%), San Roque (24,16%) e Inmunológico (27%), entre otros. El fortalecimiento de la red pública hospitalaria y a la ampliación de la capacidad instalada del sistema, incide directamente en la mejora de la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, especialmente en niveles de mayor complejidad.

- **Telemedicina / Telesalud:**

Se avanzó en la implementación del modelo integral de telesalud mediante la suscripción del convenio MSPS-2129-2025 por \$9.997.087.727, orientado a fortalecer la prestación de servicios en esta modalidad a nivel nacional, con participación de la Universidad de Cartagena, Universidad de Antioquia y Universidad Nacional de Colombia, incluyendo despliegue territorial y habilitación de servicios en varios departamentos.



Así mismo, se adelantaron acciones de transformación digital en salud, asistencia técnica territorial y fortalecimiento institucional del componente TIC, incluyendo la socialización de la Resolución 1519 de 2025 en múltiples departamentos, el acompañamiento para la formulación de proyectos de inversión y el fortalecimiento de la habilitación de servicios en telemedicina.

Se destaca igualmente el avance en la implementación de servicios en la región Amazónica, con habilitación en departamentos como Caquetá, Guaviare y Putumayo, así como el desarrollo de procesos de ajuste normativo a las Resoluciones 2654 y 3100 de 2019, orientados a garantizar la sostenibilidad y calidad del modelo.

La oportunidad en la prestación de los servicios de salud, al facilitar el acceso en zonas dispersas, reducir tiempos de atención y fortalecer la articulación entre prestadores, incide directamente en la superación de fallas funcionales del sistema.

- **Prestación de servicios en zonas rurales**

En el marco del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), reglamentado mediante el Decreto 0351 del 27 de marzo de 2025, se establecieron tres líneas estratégicas orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud en zonas rurales y dispersas: (i) gobernanza y gobernabilidad, (ii) modelo especial de salud pública para zonas rurales y dispersas, y (iii) garantía de la calidad en salud para personas, familias y comunidades rurales.

En desarrollo de la línea de gobernanza, se avanzó en el posicionamiento del PNSR en la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), la expedición de la Resolución 1963 de 2025 que reglamenta el Comité Institucional de Salud Rural del Ministerio, y la realización de asistencias técnicas territoriales (1 presencial y 2 virtuales) para la armonización con el Plan de Acción en Salud – PAS 2026. En cuanto al modelo de prestación en zonas rurales, a 30 de junio de 2025 se han conformado 2.132 Equipos Básicos de Salud en 284 municipios del PNSR, logrando la intervención de 484.537 hogares. De estos, 1.197 EBS corresponden a 122 municipios PDET, con intervención en 237.712 hogares, y una asignación

de \$754.401.507.945 para la conformación de EBS en 355 municipios, de los cuales \$449.306.090.144 se asignaron a 158 municipios PDET.

Adicionalmente, 139 sedes de Empresas Sociales del Estado cuentan con servicios habilitados en modalidad de telemedicina en 113 municipios del PNSR, de las cuales 68 sedes operan en 60 municipios PDET, evidenciando un incremento frente al primer trimestre de 2025.

En materia de infraestructura y dotación, durante el primer semestre de 2025 se gestionaron recursos para 68 proyectos de mejoramiento de infraestructura por valor de \$23.785.671.554 en municipios PNSR, así como 23 proyectos por \$10.041.857.375 en municipios PDET. En dotación biomédica, se asignaron recursos por \$2.617.674.696 y \$1.242.977.253 en proyectos aprobados mediante resoluciones emitidas entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025. Así mismo, se desarrolló asistencia técnica a 514 proyectos en 138 entidades territoriales, abarcando 174 municipios y 29 departamentos, de los cuales 283 proyectos se ubican en municipios PDET. En total, durante el primer semestre de 2025 se asignaron \$132.909.561.037 para 168 proyectos de infraestructura y dotación en 69 municipios del PNSR, de los cuales \$84.633.397.058 corresponden a 84 proyectos en 33 municipios PDET.

De igual forma, se asignaron \$32.586.773.047 para proyectos de transporte asistencial en 81 municipios del PNSR, incluyendo \$13.105.517.082 en 31 municipios PDET, registrándose el mayor número de proyectos ejecutados en una vigencia frente a años anteriores.

En cuanto al talento humano, se asignaron 894 plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) en municipios del PNSR, de las cuales 360 corresponden a plazas PNSR (Bacteriología 33, Enfermería 57, Medicina 239 y Odontología 31), con 273 plazas asignadas y 87 vacantes en medicina. Así mismo, se dispusieron 212 plazas en municipios PDET (Bacteriología 20, Enfermería 34, Medicina 139 y Odontología 19), con 153 plazas asignadas y 59 vacantes en medicina.

Finalmente, en materia de calidad, a 30 de marzo de 2025 se alcanzó un reporte del 82,69% en el Sistema de Información para la Calidad (SIC) por parte de IPS del PNSR y EAPB, lo que representa un aumento de dos puntos frente a

diciembre de 2024, junto con la realización de 13 asistencias técnicas con participación de 176 IPS y 310 personas.

Este fortalecimiento integral de la prestación de servicios en zonas rurales y dispersas, mediante el incremento de la capacidad operativa, la ampliación de la cobertura, el fortalecimiento del talento humano y la mejora en infraestructura y transporte asistencial incide directamente en la reducción de barreras de acceso y en la mejora de la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, en línea con la superación de fallas funcionales del sistema.

- **Compra centralizada de medicamentos de interés en salud pública:**

Con el fin de mejorar la disponibilidad, acceso y oportunidad en la entrega de medicamentos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado estrategias de compra centralizada de medicamentos de interés en salud pública, orientadas a reducir costos, garantizar la calidad, mejorar la equidad en el acceso a tratamientos y fortalecer la eficiencia y transparencia del sistema de salud.

En desarrollo de esta estrategia, mediante la Orden de compra 1244-2025 del 25 de marzo de 2025, se adelantó la adquisición de medicamentos de interés en salud pública y suero antialacrán en articulación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), efectuándose los siguientes desembolsos: el 2 de abril de 2025 por USD \$4.777.716,6 y el 29 de abril de 2025 por USD \$16.401,2.

Adicionalmente, se suscribieron contratos de compraventa para la adquisición de medicamentos estratégicos, entre ellos: el contrato 1832-2025 para la compra de Talidomida 100 mg (27.810 tabletas) por valor de \$91.606.140, y el contrato 1598-2025 para la compra de Miltefosina 50 mg (97.832 tabletas) por valor de \$1.189.747.960 y Miltefosina 10 mg (75.768 tabletas) por valor de \$575.836.800.

Estas acciones tienen cobertura a nivel nacional y benefician a todos los habitantes del territorio, contribuyendo a garantizar la disponibilidad de

medicamentos y a reducir las demoras en su entrega, lo cual incide directamente en la mejora de la oportunidad en la prestación de los servicios de salud y en la superación de fallas funcionales asociadas al desabastecimiento.

- **Acceso a medicamentos y tecnologías en salud:**

En el marco del análisis del problema jurídico relacionado con la falta de oportunidad en el acceso a servicios de salud, particularmente en lo referente al suministro de medicamentos y tecnologías en salud ya financiados, es preciso señalar que el Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado un conjunto amplio y articulado de medidas regulatorias, técnicas, financieras y operativas orientadas a garantizar la disponibilidad, calidad, acceso y continuidad de estos insumos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En primer lugar, desde el punto de vista normativo, se han adelantado acciones dirigidas a optimizar el entorno regulatorio farmacéutico, mediante la implementación de Análisis de Impacto Normativo (ex ante y ex post) sobre reglamentos técnicos, así como la actualización de estándares de Buenas Prácticas de Manufactura, regulación de estabilidad de medicamentos y simplificación de trámites asociados a registros sanitarios. En este sentido, la expedición del Decreto 1474 de 2023 permitió la eliminación de 2.852 trámites de renovación de registros sanitarios pendientes ante el INVIMA, mientras que la Resolución 1896 de 2023 eliminó 4.642 trámites relacionados con publicidad de medicamentos, medidas que contribuyen directamente a reducir barreras regulatorias y facilitar la disponibilidad oportuna de medicamentos en el mercado.

De manera complementaria, se han fortalecido los mecanismos de intervención estatal en el mercado farmacéutico, destacándose la implementación de esquemas de compra centralizada de medicamentos, que han permitido ampliar significativamente el acceso a tratamientos esenciales. Entre 2022 y 2025, el número de tratamientos adquiridos para hepatitis C se incrementó en más del 200%, y se incorporaron medicamentos antirretrovirales para el tratamiento del VIH, así como medicamentos para enfermedades huérfanas no financiadas con recursos de la UPC. Estas medidas no solo optimizan el uso de los recursos

públicos, sino que garantizan mayor equidad en el acceso, especialmente para poblaciones vulnerables.

Asimismo, el Ministerio ha ejercido de manera activa sus competencias para remover barreras estructurales de acceso, como lo evidencia la declaratoria de interés público del medicamento Dolutegravir y la posterior concesión de licencia obligatoria, lo que permitió ampliar la disponibilidad de este antirretroviral y reducir costos asociados a su adquisición, garantizando el acceso oportuno a tratamientos para personas con VIH en todo el territorio nacional.

En el mismo sentido, se han adoptado medidas de carácter estructural orientadas a fortalecer la soberanía sanitaria, como la viabilización de un proyecto de inversión por más de 1.3 billones de pesos destinado al fortalecimiento de la producción nacional de medicamentos, con el propósito de reducir la dependencia externa y prevenir situaciones de desabastecimiento.

Ahora bien, esta cartera ministerial ha implementado desde el año 2022 el Sistema de Monitoreo de Abastecimiento de Medicamentos, como herramienta para identificar, analizar y gestionar de manera oportuna las situaciones de desabastecimiento en la cadena de suministro. Gracias a este sistema, se ha logrado reducir el número de medicamentos desabastecidos, pasando de 24 medicamentos en octubre de 2022 a 11 en julio de 2025, así como fortalecer los mecanismos de seguimiento mediante la publicación mensual de reportes, la realización de 62 mesas de trabajo con actores del sistema y la articulación interinstitucional con entidades como el INVIMA, la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia de Industria y Comercio.

El Ministerio no solo ha identificado las causas asociadas a las fallas en la entrega de medicamentos como el desabastecimiento, las dificultades logísticas, la fragmentación en la red de prestación y los problemas de cartera- sino que ha desplegado mecanismos concretos para su mitigación, dentro del ámbito de sus competencias.

No obstante, pese a la existencia de regulación, financiación y mecanismos de monitoreo, las acciones de tutela continúan evidenciando dificultades en la entrega oportuna de medicamentos, particularmente en casos relacionados con

desabastecimiento reportado por prestadores, demoras en la dispensación por parte de gestores farmacéuticos y fallas en la articulación de la red de prestadores de las EPS.

En este marco, resulta claro que la problemática no radica en la ausencia de cobertura, regulación o gestión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, sino en fallas en la ejecución operativa del sistema, específicamente en la cadena de suministro, dispensación y entrega efectiva de medicamentos, funciones que corresponden directamente a las EPS, IPS y gestores farmacéuticos.

En consecuencia, las dificultades en la oportunidad del acceso a medicamentos deben ser entendidas como una manifestación de fallas funcionales en la operación del sistema de salud, y no como una omisión institucional por parte del ente rector, el cual ha adoptado medidas suficientes, progresivas y técnicamente sustentadas para garantizar la disponibilidad y acceso a estas tecnologías en salud.

- **Equipos de Salud para Jóvenes:**

Con una inversión de \$7.379 millones, se conformaron 94 Equipos de Salud para Jóvenes en 62 Empresas Sociales del Estado (ESE), con cobertura en 94 municipios priorizados, orientados al fortalecimiento de la atención en salud mental, la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la atención de violencias.

De manera complementaria, se desarrollaron 20 mesas territoriales interinstitucionales y 8 encuentros virtuales de capacitación, con el propósito de fortalecer la articulación institucional y las capacidades técnicas en los territorios.

Como resultado, se logró una cobertura de 41.449 adolescentes y jóvenes en los municipios priorizados, destacándose territorios como Cauca, Valle del Cauca, Chocó, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Cesar, Sucre, Córdoba, Atlántico, Bolívar, La Guajira, Caldas, Risaralda, Cundinamarca, Bogotá, Cartagena, Santa Marta, Buenaventura y San Andrés.

Para concluir, cabe precisar que las medidas aquí expuestas corresponden a una selección estratégica de las acciones adelantadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, priorizadas en función de su incidencia directa sobre las causas que originan el problema jurídico relacionado con la falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud. En consecuencia, su presentación no obedece a una relación exhaustiva, sino a un ejercicio orientado a evidenciar de manera clara y pertinente las intervenciones más relevantes frente a las fallas identificadas.

Del análisis de la información correspondiente al problema jurídico nueve, se observa que las acciones de tutela se relacionan principalmente con dificultades en la oportunidad en la prestación de servicios que ya se encuentran incluidos y financiados dentro del Plan de Beneficios en Salud. De ello se desprende que la problemática no radica en la inexistencia de cobertura ni en vacíos normativos o de financiación, sino en fallas funcionales que se presentan en la fase operativa del sistema.

En efecto, la caracterización de las causas asociadas a este problema jurídico identifica que las barreras se concentran en aspectos como la asignación de citas con especialistas, la programación de procedimientos y exámenes, la entrega de medicamentos e insumos, así como en la articulación de la red de prestadores y la gestión administrativa de las entidades responsables de la prestación.

A su turno, las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social dan cuenta de acciones concretas para fortalecer la capacidad resolutoria del sistema, mejorar la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud y optimizar los mecanismos de seguimiento y control. Las estrategias implementadas en atención primaria, fortalecimiento de redes, telesalud, abastecimiento de medicamentos y ampliación de la capacidad instalada, inciden en las causas que originan la interposición de acciones de tutela por falta de oportunidad.

Pese a ello, la persistencia de estas acciones evidencia que las dificultades se ubican en la ejecución del sistema, particularmente en la gestión a cargo de las EPS, IPS y demás actores responsables de la prestación directa. En esa medida, la problemática no permite atribuir una omisión al ente rector, sino que pone de

presente la necesidad de fortalecer la articulación, la gestión y los mecanismos de control en el nivel operativo.

En consecuencia, no resulta jurídicamente procedente concluir que exista un desconocimiento del derecho fundamental a la salud atribuible al Ministerio de Salud y Protección Social frente al problema jurídico analizado, en tanto las actuaciones desplegadas reflejan el ejercicio de sus competencias de dirección, regulación y seguimiento. Los retos se concentran en asegurar la oportunidad en la prestación de los servicios, lo que exige continuar fortaleciendo la gestión operativa del sistema para garantizar la materialización efectiva del derecho en condiciones de calidad, continuidad e integralidad.

**Problema Jurídico 10. ¿Viola un órgano del Estado el derecho de petición de una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud así como el derecho a la salud de los afiliados y beneficiarios del sistema de protección, al negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en razón a que el órgano estatal respectivo se considera incompetente?**

El presente problema jurídico pone de manifiesto falencias administrativas en algunas entidades responsables de la gestión de trámites asociados al funcionamiento del sistema de salud, en particular frente a la falta de respuesta o la emisión de respuestas de fondo insuficientes a derechos de petición relacionados con el flujo de recursos (falla financiera).

Para la vigencia 2025 se radicaron 4.763 acciones de tutela (1,5%), en las que se alega la vulneración del derecho de petición en este tipo de actuaciones. Esta situación contraviene lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, especialmente en su artículo 14, que establece los términos y condiciones para resolver las peticiones, así como la obligación de emitir respuestas claras, de fondo y congruentes.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido lineamientos dirigidos a fortalecer la gestión administrativa y la trazabilidad de los procesos asociados al flujo de recursos. En este mismo sentido, la Resolución

737 de 2024, en su artículo 1, establece las reglas para la asignación y seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencias efectuadas por el Ministerio, lo que permite contar con criterios definidos para su gestión y control.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, ha impartido directrices sobre la atención de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD), a través de la Circular Externa 202315100000010-5 de 2023, mediante la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en salud y se actualizan los lineamientos técnicos para su gestión. Así mismo, realiza seguimiento a las PQRD y adopta las medidas correspondientes frente a las entidades que incumplen sus obligaciones.

De acuerdo con lo anterior, la problemática identificada corresponde a deficiencias en la gestión administrativa de los actores responsables, particularmente en la atención de derechos de petición relacionados con el flujo de recursos.

**Problema Jurídico 11. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliar a una persona, a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse?**

El Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado medidas normativas y operativas orientadas a eliminar la discrecionalidad en los procesos de afiliación y traslado, así como a garantizar la efectividad del derecho al aseguramiento. En materia normativa, se ha reforzado la aplicación de lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, en particular el artículo 2.1.1.6, que prohíbe la negación de la afiliación por razones asociadas al estado de salud, así como el parágrafo del artículo 2.1.3.3, que impide exigir la declaración de estado de salud como requisito para el traslado entre EPS, estableciendo consecuencias sancionatorias ante su incumplimiento.

Una de las principales medidas para mitigar el Problema Jurídico 11 ha sido la consolidación del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). Este sistema permite que los usuarios realicen directamente y de forma virtual sus procesos de afiliación y traslado, lo que reduce la intermediación y disminuye las posibilidades de que las EPS impongan barreras o restricciones indebidas.

Los resultados respaldan su efectividad. Durante la vigencia 2025 se llevaron a cabo 1.356.767 traslados a través de esta plataforma, lo que refleja avances concretos en la eliminación de obstáculos administrativos y en la garantía de la libre movilidad dentro del sistema de salud.

En conjunto, estas medidas han contribuido a disminuir las acciones de tutela relacionadas con el problema jurídico once, al limitar la posibilidad de que las EPS incurran en prácticas de selección de riesgo y al fortalecer mecanismos automáticos que facilitan el acceso y la movilidad dentro del sistema.

Sin embargo, aún persisten desafíos asociados a la calidad y consistencia de la información que administran las EPS, lo que puede generar dificultades en los procesos de traslado y portabilidad. Por ello, resulta necesario fortalecer las acciones de verificación y depuración de las bases de datos, así como garantizar la aplicación efectiva de los mecanismos de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a posibles incumplimientos.

**Problema jurídico 12. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que son beneficiarias del régimen subsidiado, por no haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo?**

Frente a este problema jurídico, resulta pertinente precisar que la situación planteada ha sido superada en el ordenamiento jurídico colombiano. En efecto, la unificación del Plan de Beneficios en Salud - antes denominado Plan Obligatorio de Salud (POS)- entre los regímenes contributivo y subsidiado se dio de manera gradual iniciando con los menores de 12 años, lo cual, por instrucción

de la Honorable Corte Constitucional, se unificó para los menores de 18 años con el Acuerdo 25 de 2011, posteriormente con el Acuerdo 27 de 2011 se unificaron los grupos etarios mayores de 60 años, y así, se continuó con la unificación de los planes de beneficios para la población entre 18 y 59 años en el año 2012 con el Acuerdo 32. Lo anterior se dio en el marco del proceso de cumplimiento de los lineamientos constitucionales en materia de igualdad en el acceso a los servicios de salud.

Este proceso, permitió que la población afiliada al régimen subsidiado accediera a los mismos servicios de salud que los afiliados al régimen contributivo, consolidando un esquema de cobertura igualitaria sin distinción por capacidad de pago.

En ese sentido, en la actualidad las personas afiliadas al régimen subsidiado acceden a los mismos servicios, tecnologías y prestaciones en salud que aquellas del régimen contributivo, sin diferencias en el contenido del plan de beneficios en salud. Las distinciones existentes se limitan a aspectos de carácter administrativo, como los copagos y las cuotas moderadoras, lo cual no afecta la garantía material del derecho fundamental a la salud.

**Problema Jurídico 13. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud, diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?**

El Ministerio ha venido implementando diversas medidas orientadas a ordenar y simplificar los trámites de acceso a los servicios de salud, con el fin de evitar que los procedimientos administrativos se conviertan en barreras para los usuarios.

En este sentido, se ha dado continuidad a la aplicación de la Resolución 2335 de 2023, ajustada por la Resolución 636 de 2024, que busca mejorar la relación entre las EPS y los prestadores de servicios de salud. A través de esta regulación

se fortalecen los procedimientos y los acuerdos entre las partes, de manera que el trámite administrativo no termine afectando el acceso efectivo a los servicios.

De igual forma, durante 2025 y conforme a lo definido en la Ley 1438 de 2011, se avanzó en la actualización de los servicios financiados con cargo a la UPC, mediante la Resolución 2765 de 2025, y la unificación de la metodología de los Presupuestos Máximos, a través de la Resolución 067 de 2025, han permitido reducir la incertidumbre sobre quién debe asumir el pago de los servicios y bajo cuales condiciones. Esto ha contribuido a simplificar los procesos de autorización, que en el pasado generaban demoras y, en muchos casos, daban lugar a acciones de tutela.

Adicionalmente, se ha fortalecido el seguimiento a las negaciones de servicios con la implementación de la Resolución 1632 de 2025, que moderniza su registro. Esta herramienta permite identificar con mayor precisión cuándo las dificultades en los procedimientos son utilizadas como una forma de negar el acceso, facilitando la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud.

A partir de este análisis, el Ministerio ha identificado que el Problema Jurídico 13 está estrechamente relacionado con las fallas en la oportunidad en la prestación de los servicios (Problema Jurídico 9), ya que las dificultades en los trámites terminan traducándose en demoras en la atención. Por esta razón, se ha planteado a la Corte Constitucional la conveniencia de integrar ambos problemas jurídicos.

#### **Problema jurídico 14. ¿Desconoce el derecho a la salud una EPS o IPS al no prestar los servicios implícitamente incluidos en el nuevo POS?**

Esta cartera ministerial, no gestiona la categoría de servicios “implícitamente incluidos” en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), en tanto el sistema colombiano se estructura bajo un esquema de cobertura explícita, definido mediante listados técnicos y actualizaciones periódicas. En efecto, los servicios y tecnologías financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se encuentran expresamente definidos, como lo evidencia la Resolución 2765 de 2025, mediante la cual se actualiza integralmente el PBS.

De igual forma, el acceso a tecnologías en salud no financiadas con la UPC se encuentra regulado a través de mecanismos específicos como MIPRES, cuyo procedimiento fue actualizado mediante la Resolución 2622 de 2024, lo que garantiza rutas claras de prescripción, suministro y control. En ese sentido, la garantía del derecho fundamental a la salud se materializa a partir de coberturas definidas y procedimientos establecidos, por lo que no resulta procedente afirmar una vulneración por la no prestación de servicios “implícitos”, dado que el modelo vigente se fundamenta en criterios de explicitud y regulación técnica.

**Problema Jurídico 15. ¿Se desconoce el derecho a la salud del paciente al no implementar en el nuevo sistema las reglas fijadas por la Ley para determinar las exclusiones?**

En el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 artículo 15, el sistema de salud colombiano adoptó un cambio estructural en su lógica de funcionamiento: todas las tecnologías y servicios en salud se entienden financiados con recursos públicos, salvo aquellos que hayan sido expresamente excluidos mediante el procedimiento legal establecido.

Para que una exclusión sea válida, debe surtir un proceso técnico-científico, participativo y transparente, conforme a los criterios avalados por la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014.

De acuerdo con la información analizada a partir de la Circular Externa 001 de 2025, el Problema Jurídico quince presenta una baja incidencia en la judicialización en salud. En la vigencia 2025 se registraron 531 casos por esta causa, correspondientes al 0.17% del total. En estos casos, los usuarios acuden a la acción de tutela principalmente para reclamar servicios que han sido excluidos mediante acto administrativo o para cuestionar la forma en que se ha aplicado el procedimiento de exclusión.

Con el fin de asegurar que las exclusiones se definan y apliquen conforme a los estándares legales y constitucionales, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado las siguientes acciones:

**Consolidación del procedimiento técnico-científico (PTC)**

El Ministerio ha dado plena operatividad a la Resolución 318 de 2023, mediante la cual se actualizó el procedimiento participativo para la definición de exclusiones. Este proceso permite evaluar de manera rigurosa la seguridad, eficacia y pertinencia de las tecnologías en salud, evitando la financiación de aquellas que no cumplen con criterios científicos, como tecnologías experimentales, de carácter cosmético o suntuarias.

### **Actualización del listado de exclusiones**

Como resultado de la aplicación del procedimiento técnico-científico, se expidió la Resolución 641 de 2024, mediante la cual se incorporaron 17 nuevas tecnologías al listado de exclusiones, alcanzando un total de 114 exclusiones explícitas en el sistema. Este ejercicio contribuye a dar mayor claridad sobre qué servicios no pueden ser financiados con recursos públicos.

### **Fortalecimiento de la transparencia y la participación ciudadana**

Durante las vigencias 2024 y 2025, el Ministerio desarrolló 21 espacios de participación en los que intervinieron 229 asociaciones de usuarios y pacientes, que representan a más de 15 millones de personas. Estos espacios permiten que las decisiones sobre exclusiones no sean unilaterales, sino construidas con la participación de la ciudadanía, expertos y entidades técnicas como el IETS.

### **Mecanismos de revisión y actualización permanente**

Se habilitó un módulo específico en la herramienta Mi Vox Pópuli para solicitar la revisión de tecnologías previamente excluidas. En 2025, el Grupo de Análisis Técnico-Científico (GATC) ha evaluado nuevas solicitudes relacionadas con tecnologías como el minoxidil, restauraciones dentales con fines estéticos y la diacereína, garantizando que el sistema de exclusiones se mantenga dinámico y sujeto a revisión.

La implementación de estas medidas ha permitido reducir significativamente la incertidumbre sobre las coberturas del sistema. Actualmente, el 96,53% de los medicamentos autorizados en el país y más del 97% de los procedimientos

clasificados en CUPS cuentan con financiación clara a través de la UPC, lo que limita los espacios de ambigüedad que históricamente dieron lugar a acciones de tutela.

No obstante, persisten desafíos en la implementación. Algunos actores de la sociedad civil han señalado que existen tecnologías que no están excluidas, pero que tampoco cuentan con rutas claras de acceso en la práctica, lo que puede generar barreras para los usuarios y llevar a la interposición de acciones de tutela.

El Ministerio ha cumplido con la obligación de estructurar e implementar un sistema de exclusiones explícitas conforme a la Ley Estatutaria, a través de la consolidación del procedimiento técnico-científico y la actualización periódica de las exclusiones.

Sin embargo, el reto actual se concentra en asegurar que toda tecnología que no se encuentre excluida cuente con una ruta de acceso clara, oportuna y efectiva dentro del sistema. En este sentido, se están adelantando acciones para fortalecer la interoperabilidad y actualización de herramientas como MIPRES, con el fin de evitar que los usuarios deban recurrir a la acción de tutela para acceder a servicios que, conforme al marco legal vigente, ya se encuentran cubiertos.

### **Problema Jurídico 16. Acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.**

Este problema se clasifica como una falla estructural, en tanto se relaciona con los límites del sistema.

Para este problema jurídico, en la vigencia 2025 se radicaron 10.050 acciones de tutela (3,2%). El análisis de este problema se relaciona con las solicitudes de servicios, tecnologías o insumos que se encuentran expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, conforme a los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015.

En desarrollo de este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido un procedimiento técnico, científico y participativo para la determinación de

exclusiones, reglamentado en la Resolución 318 de 2023 y materializado mediante la expedición de la Resolución 641 de 2024, a través de la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de financiación con recursos públicos en salud.

Este procedimiento se sustenta en criterios relacionados con la seguridad, eficacia y efectividad de las tecnologías, así como en su finalidad, excluyendo aquellas que no están destinadas al mejoramiento de la capacidad funcional o vital de las personas, las que tienen fines cosméticos o suntuarios, o aquellas que se encuentran en fase de experimentación o no cuentan con la autorización de la autoridad competente.

Para la actualización del listado de exclusiones, se adelantó el análisis de 29 servicios y tecnologías en 15 sesiones del grupo técnico científico, con participación de sociedades científicas, entidades del sector y autoridades sanitarias. Como resultado, se obtuvieron 24 tecnologías con recomendación de exclusión, de las cuales 17 fueron adoptadas mediante la Resolución 641 de 2024, consolidando un total de 114 servicios y tecnologías excluidos. Este proceso incluyó espacios de participación ciudadana mediante 21 eventos desarrollados en distintos territorios del país.

De manera complementaria, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 2765 del 30 de diciembre de 2025, actualizó integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), estableciendo con claridad el alcance de las tecnologías que deben ser garantizadas por las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y demás actores del sistema, bajo condiciones de calidad. Esta actualización define de manera expresa el conjunto de servicios cubiertos, lo que permite delimitar de forma precisa aquellos que hacen parte de la financiación pública frente a aquellos que han sido excluidos conforme al procedimiento legal y técnico previsto.

En ese orden, las acciones de tutela asociadas a este problema jurídico se presentan frente a solicitudes de tecnologías que han sido expresamente excluidas o que no se encuentran financiadas dentro del marco definido por la UPC. Así, no se advierte ausencia de regulación, sino la existencia de reglas

claras que delimitan el alcance de la cobertura del sistema, en armonía con los criterios establecidos en la Ley Estatutaria de Salud.

**Problema Jurídico 17. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud y al mínimo vital de un afiliado, la entidad aseguradora, encargada de garantizar el pago de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad y paternidad, cuando se niega a autorizarlas por trámites administrativos, a pesar haber cotizado de manera oportuna?**

En relación con la eventual afectación del derecho a la salud y al mínimo vital derivada de la negativa en el reconocimiento y pago de prestaciones económicas asociadas a incapacidades médicas y licencias de maternidad y paternidad, el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado y actualizado un marco normativo que regula de manera expresa las condiciones, requisitos y procedimientos aplicables a dichas prestaciones. Este marco se encuentra contenido en el Decreto 780 de 2016 y sus desarrollos posteriores, en particular los Decretos 1427 de 2022 y 2126 de 2023, mediante los cuales se precisaron los criterios para su reconocimiento, se establecieron plazos definidos para su trámite (quince (15) días hábiles para la revisión y cinco (5) días hábiles para el pago) y se incorporaron herramientas orientadas a garantizar la trazabilidad, transparencia y eficiencia en su gestión.

A partir de estos desarrollos, se han implementado instrumentos como el Sistema de Información de Prestaciones Económicas (SIPE), concebido para centralizar, integrar y hacer seguimiento al proceso de reconocimiento y pago de incapacidades y licencias, así como el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), reglamentado mediante el Decreto 228 de 2025 y desarrollado a través de la Resolución 962 de 2025, que permite fortalecer el flujo de los recursos y mejorar la calidad de la información para la toma de decisiones. De igual forma, se han adoptado medidas específicas como la Resolución 2068 de 2025, que establece condiciones técnicas para el reconocimiento de incapacidades laborales en eventos particulares, así como herramientas de interoperabilidad como el Resumen Digital de Atención en Salud, que facilitan la articulación entre los actores del sistema.

Durante la vigencia 2025 se interpusieron 11.875 acciones de tutela (3,8%) relacionadas con esta materia. Este comportamiento permite advertir que las controversias no encuentran su origen en la inexistencia de reglas, en vacíos normativos o en la falta de previsión de los recursos, sino en la forma en que se adelantan los procesos de verificación, reconocimiento y pago por parte de las entidades responsables. En efecto, la negativa sustentada en trámites administrativos, pese a la existencia de cotizaciones oportunas, no corresponde a lo previsto en el marco regulatorio vigente, que define condiciones claras y términos perentorios, sino a inconsistencias en su aplicación.

Bajo este escenario, no se configura un desconocimiento atribuible al Ministerio de Salud y Protección Social en los términos planteados, en tanto la cartera ha ejercido sus funciones de regulación, actualización normativa y fortalecimiento de los sistemas de información, orientadas precisamente a evitar barreras administrativas injustificadas. Las situaciones que motivan la interposición de acciones de tutela corresponden, en consecuencia, a dificultades en la gestión operativa de los actores encargados del reconocimiento y pago de estas prestaciones, quienes son los llamados a garantizar su adecuada y oportuna materialización conforme a las reglas establecidas.

**Problema Jurídico 18. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud cuando la entidad aseguradora no verifica la información de sus afiliados en sus bases de datos, para reportarla a la BDUA, lo cual genera inconsistencias que posteriormente conllevan a barreras y/o demoras en los trámites administrativos de afiliación, traslado, movilidad o portabilidad?**

Este problema se clasifica como una falla estructural, en tanto se relaciona con la gestión de la información, los mecanismos de afiliación y la interoperabilidad de los sistemas que soportan el aseguramiento en salud.

Para este problema jurídico, en la vigencia 2025 se radicaron 4.356 acciones de tutela (1,4%).

Las causas identificadas corresponden a solicitudes de afiliación a una EPS, traslado a elección del afiliado y procesos de movilidad o portabilidad, en los

cuales se presentan inconsistencias en el registro o actualización de la información.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido disposiciones orientadas a regular de manera integral los procesos de afiliación y garantizar la continuidad en el aseguramiento. En particular, el Decreto 780 de 2016 establece las reglas generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los procedimientos de afiliación, mientras que el Decreto 0182 de 2026 incorpora mecanismos diferenciales para fortalecer el acceso efectivo al sistema, especialmente en territorios con condiciones particulares.

De igual forma, se implementó el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), como herramienta que permite gestionar en línea los procesos de afiliación y novedades, mejorar la calidad de la información y reducir inconsistencias en los registros. En el marco de su implementación, se alcanzó el registro de 10,3 millones de ciudadanos y 31.108 empresas, con un promedio de 258.333 transacciones mensuales, principalmente relacionadas con traslados, afiliaciones de oficio y vinculaciones al régimen contributivo.

Adicionalmente, se logró una cobertura de afiliación en salud del 98,42% a diciembre de 2025, manteniéndose estable en los últimos tres años. Durante la vigencia se realizaron 1.641.971 afiliaciones de oficio, de las cuales 407.897 fueron efectuadas por entidades territoriales y 1.198.787 por instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual ha permitido facilitar el acceso al sistema cuando las personas requieren atención.

Estos avances han sido posibles a partir del desarrollo normativo, el fortalecimiento de herramientas tecnológicas y la realización de asistencias técnicas a entidades territoriales, EPS e IPS, con el fin de mejorar la gestión de la afiliación y la calidad de la información reportada.

En este sentido, las disposiciones adoptadas permiten regular los procesos de afiliación, registro y actualización de datos, así como fortalecer los mecanismos de aseguramiento. Las acciones de tutela asociadas a este problema se presentan en escenarios donde persisten inconsistencias en la implementación operativa por parte de los actores responsables del registro y reporte de la



información, y no por ausencia de regulación o de instrumentos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.



## EL GOCE DEL DERECHO A LA SALUD

---

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

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

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

Esta definición fue integrada y desarrollada por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 consolidando el concepto de “goce efectivo del derecho fundamental a la salud”, con el fin de que este se reconozca como derecho fundamental autónomo.

Es fundamental precisar para el análisis del goce efectivo, que éste se ve afectado por los determinantes sociales de la salud que se relacionan con las circunstancias que rodean a las personas en su entorno y las condiciones de vida cotidiana. En este sentido, el goce efectivo de la salud no es posible garantizarlo únicamente desde este sector, si no que se requiere la intervención de los determinantes estructurales e intermedios como los relacionados con educación, trabajo, vivienda entre otros, que mitigue los procesos que afectan un ejercicio pleno de este derecho.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 acogió lo definido por la Corte y estableció cuatro elementos fundamentales e interrelacionados: Disponibilidad, Aceptabilidad, Accesibilidad y Calidad, teniendo en cuenta, además, los principios de universalidad, equidad, continuidad, oportunidad e integralidad en aras de garantizar los servicios para prevenir, tratar o paliar la enfermedad.

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

### 3.1 FUNDAMENTOS DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD (GEDS)

#### 3.1.1 El concepto del derecho a la salud y su goce efectivo

El derecho fundamental a la salud ha sido definido en Colombia como un derecho autónomo y *“comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”*, e implica que el Estado debe garantizar *“(...) la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”* (Congreso de Colombia, 2015).

Aunque la Ley Estatutaria es el antecedente nacional más citado, el derecho a la salud hace parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por la ONU, que en su artículo 12 señala que *“los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* (Naciones Unidas, 1966). Este pacto fue ratificado por Colombia mediante la Ley 74 promulgada dos años después (Congreso de Colombia, 1968) y entró en vigor a partir del 3 de enero de 1976, conforme al artículo 27 del Pacto.

Sin embargo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas como órgano oficial para ser el intérprete del Pacto, reconoce que existen limitaciones de recursos que obstaculizan el pleno goce de este derecho, por lo cual la obligación estatal es “progresiva”, esto es, que el disfrute pleno del derecho debe tener en cuenta *“las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, así como los recursos con los que cuenta el Estado”*, y que ese disfrute no solo está supeditado a factores difícilmente modificables ligados a la genética o factores propios del medio ambiente, sino a las condiciones en las que vive la población, acorde con el nivel de desarrollo de cada país, así como de los recursos que dispone —financieros, humanos, tecnológicos, de infraestructura, entre otros— (UN Economic and Social Council, 2000). Por lo tanto, el Estado no está obligado a garantizar que

toda persona goce de “buena salud”, sino a garantizar “*toda una gama de facilidades, bienes y servicios que aseguren el más alto nivel posible de salud*”. En ese sentido, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud guarda relación con una serie de parámetros sobre los cuales la Organización de las Naciones Unidas ha desarrollado un marco conceptual bastante amplio (UN Economic and Social Council, 2000).

El derecho a la salud también ha sido abordado en diversos instrumentos internacionales como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana de Derechos Humanos, y en específico en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador suscrito en 1988, aprobado por Colombia en 1996 y en vigor desde 1999, como lo señala una publicación de la Procuraduría General de la Nación (Uprimny Yepes, 2008).

Ahora bien, en los instrumentos internacionales se establece que para entender el disfrute del derecho se deben considerar cuatro elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*.

Estos cuatro elementos están definidos en la *Observación General N°14* (UN Economic and Social Council, 2000), en otros instrumentos internacionales, en varias sentencias de la Corte Constitucional, como lo señala una amplia revisión publicada por la Defensoría del Pueblo (Parra Vera, 2003) y que fueron además acogidos por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 adecuándolos al contexto colombiano.

Así mismo, la doctrina le asigna el carácter de “derecho prestacional”, lo que significa que requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura, es decir, es fundamentalmente progresivo, aunque puede tener obligaciones inmediatas.

De otro lado, se deben tener en cuenta tres tipos de obligaciones que se asignan a los Estados para interpretar sus acciones: *de respeto, de protección y de cumplimiento*. En el caso de la primera significa que el Estado no debe

interponerse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; en la segunda, que el Estado debe adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de la garantía del derecho; y en la tercera, que el Estado debe adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (UN Economic and Social Council, 2000).

No obstante, se reconoce que las medidas "(...) *más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro*", pues cada "Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas" (UN Economic and Social Council, 2000), y para el efecto deberá contar con estrategia nacional, formular políticas, establecer indicadores y tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

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

### 3.1.2 Elementos del derecho

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

En la norma, los 4 elementos se han definido de la siguiente manera (Congreso de Colombia, 2015, Art. 6°):

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida (sic) con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos (subrayados fuera de texto).

### **Otros precedentes jurisprudenciales en Colombia**

La Sentencia T-302 de 2017 de la Corte Constitucional, menciona dentro de sus consideraciones y órdenes, las relacionadas con la garantía del goce efectivo al derecho a la salud y con el cumplimiento de los fines constitucionales del Estado Colombiano para con el pueblo Wayuú en La Guajira. Esto es, garantizar de manera oportuna y eficiente, los deberes constitucionales y legales de acceso a la atención integral en salud.

De esta manera, en el marco del estado cosas inconstitucionales de los derechos tutelados de los niños del pueblo Wayuú en los municipios de Maicao, Manaure, Riohacha y Uribia, la Corte señaló que, para garantizar el objetivo constitucional mínimo de aumentar y mejorar las medidas en materia de atención a la salud, se debe tener en cuenta un enfoque diferenciado en los elementos de disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad.

En ese sentido, la sentencia retoma 3 de los 4 elementos esenciales del derecho, ya señalados, detallando aspectos de su aplicación al caso concreto de esta población, y muestra ejemplos de aplicación que sirven para entender cómo se puede medir el goce del derecho, así como pensar en criterios para seleccionar indicadores que permitan ese fin.

A continuación, se muestra la forma como se interpretaron en la sentencia:

### **Disponibilidad**

La disponibilidad representa la posibilidad de que los niños Wayuú puedan acceder a puestos o centros de salud que presten de manera continua servicios de salud.

Para el efecto, la Corte se basa en el principio de universalidad del derecho a la seguridad social consagrado en el artículo 48 de la Constitución, y lo dispuesto en el artículo 49, según el cual “*a todas las personas*” les debe ser garantizado el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación social.

Igualmente, se basa en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, que consagra el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas y en concreto, señala que “*[e]n zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.*”

### **Aceptabilidad**

La aceptabilidad implica que los agentes del sistema de salud sean respetuosos de la cultura Wayuú, teniendo en cuenta *“sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones de salud que le afecten...”*, tal y como lo dispone el literal “b” del artículo 6º de la Ley 1751 de 2015.

De esta manera, las políticas públicas deben incluir un enfoque diferencial, lo que *“exige al menos las siguientes garantías: (i) producir y emplear sus propias medicinas tradicionales y curativas; (ii) organizar y prestar los servicios de salud bajo su propia responsabilidad y control; (iii) organizar y prestar los servicios de salud por los miembros de las comunidades indígenas conforme a sus convicciones y creencias; y por último, (iv) intervenir en la planeación, administración y ejecución de los servicios de salud.”*

### **Accesibilidad**

Con respecto a la accesibilidad, la Corte determinó en este caso que *“los servicios de salud deben estar al alcance geográfico de toda la población, en especial en los sectores más vulnerables y marginados (minorías étnicas, indígenas, personas con discapacidad, enfermos graves, personas mayores, entre otros)”* (Corte Constitucional, 2018, considerando 6.5.1.3).

En el caso concreto de la población Wayuú se hace énfasis en la accesibilidad física por cuanto, en ocasiones, la falta de vías de acceso adecuadas constituye una barrera irrazonable y desproporcionada para que las y los niños tengan garantizado su derecho a la salud.

## **3.2 METODOLOGÍA PARA MEDIR EL GEDS**

### **3.2.1 Variables, categorías e indicadores para medir el GEDS**

Para el informe 2025, en aplicación de la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, se actualizó el conjunto de indicadores del Goce Efectivo del Derecho a la Salud (GEDS). Respecto al informe del año 2024, los cambios principales son los siguientes:

- Disponibilidad: se amplía significativamente la categoría de talento humano en salud, incorporando densidades de seis especialidades médicas (gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general, psiquiatría y medicina familiar). Se agregan indicadores de oferta de servicios del nivel primario y ruralidad, a partir del REPS.
- Accesibilidad: se incorporan indicadores de control prenatal, tamizajes oncológicos (cáncer de cuello uterino, mama y próstata), valoración integral por curso de vida, acceso geográfico y garantías financieras del acceso (UPC, recobros, tutelas). Se reformulan los indicadores de acceso a medicamentos.
- Calidad: se agregan indicadores de resultado clínico (hipertensión, diabetes, desnutrición aguda), oportunidad oncológica y mortalidad compuesta por eventos transmisibles priorizados. Se mantiene el indicador de experiencia global con la EPS y los tiempos de espera por especialidad.
- Aceptabilidad: sin cambios respecto al año 2024. Se conservan los dos indicadores de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios.

La Tabla 29 presenta la estructura actualizada de elementos, variables, categorías e indicadores para el 2025:

*Tabla 29. Categorías e indicadores del GEDS – 2025*

| <b>Elementos del goce</b> | <b>VARIABLES CONTENIDAS EN LA DEFINICIÓN DEL ELEMENTO (Art. 7 de la Ley 1751 de 2015)</b> | <b>Indicadores usados en el 2025</b>  |
|---------------------------|---|---|
| <b>Disponibilidad</b>     | Existencia de servicios   | Proporción de municipios con completitud de los servicios del nivel primario<br>Densidad de centros y puestos de salud por 1.000 habitantes   |
|                           | Existencia de instituciones (no se limita a IPS)  | Proporción de puestos y centros de salud disponibles en la zona rural de los municipios   |
|                           | Existencia de personal médico y profesional competente                                    | Densidad de profesionales en medicina por 10.000 habitantes<br>Densidad de profesionales en enfermería por 10.000 habitantes<br>Densidad de especialistas en gineco-obstetricia por 10.000 habitantes |

| Elementos del goce   | Variables contenidas en la definición del elemento (Art. 7 de la Ley 1751 de 2015)   | Indicadores usados en el 2025   |
|----------------------|--|---|
|                      |  | Densidad de especialistas en pediatría por 10.000 habitantes<br>Densidad de especialistas en medicina interna por 10.000 habitantes<br>Densidad de especialistas en cirugía general por 10.000 habitantes<br>Densidad de especialistas en psiquiatría por 10.000 habitantes<br>Densidad de especialistas en medicina familiar por 10.000 habitantes   |
| <b>Aceptabilidad</b> | Participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten  | Proporción de personas que se sienten involucradas en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento<br>Tiempo que el profesional dedica para la atención  |
| <b>Accesibilidad</b> | Igualdad en el acceso a los servicios de salud, teniendo en cuenta las especificidades de los diversos grupos vulnerables y el pluralismo cultural | Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)<br>Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal<br>Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes de la semana 12)<br>Proporción de gestantes con tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis B<br>Valoración integral en salud por cada momento de curso de vida<br>Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino<br>Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama<br>Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje para cáncer de próstata<br>Proporción de acceso institucional por una necesidad en salud |
|                      | Acceso a medicamentos  | Cumplimiento global de entregas de medicamentos<br>Porcentaje de usuarios que reciben todos los medicamentos la primera vez que los solicitó  |

| Elementos del goce                     | Variables contenidas en la definición del elemento (Art. 7 de la Ley 1751 de 2015)        | Indicadores usados en el 2025  |
|--|---|--|
|  | Accesibilidad física<br>No discriminación   | Porcentaje de población por municipio con acceso a centros de salud a menos de 60 minutos<br>Porcentaje de población por municipio con acceso a hospitales a menos de 120 minutos<br>Índice compuesto municipal de capacidad instalada   |
|  | Asequibilidad económica   | Proporción de recursos PGN ejecutados frente a los apropiados — Aseguramiento en salud   |
|  | Acceso a la información   | Tasa de tutelas en salud por 1.000 afiliados   |
| <b>Calidad e idoneidad profesional</b> | Servicios apropiados desde el punto de vista médico y técnico                             | Experiencia global respecto a los servicios de salud recibidos a través de la EPS  |
|  | Servicios que responden a los estándares de calidad aceptados por la comunidad científica | Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición aguda notificados al SIVIGILA recuperados<br>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general<br>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general<br>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia — IPS<br>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría<br>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna<br>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general<br>Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en urgencias |

Fuente: Elaboración propia MSPS. Oficina de Calidad. 2026

El informe incluye un total de 38 indicadores; sin embargo, la metodología contempla la aplicación de un total de 48, por lo que los restantes serán incorporados posteriormente para la construcción de subíndices para los elementos del Goce, estos se incluyeron dentro de la propuesta del Plan Inmediato de Atención en Salud PIAS.

