

Ranking de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), 2025.

Ministerio de Salud y Protección Social -Superintendencia
Nacional de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario General

LEIDY TATIANA AGUILAR RODRÍGUEZ

Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria

ANGELA LUCILA BARRIOS DIAZ

Subdirectora de Prestación de Servicios de Salud

DIDIER ANIBAL BELTRÁN CADENA

Jefe la Oficina de OTIC

Equipo Técnico Ministerio de Salud y Protección Social

Myriam Ruiz Dionisio

Médico y Cirujana General Epidemióloga
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Catherine Helene Ramírez Gutiérrez

Economista
Subdirección de Prestación de Servicios

Guerly Alfonso López Palacio

Estadístico econometría
Subdirección de Prestación de Servicios

German Alfredo Gil Forero

Ingeniero de Sistemas
Subdirección de Prestación de Servicios

Mario Silva Leal

Ingeniero de Sistemas
Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación

Mabel Marcela Correa Vélez

Gerente de Sistemas de Información en Salud
Subdirección de Prestación de Servicios

Octavio Henao Orrego

Médico Familiar y Comunitario
Dirección de Prestación de Servicios

Andrés Felipe Ramirez Giraldo

Mg. Profesional en Sistemas de Información
Subdirección de Prestación de Servicios

Judy Marina Valdés González

Enfermera Epidemióloga
Subdirección de Prestación de Servicios

Carfa Filal Chacón Montañez

Odontóloga, Especialista en Gerencia en Instituciones de Salud
Subdirección de Prestación de Servicios

Contenido

Introducción.....	6
Antecedentes.....	6
Justificación	10
Objetivo.....	11
Metodología	11
Definición de la población objeto de análisis.....	16
Recolección de datos.....	16
Resultados	32
Segmentación de IPS (Clusterización).....	32
Análisis descriptivo de IPS – Ranking IPS 2025.....	36
Capacidad de servicios y resolución- IPS baja complejidad (Clúster 1).....	42
Capacidad de servicios y resolución - IPS de mediana complejidad (Clúster 2).....	66
Capacidad de servicios y resolución alta Clúster 3	98
Análisis descriptivo sedes - Ranking IPS 2025.....	128
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, RIPS, Resolución 202 de 2021, Sistema de Información para la Calidad, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025	130
Relación entre las características de las IPS e indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud.....	134
Relación entre la zona ubicación de la IPS (Rural- Urbana) y los indicadores del derecho a la salud	135
Relación entre la naturaleza jurídica de la IPS e indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud.....	138
Correlación entre la satisfacción Global usuarios e indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud.....	145
Eficiencia técnica y ranking de IPS de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud de acuerdo con su desempeño.....	147
Eficiencia técnica de IPS con servicios de IPS Baja Complejidad (Clúster 1) respecto de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud	148
Eficiencia técnica de IPS de mediana complejidad respecto de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud	149
Eficiencia técnica de IPS de alta complejidad respecto a los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud.....	150
Conclusiones.....	151
Referencias.....	154

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Identificación de categorías, subcategorías e indicadores para medición de la vulneración del derecho a la salud.

Anexo 2. Matriz aportes de asociaciones de usuarios/as y pacientes

Anexo 3. Relación de IPS y sedes habilitadas con resultados de indicadores

Anexo 4. Criterios De Normalidad (Kolmogorov - Smirnov) de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud, IPS de complejidad clúster 1,2 y 3

Anexo 5. Clúster 1: IPS con servicios de baja complejidad

Anexo 6. Clúster 2: IPS con servicios de mediana complejidad

Anexo 7. Clúster 3: IPS con servicios de alta complejidad

GLOSARIO DE SIGLAS

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

ERP: Entidad Responsable de Pago

EPS: Entidades Promotoras de Salud

REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

PQRSD: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

SNS: Superintendencia Nacional de Salud

DX: Diagnóstico

DM: Diabetes Mellitus

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

HTA: Hipertensión Arterial

ACV: Accidente Cerebrovascular

Hab: Habitantes por municipio.

ZOMAC: Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado

PDET: Programas de desarrollo con enfoque territorial

PNIS: Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito

PNSR: Plan Nacional de Salud Rural

RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud

Introducción

El sistema de salud colombiano ha venido consolidando, a partir de la Sentencia T-760 de 2008, un marco estructural orientado a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, bajo criterios de equidad, calidad, accesibilidad, disponibilidad y oportunidad. En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento a la Orden 20 de dicha sentencia, estableció la necesidad de generar mecanismos de información pública para la medición de la vulneración del goce efectivo del derecho a la salud, que permitan a los usuarios y demás actores del sistema, conocer, comparar y evaluar el desempeño de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En concordancia con los autos de seguimiento emitidos por la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, han avanzado en la implementación y fortalecimiento del Ranking de IPS, el cual integra información proveniente de diversas fuentes con el propósito de ofrecer una visión integral del desempeño de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, facilitando la toma de decisiones informadas por parte de los usuarios, la gestión de los prestadores, aseguradores y entes territoriales hacia el cumplimiento de estándares de calidad, resultados en salud y acciones de inspección, vigilancia y control.

El presente documento, proporciona información de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la metodología de ranking IPS para el año 2025, en coherencia con las disposiciones de la respetable Corte Constitucional, como herramienta de transparencia y mejora continua para el goce efectivo del derecho a la salud de las personas en el territorio nacional.

Antecedentes

La Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008, abordó de manera estructural las fallas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a partir de la acumulación de veintidós (22) acciones de tutela en las que se evidenció la vulneración reiterada del derecho fundamental a la salud, principalmente por la negación o dilación injustificada en la prestación de servicios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Al fallar las tutelas, determinó que esos casos representaban vulneración del derecho a la salud, relacionados con problemas estructurales del SGSSS, permitiendo ajustes y transformaciones dentro del mismo para garantizar el derecho a la salud.

En el marco de la sentencia se emiten treinta y dos (32) órdenes dirigidas a los actores del sistema, entre ellas la **orden vigésima**, mediante la cual dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud debían diseñar e implementar un

mecanismo de evaluación que permitiera identificar las prácticas violatorias del derecho a la salud por parte de EPS e IPS, a través de la elaboración de un ranking.

En ese sentido, la Corte Constitucional ha desarrollado un seguimiento progresivo mediante autos en los cuales ha precisado el alcance de la orden, como se detalla a continuación:

Autos /Valoraciones	Órdenes impartidas
Auto 13-07-09 :	<i>(...) infraestructura humana, organizativa y de material se ha dispuesto y (b) si a la fecha han modificado, creado o suprimido los procedimientos, criterios e indicadores para medir el goce efectivo del derecho a la salud y, en particular, para cumplir con los objetivos adscritos a la orden número 20 de la sentencia T-760 de 2008.</i> <i>(...) y requerimiento de alguna información adicional a las EPS, EPSS e IPS o se ha definido algún canal de participación para los usuarios de modo que a partir de ellos se establezca cuál es la cantidad de medicamentos y servicios incluidos dentro del POS que son negados o que se requieran con necesidad, quiénes están siendo obligados a acudir a la acción de tutela para defender su derecho a la salud (...)</i>
Auto 006 de 2011	<i>(...) informar si este documento ha sido objeto de revisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, así como las observaciones que se hubieren efectuado sobre el mismo (...)</i>
Auto 044 de 2012	<i>(...) presenten un informe en el que identifiquen las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrir en las prácticas violatorias del derecho a la salud descritas en la sentencia T-760 de 2008 (...)</i> <i>(...) Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que, de manera conjunta, sigan elaborando un ranking anualmente, con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación (...)</i>
Auto 260 de 2012	<i>(...) Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que, de manera conjunta, sigan elaborando anualmente un ranking observando los lineamientos señalados en la sentencia T-760 de 2008.</i>
Auto 249 de 2013	<i>(...) En este sentido, el ranking debe ser una clasificación por puestos: primero, segundo, tercero, etc., debiéndose ubicar en el primer lugar, por ejemplo, aquel asegurador o prestador que, a partir de la evaluación “sobre las prácticas violatorias del derecho a la salud (...)</i>
Auto 412 de 2015	<i>(...) informen a esta Sala, la metodología y parámetros de calificación que se han usado o se implementarán para el perfeccionamiento de la ordenación de EPS (...)</i> <i>...) INVITAR a las entidades públicas que hacen parte del cumplimiento de la orden 20 y a los Peritos Constitucionales Voluntarios para que, hasta el 23 de octubre de 2015, presenten propuestas sobre la(s) mejor(es) metodología(s) para recopilar elementos empíricos que permitan evaluar el grado de aceptación, entendimiento y la utilidad (...)</i>
Auto 591 de 2016	<i>(...) adelante las sesiones técnicas que involucren todos los actores del sistema, con el objetivo de evaluar, medir y cuantificar adecuadamente los 14 criterios definidos por la Corte, así como establecer los nuevos</i>

	<i>lineamientos de valoración, acorde con la actual normatividad y jurisprudencia constitucional (...)</i>
Autos /Valoraciones	Órdenes impartidas
Auto 358 de 2020	<i>(...) Elaboren un ranking de IPS que permita identificar a las prestadoras a nivel nacional que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, el cual debe contar con el universo de prestadoras (...) (...) Publiquen en el sitio web del Ministerio, la Superintendencia y las promotoras, el ranking anual de las EPS e IPS enfocado a las practicas violatorias del derecho a la salud (...)</i>
Auto 689 de 2021	<i>(...)Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que de manera conjunta (i) fijen el cronograma de trabajo para cada uno de los rankings y (ii) lleven a cabo las sesiones técnicas a las que se refiere el auto 358 de 2020 (...)</i>
Auto 1089 de 2022	<i>(...) ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que elaboren los ránquines de 2022 con la participación dialógica de las agremiaciones de EPS e IPS(...)</i>
Auto 708 de 2024	<i>(...)Elaborar el ranking a partir de distintas fuentes de información, las cuales permitan determinar la clasificación de las IPS de conformidad con a) los activos totales, los ingresos y el patrimonio totales de cada IPS, b) la naturaleza de cada institución (pública, privada o mixta) y, c) la cantidad de servicios habilitados (...) (...) Cumplir con lo ordenado en el ordinal (v) numeral segundo del Auto 358 de 2020, reiterado en el ordinal tercero, numeral tercero del Auto 1089 de 2022 y asegurarse de publicar en el sitio web de las entidades, a través de un enlace visible en la página principal que lleve directamente a esta información, el ranking anual de las IPS enfocado a las practicas violatorias del derecho a la salud (...) (...) Reiterar lo ordenado en los autos 358 de 2020 y 1089 de 2022, en lo relativo a adoptar y reportar las acciones en contra de las IPS que han incurrido en prácticas violatorias del derecho a la salud (...)</i>
Auto 2049 de 2025:	<i>(...) Escasas medidas para la formulación de la metodología de medición para la elaboración del ranking de EPS e IPS y falta de actualización de los criterios de evaluación conforme la Ley Estatutaria y la Sentencia C-313 de 2014, con la participación de todos los actores del sistema. El componente de ranking de IPS se encuentra en etapa de postvaloración, y a la espera de remisión del ranking 2024 (Auto 708 de 2024) (...)</i>

En ese sentido, para el informe de ranking de IPS de 2021 se definieron y desarrollaron unas etapas. Así mismo, en lo que respecta a las prácticas vulneradoras, y a la definición de categorías de vulneración del derecho a la salud, se obtuvieron resultados y consensos con las entidades territoriales y con las IPS, avanzando en algunas actividades que demandaron la convocatoria, y articulación con los actores del SGSSS, a saber:

- Sesiones de socialización y consenso metodológico con las asociaciones de usuarios, respecto de las prácticas que vulneran el derecho a la salud, indicadores y formas de medición.
- Sesiones de trabajo con las agremiaciones de IPS, para presentar resultados y generar consensos, con respecto a la metodología y los niveles de valoración y de generación del ordenamiento de IPS.

Como resultado de lo anterior, el informe del ranking de IPS del año 2022 se elaboró con el objetivo de superar las fallas estructurales identificadas en la orden vigésima, para ello, se construyó un indicador compuesto no ponderado que integró once (11) indicadores agrupados en dos categorías:

- Accesibilidad y Calidad.