### 3.2.2 Criterios para la selección de los indicadores para medir el GEDS

En la Sentencia T-388 de 2013, la Corte Constitucional menciona los Indicadores de Goce Efectivo del Derecho (IGED) como "(...) *una herramienta que pretende asegurar que las políticas públicas están orientadas a materializar los derechos involucrados*" y usa como sustento el documento "Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y Culturales" de la OEA como referencia para su desarrollo.

En este se menciona la necesidad de contar tanto con indicadores cuantitativos como con "dimensiones cualitativas que denominamos en el documento señales de progreso cualitativas", así como de disponer de 3 tipos de indicadores: i) estructurales; ii) de proceso y iii) de resultados (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2008).

### 3.2.3 Fuentes de datos e información

Para la elaboración del presente informe se emplearon las fuentes de información descritas a continuación, seleccionadas en función de su pertinencia, disponibilidad, calidad y consistencia para el análisis del goce efectivo del derecho a la salud. En los casos en que se requirió el uso de fuentes complementarias, estas se encuentran debidamente identificadas, referenciadas y consignadas en la bibliografía del documento.

*Tabla 30. Fuentes de los indicadores del GEDS*

| Fuente   | Características  |
|--|--|
| <b>Encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano</b> | Es una encuesta nacional que desarrolla el MSPS anualmente desde el año 2012, para medir la percepción de los usuarios frente a la atención en salud de su EPS e IPS.  |
| <b>Sistema de Información para la Calidad (Resolución 256 de 2016)</b>                       | Es uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS). Se basa en dominios de calidad según el actor: para prestadores se mide efectividad, seguridad y experiencia de la atención; para aseguradores, efectividad, gestión del riesgo y experiencia; y para entidades territoriales de salud, efectividad y gestión del riesgo. |

| Fuente   | Características   |
|--|---|
| <b>Informe de tutelas</b>  | Es un informe que desarrolla el MSPS anualmente desde el año 2013, con análisis del comportamiento y características de las tutelas interpuestas en Colombia por vulneración del derecho fundamental a la salud. Utiliza como insumos la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, un muestreo aleatorio sobre esa misma base, y desde el informe del año 2023 los datos suministrados por los actores del sistema de salud en la Circular Externa 001. |
| <b>Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) – Cubo ReTHUS / PILA</b>                     | Red de instituciones públicas y privadas dedicada a la producción, análisis y difusión de información sobre el talento humano del sector salud. Genera indicadores sobre los efectivos disponibles en el país, la distribución y actividad del THS en la fuerza laboral, y la salida o pérdida de recursos humanos. Para el 2025 se articulan los registros del ReTHUS con los aportes al SGSSS a través de PILA.   |
| <b>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) – Resolución 202 de 2021</b> | Base de datos de actividades, procedimientos e intervenciones de salud reportadas por los prestadores de servicios. Para el informe de 2025 es la fuente principal de los indicadores de atención prenatal, tamizajes oncológicos, curso de vida y valoración integral en salud, conforme a la estructura definida en la Resolución 202 de 2021.  |
| <b>Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – PAIWEB</b>                                      | Programa liderado por el MSPS para lograr coberturas universales de vacunación y controlar enfermedades inmunoprevenibles. Cuenta con el sistema PAIWEB para el registro y actualización de información sobre vacunación de los residentes del país, incluyendo datos básicos, sociodemográficos e historial vacunal.   |
| <b>Estadísticas Vitales – RUAF / DANE</b>  | Sistema de registro de nacimientos, defunciones y demás eventos vitales, producido por el DANE a través del Registro Único de Afiliados (RUAF). Se utiliza como fuente del indicador de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, así como para el indicador de mortalidad compuesta por eventos transmisibles priorizados, en articulación con SIVIGILA y RIPS.  |
| <b>Bases de datos de Afiliación – BDUA, BDEX, BDINPEC</b>                                      | Bases de datos administradas por la ADRES y el MSPS que permiten calcular la cobertura de afiliación al SGSSS. Incluyen la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), la base de datos de afiliados exceptuados (BDEX) y la base de datos del INPEC para la población privada de la libertad (BDINPEC).   |
| <b>Plan de Mejoramiento de Infraestructura en Salud (PMDIS)</b>                                | Fuente utilizada para los indicadores de accesibilidad geográfica: porcentaje de población con acceso a centros de salud a menos de 60 minutos y a hospitales a menos de 120 minutos, por municipio.  |
| <b>Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) – DANE</b>                                       | Encuesta del DANE que proporciona información sobre las condiciones de vida de los hogares colombianos. Se utiliza como fuente del indicador de proporción de acceso institucional por una necesidad en salud.  |
| <b>MIPRES – Bodega de datos OTIC</b>   | Sistema de información Mi Prescripción (MIPRES), administrado por el MSPS, que permite el registro de prescripciones de medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos y productos  |

| Fuente   | Características  |
|--|--|
|  | nutricionales no financiados con recursos de la UPC. Es la fuente del indicador de cumplimiento global de entregas de medicamentos.  |
| <b>Cuentas de alto costo (CAC)</b>   | Sistema de información gestionado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, que reporta datos de pacientes con enfermedades de alto costo incluyendo cáncer, enfermedad renal crónica, VIH, entre otras. Es fuente de los indicadores de oportunidad en diagnóstico y tratamiento oncológico, y de los indicadores de control de hipertensión y diabetes. |
| <b>SIVIGILA – Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública</b>                    | Sistema que gestiona la información de los eventos de interés en salud pública en Colombia. Es la fuente principal del indicador de mortalidad compuesta por eventos transmisibles priorizados, articulado con estadísticas vitales y RIPS, así como fuente de los indicadores de desnutrición aguda en menores de cinco años.   |
| <b>SIIF Nación – Subdirección Financiera / Dirección de Financiamiento Sectorial</b> | Sistema Integrado de Información Financiera de la Nación, utilizado como fuente del indicador de proporción de recursos del PGN ejecutados frente a los apropiados en Aseguramiento en Salud.  |
| <b>Dirección de Liquidaciones y Garantías – ADRES</b>                                | Fuente de información para el indicador de oportunidad en el giro de recursos de la UPC.   |
| <b>Base de datos de recobros – Dirección de Prestaciones / ADRES</b>                 | Fuente del indicador de porcentaje de recobros glosados por paquete auditado.  |
| <b>Otras publicaciones</b>   | Fuentes secundarias de entidades oficiales, revistas académicas, revistas en línea, blogs, noticias y documentos de política, donde se referencian datos relacionados con los indicadores del GEDS o se contextualiza el análisis.   |

Fuente: Elaboración propia con base en el Consolidado de Indicadores GEDS 2025. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social.

### 3.3 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD

Para este propósito, se definió una batería de indicadores para cada uno de los elementos del Goce Efectivo del Derecho a la Salud (GEDS), a partir de la revisión de los indicadores utilizados en informes previos, su pertinencia analítica y la disponibilidad, calidad y trazabilidad de la información existente.

El proceso metodológico incluyó la realización de mesas técnicas con las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, orientadas a la selección y validación de los indicadores, la verificación de las fuentes de

información requeridas, así como la definición de umbrales de valoración y la estructuración de las respectivas fichas técnicas para su construcción y seguimiento.

Considerando que esta metodología se implementa por primera vez en el informe correspondiente al análisis de la información disponible para la vigencia 2025, se reconoce que algunos indicadores podrán requerir fortalecimiento progresivo de sus fuentes de información, tanto para garantizar niveles adecuados de cobertura como para asegurar la aplicación consistente de los criterios de valoración establecidos.

En este sentido, el presente ejercicio constituye una primera aproximación metodológica, cuyos resultados permitirán identificar oportunidades de mejora que serán incorporadas en ciclos posteriores de medición, con el propósito de consolidar gradualmente un sistema robusto de análisis del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

En consecuencia, la metodología adoptada comprende los siguientes niveles de análisis:

### **Análisis por áreas responsables (oficinas y direcciones técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social)**

El presente informe se concentra en el primer nivel de aplicación de la metodología, mientras se consolidan los resultados asociados a nuevos indicadores priorizados que permitirán avanzar progresivamente en la construcción de índices orientados al análisis integral por elementos del Goce Efectivo del Derecho a la Salud (GEDS).

En este nivel, cada una de las áreas del Ministerio de Salud y Protección Social responsables de los diferentes grupos de indicadores desarrolló el análisis técnico correspondiente a su ámbito de competencia. Dicho análisis contempló la naturaleza de cada indicador, su comportamiento observado, los factores contextuales que inciden en su interpretación, así como las limitaciones metodológicas y operativas identificadas durante su construcción y análisis. Entre estas se incluyen, entre otros aspectos, ajustes en las fuentes de información, cambios en los periodos o proyecciones utilizadas para la

estimación de denominadores y consideraciones relacionadas con la disponibilidad y consistencia de los datos.

Los resultados derivados de este ejercicio se incorporan en el presente informe con el propósito de preservar la especificidad técnica de cada temática y garantizar que la interpretación de los indicadores responda al conocimiento especializado de las dependencias responsables, fortaleciendo así la rigurosidad analítica del seguimiento al goce efectivo del derecho a la salud.

### **Análisis de resultados por elementos**

En el segundo nivel de análisis se establecen los criterios metodológicos orientados a valorar el resultado general de cada indicador en función de su contribución al respectivo elemento del Goce Efectivo del Derecho a la Salud (GEDS). Para ello, se definen como criterios principales: i) la comparación del resultado nacional del indicador frente al umbral, estándar o meta nacional definida, y ii) el análisis de la variación interanual observada en el comportamiento del indicador.

Si bien el presente informe incorpora análisis específicos relacionados con los umbrales disponibles para aquellos indicadores que cuentan con parámetros previamente definidos, la etapa integral de valoración de resultados, así como la construcción de subíndices e índices compuestos por elementos del GEDS, será desarrollada progresivamente e incorporada en los informes anuales posteriores, una vez se consolide la serie histórica necesaria y se fortalezca la estabilidad metodológica del sistema de indicadores.

A continuación, se describen los criterios de valoración que serán aplicados en los siguientes ciclos de medición:

#### **a) Valoración del nivel de cumplimiento en comparación con umbrales o metas nacionales**

Para la evaluación del nivel de cumplimiento, se adoptó una escala ordinal de puntuación de 0 a 5, en la cual:

- **5 puntos (nivel alto de cumplimiento):** el indicador alcanza o supera el estándar o umbral definido.

- **3 puntos (nivel medio de cumplimiento):** el indicador se ubica en un rango intermedio de avance respecto al estándar.
- **1 punto (nivel bajo de cumplimiento):** el indicador se encuentra por debajo del umbral esperado.
- **0 puntos:** no se dispone de información suficiente para su valoración o el umbral no aplica para el nivel de desagregación.

Esta escala permite establecer el nivel de cumplimiento de cada indicador en la vigencia analizada. Esta valoración constituye la base para la interpretación del estado actual del goce efectivo del derecho en cada elemento, al reflejar el grado en que los resultados alcanzados se aproximan a los niveles esperados.

#### **b) Análisis de la variación interanual**

De manera complementaria, para los indicadores que cuentan con información de la vigencia anterior, se proyecta analizar la variación interanual del resultado, con el propósito de identificar su tendencia reciente. La interpretación de esta variación se realizará teniendo en cuenta la naturaleza de cada indicador, es decir, si su mejora está asociada a incrementos o reducciones en su valor.

Para los indicadores incorporados por primera vez en la vigencia 2025, el valor observado constituye la línea base de análisis. En estos casos, no se realizará evaluación de variación interanual y la valoración se limitará a su ubicación frente a los umbrales definidos en caso de contar con estos en el nivel de desagregación.

La evaluación de la tendencia, también se realizará con base en la misma escala anterior, que en este caso permite concluir los cambios con respecto al año anterior.

- **5 puntos (mejora):** el indicador presenta un avance hacia el cumplimiento del estándar, se presenta variación positiva del resultado con respecto al año anterior.
- **3 puntos (estabilidad):** no se evidencian cambios relevantes frente a la vigencia anterior.

- **1 puntos (deterioro):** el indicador muestra un retroceso o se aleja del nivel esperado.
- **0 sin dato:** no se cuenta con datos que permita comparar la variación.

### **c) Integración de criterios para la valoración final de cada indicador**

La valoración final de cada indicador se obtiene mediante la integración de los dos criterios descritos anteriormente:

- El nivel de cumplimiento frente al umbral
- La variación interanual.

Para ello, se utilizará una combinación ponderada en la que el nivel de cumplimiento de las metas o niveles de valoración de indicador (umbrales) tiene un peso del 70% y la tendencia un peso del 30%. Esta ponderación responde a la necesidad de priorizar el estado actual del indicador como principal referente de evaluación, incorporando la tendencia como un factor complementario que permite reconocer mejoras o deterioros recientes sin alterar la valoración del nivel alcanzado, pero reconociendo también avances hacia los niveles óptimos de cada indicador.

Cada resultado, deberá entonces tener una valoración por cada criterio, que a su vez se pondera con el valor asignado y se suma para obtener un único dato final por indicador.

### **Construcción de subíndices por elemento del GEDS**

Los indicadores serán agrupados de acuerdo con los elementos del Goce Efectivo del Derecho a la Salud (GEDS): disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad e idoneidad profesional.

Para cada uno de estos elementos se calculará un resultado agregado o subíndice, construido a partir del promedio de las puntuaciones finales obtenidas por los indicadores que integran cada dimensión, una vez aplicada la metodología de valoración definida. Este subíndice permitirá sintetizar el

desempeño conjunto de los indicadores asociados a cada elemento del derecho, facilitando su análisis integral.

Cada subíndice será interpretado en términos de nivel de cumplimiento, lo cual permitirá identificar de manera diferenciada los avances, brechas y rezagos existentes en cada uno de los elementos del derecho fundamental a la salud.

Esta aproximación metodológica contribuirá, además, a identificar de forma estructurada las áreas con desempeño favorable y aquellas que requieren fortalecimiento institucional o sectorial, generando insumos técnicos para la toma de decisiones, la priorización de acciones de política pública y el seguimiento progresivo del cumplimiento del derecho fundamental a la salud.

### **Construcción de índice compuesto para la valoración del estado del goce efectivo del derecho a la salud**

Los resultados obtenidos en los subíndices previamente descritos se integrarán en una medida global mediante un proceso de agregación basado en el promedio de los subíndices por elemento, lo cual permitirá valorar de manera sintética el estado general del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Dado que la escala de valoración definida para los indicadores se encuentra comprendida entre 0 y 5, el resultado agregado tanto de los subíndices como del índice global se expresará dentro de este mismo rango, garantizando coherencia metodológica y comparabilidad entre los distintos niveles de análisis.

A partir de esta escala, se establecerán categorías de interpretación del desempeño, orientadas a facilitar la lectura de los resultados y la identificación del nivel de cumplimiento del derecho a la salud, conforme se presenta a continuación:

- **4,0 a 5,0 – Goce efectivo adecuado:** Los resultados evidencian un cumplimiento generalizado de los estándares definidos, con la mayoría de los indicadores ubicados en niveles altos y sin rezagos significativos en los elementos estructurales del derecho. Este nivel indica un desempeño favorable del sistema de salud en la garantía del derecho.

- **2,5 a 3,9 – Goce efectivo en riesgo:** Se observan avances parciales en el cumplimiento de los estándares, con presencia de indicadores en niveles medios y algunos rezagos en dimensiones específicas. Este nivel sugiere la necesidad de fortalecer intervenciones para evitar el deterioro del desempeño y avanzar hacia niveles óptimos.
- **0 a 2,4 – Goce efectivo comprometido:** Los resultados reflejan un bajo nivel de cumplimiento de los estándares, con predominio de indicadores en niveles críticos y/o deterioro en su comportamiento. Este nivel evidencia la existencia de brechas estructurales que afectan la garantía del derecho y requieren intervención prioritaria.

## **ALCANCE**

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

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

### 3.4. RESULTADOS DE INDICADORES DEL GEDS POR ELEMENTO Y CATEGORÍA

#### 3.4.1 Disponibilidad

Este elemento comprende la existencia y suficiencia de servicios y tecnologías en salud, instituciones prestadoras, programas de atención, así como la



disponibilidad de talento humano en salud con formación y competencias adecuadas. Los indicadores seleccionados permiten dar cuenta de estos componentes, reflejando las condiciones necesarias para garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud.

### *Existencia de servicios*

#### **Proporción de municipios con completitud de los servicios del nivel primario**

El objetivo de este indicador es medir la completitud de la oferta de servicios de salud del nivel primario en el ámbito municipal. Se calcula como la relación entre los servicios de atención primaria efectivamente disponibles en el municipio y el conjunto mínimo de servicios requeridos conforme a los lineamientos normativos vigentes.

Este indicador mide suficiencia estructural de la oferta en el nivel primario, no la accesibilidad, ni el uso; corresponde a un criterio de disponibilidad de un conjunto mínimo de servicios que está planteado en marco de los desarrollos de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE y de las Redes Integrales e Integradas de Salud.

Idealmente se esperaría que los municipios contarán con el 100% de los servicios del nivel primario de atención, todo nivel por fuera se consideraría como un incumplimiento, no obstante, en marco de la progresividad se establecen los siguientes umbrales de referencia que identifican la capacidad resolutive territorial y el fortalecimiento del nivel primario de atención:

- Menos del 60%, déficit crítico del nivel primario
- Del 60% - 80%, déficit con operación básica funcional
- Del 80% - 99%, oferta del nivel primario aceptable
- De 100%, oferta completa del nivel primario

#### **Resultados a nivel nacional**

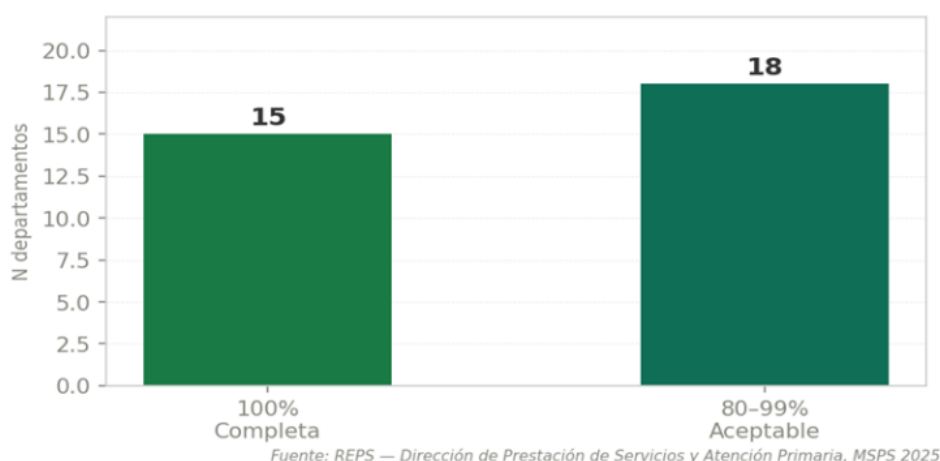
Durante el período 2021–2025 el indicador registró un valor del 100% en todos los años al nivel nacional, ubicándose de forma sostenida en el umbral de oferta

completa del nivel primario. Este resultado refleja que a nivel agregado el país cuenta con la totalidad de los servicios requeridos del nivel primario. El análisis a los niveles departamental y municipal permite identificar la distribución territorial.

### Resultados a nivel departamental

En 2025, 15 departamentos (45,5%) se ubican en el umbral óptimo de oferta completa (100%) y 18 departamentos (54,5%) en el umbral aceptable (80%–99%). Ningún departamento se encuentra en situación de déficit, lo que evidencia que la disponibilidad de servicios del nivel primario está garantizada en todo el territorio departamental del país.

Gráfica 14. Departamentos por umbral, Colombia 2025 (n=33)



Fuente: Elaboración propia. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social. 2026

En 2025, 15 departamentos (45,5%) se ubican en el umbral óptimo de oferta completa (100%) y 18 departamentos (54,5%) en el umbral aceptable (80%–99%). Ningún departamento se encuentra en situación de déficit, lo que evidencia que la disponibilidad de servicios del nivel primario está garantizada en todo el territorio departamental del país.

Atlántico, Bolívar, Chocó, Córdoba, Magdalena, Nariño, Santander y Sucre se mantuvieron en umbral óptimo durante todo el período 2021–2025, lo que

refleja una disponibilidad sostenida y estable de la oferta completa del nivel primario en estos departamentos.

Respecto a la variación entre 2024 y 2025, tres departamentos registraron retroceso: Quindío y Valle del Cauca pasaron del umbral óptimo al aceptable (de 100% a 97,1%, -2,86 pp), y Vaupés registró una variación de -2,86 pp (de 82,9% a 80,0%), manteniéndose dentro del umbral aceptable.

La tabla siguiente muestra la evolución del umbral por departamento durante el quinquenio.

*Tabla 31. Proporción de municipios con completitud de los servicios del nivel primario por departamento durante el quinquenio*

| Departamento | Proporción de municipios con completitud de los servicios del nivel primario por departamento |       |       |       |       | Variación 2024-2025 |
|--------------|---|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|              | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |                     |
| Amazonas     | 86.5  | 86.5  | 91.4  | 91.4  | 91.4  | 0%                  |
| Antioquia    | 100.0   | 100.0 | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Arauca       | 91.9  | 91.9  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Atlántico    | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Bogotá D.C   | 100.0   | 97.3  | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Bolívar      | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Boyacá       | 97.3  | 91.9  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Caldas       | 100.0   | 97.3  | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Caquetá      | 91.9  | 91.9  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Casanare     | 94.6  | 94.6  | 100.0 | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Cauca        | 97.3  | 97.3  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Cesar        | 100.0   | 94.6  | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Chocó        | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Córdoba      | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Cundinamarca | 97.3  | 94.6  | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Guainía      | 75.7  | 78.4  | 80.0  | 88.6  | 88.6  | 0%                  |
| Guaviare     | 91.9  | 86.5  | 91.4  | 91.4  | 91.4  | 0%                  |
| Huila        | 97.3  | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| La Guajira   | 100.0   | 97.3  | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |

| Departamento             | Proporción de municipios con completitud de los servicios del nivel primario por departamento |       |       |       |       | Variación 2024-2025 |
|--------------------------|---|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|                          | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |                     |
| Magdalena                | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Meta                     | 97.3  | 97.3  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Nariño                   | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Norte de Santander       | 100.0   | 94.6  | 100.0 | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Putumayo                 | 97.3  | 91.9  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Quindío                  | 97.3  | 97.3  | 100.0 | 100.0 | 97.1  | -3%                 |
| Risaralda                | 100.0   | 94.6  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| San Andrés y Providencia | 91.9  | 91.9  | 97.1  | 97.1  | 97.1  | 0%                  |
| Santander                | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Sucre                    | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Tolima                   | 97.3  | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0%                  |
| Valle del cauca          | 100.0   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 97.1  | -3%                 |
| Vaupés                   | 83.8  | 81.1  | 85.7  | 82.9  | 80.0  | -3%                 |
| Vichada                  | 81.1  | 83.8  | 88.6  | 88.6  | 88.6  | 0%                  |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025.

## Resultados a nivel municipal

De los 1.120 municipios evaluados en 2025, la distribución por umbrales es la siguiente: 19 municipios (1,7%) lograron oferta completa (100%); 198 municipios (17,7%) presentaron oferta aceptable (80%–99%); 267 municipios (23,8%) registraron déficit con operación básica funcional (60%–80%); y 636 municipios (56,8%) se encontraron en déficit crítico (menos del 60%). Estos resultados señalan la necesidad de fortalecer la oferta de servicios del nivel primario en la mayoría del territorio nacional, con especial énfasis en los departamentos y municipios de las regiones Orinoquía, Amazonía y Pacífico.

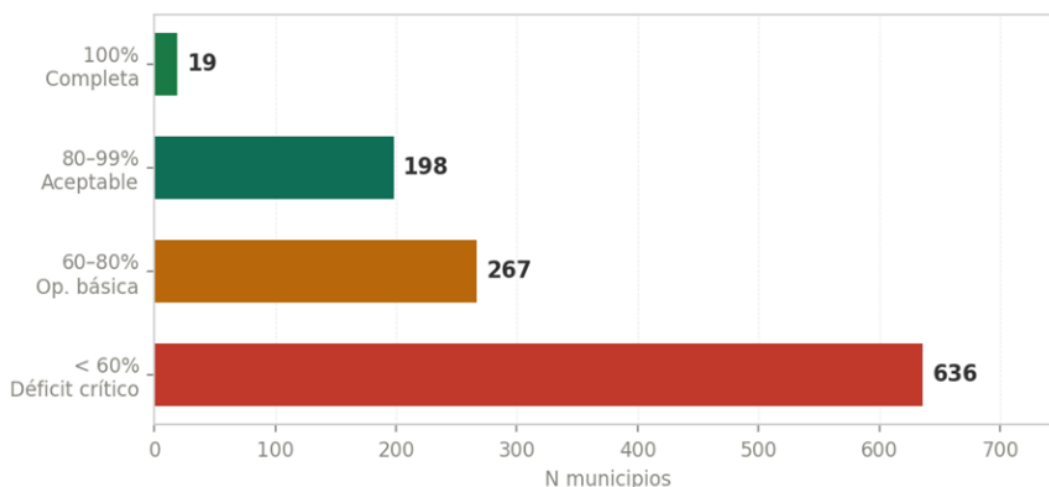
Tabla 32. Cantidad de municipios según umbral

| Umbrales   | N. de municipios |
|--|------------------|
| De 100%, oferta completa del nivel primario        | 19               |
| Del 80% - 99%, oferta del nivel primario aceptable | 198              |

|   |     |
|---|-----|
| Del 60% - 80%, déficit con operación básica funcional | 267 |
| Menos del 60%, déficit crítico del nivel primario     | 636 |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025.

Gráfica 15. Municipios por umbral, Colombia 2025 (n=1.120)



Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

El seguimiento de este indicador a escala municipal constituye la línea base para evaluar la progresividad en la suficiencia de la oferta de servicios del nivel primario, con atención particular a los territorios de las regiones Orinoquía, Amazonía y Pacífico.

### Densidad de centros y puestos de salud por 1.000 habitantes

La densidad de centros y puestos de salud por 1.000 habitantes cuantifica el número de centros y puestos de salud disponibles por cada 1.000 habitantes en el municipio. Mide la disponibilidad relativa de infraestructura básica en relación con el tamaño de la población. Este indicador tiene como objetivo medir la disponibilidad o no de centros y puestos de conformidad con la población de cada municipio garantizando los puestos y centros de salud como la puerta de entrada al sistema y el componente estructural para la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, cuando son insuficientes entonces podría generarse una restricción de acceso.

En este sentido se planteó por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS los siguientes umbrales del indicador, para el análisis:

- 0.33 Disponibilidad de centros y puestos poblacionalmente adecuada
- 0.17 Disponibilidad de centros y puestos con potenciales barreras de acceso en zonas rurales
- 0.06 Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno
- 0.03 No disponibilidad de centros y puestos de salud requerida con potencial déficit

Estos valores se definen a partir de los tamaños poblacionales determinados en marco de las tipologías del PTRRM determinadas en la circular 041 de 2025.

### Resultados a nivel nacional

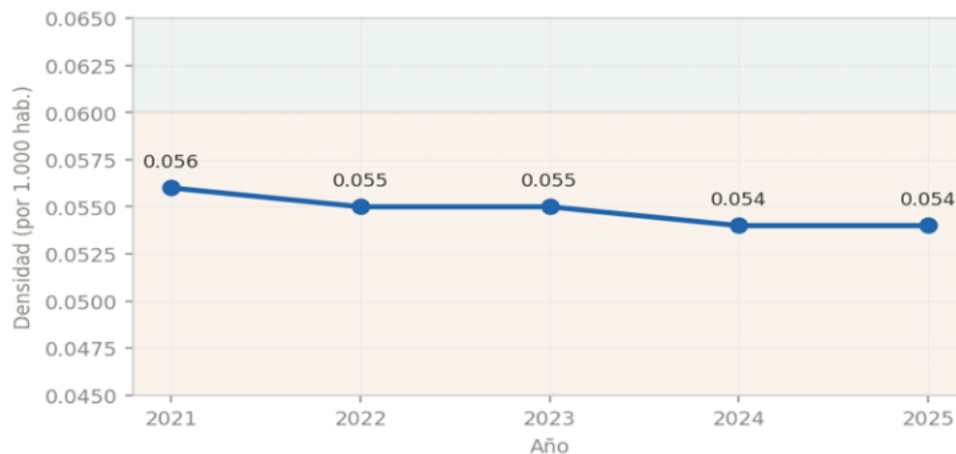
Durante el período 2021–2025, el indicador nacional se mantuvo en el umbral de potencial restricción de acceso oportuno en todas las vigencias, con valores que pasaron de 0,056 en 2021 a 0,054 en 2025. La variación entre 2024 y 2025 fue de  $-0,0002$ , lo que indica una leve reducción en la densidad. Estos valores constituyen la línea base nacional para el seguimiento de la densidad de infraestructura de primer nivel en relación con la población.

*Tabla 33. Disponibilidad de centros y puestos de salud 2021-2025*

| Año  | Valor del indicador | Umbral   |
|------|---------------------|--|
| 2021 | 0.056               | Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno |
| 2022 | 0.055               | Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno |
| 2023 | 0.055               | Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno |
| 2024 | 0.054               | Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno |
| 2025 | 0.054               | Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno |

Fuente: REPS – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

Gráfica 16. Tendencia nacional 2021–2025



Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

## Resultados a nivel departamental

En 2025, la distribución de los 33 departamentos por umbral es la siguiente:

Tabla 34. Distribución en departamentos por umbral centros y puestos de salud 2025

| Umbral   | N. de departamentos |
|--|---------------------|
| Disponibilidad de centros y puestos poblacionalmente adecuada                      | 1                   |
| Disponibilidad de cen. y pues. con potenciales barreras de acceso en zonas rurales | 14                  |
| Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno   | 10                  |
| No disponibilidad de centros y puestos de salud requerida con potencial déficit    | 8                   |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

Nariño es el único departamento que alcanza el umbral óptimo de disponibilidad poblacionalmente adecuada (0,200), destacándose como referente de densidad de infraestructura de primer nivel. Catorce departamentos se ubican en el umbral de potenciales barreras de acceso en zonas rurales, entre ellos territorios con alta dispersión geográfica como Chocó (0,151), Arauca (0,136) y Guaviare

(0,130), donde la presencia de centros y puestos de salud es especialmente relevante para garantizar el acceso de la población dispersa.

Respecto a la variación 2024→2025, Tolima (+0,004), Huila (+0,003) y Córdoba (+0,001) registraron incrementos en su densidad. Los demás departamentos presentaron variaciones marginales.

*Tabla 35. Densidad de centros y puestos de salud por 1.000 habitantes por departamento*

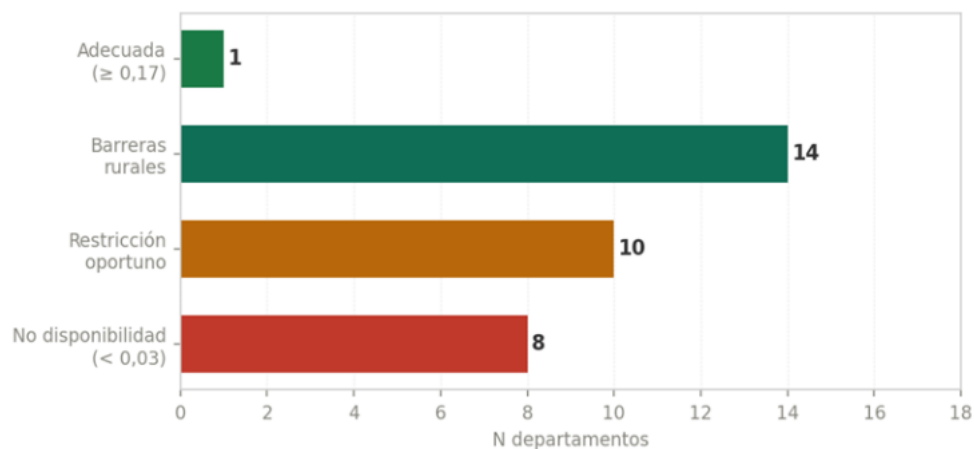
| Departamento       | Densidad de centros y puestos de salud por 1.000 habitantes por departamento |       |       |       |       | Variación 2024-2025 |
|--------------------|--|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|                    | 2021   | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |                     |
| Amazonas           | 0.000  | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |                     |
| Antioquia          | 0.026  | 0.025 | 0.025 | 0.025 | 0.025 | -1%                 |
| Arauca             | 0.139  | 0.138 | 0.138 | 0.137 | 0.136 | 0%                  |
| Atlántico          | 0.028  | 0.028 | 0.028 | 0.028 | 0.028 | 0%                  |
| Bolívar            | 0.092  | 0.093 | 0.093 | 0.092 | 0.091 | -1%                 |
| Bogotá D.C         | 0.000  | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |                     |
| Boyacá             | 0.089  | 0.088 | 0.087 | 0.087 | 0.088 | 1%                  |
| Caldas             | 0.049  | 0.049 | 0.050 | 0.050 | 0.048 | -2%                 |
| Caquetá            | 0.053  | 0.053 | 0.052 | 0.052 | 0.051 | -1%                 |
| Casanare           | 0.065  | 0.061 | 0.061 | 0.060 | 0.059 | -1%                 |
| Cauca              | 0.072  | 0.071 | 0.073 | 0.073 | 0.072 | -1%                 |
| Cesar              | 0.104  | 0.096 | 0.096 | 0.094 | 0.093 | -1%                 |
| Chocó              | 0.169  | 0.166 | 0.164 | 0.162 | 0.151 | -7%                 |
| Córdoba            | 0.115  | 0.113 | 0.111 | 0.108 | 0.109 | 1%                  |
| Cundinamarca       | 0.039  | 0.039 | 0.038 | 0.038 | 0.037 | -2%                 |
| Guainía            |  |       | 0.000 | 0.000 | 0.000 |                     |
| Guaviare           | 0.131  | 0.119 | 0.119 | 0.130 | 0.130 | 0%                  |
| Huila              | 0.054  | 0.053 | 0.053 | 0.053 | 0.055 | 5%                  |
| La Guajira         | 0.048  | 0.046 | 0.044 | 0.047 | 0.045 | -4%                 |
| Magdalena          | 0.113  | 0.108 | 0.106 | 0.104 | 0.105 | 1%                  |
| Meta               | 0.060  | 0.058 | 0.058 | 0.056 | 0.056 | 0%                  |
| Nariño             | 0.203  | 0.200 | 0.197 | 0.200 | 0.200 | 0%                  |
| Norte de Santander | 0.068  | 0.066 | 0.065 | 0.064 | 0.064 | -1%                 |
| Putumayo           | 0.052  | 0.051 | 0.050 | 0.049 | 0.049 | -1%                 |
| Quindío            | 0.036  | 0.038 | 0.038 | 0.036 | 0.036 | 0%                  |

| Departamento             | Densidad de centros y puestos de salud por 1.000 habitantes por departamento |       |       |       |       | Variación 2024-2025 |
|--------------------------|--|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|                          | 2021   | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |                     |
| Risaralda                | 0.042  | 0.043 | 0.042 | 0.042 | 0.042 | -1%                 |
| San Andrés y Providencia | 0.000  | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |                     |
| Santander                | 0.067  | 0.067 | 0.064 | 0.063 | 0.063 | -1%                 |
| Sucre                    | 0.074  | 0.073 | 0.072 | 0.069 | 0.067 | -4%                 |
| Tolima                   | 0.075  | 0.075 | 0.069 | 0.072 | 0.076 | 5%                  |
| Vaupés                   | 0.027  | 0.027 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |                     |
| Vichada                  | 0.000  | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |                     |
| Valle del cauca          | 0.065  | 0.064 | 0.064 | 0.064 | 0.063 | -2%                 |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

**Nota metodológica:** Los departamentos Bogotá D.C., San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada registran un valor de 0,000, lo que refleja ausencia de registro de centros y puestos de salud bajo esa categoría en el REPS para la vigencia reportada. Este resultado puede estar asociado a diferencias en el modelo de prestación de servicios de primer nivel en estos territorios. La disponibilidad de servicios en estos departamentos se complementa con el análisis del Proporción de municipios con completitud de los servicios del nivel primario.

Gráfica 17. Departamentos por umbral, Colombia 2025 (n=33)



Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

## Resultados a nivel municipal

De los 1.084 municipios evaluados en 2025, la distribución por umbral es la siguiente:

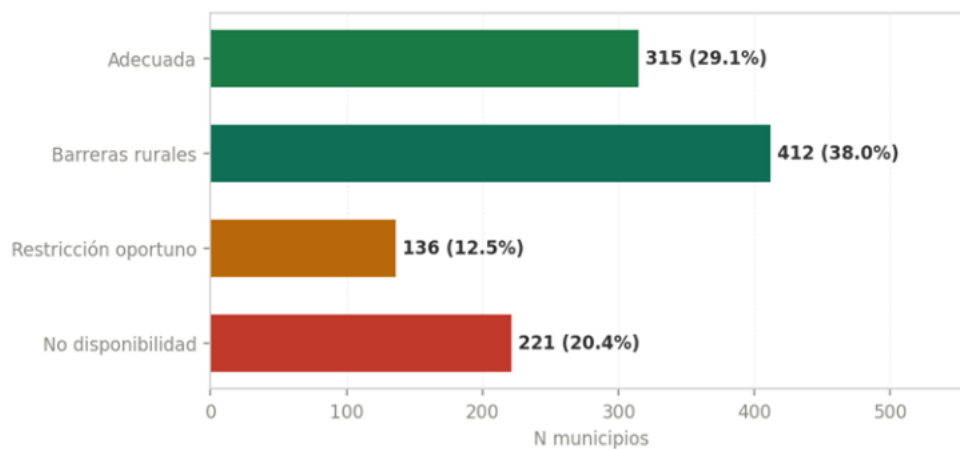
*Tabla 36. Distribución en municipios por umbral centros y puestos de salud 2025*

| Umbral  | N. Municipios | %      |
|---|---------------|--------|
| Disponibilidad de centros y puestos con potencial restricción de acceso oportuno        | 136           | 12.55% |
| Disponibilidad de centros y puestos con potenciales barreras de acceso en zonas rurales | 412           | 38.01% |
| Disponibilidad de centros y puestos poblacionalmente adecuada                           | 315           | 29.06% |
| No disponibilidad de centros y puestos de salud requerida con potencial déficit         | 221           | 20.39% |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

El 29,1% de los municipios (315) alcanza el umbral óptimo de disponibilidad adecuada. Sin embargo, el 20,4% (221 municipios) se encuentra en no disponibilidad con potencial déficit, y el 12,5% (136 municipios) en potencial restricción de acceso oportuno.

*Gráfica 18. Municipios por umbral, Colombia 2025 (n=1.084)*



Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

El seguimiento de este indicador en vigencias posteriores permitirá evaluar la progresividad en la disponibilidad de infraestructura de primer nivel en relación con la población, con atención particular a los territorios con mayor rezago.

#### *Existencia de prestadores de servicios de salud (no se limita a IPS)*

La proporción de puestos y centros de salud disponibles en la zona rural de los municipios mide qué proporción de los puestos y centros de salud del municipio se encuentra ubicada en zona rural. Evalúa la capacidad instalada y la distribución territorial de la infraestructura en salud en áreas rurales, con el fin de estimar la cobertura para poblaciones dispersas y de difícil acceso.

La disponibilidad no solo implica existencia de infraestructura, sino distribución territorial razonable que permita accesibilidad para la población rural; en este sentido los umbrales se determinan a partir de los siguientes criterios: equilibrio distributivo territorial, riesgo de la concentración de la oferta en la zona urbana, consideración del componente de dispersión y el principio de equidad territorial. En términos teóricos el punto de equilibrio es el 50% que indica una distribución proporcional entre zonas urbanas y rurales, si las desviaciones son significativas indican concentración.

Por lo anterior los umbrales que se definen son los siguientes:

- Menor al 20%, distribución territorial crítica, indica que el 80% de la oferta se encuentra en la zona urbana
- Entre el 20% y 39%, aunque existe oferta en la zona rural es menor a la concentrada a nivel urbano
- Entre el 40% y el 59%, la distribución de la oferta entre la zona urbana y rural es equilibrada
- Mayor al 60%, la distribución prioriza el componente rural como mecanismo de garantía de la accesibilidad geográfica

No obstante, este indicador debe ser ajustado por población en el sentido de valorar la presencia de una magnitud de esta o no en la zona rural.

#### **Resultados a nivel nacional**

En 2021 el indicador registró 42,1%, ubicándose en el umbral de distribución equilibrada entre zona urbana y rural. A partir de 2022 el valor se ubicó en el umbral de oferta rural menor a la urbana, con una recuperación progresiva desde 31,8% en 2022 hasta 32,8% en 2025. La variación 2024→2025 fue de +0,21 puntos porcentuales, mostrando una tendencia de recuperación sostenida desde el quiebre del período postpandemia de COVID-19.

*Tabla 37. Distribución de oferta entre la zona urbana y rural. Colombia 2021-2025*

| Año  | Valor del indicador | Umbral   |
|------|---------------------|--|
| 2021 | 42.127              | La distribución de la oferta entre la zona urbana y rural es equilibrada       |
| 2022 | 31.806              | Aunque existe oferta en la zona rural es menor a la concentrada a nivel urbano |
| 2023 | 32.283              | Aunque existe oferta en la zona rural es menor a la concentrada a nivel urbano |
| 2024 | 32.546              | Aunque existe oferta en la zona rural es menor a la concentrada a nivel urbano |
| 2025 | 32.758              | Aunque existe oferta en la zona rural es menor a la concentrada a nivel urbano |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025



Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

## Resultados a nivel departamental

En 2025, 8 departamentos priorizan el componente rural en su distribución de oferta, lo que representa el mayor nivel de orientación hacia la población dispersa. Entre ellos se destacan Amazonas (90,9%), Guainía (79,2%), Chocó (73,0%), La Guajira (72,8%), Cesar (71,0%), Nariño (69,5%), Arauca (67,3%) y Córdoba (65,6%) — todos territorios con alta dispersión poblacional donde la oferta de primer nivel se concentra en las zonas rurales para garantizar el acceso de la población.

La distribución completa por umbral es la siguiente:

Gráfica 20. Departamentos por umbral, Colombia 2025 (n=33)

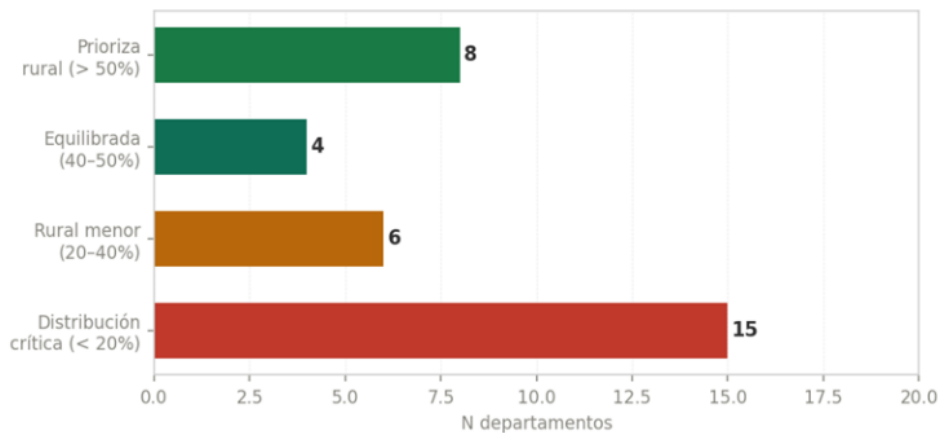


Tabla 38. Distribución de oferta entre la zona urbana y rural 2021-2025

| Departamento | Distribución de oferta entre la zona urbana y rural |       |       |       |       | Variación 2024-2025 |
|--------------|---|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|              | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |                     |
| Amazonas     | 90.91   | 90.91 | 90.91 | 90.91 | 90.91 | 0.0%                |
| Antioquia    | 23.68   | 24.91 | 24.72 | 24.72 | 25.28 | 2.2%                |
| Arauca       | 67.35   | 67.35 | 67.35 | 67.35 | 67.35 | 0.0%                |
| Atlántico    | 45.12   | 45.12 | 44.05 | 44.05 | 43.53 | -1.2%               |
| Bogotá D.C   | 2.29  | 2.36  | 2.70  | 2.78  | 2.80  | 0.9%                |
| Bolívar      | 53.81   | 53.99 | 54.42 | 53.74 | 53.02 | -1.3%               |
| Boyacá       | 9.33  | 8.61  | 8.39  | 8.39  | 8.23  | -1.9%               |
| Caldas       | 31.34   | 31.82 | 31.34 | 31.34 | 31.82 | 1.5%                |

| Departamento             | Distribución de oferta entre la zona urbana y rural |       |       |       |       | Variación 2024-2025 |
|--------------------------|---|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|                          | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |                     |
| Caquetá                  | 30.77   | 30.77 | 30.77 | 30.77 | 30.77 | 0.0%                |
| Casanare                 | 23.33   | 20.69 | 20.69 | 20.69 | 20.69 | 0.0%                |
| Cauca                    | 45.61   | 44.35 | 45.00 | 44.17 | 44.17 | 0.0%                |
| Cesar                    | 71.62   | 70.71 | 72.03 | 72.03 | 71.03 | -1.4%               |
| Chocó                    | 75.00   | 75.00 | 75.00 | 75.00 | 72.97 | -2.7%               |
| Córdoba                  | 64.19   | 64.19 | 64.79 | 65.71 | 65.58 | -0.2%               |
| Cundinamarca             | 12.85   | 10.87 | 10.87 | 10.87 | 10.58 | -2.6%               |
| Guainía                  |   |       | 0.00  | 0.00  | 79.17 |                     |
| Guaviare                 | 41.67   | 36.36 | 36.36 | 33.33 | 33.33 | 0.0%                |
| Huila                    | 15.71   | 15.71 | 15.71 | 15.94 | 15.07 | -5.5%               |
| La Guajira               | 70.89   | 70.51 | 71.79 | 73.49 | 72.84 | -0.9%               |
| Magdalena                | 56.11   | 52.27 | 53.45 | 53.45 | 53.67 | 0.4%                |
| Meta                     | 32.35   | 29.85 | 29.41 | 30.30 | 29.85 | -1.5%               |
| Nariño                   | 70.45   | 68.47 | 69.91 | 70.62 | 69.53 | -1.6%               |
| Norte de Santander       | 24.63   | 2.29  | 2.27  | 2.27  | 2.27  | 0.0%                |
| Putumayo                 | 41.38   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |
| Quindío                  | 15.63   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |
| Risaralda                | 36.00   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |
| San Andrés y Providencia | 50.00   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |
| Santander                | 17.86   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |
| Sucre                    | 43.24   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |
| Tolima                   | 31.86   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 2.50  |                     |
| Valle del cauca          | 45.57   | 9.06  | 9.91  | 9.91  | 10.06 | 1.6%                |
| Vaupés                   | 95.92   | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |
| Vichada                  | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  | 0.00  |                     |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

## Resultados a nivel municipal

De los 1.084 municipios evaluados en 2025, 268 municipios (24,7%) se ubican en los umbrales de distribución equilibrada o de priorización rural, con al menos el 40% de su oferta orientada hacia la zona rural. La distribución completa por umbrales es la siguiente:

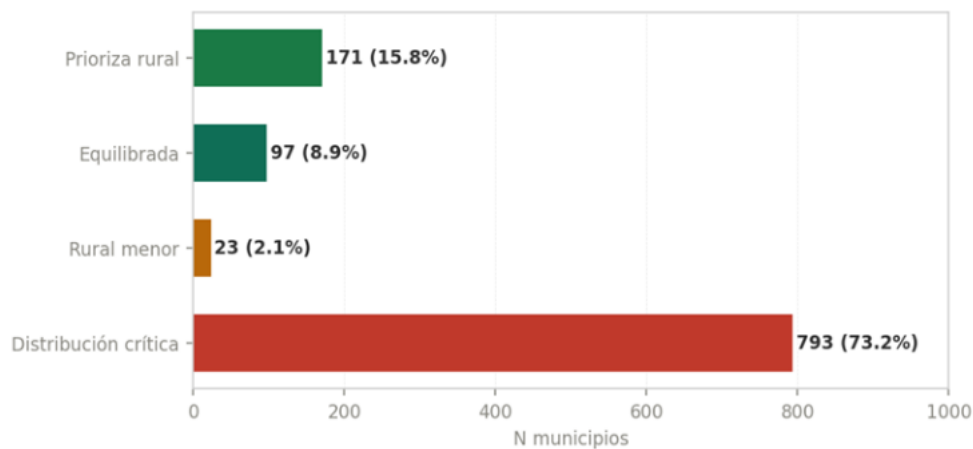
*Tabla 39. Distribución en municipios evaluados por umbral centros y puestos de salud 2025*

| Umbral   | N. municipios | %      |
|--|---------------|--------|
| Distribución territorial crítica, indica que el 80% de la oferta se encuentra en la zona urbana        | 793           | 73.15% |
| Aunque existe oferta en la zona rural es menor a la concentrada a nivel urbano                         | 23            | 2.12%  |
| La distribución de la oferta entre la zona urbana y rural es equilibrada                               | 97            | 8.95%  |
| La distribución prioriza el componente rural como mecanismo de garantía de la accesibilidad geográfica | 171           | 15.77% |

Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025.

El seguimiento de este indicador en vigencias posteriores permitirá evaluar la progresividad en la orientación de la oferta de primer nivel hacia los territorios rurales, en el marco de las estrategias de reorganización de redes de servicios de salud.

Gráfica 21. Municipios por umbral, Colombia 2025 (n=1.084)



Fuente: REPS — Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

### Existencia de personal médico y profesional competente

Los indicadores de esta categoría miden la densidad de profesionales y especialistas en salud disponibles en el territorio nacional, expresada como razón por 10.000 habitantes; fueron construidos a partir del cruce de información de las personas inscritas en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) que no registran estado de fallecimiento, con los registros de aportes

al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), para cada año de referencia.

El numerador corresponde al número de profesionales o especialistas inscritos en ReTHUS que realizaron aportes al SGSSS a través de PILA y cuya ubicación laboral se encuentra registrada en Colombia. El denominador corresponde a las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La unidad de medida reportada es una razón por 10.000 habitantes. En términos metodológicos, el indicador refleja disponibilidad relativa de talento humano en ejercicio con aproximación a partir de cotización al SGSSS.

A continuación, se presenta el comportamiento de los ocho indicadores reportados entre 2021 y 2025, así como la variación absoluta y relativa observada durante el periodo analizado.

*Tabla 40. Densidad de talento humano por especialidad y año 2021-2025*

| Indicador   | Indicadores Existencia de personal médico y profesional competente |      |      |      |      | Variación Absoluta | Variación 2021-2025 |
|---|--|------|------|------|------|--------------------|---------------------|
|   | 2021   | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |                    |                     |
| Densidad de profesionales en medicina por 10.000 habitantes           | 23.7   | 24.5 | 25.4 | 26.2 | 27.1 | 3.4                | 14.3%               |
| Densidad de profesionales en enfermería por 10.000 habitantes         | 14.4   | 15   | 15.3 | 15.7 | 16.1 | 1.7                | 11.8%               |
| Densidad de especialistas en gineco-obstetricia por 10.000 habitantes | 0.75   | 0.77 | 0.79 | 0.81 | 0.83 | 0.08               | 10.7%               |
| Densidad de especialistas en pediatría por 10.000 habitantes          | 1.03   | 1.07 | 1.1  | 1.14 | 1.17 | 0.14               | 13.6%               |
| Densidad de especialistas en medicina interna por 10.000 habitantes   | 1.08   | 1.14 | 1.19 | 1.24 | 1.29 | 0.21               | 19.4%               |

| Indicador  | Indicadores Existencia de personal médico y profesional competente |      |      |      |      | Variación Absoluta | Variación 2021-2025 |
|--|--|------|------|------|------|--------------------|---------------------|
|  | 2021   | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |                    |                     |
| Densidad de especialistas en cirugía general por 10.000 habitantes   | 0.52   | 0.52 | 0.54 | 0.55 | 0.56 | 0.04               | 7.7%                |
| Densidad de especialistas en psiquiatría por 10.000 habitantes       | 0.28   | 0.3  | 0.31 | 0.32 | 0.33 | 0.05               | 17.9%               |
| Densidad de especialistas en medicina familiar por 10.000 habitantes | 0.17   | 0.18 | 0.2  | 0.21 | 0.22 | 0.05               | 29.4%               |

Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, MSPS 2025.

En términos generales, los ocho indicadores presentan una tendencia creciente durante el periodo 2021–2025. Los mayores niveles de densidad corresponden a los profesionales en medicina, cuyo indicador pasó de 23.7 a 27.1 por 10.000 habitantes, seguido por profesionales en enfermería, que pasó de 14.4 a 16.1. Este comportamiento es consistente con una ampliación progresiva de la disponibilidad relativa de talento humano en salud para los perfiles analizados.

En los profesionales en medicina, se observa un incremento de 3.4 puntos entre 2021 y 2025, equivalente a una variación de 14.3%; en los profesionales en enfermería se observa un incremento de 1.7 puntos, equivalente a una variación de 11.8%; Entre las especialidades médicas de gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía general, psiquiatría y medicina familiar, la especialidad de medicina interna presentó la mayor densidad en 2025 (1.29), seguida de pediatría (1.17) y gineco-obstetricia (0.83), así mismo, las densidades más bajas en 2025 se observaron en las especialidades de medicina familiar (0.22) y de psiquiatría (0.33), pese a que ambas especialidades registraron crecimiento durante el periodo.

### **Resultados a nivel departamental – Densidad de profesionales en enfermería**

A nivel departamental, la densidad media de profesionales en enfermería pasó de 13,5 por 10.000 habitantes en 2021 a 15,4 en 2025, lo que representa un crecimiento sostenido durante el período. En 2025, **20 de los 33**

**departamentos registraron crecimiento** respecto a 2024, y 4 se mantuvieron estables.

*Tabla 41. Densidad de talento humano de enfermería y año 2021-2025*

| Departamento                                 | Densidad de profesionales en enfermería por 10.000 habitantes |      |      |      |      | Variación 2025-2024 |
|--|---|------|------|------|------|---------------------|
|  | 2021  | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |                     |
| 05-Antioquia                                 | 12.3  | 12.5 | 12.8 | 12.9 | 13.2 | 2%                  |
| 08-Atlántico                                 | 17  | 17.3 | 17.6 | 17.4 | 17.5 | 1%                  |
| 11-Bogotá, D.C.                              | 27.6  | 28.2 | 28.5 | 28.3 | 28.2 | 0%                  |
| 13-Bolívar                                   | 12.4  | 13   | 13.6 | 13.9 | 14.1 | 1%                  |
| 15-Boyacá                                    | 12.2  | 12.8 | 13.4 | 14.3 | 15.5 | 8%                  |
| 17-Caldas                                    | 17.1  | 17.6 | 17.9 | 18.5 | 19.1 | 3%                  |
| 18-Caquetá                                   | 7.9   | 7.8  | 8.8  | 10   | 9.9  | -1%                 |
| 19-Cauca                                     | 10.7  | 11   | 11.4 | 11.5 | 11.8 | 3%                  |
| 20-Cesar                                     | 13.3  | 13.7 | 13.6 | 13.5 | 13.8 | 2%                  |
| 23-Córdoba                                   | 8.2   | 8.6  | 9    | 9.3  | 9.6  | 3%                  |
| 25-Cundinamarca                              | 6.9   | 6.5  | 5.9  | 6.7  | 7.1  | 6%                  |
| 27-Chocó                                     | 8.5   | 8.8  | 7.6  | 8.7  | 8.7  | 0%                  |
| 41-Huila                                     | 13.2  | 13.8 | 14   | 14.8 | 15.2 | 3%                  |
| 44-La Guajira                                | 8   | 8.3  | 8.5  | 8.8  | 9.4  | 7%                  |
| 47-Magdalena                                 | 10.3  | 10.5 | 10.8 | 11.3 | 11.1 | -2%                 |
| 50-Meta                                      | 12  | 12.4 | 12.6 | 13   | 13.1 | 1%                  |
| 52-Nariño                                    | 13.4  | 14   | 14.4 | 15.3 | 15.7 | 3%                  |
| 54-Norte de Santander                        | 11  | 11.4 | 11.5 | 11.9 | 12.1 | 2%                  |
| 63-Quindío                                   | 16.7  | 17.1 | 17.7 | 17.9 | 17.8 | -1%                 |
| 66-Risaralda                                 | 21  | 21.7 | 22.4 | 22.9 | 23.3 | 2%                  |
| 68-Santander                                 | 18.8  | 19.4 | 19.9 | 19.8 | 19.9 | 1%                  |
| 70-Sucre                                     | 9.9   | 10.1 | 10.7 | 10.7 | 10.7 | 0%                  |
| 73-Tolima                                    | 11.8  | 12.3 | 13.1 | 13.9 | 14.1 | 1%                  |
| 76-Valle del Cauca                           | 16.9  | 16.9 | 17   | 17.1 | 17.2 | 1%                  |
| 81-Arauca                                    | 10.9  | 11.1 | 11.8 | 12.3 | 12   | -2%                 |
| 85-Casanare                                  | 10.9  | 11.4 | 11.5 | 12   | 12.3 | 3%                  |
| 86-Putumayo                                  | 9.1   | 9.7  | 9.2  | 10.4 | 10.3 | -1%                 |
| 88- San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 29.3  | 32.8 | 34   | 35   | 38.8 | 11%                 |
| 91-Amazonas                                  | 14.1  | 14.1 | 13.6 | 14.8 | 14.1 | -5%                 |

| Departamento | Densidad de profesionales en enfermería por 10.000 habitantes |      |      |      |      | Variación 2025-2024 |
|--------------|---|------|------|------|------|---------------------|
|              | 2021  | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |                     |
| 94-Guainía   | 16.2  | 15.8 | 12.7 | 19.9 | 15.5 | -22%                |
| 95-Guaviare  | 13  | 14.7 | 13.6 | 14.4 | 15   | 4%                  |
| 97-Vaupés    | 12.6  | 16.5 | 16   | 18.6 | 18.5 | -1%                 |
| 99-Vichada   | 13.4  | 18.8 | 27.8 | 27.3 | 24   | -12%                |

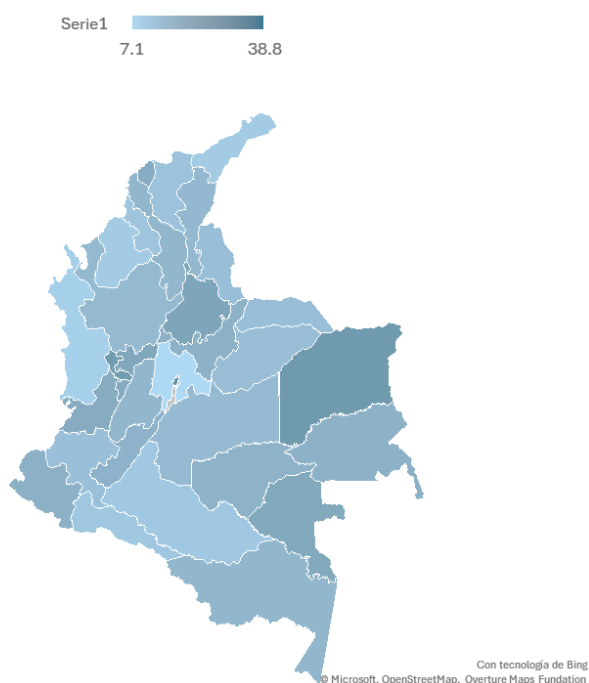
Fuente: Dirección de Talento Humano, MSPS 2025.

Los departamentos con mayor densidad en 2025 son San Andrés y Providencia (38,8), Bogotá D.C. (28,2) y Risaralda (23,3). Entre los de mayor crecimiento relativo durante el período se destacan San Andrés (+11%), Boyacá (+8%) y La Guajira (+7%), lo que evidencia avances importantes en territorios que históricamente han presentado rezagos en disponibilidad de talento humano.

Nueve departamentos registraron una variación negativa entre 2024 y 2025. Los casos de Guainía (-22%) y Vichada (-12%) presentan variaciones marcadas que pueden estar asociadas a la alta volatilidad de los registros en territorios de baja densidad poblacional, donde pequeñas variaciones en el número absoluto de profesionales generan cambios porcentuales significativos. Los demás departamentos con retroceso — Amazonas (-5%), Magdalena (-2%), Arauca (-2%), Quindío (-1%), Putumayo (-1%), Caquetá (-1%) y Vaupés (-1%) — registraron variaciones marginales.

Gráfica 22. Mapa coroplético densidad profesionales en enfermería

Densidad de profesionales en enfermería por 10.000 habitantes



Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, MSPS 2025.

### **Resultados a nivel departamental - Densidad de profesionales en medicina**

La densidad media departamental de profesionales en medicina pasó de 17,7 por 10.000 habitantes en 2021 a 20,5 en 2025. En 2025, **28 de los 33 departamentos registraron crecimiento** respecto a 2024, lo que evidencia una ampliación generalizada de la disponibilidad de médicos en el territorio nacional.

Tabla 42. Densidad de talento humano de medicina y año 2021-2025

| Departamento                                | Densidad de talento humano por Medicina |      |      |      |      | Variación<br>2025-2024 |
|---|---|------|------|------|------|------------------------|
|   | 2021                                    | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |                        |
| 05-Antioquia                                | 27.1                                    | 28.4 | 29.3 | 29.9 | 31   | 4%                     |
| 08-Atlántico                                | 29.8                                    | 31   | 32   | 32.7 | 34.2 | 5%                     |
| 11-Bogotá, D.C.                             | 45.6                                    | 47   | 48.5 | 49.7 | 51.2 | 3%                     |
| 13-Bolívar                                  | 19.7                                    | 20.4 | 21.1 | 22.1 | 22.7 | 3%                     |
| 15-Boyacá                                   | 16.2                                    | 16.7 | 17.5 | 18.3 | 18.8 | 3%                     |
| 17-Caldas                                   | 21.1                                    | 22.1 | 22.4 | 23.9 | 24.4 | 2%                     |
| 18-Caquetá                                  | 10.2                                    | 10.4 | 10.6 | 11.2 | 11.6 | 4%                     |
| 19-Cauca                                    | 13.2                                    | 13.2 | 14   | 14.3 | 14.8 | 3%                     |
| 20-Cesar                                    | 16.9                                    | 17.1 | 17.2 | 18.2 | 18.7 | 3%                     |
| 23-Córdoba                                  | 13.7                                    | 14.3 | 15.2 | 15.9 | 16.5 | 4%                     |
| 25-Cundinamarca                             | 9.7                                     | 9.4  | 8.6  | 9.2  | 9.7  | 5%                     |
| 27-Chocó                                    | 6.1                                     | 6.1  | 5.1  | 5.4  | 5.7  | 6%                     |
| 41-Huila                                    | 23.4                                    | 24   | 24.5 | 25.1 | 25.3 | 1%                     |
| 44-La Guajira                               | 11.4                                    | 11.6 | 12.3 | 12.9 | 13.6 | 5%                     |
| 47-Magdalena                                | 13.5                                    | 13.7 | 14.2 | 15   | 15.2 | 1%                     |
| 50-Meta                                     | 14.5                                    | 15.3 | 15.6 | 16.6 | 17   | 2%                     |
| 52-Nariño                                   | 17                                      | 17.9 | 18.3 | 20   | 21.2 | 6%                     |
| 54-Norte de Santander                       | 12.7                                    | 13.2 | 14.5 | 15.2 | 15.5 | 2%                     |
| 63-Quindio                                  | 22.3                                    | 24.5 | 25.9 | 26.9 | 27.8 | 3%                     |
| 66-Risaralda                                | 27.1                                    | 29.2 | 31.1 | 32.5 | 34   | 5%                     |
| 68-Santander                                | 24.3                                    | 25.5 | 26.7 | 27.3 | 27.8 | 2%                     |
| 70-Sucre                                    | 14.3                                    | 14.7 | 14.8 | 16.1 | 16.4 | 2%                     |
| 73-Tolima                                   | 15.2                                    | 16.4 | 17.4 | 18.8 | 19.2 | 2%                     |
| 76-Valle del Cauca                          | 28                                      | 29.1 | 30.2 | 31.1 | 32.7 | 5%                     |
| 81-Arauca                                   | 12.6                                    | 12.8 | 14.7 | 15.8 | 15.5 | -2%                    |
| 85-Casanare                                 | 13.9                                    | 14.4 | 14.8 | 15.4 | 15.9 | 3%                     |
| 86-Putumayo                                 | 10                                      | 10.6 | 11.4 | 12.7 | 13.5 | 6%                     |
| 88-San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 33.9                                    | 31.3 | 27.9 | 31.6 | 35.1 | 11%                    |

| Departamento | Densidad de talento humano por Medicina |      |      |      |      | Variación 2025-2024 |
|--------------|---|------|------|------|------|---------------------|
|              | 2021                                    | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |                     |
| 91-Amazonas  | 13.6                                    | 12.5 | 11.6 | 12.4 | 12.7 | 2%                  |
| 94-Guainía   | 17                                      | 16.3 | 13.4 | 17.6 | 13.5 | -23%                |
| 95-Guaviare  | 10.9                                    | 11   | 12.5 | 13.8 | 13.4 | -3%                 |
| 97-Vaupés    | 5                                       | 4.6  | 5.6  | 8.3  | 7.7  | -7%                 |
| 99-Vichada   | 13.4                                    | 17.4 | 25   | 27.5 | 25.3 | -8%                 |

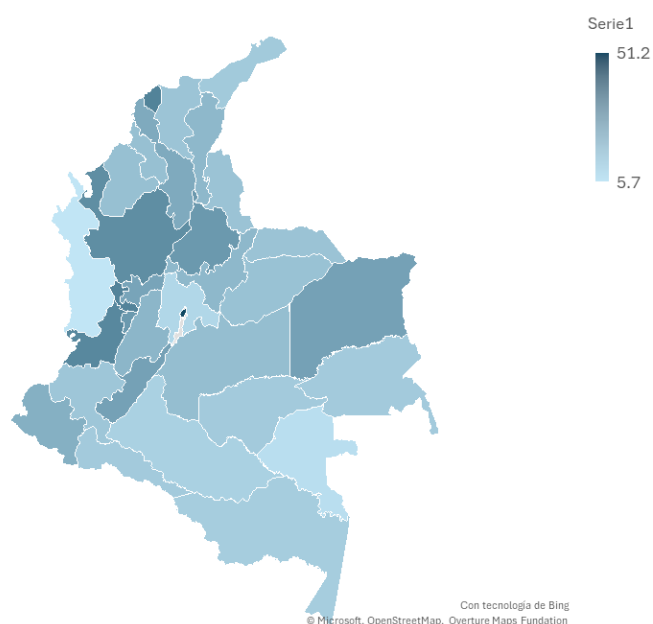
Fuente: Dirección de Talento Humano, MSPS 2025.

Los departamentos con mayor densidad en 2025 son Bogotá D.C. (51,2), San Andrés y Providencia (35,1), Atlántico (34,2) y Risaralda (34,0). Entre los de mayor crecimiento relativo durante el período se destacan San Andrés (+11%), Chocó (+6%), Nariño (+6%) y Putumayo (+6%) — resultados que son especialmente relevantes dado que estos últimos tres corresponden a territorios históricamente rezagados donde el incremento en la disponibilidad de médicos representa un avance significativo para el goce efectivo del derecho a la salud.

Cinco departamentos registraron una variación negativa entre 2024 y 2025. Guainía (-23%) y Vichada (-8%) presentan variaciones marcadas que, como en el caso de enfermería, pueden estar asociadas a la alta volatilidad de los registros en territorios de baja densidad poblacional. Vaupés (-7%), Guaviare (-3%) y Arauca (-2%) registraron variaciones menores. Vale destacar que, pese a la variación negativa en 2025, Vaupés registra en ese año (7,7) un valor superior al de 2021 (5,0), lo que refleja un avance neto en el período.

Gráfica 23. Mapa coroplético densidad profesionales de medicina

Densidad de profesionales en medicina por 10.000 habitantes



Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, MSPS 2025.

### Observaciones metodológicas

La aproximación a profesionales en ejercicio se realiza a partir de la cotización al SGSSS mediante PILA. En consecuencia, el indicador refleja disponibilidad relativa de personas que registran aportes durante el año de referencia y no necesariamente la totalidad del talento humano efectivamente activo en la prestación de servicios.

La información de PILA puede presentar fenómenos de multiempleo y movilidad territorial. Por ello, en desagregaciones subnacionales una misma persona podría

registrar aportes asociados a diferentes ubicaciones laborales en un mismo periodo.

### 3.4.2 Aceptabilidad

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

#### *Participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten*

#### **Proporción de personas que se sienten involucradas en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento**

Esta pregunta evalúa el nivel de interacción efectiva entre el usuario y el proceso de atención clínica, específicamente en la etapa crítica de toma de decisiones.

No se limita a medir percepción o trato humano; mide si el proceso de atención: es participativo, permite retroalimentación del usuario, incorpora preferencias del cliente (paciente) como una variable de entrada del sistema.

En términos de procesos, esta pregunta indica si el servicio se ejecuta bajo un modelo orientado al cliente o bajo un modelo rígido y unidireccional. El indicador nacional de involucramiento del usuario en las decisiones sobre su cuidado médico muestra una tendencia general ascendente en el quinquenio analizado, con una leve corrección en 2025, sin que ello implique un deterioro estructural del desempeño del sistema.

*Tabla 43. Comportamiento nacional como lo involucra su médico en la toma de decisiones*

| <b>Año</b> | <b>Siempre + Casi siempre</b> |
|------------|-------------------------------|
| 2021       | 60,8 %                        |
| 2022       | 62,0 %                        |
| 2023       | 77,2 %                        |
| 2024       | 86,8 %                        |
| 2025       | 83,6 %                        |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025. Ministerio de Salud y Protección Social

Entre 2021 y 2024 se registra un incremento acumulado de 26 puntos porcentuales, lo que refleja un fortalecimiento sostenido del enfoque de decisión compartida, en el 2025 se observa una leve disminución (3,2 p.p.), sin revertir los avances logrados.

Las siguientes EPS presentan resultados consistentemente superiores al promedio nacional durante todo el período, alcanzando en los últimos años niveles cercanos o superiores al 92 %.

*Tabla 44. Comparación por EPS – desempeño 2021 2025 EPS con mejor desempeño sostenido*

| <b>EPS</b>      | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> | <b>2024</b> | <b>2025</b> |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| DUSAKAWI EPSI   | 91 %        | 93 %        | 94 %        | 95,6 %      | ≈ 94-95 %   |
| ANAS WAYUU EPSI | 91 %        | 92 %        | 95 %        | 97,2 %      | ≈ 97 %      |
| SALUD MÍA       | 88 %        | 90 %        | 96 %        | 93,9 %      | ≈ 99 %      |
| MUTUAL SER      | 89 %        | 91 %        | 93 %        | 88,9 %      | ≈ 92 %      |
| COMFAORIENTE    | 90 %        | 92 %        | 94 %        | 94,1 %      | ≈ 93-94 %   |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025. Ministerio de Salud y Protección Social

Para el año 2025, el análisis se consolida a nivel regional, evidenciando contrastes relevantes, regiones mejor calificadas para el año 2025 se encuentra la región central, Bogotá D.C. y región Oriental, con un promedio superior al 80% de cada región, así mismo las regiones con menor calificación se encuentran la Orinoquía, Caribe y Pacífica con un promedio menor al 79%.

El análisis comparativo 2021-2025 evidencia que el sistema de salud ha avanzado de manera significativa en garantizar que los usuarios sean involucrados en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.

#### *Tiempo que el profesional dedica para la atención*

La pregunta “¿Le dedica suficiente tiempo?” busca conocer cómo percibe el usuario su interacción directa con el médico tratante. Cuando se suman las

respuestas “Siempre” y “Casi siempre”, se obtiene un indicador que refleja si el tiempo de atención médica es percibido como adecuado por las personas. Este indicador está estrechamente relacionado con aspectos clave de la atención en salud, como la continuidad del cuidado, la calidad de la comunicación entre médico y paciente y un enfoque de atención centrado en la persona, donde el paciente se siente escuchado y comprendido.

Su relevancia radica en que no depende únicamente del acceso al servicio, sino de factores más estructurales del sistema: la forma en que las EPS organizan la atención, la disponibilidad y estabilidad del talento humano en salud, y una gestión adecuada de las agendas médicas. En otras palabras, dedicar tiempo suficiente no solo es una decisión individual del médico, sino el resultado de un modelo organizativo que respalda una atención de calidad.

*Tabla 45. Comparativo por EPS (2021–2025) Indicador: Le dedica suficiente tiempo*

| <b>Año</b> | <b>Nunca (%)</b> | <b>Pocas veces (%)</b> | <b>Casi siempre (%)</b> | <b>Siempre (%)</b> | <b>NR (%)</b> |
|------------|------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|---------------|
| 2021       | 6,4              | 18,6                   | 20,9                    | 49,3               | 4,9           |
| 2022       | 7,3              | 21,9                   | 27,2                    | 43,6               | –             |
| 2023       | 3,4              | 14,5                   | 35,1                    | 45,7               | 1,4           |
| 2024       | 4,0              | 12,5                   | 30,7                    | 52,9               | 0,9           |
| 2025       | 2,1              | 13,1                   | 31,7                    | 52,2               | 0,9           |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025. Ministerio de Salud y Protección Social

Las respuestas positivas (Casi siempre + Siempre), se observa: 2021: (70,2 %), 2022: (70,8 %), 2023: (80,8 %), 2024: (83,6 %), 2025: (83,9 %), lo anterior muestra una mejora sostenida en la percepción del tiempo dedicado por el médico, con un salto claro a partir de 2023.

El comportamiento de las respuestas negativas Nunca + Pocas veces: 2021: (25,0 %) y 2025: (15,2 %), hay una reducción de casi 10 puntos porcentuales en las respuestas más negativas, lo que indica que menos usuarios sienten que el médico no les dedica tiempo suficiente.

*Tabla 46. Mejores departamentos/ Indicador: tiempo suficiente dedicado por el médico (Casi siempre + Siempre, %)*

| <b>Departamento</b> | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> | <b>2024</b> | <b>Promedio 2021–2024</b> |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|

|              |      |      |       |      |      |
|--------------|------|------|-------|------|------|
| Vaupés       | 92,0 | 80,7 | 100,0 | 92,3 | 91,3 |
| La Guajira   | 85,6 | 79,9 | 93,8  | 89,3 | 87,2 |
| Magdalena    | 85,6 | 89,4 | 93,8  | 79,6 | 87,1 |
| Cundinamarca | 84,4 | 84,6 | 90,8  | 83,8 | 85,9 |
| Nariño       | 88,7 | 90,5 | 88,7  | 72,1 | 85,0 |
| Antioquia    | 84,7 | 93,5 | 82,4  | 73,6 | 83,6 |
| Cesar        | 85,6 | 85,1 | 72,0  | 89,0 | 82,9 |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025. Ministerio de Salud y Protección Social

Alta percepción de tiempo suficiente ( $\geq 85\%$ ), Vaupés, La Guajira, Magdalena, Cundinamarca y Nariño lideran los departamentos mejor calificados, coinciden con mejores resultados en satisfacción global, lo que confirma que el tiempo clínico es un determinante clave de la experiencia del usuario.

*Tabla 47. Indicador nacional: tiempo suficiente dedicado por el médico (Casi siempre + Siempre, %)*

| Departamento        | Promedio 2021-2024 (%) |
|---------------------|------------------------|
| Vaupés              | 91,3                   |
| La Guajira          | 87,2                   |
| Magdalena           | 87,1                   |
| Cundinamarca        | 85,9                   |
| Nariño              | 85,0                   |
| Antioquia           | 83,6                   |
| Cesar               | 82,9                   |
| Putumayo            | 81,4                   |
| Bogotá, D.C.        | 80,6                   |
| Quindío             | 80,6                   |
| Meta                | 80,5                   |
| Nación (referencia) | 80,5                   |
| Atlántico           | 80,2                   |
| Bolívar             | 79,9                   |
| San Andrés          | 79,8                   |
| Santander           | 79,5                   |
| Boyacá              | 77,8                   |
| Córdoba             | 77,0                   |
| Valle del Cauca     | 77,1                   |
| Risaralda           | 76,9                   |
| Huila               | 76,7                   |
| Guaviare            | 76,4                   |
| Tolima              | 75,3                   |
| Cauca               | 75,2                   |
| Sucre               | 75,0                   |
| Arauca              | 73,9                   |

| Departamento       | Promedio 2021–2024 (%) |
|--------------------|------------------------|
| Caldas             | 72,7                   |
| Norte de Santander | 69,1                   |
| Caquetá            | 68,7                   |
| Amazonas           | 56,4                   |
| Guainía            | 55,7                   |
| Casanare           | 63,8                   |
| Chocó              | 64,1                   |
| Vichada            | 48,4                   |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025. Ministerio de Salud y Protección Social

Las regiones Caribe, Central y Bogotá, se encuentran por encima del promedio nacional que es el 68.1%, esto es consistente con los mejores departamentos calificados los cuales pertenecen a dichas regiones, El año 2025 marca una discordia frente al buen desempeño histórico observado en los promedios departamentales 2021–2024, adicionalmente las regiones con menor calificación son las que están arrastrando el promedio bajo.

*Tabla 48. Comparativo 2025 por regiones, le dedica suficiente tiempo (Casi siempre + Siempre, %)*

| Región               | 2025 (%) |
|----------------------|----------|
| Caribe               | 73.3     |
| Central              | 71.3     |
| Bogotá               | 69.6     |
| Nación               | 68.1     |
| Oriental             | 67.4     |
| Orinoquía y Amazonía | 62.9     |
| Pacífica             | 56.9     |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025. Ministerio de Salud y Protección Social

Se identifica un grupo de EPS que lidera de manera sistemática el indicador de tiempo suficiente, con valores que en la mayoría de los años superan el 85 % y, en varios casos, se acercan o superan el 90 % de respuestas positivas.

Las EPS mejor calificadas de forma recurrente son:

- Salud Mía EPSI

- DUSAKAWI EPSI
- ANAS WAYUU EPSI
- MALLAMAS EPSI
- COMFAORIENTE (Caja de Compensación)

Estas EPS aparecen de manera consistente entre las cinco primeras posiciones en al menos tres de los cuatro años analizados. En los años de mejor desempeño, sus indicadores de “Siempre + Casi siempre” se ubican entre aproximadamente 88% y 95%, lo que evidencia una alta percepción de dedicación del tiempo médico.

### 3.4.3 Accesibilidad

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

#### *Acceso a los servicios de salud*

### **Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**

Referente al indicador en mención, es pertinente señalar las siguientes apreciaciones, correspondientes a los datos oficiales de afiliación:

Los porcentajes de cobertura en aseguramiento en salud que publica el Ministerio de Salud y Protección Social se calculan tomando como base las proyecciones de población elaboradas por el DANE que estén vigentes al inicio de cada año.

Estas proyecciones se han aplicado de la siguiente manera:

- **Desde 1995 hasta septiembre de 2019:** se utilizaron las proyecciones derivadas del Censo 2005.
- **Desde octubre de 2020 hasta diciembre de 2023:** se usaron las proyecciones iniciales basadas en el Censo 2018.
- **Desde enero de 2024 hasta diciembre de 2025:** se emplean las proyecciones ajustadas con la actualización post COVID-19.

- **A partir de enero de 2026:** se utilizan las proyecciones con actualización post COVID-19 calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, en su versión actualizada al 30 de julio de 2025.

Es importante tener en cuenta que el DANE publica estas proyecciones de población de forma anual para cada municipio. Sin embargo, como los indicadores de aseguramiento se calculan mes a mes, el Ministerio realiza un proceso técnico para distribuir esa población anual en valores mensuales, lo que permite estimar la cobertura en cada corte mensual de información.

Debe considerarse que el indicador de cobertura de la afiliación se construye a partir de la confrontación de dos fuentes primarias de información que, aunque poseen naturalezas metodológicas distintas, representan los insumos oficiales para la medición de afiliados y de población en cada territorio. Estas fuentes son: (i) la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), que consolida los registros administrativos de todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y (ii) las proyecciones de población elaboradas por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), derivadas de modelos demográficos contruidos a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda.

En consecuencia, el indicador de cobertura de afiliación en salud del SGSSS en cada entidad territorial se calcula como el cociente entre el total de afiliados en los regímenes contributivo, subsidiado y los regímenes especiales y de excepción, y la estimación poblacional del DANE correspondiente al periodo de referencia. Este cálculo no implica una comparación registro a registro entre fuentes, sino que se realiza a nivel agregado, con desagregación municipal, a partir de los totales reportados por cada sistema de información.

La estimación de cobertura para un territorio se fundamenta, entonces, en el uso de las fuentes oficiales que mejor reflejan la situación real de afiliación y la dinámica demográfica del país. Es importante señalar que, en el cálculo territorial de la cobertura, no se incorpora la información de las Fuerzas Militares ni de la Policía Nacional, debido a que dichos datos tienen carácter reservado por motivos de seguridad nacional y no se encuentran disponibles con desagregación territorial.

Finalmente, se precisa que la cobertura se calcula actualmente con base en las proyecciones poblacionales derivadas del Censo Nacional. Al respecto, es importante aclarar que dichas proyecciones, como es ampliamente conocido, corresponden a las estimaciones poblacionales utilizadas por el DANE para el cálculo del indicador y, por tanto, no representan un conteo nominal de personas, sino estimaciones demográficas obtenidas a partir de modelos estadísticos. En consecuencia, estos valores constituyen una aproximación técnica a la población real de cada territorio.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que las proyecciones del DANE se presentan en periodos comprendidos entre junio de un año y junio del año siguiente, y no con corte a diciembre de cada vigencia, que es el momento en el cual se calcula la cobertura. Por esta razón, es necesario mensualizar el dato de proyección poblacional con el fin de efectuar el cálculo correspondiente de la cobertura anual, dividiendo la cifra estimada por el DANE entre doce (12) meses y proyectándola hasta el mes requerido, en este caso, diciembre de cada anualidad.

En el mes de julio del 2025, el DANE publicó las nuevas proyecciones de población para el periodo 2018-2050 que trae como resultado algunos cambios del total de la población frente a las anteriores proyecciones (marzo del 2023). En estas nuevas proyecciones, el DANE modifica el método de proyección e incluye un método con enfoque multirregional, además, se construyen regiones consistentes demográficamente que mejoran las estimaciones de los componentes del cambio demográfico. Por otro lado, se agregan correcciones a las razones de sexo en edades superiores a los 75 años y se da un mayor peso de las estimaciones demográficas y la reconstrucción intercensal de las cohortes, lo anterior con el propósito de mejorar la población base. Por último, se ajustan a partir de distintos métodos matemáticos lo correspondiente a la fecundidad, mortalidad, migración internacional y migración interna.

Respecto a dicha actualización de proyección de población y estudios demográficos (PPED) realizada por el DANE en el mes de julio de 2025, este Ministerio realizó el análisis técnico para la adopción e implementación de dicha metodología en el cálculo de coberturas en la afiliación en salud. La cual se

adoptará a partir de la información para la vigencia del 2026. Esto a fin de evitar traumatismos y discrepancias en el seguimiento mensual y reporte de indicadores durante el año, los cuales registran la evolución y comportamiento de la afiliación a nivel nacional, departamental y municipal.

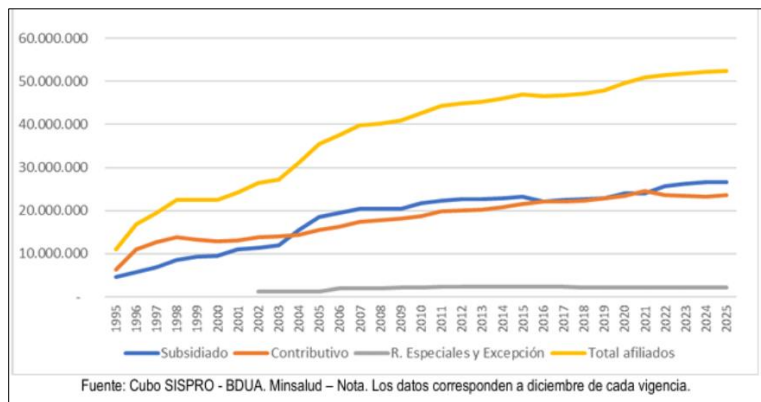
Como resultado de estas actualizaciones, se estima que la población total proyectada disminuirá en comparación con la publicada en marzo de 2023. En consecuencia, una vez el Ministerio realice la actualización de los cálculos en 2026, se proyecta un aumento en el indicador de cobertura de afiliación en salud, derivado de una menor base poblacional utilizada para su estimación, sin que ello implique la adopción de nuevos cálculos retrospectivos, en la medida en que estos afectarían la comparabilidad histórica de los indicadores, generarían inconsistencias en las series de seguimiento ya consolidadas y podrían inducir interpretaciones erróneas sobre la evolución real de la afiliación en periodos anteriores.

Estas actualizaciones se realizan de manera anual por parte del Ministerio, tal como se realizó con la actualización de proyecciones de población "actualización post COVID-19" realizada por el DANE y, adoptada a partir de enero de 2024 representando un ajuste hacia adelante, en el respectivo denominador para la fórmula matemática que se compara frente al número de afiliados en cada periodo. Por lo tanto, se adopta dicho denominador para el cálculo de cobertura mensual, a partir de enero de la siguiente vigencia, y con ello no generar impactos de manera retrospectiva en los datos que ya han sido reportados como cifras oficiales a todas las entidades del sector del orden nacional, departamental y municipal, que sirven como base para la definición de los Planes Financieros Territoriales, y el establecimiento programático de metas en la afiliación para cada territorio.

Ahora bien, con el fin de diferenciar el comportamiento de la afiliación frente a las proyecciones poblacionales del DANE, se realizó un análisis técnico del comportamiento de la afiliación, considerando el número absoluto de afiliados en los últimos diez (10) años. Dicho análisis evidencia un incremento sostenido en la cantidad de personas efectivamente afiliadas, resultado de la puesta en marcha de los distintos mecanismos de afiliación, destacándose principalmente la afiliación de oficio, con lo cual se evidencia la gestión institucional y el avance

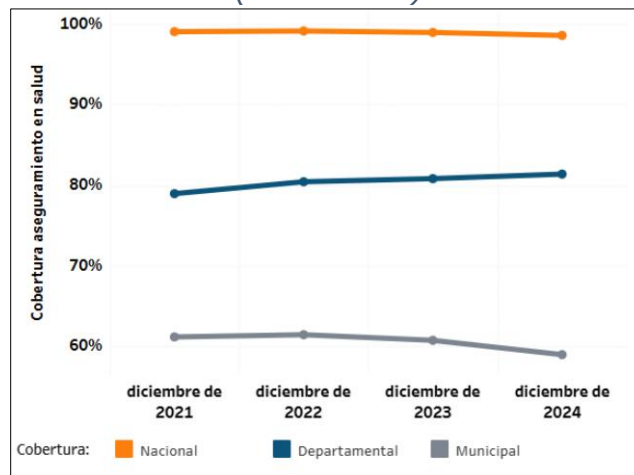
en la implementación de los mecanismos de afiliación liderados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 24. Comportamiento histórico de la afiliación por régimen, 1995- 2025



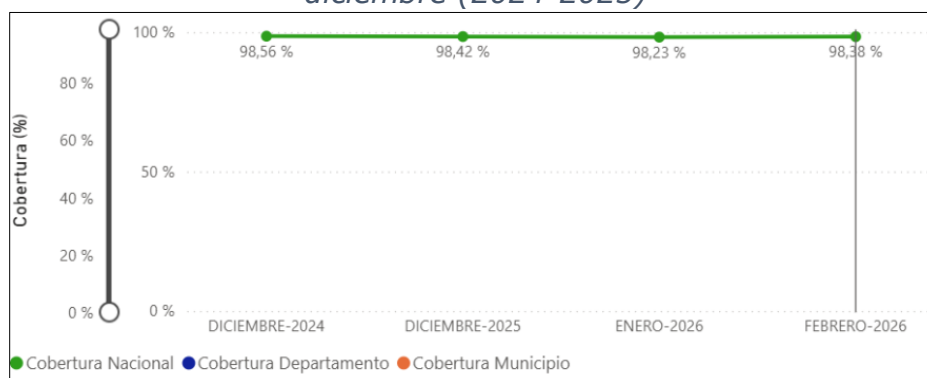
A continuación, se adjunta el link del power bi donde se encuentra registrada la información de las cifras oficiales del aseguramiento, así como el porcentaje de cobertura: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Gráfica 25. Cobertura de Aseguramiento en Salud a corte del mes de diciembre (2021-2024)



Fuente: Power Bi, cifras de aseguramiento en salud MSPS

Gráfica 26. Cobertura de Aseguramiento en Salud a corte del mes de diciembre (2024-2025)



Fuente: Power Bi, cifras de aseguramiento en salud MSPS

Los datos de cobertura referenciadas en las anteriores gráficas corresponden a las vigencias que refleja la matriz de consolidado de indicadores.

### **Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal**

La atención a la gestante es un *derecho prestacional* que se brinda por doble efectividad, tanto para mantener el bienestar en el estado natural de la reproducción de la embarazada, como para lograr que el recién nacido sea tan suficiente en su soporte vital, que le permitan generar condiciones óptimas de vida desde un parto seguro.

Desde la estructura normativa, estandarizada, de economía preventiva, atención inducida, equilibrio informativo, se ha establecido que la gestante y su producto gestacional, si "...la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación y si ella es múltipara, se programarán mínimo 7 controles durante la gestación".

Por tanto, se estable como mínimo que una gestante debe tener 8 controles prenatales, que son una serie de procedimientos de servicios, provisión de tecnologías en salud, entrega de conocimiento y desarrollo de habilidades, actividades basadas en el aseguramiento, con el objetivo de mantener la defunción de materna en 0 (ceros) eventos, y la muerte del recién nacido o antes

de los 28 días en menos de 80% del 1% de la mortalidad Infantil en el periodo de la fecundidad.

### **Definición de la atención de control prenatal**

La atención prenatal se define como el conjunto de atenciones prestacionales que contribuyen a:

1. Mantener y mejorar la salud materna, en caso de deterioro debido a la gestación
2. Promover el desarrollo sano del feto y vitalidad del producto recién nacido
3. Identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, en la gestante y el recién nacido.
4. Deben Generar condiciones óptimas que permitan un parto limpio y seguro

Estas prestaciones deben por tanto colocar, como resultado del derecho a la salud, a la:

- Razón de mortalidad materna en 0 (cero)
- Proporción de mortalidad perinatal de la mortalidad infantil menor de 80%

### **Medición de la atención de control prenatal**

Con base en los aspectos normativos, de acceso a los servicios de salud, frecuencia de uso de los servicios de salud y condiciones determinantes de los individuos (gestantes), se estableció un mínimo de cuatro (4) atenciones, como límite de aceptación de una provisión de servicios de atención en salud y que una gestante debe recibir, en este caso, 50% de la frecuencia mínimo-establecida que son 8 (ocho) provisiones de atenciones. A este conjunto de provisiones de atención y de entrega de tecnologías, información y conocimiento se le definió "atención de control prenatal – CPN"; hay que destacar que la provisión de lo previsto en el CPN involucra al *padre* de la gestación, que puede estar representado en una figura masculina, no contable en el proceso del CPN.

Diferentes conceptos modulan un valor de medición del goce de derecho a la salud en la gestantes; este concepto se expresa en valores proporcionales de los recién nacidos registrados en el sector de responsabilidad y estandarizados por un **único** formato de registro dado por el registro de nacido vivo, que tiene **un solo formato** de captura de orden civil que es el registro numerado de nacido vivo, un **único** procedimiento de registro definido registro de estadística vitales – nacimientos, un **único** operador de este registro determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, un **único** reportador y consolidador del registro establecido por el DANE; el desarrollo del elementos estructural del goce se define así:

Numero de gestantes que al terminar su gestación (parto o cesárea) han tenido 4 o más controles prenatales en proporción de los recién nacidos registrados para el año de análisis.