Estos indicadores se basaron en datos del Sistema de Información para la Calidad (SIC) y se evaluaron aspectos como el tiempo promedio de espera para citas, procedimientos y atención en urgencias. Es menester señalar que, a pesar de los esfuerzos realizados para lograr un consenso amplio, no se obtuvo respuesta por parte de las asociaciones de pacientes y usuarios.

Para la elaboración del ranking de IPS del año 2022 se basó en las categorías establecidas por las distintas dependencias y en los informes de diversos sistemas y fuentes de información. Sin embargo, este proceso se vio afectado por rezagos en la depuración, cálculo, validación y publicación de información y de indicadores, lo que no permitió cumplir con el plazo establecido para la elaboración del ranking.

A pesar de las limitaciones indicadas, el ranking IPS 2022 se elaboró siguiendo una metodología rigurosa y transparente, previamente establecida y socializada con las Direcciones Territoriales de Salud e IPS. Además, se incorporaron las recomendaciones del Auto 1089 de 2022 de la Corte Constitucional, específicamente en lo que respecta a la subcategoría "Trato Digno" y a los postulados definidos en la ley 1751 de 2015.

Ahora bien, para la elaboración del ranking de IPS para el año 2023, aún con las limitaciones de información, se incrementaron a treinta (30) el número de indicadores para determinar la vulneración de los derechos de los usuarios, estos indicadores mantienen las categorías de Accesibilidad y Calidad e integra una nueva categoría, la de Aceptabilidad, razón por la cual, el ranking de IPS de 2023, se elaboró a partir de información confiable y debidamente validada, constituyendo una herramienta valiosa para los usuarios del SGSSS, que les permitirá ejercer su derecho a la libre elección de manera informada y responsable.

Para el ranking de IPS 2024 se desarrolló un plan de trabajo dentro del cual se realizó la revisión de la metodología de manera rigurosa y exhaustiva, contando con espacio de validación con asociaciones de usuarios/as y pacientes del SGSSS. En este proceso se tuvo como objetivo la calidad y validez de los datos, incluyendo la selección de fuentes confiables como de indicadores que ofrezcan información sobre prácticas vulneradoras del derecho a la salud por parte de las IPS. Para este se incrementó a cuarenta y tres (43) el número de indicadores para determinar las prácticas vulneradoras del goce efectivo del derecho a la salud.

Bajo ese contexto, para el ranking de IPS 2025 en el marco del plan de trabajo, se conformó un equipo interdisciplinario e interinstitucional para llevar a cabo la gestión requerida para la aplicación de la metodología, previamente establecida y validada para la realización del

ranking IPS. En este proceso se tuvo como objetivo la ratificación de la misma, así como la calidad y validez de los datos, incluyendo la selección de fuentes confiables que ofrezcan información sobre prácticas vulneradoras del derecho a la salud por parte de las IPS. En ese sentido, se incluyeron nuevos indicadores para determinar las prácticas vulneradoras del goce efectivo del derecho a la salud.

Es así que, el proceso para la construcción del ranking de IPS se realiza de manera continua, lo que ha permitido el fortalecimiento de la metodología para obtener información de mayor calidad, confiable, representativa y completa, permitiendo mejorar la identificación y valoración de las prácticas vulneradoras que afectan el acceso y la prestación de servicios de salud, y contar con herramientas más confiables para los usuarios y la toma de decisiones en los procesos de las IPS para la garantía del derecho a salud.

Justificación

Teniendo en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia debe garantizar a los usuarios el goce efectivo del derecho a la salud, la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de las directrices establecidas en la Sentencia T-760 de 2008 y autos de seguimiento de la orden vigésima, realizaron el Ranking de IPS para la vigencia 2025. La construcción del ranking permite contar con un panorama integral sobre el desempeño de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, así como brindar una herramienta confiable a los usuarios sobre el desempeño de las instituciones.

Este ranking, realiza un análisis sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud, evaluando las prácticas que vulneran y que permiten evidenciar los procesos de accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios. El ranking se basa en una metodología rigurosa y exhaustiva que garantiza la calidad y validez de los datos, incluyendo la selección de fuentes confiables como de indicadores que proporcionen información acerca de prácticas vulneradoras del derecho a la salud por parte de las IPS.

Para la realización del ranking de IPS en la vigencia 2025, por cada práctica vulneradora del derecho a la salud, se identificaron los indicadores a tomar en cuenta, evaluando los criterios de calidad de los datos: exactitud, objetividad, validez, completitud y oportunidad.

El Ranking de IPS es un proceso dinámico, donde surgen revisiones y actualizaciones del mismo, convirtiéndose en una herramienta para evaluar el desempeño de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), generando para los usuarios, acceso a información clara, confiable, precisa y transparente para tomar decisiones informadas para ejercer su derecho a la libre elección.

Además, este instrumento estimula a las instituciones que brindan servicios de salud a llevar a cabo un análisis de su evaluación en relación con la prestación de servicios en comparación con otras entidades. Esto les facilita detectar oportunidades para mejorar y brindar servicios más accesibles, oportunos y de mejor calidad, lo que posibilita ajustarse a los requerimientos de los

usuarios y contribuir así al perfeccionamiento y reducción de barreras del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Objetivo

Establecer un ranking de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas en Colombia, que registran mayor vulneración al goce efectivo del derecho a la salud en la vigencia 2025, con el fin de i) proporcionar información a los/as usuarios/as para el ejercicio de sus derechos, ii) identificar patrones o áreas críticas que afectan el goce efectivo y, iii) promover acciones preventivas y correctivas en materia de políticas de salud a nivel nacional y territorial.

Metodología

De acuerdo con los antecedentes mencionados, se desarrolló un plan de trabajo interinstitucional entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), para la construcción del ranking IPS 2024, que incluyó 7 pasos a saber:

Tabla 1

Resumen del plan de trabajo MSPS-SNS para la construcción del ranking IPS 2025

Pasos	Resumen
1. Articulación intrainstitucional y con grupos externos.	Se desarrollaron diferentes espacios técnicos de articulación intrainstitucional entre la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Protección Social para la generación del ranking IPS y ranking EPS. En cuanto a grupos externos, para el año 2024, se realizó la convocatoria, y articulación con los actores del SGSSS, a saber, sesiones de trabajo, socialización y consenso metodológico con las asociaciones de usuarios, agremiaciones de IPS, respecto de las prácticas que vulneran el derecho a la salud, indicadores, formas de medición para establecer niveles de valoración y de generación de ordenamiento de las IPS, los cuales fueron incorporados en su momento a la metodología y continúan vigentes para el año 2025.

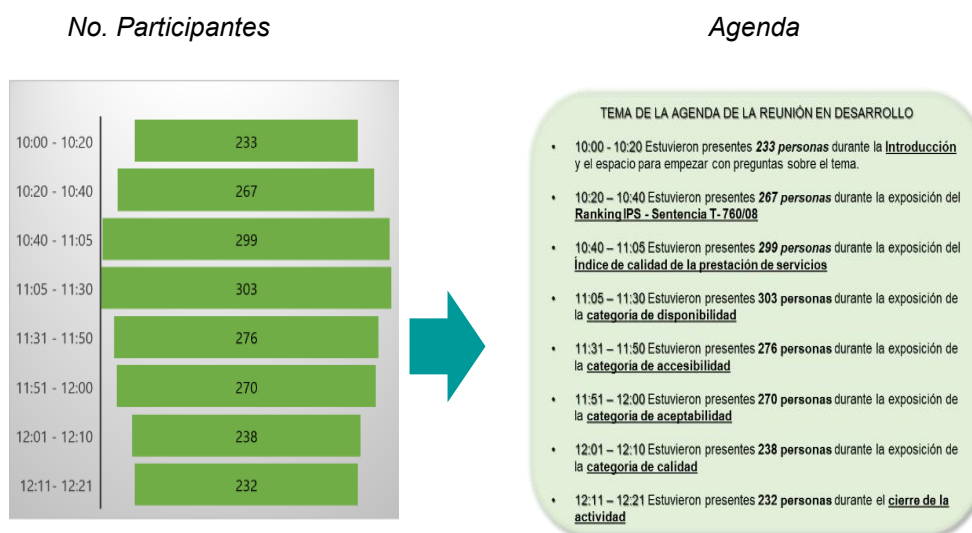
Pasos	Resumen
2. Integración del grupo técnico institucional para el desarrollo del ranking	En enero de 2026 se instaló la mesa de trabajo entre las dos entidades, para la gestión del ranking IPS. La orientación técnica estuvo a cargo por parte del Ministerio, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria; con participación de la Dirección de Epidemiología y Demografía, Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, Dirección de Promoción y Prevención, Oficina de Calidad, Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación por parte de la SNS, la delegada de Prestación de Servicios, la Dirección de Innovación y Desarrollo - Subdirección de Analítica.
3. Definición de la metodología del ranking de IPS 2025	Como parte del mejoramiento continuo en el cumplimiento de la orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008, ambas entidades realizaron la revisión, definición y alistamiento de las fuentes de información, categorías, atributos y recolección de datos, teniendo en cuenta las fuentes citadas por la Corte Constitucional en los diferentes Autos de Seguimiento: servicios de salud habilitados, capacidad instalada, reporte de la Resolución 256 de 2016, entre otras (Anexo 1. Categorías y Subcategorías Indicadores)
4. Concertación de la metodología del ranking de IPS 2025 con instancias de participación social y ciudadana	Una vez definida propuesta metodológica en el año 2024, el 2 de abril de 2025, se desarrolló un espacio de diálogo con las asociaciones de usuarios/as y pacientes del SGSSS, el resumen de los actores vinculados y los temas abordados se presenta a continuación de esta, en la figura 1.
5. Gestión de la información	Este paso incluye la revisión de la calidad de la información y su validez, completitud y confiabilidad, cuyos criterios se amplían más adelante.
6. Construcción del ranking de IPS 2025	Para la construcción del ranking IPS 2025 se cuenta con un equipo para la construcción del ranking IPS, con perfiles en estadística, gestión de sistemas de información, epidemiología, administración y gerencia en salud, e ingeniería de sistemas, que permitió avanzar en un proceso de articulación interinstitucional y de mejoramiento del ranking.
7. Estrategia de comunicación de los resultados y retroalimentación continua	Teniendo en cuenta que uno de los aspectos que la Corte Constitucional y los Entes de Control identifican como relevante es la máxima publicidad de los resultados para su apropiación por parte de la ciudadanía y actores institucionales sectoriales e intersectoriales que tienen interés en el tema, se desarrollaron dos productos comunicativos a saber:

Pasos	Resumen
	- Publicación en el Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social y -RID¹ y Repositorio Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Calidad en Salud -ONCAS²: - Informe ranking documento completo - Resumen ejecutivo ranking - Socialización a través de mecanismos poblacionales de fácil consulta³.

En relación con el paso 4. Concertación de la metodología del ranking de IPS con instancias de participación social y ciudadana, se realizó una amplia convocatoria a asociaciones de usuarios/as y pacientes del SGSSS, a una mesa de diálogo el pasado 2 de abril de 2025, cuyo producto fue la definición de la metodología del ranking de IPS. A continuación, se presentan los resultados de la participación y aportes de los/as usuarios/as (Anexo 2. Matriz de Aportes Usuarios) como parte de la validación de la metodología.

Figura 1

Total, participantes por momentos de la concertación de la metodología del ranking IPS con asociaciones de usuarios/as y pacientes del SGSSS



Fuente: Elaboración propia. Mesa de trabajo realizada el 2/04/2025

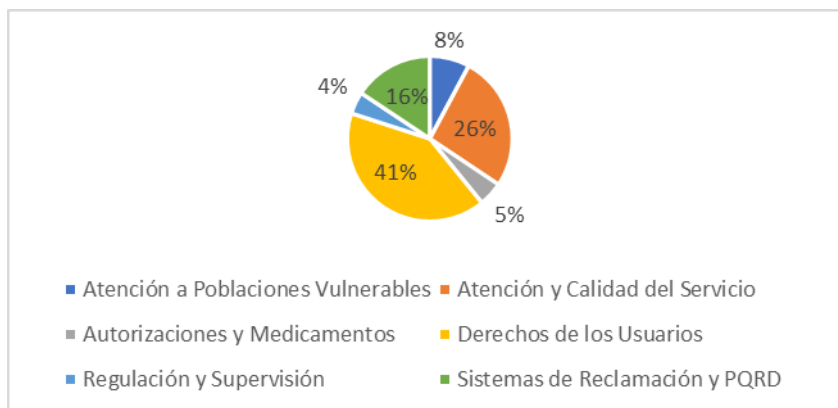
Figura 2

Distribución por temáticas en las que trabajan las asociaciones de usuarios participantes.

¹ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=*ss=Todos

² <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/default.aspx>

³ Microsoft Power BI

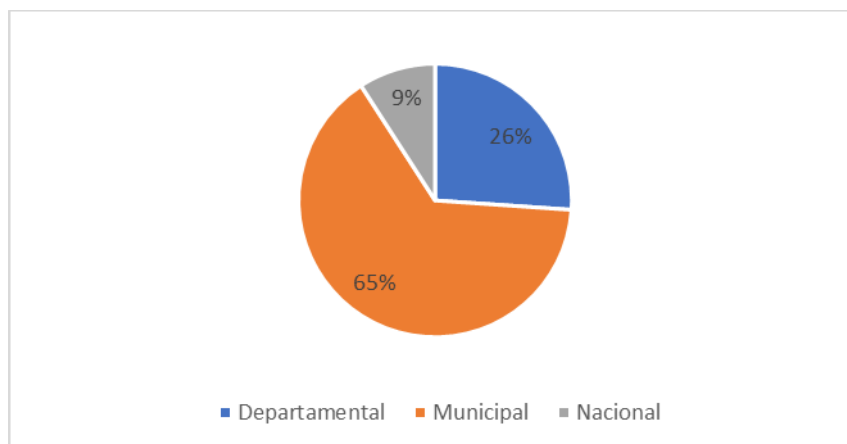


Fuente: Elaboración propia. Mesa de trabajo realizada el 2/04/2025

El 41% de los participantes refirieron como temáticas en las que centran su trabajo los derechos de los usuarios, el 26% la atención y calidad del servicio, el 16% en sistemas de reclamación y PQRD, el 8% en atención a poblaciones vulnerables, el 5% autorizaciones y medicamentos y el 4% sobre regulación y supervisión.

Figura 3

Ámbito territorial en el cual ejercen su rol las asociaciones de usuarios y pacientes participantes



Fuente: Elaboración propia. Mesa de trabajo realizada el 2/04/2025

El 65% de las asociaciones participantes señalan que su ámbito de ejercicio es a nivel municipal, el 26% a nivel departamental y el 9% a nivel nacional.

En relación con el análisis de la información, se aplican las categorías y subcategorías de prácticas vulneradoras del derecho a la salud con indicadores provenientes de distintas fuentes de información, a través de la evaluación de la eficiencia técnica de las IPS, acatando las disposiciones de la Corte Constitucional emitidas en el Auto A-708 de abril de 2024.

Diseño del análisis

Para el análisis de la información se utiliza el método de Análisis por Envoltura de Datos (DEA: Data Envelopment Analysis), el cual es de carácter observacional y analiza la frontera de la máxima producción de cada sede de prestación de servicios de salud, para identificar las buenas prácticas sanitarias y valorar el desempeño de cada sede con respecto a la desviación de la frontera eficiente.

Es una metodología que utiliza el análisis lineal no paramétrico, donde relaciona las entradas y salidas productivas, que dependen de la toma de decisiones de cada unidad de análisis (DMU: Decision Making Unit), en este caso, cada sede de prestación de servicios de salud, que debe alcanzar el retorno constante a escala, formados por capacidad de respuesta y producción eficiente.

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

Por lo anterior, por ser un método lineal no paramétrico se realiza un análisis de clúster para definir las sedes semejantes entre ellas, que permita homogeneizar las unidades de análisis y correr el método DEA. Este análisis en la producción tiene indicadores como el resultado de la mortalidad, por tanto, entre menos casos mejor es el resultado; se analiza en contraposición al indicador, como unidades eficientes las que menos casos de mortalidad tengan.

Población

Se tomó un total de 10.376 IPS, que corresponde a 18.465 sedes, de acuerdo con la información reportada por el REPS, con corte al 31 de diciembre de 2025 (Anexo 3 Relación de IPS y sedes habilitadas con indicadores).

Prácticas vulneradoras del goce efectivo del derecho a la salud

Para la construcción del ranking del año 2025, se retomó la información del ranking del 2024, se realizó un nuevo ejercicio de revisión de la literatura, documentos técnicos y normatividad vigente, ampliando el número de indicadores.

A continuación, se describen las cuatro (4) categorías, diez (8) subcategorías y las prácticas vulneradoras del derecho a la salud seleccionadas para la elaboración del informe para el año 2025.

Tabla 2.

Prácticas vulneradoras del goce efectivo del derecho a la salud

Categoría	Subcategoría	Prácticas Vulneradoras del derecho a la salud
Accesibilidad	Acceso a la información	Omisión y opacidad de la información de calidad en salud que vulnera el derecho del usuario a tener información que le permita elegir libremente la IPS de su preferencia
	Acceso a los servicios de salud	Fallas en el proceso de prestación de servicios o intervenciones que impiden que el usuario obtenga atención efectiva.

Categoría	Subcategoría	Prácticas Vulneradoras del derecho a la salud
Aceptabilidad	Derechos de los pacientes	Baja calidad en la atención a los servicios de salud
		Insatisfacción del usuario frente a la atención integral de la IPS
Calidad	Oportunidad	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir desde cuando el usuario solicitó la cita hasta cuando le agendaron la cita
	Pertinencia	Aumento de la probabilidad de morbilidad y mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
	Seguridad del paciente	Riesgo de daño a las personas por la generación de prácticas inseguras durante la prestación de servicios de salud
Disponibilidad	Disponibilidad de Servicios	Cantidad de servicios en salud disponibles por la Institución Prestadora de Servicios – IPS, de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS
	Capacidad, Instalada	Recursos físicos (ambulancias, camas, camillas, consultorios, salas) necesarios y suficientes que puedan satisfacer las necesidades de prestación de servicios de salud de la población.
	Medidas administrativas	Prestadores con grupos de clasificación de la Superintendencia Nacional de Salud conforme Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que tienen prácticas vulneradoras.

Fuente: realización propia MSPS

Definición de la población objeto de análisis

La población objeto de atención por una IPS se define como el grupo de personas que, dentro de un territorio específico, tienen acceso potencial a los servicios ofertados por la institución, considerando variables como la ubicación geográfica, la red de prestación, los acuerdos de voluntades/contratos con Entidades Responsables de Pago – ERP y el tipo de servicios habilitados. Esta población se estima a partir de la población total del área de influencia de la IPS, ajustada por la proporción de usuarios afiliados a las entidades con las que la institución tiene contrato o por la participación de la IPS en la prestación de servicios dentro del sistema. Este indicador es fundamental para la planeación de la oferta de servicios, la asignación de recursos y el análisis de cobertura, ya que permite dimensionar la demanda potencial que la institución debe atender.

Recolección de datos

La recolección de la información de los indicadores seleccionados para las categorías de vulneración del derecho a la salud respecto a “Aceptabilidad, Accesibilidad y Calidad” se realiza mediante las siguientes etapas:

- Reporte de los datos por parte de las IPS al Sistema de Información de Calidad - SIC, a través de la plataforma PISIS del SISPRO, en los cuatro trimestres del año 2025, y mediante las correspondientes fichas de notificación.

- Depuración y validación de los datos reportados.
- Cálculo y entrega de los resultados consolidados, con corte al 31 de diciembre de 2025 del SIC.

Fuentes de información

De acuerdo con las categorías y prácticas vulneradoras del goce efectivo del derecho a la salud, se revisan las siguientes fuentes:

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

- Base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social que registra y valida la información de los prestadores de servicios de salud reportada por los Entes Territoriales para asegurar la calidad y seguridad en la atención. Con corte al 31 de diciembre de 2025.
- Las IPS, independientemente de su naturaleza jurídica (públicas o privadas), al igual que otros actores del SGSSS, pueden ser unidades primarias generadoras de datos, y en tal carácter, dentro de sus responsabilidades se encuentran, detectar, confirmar eventos sujetos de vigilancia en salud pública, y realizar exámenes diagnósticos, procedimientos e intervenciones individuales o colectivas, con el fin de velar por la salud pública de la población.

Sistema de Información para la Calidad - SIC

- La Resolución 256 del 2016, dictó disposiciones en relación con el SIC, y estableció indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- El reporte de información en el marco del SIC, es obligatorio para todas las IPS que se encuentren habilitadas en el REPS, de acuerdo con el artículo 5 de dicha resolución.
- La Resolución 3539 de 2019, que regula el registro de servicios negados a que refiere la orden decimonovena de la Sentencia T-760 de 2008, en su artículo 9, modificó el artículo 6 de la Resolución 256 de 2016, y, por tanto, la periodicidad del reporte que deben hacer, entre otros, las EAPB e IPS, pasando de semestral a trimestral, previendo igualmente el reporte a la SNS, ante las omisiones por parte de las citadas entidades al cumplimiento del deber de reporte.
- El SIC establece tres dominios para monitorear la calidad en la prestación del servicio de salud por parte de las IPS, a saber, i) efectividad; ii) seguridad, y iii) experiencia de la atención.
- De acuerdo con la Ley 1438 del 2011, la información para la calidad en salud es una herramienta que garantiza al usuario el derecho a la libre elección, razón por lo cual se toma el porcentaje de reporte al Sistema de Información para la Calidad por parte de las IPS, en donde los 4 reportes corresponden al 100%.

Registro Individual de Prestación de Servicios – IPS

- El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS es el conjunto de datos mínimos y básicos que reportan los prestadores y entidades responsables de pago relacionados con la atención brindada a los usuarios. Su finalidad es soportar los

procesos de dirección, regulación, control, vigilancia, seguimiento epidemiológico, financiamiento y evaluación de los servicios de salud en el país. La normatividad vigente que regula los RIPS

- Resolución 3374 de 2000: reglamentó inicialmente los datos básicos que deben reportarse en los RIPS.
- Resolución 1036 de 2022: definió las especificaciones técnicas del Registro Individual de Prestación de Servicios y de Facturación Electrónica de Venta en Salud.
- Resolución 2805 de 2022: estableció el mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud.

De los atributos requeridos frente a las fuentes de información para su selección y utilización en la elaboración del ranking de IPS, los atributos analizados para considerar como insumo una fuente de información en la elaboración del ranking que nos ocupa, fueron los siguientes:

- *Exactitud*: la información debe ser transversal, con poca variabilidad.
- *Objetividad*: debe tratarse de información estandarizada, que permita su análisis.
- *Validez*: la información debe ser precisa, con respecto a los criterios establecidos y lo que se quiere analizar y estudiar, para el caso, la práctica vulneradora del derecho a la salud.
- *Complejidad*: la información debe contener todos los datos y variables a utilizar en la finalidad requerida. Por ejemplo, contar con los numeradores y denominadores que permitan generar indicadores de vulneración para cada prestador.
- *Oportunidad*: la información debe estar disponible para el momento que se requiera, y contar con datos actualizados, para el caso, con corte al año 2025.

Además de los precitados atributos, la fuente de información debe contar con variables mínimas, como:

- Nombre del prestador de servicios de salud, NIT y código de habilitación
- Ubicación del prestador de servicios de salud (departamento y municipio)
- Año de reporte, para el caso, 2025

En consideración a los atributos, características y variables mínimas antes referidas, las fuentes de información seleccionadas para el ranking de IPS 2025, fueron las siguientes:

- Base de datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud- REPS
- Sistema de Información para la Calidad _ SIC (Resolución 256 de 2016)
- Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS

Variables

Para la elaboración del ranking de IPS del año 2025, se utilizó la metodología diseñada para el ranking del año 2024, la cual consiste en seleccionar los indicadores, bajo el marco de los conceptos de cobertura y principios de calidad de la atención, lo que conllevó el desarrollo de las siguientes actividades:

Selección de indicadores

- De las fuentes de información seleccionadas (REPS, SIC y RIPS), y conforme con las categorías y prácticas vulneradoras del derecho a la salud relacionadas en los apartados anteriores, se seleccionaron 58 indicadores de acuerdo con cumplimiento de los atributos previamente establecidos, para el ranking de IPS del año 2025; los cuales se relacionan en la Tabla 3.
- Los indicadores de detección temprana de enfermedades crónicas integrados a la subcategoría de seguridad del paciente reflejan la capacidad de las IPS para prevenir riesgos clínicos evitables y gestionar de manera oportuna condiciones que, de no ser detectadas o controladas adecuadamente, pueden derivar en eventos adversos graves.
- La captación temprana de enfermedades crónicas permite iniciar intervenciones oportunas, reducir complicaciones y evitar descompensaciones que comprometen la vida y la integridad del paciente. De igual forma, el análisis de las atenciones por Accidente Cerebro Vascular - ACV evidencia tanto la efectividad en la prevención primaria y secundaria como la respuesta institucional ante eventos agudos de alto riesgo. En conjunto, estos indicadores no solo miden acceso o cobertura, sino que se constituyen en trazadores de calidad y seguridad, al dar cuenta de la capacidad del sistema para anticiparse al daño, minimizar riesgos y garantizar una atención segura, continua y centrada en el paciente.