Los elementos que modulan el valor de acceso al servicio prestacional del CPN para garantizarles el derecho a la salud de bienestar en la población de referencia, es estable en 86%, como mínimo dados por los siguientes factores:

*Tabla 49. Factores determinantes del valor de acceso al servicio prestacional del CPN y porcentaje de aceptación*

| Factor  | Valor en porcentaje |
|---|---------------------|
| <b>Aseguramiento en salud;</b> todos los individuos del país tienen el derecho a la seguridad social en salud   | 100                 |
| <b>Sujetos de especial protección;</b> Las gestantes del país son población de protección especial por parte del estado y de las instituciones encargadas de los servicios prestacionales en la seguridad social              | 100                 |
| <b>Acceso al control prenatal;</b> se establece como mínimo tolerable 4 (cuatro) CPN de 13 (trece) que debe tener una gestante hasta 42 semanas de gestación, estas sin complicaciones y sin condiciones de riesgo de lo bajo | 44                  |
| <b>Aseguramiento efectivo:</b> valor observado del aseguramiento en salud   | 90                  |
| <b>Gestaciones a término:</b> proporción de gestantes que logran terminar su gestación a 42 semanas, lo que hace que se atiendan en el mayor número posible de veces.   | 99                  |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Total porcentaje de aceptación de derecho</b> | <b>86</b> |
|--|-----------|

Fuente: Datos consolidados Dirección Epidemiología y Demografía Ministerio de Salud y Protección Social

Los valores de alerta de pérdida o entrega de derecho a la salud se establecen en la distribución del defecto en la completitud poblacional (100% - 86%), estableciendo los rangos de alerta de derecho efectivo a la salud basados en los parámetros de una distribución normal, así:

*Tabla 50. Rangos de alerta de derecho efectivo a la salud*

| <b>Rango</b>                  | <b>Valor</b> | <b>Criterio</b>                      |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Menor a                       | 85,8         | Intolerable                          |
| Entre menor a y valor a       | 91,1         | Tolerable alerta de incumplimiento   |
| Entre valor a límite superior | 95,4         | Tolerable en vía de derecho cumplido |
| Mayor a límite superior hasta | 99,8         | Derecho cumplido                     |

Fuente: Datos consolidados Dirección Epidemiología y Demografía Ministerio de Salud y Protección Social

Defecto: 13,3% Distribución estándar: 4,7%

### **Resultados generales**

Por medio de la Resolución 3280 de 2018, se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la atención para la población materna y perinatal, con sus directrices de la operación, de las citadas rutas, su obligatoriedad así como su reportes y estandarización; este lineamiento basado en el concepto de estandarización de la calidad, universalidad, control de los riesgos para enfermar, obliga a todos los actores del sistema de salud en forma directa, a cumplir sus obligaciones y por ende, garantizarle el derecho efectivo a la salud a las gestantes y sus productos de la gestación, en el marco de la constitución y de las leyes. Para determinar este derecho al CPN en el periodo actual, se hace un análisis desde 2021 a 2025, con los valores que se entregan al sistema de registro de estadísticas vitales – nacimientos que organiza y gerencia el MSPS, para ser reportados por el sistema de estadísticas nacionales - DANE, registrados por medio del registro de nacido vivo que se opera en los territorios en las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, así como en las entidades territoriales municipales: la tabla siguiente muestra los resultados del acceso al control prenatal:

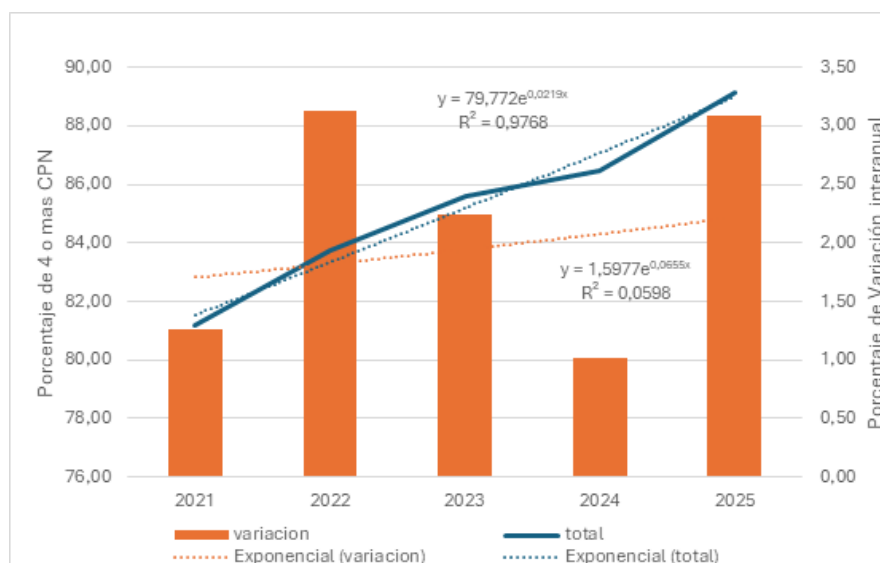
Tabla 51. Proporción de gestantes con 4 o más controles prenatales. Colombia 2021-2025

| Indicador  | 2021         | 2022         | 2023         | 2024         | 2025*        |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Total Nacidos vivos registrados                  | 616.914      | 573.625      | 515.549      | 453.901      | 243.870      |
| Total de gestantes con cuatro o más CPN          | 500.905      | 480.334      | 441.377      | 392.541      | 217.410      |
| <b>Proporción de gestantes con 4 a o más CPN</b> | <b>81,20</b> | <b>83,74</b> | <b>85,61</b> | <b>86,48</b> | <b>89,15</b> |

Fuente: Datos consolidados Dirección Epidemiología y Demografía Ministerio de Salud y Protección Social  
 \* valores preliminares sujetos a cambios y actualización de base de registro; esta se culminó hasta 18 meses posteriores al cierre del año de referencia.

El acceso al control prenatal efectivo de 4 a más consultas ha oscilado, en forma creciente entre 81% a 89% del año 2021 a 2025; este último valor de forma parcial. Para 2021, este valor era intolerable en cumplimiento de derecho y para 2025, se ha trasladado a Tolerable alerta de incumplimiento, debido a que está menor de 90% pero si superior a 86%. La gráfica siguiente muestra el incremento de acceso al CPN por las gestantes, con valores de crecimiento positivo en rangos que superan 3% de crecimiento interanual (ro 98,83) ( $p < 0,00$ ).

Gráfica 27. Porcentaje de variación interanual del indicador de Proporción de gestantes con 4 a o más CPN. Colombia, 2021-2025



Fuente: Datos consolidados Dirección Epidemiología y Demografía Ministerio de Salud y Protección Social



Por departamento y municipios los valores de acceso a las gestantes distan de un cumplimiento de alerta, y pocos están en 2025 con valores de cumplimiento de derecho; los departamento de Antioquia, Archipiélago de San Andres, Atlántico, Caldas, Huila, Quindío, Santander, Sucre, muestran en la serie entre 2021 a 2025, valores que se mantiene por encima de 86% de acceso, en este caso de *Tolerable alerta de incumplimiento* ; mientras los otros muestran variaciones de acceso que están por debajo de un cumplimiento tolerable de derecho (menor de 86%), como se detalla en la tabla siguiente.

Tabla 52. Porcentaje de gestantes con 4 a o más controles prenatales según departamento. Colombia, 2021-2025

| Departamento               | Gestante con 4 o más controles |       |       |       |       | Total nacidos vivos |       |       |       |       | Porcentaje de gestantes con 4 a más controles |       |       |       |       |
|----------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|
|                            | 2021                           | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021                | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |
| Amazonas                   | 564                            | 547   | 523   | 516   | 261   | 1158                | 1098  | 903   | 773   | 380   | 48,70   | 49,82 | 57,92 | 66,75 | 68,68 |
| Antioquia                  | 62022                          | 60085 | 53957 | 48427 | 26936 | 70251               | 66766 | 59017 | 52171 | 28836 | 88,29   | 89,99 | 91,43 | 92,82 | 93,41 |
| Arauca                     | 3156                           | 2982  | 2743  | 2437  | 1338  | 4385                | 4014  | 3482  | 3002  | 1624  | 71,97   | 74,29 | 78,78 | 81,18 | 82,39 |
| Archipiélago de San Andrés | 611                            | 611   | 545   | 565   | 286   | 677                 | 681   | 608   | 601   | 309   | 90,25   | 89,72 | 89,64 | 94,01 | 92,56 |
| Atlántico                  | 33832                          | 32613 | 29474 | 24835 | 13250 | 38938               | 36114 | 31727 | 26237 | 13895 | 86,89   | 90,31 | 92,90 | 94,66 | 95,36 |
| Bogotá, D.C.               | 56927                          | 56883 | 54658 | 51348 | 29118 | 66988               | 64765 | 60912 | 56541 | 31826 | 84,98   | 87,83 | 89,73 | 90,82 | 91,49 |
| Bolívar                    | 30458                          | 29340 | 26716 | 22368 | 12214 | 35802               | 33895 | 29953 | 24559 | 13102 | 85,07   | 86,56 | 89,19 | 91,08 | 93,22 |
| Boyacá                     | 10243                          | 10433 | 10230 | 9320  | 5063  | 12329               | 12036 | 11327 | 10265 | 5528  | 83,08   | 86,68 | 90,32 | 90,79 | 91,59 |
| Caldas                     | 7201                           | 7066  | 6171  | 5535  | 2897  | 7869                | 7728  | 6704  | 5889  | 3091  | 91,51   | 91,43 | 92,05 | 93,99 | 93,72 |
| Caquetá                    | 4524                           | 4273  | 4050  | 3903  | 2220  | 6663                | 5836  | 5137  | 4819  | 2716  | 67,90   | 73,22 | 78,84 | 80,99 | 81,74 |
| Casanare                   | 4654                           | 4592  | 4361  | 3992  | 2221  | 6192                | 5806  | 5429  | 4642  | 2611  | 75,16   | 79,09 | 80,33 | 86,00 | 85,06 |
| Cauca                      | 14658                          | 13507 | 11928 | 10914 | 5813  | 18319               | 16375 | 14115 | 12600 | 6658  | 80,02   | 82,49 | 84,51 | 86,62 | 87,31 |
| Cesar                      | 18820                          | 18002 | 15474 | 13053 | 7258  | 23806               | 21498 | 18144 | 14802 | 8093  | 79,06   | 83,74 | 85,28 | 88,18 | 89,68 |
| Chocó                      | 4796                           | 4314  | 4052  | 3648  | 2040  | 9590                | 7265  | 6642  | 5864  | 3080  | 50,01   | 59,38 | 61,01 | 62,21 | 66,23 |
| Córdoba                    | 22296                          | 21189 | 18976 | 16156 | 8793  | 25975               | 24207 | 21080 | 17625 | 9517  | 85,84   | 87,53 | 90,02 | 91,67 | 92,39 |
| Cundinamarca               | 27059                          | 27075 | 25792 | 24507 | 13850 | 32009               | 31155 | 29061 | 27060 | 15069 | 84,54   | 86,90 | 88,75 | 90,57 | 91,91 |
| Guainía                    | 377                            | 330   | 256   | 283   | 139   | 1316                | 1244  | 738   | 714   | 425   | 28,65   | 26,53 | 34,69 | 39,64 | 32,71 |

| Departamento       | Gestante con 4 o más controles |       |       |       |       | Total nacidos vivos |       |       |       |       | Porcentaje de gestantes con 4 a más controles |       |       |       |       |
|--------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|
|                    | 2021                           | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021                | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |
| Guaviare           | 764                            | 781   | 751   | 685   | 382   | 1377                | 1256  | 1131  | 992   | 552   | 55,48   | 62,18 | 66,40 | 69,05 | 69,20 |
| Huila              | 15465                          | 14542 | 13708 | 11860 | 6710  | 17294               | 16218 | 15148 | 12983 | 7214  | 89,42   | 89,67 | 90,49 | 91,35 | 93,01 |
| La Guajira         | 14070                          | 12906 | 12637 | 11478 | 6131  | 25254               | 22139 | 20333 | 17339 | 9155  | 55,71   | 58,30 | 62,15 | 66,20 | 66,97 |
| Magdalena          | 19327                          | 18538 | 16791 | 13680 | 7470  | 23885               | 21839 | 19865 | 15857 | 8408  | 80,92   | 84,88 | 84,53 | 86,27 | 88,84 |
| Meta               | 11514                          | 11001 | 10178 | 9376  | 5172  | 15325               | 14414 | 12989 | 11670 | 6353  | 75,13   | 76,32 | 78,36 | 80,34 | 81,41 |
| Nariño             | 13087                          | 11961 | 10909 | 9932  | 5697  | 16120               | 14078 | 12610 | 11387 | 6484  | 81,18   | 84,96 | 86,51 | 87,22 | 87,86 |
| Norte de Santander | 16914                          | 16668 | 15404 | 13280 | 7040  | 22325               | 21834 | 18974 | 15765 | 8271  | 75,76   | 76,34 | 81,18 | 84,24 | 85,12 |
| Putumayo           | 3431                           | 3484  | 3102  | 2862  | 1610  | 4825                | 4590  | 3997  | 3485  | 1957  | 71,11   | 75,90 | 77,61 | 82,12 | 82,27 |
| Quindío            | 4479                           | 4187  | 3772  | 3443  | 1989  | 5048                | 4769  | 4224  | 3728  | 2160  | 88,73   | 87,80 | 89,30 | 92,36 | 92,08 |
| Risaralda          | 8379                           | 7665  | 6977  | 6472  | 3344  | 9996                | 9106  | 8196  | 7517  | 3907  | 83,82   | 84,18 | 85,13 | 86,10 | 85,59 |
| Santander          | 22357                          | 21667 | 20039 | 17314 | 9876  | 25728               | 24439 | 21890 | 18659 | 10513 | 86,90   | 88,66 | 91,54 | 92,79 | 93,94 |
| Sucre              | 12845                          | 12298 | 10813 | 8703  | 4653  | 14877               | 13637 | 11986 | 9537  | 5065  | 86,34   | 90,18 | 90,21 | 91,26 | 91,87 |
| Tolima             | 13035                          | 12452 | 11523 | 10037 | 5826  | 15712               | 14666 | 13073 | 11094 | 6379  | 82,96   | 84,90 | 88,14 | 90,47 | 91,33 |
| Valle del Cauca    | 38758                          | 35683 | 32771 | 29850 | 16759 | 45171               | 40862 | 36514 | 33055 | 18448 | 85,80   | 87,33 | 89,75 | 90,30 | 90,84 |
| Vaupés             | 264                            | 252   | 185   | 146   | 93    | 861                 | 862   | 690   | 545   | 259   | 30,66   | 29,23 | 26,81 | 26,79 | 35,91 |
| Vichada            | 463                            | 429   | 413   | 309   | 171   | 2018                | 2035  | 1700  | 1371  | 670   | 22,94   | 21,08 | 24,29 | 22,54 | 25,52 |

Fuente: Datos consolidados Dirección Epidemiología y Demografía Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 53. Porcentaje de gestantes con 4 a o más controles prenatales, según EAPB. Colombia, 2021-2025

| Administradora                                    | Gestante con 4 o más controles |       |       |       |       | Total nacidos vivos |       |       |       |       | Porcentaje de gestantes con 4 a más controles |        |        |        |        | GESTION DE DERECHO |
|---|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|-------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|
|   | 2021                           | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021                | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021  | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   |                    |
| 0 - NO DEFINIDO                                   | 34                             | 1689  | 1133  | 1082  | 605   | 34                  | 1796  | 1186  | 1143  | 649   | 100,00  | 94,04  | 95,53  | 94,66  | 93,22  | si                 |
| CCF001 - COMFAMILIAR CAMACOL                      | 249                            | 80    |       |       |       | 300                 | 100   |       |       |       | 83,00   | 80,00  |        |        |        |                    |
| CCF002 - CONFAMA                                  | 312                            | 57    |       |       |       | 372                 | 69    |       |       |       | 83,87   | 82,61  |        |        |        |                    |
| CCF007 - COMFAMILIAR CARTAGENA                    | 21                             | 22    | 23    | 11    | 3     | 38                  | 28    | 27    | 13    | 3     | 55,26   | 78,57  | 85,19  | 84,62  | 100,00 |                    |
| CCF009 - COMFABOY                                 | 5                              | 10    | 8     | 3     | 2     | 8                   | 10    | 9     | 5     | 2     | 62,50   | 100,00 | 88,89  | 60,00  | 100,00 |                    |
| CCF015 - COMFACOR                                 | 45                             | 48    | 39    | 36    | 11    | 65                  | 58    | 49    | 40    | 13    | 69,23   | 82,76  | 79,59  | 90,00  | 84,62  |                    |
| CCF018 - CAFAM                                    | 53                             | 45    | 9     |       |       | 83                  | 57    | 10    |       |       | 63,86   | 78,95  | 90,00  |        |        |                    |
| CCF023 - COMFAGUAJIRA                             | 3066                           | 2337  | 48    | 34    | 11    | 4905                | 3941  | 74    | 49    | 18    | 62,51   | 59,30  | 64,86  | 69,39  | 61,11  |                    |
| CCF024 - COMFAMILIAR HUILA                        | 6811                           | 4292  | 42    | 20    | 19    | 7625                | 4733  | 46    | 25    | 21    | 89,32   | 90,68  | 91,30  | 80,00  | 90,48  |                    |
| CCF027 - COMFAMILIAR NARIÑO                       | 793                            | 8     | 13    | 18    | 6     | 994                 | 11    | 16    | 19    | 7     | 79,78   | 72,73  | 81,25  | 94,74  | 85,71  |                    |
| CCF028 - COMFENALCO QUINDIO                       | 5                              | 4     |       |       |       | 8                   | 5     |       |       |       | 62,50   | 80,00  |        |        |        |                    |
| CCF031 - CAJASAN                                  | 3                              | 2     |       |       |       | 5                   | 2     |       |       |       | 60,00   | 100,00 |        |        |        |                    |
| CCF032 - COMFENALCO SANTANDER                     | 6                              | 2     |       |       |       | 6                   | 2     |       |       |       | 100,00  | 100,00 |        |        |        |                    |
| CCF033 - EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.          | 1438                           | 1493  | 2074  | 2126  | 1430  | 1720                | 1735  | 2880  | 2853  | 1946  | 83,60   | 86,05  | 72,01  | 74,52  | 73,48  |                    |
| CCF037 - COMFENALCO                               | 1                              | 1     |       |       |       | 3                   | 1     |       |       |       | 33,33   | 100,00 |        |        |        |                    |
| CCF045 - FAMISALUD COMFANORTE A.R.S.              | 42                             | 18    |       |       |       | 60                  | 28    |       |       |       | 70,00   | 64,29  |        |        |        |                    |
| CCF049 - COMFAORIENTE                             | 1410                           | 825   |       |       |       | 1822                | 1026  |       |       |       | 77,39   | 80,41  |        |        |        |                    |
| CCF050 - CENTRO ORIENTE MOVILIDAD SUBSIDIADO EPS  | 476                            | 1220  | 1941  | 1713  | 905   | 588                 | 1569  | 2380  | 1947  | 1064  | 80,95   | 77,76  | 81,55  | 87,98  | 85,06  |                    |
| CCF053 - COMFACUNDI                               | 8                              | 3     | 9     | 2     | 6     | 19                  | 11    | 20    | 3     | 9     | 42,11   | 27,27  | 45,00  | 66,67  | 66,67  |                    |
| CCF054 - CCF FENALCO                              | 1                              | 2     |       |       |       | 2                   | 2     |       |       |       | 50,00   | 100,00 |        |        |        |                    |
| CCF055 - CAJACOPI                                 | 15690                          | 16264 | 14280 | 11282 | 5621  | 19898               | 20117 | 17693 | 13713 | 6723  | 78,85   | 80,85  | 80,71  | 82,27  | 83,61  |                    |
| CCF101 - COLSUBSIDIO                              | 31                             | 15    |       |       |       | 40                  | 19    |       |       |       | 77,50   | 78,95  |        |        |        |                    |
| CCF102 - COMFACHOCO                               | 2023                           | 1781  | 1589  | 1362  | 725   | 3483                | 2667  | 2357  | 1996  | 1017  | 58,08   | 66,78  | 67,42  | 68,24  | 71,29  |                    |
| CCF103 - COMFACA                                  |                                | 1     |       |       |       |                     | 1     |       |       |       |   | 100,00 |        |        |        |                    |
| CCFC02 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQU | 30                             | 9     |       |       |       | 30                  | 11    |       |       |       | 100,00  | 81,82  |        |        |        |                    |
| CCFC07 - COMFAMILIAR CARTAGENA EPS-CCF DE CARTAGE | 6                              | 2     |       | 2     |       | 7                   | 2     |       | 2     |       | 85,71   | 100,00 |        | 100,00 |        |                    |
| CCFC09 - COMFABOY EPS - CCF DE BOYACA             |                                | 4     |       |       |       |                     | 4     |       |       |       |   | 100,00 |        |        |        |                    |
| CCFC10 - CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL | 11                             | 7     |       |       |       | 11                  | 7     |       |       |       | 100,00  | 100,00 |        |        |        |                    |
| CCFC15 - COMFACOR EPS- CCF DE CORDOBA             | 1                              | 5     | 1     |       |       | 1                   | 5     | 1     |       |       | 100,00  | 100,00 | 100,00 |        |        |                    |
| CCFC18 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM EPS  | 22                             | 21    | 1     |       |       | 26                  | 22    | 1     |       |       | 84,62   | 95,45  | 100,00 |        |        |                    |
| CCFC20 - COMFACHOCO - CCF DEL CHOCO               | 34                             | 79    | 103   | 63    | 50    | 50                  | 95    | 115   | 71    | 53    | 68,00   | 83,16  | 89,57  | 88,73  | 94,34  |                    |
| CCFC23 - COMFAMILIAR DE LA GUAJIRA EPS-CCF        | 89                             | 136   | 4     | 1     | 1     | 113                 | 164   | 5     | 1     | 1     | 78,76   | 82,93  | 80,00  | 100,00 | 100,00 |                    |
| CCFC24 - COMFAMILIAR HUILA EPS -CCF               | 249                            | 194   |       | 2     | 1     | 260                 | 211   | 1     | 2     | 1     | 95,77   | 91,94  |        | 100,00 | 100,00 |                    |
| CCFC27 - COMFAMILIAR NARIÑO 209; O EPS -CCF       | 29                             | 2     | 3     |       |       | 33                  | 2     | 3     |       |       | 87,88   | 100,00 | 100,00 |        |        |                    |
| CCFC33 - COMFASUCRE EPS - CCF DE SUCRE            | 43                             | 75    | 120   | 92    | 45    | 45                  | 79    | 154   | 105   | 52    | 95,56   | 94,94  | 77,92  | 87,62  | 86,54  |                    |
| CCFC50 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENT | 113                            | 190   | 191   | 195   | 111   | 127                 | 216   | 206   | 202   | 114   | 88,98   | 87,96  | 92,72  | 96,53  | 97,37  | si                 |
| CCFC53 - COMFACUNDI - CCF DE CUNDINAMARCA         |                                | 1     | 3     |       | 4     | 2                   | 2     | 3     |       | 4     | 0,00  | 50,00  | 100,00 |        | 100,00 |                    |
| CCFC55 - CAJACOPI ATLANTICO - CCF                 | 568                            | 720   | 751   | 641   | 313   | 658                 | 849   | 878   | 717   | 347   | 86,32   | 84,81  | 85,54  | 89,40  | 90,20  |                    |
| EAS016 - EPM                                      | 7                              | 7     | 6     | 5     | 1     | 9                   | 7     | 6     | 5     | 1     | 77,78   | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |                    |
| EAS027 - FERROCARRILES NALES                      | 14                             | 32    | 27    | 29    | 17    | 17                  | 35    | 33    | 31    | 20    | 82,35   | 91,43  | 81,82  | 93,55  | 85,00  |                    |
| EPS001 - ALIANSALUD                               | 1413                           | 1368  | 1344  | 1254  | 778   | 1435                | 1403  | 1366  | 1272  | 784   | 98,47   | 97,51  | 98,39  | 98,58  | 99,23  | si                 |
| EPS002 - SALUD TOTAL                              | 34034                          | 32244 | 27957 | 25848 | 15342 | 36601               | 34651 | 29652 | 27214 | 16164 | 92,99   | 93,05  | 94,28  | 94,98  | 94,91  | si                 |
| EPS003 - CAFESALUD                                | 30                             | 50    | 90    | 73    | 37    | 33                  | 54    | 100   | 79    | 39    | 90,91   | 92,59  | 90,00  | 92,41  | 94,87  | si                 |
| EPS005 - SANITAS                                  | 34546                          | 38187 | 36944 | 34160 | 19061 | 35917               | 39670 | 38237 | 35317 | 19732 | 96,18   | 96,26  | 96,62  | 96,72  | 96,60  | si                 |

| Administradora                                    | Gestante con 4 o más controles |       |       |       |       | Total nacidos vivos |       |       |       |       | Porcentaje de gestantes con 4 a más controles |        |        |        |        | GESTION DE DERECHO |
|---|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|-------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|
|   | 2021                           | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021                | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021  | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   |                    |
| EPS008 - COMPENSAR                                | 12965                          | 13632 | 12289 | 11183 | 5567  | 13491               | 14078 | 12707 | 11527 | 5723  | 96,10   | 96,83  | 96,71  | 97,02  | 97,27  | si                 |
| EPS009 - COMFENALCO ANTIOQUIA                     | 4                              |       |       |       |       | 5                   |       |       |       |       | 80,00   |        |        |        |        |                    |
| EPS010 - EPS SURA                                 | 34144                          | 36563 | 35333 | 33103 | 17659 | 34924               | 37160 | 35842 | 33527 | 17875 | 97,77   | 98,39  | 98,58  | 98,74  | 98,79  | si                 |
| EPS012 - COMFENALCO VALLE                         | 1576                           | 1584  | 1362  | 1194  | 695   | 1699                | 1672  | 1416  | 1240  | 735   | 92,76   | 94,74  | 96,19  | 96,29  | 94,56  | si                 |
| EPS013 - SALUDCOOP                                | 23                             | 8     |       |       |       | 25                  | 10    |       |       |       | 92,00   | 80,00  |        |        |        |                    |
| EPS014 - HUMANA VIVIR                             | 5                              | 2     |       |       |       | 5                   | 2     |       |       |       | 100,00  | 100,00 |        |        |        |                    |
| EPS015 - COLPATRIA                                | 38                             | 11    |       |       |       | 39                  | 12    |       |       |       | 97,44   | 91,67  |        |        |        |                    |
| EPS016 - COOMEVA                                  | 7958                           | 743   | 259   | 173   | 69    | 8306                | 786   | 269   | 180   | 72    | 95,81   | 94,53  | 96,28  | 96,11  | 95,83  | si                 |
| EPS017 - FAMILISANAR                              | 18973                          | 18723 | 16878 | 13414 | 7039  | 20091               | 19733 | 17785 | 13940 | 7327  | 94,44   | 94,88  | 94,90  | 96,23  | 96,07  | si                 |
| EPS018 - SOS                                      | 5242                           | 4271  | 3379  | 3132  | 1689  | 5609                | 4490  | 3512  | 3290  | 1823  | 93,46   | 95,12  | 96,21  | 95,20  | 92,65  | si                 |
| EPS020 - CAPRECOM                                 | 8                              | 2     |       |       |       | 12                  | 3     |       |       |       | 66,67   | 66,67  |        |        |        |                    |
| EPS022 - CONVIDA                                  | 3969                           | 2526  | 31    | 20    | 3     | 4784                | 3015  | 37    | 22    | 6     | 82,96   | 83,78  | 83,78  | 90,91  | 50,00  |                    |
| EPS023 - CRUZ BLANCA                              |                                | 11    | 13    | 7     | 8     |                     | 11    | 13    | 9     | 8     | 100,00  | 100,00 | 100,00 | 77,78  | 100,00 |                    |
| EPS025 - CAPRESOCA                                | 2033                           | 1795  | 1509  | 1324  | 700   | 2727                | 2312  | 1882  | 1561  | 859   | 74,55   | 77,64  | 80,18  | 84,82  | 81,49  |                    |
| EPS026 - SOLSALUD                                 | 51                             | 20    |       |       |       | 55                  | 23    |       |       |       | 92,73   | 86,96  |        |        |        |                    |
| EPS028 - CALISALUD                                | 2                              | 2     |       |       |       | 2                   | 2     |       |       |       | 100,00  | 100,00 |        |        |        |                    |
| EPS030 - CONDOR                                   | 6                              | 7     |       |       |       | 9                   | 9     |       |       |       | 66,67   | 77,78  |        |        |        |                    |
| EPS031 - SELVASALUD                               | 3                              |       |       |       |       | 3                   |       |       |       |       | 100,00  |        |        |        |        |                    |
| EPS033 - SALUDVIDA                                | 12                             | 15    | 20    | 13    | 9     | 14                  | 20    | 24    | 22    | 9     | 85,71   | 75,00  | 83,33  | 59,09  | 100,00 |                    |
| EPS034 - SALUDCOLOMBIA                            | 3                              |       |       |       |       | 4                   |       |       |       |       | 75,00   |        |        |        |        |                    |
| EPS035 - RED SALUD                                | 17                             | 10    |       |       |       | 20                  | 10    |       |       |       | 85,00   | 100,00 |        |        |        |                    |
| EPS037 - NUEVA EPS                                | 28820                          | 31883 | 29602 | 27787 | 15795 | 31259               | 34146 | 31414 | 29328 | 16623 | 92,20   | 93,37  | 94,23  | 94,75  | 95,02  | si                 |
| EPS038 - MULTI MEDICAS                            | 15                             | 8     |       |       |       | 16                  | 9     |       |       |       | 93,75   | 88,89  |        |        |        |                    |
| EPS040 - SAVIA SALUD EPS                          | 729                            | 933   | 1067  | 1017  | 658   | 766                 | 978   | 1106  | 1057  | 681   | 95,17   | 95,40  | 96,47  | 96,22  | 96,62  | si                 |
| EPS041 - NUEVA EPS SA                             | 2429                           | 3136  | 4114  | 4387  | 2786  | 2633                | 3408  | 4424  | 4657  | 2959  | 92,25   | 92,02  | 92,99  | 94,20  | 94,15  | si                 |
| EPS042 - COOSALUD EPS S.A.                        | 3                              | 457   | 766   | 552   | 356   | 4                   | 539   | 852   | 604   | 386   | 75,00   | 84,79  | 89,91  | 91,39  | 92,23  |                    |
| EPS044 - MEDIMAS Contributivo                     | 4231                           | 808   | 76    | 55    | 27    | 4698                | 899   | 82    | 63    | 29    | 90,06   | 89,88  | 92,68  | 87,30  | 93,10  | si                 |
| EPS045 - MEDIMAS Movilidad                        | 374                            | 86    | 3     | 4     | 2     | 429                 | 94    | 4     | 4     | 2     | 87,18   | 91,49  | 75,00  | 100,00 | 100,00 |                    |
| EPS046 - Fundación SALUD MIA CONTRIBUTIVO         | 353                            | 383   | 349   | 296   | 211   | 366                 | 388   | 356   | 301   | 214   | 96,45   | 98,71  | 98,03  | 98,34  | 98,60  | si                 |
| EPS047 - SALUD BOLIVAR EPS                        |                                |       |       | 14    | 24    |                     |       |       | 14    | 24    |   |        |        | 100,00 | 100,00 |                    |
| EPS048 - MUTUAL SER                               | 2                              | 558   | 1097  | 1108  | 616   | 2                   | 585   | 1155  | 1177  | 646   | 100,00  | 95,38  | 94,98  | 94,14  | 95,36  | si                 |
| EPSC03 - CAFESALUD E.P.S. S.A.-CM                 | 5                              | 2     | 1     | 1     | 1     | 6                   | 2     | 1     | 1     | 1     | 83,33   | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |                    |
| EPSC20 - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION | 4                              | 1     |       |       |       | 5                   | 1     |       |       |       | 80,00   | 100,00 |        |        |        |                    |
| EPSC22 - ENTIDAD ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSI  | 501                            | 273   | 1     | 1     |       | 579                 | 311   | 1     | 2     |       | 86,53   | 87,78  | 100,00 | 50,00  |        |                    |
| EPSC25 - CAPRESOCA EPS                            | 163                            | 187   | 209   | 204   | 92    | 188                 | 217   | 234   | 225   | 104   | 86,70   | 86,18  | 89,32  | 90,67  | 88,46  | si                 |
| EPSC33 - SALUDVIDA S.A. E.P.S.-CM                 | 3                              | 6     | 8     | 4     |       | 3                   | 6     | 8     | 4     | 1     | 100,00  | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 0,00   |                    |
| EPSC34 - CAPITAL SALUD EPSS S A S                 | 546                            | 669   | 715   | 696   | 355   | 664                 | 815   | 824   | 794   | 396   | 82,23   | 82,09  | 86,77  | 87,66  | 89,65  |                    |
| EPSI01 - DUSAKAWI E.P.S.I.                        | 2614                           | 2477  | 2501  | 2457  | 1353  | 5316                | 4306  | 4198  | 3861  | 2103  | 49,17   | 57,52  | 59,58  | 63,64  | 64,34  |                    |
| EPSI02 - MANEXKA                                  | 3                              | 4     | 4     | 3     | 2     | 2                   | 5     | 5     | 4     | 2     | 0,00  | 60,00  | 80,00  | 75,00  | 100,00 |                    |
| EPSI03 - AIC-EPSI-I                               | 6709                           | 6390  | 5777  | 5136  | 1670  | 10068               | 9058  | 8073  | 6831  | 2134  | 66,64   | 70,55  | 71,56  | 75,19  | 78,26  |                    |
| EPSI04 - ANASWAYUJ                                | 3147                           | 2765  | 2989  | 2822  | 1489  | 5651                | 4898  | 5147  | 4691  | 2469  | 55,69   | 56,45  | 58,07  | 60,16  | 60,31  |                    |
| EPSI05 - MALLAMAS                                 | 2697                           | 2765  | 2658  | 2500  | 1431  | 4471                | 4533  | 4127  | 3788  | 2069  | 60,32   | 61,00  | 64,41  | 66,00  | 69,16  |                    |
| EPSI06 - PIAOSALUD EPSI                           | 1045                           | 1081  | 1023  | 985   | 430   | 2479                | 2384  | 1982  | 1798  | 918   | 42,15   | 45,34  | 51,61  | 54,78  | 46,84  |                    |
| EPSC1 - ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDIGENAS DEL CES  | 40                             | 87    | 128   | 142   | 84    | 58                  | 104   | 176   | 181   | 94    | 68,97   | 83,65  | 72,73  | 78,45  | 89,36  |                    |
| EPSC3 - ASOCIACION DE INDIGENAS DEL CAUCA A I C   | 77                             | 188   | 329   | 339   | 121   | 94                  | 221   | 368   | 370   | 130   | 81,91   | 85,07  | 89,40  | 91,62  | 93,08  |                    |
| EPSC4 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA ANA   | 70                             | 157   | 245   | 211   | 136   | 113                 | 210   | 358   | 270   | 174   | 61,95   | 74,76  | 68,44  | 78,15  | 78,16  |                    |
| EPSC5 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EP    | 117                            | 163   | 216   | 229   | 155   | 137                 | 195   | 261   | 273   | 175   | 85,40   | 83,59  | 82,76  | 83,88  | 88,57  |                    |
| EPSC6 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD PIAOS SALUD    | 41                             | 36    | 48    | 49    | 36    | 47                  | 50    | 66    | 59    | 42    | 87,23   | 72,00  | 72,73  | 83,05  | 85,71  |                    |
| EPSM33 - SALUDVIDA SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  | 5                              | 3     | 4     | 3     |       | 6                   | 5     | 5     | 4     | 2     | 83,33   | 60,00  | 80,00  | 75,00  | 0,00   |                    |
| EPSS01 - ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA | 189                            | 299   | 242   | 147   | 73    | 266                 | 369   | 270   | 170   | 86    | 71,05   | 81,03  | 89,63  | 86,47  | 84,88  |                    |
| EPSS02 - SALUD TOTAL                              | 4846                           | 8849  | 12105 | 11829 | 7240  | 5738                | 10184 | 13435 | 12982 | 7956  | 84,45   | 86,89  | 90,10  | 91,12  | 91,00  |                    |
| EPSS03 - CAFESALUD                                | 10                             | 14    | 24    | 33    | 10    | 17                  | 15    | 26    | 35    | 10    | 58,82   | 93,33  | 92,31  | 94,29  | 100,00 |                    |

| Administradora                                    | Gestante con 4 o más controles |       |       |       |       | Total nacidos vivos |       |       |       |       | Porcentaje de gestantes con 4 a más controles |        |        |        |        | GESTION DE DERECHO |
|---|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|-------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|
|   | 2021                           | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021                | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | 2021  | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   |                    |
| EPSS05 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA    | 3651                           | 8803  | 11918 | 10392 | 5902  | 4387                | 10232 | 13629 | 11655 | 6492  | 83,22   | 86,03  | 87,45  | 89,16  | 90,91  |                    |
| EPSS08 - COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD     | 726                            | 1642  | 2568  | 2440  | 1029  | 904                 | 1856  | 2897  | 2708  | 1126  | 80,31   | 88,47  | 88,64  | 90,10  | 91,39  |                    |
| EPSS09 - COMFENALCO ANTIOQUIA                     | 18                             | 5     |       |       |       | 26                  |       |       |       |       | 69,23   | 71,43  |        |        |        |                    |
| EPSS10 - SURA EPS                                 | 2146                           | 4017  | 5024  | 5113  | 2875  | 2350                | 4346  | 5326  | 5371  | 3013  | 91,32   | 92,43  | 94,33  | 95,20  | 95,42  |                    |
| EPSS12 - COMFENALCO VALLE EPS                     | 93                             | 252   | 356   | 333   | 218   | 116                 | 291   | 395   | 357   | 231   | 80,17   | 86,60  | 90,13  | 93,28  | 94,37  |                    |
| EPSS13 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COO | 5                              | 2     |       |       |       | 5                   | 3     |       |       |       | 100,00  | 66,67  |        |        |        |                    |
| EPSS15 - SALUD COLPATRIA EPS                      | 1                              |       |       |       |       | 1                   |       |       |       |       | 100,00  |        |        |        |        |                    |
| EPSS16 - COOMEVA EPS SA                           | 1751                           | 166   | 41    | 27    | 6     | 1976                | 189   | 43    | 31    | 7     | 88,61   | 87,83  | 95,35  | 87,10  | 85,71  |                    |
| EPSS17 - EPS FAMILIAR LTDA                        | 3507                           | 5353  | 7043  | 6444  | 3349  | 4104                | 6102  | 7978  | 7142  | 3674  | 85,45   | 87,73  | 88,28  | 90,23  | 91,15  |                    |
| EPSS18 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCI | 642                            | 887   | 989   | 962   | 527   | 717                 | 964   | 1070  | 1046  | 584   | 89,54   | 92,01  | 92,43  | 91,97  | 90,24  |                    |
| EPSS23 - CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S |                                |       | 2     |       | 1     | 1                   |       | 2     |       | 1     | 0,00  |        | 100,00 |        | 100,00 |                    |
| EPSS26 - SOLSALUD                                 | 6                              | 2     |       |       |       | 12                  | 3     |       |       |       | 50,00   | 66,67  |        |        |        |                    |
| EPSS33 - SALUDVIDA                                | 24                             | 62    | 100   | 61    | 26    | 40                  | 73    | 112   | 69    | 32    | 60,00   | 84,93  | 89,29  | 88,41  | 81,25  |                    |
| EPSS34 - CAPITAL SALUD                            | 8626                           | 7958  | 7489  | 6386  | 3431  | 11454               | 10580 | 9810  | 8099  | 4282  | 75,31   | 75,22  | 76,34  | 78,85  | 80,13  |                    |
| EPSS37 - NUEVA EPS SA - CM                        | 10529                          | 11954 | 12581 | 11210 | 7072  | 14267               | 14782 | 14602 | 12602 | 7821  | 73,80   | 80,87  | 86,16  | 88,95  | 90,42  |                    |
| EPSS40 - Alianza Medellín - savia Salud           | 14935                          | 14198 | 12126 | 10282 | 5700  | 17553               | 16314 | 13894 | 11491 | 6297  | 85,09   | 87,03  | 87,28  | 89,48  | 90,52  |                    |
| EPSS41 - NUEVA EPS SA                             | 32887                          | 41446 | 45659 | 45113 | 26227 | 41944               | 51770 | 55635 | 54010 | 30889 | 78,41   | 80,06  | 82,07  | 83,53  | 84,91  |                    |
| EPSS42 - COOSALUD EPS S.A.                        | 55                             | 1320  | 1616  | 1236  | 638   | 84                  | 1636  | 2000  | 1477  | 753   | 65,48   | 80,68  | 80,80  | 83,68  | 84,73  |                    |
| EPSS44 - MEDIMAS Movilidad                        | 6955                           | 1313  | 19    | 20    | 9     | 8029                | 1519  | 22    | 21    | 10    | 86,62   | 86,44  | 86,36  | 95,24  | 90,00  |                    |
| EPSS45 - MEDIMAS Subsidiado                       | 972                            | 209   | 41    | 35    | 14    | 1130                | 252   | 45    | 44    | 15    | 86,02   | 82,94  | 91,11  | 79,55  | 93,33  |                    |
| EPSS46 - Fundación SALUD MIA SUBSIDIADO           | 111                            | 132   | 122   | 114   | 75    | 123                 | 138   | 133   | 122   | 80    | 90,24   | 95,65  | 91,73  | 93,44  | 93,75  |                    |
| EPSS47 - SALUD BOLIVAR EPS CM                     |                                |       |       |       | 2     |                     |       |       |       | 2     |   |        |        |        | 100,00 |                    |
| EPSS48 - MUTUAL SER                               | 20                             | 1459  | 1814  | 1389  | 702   | 28                  | 1714  | 2070  | 1574  | 763   | 71,43   | 85,12  | 87,63  | 88,25  | 92,01  |                    |
| ESS002 - EMDISALUD                                | 133                            | 112   | 69    | 50    | 24    | 154                 | 132   | 76    | 54    | 28    | 86,36   | 84,85  | 90,79  | 92,59  | 85,71  |                    |
| ESS024 - COOSALUD E.S.S.                          | 33132                          | 31993 | 28476 | 22549 | 12108 | 40337               | 38724 | 33367 | 25720 | 13648 | 82,14   | 82,62  | 85,34  | 87,67  | 88,72  |                    |
| ESS062 - ASMET SALUD                              | 21526                          | 20273 | 16475 | 12700 | 6838  | 27095               | 24705 | 19635 | 15053 | 8067  | 79,45   | 82,06  | 83,91  | 84,37  | 84,77  |                    |
| ESS076 - AMBUQ                                    | 2788                           | 90    | 94    | 51    | 34    | 3663                | 113   | 105   | 56    | 38    | 76,11   | 79,65  | 89,52  | 91,07  | 89,47  |                    |
| ESS091 - ECOOPSOS                                 | 3261                           | 3224  | 978   | 42    | 16    | 4101                | 4029  | 1226  | 48    | 17    | 79,52   | 80,02  | 79,77  | 87,50  | 94,12  |                    |
| ESS118 - EMSSANAR E.S.S.                          | 16507                          | 14338 | 12009 | 9854  | 5306  | 19558               | 16684 | 13856 | 11370 | 6102  | 84,40   | 85,94  | 86,67  | 86,67  | 86,96  |                    |
| ESS133 - COMPARTA                                 | 9797                           | 76    | 129   | 90    | 44    | 12130               | 99    | 143   | 98    | 48    | 80,77   | 76,77  | 90,21  | 91,84  | 91,67  |                    |
| ESS207 - MUTUAL SER                               | 28570                          | 27964 | 24723 | 20345 | 11313 | 32963               | 31702 | 27783 | 22700 | 12368 | 86,67   | 88,21  | 88,99  | 89,63  | 91,47  |                    |
| ESSC02 - EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGR | 53                             | 29    | 3     | 1     | 2     | 57                  | 31    | 3     | 1     | 2     | 92,98   | 93,55  | 100,00 | 100,00 | 100,00 |                    |
| ESSC07 - ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA  | 1375                           | 2149  | 2482  | 2344  | 1324  | 1470                | 2270  | 2623  | 2482  | 1397  | 93,54   | 94,67  | 94,62  | 94,44  | 94,77  |                    |
| ESSC18 - ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE S | 1099                           | 1310  | 1308  | 985   | 515   | 1168                | 1379  | 1373  | 1053  | 541   | 94,09   | 95,00  | 95,27  | 93,54  | 95,19  |                    |
| ESSC24 - COOSALUD ESS COOPERATIVA DE SALUD Y DE   | 1928                           | 2436  | 2471  | 2249  | 1163  | 2171                | 2773  | 2743  | 2458  | 1266  | 88,81   | 87,85  | 90,08  | 91,50  | 91,86  |                    |
| ESSC33 - COOP. DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA      | 421                            | 2     | 4     | 5     | 2     | 464                 | 2     | 4     | 5     | 2     | 90,73   | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |                    |
| ESSC62 - ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET S   | 676                            | 921   | 955   | 711   | 355   | 755                 | 995   | 1032  | 754   | 383   | 89,54   | 92,56  | 92,54  | 94,30  | 92,69  |                    |
| ESSC76 - ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIB | 59                             | 30    | 3     | 3     | 2     | 65                  | 33    | 3     | 3     | 3     | 90,77   | 90,91  | 100,00 | 100,00 | 66,67  |                    |
| ESSC91 - ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD   | 239                            | 218   | 50    | 1     |       | 268                 | 259   | 58    | 1     |       | 89,18   | 84,17  | 86,21  | 100,00 |        |                    |
| NO REPORTADO - NO REPORTADO                       | 31618                          | 20159 | 12029 | 9004  | 4820  | 65693               | 43014 | 28225 | 24966 | 8088  | 48,13   | 46,87  | 42,62  | 36,07  | 59,59  |                    |
| POL001 - POLICIA NACIONAL SANIDAD                 |                                |       | 1719  | 1798  | 1102  |                     |       | 1808  | 1880  | 1157  |   |        | 95,08  | 95,64  | 95,25  |                    |
| RES001 - POLICIA NACIONAL                         | 2976                           | 1446  |       |       |       | 3143                | 1531  |       |       |       | 94,69   | 94,45  |        |        |        |                    |
| RES002 - ECOPETROL                                | 268                            | 191   | 96    | 84    | 38    | 272                 | 192   | 96    | 86    | 38    | 98,53   | 99,48  | 100,00 | 97,67  | 100,00 |                    |
| RES003 - FUERZAS MILITARES                        | 2680                           | 1306  |       |       |       | 2924                | 1463  |       |       |       | 91,66   | 89,27  |        |        |        |                    |
| RES004 - MAGISTERIO                               | 3403                           | 2667  | 1637  | 1474  | 893   | 3677                | 2868  | 1742  | 1586  | 942   | 92,55   | 92,99  | 93,97  | 92,94  | 94,80  |                    |
| RES005 - UATLANTICO                               | 15                             | 3     | 1     |       |       | 19                  | 5     | 1     |       |       | 78,95   | 60,00  | 100,00 |        |        |                    |
| RES006 - CAPRUIS                                  | 17                             | 8     | 5     | 4     | 4     | 18                  | 11    | 5     | 4     | 4     | 94,44   | 72,73  | 100,00 | 100,00 | 100,00 |                    |
| RES007 - UVALLE                                   | 10                             | 6     | 3     | 1     | 2     | 12                  | 7     | 3     | 1     | 2     | 83,33   | 85,71  | 100,00 | 100,00 | 100,00 |                    |
| RES008 - UNISALUD                                 | 33                             | 10    | 8     | 2     | 3     | 35                  | 13    | 8     | 2     | 3     | 94,29   | 76,92  | 100,00 | 100,00 | 100,00 |                    |
| RES009 - UCAUCA                                   | 6                              | 5     |       | 1     | 2     | 6                   | 6     |       | 1     | 2     | 100,00  | 83,33  |        | 100,00 | 100,00 |                    |

| Administradora      | Gestante con 4 o más controles |      |      |      |      | Total nacidos vivos |      |      |      |      | Porcentaje de gestantes con 4 a más controles |        |        |        |        | GESTION DE DERECHO |
|---------------------|--------------------------------|------|------|------|------|---------------------|------|------|------|------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|
|                     | 2021                           | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2021                | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2021  | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   |                    |
| RES010 - UCARTAGENA | 2                              | 2    |      |      |      | 2                   | 3    |      |      |      | 100,00  | 66,67  |        |        |        |                    |
| RES011 - UANTIOQUIA | 23                             | 12   | 3    | 4    |      | 25                  | 16   | 3    | 6    |      | 92,00   | 75,00  | 100,00 | 66,67  |        |                    |
| RES012 - UCORDOBA   | 5                              | 5    | 3    | 2    |      | 5                   | 6    | 3    | 2    |      | 100,00  | 83,33  | 100,00 | 100,00 |        |                    |
| RES013 - UNARINO    | 2                              | 3    |      |      |      | 3                   | 4    |      |      |      | 66,67   | 75,00  |        |        |        |                    |
| RES014 - UPTC       | 4                              | 5    | 9    | 2    | 1    | 4                   | 5    | 9    | 2    | 1    | 100,00  | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | si                 |
| UT-001 - UT-001     | 2                              | 2    |      |      |      | 3                   | 3    |      |      |      | 66,67   | 66,67  |        |        |        |                    |
| UT-002 - UT-002     | 28                             | 11   |      |      |      | 33                  | 13   |      |      |      | 84,85   | 84,62  |        |        |        |                    |
| UT-003 - UT-003     | 9                              | 1    |      |      |      | 10                  | 1    |      |      |      | 90,00   | 100,00 |        |        |        |                    |
| UT-004 - UT-004     | 1                              | 3    |      |      |      | 1                   | 3    |      |      |      | 100,00  | 100,00 |        |        |        |                    |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025. Ministerio de Salud y Protección Social

El derecho a la salud por EAPB no presenta un cumplimiento de su ejercicio en forma uniforme, las EAPB logran mantener un derecho tolerable superior a 86% del acceso al CPN de las gestantes aseguradas.

Las EAPB: EPS001 – ALIANSALUD, EPS002 - SALUD TOTAL, EPS003 – CAFESALUD, EPS005 – SANITAS, EPS008 – COMPENSAR, EPS010 - EPS SURA, EPS012 - COMFENALCO VALLE, EPS037 - NUEVA EPS, EPS040 - SAVIA SALUD EPS, EPS041 - NUEVA EPS SA, EPS046 - Fundación SALUD MIA\_CONTRIBUTIVO, EPS048 - MUTUAL SER, EPS044 - MEDIMAS Contributivo, CCFC50 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENT, EPSC25 - CAPRESOCA EPS, EPSS10 - SURA EPS, ESSC02 - EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGR, ESSC07 - ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA, ESSC18 - ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE S, ESSC62 - ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET S, ESSC33 - COOP. DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA, RES002 – ECOPETROL, RES004 – MAGISTERIO, EPSS18 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCI, EPSS44 - MEDIMAS Movilidad, RES014 – UPTC, muestran que sus afiliadas tienen un derecho a la salud de forma de alerta tolerable, debido a que el porcentaje de afiliadas con 4 o más controles supera 86%.

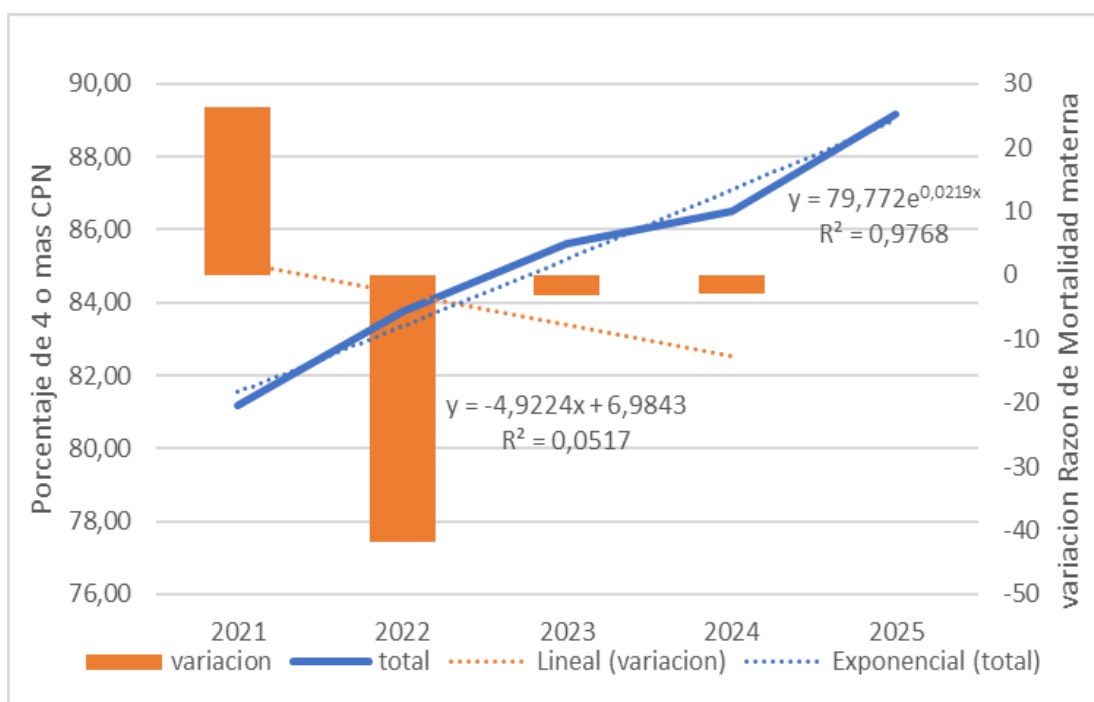
### **Cambio en la razón de mortalidad materna**

Un objetivo estructural de incrementar la atención en salud es mostrar cambios relevantes en los patrones de complicaciones dadas por el contexto de su existencia; la mortalidad materna es una complicación no tolerable en el aseguramiento y en la rutina de la salud, y un estado natural de la mujer no la debe llevar a una defunción teniendo a disposición recursos de evitación disponibles y a la mano.

En estos años, la mortalidad materna ha descendido en forma importante; aunque este apartado no es para analizar su comportamiento, se usa para establecer la bondad del acceso oportuno y permanente de la gestante a esfuerzos para protegerla y cuidarla en su tránsito por su estado de gestación. La mortalidad materna antes dentro de los 42 días después de terminado un embarazo ha presentado variaciones importantes y significativas ( $p < 0,00$ ) entre 2021 a 2025; la mayor y más intensa es una disminución de 41,72% entre 2021 a 2022; para 2023, esta disminución llegó a ser del 3.14% y para 2024

con relación a la tasa observada en 2023, se disminuyó esta tasa en 2,84%, tendencia que se mantuvo a pesar del impacto de la tragedia de la pandemia por el SARSCOV-2, frente al crecimiento del acceso al CPN, en los años analizados.

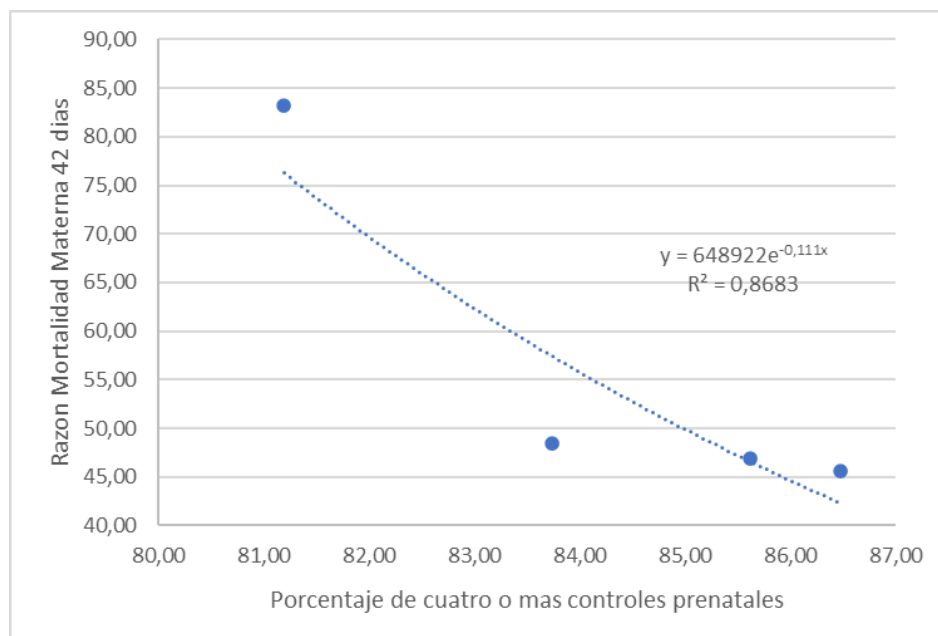
Gráfica 28. Variación razón de mortalidad materna, Colombia 2021-2025



Fuente: Datos consolidados Dirección Epidemiología y Demografía

Se realizó un análisis correlativo entre ambas mediciones, acceso al control prenatal mayor a 4 CPN y razón de mortalidad materna a 42 días; la gráfica siguiente muestra esta correlación positiva ( $r = 0,9318$ ;  $p < 0,00$ ), que mostraría el impacto del CPN en “abundancia”, frente a la modificación de la mortalidad materna, siendo aun una tragedia el que se presente (RMM: 45,60 para 2024) y muy distante de su control en salud pública, muy lejos del 32 como control de desarrollo y 0 (cero) como meta humana de atención.

Gráfica 29. Razón de mortalidad materna 42 días y porcentaje de gestantes que acceden a 4 o más controles prenatales, Colombia 2021-2025



Fuente: Datos consolidados Dirección Epidemiología y Demografía

Tabla 54. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes de la semana 12)

| INDICADOR  | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | Variación (pp) | Meta | Nivel |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|------|-------|
| Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes de la semana 12) | 45,39 | 50,01 | 51,20 | 55,59 | 58,35 | +12,96         | 80%  | MEDIO |

Fuente datos: MONITOR RIAS, Dirección de promoción y prevención. Referencia Healthy People 2030 (80.5%) / RIAS Res. 3280/2018

Para el año 2025 el indicador muestra una tendencia creciente, pasando de 45,39% en 2021 a 58,35% en 2025, lo que representa un incremento de 12,96 puntos porcentuales en el período analizado y de 2,76 con respecto al año 2024.

Este comportamiento refleja avances progresivos en el acceso oportuno a los servicios de control prenatal, lo cual es un resultado favorable en términos de promoción de la salud materna y prevención de riesgos durante la gestación.

No obstante, pese a esta mejora, el valor alcanzado en 2025 (58,35%) se mantiene por debajo de la meta establecida (80%), lo que ubica el indicador en un nivel de cumplimiento medio. Esto indica que, si bien se han logrado avances importantes, aún persisten acciones que deberá continuar fortaleciéndose para garantizar que la mayoría de las gestantes accedan de manera oportuna al control prenatal.

Avance sostenido de 45.4% a 58.4% (+13.0 pp en 5 años). Sin embargo, aún lejos de la meta de 80%. La brecha de 21.7 pp indica que 4 de cada 10 gestantes ingresan al CPN tardíamente. Factores: barreras geográficas en zonas rurales dispersas, debilidades en la demanda inducida y limitada oferta de servicios de primer nivel en territorios priorizados.

*Tabla 55. Proporción de gestantes con tamizaje para VIH, Sífilis y Hepatitis B*

| INDICADOR                               | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | Variación (pp) | Meta | Nivel        |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|------|--------------|
| Combinado (VIH + Sífilis + Hepatitis B) | 65,96 | 72,59 | 74,52 | 80,83 | 81,25 | +15,29         | 95%  | <b>MEDIO</b> |
| • VIH                                   | 91,80 | 90,42 | 89,80 | 92,84 | 91,63 | -0,17          |      |              |
| • Sífilis                               | 86,41 | 85,57 | 85,06 | 88,94 | 88,48 | +2,07          |      |              |
| • Hepatitis B                           | 77,00 | 82,45 | 84,17 | 88,62 | 88,15 | +11,15         |      |              |

Fuente datos: MONITOR RIAS, Dirección de promoción y prevención. Referencia: OMS - Eliminación transmisión materno-infantil (95%)

El indicador de proporción de gestantes con tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis B presenta una tendencia general de mejora sostenida en el período analizado, pasando de 65,96% en 2021 a 81,25% en 2025, lo que representa un incremento de 15,29 puntos porcentuales. Este comportamiento evidencia avances importantes en la implementación de estrategias de detección oportuna de infecciones de interés en salud pública durante el control prenatal.

Al analizar de forma independiente cada tamizaje, se observan comportamientos diferenciados:

- VIH: presenta el nivel más alto y se ha mantenido estable desde 2024, con valores superiores al 90%, aunque con una leve disminución en 2025 (-0,17 pp), lo que sugiere una posible estabilización en coberturas altas.
- Sífilis: muestra una tendencia de mejora moderada, también estable, alcanzando 88,48% en 2025, aunque aún por debajo de niveles óptimos.
- Hepatitis B: evidencia el mayor avance, con un incremento de 11,15 puntos porcentuales, pasando de 77,00% en 2021 a 88,15% en 2025.

El tamizaje combinado (las 3 pruebas) alcanzó 81.3% en 2025 (+15.3 pp), superando el umbral de 50% pero lejos de la meta OMS del 95% para eliminación de TMI. El VIH individual muestra la mayor cobertura (91.6%), seguido de Sífilis (88.5%) y Hep B (88.2%). La brecha combinada se explica porque no todas las gestantes reciben las 3 pruebas simultáneamente. Acción prioritaria: integrar el tamizaje triple en un solo momento de la atención prenatal.

*Tabla 56. Valoración integral en salud por cada momento de curso de vida*

| INDICADOR                   | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | Variación (pp) | Meta | Nivel                       |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|------|-----------------------------|
| Primera Infancia (0-5 años) | N/D   | N/D   | N/D   | N/D   | N/D   |                | 80%  | Sin datos para este informe |
| Infancia (6-11 años)        | 20,51 | 30,18 | 32,79 | 35,46 | 36,61 | <b>+16,10</b>  | 80%  | <b>CRÍTICO</b>              |
| Adolescencia (12-17 años)   | 17,72 | 27,82 | 29,46 | 32,36 | 34,06 | <b>+16,34</b>  | 80%  | <b>CRÍTICO</b>              |
| Juventud (18-28 años)       | 34,40 | 46,47 | 52,86 | 57,84 | 61,22 | <b>+26,82</b>  | 80%  | <b>MEDIO</b>                |
| Adulthood (29-59 años)      | 28,90 | 43,36 | 50,93 | 56,53 | 59,70 | <b>+30,80</b>  | 80%  | <b>MEDIO</b>                |
| Vejez (≥60 años)            | 27,55 | 47,14 | 56,67 | 61,18 | 61,86 | <b>+34,31</b>  | 80%  | <b>MEDIO</b>                |

Fuente: MONITOR RIAS, Dirección de promoción y prevención. Referencia: Res. 3280/2018 RIAS — Cobertura universal

El indicador de valoración integral en salud por momento de curso de vida muestra una tendencia de mejora en la mayoría de los grupos etarios, en comparación con 2021 y con el año anterior; no obstante, los resultados aún se encuentran por debajo de la meta establecida (80%) con diferencias importantes entre las etapas del curso de vida.

Para el grupo de primera infancia no se dispone de información en este informe, los datos se integrarán en próximos informes a partir de la optimización de la fuente de información.

En los grupos de infancia (6 a 11 años) y adolescencia (12 a 17 años) se observan incrementos frente a los años anteriores; sin embargo, los valores alcanzados en 2025 (36,61% y 34,06%, respectivamente), si bien presentan incremento con respecto a 2024, se mantienen considerablemente alejados de la meta, por lo que se clasifican en nivel crítico.

Por su parte, los grupos de juventud, adultez y vejez presentan mejores avances, alcanzando en 2025 valores alrededor del 60%. Aunque estos resultados reflejan un mejor desempeño relativo aún no alcanzan el estándar esperado, ubicando el resultado en nivel medio.

Tendencia ascendente en todos los momentos del curso de vida, con ganancias entre +16 y +34 pp. Sin embargo, las coberturas actuales (34-62%) están muy por debajo de la meta del 80% (Res. 3280/2018). Infancia (36.6%) y Adolescencia (34.1%) tienen las coberturas más bajas, clasificándose como BAJO. Juventud, Adultez y Vejez superan el 50% pero se ubican en MEDIO. La Primera Infancia no pudo evaluarse por ausencia de indicador independiente. Se recomienda fortalecer las RIAS en primer nivel de atención.

*Tabla 57. Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino*

| INDICADOR                                  | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | Variación (pp) | Meta | Nivel        |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|------|--------------|
| Total tamizaje (cualquier prueba)          | 52,68 | 49,70 | 50,97 | 52,22 | 51,12 | -1,56          | 80%  | <b>MEDIO</b> |
| • Prueba ADN-VPH                           | 1,68  | 3,74  | 8,22  | 14,15 | 20,90 | +19,22         |      |              |
| • Citología                                | 52,09 | 48,20 | 47,65 | 46,23 | 41,19 | -10,90         |      |              |
| • Técnicas de inspección visual (VIA-VILI) | 0,25  | 0,12  | 0,10  | 0,08  | 0,68  | +0,43          |      |              |

Fuente: MONITOR RIAS, Dirección de promoción y prevención. Referencia: OMS - Estrategia eliminación Ca CU (≥80%)

El indicador de proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino se mantiene relativamente estable en el período analizado, con una leve disminución en 2025 (51,12%) frente al año anterior, equivalente a - 1,56 puntos porcentuales. Este resultado lo ubica en un nivel de cumplimiento medio y aún distante de la meta del 80%.

Al revisar el comportamiento por tipo de prueba, se observa un cambio progresivo en el esquema de tamizaje. La prueba de ADN-VPH ha venido ganando participación de manera importante, pasando de 1,68% en 2021 a 20,90% en 2025.

Indicador estancado alrededor del 51% durante todo el quinquenio (-1.6 pp), muy lejos de la meta OMS del 80%. Se observa una transición tecnológica: la citología convencional desciende (de 52.1% a 41.2%) mientras la prueba ADN-VPH crece exponencialmente (de 1.7% a 20.9%), pero no compensa la caída. VIA-VILI permanece marginal (0.7%). ALERTA: el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 30-59 años en Colombia. Se requiere acelerar la transición a ADN-VPH con estrategias de demanda inducida y descentralización.

*Tabla 58. Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama*

| <b>INDICADOR</b>              | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> | <b>2024</b> | <b>2025</b> | <b>Variación (pp)</b> | <b>Meta</b> | <b>Nivel</b>   |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|----------------|
| Mamografía de tamizaje bienal | 29,04       | 33,73       | 37,92       | 38,21       | 38,38       | <b>+9,34</b>          | 70%         | <b>CRÍTICO</b> |

Fuente: MONITOR RIAS, Dirección de promoción y prevención. Referencia: Plan Decenal Control Cáncer 2012-2021 (70%)

El indicador de proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama mediante mamografía bienal muestra una tendencia de mejora en el período analizado, pasando de 29,04% en 2021 a 38,38% en 2025, lo que representa un incremento de 9,34 puntos porcentuales.

A pesar de este avance, el resultado alcanzado en 2025 se mantiene considerablemente por debajo de la meta establecida (70%), lo que ubica el indicador en un nivel crítico. Esto evidencia que la cobertura de tamizaje sigue siendo baja frente a lo esperado para este grupo poblacional.

En este sentido, si bien se observa un comportamiento favorable en términos de crecimiento, los resultados aún reflejan rezagos importantes en el acceso efectivo a la mamografía como estrategia de detección temprana. Lo anterior sugiere la necesidad de fortalecer las acciones orientadas a ampliar la cobertura,

mejorar la captación de la población objetivo y garantizar la continuidad en la realización del tamizaje.

Cobertura baja (38.4%) y estancada desde 2023 (+9.3 pp total, pero solo +0.5 pp en últimos 2 años). Brecha de 31.6 pp vs meta del Plan Decenal (70%). La mamografía bienal sigue siendo inaccesible en regiones apartadas. Se requieren estrategias de tele-mamografía, unidades móviles, y fortalecimiento de la red de prestadores habilitados.

*Tabla 59. Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje para cáncer de próstata*

| INDICADOR                               | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | Variación (pp) | Meta | Nivel   |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|------|---------|
| Tamizaje combinado (PSA + tacto rectal) | 0,65  | 2,65  | 5,35  | 7,90  | 10,43 | +9,78          | 50%  | CRÍTICO |
| • PSA (antígenos prostáticos)           | 14,48 | 24,77 | 31,35 | 35,47 | 38,46 | +23,98         |      |         |
| • Tacto rectal                          | 1,44  | 4,47  | 8,25  | 11,83 | 15,60 | +14,16         |      |         |

Fuente datos: MONITOR RIAS, Dirección de promoción y prevención. Referencia operativa (no hay meta nacional específica)

El indicador de proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje para cáncer de próstata presenta una tendencia de mejora en el período analizado, pasando de 0,65% en 2021 a 10,43% en 2025, lo que representa un incremento de 9,78 puntos porcentuales.

No obstante, a pesar de este crecimiento, el resultado alcanzado en 2025 se mantiene muy por debajo de la meta establecida (50%), lo que ubica el indicador en un nivel crítico. Esto evidencia una baja cobertura del tamizaje en esta población, con brechas importantes en el acceso a estas intervenciones de detección.

El tamizaje combinado (PSA + tacto rectal) es extremadamente bajo (10.4%), aunque con tendencia creciente (+9.8 pp). El PSA solo alcanza 38.5% y el tacto rectal 15.6%. La baja adherencia al tacto rectal como componente del tamizaje combinado es el principal factor limitante. Barreras culturales y de acceso

influyen significativamente. Se requiere educación en salud masculina y estrategias de detección oportunista en la consulta médica.

## Resultados a nivel nacional

Los indicadores de esta categoría presentan una tendencia creciente sostenida durante el período 2021–2025, lo que refleja avances progresivos en el acceso de la población a las atenciones preventivas y de seguimiento definidas en las rutas integrales de atención en salud.

*Tabla 60. Comportamiento de indicadores de acceso a servicios de salud, Colombia 2021–2025 y variación interanual 2024-2025*

| Indicador                | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  | Var. 2024-2025 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| Captaciones gestantes    | 45,39 | 50,01 | 51,2  | 55,59 | 58,35 | 5.0%           |
| Tamizaje VIH+Síf+HepB    | 65,96 | 72,59 | 74,52 | 80,83 | 81,25 | 0.5%           |
| Val. Infancia            | 20,51 | 30,18 | 32,79 | 35,46 | 36,61 | 3.2%           |
| <b>Val. Adolescencia</b> | 17,72 | 27,82 | 29,46 | 32,36 | 34,06 | 5.3%           |
| Val. Juventud            | 34,4  | 46,47 | 52,86 | 57,84 | 61,22 | 5.8%           |
| Val. Adulthood           | 28,9  | 43,36 | 50,93 | 56,53 | 59,7  | 5.6%           |
| Val. Vejez               | 27,55 | 47,14 | 56,67 | 61,18 | 61,86 | 1.1%           |
| Ca Cuello Uterino        | 52,68 | 49,7  | 50,97 | 52,22 | 51,12 | -2.1%          |
| Ca Mama                  | 29,04 | 33,73 | 37,92 | 38,21 | 38,38 | 0.4%           |

Fuente: RIPS — Dirección de Promoción y Prevención, MSPS 2025.

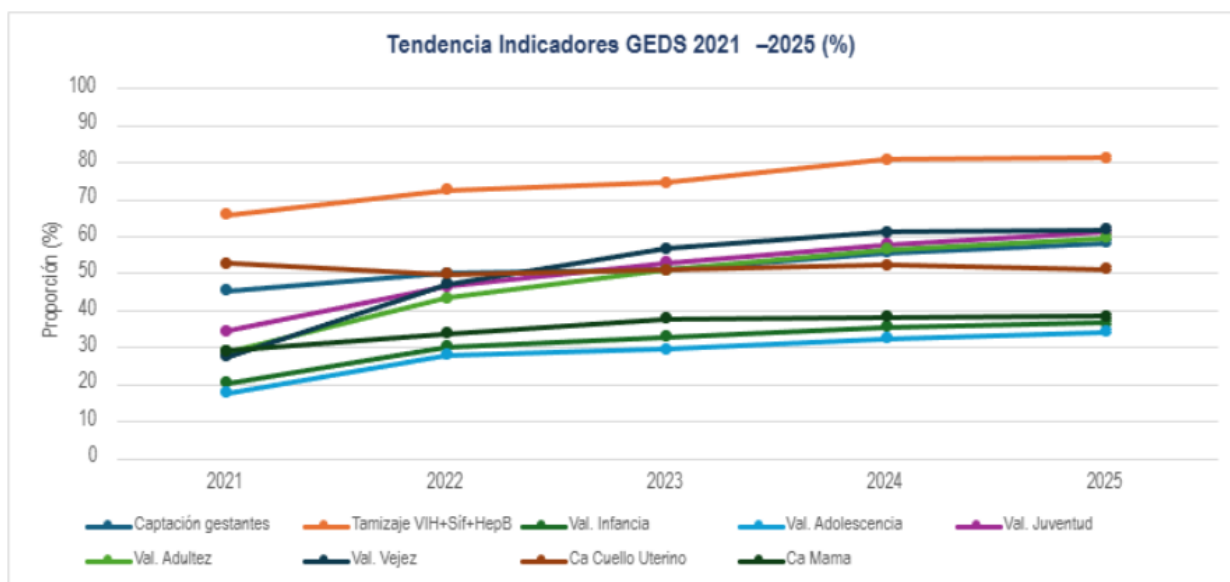
Los avances más significativos del período corresponden a las valoraciones integrales por curso de vida. La valoración de vejez pasó de 27,6% a 61,9%, la de adultez de 28,9% a 59,7%, y la de adolescencia de 17,7% a 34,1%. Los incrementos pronunciados observados en 2022 en estas valoraciones son consistentes con la recuperación de la demanda de atenciones preventivas tras el período pospandemia de COVID-19, y desde 2023 el crecimiento se estabiliza manteniendo una dirección positiva en todas las vigencias.

En la variación 2024–2025, los indicadores con mayor crecimiento son la valoración integral de juventud (+5,8%), adultez (+5,6%), adolescencia

(+5,3%) y captación temprana al control prenatal (+5,0%). El tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis B alcanzó 81,3% en 2025, el valor más alto de la serie y el más cercano a su umbral entre todos los indicadores de la categoría.

El tamizaje para cáncer de cuello uterino registró una variación de -2,1% entre 2024 y 2025, siendo el único indicador con variación negativa en el período. Este comportamiento requiere seguimiento en la siguiente vigencia.

Gráfica 30. Tendencia Indicadores GEDS 2021 - 2025



Fuente: RIPS — Dirección de Promoción y Prevención, MSPS 2025.

Respecto a los umbrales definidos por la Dirección de Promoción y Prevención, el indicador con mayor avance relativo es el tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis B, con un resultado de 81,3% frente a un umbral de 95%. La captación temprana al control prenatal registró 58,4% frente a un umbral de 80%, con una trayectoria creciente sostenida que evidencia avances en la atención oportuna a las gestantes.

Tabla 61. Resultado indicador por umbral

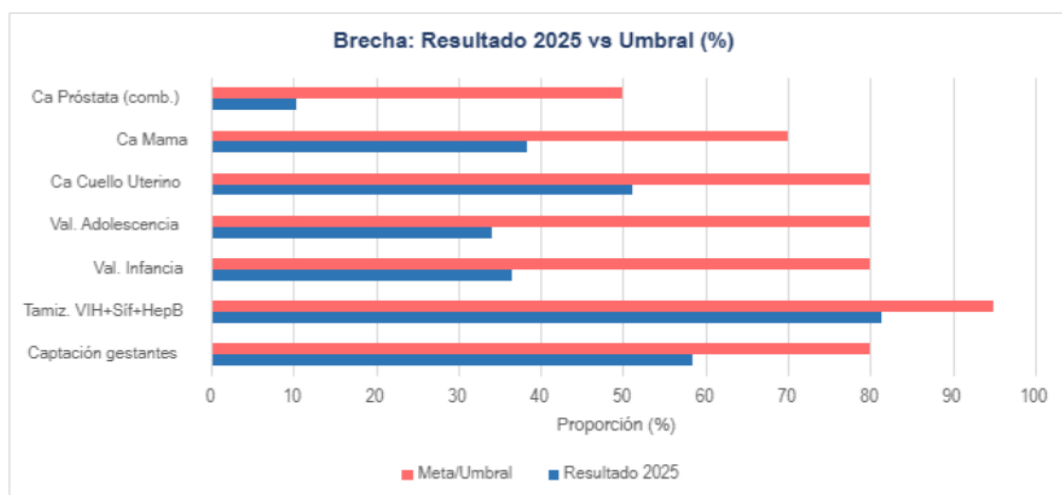
| Indicador | Resultado 2025 | Meta/Umbral |
|-----------|----------------|-------------|
|-----------|----------------|-------------|

|                       |       |    |
|-----------------------|-------|----|
| Captaciones gestantes | 58,35 | 80 |
| Tamiz. VIH+Sif+HepB   | 81,25 | 95 |
| Val. Infancia         | 36,61 | 80 |
| Val. Adolescencia     | 34,06 | 80 |
| Ca Cuello Uterino     | 51,12 | 80 |
| Ca Mama               | 38,38 | 70 |
| Ca Próstata (comb.)   | 10,43 | 50 |

Fuente: RIPS — Dirección de Promoción y Prevención, MSPS 2025.

Los indicadores de valoración integral por curso de vida y tamizaje oncológico presentan las brechas más amplias respecto a sus umbrales, lo que es consistente con tratarse de atenciones que requieren una transformación progresiva en los patrones de uso de los servicios preventivos por parte de la población. El tamizaje para cáncer de próstata se incorpora por primera vez en la vigencia 2025 con un resultado de 10,4% frente a un umbral de 50%, por lo que su resultado constituye la línea base del indicador para el seguimiento en vigencias posteriores.

Gráfica 31. Brecha: Resultado V.S Umbral (%) 2025



Fuente: Dirección de Promoción y Prevención, MSPS 2025

### Proporción de acceso institucional por una necesidad en salud

La Proporción de acceso institucional por una necesidad en salud mide la proporción de personas que, habiendo reportado una necesidad en salud, accedieron efectivamente a atención. Evalúa el uso efectivo de los servicios de salud frente a una necesidad identificada, es decir, la interacción real entre la población y el sistema de salud, y puede revelar barreras de acceso cuando la proporción es baja.

Este indicador mide acceso efectivo o el uso ante una necesidad percibida en salud, no es acceso potencial y busca integrar la forma como el sistema de salud responde a necesidades teniendo en cuenta barreras económicas, administrativas, culturales y geográficas con la capacidad resolutoria requerida. En este caso el umbral corresponde a una medida sobre la especificación de la brecha es decir las personas aun necesitando una atención en salud no lo hacen. Por lo anterior los umbrales se establecen a partir, de las mediciones de cuartiles y teniendo en cuenta que el 80% de la población debe acceder a los servicios de salud. De esta forma se definen los valores de los umbrales de la siguiente forma:

- Mayor al 20%, brechas de atención críticas
- De 10% 20%, atención con barreras significativas
- De 5% a 10%, atención con barreras moderadas
- Menos del 5%, atención accesible

*Tabla 62. Umbral nacional interanual*

| Desagregación | Año  | Valor del indicador | Umbral                                     |
|---------------|------|---------------------|--|
| Nacional      | 2021 | 64,6                | Mayor al 20%, brechas de atención críticas |
| Nacional      | 2022 | 68,5                | Mayor al 20%, brechas de atención críticas |
| Nacional      | 2023 | 67,8                | Mayor al 20%, brechas de atención críticas |
| Nacional      | 2024 | 63,3                | Mayor al 20%, brechas de atención críticas |
| Nacional      | 2025 | No disponible       | No disponible                              |

Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

El umbral se mide como el complemento de la proporción de población que posee acceso institucional ante una necesidad en salud, es decir si el indicador alcanza

un valor de 64.6% indica que el 35.4% ante una necesidad realizan otras acciones, esperando que el nivel de acceso sea al menos el 80%.

### *Acceso a medicamentos*

#### **Cumplimiento Global de Entrega de Medicamentos**

Dentro del *Consolidado de Indicadores GEDS*, para el indicador relacionado con el Cumplimiento global de entregas de medicamentos, la información fue reportada por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud. No obstante, para su adecuado análisis e interpretación, resulta necesario realizar las siguientes salvedades:

- El reporte actual se sustenta en la Resolución 740 de 2024 e incluye medicamentos no financiados con recursos de la UPC y medicamentos para el tratamiento del VIH.
- Para el periodo de reporte solicitado (2021 a 2025) solo se cuenta con información de entrega para unos grupos específicos de medicamentos dado que la herramienta continua en proceso de implementación para todas las tecnologías en salud.
- Para los años 2021 al 2024, la información reportada corresponde al cumplimiento en la entrega de los medicamentos empleados en el tratamiento de enfermedades huérfanas.
- El indicador reportado para el 2025 incluye la información para los grupos de medicamentos empleados como antivirales y antirretrovirales para el tratamiento del VIH.
- Como se precisa en la ficha técnica del indicador, este constituye una medida integral del acceso efectivo posterior a la prescripción. No discrimina entre entregas oportunas y tardías. Su robustez depende de la correcta implementación del registro obligatorio de medicamentos UPC ambulatorios en MIPRES a partir del 1 de junio de 2026, con base en la circular 044 de 2025.
- Para efectos del cálculo del indicador, actualmente se realiza un procesamiento de la base de información de la herramienta MIPRES que es compartida periódicamente por la Oficina de Tecnologías de la

Información y la Comunicación - OTIC del Ministerio, con el fin de hacer seguimiento a la prescripción y entrega de los medicamentos parametrizados a la fecha dentro de la herramienta.

Particularmente, el cálculo del indicador a partir de la fuente de información se realiza considerando el número de entregas de medicamentos efectivas (incluyendo las realizadas de forma oportuna, tardía o vencidas respecto del número total de entregas de medicamentos programadas (excluyendo las que aún están dentro del plazo para entregarse).

- El umbral para este indicador se definió de la siguiente manera:
  - Alto:  $\geq 90\%$
  - Medio: Entre (71-89%)
  - Bajo:  $\leq 70\%$
- Para evaluar el nivel de cumplimiento del indicador, se definió un valor total general de cumplimiento mediante el cálculo del número total de entregas programadas durante todo el periodo reportado (2021 -2025) y las entregas realizadas efectivamente.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, el valor general de cumplimiento global de entregas de medicamentos para el periodo reportado (2021-2025) es de 76,52%.

*Tabla 63. Datos a nivel nacional*

| Tasa de Cumplimiento del Sistema | Año de Prescripción |        |        |        |        |               |
|----------------------------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|---------------|
|                                  | 2021                | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   | Total general |
|                                  | 93,38%              | 95,39% | 96,65% | 91,77% | 76,02% | 76,52%        |

Fuente: Dirección de Medicamentos y tecnologías en salud.

De acuerdo con los umbrales definidos, el indicador se encuentra en un resultado medio, el cual refleja que, de manera general se está cumpliendo con la entrega de medicamentos, no obstante, aún es posible mejorar los niveles de entrega en el país. Al detallar los resultados de nivel departamental y municipal, se

encuentran datos muy variables en donde hay departamentos y municipios con un muy alto nivel de cumplimiento de entrega, así como otros con muy bajos niveles de cumplimiento, lo cual, deja en evidencia la necesidad de definir medidas de intervención direccionadas en aquellos que presentan problemas significativos en la entrega de medicamentos.

De igual manera, se debe considerar que el año 2025 tiene una reducción en el porcentaje de cumplimiento respecto a los años previos, debido a que, tras la inclusión de grupos de medicamentos adicionales de uso más rutinario en el marco del sistema de salud (correspondientes a los antivirales y antirretrovirales VIH) se tuvo un mayor número de prescripciones y, por tanto, un mayor riesgo de incumplimientos en la entrega por la magnitud de la operación.

#### *Accesibilidad física. No discriminación*

### **Porcentaje de población por municipio con acceso a centros de salud a menos de 60 minutos.**

El Porcentaje de población por municipio con acceso a centros de salud a menos de 60 minutos mide la proporción de la población municipal cuya ubicación geográfica le permite alcanzar un centro de salud en un tiempo de viaje igual o inferior a 60 minutos. Refleja la accesibilidad geográfica potencial derivada de la localización física de los centros de salud respecto a la distribución espacial de la población.

Este indicador mide la accesibilidad geográfica mediante un criterio definido, el umbral que se plantea no modifica el tiempo de referencia, sino que establece medir a los municipios para evaluar las brechas. Por lo anterior, los percentiles son la herramienta estadística que a partir de un ordenamiento define los potenciales umbrales, no obstante, se deben tener además criterios de mínimo de garantía para generar un efecto combinado. En este sentido se plantean estos niveles para su determinación del nivel de goce efectivo:

- Menos del 70%, accesibilidad crítica
- Entre el 70% - 79%, accesibilidad baja
- Entre el 80% - 89%, accesibilidad aceptable

- Entre el 90% - 100%, accesibilidad óptima

### Resultados a nivel municipal

De los **1.121 municipios** evaluados en 2025, la distribución por umbral es la siguiente:

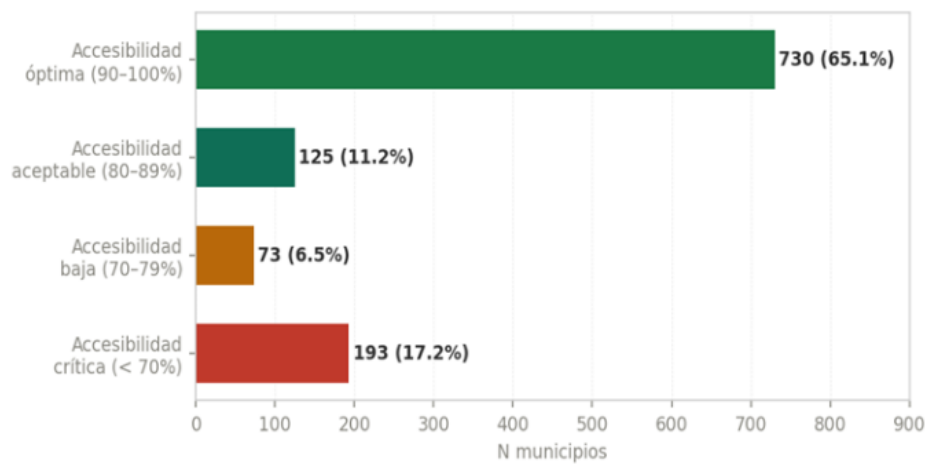
*Tabla 64. Distribución de municipios por umbral*

| Umbral                  | N municipios | %      |
|-------------------------|--------------|--------|
| Accesibilidad óptima    | 730          | 65.12% |
| Accesibilidad aceptable | 125          | 11.15% |
| Accesibilidad baja      | 73           | 6.51%  |
| Accesibilidad crítica   | 193          | 17.22% |

Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

El hallazgo principal es que **65,1% de los municipios (730)** tiene accesibilidad óptima, más de la mitad de la población municipal puede llegar a un centro de salud en menos de 60 minutos. Sin embargo, **17,2% de los municipios (193)** presenta accesibilidad crítica, con menos del 70% de su población con acceso en ese tiempo. Estos municipios se concentran principalmente en regiones de alta dispersión geográfica como Amazonas, Vaupés y zonas del Pacífico, donde la distancia a los centros de salud supera ampliamente el umbral de referencia.

Gráfica 32. Municipios por umbral de accesibilidad, Colombia 2024 (n=1.121)



Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

Dado que este es el primer año de medición, el valor 2024 establece la línea base para el seguimiento en vigencias posteriores.

### Porcentaje de población por municipio con acceso a hospitales a menos de 120 minutos

El Porcentaje de población por municipio con acceso a hospitales a menos de 120 minutos mide la proporción de la población municipal que reside a un tiempo de viaje igual o inferior a 120 minutos de un hospital. Evalúa la capacidad instalada hospitalaria y su disposición geográfica para garantizar atención de mayor complejidad de manera oportuna, considerando las distancias y condiciones de movilidad propias de cada territorio.

Este indicador mide la accesibilidad geográfica mediante un criterio definido, el umbral que se plantea no modifica el tiempo de referencia, sino que establece medir a los municipios para evaluar las brechas. Por lo anterior, los percentiles son la herramienta estadística que a partir de un ordenamiento define los potenciales umbrales, pero tienen en cuenta criterios de mínimo de garantía para generar un efecto combinado. En este sentido se plantean estos niveles para su determinación del nivel de goce efectivo:

- Menos del 75%, brecha hospitalaria crítica
- Entre el 75% - 85%, brecha baja que requiere expansión de la oferta
- Entre el 85% - 90%, oferta hospitalaria razonable
- Entre el 90% - 100%, oferta equilibrada según necesidades hospitalarias

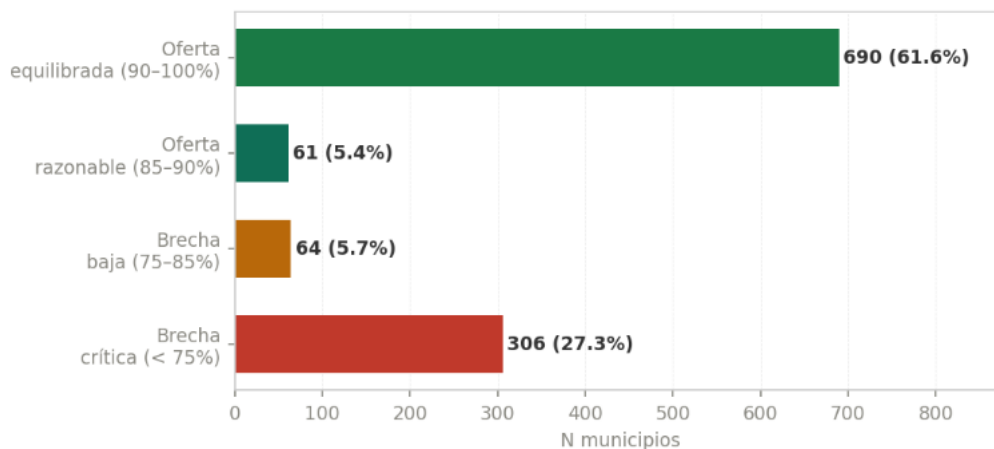
El 61,6% de los municipios del país cuenta con oferta hospitalaria equilibrada, y **355 municipios (31,7%)** registran acceso completo del 100% de su población. El 27,3% de los municipios (306) se ubica en el umbral de brecha hospitalaria crítica, de acuerdo con los niveles definidos en la ficha técnica del indicador.

*Tabla 65. Umbral por municipios*

| Umbral   | N municipios | %      |
|--|--------------|--------|
| Oferta equilibrada según necesidades hospitalarias | 690          | 61.55% |
| Oferta hospitalaria razonable                      | 61           | 5.44%  |
| Brecha baja que requiere expansión de la oferta    | 64           | 5.71%  |
| Brecha hospitalaria crítica                        | 306          | 27.30% |

Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

*Gráfica 33. Municipios por umbral de acceso hospitalario, Colombia 2024 (n=1.121)*



Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

La situación más crítica se concentra en los municipios con acceso igual a 0%, es decir, sin ningún porcentaje de su población con acceso a un hospital en 120 minutos. En total, **108 municipios (9,6%)** registran este valor, distribuidos principalmente en Chocó (21 municipios), Boyacá (17), Guainía (7), Amazonas (9), Nariño (8) y Vaupés (5), entre otros. Estos territorios corresponden en su mayoría a zonas de alta dispersión geográfica con características geográficas y de movilidad que limitan el acceso a servicios hospitalarios en el tiempo de referencia.

La brecha crítica es especialmente pronunciada en los departamentos de Vaupés (100% de sus municipios en brecha crítica), Amazonas (90,9%), Chocó (90,0%) y Guainía (87,5%). En contraste, los departamentos con menor proporción de municipios en situación crítica son Valle del Cauca (2,4%), Atlántico (4,3%), Caldas (7,4%) y Quindío (8,3%).

La media municipal nacional es de **76,6%**, aunque la mediana es considerablemente más alta (97,2%), lo que indica que la distribución es asimétrica: la mayoría de los municipios tienen acceso alto, pero un grupo significativo de municipios con valores muy bajos jala la media hacia abajo. Esto confirma que la brecha no es generalizada sino profundamente concentrada en territorios específicos.

Dado que este es el primer año de medición, el valor 2024 establece la línea base para el seguimiento en vigencias posteriores.