Para el análisis del ranking se utilizó el indicador en bruto, entendido como la proporción efectiva de atenciones o procedimientos realizados sobre la población objeto. Este enfoque permite una comparación más transparente y homogénea entre las IPS, al basarse en la cobertura real alcanzada en actividades como la consulta de nutrición en gestantes y los tamizajes para la detección temprana de cáncer de cuello uterino, mama y próstata. Es importante señalar que el comportamiento de estos indicadores está directamente relacionado con los acuerdos de voluntades establecidos entre las Empresas Responsable de Pago (ERP) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Tabla 3

Relación de Indicadores seleccionados por categoría y subcategoría

Categoría	Subcategoría	Indicador	Prácticas Vulneradoras del derecho a la salud
Accesibilidad	Acceso a la información	Porcentaje de reporte al Sistema de Información para la Calidad	Omisión y opacidad de la información de calidad en salud que vulnera el derecho del usuario a tener información que le permita elegir libremente la IPS de su preferencia.
Aceptabilidad	Derechos de los pacientes	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Baja calidad en la atención a los servicios de salud.
	Derechos de los pacientes	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Baja calidad en la atención a los servicios de salud.
Calidad	Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía para revascularización miocárdica	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.

Categoría	Subcategoría	Indicador	Prácticas Vulneradoras del derecho a la salud
Calidad	Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología y Obstetricia	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
		Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear	Demora en el tiempo promedio de asignación de citas, es decir, el tiempo transcurrido desde la fecha en que el usuario solicitó la cita, hasta la fecha en la cual se le asignó la cita.
	Pertinencia	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
		Proporción de Tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
Calidad	Pertinencia	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años.	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
		Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con tamizaje de cáncer de cuello uterino	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
		Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (<i>sangre oculta en materia fecal con inmuoquímica, según lo definido en el esquema</i>)	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos

Categoría	Subcategoría	Indicador	Prácticas Vulneradoras del derecho a la salud
		Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados para cáncer de próstata (<i>Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA)</i>)	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
		Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
		Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
		Proporción de personas con atención de valoración integral de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en infancia.	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
Categoría	Subcategoría	Indicador	Prácticas Vulneradoras del derecho a la salud
Calidad	Pertinencia	Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
	Seguridad del paciente	Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular - ACV	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de toma de acciones apropiadas y congruentes con las características propias de los usuarios y diagnósticos clínicos
		Captación de personas con Hipertensión Arterial	Riesgo de daño a las personas por la generación de prácticas inseguras durante la prestación de servicios de salud
		Captación de personas con Diabetes Mellitus	Riesgo de daño a las personas por la generación de prácticas inseguras durante la prestación de servicios de salud
		Captación de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC	Riesgo de daño a las personas por la generación de prácticas inseguras durante la prestación de servicios de salud

Categoría	Subcategoría	Indicador	Prácticas Vulneradoras del derecho a la salud
Disponibilidad	Disponibilidad de Servicios	Cantidad de servicios disponibles por IPS	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de recursos apropiados y suficientes para satisfacer las necesidades de atención en salud de los usuarios.
	Capacidad instalada	Cantidad de recursos físicos disponibles por IPS	Aumento de la probabilidad de morbi-mortalidad por ausencia de recursos apropiados y suficientes para satisfacer las necesidades de atención en salud de los usuarios.
	Medidas administrativas	Proporción de IPS según grupos de clasificación de la Superintendencia Nacional de Salud conforme Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que tienen prácticas vulneradoras	Ejercer las funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud

Fuente: realización propia MSPS

A continuación, se describe la ficha técnica: numerador, denominador, unidad de medida y fuente de información, de cada uno de los indicadores seleccionados.

Tabla 4

Ficha técnica de los indicadores seleccionados para medir la vulneración del goce efectivo del derecho a la salud

N.º	Indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente	Factor	Definición Operativa
1	Porcentaje de reporte al Sistema de Información para la Calidad	Número de reportes realizado por la IPS en el año	Total de reportes a presentar en el año al Sistema de Información para la calidad	Porcentaje	Sistema de Información para la Calidad	100	Cuantitativa
2	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"	Número de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje	Sistema de Información para la Calidad	100	Cuantitativa
3	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta: ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?"	Número de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje	Sistema de Información para la Calidad	100	Cuantitativa
4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Sumatoria de la diferencia en días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa

N o.	Indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente	Factor	Definición Operativa
5	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico.	Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado	Minutos	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
6	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la Cirugía de Cataratas y la fecha de realización	Número total de cirugías de Cataratas realizadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
7	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la Cirugía de Reemplazo de cadera y la fecha de realización.	Número total de cirugías de Reemplazo de Cadera	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
8	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía para revascularización miocárdica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la Cirugía para revascularización miocárdica y la fecha de realización	Número total de cirugías para revascularización miocárdica	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
9	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
10	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
11	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
12	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología y Obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Ginecología y Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Ginecología y Obstetricia de primera vez asignadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
13	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Cirugía General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Cirugía General de primera vez asignadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
14	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la Ecografía y la fecha en la que se solicita	Número total de Ecografías realizadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa

N o.	Indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente	Factor	Definición Operativa
15	Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la de Resonancia Magnética Nuclear y la fecha en la que se solicita	Número total de Resonancia Magnética Nuclear realizadas	Días	Sistema de Información para la Calidad	1/N	Cuantitativa
16	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Número de gestantes que ingresan al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación	Total de gestantes	Porcentaje	RIPS / Resolución 202 de 2021 - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
17	Proporción de Tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	Número de gestantes con tamizaje para VIH	Número total de gestantes reportadas	Porcentaje	RIPS / Resolución 202 de 2021 - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
18	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años.	Número de mujeres de 50-69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años	Total de mujeres entre 50-69 años que fueron asignadas a la IPS	Porcentaje	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
19	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Número de mujeres de entre 25 y 69 años que se ha realizado el tamizaje de cáncer de cuello uterino	Total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la IPS.	Porcentaje	RIPS / Resolución 202 de 2021 - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
20	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con immunoquímica, según lo definido en el esquema)	Número de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto con sangre oculta en materia fecal con immunoquímica en los últimos dos años	Total de personas entre 50 y 75 años asignadas a la IPS	Porcentaje	RIPS / Resolución 202 de 2021 - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
21	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA))	Número de hombres entre 50 y 75 años tamizados para cáncer de próstata con Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA) en los últimos cinco años	Total de personas entre 50 y 75 años asignadas a la IPS	Porcentaje	RIPS / Resolución 202 de 2021 - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
22	Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial	Sumatoria de atenciones realizadas a las personas reportadas con diagnóstico de Hipertensión Arterial de la IPS	Número total de personas con Hipertensión Arterial reportados de la IPS	Promedio	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	1/N	Cuantitativa

N o.	Indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente	Factor	Definición Operativa
23	Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus	Sumatoria de atenciones realizadas a las personas reportadas con diagnóstico de Diabetes Mellitus por IPS	Número total de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportados por IPS	Promedio	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	1/N	Cuantitativa
24	Proporción de personas con atención de Valoración integral de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en INFANCIA	Número de niñas y niños en infancia con atención de Valoración integral de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud	Número total de niños y niñas entre 6 a 11 años asignados a la IPS	Proporción	RIPS / Resolución 202 de 2021 - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
25	Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC	Sumatoria de atenciones realizadas a las personas reportadas con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC por la IPS	Número total de personas con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC reportados por la IPS	Promedio	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	1/N	Cuantitativa
26	Captación de personas con Hipertensión Arterial	Número total de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de hipertensión arterial reportado de la IPS	Número total esperado (25%) de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial de la IPS	Porcentaje	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
27	Captación de personas con Diabetes Mellitus	Número total de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportado por IPS	Número total esperado (9%) de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus por IPS	Porcentaje	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
28	Captación de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC	Número total de personas mayores de 40 años con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC reportados por la IPS	Número total esperado (4%) de pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC de la IPS	Porcentaje	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN - DANE	100	Cuantitativa
29	Promedio de atenciones en personas con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular - ACV	Sumatoria de atenciones realizadas a las personas reportadas con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular - ACV por la IPS	Número total de personas con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular - ACV reportados por la IPS	Promedio	RIPS - POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN	1/N	Cuantitativa
30	Cantidad de servicios disponibles por IPS	Número total de servicios habilitados en la IPS	—	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa

N o.	Indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente	Factor	Definición Operativa
31	Cantidad de recursos físicos disponibles por IPS	Número total de recursos físicos (ambulancias, camas, camillas, consultorios, salas) habilitados en la IPS	—	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
32	Proporción de IPS según grupos de clasificación de la Superintendencia Nacional de Salud conforme Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que tienen prácticas vulneradoras	Número de IPS según grupos de clasificación de la Superintendencia Nacional de Salud conforme Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que tienen prácticas vulneradoras	Total de IPS según grupos de clasificación de la Superintendencia Nacional de Salud conforme Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que tienen prácticas vulneradoras	Proporción	Superintendencia Nacional de Salud conforme Circular Externa 20211700000005-5 de 2021	100	Cualitativa
33	Consultorios	Número de consultorios	No aplica	Frecuencia	RIPS-REPS	—	Cuantitativa
34	Camillas	Número de camillas	No aplica	Frecuencia	RIPS-REPS	—	Cuantitativa
35	Ambulancias	Numero de ambulancias por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
36	Servicios cirugía general	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
37	Servicios cuidado intensivo adultos	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
38	Servicios cuidado intensivo neonatal	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
39	Servicios cuidado intensivo pediátrico	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
40	Servicios cuidado intermedio adultos	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
41	Servicios cuidado intermedio neonatal	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
42	Servicios cuidado intermedio pediátrico	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
43	Servicios ginecobstetricia	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
44	Servicios hospitalización adultos	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
45	Servicios hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
46	Servicios hospitalización en salud mental	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
47	Servicios hospitalización en unidad de salud mental	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
48	Servicios hospitalización paciente crónico con ventilador	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa

N o.	Indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Fuente	Factor	Definición Operativa
49	Servicios hospitalización paciente crónico sin ventilador	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
50	Servicios hospitalización parcial	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
51	Servicios hospitalización pediátrica	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
52	Servicios medicina general	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
53	Servicios medicina interna	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
54	Servicios pediatría	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
55	Servicios psiquiatría	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
56	Servicios urgencias	Numero de servicios por IPS	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cuantitativa
57	Zona ubicada IPS	Rural -Urbana	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cualitativa
58	Naturaleza jurídica IPS	Publica Privada Mixta	No aplica	Frecuencia	REPS	—	Cualitativa

Fuente: realización propia MSPS

Análisis de datos

Proceso

Para este análisis se utiliza como base el registro de sedes y prestadores de servicios de salud, a partir de la cual se modela en el motor de base de datos SQL server Microsoft®, para realizar la correlación de la información de los indicadores; posteriormente se inicia con la revisión depuración y ajuste de datos y se exporto en Excel para el procesamiento. Estos datos se procesarán por paquete estadísticos de IBM SPSS® y R®.

Este análisis se realiza al total de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que se encuentran habilitados en el país para el año 2025.