Los resultados de los indicadores de accesibilidad geográfica muestran que el 65,1% de los municipios del país cuenta con accesibilidad óptima a centros de salud en menos de 60 minutos, y el 61,6% presenta oferta hospitalaria equilibrada con acceso en menos de 120 minutos. Estos resultados constituyen la línea base establecida en la vigencia 2024 en el marco del Auto 2049 de 2025.

El análisis conjunto evidencia que las brechas de acceso se profundizan conforme aumenta la complejidad de la atención requerida: mientras el 17,2% de los municipios presenta accesibilidad crítica a centros de salud, ese porcentaje asciende al 27,3% cuando se evalúa el acceso a hospitales. Esta diferencia de 10 puntos porcentuales entre los dos indicadores señala que la disponibilidad de atención primaria no garantiza por sí sola el acceso a servicios de mayor complejidad, y que ambas dimensiones requieren seguimiento diferenciado.

Los municipios con mayores brechas en ambos indicadores se concentran en los departamentos de Vaupés, Guainía, Amazonas, Chocó y Vichada, lo que confirma una brecha territorial estructural entre las regiones andinas y los territorios de alta dispersión geográfica. El seguimiento de estos indicadores en vigencias posteriores permitirá evaluar la progresividad en el goce efectivo del derecho a la salud en su dimensión de accesibilidad geográfica.

### **Índice compuesto municipal de capacidad instalada**

El Índice Compuesto de Capacidad Instalada – ICCI es un indicador sintético que mide, de manera agregada y ponderada, la disponibilidad estructural de capacidad instalada para la prestación de servicios de salud en un territorio determinado.

Integra seis dimensiones de capacidad instalada expresadas en densidad por 1.000 habitantes:

- Camas
- Consultorios
- Camillas
- Ambulancias
- Salas
- Sillas

Este indicador mide el grado de suficiencia en términos de estructura de oferta de servicios de salud para garantizar disponibilidad. Este cálculo se realiza una vez se normalizan las densidades. Inicialmente se realiza una ponderación establecida de la siguiente forma:

- Camas hospitalarias (30%) como base estructural de la atención en salud y permite medir la capacidad del sistema para atender las necesidades a nivel hospitalario
- Consultorios (20%) son el componente de oferta concebido como puerta de entrada al sistema y posibilita la garantía de la resolutivez del nivel primario.
- Camillas (15%) garantizan la operación en urgencias con observación.

- Ambulancias (15%) permiten accesibilidad efectiva y continuidad asistencial, especialmente en los casos de remisión o de emergencias
- Salas y sillas (10% cada uno) se enfocan en la atención de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y atención en patologías específicas.

La medida del indicador es de 0 a 1 y a partir de esto se establecen los siguientes umbrales:

- Niveles por debajo del cuartil 1: Capacidad instalada crítica
- Cuartil 1 menos cuartil 2: Capacidad instalada limitada
- Cuartil 2 menos cuartil 3: Capacidad instalada media
- Mayor que el cuartil 3: Capacidad instalada adecuada

### Resultados a nivel nacional

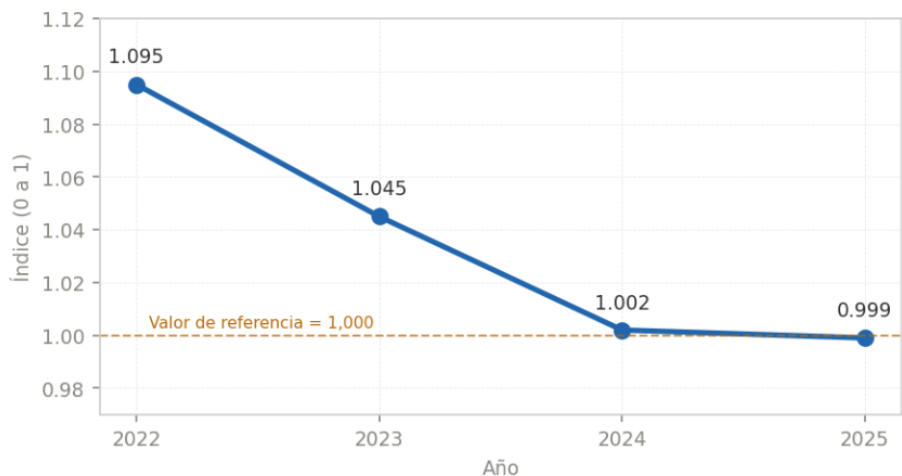
El indicador nacional presenta una serie disponible desde 2022. Durante el período 2022–2025 el índice registró valores de 1,095, 1,045, 1,002 y 0,999 respectivamente, manteniéndose en niveles cercanos al valor de referencia de 1,000 durante todo el período. La variación 2024→2025 fue de  $-0,002$ , lo que representa una variación marginal. La tendencia del período es decreciente, con una reducción acumulada de 0,095 puntos entre 2022 y 2025.

*Tabla 66. Resultado del indicador con umbral nacional*

| Desagregación   | Año  | Valor del indicador | Umbral   |
|-----------------|------|---------------------|--|
| <b>Nacional</b> |      |                     |  |
| Nacional        | 2022 | 1.095               | Capacidad instalada superior al periodo anterior |
| Nacional        | 2023 | 1.045               | Capacidad instalada inferior al periodo anterior |
| Nacional        | 2024 | 1.002               | Capacidad instalada inferior al periodo anterior |
| Nacional        | 2025 | 1.000               | Capacidad instalada inferior al periodo anterior |

Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

Gráfica 34. Tendencia nacional ICC 2022-2025

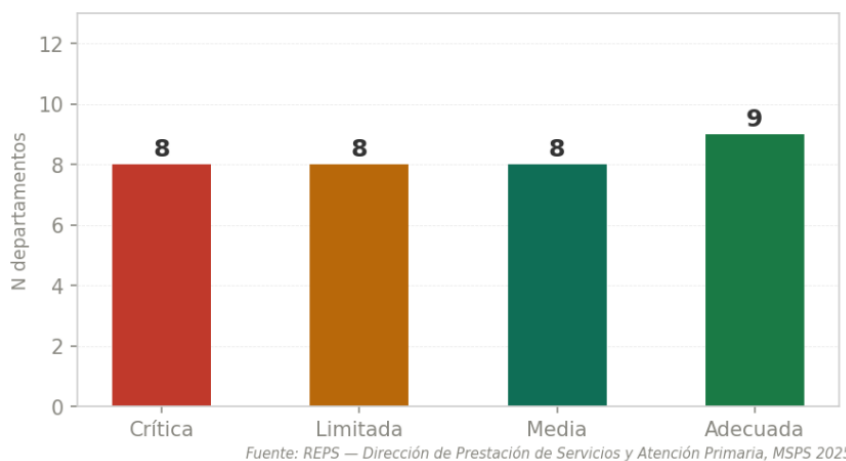


Fuente: REPS – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

## Resultados a nivel departamental

En 2025, los 33 departamentos se distribuyen de manera equilibrada entre los cuatro umbrales del indicador:

Gráfica 35. Departamentos por umbral ICC, Colombia 2025 (n=33)



Fuente: REPS – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

Tabla 67. Índice compuesto de capacidad instalada 2021 – 2025

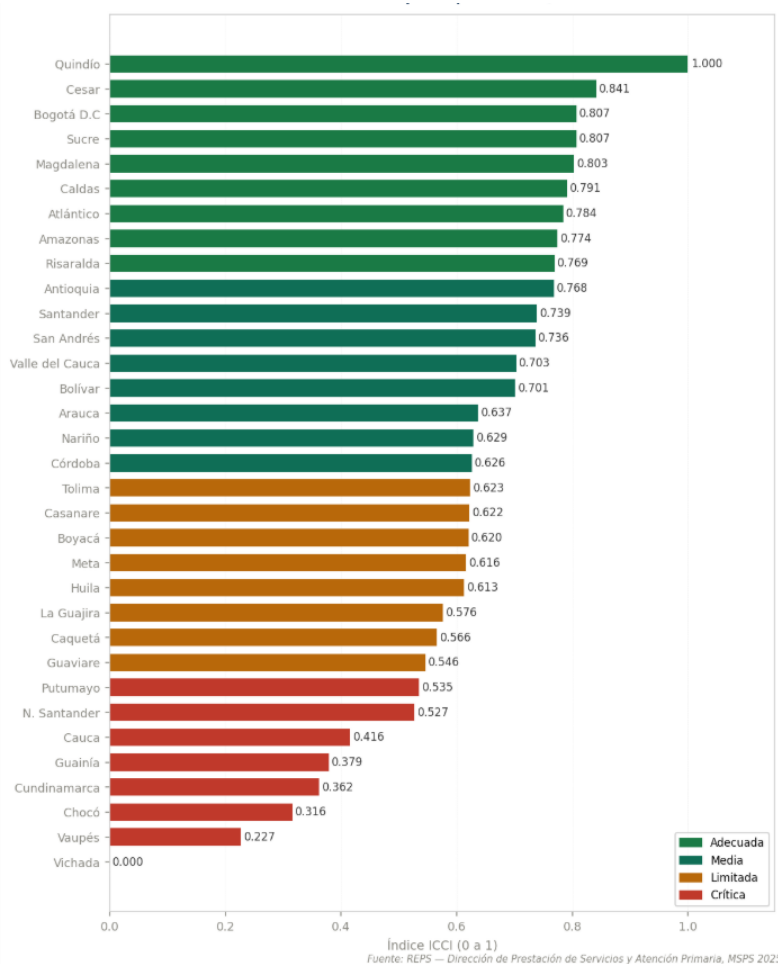
| Departamento             | Índice compuesto de capacidad instalada |       |       |       |       | Variación 2024-2025 |
|--------------------------|---|-------|-------|-------|-------|---------------------|
|                          | 2021                                    | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |                     |
| Amazonas                 | 0.959                                   | 0.894 | 0.862 | 0.812 | 0.774 | -5%                 |
| Antioquia                | 0.750                                   | 0.773 | 0.871 | 0.820 | 0.768 | -6%                 |
| Arauca                   | 0.693                                   | 0.672 | 0.692 | 0.690 | 0.637 | -8%                 |
| Atlántico                | 1.000                                   | 0.937 | 0.950 | 0.861 | 0.784 | -9%                 |
| Bogotá D.C               | 0.955                                   | 1.000 | 0.958 | 0.881 | 0.807 | -8%                 |
| Bolívar                  | 0.823                                   | 0.822 | 0.805 | 0.776 | 0.701 | -10%                |
| Boyacá                   | 0.602                                   | 0.612 | 0.647 | 0.641 | 0.620 | -3%                 |
| Caldas                   | 0.918                                   | 0.834 | 0.902 | 0.859 | 0.791 | -8%                 |
| Caquetá                  | 0.599                                   | 0.562 | 0.613 | 0.597 | 0.566 | -5%                 |
| Casanare                 | 0.654                                   | 0.651 | 0.663 | 0.626 | 0.622 | -1%                 |
| Cauca                    | 0.511                                   | 0.454 | 0.458 | 0.426 | 0.416 | -2%                 |
| Cesar                    | 0.849                                   | 0.942 | 0.926 | 0.908 | 0.841 | -7%                 |
| Chocó                    | 0.322                                   | 0.313 | 0.341 | 0.371 | 0.316 | -15%                |
| Córdoba                  | 0.679                                   | 0.689 | 0.692 | 0.676 | 0.626 | -7%                 |
| Cundinamarca             | 0.362                                   | 0.349 | 0.397 | 0.386 | 0.362 | -6%                 |
| Guainía                  | 0.155                                   | 0.102 | 0.303 | 0.264 | 0.379 | 43%                 |
| Guaviare                 | 0.385                                   | 0.510 | 0.514 | 0.540 | 0.546 | 1%                  |
| Huila                    | 0.639                                   | 0.651 | 0.650 | 0.658 | 0.613 | -7%                 |
| La Guajira               | 0.592                                   | 0.571 | 0.598 | 0.609 | 0.576 | -5%                 |
| Magdalena                | 0.785                                   | 0.812 | 0.871 | 0.898 | 0.803 | -11%                |
| Meta                     | 0.711                                   | 0.700 | 0.685 | 0.636 | 0.616 | -3%                 |
| Nariño                   | 0.571                                   | 0.623 | 0.678 | 0.666 | 0.629 | -6%                 |
| Norte de Santander       | 0.555                                   | 0.549 | 0.573 | 0.543 | 0.527 | -3%                 |
| Putumayo                 | 0.487                                   | 0.514 | 0.577 | 0.586 | 0.535 | -9%                 |
| Quindío                  | 0.839                                   | 0.863 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0%                  |
| Risaralda                | 0.825                                   | 0.826 | 0.825 | 0.814 | 0.769 | -6%                 |
| San Andrés y Providencia | 0.697                                   | 0.778 | 0.750 | 0.754 | 0.736 | -2%                 |
| Santander                | 0.820                                   | 0.826 | 0.834 | 0.805 | 0.739 | -8%                 |
| Sucre                    | 0.905                                   | 0.924 | 0.988 | 0.933 | 0.807 | -13%                |
| Tolima                   | 0.589                                   | 0.636 | 0.678 | 0.656 | 0.623 | -5%                 |
| Valle del cauca          | 0.836                                   | 0.829 | 0.822 | 0.766 | 0.703 | -8%                 |
| Vaupés                   | 0.000                                   | 0.090 | 0.157 | 0.125 | 0.227 | 82%                 |
| Vichada                  | 0.025                                   | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |                     |

Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MSPS 2025

El departamento con mayor índice es Quindío, con el valor máximo de 1,000, seguido por Cesar (0,841), Sucre (0,807) y Bogotá D.C. (0,807). Un resultado destacado es el de Amazonas (0,774), que se ubica en umbral adecuado a pesar de ser un territorio de alta dispersión geográfica, lo que refleja avances en la disponibilidad relativa de capacidad instalada en ese departamento.

Respecto a la variación 2024→2025, el hallazgo más relevante es el avance registrado por los dos departamentos históricamente más rezagados: Guainía incrementó su índice en 0,115 puntos y Vaupés en 0,102 puntos, los mayores incrementos del período. Aunque ambos departamentos permanecen en el umbral crítico, estos avances evidencian una mejora en la disponibilidad estructural de servicios de salud en territorios de alta dispersión geográfica que han sido objeto de atención prioritaria.

Gráfica 36. ICC por departamento, Colombia 2025



## Resultados a nivel municipal

De los **1.116 municipios** evaluados en 2025, la distribución por umbral refleja la construcción metodológica del indicador — al definirse los umbrales por cuartiles, cada categoría agrupa exactamente el 25% de los municipios (279 en cada umbral).

Esta distribución es el resultado esperado de la metodología y establece la línea base para evaluar en vigencias posteriores si los municipios en los cuartiles inferiores mejoran su posición relativa dentro del conjunto nacional.

### *Asequibilidad económica*

La asequibilidad económica hace referencia a la capacidad de las personas y los hogares para acceder a los servicios, tecnologías y demás prestaciones en salud sin que ello implique una carga financiera desproporcionada o genere barreras económicas que limiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Este elemento considera tanto los costos directos asociados a la atención en salud como los gastos indirectos que pueden incidir en el acceso oportuno y continuo a los servicios.

Los indicadores seleccionados para este componente permiten analizar el grado en que el sistema de salud protege a la población frente al gasto de bolsillo, las dificultades económicas para acceder a servicios y tecnologías en salud, y la existencia de mecanismos de financiación orientados a garantizar la equidad en el acceso.

### **Proporción de recursos PGN ejecutados frente a los apropiados – Aseguramiento en salud (por vigencia)**

Frente a los resultados del indicador - Proporción de recursos Presupuesto General de la Nación - PGN ejecutados frente a los apropiados – Aseguramiento en salud (por vigencia). Es importante precisar que el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, determina las fuentes que financian la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen subsidiado y señala el deber de asignar los recursos del PGN que se requieran para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el aseguramiento en salud.

En tal sentido, los recursos del PGN dispuestos para financiar el Aseguramiento en Salud corresponde a una parte de la apropiación prevista en el rubro Aseguramiento, reclamaciones y servicios integrales en salud (Ley 100 de 1993 y Decreto 780 de 2016), los cuales en virtud de lo establecido en el artículo 2 del Decreto 1264 de 2017 deben ser administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), estos recursos se programan como transferencias por lo que se entienden ejecutados por parte de esta Cartera Ministerial una vez son girados a la Administradora como un monto global sin discriminación por régimen o por concepto de gasto (UPC, presupuestos máximos, prestaciones económicas, entre otros).

Cabe indicar que, de los recursos apropiados en el rubro en mención, se encuentran recursos con situación de fondos - SSF así como recursos sin situación de fondos - SCF; estos últimos se refieren a recursos que son recaudados directamente por la ADRES y corresponden a: i) los ingresos corrientes y excedentes de los recursos por concepto de la contribución del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 223 de la Ley 100 de 1993; ii) a la prima FONSAT que concierne a las transferencias que deben efectuar las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y iii) a los recursos recaudados por concepto del impuesto social a las municiones y explosivos, de conformidad con lo establecido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993 y modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011, y el artículo 2.6.4.2.1. del Decreto 780 de 2016.

Por lo anterior, al evaluar este indicador en las vigencias 2021 al 2025, se puede señalar que se obtuvo un resultado óptimo, toda vez que los recursos del PGN que fueron asignados para financiar el Aseguramiento en Salud se ejecutaron en promedio un 99.54%, aclarando que aquellos que correspondían con situación de fondos - CSF fueron girados en su totalidad a la ADRES y los de sin situación de fondos - SSF su ejecución fue inferior al valor proyectado por el bajo recaudo obtenido por ADRES por concepto de la Contribución SOAT y la Transferencia de FONSAT.

Así las cosas, en la siguiente tabla se señalan los recursos del PGN que fueron dispuestos para financiar el Aseguramiento en Salud del 2021 al 2025

*Tabla 68. Recursos del PGN que fueron dispuestos para financiar el Aseguramiento en Salud del 2021 al 2025*

| <b>Vigencia</b> | <b>Apropiación</b> | <b>Ejecución</b>   | <b>%</b> |
|-----------------|--------------------|--------------------|----------|
| 2021            | 22.739.479.667.656 | 22.699.756.561.025 | 99.83%   |
| 2022            | 26.288.202.987.794 | 26.288.202.987.794 | 100.00%  |
| 2023            | 34.719.566.025.210 | 34.352.061.540.939 | 98.94%   |
| 2024            | 36.781.571.228.416 | 36.687.191.068.093 | 99.74%   |
| 2025            | 38.847.351.783.628 | 38.528.869.791.271 | 99.18%   |

Fuente: Ejecuciones agregadas SIIF 2021-2025 \*\*cifras en pesos

### *Acceso a la información*

#### **Tasa de tutelas en salud por 1.000 afiliados**

En el año 2025 con respecto al año 2024 se observó una tendencia al incremento en el número de tutelas, que corresponde al 22,8%. Con una tasa de 5,80 tutelas por cada 1.000 afiliados.

*Tabla 69. Tasa de tutelas en salud por 1.000 afiliados, Colombia 2021-2025*

| <b>Año</b> | <b>Afiliados</b> | <b>Total de tutelas</b> | <b>Variación interanual tutelas</b> | <b>Tutelas por cada 1.000 afiliados</b> |
|------------|------------------|-------------------------|-------------------------------------|---|
| 2021       | 48.231.850       | 92.506                  | -15,9%                              | 1,92                                    |
| 2022       | 51.387.502       | 156.412                 | 69,1%                               | 3,04                                    |
| 2023       | 51.861.331       | 197.767                 | 26,4%                               | 3,81                                    |
| 2024       | 49.899.411       | 237.094                 | 19,9%                               | 4,75                                    |
| 2025       | 50.196.493       | 291.143                 | 22,8%                               | 5,80                                    |

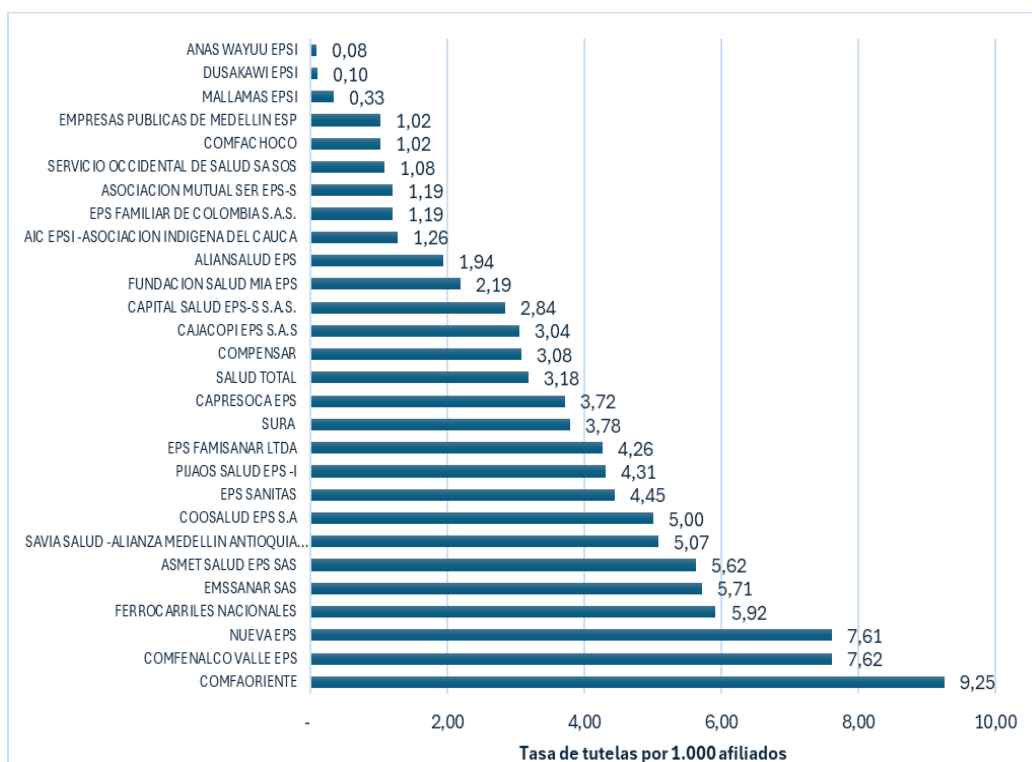
Fuente: elaboración propia Oficina de Calidad del MSPS. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a diciembre de 2025, consultada cubos SISPRO en marzo de 2026. Base de tutelas suministrada por la Corte Constitucional 2025 depurada solo se incluyen actores del SGSSS.

Para el análisis desagregado por Departamento y EPS, se tiene en cuenta la fuente autónoma Circular externa 001, reportada al Ministerio de salud y protección social por IPS, Entidades territoriales y EPS, debido a que la fuente

de datos suministrada por la Corte Constitucional para la obtención de una muestra de expedientes a recolectar contiene variables mínimas y para el caso de entidad demanda al ser un campo abierto, dificulta este tipo de agrupaciones y el análisis.

A nivel de EPS al analizar la tasa de tutelas por cada 1.000 afiliados, se observan diferencias importantes entre entidades. EPS como Comfaoriente (9,25), Comfenalco Valle (7,62) y Nueva EPS (7,61), Fondo Pasivo de ferrocarriles nacionales (5,92) y Emssanar (5,71) se ubican en los primeros cinco lugares al tener las tasas más altas. En contraste, entidades como ANAS WAYUU EPSI (0,08), Dusakawi EPSI (0,10) y Mallamas EPSI (0,33) presentan tasas más bajas, inferiores a 1 por cada 1.000 afiliados, teniendo en cuenta que estas entidades afilian en un alto porcentaje a comunidades indígenas.

Gráfica 37. Tasa de tutelas en salud por 1.000 afiliados, por EPS, Colombia 2025



Fuente: Circular externa 001 de 2025. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a diciembre de 2025, consultada cubos SISPRO en marzo de 2026.

Si bien el reporte de tutelas a través del anexo técnico de la Circular Externa 001 se inició en 2025 con información correspondiente a la vigencia 2024, la comparabilidad entre ambos años debe analizarse con cautela, considerando las diferencias en la cobertura del reporte y en el nivel de apropiación por parte de las entidades. En este sentido, el análisis se centra exclusivamente en los resultados del último año disponible.

Con respecto a este indicador en el nivel departamental, se encuentra que los resultados superiores a 10 tutelas por 1.000 afiliados se ubican en San Andrés y providencia, Guainía, Putumayo, Caquetá, Chocó, Arauca, Bolívar.

*Tabla 70. Tutelas por 1.000 afiliados por departamento 2024-2025*

| Departamento             | 2024      |                      |                                  | 2025      |                      |                                  |
|--------------------------|-----------|----------------------|----------------------------------|-----------|----------------------|----------------------------------|
|                          | Afiliados | Tutelas circular 001 | Tutelas por cada 1.000 Afiliados | Afiliados | Tutelas circular 001 | Tutelas por cada 1.000 Afiliados |
| SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA | 61.775    | 1.127                | 18,2                             | 61.784    | 13.620               | 220,4                            |
| GUAINÍA                  | 52.630    | 155                  | 2,9                              | 54.056    | 9.027                | 167,0                            |
| PUTUMAYO                 | 330.774   | 1.380                | 4,2                              | 332.558   | 19.901               | 59,8                             |
| CAQUETÁ                  | 411.854   | 2.336                | 5,7                              | 412.701   | 14.311               | 34,7                             |
| CHOCÓ                    | 439.113   | 762                  | 1,7                              | 441.200   | 6.779                | 15,4                             |
| ARAUCA                   | 316.331   | 2.999                | 9,5                              | 319.216   | 3.588                | 11,2                             |
| BOLÍVAR                  | 2.337.366 | 6.520                | 2,8                              | 2.343.811 | 26.083               | 11,1                             |
| ANTIOQUIA                | 6.945.299 | 54.057               | 7,8                              | 7.005.015 | 60.010               | 8,6                              |
| CALDAS                   | 910.702   | 14.001               | 15,4                             | 912.213   | 6.782                | 7,4                              |
| SANTANDER                | 2.239.609 | 12.749               | 5,7                              | 2.266.949 | 15.860               | 7,0                              |
| VALLE DEL CAUCA          | 4.608.199 | 28.771               | 6,2                              | 4.629.480 | 29.304               | 6,3                              |
| AMAZONAS                 | 74.735    | 544                  | 7,3                              | 76.330    | 473                  | 6,2                              |
| BOYACÁ                   | 1.171.881 | 4.953                | 4,2                              | 1.172.793 | 6.821                | 5,8                              |
| TOLIMA                   | 1.295.237 | 5.877                | 4,5                              | 1.300.106 | 7.504                | 5,8                              |
| CASANARE                 | 429.787   | 1.969                | 4,6                              | 434.179   | 2.250                | 5,2                              |
| NORTE DE SANTANDER       | 1.726.563 | 17.939               | 10,4                             | 1.741.291 | 8.555                | 4,9                              |
| LA GUAJIRA               | 1.106.660 | 1.004                | 0,9                              | 1.144.623 | 5.368                | 4,7                              |
| META                     | 1.064.840 | 3.721                | 3,5                              | 1.078.233 | 4.945                | 4,6                              |
| CESAR                    | 1.282.380 | 6.021                | 4,7                              | 1.283.464 | 5.774                | 4,5                              |
| RISARALDA                | 1.061.623 | 12.211               | 11,5                             | 1.075.007 | 4.551                | 4,2                              |
| NARIÑO                   | 1.450.224 | 7.638                | 5,3                              | 1.449.733 | 4.328                | 3,0                              |
| VICHADA                  | 87.330    | 198                  | 2,3                              | 89.688    | 184                  | 2,1                              |
| GUAVIARE                 | 86.233    | 155                  | 1,8                              | 85.944    | 172                  | 2,0                              |
| VAUPÉS                   | 33.079    | 113                  | 3,4                              | 34.057    | 68                   | 2,0                              |
| QUINDÍO                  | 567.398   | 3.795                | 6,7                              | 570.337   | 1.070                | 1,9                              |
| CUNDINAMARCA             | 2.703.382 | 4.020                | 1,5                              | 2.759.181 | 4.673                | 1,7                              |
| SUCRE                    | 952.396   | 1.456                | 1,5                              | 946.572   | 1.571                | 1,7                              |
| CAUCA                    | 1.328.732 | 5.915                | 4,5                              | 1.333.751 | 1.767                | 1,3                              |
| MAGDALENA                | 1.403.360 | 4.624                | 3,3                              | 1.402.628 | 1.247                | 0,9                              |

| Departamento | 2024      |                      |                                  | 2025      |                      |                                  |
|--------------|-----------|----------------------|----------------------------------|-----------|----------------------|----------------------------------|
|              | Afiliados | Tutelas circular 001 | Tutelas por cada 1.000 Afiliados | Afiliados | Tutelas circular 001 | Tutelas por cada 1.000 Afiliados |
| BOGOTÁ       | 7.757.229 | 17.503               | 2,3                              | 7.771.397 | 5.943                | 0,8                              |
| CÓRDOBA      | 1.680.477 | 3.890                | 2,3                              | 1.672.825 | 850                  | 0,5                              |
| ATLÁNTICO    | 2.805.528 | 4.714                | 1,7                              | 2.812.444 | 946                  | 0,3                              |
| HUILA        | 1.176.685 | 4.093                | 3,5                              | 1.182.927 | 185                  | 0,2                              |

Fuente: Circular Externa 001 de 2025. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a diciembre de 2025, consultada cubos SISPRO en marzo de 2026.

### 3.4.4 Calidad

Como último elemento para la valoración del Goce Efectivo del Derecho a la Salud (GEDS), la calidad evalúa que la atención en salud se encuentre centrada en las personas usuarias, que los servicios prestados sean apropiados desde el punto de vista médico, científico y técnico (pertinencia), y que cumplan con estándares definidos orientados a garantizar resultados adecuados en salud.

Este elemento incorpora indicadores relacionados con la seguridad del paciente, la oportunidad y continuidad de la atención, la adherencia a estándares de calidad establecidos y los resultados asociados al desempeño de los servicios de salud, con el propósito de valorar en qué medida la prestación responde a criterios de excelencia técnica y satisfacción de las necesidades en salud de la población

#### *Servicios apropiados desde el punto de vista médico y técnico*

Teniendo en cuenta que dentro de este elemento del Goce Efectivo del Derecho a la Salud (GEDS) se incorpora la evaluación de servicios apropiados desde el punto de vista médico y técnico, en este apartado se incluyen indicadores trazadores orientados a valorar la efectividad de las intervenciones en salud y el logro de resultados en la atención. Estos indicadores se relacionan principalmente con la recuperación nutricional, el control de enfermedades crónicas y la reducción de la mortalidad evitable.

Los indicadores asociados a desnutrición aguda permiten evaluar la capacidad del sistema de salud para el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y la recuperación efectiva de una condición de alto riesgo en salud pública. Su

desempeño depende de la implementación adecuada de protocolos de atención, la adopción de guías clínicas, la realización de procesos de tamizaje, la correcta clasificación clínica, el tratamiento oportuno y el seguimiento hasta verificar la recuperación nutricional, reflejando la adherencia a los estándares técnicos definidos.

No obstante, los resultados observados en estos indicadores no dependen exclusivamente de la calidad o de la prestación de los servicios de salud. Estos se encuentran estrechamente relacionados con los determinantes sociales de la salud, incluyendo condiciones socioeconómicas, características territoriales y calidad de vida de la población.

Factores como la pobreza, la inseguridad alimentaria, las limitaciones en el acceso a servicios básicos y las desigualdades territoriales reducen la probabilidad de recuperación nutricional, aun cuando se garantice la atención en salud, debido a la persistencia de condiciones asociadas a alimentación insuficiente, infecciones recurrentes y vulnerabilidad social.

En este contexto, el sector salud ha implementado estrategias orientadas a disminuir brechas territoriales y fortalecer la atención diferencial según las condiciones identificadas en los territorios priorizados. Durante la vigencia 2023 se inició la implementación del Plan de Desaceleración de la Mortalidad por Desnutrición, mediante el cual se priorizaron territorios que concentraban aproximadamente el 70 % de las muertes por esta causa.

En el marco de este plan se identificó la necesidad de fortalecer la captura y seguimiento de la información relacionada con las atenciones en salud brindadas a niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda. En consecuencia, se dispuso un sistema de información mediante el cual las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) reportan las atenciones realizadas en los doce departamentos priorizados.

El proceso de reporte inició en febrero de 2023 para el departamento de La Guajira y hacia el final de la misma vigencia para los demás territorios priorizados, razón por la cual únicamente La Guajira cuenta con información

completa para todo el año, mientras que los demás departamentos presentan información parcial.

Es importante señalar que este proceso requiere un periodo de maduración que permita estabilizar los flujos de información, así como fortalecer el compromiso institucional de las entidades territoriales y las EAPB para garantizar la oportunidad, consistencia y calidad del reporte. En este sentido, los indicadores incluidos fueron diseñados exclusivamente para los departamentos priorizados en el marco del Plan.

A partir de la experiencia acumulada, se ha evidenciado la necesidad de contar con un periodo mínimo de operación que permita generar resultados comparables y consistentes, así como asegurar que la recolección de información inicie desde el comienzo de cada vigencia, garantizando la completitud anual de los datos.

En relación con el indicador “Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición aguda notificados al SIVIGILA recuperados en adecuado peso para la talla”, es preciso señalar que su medición no se ha realizado aún conforme a los criterios establecidos en la Resolución 115 de 2025. El cálculo disponible corresponde a la normativa previa, en la cual se consideraban recuperados los casos que dejaban de presentar desnutrición aguda, aun cuando permanecieran en riesgo nutricional.

La adopción del nuevo criterio —que restringe la recuperación únicamente a los casos que alcanzan un peso adecuado para la talla— implica una disminución significativa del valor del indicador frente a mediciones anteriores (ver Tabla 1), dado que una proporción importante de niños y niñas, si bien supera la condición de desnutrición aguda, continúa en estado de riesgo durante periodos prolongados. Esta situación se encuentra asociada a condiciones persistentes de inseguridad alimentaria y nutricional que responden a determinantes estructurales que exceden el ámbito de intervención exclusivo del sector salud, por lo cual, aun garantizando la atención y el tratamiento adecuados, no es posible incidir de manera inmediata en su resolución.

*Tabla 71. Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición aguda notificados al SIVIGILA recuperados 2024-2025*

| Indicador  | Año  |      |
|--|------|------|
|  | 2024 | 2025 |
| Porcentaje de niños recuperados con peso adecuado para la talla                                | 39%  | 45%  |
| Porcentaje de niños recuperados con peso adecuado para la talla y riesgo de desnutrición aguda | 75%  | 80%  |

**Fuente:** Subdirección Nutricional alimentos y bebidas MSPS

Dentro de los atributos de la calidad de la atención en salud se contempla la oportunidad y se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esto permite que se realicen procesos de detección temprana de las enfermedades, así como la prevención de estas, la atención oportuna e inicio de tratamiento y aporta al mejoramiento de la calidad de vida de la población, con esto es posible disminuir el riesgo de complicaciones y eventos negativos en salud, lo que permite el cumplimiento de las rutas integrales de atención.

### *Satisfacción global de los usuarios*

De acuerdo con la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS la satisfacción global de los usuarios es un indicador que refleja la percepción integral sobre la experiencia en la atención recibida a través de las EPS. Este indicador está compuesto no solo por factores de acceso, sino por la forma en que se desarrolla la atención, la calidad de la interacción con el personal de salud y la capacidad del sistema para responder de manera oportuna y centrada en la persona.

El análisis de los resultados entre 2021 y 2025 permite identificar avances, retrocesos y brechas estructurales que influyen directamente en la confianza de los usuarios y en la legitimidad del sistema.

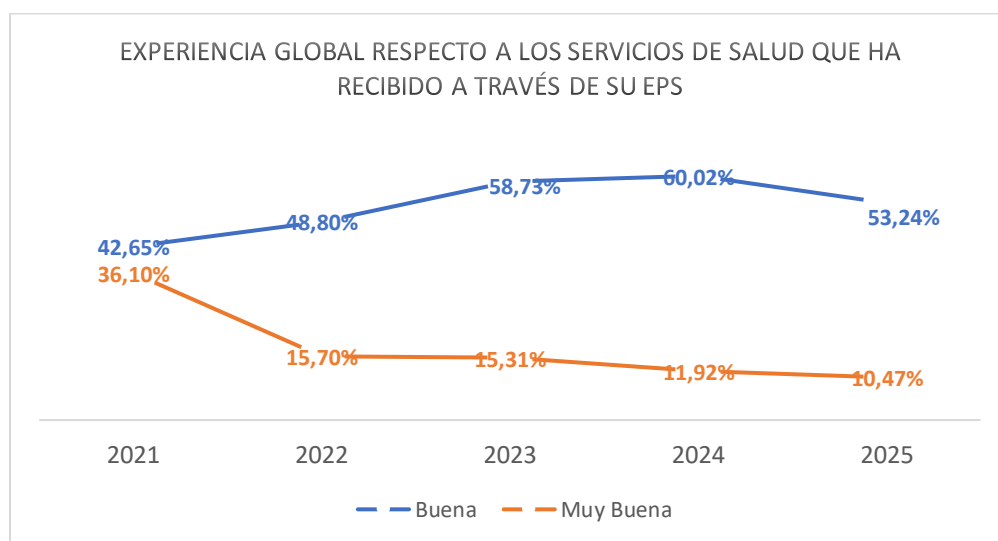
Estos indicadores deben analizarse en conjunto con las demás variables establecidas en la encuesta, lo que permitirá una comprensión integral de la satisfacción general. Los resultados reflejan la percepción de los usuarios con

respecto a su experiencia al momento de la atención en salud, sin embargo, al comparar la satisfacción global se debe tener en cuenta que en ocasiones se hace necesario analizar con otros indicadores resultantes de la encuesta para tener mayor precisión al momento de hacer el análisis.

### Satisfacción global 2021-2025

La encuesta no solo mide satisfacción, mide la capacidad del sistema para responder con calidad a las necesidades reales de la población.

Gráfica 38. Experiencia global 2021-2025 – Datos nación desagregado por Bueno/Muy Bueno

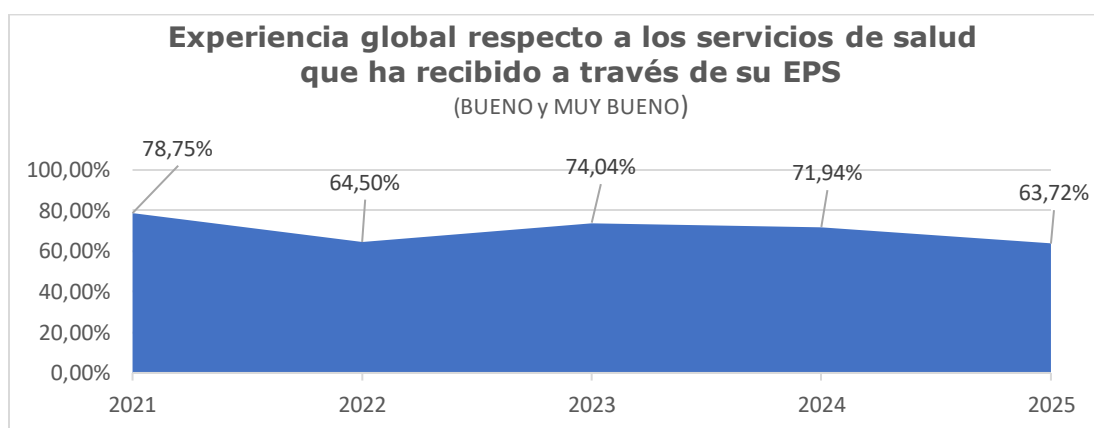


Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025

Se ve una caída en la satisfacción general de los servicios recibidos entre los años 2021 al 2025 bajando más de 20 puntos porcentuales entre los años comparados, es así como se observa que a la respuesta "Muy buena" en el año 2021 era de 36.10% y para el año 2025 bajo a 10.47%, mientras que para los mismos años la experiencia "mala" paso de un 2.78% a un 5.27%.

Así las cosas, nos indica que el año 2021 fue el mejor año en percepción general, a partir de 2022 hay una caída estructural, con ligera recuperación en 2023-2024, pero nuevo deterioro en 2025.

Gráfica 39. Experiencia global 2021-2025 – Datos nación



Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025.

Las EPS con mejor percepción sostenida que tienen mayor frecuencia aparecen con altos indicadores: SURA, Sanitas, Savia salud, Mutua Ser.

Tabla 72. Promedio de calificación (%) Bueno y Muy Bueno en la satisfacción por EPS (primeras 10 EPS)

| EPS (≥3 años) | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025  | Promedio 21-25 |
|---------------|------|------|------|------|-------|----------------|
| EPS SURA      | 88.8 | 70.7 | 71   | 84.6 | 65-70 | ≈76-78         |
| Sanitas       | 77.6 | 71.9 | 73.1 | 74.8 | 66-69 | ≈73-75         |
| Compensar     | 68.2 | 68.8 | 68.8 | 67.2 | 65-68 | ≈67-69         |
| Nueva EPS     | 77.5 | 60.6 | 64.3 | 71.1 | 60-63 | ≈66-68         |
| Mutual Ser    | 95.2 | 56.4 | 71.8 | 88.4 | 76-79 | ≈77-79         |
| Salud Total   | 65.5 | 61.7 | 75.3 | 76.5 | 62-65 | ≈68-70         |
| Coosalud      | 55.7 | 52.2 | 61.3 | 69.3 | 58-60 | ≈59-61         |
| Capital Salud | 76.6 | 56.9 | 64.1 | 61.1 | 50-54 | ≈60-62         |
| Savia Salud   | 94.2 | 58.4 | 79.5 | 75.9 | 58-61 | ≈73-75         |
| ASMET Salud   | 83.8 | 59.4 | 63.2 | 51.3 | 55-58 | ≈62-64         |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2025.

Con relación a los departamentos calificados, Santander aparece con el primer puesto dentro de los primeros cuatro años evaluados por departamento (2021-2024), con un 88.1% en promedio de calificación "Muy Bueno - Bueno", seguido

de Antioquia y Cesar con una calificación de 80.9% y 78.3% en promedio, contrario al departamento de Chocó con un 46.6% en promedio de satisfacción y los departamentos de Guainía y Vichada con una calificación de 48.2% y 47.6% respectivamente.

*Tabla 73. Promedio de calificación Bueno y Muy Bueno en la satisfacción por Departamento*

| <b>Departamento</b> | <b>Promedio 2021-2024 (%)</b> |
|---------------------|-------------------------------|
| Santander           | 88,1                          |
| Antioquia           | 80,9                          |
| Cesar               | 78,3                          |
| Norte de Santander  | 77,2                          |
| Córdoba             | 76,2                          |
| Boyacá              | 75,7                          |
| Sucre               | 73,9                          |
| Bolívar             | 73,6                          |
| Caldas              | 73,5                          |
| <b>Nación</b>       | <b>72,9</b>                   |
| Valle del Cauca     | 71,9                          |
| La Guajira          | 71,8                          |
| Magdalena           | 72,7                          |
| Meta                | 69,5                          |
| Bogotá, D.C.        | 68,8                          |
| Casanare            | 65,3                          |
| Cauca               | 70,0                          |
| Quindío             | 70,8                          |
| Risaralda           | 63,7                          |
| Huila               | 66,9                          |
| Guaviare            | 66,1                          |
| Tolima              | 63,9                          |
| Arauca              | 61,1                          |
| Caquetá             | 62,2                          |
| San Andrés          | 63,6                          |
| Amazonas            | 56,4                          |
| Nariño              | 56,4                          |
| Putumayo            | 54,3                          |
| Vaupés              | 58,4                          |
| Guainía             | 48,2                          |
| Vichada             | 47,6                          |
| Chocó               | 46,6                          |

\*Fuente: Encuesta de satisfacción 2021-2024

\*\* Para el año 2025 la medición de recolección se desagregó hasta las regiones no por departamentos, los datos son promediados.

Con relación al análisis del 2025 por regiones, la Región Central (75,0 %), única por encima del promedio histórico nacional, Orinoquía y Amazonía (47,5 %), contiene la media nacional y Bogotá y Caribe caen a niveles cercanos al 60 %, por debajo del promedio histórico.

*Tabla 74. Promedio de calificación Bueno y Muy Bueno en la satisfacción global por Región 2025*

| <b>Región</b>        | <b>Bueno (%)</b> | <b>Muy bueno (%)</b> | <b>Total (%)</b> |
|----------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Central              | 63,69            | 11,29                | 75,0             |
| Oriental             | 57,98            | 8,68                 | 66,7             |
| Bogotá               | 52,32            | 7,84                 | 60,2             |
| Caribe               | 52,32            | 7,84                 | 60,2             |
| Pacífica             | 45,18            | 17,43                | 62,6             |
| Orinoquía y Amazonía | 44,46            | 3,07                 | 47,5             |

Fuente: Encuesta de satisfacción 2025

### **Servicios que responden a los estándares de calidad aceptados por la comunidad científica**

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; los cuales son puertas de entrada del sistema de salud.

### **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 esta para 2025 en 3,39 días. Es importante tener en cuenta el año 2021 estuvo afectado 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. Para los años 2024-2025 el comportamiento del indicador nacional es similar estando cerca del estándar establecido

De acuerdo con el comportamiento para el año 2025, 26 departamentos o distritos alcanzan el umbral óptimo del indicador, que son los que presentan los tiempos del estándar  $\leq 3$  días. Para Bogotá, Cesar, Huila, Risaralda, Valle del Cauca y San Andrés están en un nivel medio, dado que sus tiempos promedios están entre 3 y 5 días, el departamento que tiene mayor promedio por encima de 5 días es Antioquia

*Tabla 75. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Colombia 2021-2025*

| Departamento / Distrito | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General |      |      |      |      |
|-------------------------|--|------|------|------|------|
|                         | 2021   | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| 05 - Antioquia          | 3,11   | 3,37 | 4,11 | 5,88 | 6,14 |
| 08 - Atlántico          | 4,68   | 3,85 | 4,74 | 2,80 | 2,50 |
| 11 - Bogotá, D.C.       | 6,61   | 3,54 | 1,61 | 4,21 | 3,12 |
| 13 - Bolívar            | 9,54   | 3,42 | 4,78 | 2,58 | 2,20 |
| 15 - Boyacá             | 2,31   | 2,43 | 4,53 | 3,28 | 2,47 |
| 17 - Caldas             | 3,65   | 3,51 | 3,18 | 2,97 | 2,64 |
| 18 - Caquetá            | 1,35   | 1,36 | 2,64 | 1,36 | 1,11 |
| 19 - Cauca              | 1,79   | 1,37 | 3,01 | 1,24 | 1,49 |
| 20 - Cesar              | 2,53   | 2,86 | 3,01 | 3,74 | 3,06 |
| 23 - Córdoba            | 2,28   | 1,9  | 0,93 | 1,47 | 1,95 |
| 25 - Cundinamarca       | 5,64   | 4,19 | 2,28 | 4,00 | 2,67 |
| 27 - Chocó              | 1,46   | 1,82 | 2,21 | 1,39 | 1,24 |
| 41 - Huila              | 2,08   | 2,03 | 2,69 | 3,76 | 3,34 |
| 44 - La Guajira         | 1,36   | 1,42 | 1,71 | 1,58 | 1,28 |
| 47 - Magdalena          | 3,00   | 2,96 | 1,62 | 2,42 | 2,11 |
| 50 - Meta               | 3,19   | 3,33 | 3,18 | 3,47 | 3,04 |
| 52 - Nariño             | 1,65   | 1,72 | 1,31 | 2,27 | 1,87 |
| 54 - Norte de Santander | 1,88   | 2,07 | 2,83 | 2,43 | 2,13 |
| 63 - Quindío            | 3,03   | 3,85 | 2,96 | 3,24 | 2,73 |
| 66 - Risaralda          | 5,49   | 5,54 | 1,37 | 3,93 | 4,14 |
| 68 - Santander          | 2,68   | 3,19 | 2,49 | 2,66 | 2,71 |
| 70 - Sucre              | 2,41   | 2,52 | 2,63 | 1,52 | 1,75 |
| 73 - Tolima             | 3,52   | 3,51 | 1,96 | 2,84 | 2,52 |
| 76 - Valle del Cauca    | 3,71   | 4,21 | 2,21 | 3,73 | 4,57 |
| 81 - Arauca             | 2,15   | 2,13 | 1,71 | 1,52 | 2,70 |
| 85 - Casanare           | 2,12   | 1,96 | 3,55 | 2,40 | 2,61 |
| 86 - Putumayo           | 1,33   | 1,37 | 3,06 | 1,33 | 1,42 |

| Departamento / Distrito                                       | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General |             |             |             |             |
|---|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   | 2021   | 2022        | 2023        | 2024        | 2025        |
| 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 3,86   | 4,83        | 3,13        | 3,10        | 3,42        |
| 91 - Amazonas   | 0,71   | 3,02        | 1,85        | 4,37        | 1,87        |
| 94 - Guainía  | 3,92   | 5,34        | 2,37        | 1,45        | 2,00        |
| 95 - Guaviare   | 2,10   | 3,73        | 3,64        | 2,21        | 1,68        |
| 97 - Vaupés   | 0,95   | 0,79        | 0,89        | 1,77        | 1,86        |
| 99 - Vichada  | 1,47   | 2,55        | 1,06        | 0,83        | 1,07        |
| <b>TOTAL PAÍS</b>   | <b>4,1</b>   | <b>3,25</b> | <b>3,25</b> | <b>3,61</b> | <b>3,39</b> |

Fuente: Repositorio SIC, resolución 256 de 2016, extracción de datos OTIC

En cuanto al tiempo promedio de asignación de cita para odontología general en Colombia, se evidencia una mejoría nacional sostenida entre 2021 y 2025 (Es importante tener en cuenta el año 2021 estuvo afectado por la pandemia por COVID 19), pasando de 5,42 a 3,01 días, lo que evidencia que está dentro del estándar definido. Para los años 2024-2025 el comportamiento del indicador nacional es similar estando cerca del estándar establecido.

De acuerdo con el comportamiento para el año 2025, 27 departamentos o distritos alcanzan el umbral óptimo del indicador, que son los que presentan menor tiempo del estándar  $\leq 3$  días. Para el caso de Bogotá, Cesar, Cundinamarca, Valle del Cauca, Guaviare y Vaupés están en un nivel medio, sus tiempos promedios están entre 3 y 5 días. Antioquia, presenta un promedio mayor a 5 días.

*Tabla 76. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General. Colombia 2021-2025*

| Departamento / Distrito | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General |      |      |      |      |
|-------------------------|---|------|------|------|------|
|                         | 2021  | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| 05 - Antioquia          | 3,86  | 5,39 | 3,29 | 5,05 | 5,37 |
| 08 - Atlántico          | 2,89  | 3,21 | 4,22 | 2,94 | 2,24 |
| 11 - Bogotá, D.C.       | 11,80   | 5,33 | 1,04 | 4,55 | 3,75 |
| 13 - Bolívar            | 1,92  | 2,53 | 5,06 | 2,04 | 2,25 |
| 15 - Boyacá             | 2,12  | 2,04 | 4,24 | 2,11 | 2,07 |
| 17 - Caldas             | 4,07  | 3,85 | 5,24 | 2,91 | 2,80 |
| 18 - Caquetá            | 1,02  | 1,61 | 4,29 | 1,33 | 1,37 |

|   |             |             |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 19 - Cauca  | 1,04        | 0,89        | 1,80        | 1,09        | 1,14        |
| 20 - Cesar  | 3,31        | 3,49        | 3,11        | 3,30        | 4,05        |
| 23 - Córdoba  | 1,63        | 1,58        | 1,35        | 1,17        | 1,60        |
| 25 - Cundinamarca   | 9,70        | 4,83        | 3,15        | 4,17        | 3,04        |
| 27 - Chocó  | 1,54        | 1,41        | 1,36        | 1,80        | 1,06        |
| 41 - Huila  | 2,27        | 1,80        | 4,32        | 3,40        | 2,06        |
| 44 - La Guajira   | 1,28        | 0,95        | 1,66        | 0,94        | 1,19        |
| 47 - Magdalena  | 2,47        | 1,89        | 1,41        | 1,47        | 1,68        |
| 50 - Meta   | 4,19        | 3,30        | 7,78        | 3,63        | 2,90        |
| 52 - Nariño   | 1,73        | 2,46        | 1,57        | 1,74        | 1,62        |
| 54 - Norte de Santander                                       | 1,66        | 1,93        | 2,82        | 1,94        | 1,94        |
| 63 - Quindío  | 2,02        | 2,54        | 2,62        | 3,25        | 1,72        |
| 66 - Risaralda  | 3,73        | 3,53        | 0,97        | 3,30        | 1,94        |
| 68 - Santander  | 3,84        | 3,64        | 1,35        | 2,70        | 2,81        |
| 70 - Sucre  | 1,66        | 2,26        | 3,59        | 1,31        | 1,26        |
| 73 - Tolima   | 2,56        | 2,37        | 2,37        | 1,70        | 1,88        |
| 76 - Valle del Cauca  | 4,62        | 6,36        | 1,99        | 2,85        | 3,52        |
| 81 - Arauca   | 2,44        | 1,46        | 1,97        | 1,05        | 2,20        |
| 85 - Casanare   | 2,64        | 2,91        | 4,19        | 3,20        | 2,60        |
| 86 - Putumayo   | 2,00        | 1,64        | 2,57        | 1,47        | 1,82        |
| 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 1,79        | 4,81        | 3,66        | 3,09        | 2,74        |
| 91 - Amazonas   | 1,57        | 3,55        | 1,27        | 2,50        | 1,79        |
| 94 - Guainía  | 0,82        | 2,50        | 1,98        | 1,43        | 1,25        |
| 95 - Guaviare   | 1,89        | 4,00        | 6,26        | 3,69        | 4,68        |
| 97 - Vaupés   | 0,73        | 0,45        | 0,63        | 2,01        | 3,64        |
| 99 - Vichada  | 1,49        | 0,63        | 0,66        | 0,83        | 1,19        |
| <b>TOTAL PAÍS</b>   | <b>5,42</b> | <b>3,92</b> | <b>3,98</b> | <b>3,20</b> | <b>3,01</b> |

Fuente: Repositorio SIC, resolución 256 de 2016, extracción de datos OTIC

### *Comportamiento de tiempo promedio de asignación de citas por especialidades*

Para obstetricia el tiempo promedio de asignación de cita es de 8,84 días para 2025. Este indicador tuvo una tendencia al aumento en días de oportunidad del año 2022 a 2023, siendo el año 2023 el año con mayor promedio. Para el año 2025, 22 departamentos se encuentran en promedio optimo cumpliendo con el estándar  $\leq 8$  días, encontrándose en los primeros tres lugares Vichada, Caquetá y Putumayo. Dentro del promedio medio se encuentra Bogotá, Quindío, Caldas, Risaralda y Meta estando entre 8 y 10 días. Antioquia, Bolivar, Cesar, Cordoba y Huila están en oportunidad mayor 10 días. Para los años 2024-2025 el

comportamiento del indicador nacional tuvo una variación de 0,71 estando en un nivel medio de cumplimiento.

*Tabla 77. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita obstetricia. Colombia 2021- 2025*

| Departamento / Distrito                                       | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia |             |             |             |             |
|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   | 2021  | 2022        | 2023        | 2024        | 2025        |
| 05 - Antioquia  | 14,99   | 20,78       | 8,82        | 17,26       | 16,58       |
| 08 - Atlántico  | 8,36  | 6,16        | 28,20       | 8,18        | 4,56        |
| 11 - Bogotá, D.C.   | 8,04  | 8,38        | 4,34        | 6,94        | 8,22        |
| 13 - Bolívar  | 8,02  | 5,79        | 7,68        | 11,20       | 10,16       |
| 15 - Boyacá   | 3,95  | 4,31        | 7,33        | 4,93        | 4,63        |
| 17 - Caldas   | 7,12  | 10,34       | 7,28        | 11,01       | 9,14        |
| 18 - Caquetá  | 3,07  | 1,79        | 5,14        | 2,57        | 1,41        |
| 19 - Cauca  | 5,51  | 3,83        | 4,58        | 4,06        | 4,32        |
| 20 - Cesar  | 5,25  | 5,53        | 10,15       | 8,90        | 12,04       |
| 23 - Córdoba  | 5,28  | 8,98        | 1,71        | 7,53        | 10,15       |
| 25 - Cundinamarca   | 7,64  | 7,97        | 4,30        | 4,45        | 4,89        |
| 27 - Chocó  | 4,50  | 2,28        | 5,02        | 2,12        | 5,63        |
| 41 - Huila  | 4,61  | 4,33        | 7,85        | 5,51        | 22,62       |
| 44 - La Guajira   | 4,30  | 5,49        | 2,53        | 3,85        | 4,10        |
| 47 - Magdalena  | 6,64  | 6,66        | 19,79       | 5,32        | 3,68        |
| 50 - Meta   | 5,14  | 6,30        | 5,74        | 10,13       | 9,80        |
| 52 - Nariño   | 5,02  | 5,27        |             | 6,49        | 5,39        |
| 54 - Norte de Santander                                       | 3,89  | 4,48        | 7,89        | 3,55        | 3,92        |
| 63 - Quindío  | 5,30  | 6,05        | 4,34        | 5,26        | 8,68        |
| 66 - Risaralda  | 7,79  | 5,65        | 3,63        | 6,63        | 9,19        |
| 68 - Santander  | 5,45  | 6,70        | 5,24        | 6,15        | 6,31        |
| 70 - Sucre  | 3,83  | 3,37        | 6,57        | 3,90        | 3,08        |
| 73 - Tolima   | 5,25  | 7,85        | 4,86        | 6,60        | 7,88        |
| 76 - Valle del Cauca  | 10,13   | 11,81       | 4,43        | 8,12        | 7,00        |
| 81 - Arauca   | 5,59  | 5,54        | 4,30        | 5,45        | 5,91        |
| 85 - Casanare   | 3,42  | 4,31        | 6,68        | 5,74        | 4,02        |
| 86 - Putumayo   | 3,48  | 4,39        | 8,58        | 3,50        | 3,34        |
| 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 7,17  | 6,92        | 7,39        | 7,92        | 6,45        |
| 91 - Amazonas   | 7,18  | 5,82        | 3,31        | 19,05       | 7,26        |
| 94 - Guainía  |   |             | 6,58        |             |             |
| 95 - Guaviare   | 8,92  | 6,68        | 9,40        | 5,86        | 7,39        |
| 97 - Vaupés   |   |             | 4,92        | 5,55        | 7,85        |
| 99 - Vichada  | 12,70   | 5,87        | 2,29        | 2,28        | 1,95        |
| <b>TOTAL PAÍS</b>   | <b>7,61</b>   | <b>8,88</b> | <b>9,79</b> | <b>8,13</b> | <b>8,84</b> |

Fuente: Repositorio SIC, resolución 256 de 2016, extracción de datos OTIC

Para el servicio de pediatría, el tiempo promedio para la asignación de citas aumentó entre 2020 y 2022, desde el año 2023 ha tenido una tendencia a la disminución, lo que permite tener una mejor gestión del riesgo de la infancia en el país, pasando de 8,27 en 2022 a 5,32 en el año 2025, estando más cerca de alcanzar el estándar esperado que es menor o igual a 5 días. Para este periodo, 17 departamentos o distritos alcanzaron el estándar siendo Vichada, Caquetá y Putumayo quienes ocupan los primeros tres lugares de este grupo.

Dentro del rango medio se encuentran 13 departamentos/distritos siendo Bolívar, Arauca y Bogotá quienes están en los primeros lugares, con una aproximación importante para alcanzar el estándar, estando por debajo de 5,5 días, se consideran en este rango, los que están con tiempos promedio de 5 a 7 días.

*Tabla 78. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita pediatría. Colombia 2021-2025*

| Departamento / Distrito | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría |       |       |      |      |
|-------------------------|---|-------|-------|------|------|
|                         | 2021  | 2022  | 2023  | 2024 | 2025 |
| 05 - Antioquia          | 8,08  | 12,41 | 8,37  | 7,08 | 5,91 |
| 08 - Atlántico          | 4,83  | 7,40  | 8,30  | 4,86 | 4,24 |
| 11 - Bogotá, D.C.       | 6,90  | 7,90  | 4,75  | 6,26 | 5,49 |
| 13 - Bolívar            | 5,60  | 7,11  | 5,80  | 5,78 | 5,12 |
| 15 - Boyacá             | 3,23  | 4,54  | 6,38  | 4,55 | 3,88 |
| 17 - Caldas             | 11,60   | 10,83 | 6,33  | 8,15 | 8,57 |
| 18 - Caquetá            | 3,14  | 3,10  | 6,94  | 2,29 | 3,19 |
| 19 - Cauca              | 4,53  | 4,83  | 4,42  | 5,54 | 4,60 |
| 20 - Cesar              | 4,17  | 6,75  | 9,40  | 6,89 | 8,39 |
| 23 - Córdoba            | 7,70  | 8,96  | 3,13  | 5,14 | 5,31 |
| 25 - Cundinamarca       | 8,51  | 8,92  | 4,92  | 8,02 | 4,10 |
| 27 - Chocó              | 2,42  | 3,10  | 6,00  | 6,11 | 6,20 |
| 41 - Huila              | 5,32  | 5,34  | 6,75  | 6,88 | 5,93 |
| 44 - La Guajira         | 5,03  | 4,66  | 5,59  | 4,07 | 4,30 |
| 47 - Magdalena          | 5,91  | 7,72  | 5,53  | 4,60 | 3,92 |
| 50 - Meta               | 5,19  | 5,82  | 13,48 | 8,26 | 5,95 |
| 52 - Nariño             | 3,90  | 3,74  | 2,61  | 5,42 | 4,40 |
| 54 - Norte de Santander | 3,93  | 3,98  | 6,98  | 4,38 | 3,55 |
| 63 - Quindío            | 6,00  | 7,82  | 6,91  | 6,49 | 5,02 |
| 66 - Risaralda          | 6,51  | 7,97  | 3,50  | 6,04 | 6,46 |
| 68 - Santander          | 4,86  | 5,82  | 5,86  | 4,80 | 4,87 |
| 70 - Sucre              | 5,04  | 8,02  | 5,22  | 4,89 | 4,13 |
| 73 - Tolima             | 6,65  | 9,45  | 3,43  | 7,32 | 5,65 |
| 76 - Valle del Cauca    | 9,81  | 14,13 | 3,83  | 8,71 | 6,41 |
| 81 - Arauca             | 5,99  | 5,51  | 3,74  | 5,33 | 5,33 |

| Departamento / Distrito                                       | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría |             |             |             |             |
|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   | 2021  | 2022        | 2023        | 2024        | 2025        |
| 85 - Casanare   | 4,77  | 5,60        | 8,61        | 5,24        | 4,82        |
| 86 - Putumayo   | 3,48  | 3,96        | 7,38        | 4,19        | 3,53        |
| 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 7,94  | 7,39        | 6,22        | 5,49        | 4,04        |
| 91 - Amazonas   | 4,96  | 5,21        | 5,85        | 7,86        | 3,89        |
| 94 - Guainía  | 5,69  | 7,25        | 6,82        | 3,20        | 6,25        |
| 95 - Guaviare   | 9,23  | 5,23        | 7,45        | 7,71        | 8,22        |
| 97 - Vaupés   | 6,00  | 2,80        | 2,81        | 4,77        | 5,20        |
| 99 - Vichada  | 8,33  | 2,89        | 2,77        | 2,85        | 2,12        |
| <b>TOTAL PAÍS</b>   | <b>6,64</b>   | <b>8,27</b> | <b>6,80</b> | <b>6,21</b> | <b>5,32</b> |

Fuente: Repositorio SIC, resolución 256 de 2016, extracción de datos OTIC

La especialidad de medicina interna muestra una tendencia a la disminución en el tiempo de espera para la cita, a partir del año 2023, lo que implica un acceso más oportuno para los usuarios desde este año, que continúa en el 2024. La oportunidad en el país pasó de 13,79 en el 2022 a 10,88 en el 2025 cumpliendo el estándar  $\leq 15$  días. A pesar de que algunos departamentos tuvieron variaciones respecto a 2024 hacia el aumento, se encuentran dentro del tiempo esperado.

*Tabla 79. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna. Colombia 2021-2025*

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

| Departamento / Distrito                                       | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna |              |              |              |              |
|---|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
|   | 2021   | 2022         | 2023         | 2024         | 2025         |
| 68 - Santander  | 8,9  | 11,58        | 8,60         | 11,78        | 11,63        |
| 70 - Sucre  | 10,6   | 11,58        | 12,39        | 11,95        | 9,44         |
| 73 - Tolima   | 10,2   | 14,45        | 6,99         | 10,92        | 13,01        |
| 76 - Valle del Cauca  | 16,8   | 18,12        | 7,92         | 13,34        | 15,03        |
| 81 - Arauca   | 7,7  | 8,01         | 4,72         | 7,73         | 6,36         |
| 85 - Casanare   | 7,2  | 7,69         | 15,59        | 8,10         | 7,05         |
| 86 - Putumayo   | 3,5  | 5,09         | 12,64        | 5,75         | 6,19         |
| 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 12,9   | 19,66        | 10,51        | 18,70        | 10,20        |
| 91 - Amazonas   | 6,6  | 7,14         | 10,82        | 10,43        | 3,86         |
| 94 - Guainía  | 3,6  | 2,11         | 16,45        | 1,95         | 5,23         |
| 95 - Guaviare   | 13,8   | 9,16         | 17,57        | 10,75        | 10,56        |
| 97 - Vaupés   | 4,5  | 6,35         | 4,99         | 6,52         | 6,70         |
| 99 - Vichada  | 7,7  | 7,49         | 5,51         | 5,34         | 2,77         |
| <b>TOTAL PAÍS</b>   | <b>11,5</b>  | <b>13,79</b> | <b>12,27</b> | <b>11,25</b> | <b>10,88</b> |

Fuente: Repositorio SIC, resolución 256 de 2016, extracción de datos OTIC

Para cirugía general el tiempo promedio de asignación de cita es de 10,60 días para 2025, con leve aumento respecto a 2024 que se encontraba en 10,34. 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, siendo un avance para la atención y garantía del derecho a la salud.

Este indicador se encuentra cerca de alcanzar el promedio esperado menor o igual a 10 días, 24 del total de departamentos/distritos alcanzaron el promedio esperado (Guainía, Vaupés y Vichada e los primeros 3 lugares), 5 se encuentran en un promedio entre 10 y 12 días (Bogotá, Bolívar, Magdalena y Guaviare) y el restante (Cesar, Huila, Tolima y Valle del Cauca) se encuentran por encima de 12 días.

*Tabla 80. Comportamiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general. Colombia 2021-2025*

| Departamento / Distrito | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General |       |       |       |       |
|-------------------------|---|-------|-------|-------|-------|
|                         | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |
| 05 - Antioquia          | 9,5   | 11,25 | 4,41  | 11,32 | 8,33  |
| 08 - Atlántico          | 16,8  | 18,17 | 9,95  | 9,46  | 7,73  |
| 11 - Bogotá, D.C.       | 15,5  | 14,71 | 4,57  | 12,09 | 11,84 |
| 13 - Bolívar            | 12,3  | 18,22 | 7,69  | 10,60 | 11,47 |
| 15 - Boyacá             | 5,1   | 6,41  | 10,78 | 6,35  | 7,37  |

| Departamento / Distrito                                       | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General |              |              |              |              |
|---|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
|   | 2021  | 2022         | 2023         | 2024         | 2025         |
| 17 - Caldas   | 10,4  | 14,12        | 11,36        | 9,84         | 8,38         |
| 18 - Caquetá  | 4,1   | 4,41         | 11,00        | 2,80         | 5,08         |
| 19 - Cauca  | 7,2   | 6,38         | 7,06         | 7,48         | 7,00         |
| 20 - Cesar  | 6,2   | 6,64         | 10,39        | 8,52         | 12,91        |
| 23 - Córdoba  | 9,5   | 11,85        | 4,05         | 10,79        | 11,28        |
| 25 - Cundinamarca   | 9,2   | 10,28        | 7,09         | 9,97         | 9,49         |
| 27 - Chocó  | 2,6   | 4,61         | 8,95         | 6,75         | 5,15         |
| 41 - Huila  | 6,4   | 7,16         | 10,16        | 8,68         | 27,33        |
| 44 - La Guajira   | 5,5   | 6,26         | 3,77         | 8,12         | 7,47         |
| 47 - Magdalena  | 9,1   | 12,80        | 11,88        | 7,22         | 10,48        |
| 50 - Meta   | 8,3   | 20,22        | 10,36        | 10,34        | 7,14         |
| 52 - Nariño   | 7,5   | 7,78         | 2,49         | 8,23         | 7,07         |
| 54 - Norte de Santander                                       | 4,9   | 5,39         | 10,33        | 7,70         | 8,10         |
| 63 - Quindío  | 8,9   | 15,09        | 6,75         | 9,56         | 6,94         |
| 66 - Risaralda  | 9,7   | 13,83        | 5,75         | 12,98        | 9,04         |
| 68 - Santander  | 8,9   | 11,31        | 9,46         | 8,05         | 7,71         |
| 70 - Sucre  | 11,1  | 9,23         | 14,85        | 12,98        | 9,39         |
| 73 - Tolima   | 9,2   | 12,92        | 8,25         | 12,90        | 14,97        |
| 76 - Valle del Cauca  | 13,5  | 17,36        | 6,42         | 11,79        | 13,37        |
| 81 - Arauca   | 4,0   | 5,58         | 6,46         | 4,79         | 4,86         |
| 85 - Casanare   | 5,2   | 7,12         | 8,58         | 9,05         | 4,84         |
| 86 - Putumayo   | 3,6   | 6,79         | 13,55        | 5,50         | 7,25         |
| 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 10,1  | 8,29         | 8,50         | 8,51         | 7,88         |
| 91 - Amazonas   | 4,7   | 11,06        | 10,64        | 8,39         | 4,69         |
| 94 - Guainía  | 4,5   | 3,49         | 18,28        | 0,32         | 2,64         |
| 95 - Guaviare   | 7,9   | 10,94        | 15,96        | 8,08         | 11,14        |
| 97 - Vaupés   | 2,0   |              |              | 2,26         | 2,93         |
| 99 - Vichada  | 7,6   | 8,02         | 5,95         | 5,67         | 3,89         |
| <b>TOTAL PAÍS</b>   | <b>10,82</b>  | <b>12,80</b> | <b>10,74</b> | <b>10,34</b> | <b>10,60</b> |

Fuente: Repositorio SIC, resolución 256 de 2016, extracción de datos OTIC

Por otra parte, en lo relacionado con el indicador tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias, del año 2021 a 2025 a nivel nacional se ha cumplido el estándar. Para el año 2025, 30 de los departamentos o distritos cumplieron con el estándar de atención.

*Tabla 81. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias 2021-2025*

| Departamento / Distrito                                       | Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias |              |              |              |              |
|---|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
|   | 2021  | 2022         | 2023         | 2024         | 2025         |
| 05 - Antioquia  | 20,48   | 22,03        | 21,82        | 19,14        | 20,71        |
| 08 - Atlántico  | 23,78   | 17,80        | 23,29        | 22,56        | 28,96        |
| 11 - Bogotá, D.C.   | 36,15   | 39,73        | 33,03        | 30,54        | 29,79        |
| 13 - Bolívar  | 31,52   | 36,93        | 37,14        | 27,34        | 20,31        |
| 15 - Boyacá   | 28,13   | 19,03        | 17,30        | 17,46        | 19,60        |
| 17 - Caldas   | 29,04   | 19,93        | 28,92        | 24,87        | 24,19        |
| 18 - Caquetá  | 14,70   | 38,91        | 21,97        | 25,87        | 31,83        |
| 19 - Cauca  | 24,82   | 30,61        | 25,47        | 18,57        | 17,38        |
| 20 - Cesar  | 18,34   | 16,93        | 18,83        | 18,47        | 16,04        |
| 23 - Córdoba  | 17,36   | 13,93        | 20,59        | 29,46        | 20,36        |
| 25 - Cundinamarca   | 21,09   | 24,72        | 28,94        | 23,44        | 20,41        |
| 27 - Chocó  | 27,25   | 22,59        | 11,20        | 9,98         | 11,03        |
| 41 - Huila  | 17,44   | 19,84        | 14,32        | 15,10        | 20,69        |
| 44 - La Guajira   | 24,02   | 27,04        | 26,11        | 25,58        | 40,74        |
| 47 - Magdalena  | 18,61   | 27,35        | 22,84        | 21,94        | 20,76        |
| 50 - Meta   | 21,07   | 22,29        | 18,17        | 17,10        | 16,90        |
| 52 - Nariño   | 29,69   | 30,18        | 25,63        | 29,08        | 22,32        |
| 54 - Norte de Santander                                       | 33,55   | 34,53        | 25,66        | 19,58        | 14,57        |
| 63 - Quindío  | 27,80   | 25,20        | 19,53        | 32,01        | 27,27        |
| 66 - Risaralda  | 27,61   | 22,62        | 26,92        | 27,11        | 23,92        |
| 68 - Santander  | 37,15   | 27,04        | 24,47        | 31,16        | 33,76        |
| 70 - Sucre  | 19,92   | 25,78        | 25,18        | 20,22        | 27,60        |
| 73 - Tolima   | 17,64   | 20,24        | 17,17        | 22,41        | 16,55        |
| 76 - Valle del Cauca  | 26,66   | 27,03        | 25,22        | 25,82        | 23,63        |
| 81 - Arauca   | 43,09   | 23,46        | 23,57        | 20,12        | 13,15        |
| 85 - Casanare   | 15,46   | 21,33        | 23,04        | 22,13        | 8,61         |
| 86 - Putumayo   | 19,85   | 23,32        | 20,20        | 13,96        | 13,24        |
| 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 20,59   | 4,88         | 5,53         | 7,75         | 27,26        |
| 91 - Amazonas   | 15,75   | 16,64        | 13,41        | 10,10        | 15,23        |
| 94 - Guainía  | 41,74   | 27,01        | 21,89        | 17,30        | 13,69        |
| 95 - Guaviare   | 48,08   | 36,21        | 30,98        | 27,89        | 27,30        |
| 97 - Vaupés   | 19,15   | 58,95        | 9,32         | 11,20        | 19,95        |
| 99 - Vichada  | 45,90   | 48,27        | 51,94        | 41,83        | 60,89        |
| <b>TOTAL PAÍS</b>   | <b>25,45</b>  | <b>26,12</b> | <b>25,00</b> | <b>24,09</b> | <b>23,74</b> |

Fuente: Repositorio SIC, resolución 256 de 2016, extracción de datos OTIC

## **METODOLOGÍA PARA IDENTIFICAR Y ANALIZAR LAS FALLAS ESTRUCTURALES, FINANCIERAS Y FUNCIONALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)**

---

El derecho a la salud se reconoce como derecho fundamental, consagrado en la Constitución Política de 1991 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en aras de monitorear, evaluar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y en concordancia con la sentencia T-760 de 2008 y los diferentes Autos de la Corte Constitucional, ha venido implementado un análisis de las tutelas en salud, que permite identificar barreras en el acceso a los servicios de salud, brechas en la prestación de servicios y riesgos para la continuidad de la atención. También ha mejorado el monitoreo del desempeño del sistema de salud, optimizando las fuentes de información, las bases de datos sectoriales, y los mecanismos para consolidar datos y calcular indicadores de cobertura, calidad de atención, disponibilidad de recursos humanos e infraestructura, gestión de los diferentes actores, suficiencia y distribución de recursos, y ha expedido lineamientos técnicos, normas y regulaciones que mejoren la gobernanza y eficiencia del sistema.

Sin embargo, a través del Auto 1280 del 3 de septiembre de 2025 la Corte Constitucional ha reiterado las órdenes derivadas de la sentencia T-760 de 2008, y las solicitudes realizadas en los Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022, en tanto que el Ministerio de Salud y Protección Social identifique las fallas estructurales, funcionales y financieras del sistema de salud. En ese sentido ha recalcado la necesidad de utilizar la información de tutelas como insumo para la toma de decisiones, identificar patrones de vulneración de derechos, fortalecer la capacidad institucional para analizar las causas recurrentes de las barreras de acceso, así como realizar una evaluación sistemática, explicativa y verificable, orientada no solo a describir los hechos que dan origen a las tutelas, sino a comprender y corregir sus causas.

El presente documento presenta el ajuste metodológico a la propuesta enviada a la corte en el mes de diciembre de 2025, que busca responder a esos requerimientos para trascender al **síntoma** —la tutela como mecanismo de protección—, y evaluar integralmente los **problemas estructurales, funcionales y financieros** que afectan el desempeño del SGSSS.

La metodología se erige como una herramienta estratégica para fortalecer la rectoría del MSPS, mejorar su capacidad de respuesta y avanzar en el propósito de corregir las causas de fondo que originan las afectaciones al derecho fundamental a la salud, articulando la información de las tutelas en salud con indicadores sectoriales, y datos territoriales, poblacionales e institucionales, con el fin de construir una visión sistémica y diferenciada de las fallas del SGSSS.

## 4.1 OBJETIVOS

### 4.1.1 Objetivo general

Definir una metodología para analizar integralmente las fallas estructurales, funcionales y financieras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como insumo para la toma de decisiones y de acciones correctivas que mejoren el goce del derecho fundamental a la salud.

### 4.1.2 Objetivos Específicos

- Definir conceptualmente las fallas estructurales, funcionales y financieras que originan las vulneraciones del derecho a la salud en el SGSSS.
- Revisar metodologías o experiencias que permitan evaluar las fallas de los sistemas de salud, y puedan ser aplicables al contexto colombiano.
- Establecer los procesos y métodos para analizar periódicamente las fallas estructurales, funcionales y financieras del SGSSS, desde una perspectiva integral.

## 4.2 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LAS FALLAS DEL SGSSS

Cualquier sistema de salud en el mundo tiene como propósito garantizar que la población alcance el mayor nivel posible de bienestar, a través de la promoción

de la salud, la provisión de una atención en salud asequible, acorde con las necesidades de la población, adecuada a su cultura y costumbres, y que responda apropiadamente en todas las fases de la atención, desde la promoción y prevención, hasta la paliación y la posibilidad de obtener una muerte digna (UN Economic and Social Council, 2000).

Sin embargo, ningún sistema está exento de deficiencias o fallas que dificultan o se convierten en verdaderas barreras para lograr el objetivo planteado, por múltiples factores, algunos de los cuales dependen de la gestión del propio sistema, y otros son externos como el liderazgo político, la resistencia de actores interesados, los cambios en la situación económica del país, entre otros, que pueden generar insatisfacción de la ciudadanía, y en el caso colombiano, un incremento en el uso de la acción de tutela por los ciudadanos, como mecanismo para lograr la atención en salud requerida.

En el Auto 1280 de 2025 (numeral 7, párrafos 56 al 58), la Corte Constitucional hace un recuento de los autos en los que ha solicitado al MSPS identificar las principales fallas estructurales, funcionales y financieras en las que incurren los actores del SGSSS, aunque allí no las define explícitamente, menciona aspectos a tener en cuenta como “(...) *insuficiencia de recursos o un déficit en la oferta de servicios o un aumento desbordado en la demanda; o una escasez de talento especializado*” como también “(...) *la materialización de delitos contra la administración pública, en relación con el manejo de los recursos de destinación específica en materia de salud, que repercuten de forma estructural en el funcionamiento del sistema*” (Corte Constitucional, 2025).

#### 4.2.1 ¿Qué es una falla dentro de un sistema de salud?

Para abordar un análisis de estas fallas es importante primero definir las con claridad, a fin de tener un marco conceptual claro que permita ese cometido.

En primer lugar, es importante señalar que no existe una definición internacionalmente aceptada sobre los que es una **falla** en un sistema de salud, como tampoco sobre cuales son **estructurales, financieras o funcionales**.

Sin embargo, se puede inferir que una **falla en un sistema de salud** se refiere a cualquier evento, proceso o condición que impide que el sistema logre los tres objetivos fundamentales propuestos por la OMS: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de los ciudadanos y proveer protección financiera (World Health Organization, 2007).

A partir del análisis de varias publicaciones (Kruk et al., 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2023; Reich et al., 2024; World Health Organization, 2007) donde se aborda la manera de medir el desempeño de un sistema de salud o las problemáticas que los aquejan, se encuentra que la competencia de un sistema puede verse desde varias perspectivas, pero que los más relevantes guardan relación con su organización, su capacidad —sobre todo en términos de infraestructura sanitaria, de talento humano, y de sistemas y procesos de soporte—, la manera como se financia, su regulación y los incentivos para lograr que los agentes del mismo, incluidos los ciudadanos, se comporten en línea con los objetivos del sistema.

Es bueno aclarar que, si bien la pérdida de recursos financieros por corrupción o cualquier otra actividad ilegal afecta al sistema de salud, por ahora no se ha contemplado dentro de la metodología propuesta. Las razones para esto son, en primer lugar, la falta de una definición del término corrupción y de las prácticas que deben ser consideradas corruptas. En segundo lugar, los desafíos para investigar la corrupción dentro del sistema de salud más allá de los escándalos que periódicamente se publican en los medios de comunicación. Y tercero, el entender que la corrupción en salud **no es solo un problema financiero**, sino que puede tener origen en **fallas estructurales y funcionales, como también en la falta de transparencia y la opacidad existente en el sistema de salud, lo que hace que sea un problema complejo de medir** (Corporación Transparencia por Colombia & Así Vamos en Salud, 2023; Hutchinson et al., 2018; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC, 2022; World Health Organization, 2020).

No obstante, para atender la solicitud de la Corte Constitucional, que se centra en los 3 tipos de fallas señaladas con anterioridad, se proponen las siguientes definiciones, a partir de la bibliografía revisada.

### *Falla estructural*

Corresponde a un déficit profundo, persistente o sistémico en los componentes organizativos, institucionales o materiales que sostienen y configuran el sistema de salud.

Se manifiesta en debilidades de rectoría, vacíos regulatorios, carencias de infraestructura o tecnologías en salud, brechas en el talento humano, sistemas de información insuficientes o asimétricos, desfinanciamiento e inequidades territoriales.

### *Falla financiera*

Surge cuando hay insuficiencia o mala asignación de recursos que compromete la sostenibilidad del sistema, genera inequidades y limita el acceso oportuno a servicios, o cuando los ingresos disponibles no resultan suficientes para cubrir las obligaciones necesarias para garantizar la operación y continuidad de los servicios.

Se expresa en los problemas de cobertura del sistema o en la protección financiera de la población; la ineficiencia en el uso de los recursos ya sea por uso irracional de tecnologías en salud, sobre y subfacturación, mal diseño de presupuestos o mala asignación de recursos a estos; desabastecimiento de tecnologías por insuficiencia de la UPC, deficiente flujo de recursos, o asignación de éstos sin tener en cuenta las prioridades del sistema; y también en la inviabilidad de las instituciones del sistema por falta de liquidez y acumulación de deudas.

### *Falla funcional*

Aparece cuando los procesos, procedimientos o vínculos institucionales no operan adecuadamente, aun cuando existan los recursos necesarios.

Puede presentarse como deficiencias en la gestión clínica o administrativa diferentes a las mencionadas en las fallas financieras, como el mal diseño de los modelos de atención, problemas de referencia y contrarreferencia, falta de

control y baja calidad en los servicios y procesos, problemas en la seguridad del paciente y en el seguimiento de resultados clínicos, dificultades de coordinación, y sobrecarga del personal, entre otros.

### 4.3 FUNDAMENTOS DE LA METODOLOGÍA

#### 4.3.1 Metodología para medir el desempeño de sistemas de salud

Para delimitar una metodología se hizo una revisión de la literatura buscando alguna que fuera apropiada al SGSSS.

En la revisión realizada no se encontró ninguna con esa condición, pero se pudo consultar una revisión realizada por Báscolo et al. (2024), que examinó 24 marcos de análisis de sistemas de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial, la Organización de Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y varias publicaciones académicas.

En su análisis y conclusiones, los autores mencionan que hay diferencias entre los modelos propuestos, pero también coincidencias en la necesidad de evaluar la accesibilidad, la mejora de la salud, la calidad de la atención, la gobernanza, la capacidad de respuesta de los sistemas, el gasto en salud, la protección financiera, entre otros.

Dado que la propuesta de la OPS plasmada en el documento "*Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas*" tiene una mirada hacia América Latina y contempla aspectos de las funciones esenciales de la salud pública y de la cobertura universal de salud, se decidió escoger esta, a fin de adaptarla para la tarea planteada.

#### 4.3.2 Propuesta de la Organización Panamericana de la Salud

Si bien, la salud es un constructo amplio determinado por factores socioeconómicos, de interacción humana y de prestación de servicios que debe comprenderse mediante acciones de corte cualitativo y cuantitativo, con el fin de preservar el rigor en los resultados y poder establecer unas conclusiones amplias, esta propuesta metodológica se acoge el marco de evaluación de la

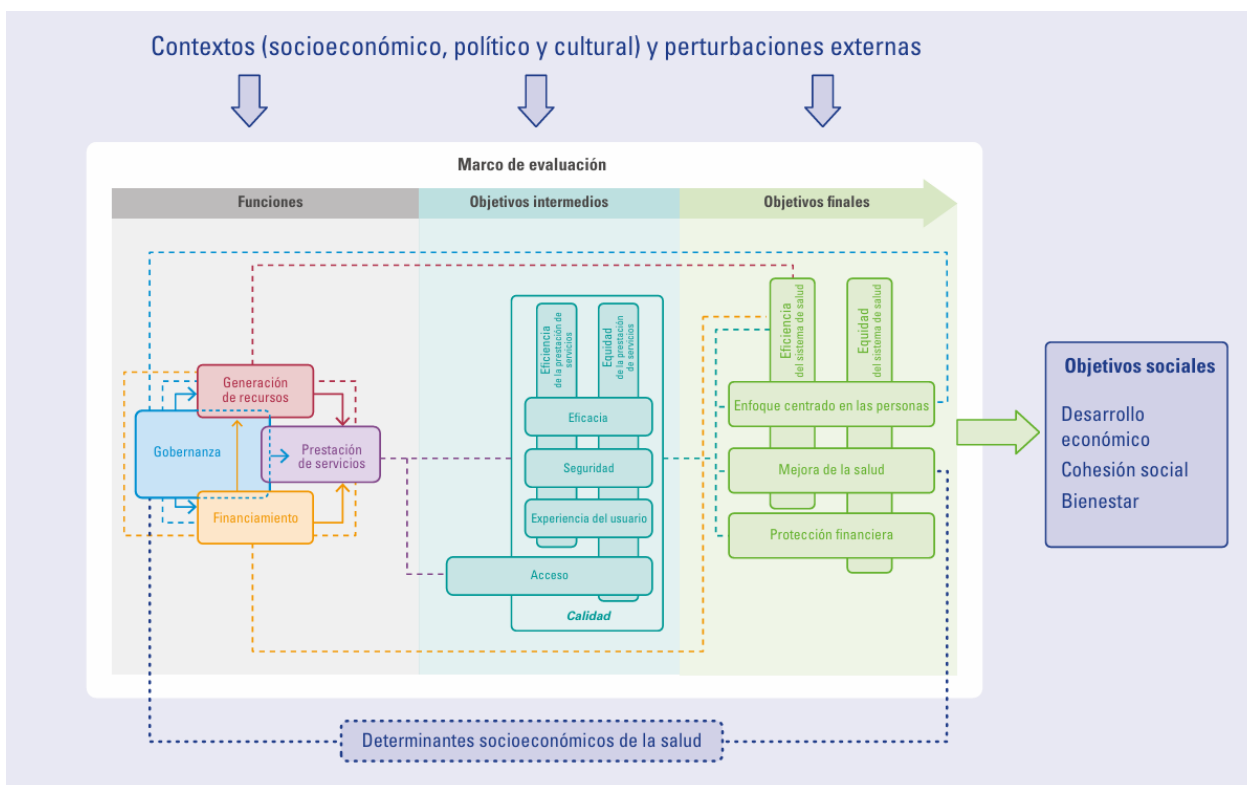
Organización Panamericana de la Salud (2023), el cual “(...) *tiene como objetivo evaluar las acciones únicamente en el contexto del desempeño del sistema de salud, al tiempo que reconoce —pero no evalúa explícitamente— el impacto sustancial sobre la salud de una serie de determinantes socioeconómicos que se encuentran al margen del sistema de salud. De la misma manera, el marco muestra, pero no se propone evaluar, el impacto de factores contextuales sobre el sistema de salud y los efectos de este último sobre objetivos sociales más amplios*”.

Esta propuesta metodológica tiene como base las principales funciones del sistema de salud citadas en el Informe sobre salud en el mundo 2000 (prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría), que son punto de partida para evaluar los sistemas de salud, toda vez que, con la evaluación del desempeño de un sistema de salud se busca vigilar, evaluar y comunicar el grado en que el sistema cumple sus objetivos clave, valga decir, mejorar la salud de la población y protegerla contra los costos financieros de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2000).

#### *Funciones básicas de un sistema de salud*

Para empezar, hay que entender que el marco conceptual de la OPS se estructura a partir de las funciones básicas de un sistema de salud, bajo la premisa de que si este se desempeña bien es porque sus funciones operan bien. Las funciones básicas son gobernanza, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios, que son las que hacen posible el desarrollo de los objetivos intermedios y, a su vez, el logro de los objetivos generales de cualquier sistema (ver gráfica 40).

Gráfica 40. Visión general del marco de desempeño de los sistemas de salud.



Fuente: Tomado de (Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. 39)

Si existen fallas en esas funciones, los objetivos intermedios y los finales no se conseguirán; por lo tanto, medirlas permitiría detectar dichas fallas y tomar los correctivos apropiados para mejorar el desempeño del sistema. Bajo esta premisa básica se construye la metodología propuesta en este documento.

Ahora bien, para entender el papel de cada función es importante revisar sus definiciones y su alcance dentro del desempeño de un sistema de salud:

### *Función de gobernanza*

La **Gobernanza** se define en el documento de la OPS como la función que: "(...) consiste en velar por la existencia de marcos de políticas estratégicas que se combinen con una supervisión eficaz, la creación de coaliciones, la regulación,

*la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas” (OMS 2007 citado por Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. 47). Esta se entiende como la facilitadora de las otras tres y se superpone a estas pues les proporciona una base, y además es una herramienta para el desarrollo de ellas.*

### *Función de generación de recursos*

De otro lado, la **Generación de recursos** se entiende como aquella que permite que “(...) un sistema de salud tenga todos los insumos que necesita para funcionar. Estos insumos adoptan muchas formas: personal de salud, dispositivos y equipos médicos, infraestructura, productos farmacéuticos, vacunas, bienes fungibles, suministros médicos, etc. La tarea de la generación de recursos es asegurarse de que estos insumos se produzcan, adquieran, pongan a disposición o mantengan en el lugar y momento en que se necesiten” (Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. 87). Esta juega un papel preponderante en la medida en que la función de gobernanza habilita la función de generación de recursos, y a su vez esta sustenta y habilita la función de prestación de servicios.

### *Función de generación de financiamiento*

Por otra parte, el **Financiamiento** cumple en esencia el papel de recaudar y gastar el dinero necesario para la atención de salud. Esto significa que los fondos estén disponibles en los lugares correctos y que existan los incentivos financieros para que los proveedores se aseguren de que todos tengan acceso a una salud pública y atención de salud individual eficaces. “*El financiamiento de la salud es clave para facilitar las interacciones entre los proveedores y la población en general, por medio de innumerables acciones, como quién paga por la atención, cuándo pagan, cuánto pagan, a quién pagan y de quién obtienen servicios, y qué tipos de servicios pueden recibir. Es una función básica de los sistemas de salud que puede apoyar el progreso hacia la cobertura universal de salud al mejorar la cobertura eficaz de los servicios y la protección financiera*” (Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. 148).

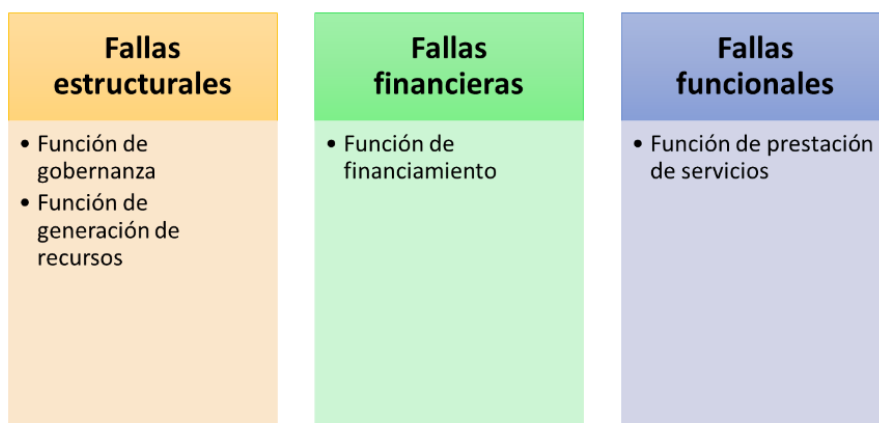
### *Función de generación de prestación de servicios*

Finalmente, la **Prestación de servicios** es la función que tiene impacto directo sobre los objetivos intermedios del sistema de salud y, a la larga, sobre el logro de los objetivos de éste. Se entiende como “*la combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un entorno organizativo particular y que conduce a la ejecución de una serie de intervenciones*” (Murray y Frenk, 2000, citados por Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. 181).