Para evaluar la eficiencia técnica de un grupo homogéneo de IPS se realiza en primera instancia la segmentación de las IPS se emplearon técnicas de análisis de cauterización no supervisada, con el fin de identificar grupos homogéneos a partir de la similitud multivariada de sus características estructurales. Se utilizaron de manera complementaria los métodos de K-medias y clustering jerárquico, los cuales permiten agrupar las unidades de análisis sin requerir variables dependientes predefinidas, facilitando la identificación de patrones y la caracterización de la heterogeneidad del sistema, con respecto a la capacidad de recursos y el resultado eficiente, se incluye las entidades que tienen información de consultas, hospitalizaciones, urgencias y procedimientos quirúrgicos y la información de insumos tales como número de empleados (talento humano en salud y otro personal), y capacidad instalada, incluyendo el número de camas y salas.

Seguidamente, se realiza un análisis descriptivo, donde las variables nominales o cualitativas se describen por frecuencia absoluta y relativa y a las variables cuantitativas se les aplica medidas

estadísticas de tendencia central (promedio aritmético, mediana, entre otros) y medidas estadísticas de dispersión (desviación estándar, varianza y coeficiente de variación porcentual). Para mayor comprensión se presentan los resultados en gráfico estadístico, según el caso, para variables cualitativas y cuantitativas.

En el procesamiento de los datos se tiene en cuenta:

- Resolución 1552 del 2013 *“en el párrafo 3 de su artículo 1, establece que el tiempo máximo de espera para la asignación de citas de medicina y odontología general, no puede exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud.”*
- Resolución 5596 de 2015: define los criterios técnicos para la selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”, disponiendo en el numeral 5.2 de su artículo 5 que el tiempo máximo de espera para la atención de los pacientes clasificados como “Triage II”, no debe exceder los 30 minutos.
- Resolución 408 de 2018 (la cual modificó la Resolución 710 de 2010): adopta las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado - ESE del nivel territorial; posteriormente, modificada por la Resolución 408 de 2018, en cuyo anexo técnico No. 2, se establecen los indicadores y estándares por área de gestión, entre los que se encuentran el tiempo máximo de espera para la atención de medicina interna (15 días), obstetricia (8 días) y pediatría (5 días). También se retoman los indicadores de tiempo promedio de espera para la atención de medicina y odontología general.

Así las, se realiza análisis bivariado analizando las frecuencias observadas con las frecuencias esperadas, calculando el valor de chi-cuadrado y los grados de libertad, para determinar si existe una asociación significativa entre variables categóricas, donde se realiza i) planteamiento de hipótesis, ii) escogencia de la significancia estadística (α). $\alpha=1\%$, $\alpha=5\%$ u otro., iii) estimación de la estadística de prueba X^2 calculada, con los datos de la tabla de contingencia (cruzada) de tamaño r (filas, valores de la característica 1) $\times$ c (columnas, valores de la característica 2), formulada como:

$$\text{ChiCuadradoCalculado} = X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{[O_{ij} - E_{ij}]^2}{E_{ij}}$$

$$\text{Donde } E_{ij} = \frac{(R_i \cdot C_j)}{n}$$

Las variables cuantitativas se procesan bajo un análisis estadístico de correlación ($\rho = r$) de Pearson o Spearman (para características cuantitativas, de cantidad o numéricas), directa (+) o indirecta (-), para concluir i) Si $0 \leq \rho \leq \pm 0,5$ la relación es regular, ii) Si $\pm 0,5 \leq \rho \leq \pm 0,75$ la relación es buena, iii) Si $\pm 0,75 \leq \rho \leq \pm 0,99$ la relación es muy buena. Coeficiente de Pearson como:

$$r = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \sum (y_i - \bar{y})^2}}$$

- ρ = coeficiente de correlación
- $x_{\{i\}}$ = valores de la variable x en una muestra
- $\bar{x}$ = media de los valores de la variable x
- $y_{\{i\}}$ = valores de la variable y en una muestra
- $\bar{y}$ = media de los valores de la variable y
- ρ Coeficiente de Spearman

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

- ρ = coeficiente de correlación de rangos de Spearman
- d_i = diferencia entre los dos rangos de cada observación
- n = número de observaciones

Las pruebas de hipótesis se realizarán mediante la utilización del software estadístico Statistical Package for the Social Science (S.P.S.S.) versión 21.0

Para el método DEA se organizará por homogenización de los prestadores de servicios de salud, por el método clúster como técnica estadística multivariante para agrupar sedes homogéneas, donde cada grupo comparte características similares.

Fórmula para el coeficiente de agrupamiento de nodos individuales:

- $C(v) = 2 * t(v) / [\text{grados}(v) * (\text{grados}(v) - 1)]$:
 - $C(v)$: El coeficiente de agrupamiento del nodo 'v'.
 - $t(v)$: El número de triángulos (tripletes cerrados) de los que forma parte el nodo 'v'.
 - $\text{deg}(v)$: El grado del nodo 'v' (el número de aristas conectadas a él).

Fórmula para el coeficiente de agrupamiento global (promedio de todos los nodos):

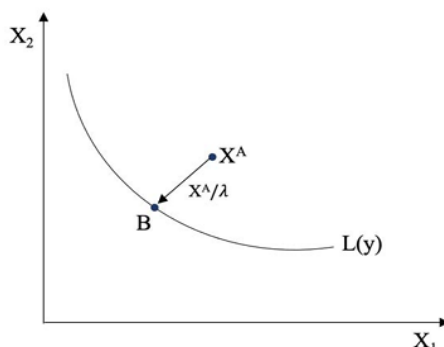
- $C = (1/n) * \sum_{v \in G} C(v)$:
 - C : El coeficiente de agrupamiento global para toda la red.
 - n : El número total de nodos en la red.
 - $v \in G$: Representa todos los nodos de la red 'G'.
 - $C(v)$: El coeficiente de agrupamiento del nodo 'v'.

Para la estimación de la eficiencia técnica mediante la metodología DEA, en todos los modelos se emplean las mismas variables de entrada y salida. La función de distancia orientada a resultados mide el máximo impacto en los resultados en salud, expresados en tiempos de atención, captaciones, tamizajes y eventos de morbilidad; manteniendo factible el nivel de recursos utilizados. Se define como $DI(y, x, t) = \max \lambda: x/\lambda \in L(y)$. Donde x son recursos, y son indicadores de resultado. La eficiencia indica qué tan cerca está la utilización de los recursos del uso óptimo.

El gráfico representa un caso simple de una función con dos recursos (X_1, X_2). La curva $L(y)$ representa las diferentes combinaciones de insumos requeridas para producir y . El punto XA es la combinación actual de insumos de una firma; cuanto más alejado esté dicho punto de la isocuanta, más ineficiente será la firma, puesto que podría producir con una menor utilización de sus recursos. Por lo tanto, λ es la tasa a la que se pueden reducir los insumos y que aún siga siendo factible producir la cantidad esperada de y . cómo se presenta a continuación:

Figura 4

Función de distancia orientada a insumos



Fuente: Eficiencia y solidez financiera de las Instituciones prestadoras de Servicio de Salud (IPS) en Colombia

Para cada prestador de servicios de salud, se analiza las diferentes entradas m y salidas s . Las sedes prestadoras de servicios de salud- j consume unos recursos x_{ij} de la entrada i y produce unos resultados y_{rj} de indicadores de calidad, movilidad y mortalidad etc. de la salida r . Para obtener la productividad de cada sede o se obtiene la máxima razón de sus salidas entre las entradas. Al tener múltiples entradas se utiliza ponderaciones u_r para cada entrada y también tiene múltiples salidas se utiliza ponderaciones v_i para cada salida cuya función es la siguiente:

- Se realiza la programación de entradas y salidas, por sedes. A continuación, se muestra la fórmula de Entradas (m) y Salidas(s); en el cual u_{ij} y x_{ij} corresponden al peso de cada entrada y salida (57):

$$\text{Entradas } \sum_{i=1}^m u_{ij}x_{ij} \text{ y Salidas } \sum_{i=1}^s u_{ij}x_{ij}$$

Se analiza la productividad por sedes: que es igual a la suma ponderada de salidas sobre la suma ponderadas de entradas

$$\text{Productividad } J = \frac{\sum_{k=1}^s v_{kj}y_{kj}}{\sum_{i=1}^m u_{ij}x_{ij}}$$

- Con la productividad de cada sede, se inicia con el análisis de eficiencia de la atención medica; para lo cual se tomará la IPS con mejor productividad y se compara con las demás unidades productivas para obtener la eficiencia relativa.

$$\text{Eficiencia}_j = \frac{\frac{\sum_{k=1}^s v_{kj}y_{kj}}{\sum_{i=1}^m u_{ij}x_{ij}}}{\frac{\sum_{k=1}^s v_{kj}y_{kj}}{\sum_{i=1}^m u_{ij}x_{ij}}} = \frac{1}{1}$$

- El procesamiento de estas variables permite obtener un porcentaje de eficiencia con el cual se jerarquiza las IPS que vulneran o no vulneran la garantía del derecho a la salud.

Como resultado de las observaciones y recomendaciones de los diferentes grupos de valor e interés respecto al Ranking de IPS se realiza un rediseño de la metodología con las siguientes mejoras:

- Análisis de la totalidad de las IPS habilitadas a diciembre del 2025.
- Consolidación de 58 indicadores que permiten la evaluación de la eficiencia de los prestadores
- Aplicación de una metodología que permite comparar variables cuantitativas y cualitativas, lo cual mejora la confianza y validez de los resultados.

Es importante señalar que estas mejoras modifican los criterios aplicados en vigencias anteriores, por lo cual no es posible comparar los resultados obtenidos, no obstante, se genera mayor amplitud en los criterios analizados aspecto de promueve la mejor en los servicios de salud de las IPS aportando a la garantía del derecho a la salud.

Resultados

Segmentación de IPS (Clusterización)

Con el fin de comprender la heterogeneidad estructural de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y fortalecer la interpretación de los resultados del ranking, se realizó un análisis de segmentación mediante técnicas de clusterización, el cual permitió identificar grupos homogéneos de IPS a partir de sus características estructurales, capacidad instalada y oferta de servicios.

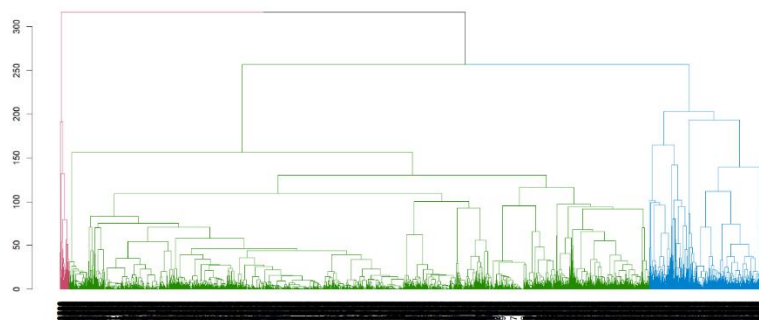
- **Resultados del análisis de cluster jerárquico**

Dendrograma

El dendrograma es la representación visual del proceso de fusión jerárquica. Cada hoja del árbol corresponde a una IPS individual, y las ramas indican en qué nivel de similitud (medido por la altura del eje Y, que representa la distancia o disimilitud) se fusionaron dos grupos.

Figura 5

Dendrograma del Clustering Jerárquico



A partir del dendrograma, se identificaron tres patrones principales de agrupación:

- Un grupo reducido de IPS altamente diferenciadas (outliers), caracterizadas por gran capacidad instalada y alta complejidad, que se integran al resto del conjunto únicamente en niveles elevados de disimilitud.
- Un grupo mayoritario con alta heterogeneidad interna, lo que sugiere la coexistencia de múltiples perfiles institucionales dentro de este conglomerado.
- Un grupo intermedio, más homogéneo, compuesto por IPS con características similares en términos de tamaño y capacidad operativa.

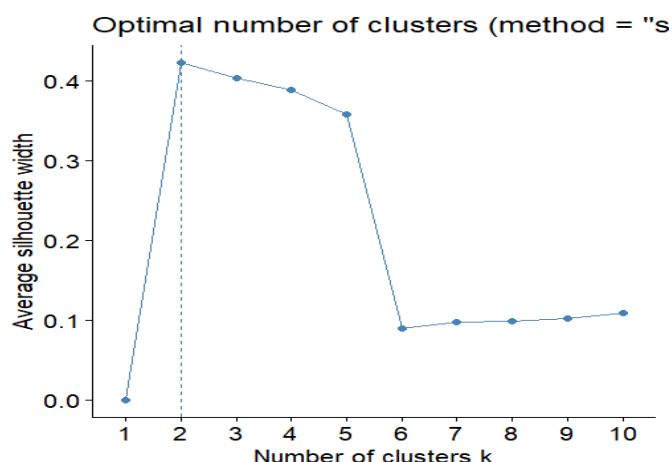
Estos resultados evidencian que las IPS no conforman un sistema uniforme, sino que presentan diferencias estructurales significativas que deben ser consideradas en el análisis del desempeño.