### *Alineación entre las funciones y las fallas del SGSSS*

Como ya se mencionó, el propósito de la metodología es la determinación de las fallas estructurales, financieras y funcionales del SGSSS. Teniendo en cuenta las definiciones de las fallas propuestas en el capítulo anterior, las falencias en las funciones de gobernanza y generación de recursos podrían ubicarse dentro de las fallas estructurales, las de la función de financiamiento corresponderían a las financieras, y las de la función de prestación de servicios se relacionarían con las fallas funcionales (ver gráfica 2).

*Gráfica 41. Relación entre los tipos de fallas del SGSSS y las funciones básicas de un sistema de salud propuestas por la OPS*



Fuente: Elaboración propia. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social 2025

Esta distribución permite organizar lo que se debe medir con relación a cada falla, teniendo en cuenta que dentro del documento de OPS se describen áreas

de evaluación para cada una de las funciones —y algunas subfunciones—, de las cuales se pueden adoptar las que sean pertinentes para el contexto del SGSSS. Para el efecto, en la siguiente tabla se describen las funciones, subfunciones y áreas de evaluación de cada una:

*Tabla 82. Funciones básicas de un sistema de salud, sub-funciones y área de evaluación*

| Función                | Sub-funciones                 | Descripción   | Áreas de evaluación   |
|------------------------|-------------------------------|---|---|
| Gobernanza             | Política y visión             | Existe capacidad y los recursos necesarios para proporcionar una visión estratégica para el sector que está claramente articulada en un solo documento, un conjunto de políticas, leyes o directrices, a partir de las cuales se articula la rendición de cuentas de los gobiernos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión estratégica del sector</li> <li>• Visión estratégica viable</li> <li>• Colaboración multisectorial</li> <li>• Calidad de la colaboración multisectorial</li> </ul>  |
|                        | Voz de las partes interesadas | Posibilidad de que las partes interesadas clave (sector académico, asociaciones de proveedores, organizaciones de la sociedad civil, comunidades vulnerables y marginadas, el público en general) contribuyan a las decisiones sobre la política de salud.                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas, estrategias, planes, directrices o leyes nacionales de salud formuladas con la participación generalizada de partes interesadas</li> <li>• La participación de las partes interesadas es una prioridad para el gobierno</li> </ul>                |
|                        | Información e inteligencia    | Existen procesos que permiten la recopilación, análisis y uso de datos, información e inteligencia de y para el sistema de salud.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso gubernamental de recopilar datos de salud pertinentes para la toma de decisiones.</li> <li>• Las decisiones del sector se basan en gran medida en los datos y la evidencia</li> </ul>   |
|                        | Legislación y regulación      | Existen reglas para gobernar el comportamiento de los actores.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay capacidad de formular y hacer cumplir leyes y regulaciones para gobernar el comportamiento de los actores en favor de la protección y mejora de la salud pública.</li> <li>• Se asegura el cumplimiento de esas reglas, leyes y regulaciones.</li> </ul> |
| Generación de recursos | Personal de salud             | Todas las personas que participan en acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de personal</li> <li>• Distribución/combinación de personal</li> <li>• Educación del personal.</li> </ul>   |

| Función        | Sub-funciones                                    | Descripción   | Áreas de evaluación  |
|----------------|--|---|--|
|                | Infraestructura y equipos médicos                | Recursos físicos que brindan a los proveedores de atención y a los usuarios las herramientas necesarias para proporcionar servicios de salud eficaces y eficientes. Incluye estructuras físicas, incluidos sus sistemas de apoyo otros recursos físicos y tecnológicos, como equipos no médicos y computadoras.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad</li> <li>• Distribución/combinación</li> <li>• Mantenimiento</li> </ul>  |
|                | Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles | Se refiere a la existencia de medicamentos, tecnologías de salud, y también de dispositivos médicos, ya sean equipos médicos o bienes fungibles (o de consumo) como desechables y dispositivos de un solo uso, que son requeridos para la atención en salud.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad</li> <li>• Distribución/combinación</li> </ul>   |
|                | Gobernanza de la generación de recursos          | Contempla la planificación y previsión de personal de salud, la definición de normas de calidad, la autorregulación por parte de las asociaciones profesionales, y el seguimiento de las normas.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de recursos</li> <li>• Establecimiento de normas de calidad</li> <li>• Evaluación de las normas de calidad</li> </ul>   |
| Financiamiento | Recaudación de ingresos                          | El sistema de salud cuenta con recursos suficientes para satisfacer las necesidades de atención en salud; los recursos son estables, previsibles y capaces de hacer frente a los cambios, y dichos recursos se recaudan de manera equitativa a fin de lograr que la carga no recaiga sobre las personas pobres y los pacientes. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentas nacionales de salud</li> <li>• Fuentes para el financiamiento de la atención en salud</li> <li>• Relación entre financiamiento de la atención y capacidad de pago               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto de bolsillo</li> </ul> </li> </ul>     |
|                | Mancomunación                                    | Se cuida que los recursos se distribuyan de manera equitativa y se facilita la eficiencia mediante economías de escala.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto en salud por persona acorde con su capacidad de pago</li> <li>• Cobertura poblacional del sistema de salud, acorde con los planes de beneficios</li> <li>• Cobertura de planes voluntarios de salud</li> <li>• Complementariedad de los planes de beneficios</li> </ul> |
|                | Compra   | Los recursos se llevan a quienes más los necesitan y se hace de manera eficiente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de pago dentro del sistema de salud</li> </ul>   |

| Función                 | Sub-funciones          | Descripción   | Áreas de evaluación   |
|-------------------------|------------------------|---|---|
|                         |                        | reduciendo al mínimo los costos.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre compras estratégicas</li> <li>• Comportamiento y regulación de precios en el sector</li> </ul>   |
| Prestación de servicios | Salud pública          | Acciones con un enfoque colectivo o social dirigido a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de poblaciones enteras.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Experiencia del usuario               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso</li> <li>• Equidad</li> <li>• Eficiencia</li> </ul> </li> </ul> |
|                         | Atención primaria      | Primer punto de contacto para problemas de salud no especificados y comunes y más ampliamente servicios de salud de primera línea que están cerca de las personas a las que sirven, son accesibles para todos y permiten abordar una amplia gama de problemas de salud. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Experiencia del usuario               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso</li> <li>• Equidad</li> <li>• Eficiencia</li> </ul> </li> </ul> |
|                         | Atención especializada | Atención que comprende recursos altamente especializados y recursos complejos y de alto costo.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Experiencia del usuario               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso</li> <li>• Equidad</li> <li>• Eficiencia</li> </ul> </li> </ul> |

Para efecto de la medición de las subfunciones de la función de prestación de servicios, la OPS ha adoptado las siguientes definiciones:

- **Eficacia:** Medida en que un servicio logra los resultados intermedios y finales deseados, a nivel de paciente, población u organización.
- **Seguridad:** Medida en que los procesos de atención de salud evitan, previenen y mejoran los resultados adversos o las lesiones que se derivan de los procesos de atención misma.
- **Experiencia del usuario:** Medida en que la perspectiva del usuario del servicio y su experiencia con la atención de salud se miden y valoran como resultado de la prestación del servicio.
- **Acceso:** Medida en que los servicios están disponibles y accesibles de una manera oportuna y que no socava la protección financiera.
- **Equidad:** Medida en que la distribución de la atención de salud y sus beneficios entre una población es justa; implica que, en algunas circunstancias, algunas personas recibirán más atención que otras para

reflejar las diferencias en cuanto a su capacidad para beneficiarse o en sus necesidades particulares.

- **Eficiencia:** Relación entre un producto específico (output) del sistema de salud y los recursos (inputs) utilizados para crear el producto.

#### 4.3.3 Metodología para la Medición

Como se mencionó, la metodología es una adaptación de lo propuesto en el documento “*Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas*” (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La adaptación de este marco metodológico responde a las siguientes razones:

1. Reconoce la salud como un derecho fundamental cuya garantía implica el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios en todos los niveles de atención.
2. Incorpora funciones que son aplicables en la región de las Américas.
3. Propone áreas de evaluación que permiten ahondar en la causa de las fallas por cada uno de los tipos requeridos por la Corte Constitucional.

Con esto se pueden analizar las fallas más relevantes, su posible origen, cómo afectan el derecho a la salud de las personas y cómo se relacionan con las tutelas interpuestas para solicitar protección en el ejercicio de dicho derecho.

A continuación, se describen los pasos desarrollados:

#### *Construcción de la metodología*

Para el efecto se desarrollaron reuniones lideradas por la Oficina de Calidad, a las que se convocaron las diferentes dependencias del MSPS con el fin de explicarles el marco metodológico propuesto por la OPS y escogido como base, y solicitarles que propusieran indicadores adecuados para la medición de las áreas de evaluación señaladas en la tabla 1, dado que estas son las que permiten medir las funciones y sub-funciones del SGSSS.

En las discusiones se orientó la búsqueda de datos e indicadores teniendo en cuenta que se garanticen los criterios señalados en el numeral siguiente, frente a la calidad de las fuentes de información, así como la necesidad de su participación en los ejercicios de análisis, con el fin de tener un diagnóstico lo más completo posible, que sea útil para la toma de decisiones.

### *Selección de fuentes de información*

Para asegurar la confiabilidad y validez del análisis se considerarán datos de bases oficiales nacionales o internacionales, investigaciones de calidad y otras fuentes que sean verificables, las cuales pueden contener datos cuantitativos y cualitativos sobre la operación del sistema de salud, entre otras:

- Bases de datos sectoriales: RIPS, BDU, SIVIGILA, SIIFA, SIHO, MIPRES, SISMED, registros sanitarios del INVIMA, entre otras.
- Acciones de tutela relacionadas con el derecho a la salud de la Circular Externa 001 de 2025.
- Información institucional reportada por EPS, IPS y entidades territoriales.

### *Alcance de la metodología*

La presente metodología se centra en la evaluación de los procesos y acciones desarrolladas por los actores del SGSSS para cumplir con las funciones básicas de un sistema de salud para brindar atención en salud, cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población y protegerla financieramente de los costos de la enfermedad.

No se abordan la evaluación de las fallas relacionadas con actos de corrupción, como ya se explicó en la conceptualización de estas, como tampoco de determinantes socioeconómicos ni de su impacto, dado que el marco de la OPS explica que cuando se define el sistema de salud —en este caso representado en el SGSSS—, se "(...) *proporciona una definición operativa de los límites del sistema de salud y las partes interesadas e instituciones que tienen el mandato de mejorar la salud*" y porque "Al limitar el sistema de salud a la atención de

*salud, un ejercicio de evaluación puede atribuir más fácilmente el desempeño a las partes interesadas del sistema” (Organización Panamericana de la Salud, 2023, p. 14).*

*Aspectos para tener en cuenta para el análisis de la información*

La metodología se propone como un instrumento técnico que permite una serie de acciones para que el análisis sea eficiente y los hallazgos sean válidos y útiles. A continuación, se muestra que aspectos harán parte del ejercicio de análisis de los datos e indicadores seleccionados (ver tabla 83).

*Tabla 82. Aspectos para tener en cuenta en el análisis*

| <b>Aspectos para el análisis</b>   | <b>Descripción</b>   |
|--|--|
| Integración de fuentes múltiples   | Para el análisis se procurará integrar y estandarizar los datos de las diferentes fuentes, como insumo para la generación de información confiable, representativa y estandarizada de las fallas en el sistema. Con esto se espera tener una lectura unificada del fenómeno.   |
| Identificación de patrones de recurrencia  | El análisis incorpora la búsqueda de tendencias en los indicadores y de datos adicionales que permitan reforzar los hallazgos mediante la triangulación con otras fuentes.   |
| Análisis de relaciones causales  | Para encontrar la relación entre las fallas encontradas al medir el desempeño de los actores con respecto a las funciones básicas del SGSSS, y las principales causas de las tutelas en salud, se contrastará la información con los datos de la Circular Externa 001 de 2025.   |
| Desagregación por actores del SGSSS, territorios, poblaciones de interés y servicios | El análisis abarca los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, y por actores (EPS, IPS, ET), para identificar variaciones en los indicadores. Esto se hará en aquellos indicadores donde sea factible o pertinente. Se priorizarán los territorios donde haya incrementos superiores al 50% en las tutelas reportadas en la Circular Externa 001 de 2025. Asimismo, se revisarán indicadores con enfoque poblacional y territorial en los que sea factible o pertinente esa desagregación, en especial, para población migrante, grupos étnicos, niveles de pobreza, gestantes y personas con enfermedades crónicas, entre otros. Finalmente, se procurará hacer un análisis por los principales servicios de salud que demanda la población a través de las acciones de tutela, agrupándolos acorde con lo requerido por la Corte Constitucional. |

### **Indicadores para la medición**

En las siguientes tablas, se muestran los indicadores seleccionados, teniendo en cuenta las funciones, sub-funciones y áreas de evaluación a las que aplica cada uno.

Para el efecto, se muestran los indicadores por los tipos de fallas, teniendo en cuenta que las fallas estructurales corresponden a las funciones de gobernanza y generación de recursos, las financieras a la función de financiamiento, y las funcionales a la función de prestación de servicios.

El listado de indicadores no es una lista acabada, porque previa a la aplicación de la metodología se hará una nueva revisión de las fuentes para ajustar los aquí mostrados o complementarlos con nuevos que estén disponibles para el momento.

Algunas casillas aparecen en blanco, porque actualmente no se cuenta con indicadores que puedan medir esas sub-funciones o están en proceso de definirse por las dependencias responsables del MSPS.

*Tabla 84. Indicadores para la identificación de fallas estructurales*

| <b>Función</b> | <b>Sub-funciones</b>          | <b>Áreas de evaluación</b>   | <b>Indicadores</b>   | <b>Definición operacional</b>                        | <b>Áreas responsables</b>            |
|----------------|-------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|
| Gobernanza     | Política y visión             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión estratégica del sector</li> <li>• Visión estratégica viable</li> <li>• Colaboración multisectorial</li> <li>• Calidad de la colaboración multisectorial</li> </ul> | Número de políticas intersectoriales activas con incidencia en salud | Políticas con comité activo y plan de acción vigente | Oficina de Calidad /Áreas misionales |
|                | Voz de las partes interesadas | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas, estrategias, planes, directrices o leyes nacionales de salud formuladas con la participación generalizada de partes interesadas</li> </ul>                     |  |  |                                      |

| Función  | Sub-funciones              | Áreas de evaluación   | Indicadores   | Definición operacional  | Áreas responsables                                  |
|--|----------------------------|---|---|---|---|
|  |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>La participación de las partes interesadas es una prioridad para el gobierno</li> </ul>  |   |   |   |
|  | Información e inteligencia | <ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso gubernamental de recopilar datos de salud pertinentes para la toma de decisiones.</li> <li>Las decisiones del sector se basan en gran medida en los datos y la evidencia</li> </ul>   |   |   |   |
|  | Legislación y regulación   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hay capacidad de formular y hacer cumplir leyes y regulaciones para gobernar el comportamiento de los actores en favor de la protección y mejora de la salud pública.</li> <li>Se asegura el cumplimiento de esas reglas, leyes y regulaciones.</li> </ul> | Porcentaje de recomendaciones técnicas implementadas  | Recomendaciones formuladas en informes semestrales que presentan avance verificable / total de recomendaciones formuladas | Oficina de Calidad /Áreas misionales                |
|  |                            |   | Proporción de tutelas por causas de negación de afiliación, traslado o movilidad  |   | Oficina de Calidad                                  |
|  |                            |   | Porcentaje de tutelas donde se instauró incidente de desacato   |   | Oficina de Calidad                                  |
|  | Generación de recursos     | Personal de salud   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad de personal</li> <li>Distribución/combinación de personal</li> <li>Educación del personal.</li> </ul> | Especialidades con mayor presión judicial (Circular Externa 001 de 2025)  |   |
| Densidad de profesionales de la salud por 1,000 habitantes |                            |   |   |   | Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud |

| Función                 | Sub-funciones  | Áreas de evaluación   | Indicadores  | Definición operacional   | Áreas responsables  |
|-------------------------|--|---|--|--|---|
|                         |  |   | Porcentaje de tutelas por postergación de citas médicas especializadas |  | Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud                           |
|                         | Infraestructura y equipos médicos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad</li> <li>• Distribución/combinación</li> <li>• Mantenimiento</li> </ul> | Brecha territorial de capacidad instalada en servicios esenciales.     | Diferencia porcentual entre la densidad de IPS habilitadas (o servicios trazadores) por 1.000.000 de habitantes de cada departamento o distrito frente al promedio nacional. | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria                      |
|                         |  |   | Tasa de ocupación UCI y hospitalización por complejidad                |  | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria                      |
|                         |  |   | Razón de camas hospitalarias por 1.000 habitantes                      |  | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria                      |
|                         |  |   | Porcentaje de tutelas por servicios complementarios y transporte       |  | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria / Oficina de calidad |
| Productos farmacéuticos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad</li> <li>• Distribución/combinación</li> </ul> |   |  |  |   |

| <b>Función</b> | <b>Sub-funciones</b>                    | <b>Áreas de evaluación</b>   | <b>Indicadores</b> | <b>Definición operacional</b> | <b>Áreas responsables</b> |
|----------------|---|--|--------------------|-------------------------------|---------------------------|
|                | y otros bienes fungibles                |  |                    |                               |                           |
|                | Gobernanza de la generación de recursos | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación de recursos</li> <li>Establecimiento de normas de calidad</li> <li>Evaluación de las normas de calidad</li> </ul> |                    |                               |                           |

*Tabla 85. Indicadores para la identificación de fallas financieras*

| <b>Función</b> | <b>Sub-funciones</b>    | <b>Áreas de evaluación</b>   | <b>Indicadores</b>   | <b>Definición operacional</b> | <b>Áreas responsables</b>  |
|----------------|-------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| Financiamiento | Recaudación de ingresos | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentas nacionales de salud</li> <li>Fuentes para el financiamiento de la atención en salud</li> <li>Relación entre financiamiento de la atención y capacidad de pago</li> <li>Gasto de bolsillo</li> </ul> | Proporción del gasto público en salud sobre PIB                      |                               | Dirección de Financiamiento Sectorial  |
|                |                         |  | Variación anual de la UPC vs. inflación                              |                               | Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud               |
|                |                         |  | UPC reconocida vs IPC  |                               | ADRES  |
|                | Mancomunación           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gasto en salud por persona acorde con su capacidad de pago</li> <li>Cobertura poblacional del sistema de salud, acorde con los planes de beneficios</li> </ul>  | Cobertura de afiliación por regímenes contributivo y subsidiado (%)  |                               | Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud Riesgos Laborales y Pensiones |
|                |                         |  | Tasa de recobros judiciales por servicios no cubiertos               |                               | Dirección de Financiamiento Sectorial  |
|                |                         |  | Proporción de tutelas por servicios y tecnologías en salud excluidas |                               | Dirección de beneficios, costos y tarifas  |
|                |                         |  |  |                               |  |

| Función | Sub-funciones | Áreas de evaluación   | Indicadores  | Definición operacional   | Áreas responsables                    |
|---------|---------------|---|--|--|---------------------------------------|
|         |               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura de planes voluntarios de salud</li> <li>Complementariedad de los planes de beneficios</li> </ul>   |  |  | / Oficina de calidad                  |
|         |               |   | Número de tutelas por exención de cuotas moderadoras/copagos                                     |  | Oficina de Calidad                    |
|         |               |   | Número de tutelas por reconocimiento y pago de prestaciones económicas (incapacidades/licencias) |  | Oficina de Calidad                    |
|         | Compra        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos de pago dentro del sistema de salud</li> <li>Información sobre compras estratégicas</li> <li>Comportamiento y regulación de precios en el sector</li> </ul> | Balace de ingresos vs. egresos del SGSSS (millones de pesos)                                     | Ingresos totales - egresos totales   | Dirección de Financiamiento Sectorial |
|         |               |   | Retrasos en el pago a las IPS que afectan la atención  | % de facturas sin pago a más de 60 días (fecha de reporte - fecha de emisión / total facturas) | Dirección de Financiamiento Sectorial |
|         |               |   | Días promedio de retraso en giros ADRES a EPS e IPS  | Promedio de días entre aprobación y giro efectivo  | Dirección de Financiamiento Sectorial |
|         |               |   | Nivel de endeudamiento del sistema (EPS, ADRES).   |  | Dirección de Financiamiento Sectorial |

**\*Nota:** En los casos en que los indicadores financieros definidos dependan de fuentes cuya disponibilidad o periodicidad no esté garantizada en la primera aplicación de la metodología, se emplearán indicadores proxy, series históricas parciales o análisis complementarios de carácter cualitativo, dejando constancia metodológica de la limitación. Estos indicadores serán ajustados o reemplazados en los ciclos posteriores de actualización metodológica, conforme se garantice su disponibilidad y calidad.

*Tabla 86. Indicadores para la identificación de fallas funcionales*

| Función                 | Sub-funciones | Áreas de evaluación   | Indicadores   | Definición operacional | Áreas responsables                  |
|-------------------------|---------------|---|---|------------------------|-------------------------------------|
| Prestación de servicios | Salud pública | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eficacia</li> <li>Seguridad</li> <li>Experiencia del usuario</li> <li>Acceso</li> <li>Equidad</li> </ul> | Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años |                        | Dirección de Promoción y Prevención |

| Función | Sub-funciones     | Áreas de evaluación  | Indicadores   | Definición operacional  | Áreas responsables  |   |
|---------|-------------------|--|---|---|---|---|
|         |                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiencia</li> </ul> | Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización   |   | Dirección de Promoción y Prevención   |   |
|         |                   |  | Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10)  |   | Dirección de Promoción y Prevención   |   |
|         |                   |  | Proporción de personas con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico   |   | Dirección de Promoción y Prevención   |   |
|         | Atención Primaria |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Experiencia del usuario</li> <li>• Acceso</li> <li>• Equidad</li> <li>• Eficiencia</li> </ul> | Tiempo promedio de asignación de citas de medicina general, odontología, y especialidades clave |   | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria            |
|         |                   |  |   | Tasa de quejas ante Supersalud por negación o demora en servicios                               | Quejas por negación o demora / Total de afiliados * 100   | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria/Supersalud |
|         |                   |  |   | Proporción de quejas ante Supersalud por negación o demora en servicios                         | Quejas por negación o demora / Total de atenciones en salud * 100   | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria/Supersalud |
|         |                   |  |   | Proporción de atenciones ambulatorias con continuidad efectiva del cuidado                      | Proporción de personas que, tras una atención ambulatoria por evento trazador, registran seguimiento clínico o control dentro del tiempo recomendado según guías. | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria            |
|         |                   |  |   | Porcentaje de IPS habilitadas con   | IPS certificadas /  | Dirección de Prestación de  |

| <b>Función</b> | <b>Sub-funciones</b>   | <b>Áreas de evaluación</b>  | <b>Indicadores</b>  | <b>Definición operacional</b>  | <b>Áreas responsables</b>                                |
|----------------|------------------------|---|---|--|--|
|                |                        |   | estándares de calidad certificados                        | IPS habilitadas * 100  | Servicios y Atención Primaria                            |
|                | Atención especializada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Experiencia del usuario</li> <li>• Acceso</li> <li>• Equidad</li> <li>• Eficiencia</li> </ul> | Número de IPS con servicios de mediana y alta complejidad |  | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria |
|                |                        |   | Fallas en el agendamiento y continuidad                   | Proporción de tutelas relacionadas con el problema jurídico 9 / Total de tutelas * 100 | Oficina de Calidad                                       |

#### 4.3.4 Aplicación de la Metodología

Para lograr un análisis lo más completo posible es necesario que participen diferentes dependencias del MSPS, otras entidades del sector y otros actores, y por supuesto, que los datos e indicadores provengan de la mejor evidencia posible.

#### *Fases de aplicación*

##### Fase 1. Recopilación y análisis de los datos e indicadores

La solicitud de los datos e indicadores será realizada por la Oficina de Calidad, quien previa conversación con los responsables establecerá el horizonte de tiempo a analizar y la forma en que debe entregarse la información.

Posteriormente, se procederá a depurar y normalizar los datos a partir de las series entregadas por las diferentes dependencias y se solicitarán las correcciones del caso.

Luego se procederá a organizarlos en tablas y gráficas, y se harán cálculos estadísticos descriptivos con el fin de interpretarlos e identificar patrones, problemas recurrentes y brechas, teniendo en cuenta los niveles de desagregación señalados anteriormente.

## Fase 2. Clasificación de los indicadores

En un segundo momento, los indicadores serán priorizados acorde con umbrales, que pueden tomarse de estándares normativos, promedios nacionales o valores de referencia, con el propósito de clasificar su desempeño. Esta clasificación tiene como objetivo detectar desviaciones, sin asignar aún interpretaciones causales.

Esto se hará con cada actor y área funcional del MSPS que sea responsable de los indicadores. Los resultados de cada indicador se ubicarán en uno de los siguientes niveles:

- **Indicador en nivel crítico:** supera el umbral de aceptabilidad establecido.
- **Indicador en nivel medio o de alerta:** evidencia desviaciones moderadas que no superan el 5% o se han identificado como intermitentes.
- **Indicador sin alerta:** se encuentra dentro de rangos aceptables o supera de forma positiva el valor esperado para el indicador.

## Fase 3. Comparación de los resultados y el comportamiento de las tutelas y problemas jurídicos

Para esto se parte de la caracterización de la tutela como unidad de observación, teniendo en cuenta la correlación entre la acción de tutela, el problema jurídico, las causas que motivan la interposición de estas acciones y las pretensiones solicitadas.

En este sentido, los problemas jurídicos y sus causas se pueden relacionar con las diferentes fallas (estructurales, financieras y funcionales), para establecer la población más afectada, su ciclo de vida, los diagnósticos, el tipo de atención, los actores institucionales involucrados, y los territorios (departamento, municipio y distrito) donde las fallas y las tutelas evidencian más fallas.

Para este ejercicio se tomarán solo los indicadores que se hayan clasificado en niveles crítico y medio.

#### Fase 4. Priorización, análisis de indicadores y recomendaciones para la mejora

En un tercer momento, los indicadores clasificados como críticos y medios serán sometidos a un proceso de priorización, orientado a identificar cuáles de ellos ameritan profundizar en el análisis. Esto se hará definiendo criterios explícitos, que pueden ser tomados de los cuatro elementos del goce efectivo del derecho a la salud (World Health Organization, 2016).

La priorización se realizará en mesas de trabajo a las que se convocará a partes interesadas relevantes para el SGSSS (dependencias del MSPS, Superintendencia Nacional de Salud, ADRES, Instituto Nacional de Salud, IETS, INVIMA, EAPB, prestadores de servicios de salud, academia, gremios, representantes de usuarios y pacientes, etc.), para establecer qué indicadores deben ser sometidos a un proceso participativo de discusión y análisis.

Durante las mismas mesas de trabajo, se procederá a realizar el análisis de los indicadores priorizados, a través de una metodología participativa, en la que las partes interesadas podrán plantear hipótesis o aportar información que permita complementar el análisis realizado previamente y mejorar la comprensión de las fallas estructurales, financieras y funcionales del SGSSS. En estas mesas se podrá aportar evidencia de otras fuentes de información que guarden los mismos criterios de calidad señalados, así como evidencia empírica que sea relevante.

Las partes interesadas también podrán aportar recomendaciones para la intervención de las fallas, las cuales serán comunicadas a las instancias pertinentes.

#### Fase 5. Comunicación de los resultados para la toma de decisiones

De acuerdo con el tipo de falla priorizada se entregarán los resultados para orientar la toma de acciones apropiadas. De esta manera, el análisis permite cerrar el ciclo entre judicialización, desempeño del sistema y acción institucional,

cumpliendo el mandato del Auto 1280 de 2025 de la Corte Constitucional de avanzar hacia la corrección de las causas que originan la vulneración del derecho fundamental a la salud.

Así mismo, los resultados serán puestos en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y demás instancias con funciones de inspección, vigilancia y control, para que adelante los análisis correspondientes, adopte las medidas preventivas, correctivas o sancionatorias a que haya lugar, y contribuya a la corrección de las fallas identificadas, fortaleciendo así la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

#### *Limitaciones y riesgos durante la aplicación de la metodología*

En la aplicación de la metodología deben considerarse las siguientes limitaciones:

- **Calidad y disponibilidad de la información:** La completitud, oportunidad y consistencia de los datos reportados por EPS, IPS y entidades territoriales varía entre fuentes y territorios. Lo que genera riesgos como tener datos inconsistentes, incompletos o con tiempos de reporte prolongados.
- **Brechas territoriales e institucionales:** Existen diferencias en capacidades técnicas y tecnológicas entre los territorios, lo que puede limitar la homogeneidad y profundidad del análisis.

Como estas limitaciones y riesgos pueden generar inquietudes sobre los resultados de la caracterización, cuando durante el análisis se hayan detectado, se informará en las mesas de análisis para que sea tenido en cuenta.

#### *Actualización de la metodología*

La metodología será objeto de un proceso permanente de seguimiento y actualización con el fin de garantizar su pertinencia técnica, su alineación con

los mandatos constitucionales y regulatorios, y su capacidad para adaptarse a los cambios en los indicadores sectoriales y el contexto nacional y territorial. Este mecanismo permite asegurar que la evaluación de las fallas estructurales, financieras y funcionales se mantenga vigente, confiable y operativamente útil para la toma de decisiones de política pública.

Anualmente, en el primer trimestre de cada año, se efectuará un análisis sistemático sobre:

- El comportamiento de los indicadores.
- Las variaciones territoriales y poblacionales.
- Los resultados del monitoreo de otros indicadores, como por ejemplo los aportados por el informe de Goce Efectivo del Derecho a la Salud.

Estos permitirán verificar si las tendencias y el desempeño del sistema confirman, revierten o modifican la metodología.

Con esto se podrá ajustar:

- El marco conceptual a la luz de nuevas publicaciones, disposiciones normativas, autos de seguimiento u orientación jurisprudencial.
- La pertinencia de los indicadores.
- El ajuste de umbrales.
- La incorporación de nuevos indicadores disponibles.
- Los criterios de priorización de los indicadores.

Este proceso asegurará la adaptación dinámica de la metodología a los cambios del sistema de salud.

Las instancias responsables del proceso son:

### **Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social**

Como líder técnica del proceso, será responsable de:

- Consolidar la información.
- Coordinar la revisión de la metodología.

- Formular recomendaciones de ajuste metodológico.
- Articular la retroalimentación de los actores del SGSSS.

### **Dependencias del MSPS y demás instancias que conforman las mesas de trabajo**

Se conformarán mesas de trabajo con los mismos actores que participaron en el análisis de los indicadores, para asegurar que las modificaciones metodológicas cuenten con respaldo institucional y capacidad operativa para su implementación.

## CONCLUSIONES Y HALLAZGOS DEL INFORME

---

El incremento sostenido de las acciones de tutela en salud durante los últimos diez años debe leerse en su justa dimensión histórica y no como un indicador aislado del desempeño institucional reciente. La tendencia ascendente en la judicialización precede con amplitud el período de gestión 2022-2025 y hunde sus raíces en deudas estructurales acumuladas por décadas: una arquitectura de aseguramiento que históricamente separó la financiación de la prestación, un mercado de EPS con incentivos para la postergación de servicios y una cultura institucional en la que las barreras administrativas operaron durante años como mecanismo de contención del gasto.

Frente a ese legado, la gestión del Ministerio de Salud y Protección Social en el período 2022-2025 asumió el reto de transformar las condiciones estructurales del sistema con resultados concretos y verificables: la cobertura de aseguramiento alcanzó sus niveles históricos más altos gracias a la consolidación de la afiliación de oficio, los tiempos de espera en medicina general, interna y cirugía mostraron una tendencia sostenida a la reducción, y se desarrollaron instrumentos metodológicos inéditos —como la medición del Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la metodología de identificación de fallas estructurales, financieras y funcionales del SGSSS— que por primera vez dotan al país de un sistema robusto para diagnosticar y actuar sobre las causas profundas de la judicialización.

Es en ese marco donde se inscribe el presente capítulo de cierre, que recoge la síntesis analítica de los hallazgos más relevantes del informe 2025, articulando las tres grandes dimensiones trabajadas a lo largo del documento: el comportamiento y caracterización de las acciones de tutela, el goce efectivo del derecho a la salud medido a través de los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, y la estructuración de una metodología para la identificación de fallas del SGSSS.

Este informe, elaborado en cumplimiento de la orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, es un ejercicio que debe leerse en clave de construcción institucional progresiva, esto es, si el volumen de tutelas sigue siendo elevado, ello refleja en parte el éxito de una política de ampliación de derechos que incorporó al sistema a población históricamente

excluida y fortaleció la capacidad ciudadana de exigir lo que le corresponde, pero reconoce también, con honestidad institucional, que las transformaciones necesarias para cerrar definitivamente la brecha entre el derecho reconocido y el derecho efectivamente disfrutado son de largo aliento y trascienden cualquier período de gobierno.

## 5.1 HALLAZGOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS ACCIONES DE TUTELA

El análisis de la Circular Externa 001 de 2025 y de la base nacional de tutelas suministrada por la Honorable Corte Constitucional evidencia una realidad compleja: el volumen en salud para la anualidad 2025 es de 274.510 acciones de tutela reportadas. Este hecho, lejos de interpretarse únicamente como una disfunción del sistema, refleja también el reconocimiento ciudadano de la tutela como mecanismo efectivo de exigibilidad del derecho fundamental a la salud.

### 5.1.1 La oportunidad como eje central de la judicialización

El hallazgo estructural más relevante del año 2025 es el desplazamiento del eje de judicialización desde la cobertura del plan de beneficios hacia la oportunidad en la prestación. El Problema Jurídico 9 (PJ09) —relacionado con retrasos y barreras administrativas para acceder a servicios ya financiados en el Plan de Beneficios en Salud— concentró el 64,85% de las tutelas, frente al 40,85% registrado en 2024. Este incremento de más de 24 puntos porcentuales representa la señal de alerta más significativa del informe: los usuarios no recurren principalmente a la justicia constitucional para obtener servicios no incluidos en el PBS, sino para exigir la entrega oportuna de lo que ya les corresponde por derecho.

Esta transformación del patrón de judicialización es coherente con la reducción en la participación del Problema Jurídico 1 (no inclusión en el PBS), que pasó del 13,59% en 2024 al 9,77% en 2025, sugiriendo que los esfuerzos normativos para ampliar el plan de beneficios han tenido efecto relativo, pero que la implementación operativa de dichos beneficios continúa siendo el principal problema del sistema.

La principal causa subyacente identificada es la postergación y demora en servicios, tecnologías y procedimientos incluidos en el PBS, con una participación del 50,1% de las causas reportadas. Le sigue la incertidumbre sobre financiación de tecnologías en salud (8,5%) y la no autorización de servicios por MIPRES (5,3%, con una notable disminución frente al 18,6% de 2024). El promedio de 1,25 causas por tutela y 1,01 pretensiones por causa confirma que cada acción de tutela responde a un problema concreto y específico de acceso.

### 5.1.2 Perfil de las personas que recurren a la tutela

La caracterización sociodemográfica de los tutelantes en 2025 revela que el 97,1% de las personas interpusieron entre una y dos acciones de tutela, siendo la más frecuente una sola tutela (84,1% de los casos, equivalente a 192.105 personas). Este patrón indica que la tutela cumple para la mayoría de los usuarios un rol puntual y resolutivo: con un único recurso judicial logran resolver su necesidad de salud. El número máximo de tutelas interpuesto por una misma persona fue de 16, y solo el 2,9% de los beneficiarios presentaron tres o más acciones.

En términos territoriales, la concentración de tutelas persiste en los departamentos con mayor densidad poblacional y mayor capacidad de acceso a la justicia, aunque se identifican territorios con tasas ajustadas por afiliados que señalan brechas de acceso diferenciales, especialmente en departamentos de la región Pacífica y zonas de frontera.

La desaparición en 2025 de cuatro problemas jurídicos que en 2024 representaron el 21,94% de las tutelas (PJ14, PJ08, PJ12 y PJ06) es un cambio metodológico y contextual relevante que debe ser monitoreado para comprender si obedece a mejoras reales del sistema, a ajustes en la clasificación o al desplazamiento hacia otros problemas jurídicos.

### 5.1.3 Comportamiento de segunda instancia y desacato

El análisis de las tutelas en primera y segunda instancia, así como los incidentes de desacato, evidencia que una proporción relevante de las órdenes judiciales requiere de instancias adicionales para su cumplimiento efectivo. Este hecho subraya que el problema no se limita al acceso inicial al servicio, sino que se

extiende a las deficiencias en el cumplimiento oportuno de las decisiones judiciales por parte de los actores del sistema, en particular las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

## 5.2 GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD: AVANCES CON BRECHAS POR CERRAR

Los indicadores del Goce Efectivo del Derecho a la Salud entre 2021 y 2025 muestran un sistema que avanza, aunque de manera heterogénea según el territorio, el régimen de afiliación y el tipo de servicio. En materia de aseguramiento, la cobertura alcanzó sus niveles históricos más altos gracias a la política de afiliación de oficio impulsada por el Ministerio, con un incremento sostenido en el número absoluto de afiliados a lo largo de la última década que refleja una gestión institucional deliberada y con resultados verificables.

En cuanto a la oportunidad en la atención, los datos de 2025 muestran avances concretos en varias especialidades. El tiempo promedio de espera para medicina interna se redujo de 13,79 días en 2022 a 10,88 días en 2025, cumpliendo el estándar nacional de menos de 15 días. Para cirugía general, el promedio nacional fue de 10,60 días, con 24 de los 33 departamentos dentro del estándar esperado. En urgencias, 30 departamentos cumplieron el tiempo de atención para pacientes clasificados como triage 2, lo que evidencia una red hospitalaria que, en términos generales, responde con oportunidad ante las situaciones de mayor urgencia clínica. Estos resultados no son casuales, son el producto de un seguimiento sistemático de los indicadores de oportunidad que el Ministerio ha consolidado como práctica de gestión en este período.

Sin embargo, el informe también registra señales que no pueden ignorarse. La satisfacción global de los usuarios con los servicios de salud se ubicó en 68,1% en 2025, marcando una ruptura frente a la tendencia positiva observada entre 2021 y 2024, con las regiones Pacífica y Orinoquía-Amazonía por debajo del promedio nacional. En contraste, las EPSI indígenas (DUSAKAWI, ANAS WAYUU, MALLAMAS) y EPS como SALUD MIA y COMFAORIENTE— lideraron de manera consistente los indicadores de satisfacción, con valores entre 88% y 95% en el indicador de tiempo dedicado por el médico, lo que demuestra que modelos de

atención con enfoque diferencial y comunitario pueden alcanzar estándares de excelencia incluso en contextos de alta complejidad social y geográfica.

En el componente de disponibilidad, los mapas de densidad de profesionales de medicina y enfermería confirman que la distribución del recurso humano en salud sigue siendo uno de los principales retos estructurales del sistema. Departamentos como Vichada, Guainía y Vaupés registran las densidades más bajas del país, poniendo en riesgo la garantía del derecho en estas poblaciones con independencia de su condición de aseguramiento. El Índice Compuesto de Capacidad Instalada mostró una tendencia positiva a nivel nacional entre 2022 y 2025, pero con variaciones interdepartamentales significativas que evidencian que el crecimiento de la capacidad instalada no ha sido territorialmente equitativo. En acceso a la atención materno-infantil, el porcentaje de gestantes con cuatro o más controles prenatales mostró avances, aunque la razón de mortalidad materna continúa generando alertas en territorios con menor cobertura de servicios especializados, recordando que detrás de cada indicador hay vidas concretas cuya protección sigue siendo la razón de ser del sistema.

Leídos en conjunto, estos datos configuran un balance que el Ministerio puede sostener con argumentos sólidos: se avanzó en cobertura, en oportunidad y en capacidad instalada, y se construyeron los instrumentos de medición que antes no existían. Las brechas que persisten no niegan ese progreso, sino que señalan con precisión la agenda del próximo ciclo.

### 5.3 FALLAS DEL SISTEMA: UN NUEVO INSTRUMENTO PARA ENTENDER EL SGSSS

Uno de los aportes más significativos del informe 2025 es la construcción de una metodología propia, rigurosa y sistemática para identificar y analizar las fallas estructurales, financieras y funcionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este desarrollo representa un salto cualitativo en la capacidad diagnóstica del Ministerio y constituye, en sí mismo, un logro institucional de la gestión 2022-2025 que sienta las bases para un monitoreo del sistema de una profundidad sin precedentes en la historia del cumplimiento de la orden 30.

La metodología fue construida a partir de los marcos de referencia internacionales más sólidos disponibles: el marco de desempeño de sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud y la propuesta de evaluación de la Organización Panamericana de la Salud, que organiza el análisis en torno a las funciones básicas de un sistema de salud —rectoría, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios— y sus subfunciones. Sobre esa base conceptual, el Ministerio desarrolló una estructura de indicadores organizada en tres tipos de fallas: las estructurales, que dan cuenta de las condiciones de gobernanza, regulación y generación de conocimiento del sistema; las financieras, que examinan el flujo de recursos, los mecanismos de pago y la sostenibilidad del aseguramiento; y las funcionales, que evalúan la eficacia, seguridad, acceso y equidad en la prestación efectiva de los servicios de salud.

Cada tipo de falla fue operacionalizada a través de indicadores con definición técnica precisa, fuente de datos identificada y área responsable asignada dentro del Ministerio, lo que garantiza que la metodología no quede como un ejercicio académico, sino que tenga condiciones reales de implementación institucional.

Se definieron también criterios explícitos para el tratamiento de los indicadores cuya fuente no esté disponible en la primera aplicación, previendo el uso de indicadores proxy o análisis cualitativos complementarios con trazabilidad metodológica, y estableciendo un mecanismo de ajuste progresivo conforme se consolide la disponibilidad de los datos.

Es importante precisar que los resultados de la primera medición con esta metodología se entregarán en el informe correspondiente a la vigencia 2026, con presentación prevista para 2027. Lo que el presente informe ofrece es, entonces, el andamiaje completo: el marco conceptual, la estructura de indicadores, los criterios de medición y la hoja de ruta para su implementación. Ese andamiaje es la condición necesaria para que el país pueda, por primera vez, responder con evidencia sistemática a preguntas que hasta ahora solo tenían respuestas parciales: ¿dónde falla el sistema?, ¿en qué función?, ¿con qué intensidad?, ¿y qué actores son responsables de corregirlo? La construcción de esa capacidad diagnóstica es, en sí misma, una forma de garantizar el derecho a la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Báscolo, E., Debrott Sánchez, D., Houghton, N., & Vance, C. (2024). Regulación y desempeño de los sistemas de salud: una revisión de los marcos de análisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.42>
- Corporación Transparencia por Colombia, & Así Vamos en Salud. (2023). *Riesgos y alertas sobre la transparencia de la reforma a la salud*. [https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/4.\\_ analisis\\_sobre\\_corrupcion\\_en\\_el\\_sector\\_salud.pdf](https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/4._ analisis_sobre_corrupcion_en_el_sector_salud.pdf)
- Corte Constitucional. (2025). *Auto 1280 de 2025* (Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, Ed.).
- Hutchinson, E., Balabanova, D., & McKee, M. (2018). We Need to Talk About Corruption in Health Systems. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(4), 191–194. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.123>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V, English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC. (2022). *Revisión de riesgos de corrupción del sector salud con foco en adquisición de medicamentos y tecnologías de la salud* (F. O. Espejo Fandiño, A. R. Balcázar, D. J. S. Zúñiga-Mazenet, & S. Pérez Mora, Eds.). UNODC y Fondo de Integridad de Siemens. [https://businessintegrity.unodc.org/bip/uploads/documents/resources/Colombia\\_corruption\\_risks\\_in\\_public\\_procurement\\_Doc\\_Riesgos\\_Salud.pdf](https://businessintegrity.unodc.org/bip/uploads/documents/resources/Colombia_corruption_risks_in_public_procurement_Doc_Riesgos_Salud.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *WHA53/4 Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA53/sa4.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas* (I. Papanicolas, D. Rajan, M. Karanikolos, A. Soucat, & J. Figueras, Eds.). Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275326787>

- Reich, M. R., Abril Campos, P., Kalita, A., Levy Guyer, A., & Yip, W. (2024). *Health Reform Manual: Eight Practical Steps*. Harvard T.H. Chan School of Public Health, Department of Global Health and Population. [https://hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/2025/02/Health-Reform-Manual\\_FINAL\\_for-website-002.pdf](https://hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/2025/02/Health-Reform-Manual_FINAL_for-website-002.pdf)
- UN Economic and Social Council. (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes*. WHO Document Production Services. <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>
- World Health Organization. (2016). Gender, equity and human rights: Availability, accessibility, acceptability, quality. In *Infographic*. WHO. <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/aaaq-infographic/en/>
- World Health Organization. (2020). *Potential corruption risks in health financing arrangements: report of a rapid review of the literature*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004399>
- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI. (2024). *Tablero sectorial de la salud*.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2008). *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*. Organization of American States. [https://cidh.org/countryrep/IndicadoresDESC08sp/Indicadoresindice.sp.htm#\\_ftn1](https://cidh.org/countryrep/IndicadoresDESC08sp/Indicadoresindice.sp.htm#_ftn1)
- Congreso de Colombia. (1968). Ley 74, por la cual se aprueban los "Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966." In *Diario Oficial* (Number 32.682). Imprenta Nacional.
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. (Number 49.427). Diario Oficial.
- Corte Constitucional. (2018). *Sentencia T-302 de 2017*.

- Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. In *Serie de Tratados* (Vol. 993).
- Parra Vera, O. (2003). *El Derecho a la Salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales* (E. Restrepo Saldarriaga, Ed.). Defensoría del Pueblo. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
- UN Economic and Social Council. (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
- Uprimny Yepes, R. (2008). *El derecho a la salud: en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del estado colombiano en materia de quejas en salud* (1st ed.). Procuraduría General de la Nación. <https://doi.org/https://doi.org/10.51438/DJuprimny2008>