• Determinación del número de clusters

El análisis mediante el coeficiente de silhouette mostró que, aunque el número óptimo de clusters desde el punto de vista estadístico es dos, la solución de tres clusters presenta un nivel de calidad similar y permite una mejor interpretación de los perfiles institucionales. En este sentido, se adoptó una clasificación en tres grupos, al ofrecer mayor valor analítico para la toma de decisiones en política pública.

Figura 6

Ancho promedio de silhouette según número de clusters k (método jerárquico)

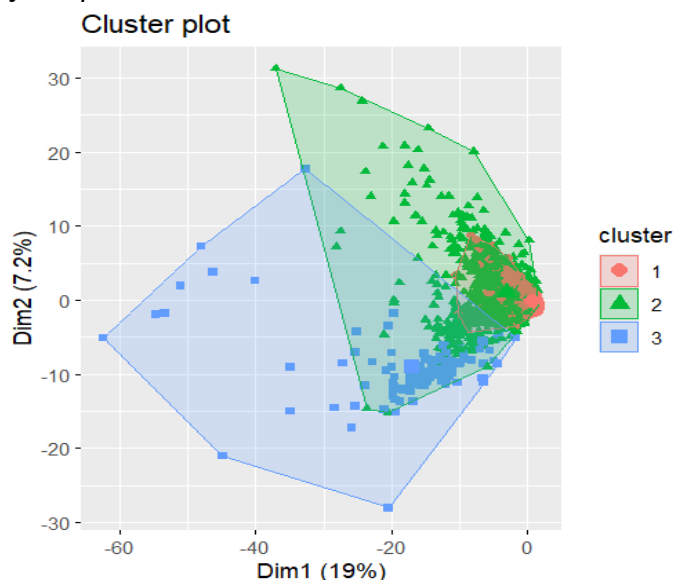


• Caracterización de los clusters

El cluster plot proyecta Dim1 = 19% y Dim2 = 7.2%, para un total del 26.2% de varianza explicada. Este valor bajo lo que implica que una porción muy grande de la estructura de la información está distribuida en múltiples dimensiones adicionales no visibles en esta proyección

Figura 7

Cluster Plot del análisis jerárquico



La segmentación final permitió identificar tres tipologías de IPS:

- Clúster 1 (IPS Baja Complejidad): IPS con menor capacidad instalada y oferta de servicios básicos, caracterizadas por una estructura más limitada y menor nivel de especialización en la atención.
- Clúster 2 (IPS Mediana Complejidad): IPS con niveles moderados de capacidad instalada y oferta de servicios, que presentan mayor cohesión interna y un perfil relativamente homogéneo en términos operativos y de atención.
- Clúster 3 (IPS Alta Complejidad): IPS con mayor capacidad instalada, incluyendo servicios especializados y unidades de cuidado intensivo, que evidencian mayor complejidad estructural y operativa dentro del sistema.

La visualización de los clústers confirma que existe una dispersión importante de las IPS en el espacio multidimensional, lo que indica que gran parte de la variabilidad del sistema no puede ser capturada en representaciones bidimensionales, reforzando la complejidad del análisis

• Resultados del análisis K-medias

El método de K-medias corroboró la existencia de tres grupos diferenciados, evidenciando una mejor compactación de los clústers en comparación con el análisis jerárquico, particularmente en la identificación de los grupos más homogéneos.

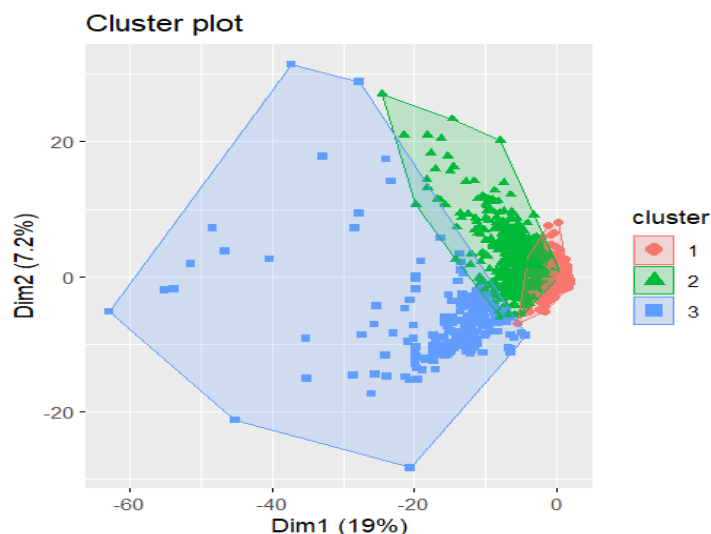
Aunque la solución de dos clústers presenta la mayor calidad estadística, la solución de tres clústers permite capturar de manera más adecuada la diversidad estructural de las IPS, diferenciando claramente entre instituciones de alta complejidad, complejidad intermedia y aquellas con mayor dispersión estructural.

Clúster Plot (K-Medias)

Al igual que en el método jerárquico, los resultados se proyectan sobre los primeros dos componentes principales. En este caso, (Dim1=19%, Dim2=7.2%), permitiendo comparación directa.

Figura 8

Clúster Plot del análisis K-Medias con $k=3$



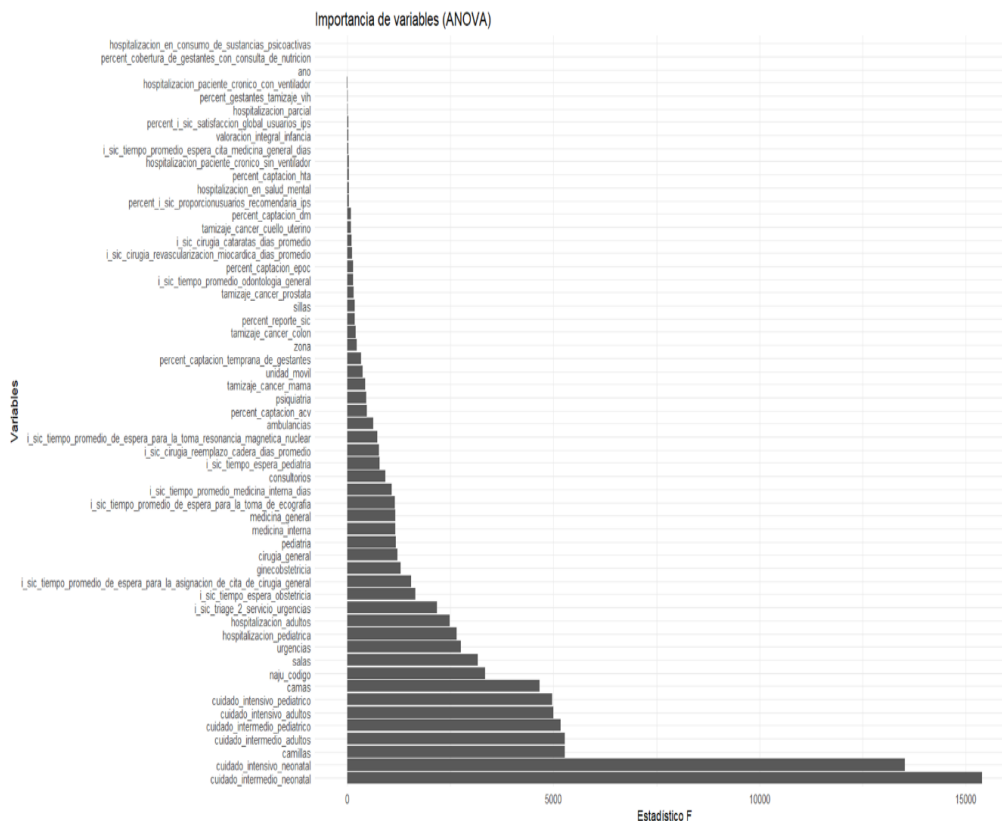
- Clúster 1 (rojo – IPS Baja Complejidad): Se ubica en el extremo derecho del plano, con una alta concentración de observaciones y baja dispersión. Este comportamiento indica un grupo altamente homogéneo, conformado por IPS con menor capacidad instalada y oferta de servicios básicos, lo que refleja una estructura operativa más limitada y de baja capacidad.
- Clúster 2 (verde – IPS Mediana Complejidad): Se localiza en la zona central del gráfico, presentando una dispersión moderada y cierto grado de solapamiento con el clúster 1. Esto sugiere que, aunque mantiene coherencia interna, comparte características tanto con IPS de baja como de mayor capacidad, configurando un perfil intermedio en términos de complejidad y servicios.
- Clúster 3 (azul – IPS Alta Complejidad): Es el grupo más disperso, extendiéndose ampliamente hacia valores negativos de Dim1 y Dim2. Esta amplitud evidencia una alta heterogeneidad interna, característica de IPS con mayor capacidad instalada, incluyendo servicios especializados y unidades de cuidado intensivo, lo que refleja una mayor complejidad estructural y operativa.

Variables discriminantes entre clústers

El análisis de varianza (ANOVA) evidenció que la mayoría de las variables incluidas en el estudio presentan diferencias estadísticamente significativas entre los clústers, lo que confirma la robustez de la segmentación realizada. Variables asociadas a la capacidad instalada, servicios hospitalarios, tiempos de atención, tamizajes y procesos de captación mostraron alta capacidad

discriminante, mientras que un número reducido de variables no presentó diferencias significativas entre grupos.

Figura 9
Estadístico F por variable (ANOVA)



Estos resultados indican que las diferencias entre IPS no solo se explican por su tamaño o complejidad, sino también por su desempeño en indicadores clave del sistema de salud.

Una vez realizada la segmentación mediante técnicas de clusterización, se procedió a desarrollar un análisis descriptivo al interior de cada grupo, considerando IPS con características estructurales similares. Posteriormente, los análisis de correlación se estimaron por clúster, con el fin de identificar relaciones entre variables en contextos homogéneos. Este enfoque permitió estandarizar la comparabilidad entre IPS, reduciendo sesgos derivados de la heterogeneidad estructural y facilitando un análisis más robusto de la eficiencia y la costo-efectividad.

Análisis descriptivo de IPS – Ranking IPS 2025

El Ranking de IPS 2025 evidencia el desempeño comparativo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia, centrado principalmente en la gestión del riesgo en la calidad de la atención, detección temprana de enfermedades crónicas, y los resultados en salud. Este tipo de medición se construye a partir de indicadores estandarizados, que incluyen cumplimiento

de metas clínicas, oportunidad en la atención y seguimiento integral de los pacientes, los cuales son ponderados para generar una clasificación objetiva entre prestadores.

En términos descriptivos, el ranking permite identificar un grupo de IPS con alto nivel de desempeño, caracterizadas por una gestión eficiente, donde logran mejores resultados clínicos y mayor adherencia a guías de atención. Asimismo, se observa una diferenciación por tamaño y capacidad resolutive (IPS grandes, medianas y pequeñas), lo que influye en la comparabilidad de los resultados.

- **Generalidades**

La distribución de las 10.376 IPS habilitadas en el país, muestra una alta concentración en territorios con mayor desarrollo urbano (> 85%) y capacidad instalada, liderados por: Bogotá D.C (13,56%), Antioquia (9,32%), Santander (5,98%), Cali (5,45%) y Barranquilla (5,18%), como se muestra en la (Tabla 5).

El sistema de prestación presenta un patrón de concentración urbana, con inequidades territoriales significativas que afectan el acceso oportuno en zonas dispersas.

Tabla 5

Distribución de IPS habilitadas en Colombia según departamento, diciembre 2025

Departamento	Número de IPS (%)
Bogotá D.C	1.407 (13.56%)
Antioquia	967 (9.32%)
Santander	620 (5.98%)
Cali	566 (5.45%)
Barranquilla	537 (5.18%)
Cundinamarca	443 (4.27%)
Córdoba	378 (3.64%)
Cesar	356 (3.43%)
Tolima	352 (3.39%)
Cartagena	328 (3.16%)
Nariño	328 (3.16%)
Boyacá	322 (3.1%)
Valle del cauca	315 (3.04%)
Meta	281 (2.71%)
Sucre	279 (2.69%)
Norte de Santander	260 (2.51%)
Santa Marta	259 (2.5%)
Cauca	240 (2.31%)
Risaralda	234 (2.26%)
Caldas	217 (2.09%)
Atlántico	213 (2.05%)
Huila	212 (2.04%)
La Guajira	202 (1.95%)
Quindío	163 (1.57%)
Magdalena	162 (1.56%)
Bolívar	158 (1.52%)
Chocó	148 (1.43%)
Casanare	122 (1.18%)

Departamento	Número de IPS (%)
Buenaventura	65 (0.63%)
Caquetá	64 (0.62%)
Putumayo	62 (0.6%)
Arauca	50 (0.48%)
San Andrés y Providencia	20 (0.19%)
Guaviare	18 (0.17%)
Amazonas	11 (0.11%)
Guainía	11 (0.11%)
Vichada	4 (0.04%)
Vaupés	2 (0.02%)
Total	10.376

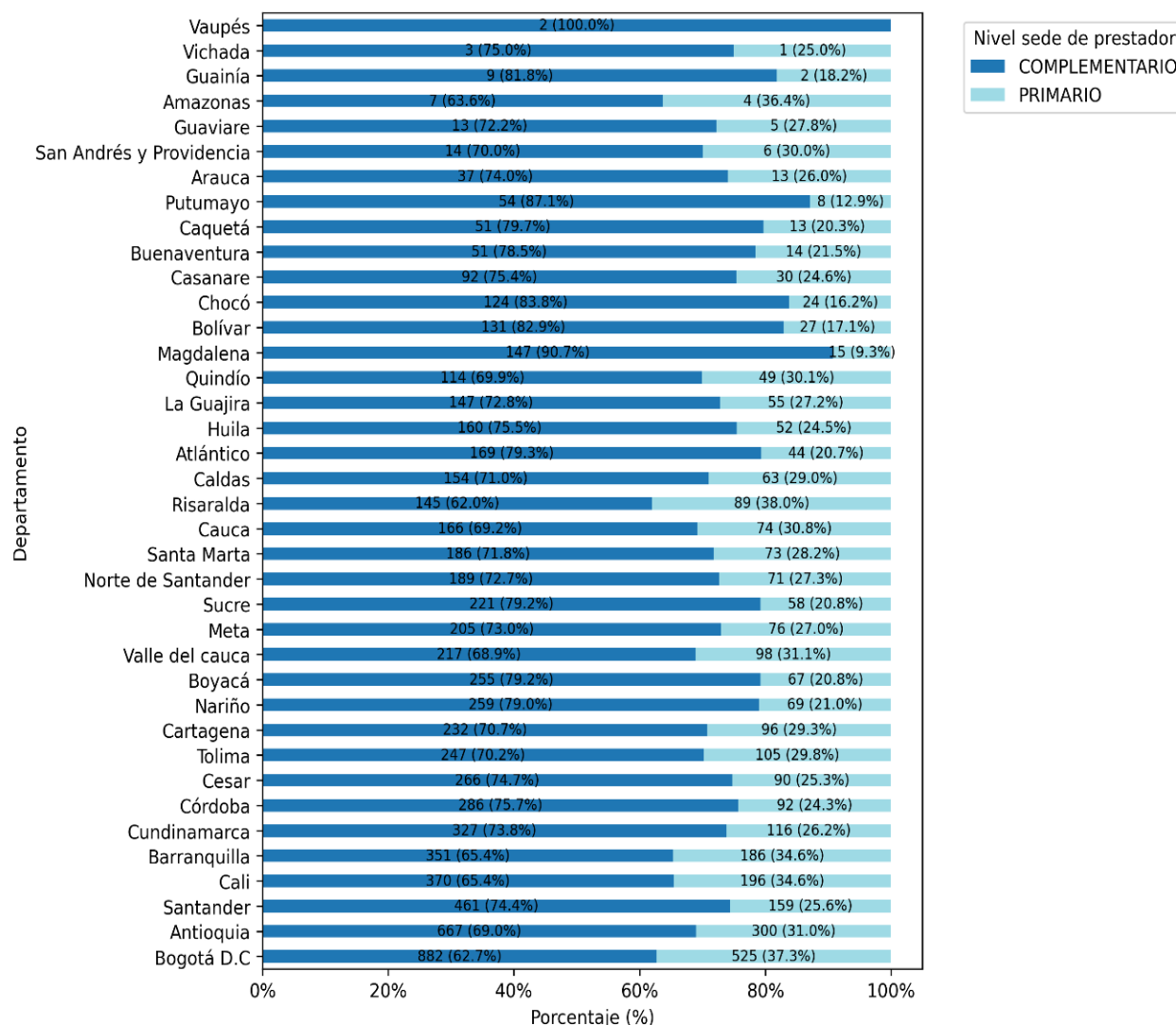
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, diciembre 2025.

En la figura 10, se presenta la distribución porcentual de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por departamento según el portafolio de servicios habilitados reportado en el REPS (primario y complementario). Es importante precisar que una IPS que presta servicios de baja complejidad en la cual se reporte al menos un servicio de mediana complejidad de especialidades básicas (medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general) se considera prestador con servicios de nivel complementario.

En este contexto, se evidencia que en la mayoría de los departamentos se ha fortalecido la prestación de servicios de nivel complementario, con proporciones generalmente superiores al 60%–70%. Este comportamiento refleja el fortalecimiento de capacidades en territorios como Magdalena, Chocó, Bolívar, Sucre y Boyacá, donde la participación del nivel complementario alcanza valores cercanos o superiores al 75%.

Los departamentos con mayor volumen absoluto de IPS, como Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Cundinamarca, concentran una proporción aproximada del 37% de sedes primarias.

Es importante precisar que esta variable corresponde a la clasificación reportada por las IPS en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la cual refleja cómo se registra la IPS según su nivel de sede; no obstante, esta categorización no necesariamente es concordante con la capacidad resolutive real de las instituciones. Por esta razón, para el análisis del ranking se requirió la aplicación de una metodología de clusterización, con el fin de homogenizar las IPS según características comparables de capacidad y desempeño, permitiendo así una evaluación más objetiva y consistente entre instituciones.

Figura 10
Distribución de IPS por departamento y nivel de sede, diciembre 2025


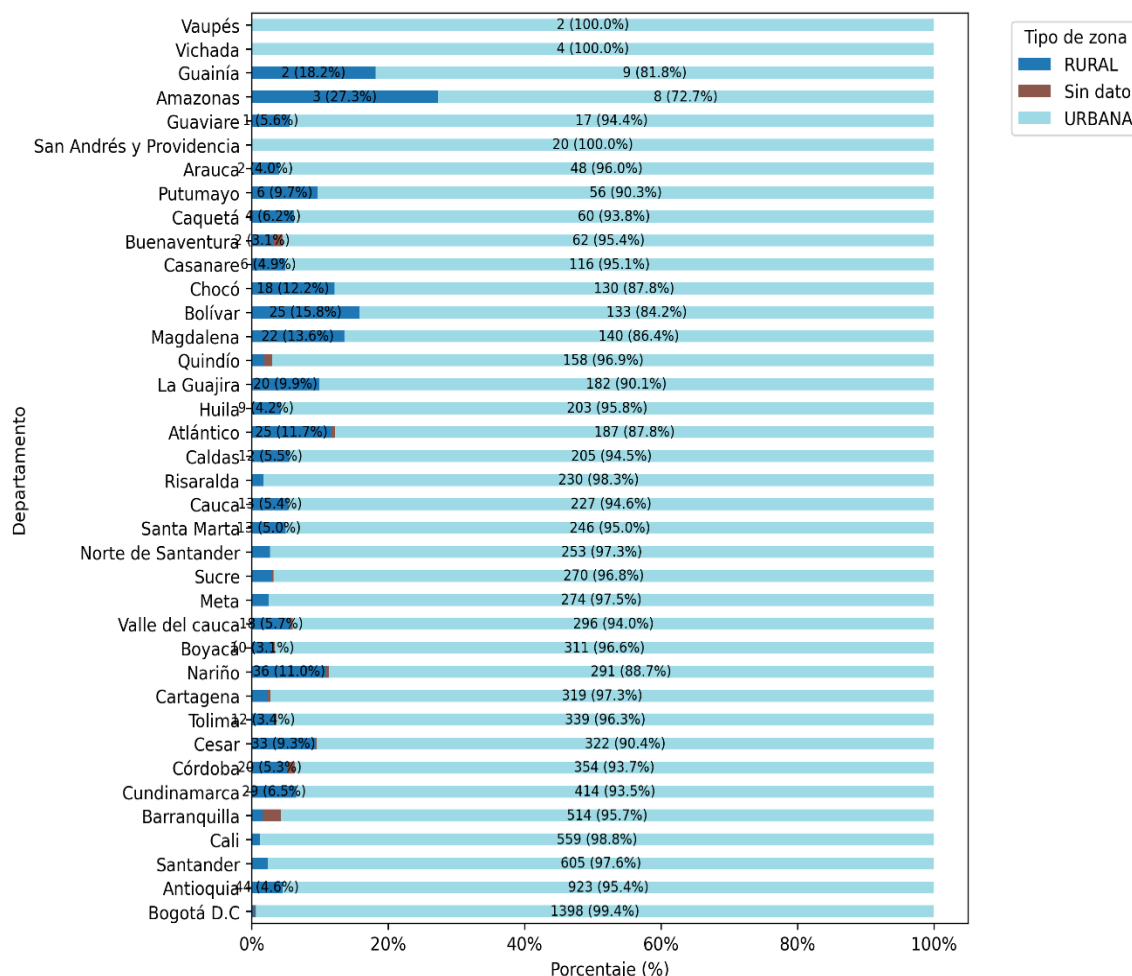
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, diciembre 2025.

En la figura 11, se presenta la distribución de las IPS por departamento según tipo de zona (urbana, rural y sin dato), evidenciando un claro predominio de la localización urbana en todo el territorio nacional. En la mayoría de los departamentos, más del 85% de las IPS se concentran en zonas urbanas, alcanzando valores superiores al 90% en territorios como Bogotá D.C., Antioquia, Santander, Cundinamarca y Valle del Cauca. Este patrón es consistente incluso en departamentos intermedios y periféricos, lo que indica una fuerte centralización de la oferta de servicios de salud en áreas urbanas.

En contraste, la proporción de IPS en zonas rurales es considerablemente baja, generalmente inferior al 15%, con algunos departamentos como Vaupés y Vichada donde la totalidad de las IPS se ubican en zonas urbanas (100%), evidenciando ausencia de oferta rural formal. Sin embargo, se destacan algunos territorios como Amazonas, Bolívar, Magdalena y La Guajira,

donde la participación rural es relativamente mayor, aunque sigue siendo minoritaria frente al componente urbano.

Figura 11
Distribución de IPS por departamento y zona de ubicación



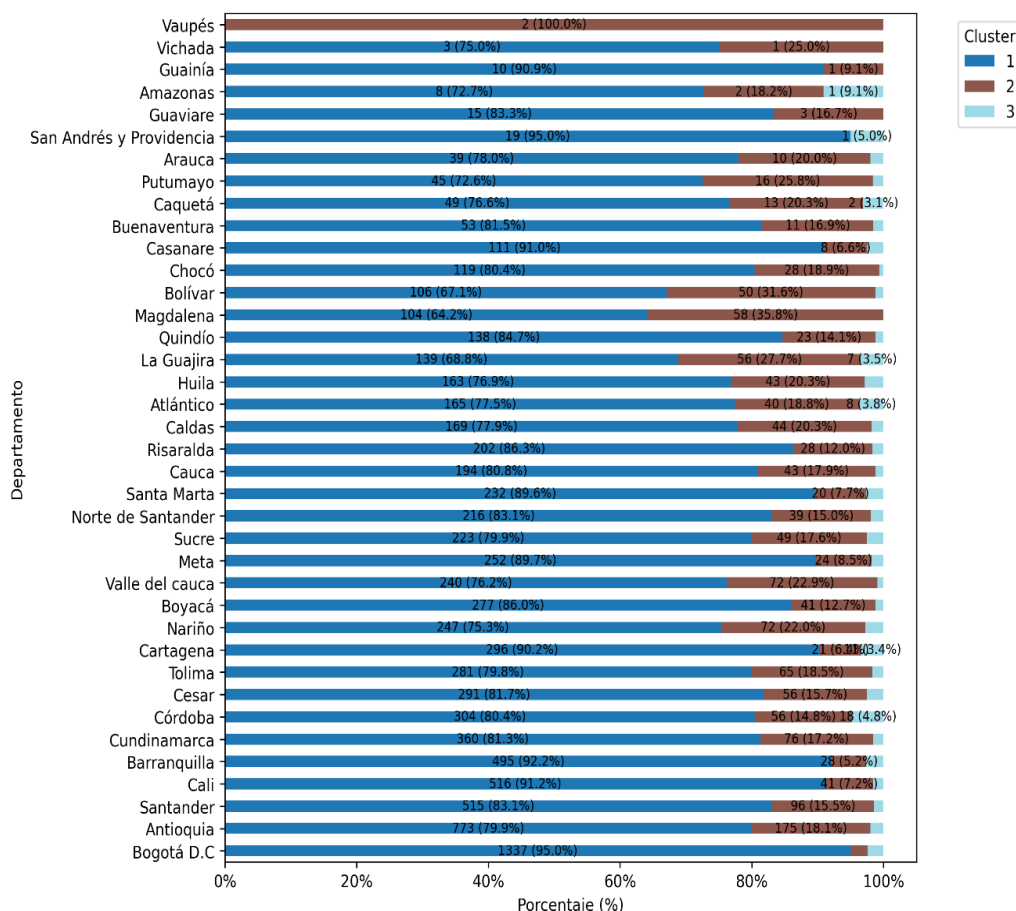
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025.

La figura 12 muestra la distribución de las IPS por departamento según la complejidad de los servicios y capacidad resolutoria, donde el clúster 1 IPS con baja complejidad orientadas a la prestación de servicios ambulatorios y a la resolución de necesidades básicas en salud, predomina ampliamente en todos los territorios, concentrando en la mayoría de los casos más del 70% de las instituciones. Este patrón es particularmente evidente en departamentos como Bogotá D.C., Barranquilla, Cali y Antioquia, donde la mediana complejidad supera incluso el 80%–90%, lo que indica que la capacidad instalada del sistema se centra en servicios intermedios.

Por su parte, el clúster 2, que corresponde a Instituciones de mediana complejidad, orientadas a la atención hospitalaria básica y especializada de mediana complejidad, así como IPS de baja complejidad que registran al menos un servicio de especialidades básicas, presenta una participación secundaria pero relevante, especialmente en departamentos como Magdalena,

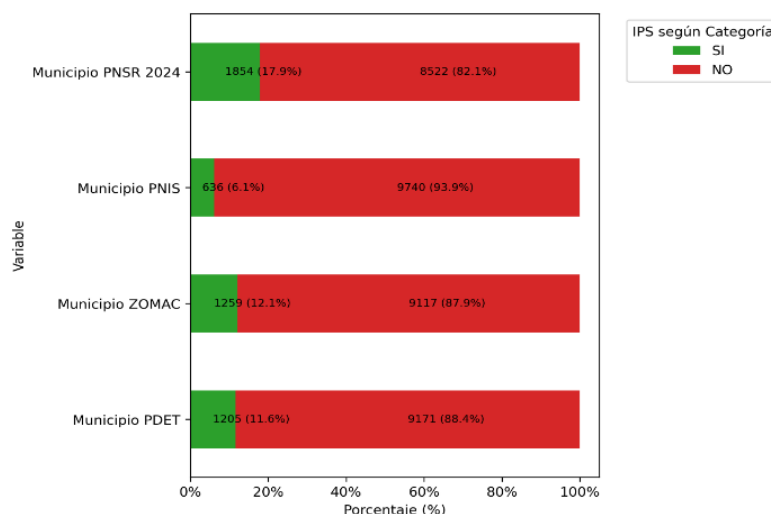
Bolívar, La Guajira y Nariño, donde alcanza proporciones cercanas o superiores al 20%–30%, lo que sugiere una mayor presencia de servicios básicos en estos territorios. En contraste, el clúster 3 con Instituciones con alta capacidad instalada, orientadas a la prestación de servicios hospitalarios especializados y subespecializados, incluyendo atención crítica, con alta capacidad tiene una representación limitada en la mayoría de los departamentos, generalmente inferior al 5%, evidenciando una baja disponibilidad de servicios altamente especializados a nivel territorial.

Figura 12
Distribución de IPS por Departamento y Clúster



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025.

La distribución de IPS según tipo de territorio, representada en la figura 13, muestra una presencia en promedio del 12% en municipios priorizados (PDET, ZOMAC y otros), lo que pone en evidencia brechas en la garantía del acceso en zonas históricamente afectadas por condiciones de vulnerabilidad. Este hallazgo sugiere la necesidad de fortalecer la oferta en territorios con mayores necesidades sociales y sanitarias.

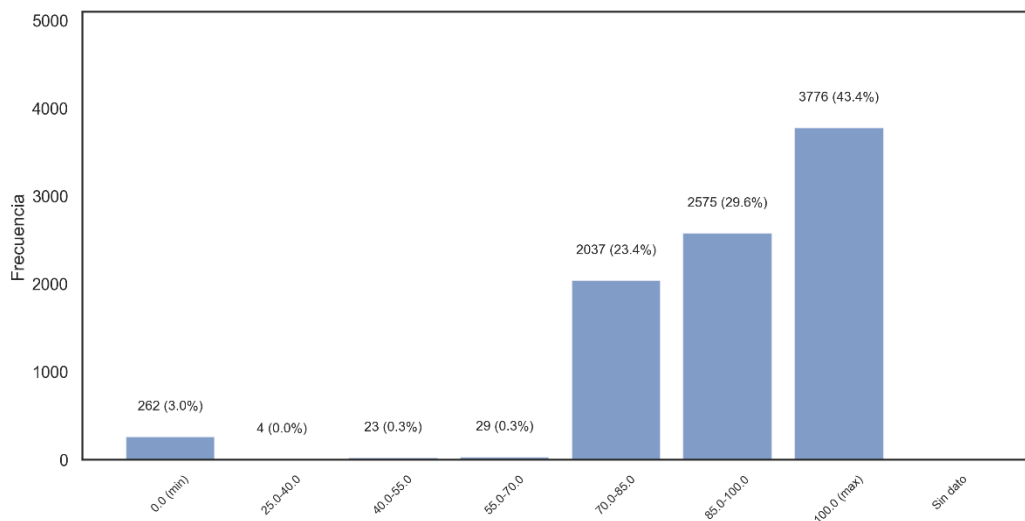
Figura 13
Distribución de IPS, según tipo de territorio


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Comportamiento de Indicadores en IPS por Clúster

Capacidad de servicios y resolución- IPS baja complejidad (Clúster 1)

Respecto a la Proporción de satisfacción global de usuarios, se observa que el 43,4% (cerca de 3.776) de las IPS reportan 100% de satisfacción de sus usuarios; un 29,6% (cerca de 2.575) de las IPS, reportan un 85% de satisfacción y un 3% reporta 0% de satisfacción. (Figura 14).

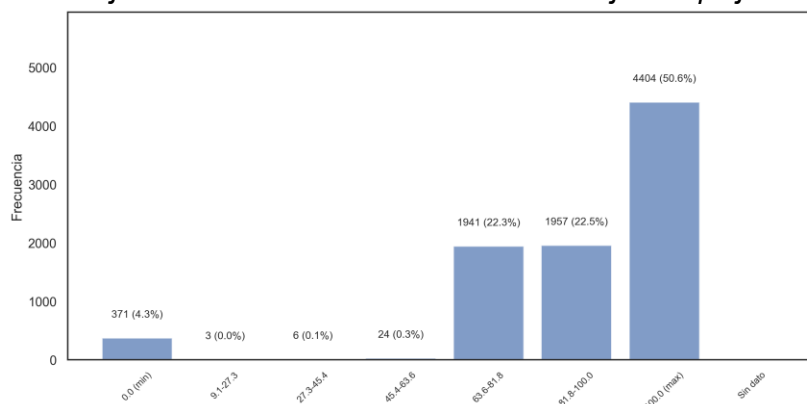
Figura 14
Distribución de Porcentaje de satisfacción global usuarios IPS - IPS baja complejidad (Clúster 1)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

La proporción de usuarios que recomendaría su IPS tiene un comportamiento similar a la satisfacción global donde, mayor proporción (50,6% de las IPS) serían recomendadas por el 100% de sus usuarios y cerca de un 4.3% de las IPS no son recomendadas. (Figura 15).

Figura 15

Distribución de Porcentaje usuarios recomendaría IPS - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Materno e Infancia

El análisis de los indicadores en gestantes para las IPS de baja complejidad (Clúster 1) muestra comportamientos diferenciados en la atención materna. En cuanto a la captación temprana de gestantes, se observa una concentración predominante en rangos intermedios (54,9%–69,9%), donde se agrupa cerca del 80% de los registros, lo que indica un desempeño aceptable pero aún con margen de mejora para alcanzar coberturas óptimas en el inicio temprano del control prenatal. (Figura 16).

Por su parte, la cobertura de consulta de nutrición en gestantes presenta un patrón más limitado, con la mayoría de los valores concentrados en rangos bajos (0,1%–10,8%), evidenciando baja cobertura de la atención nutricional en la etapa prenatal, lo cual puede afectar el adecuado seguimiento del estado nutricional materno y los resultados perinatales. (Figura 17).⁴

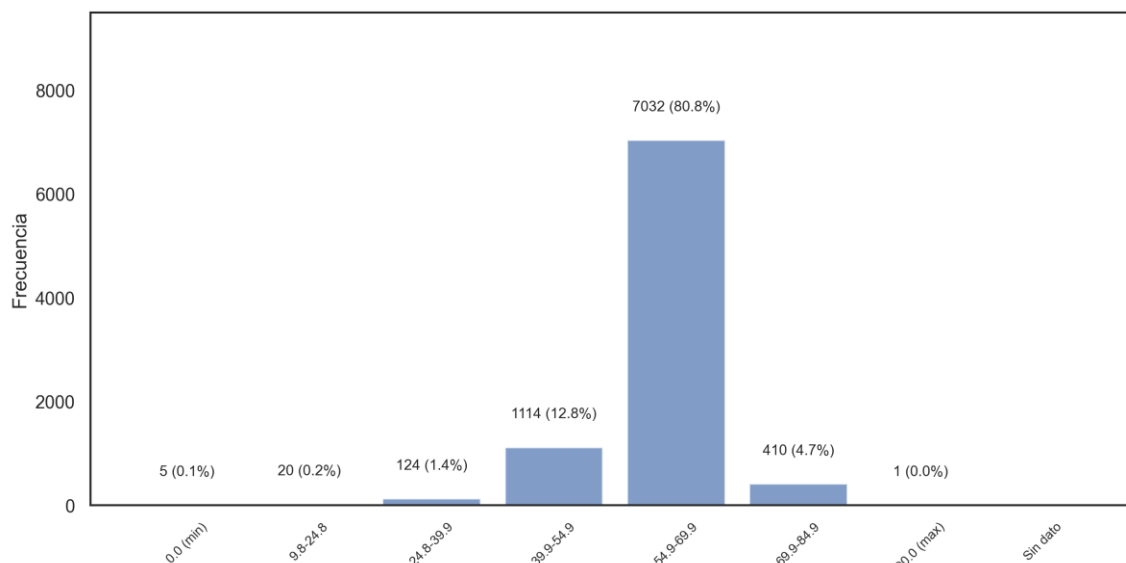
En contraste, el indicador de tamizaje de VIH en gestantes muestra un desempeño alto, con una fuerte concentración en rangos elevados (88%–99,5%), lo que refleja una adecuada implementación de estrategias para la detección y gestión del riesgo durante la gestación. Vale

⁴ Para la construcción del ranking de IPS, se seleccionaron indicadores priorizados definidos en la Resolución 3280 de 2018, los cuales permiten evaluar el desempeño de las IPS. No obstante, es importante precisar que la atención para la promoción de la alimentación y nutrición durante el embarazo se estableció para 2025 (19,43%), al igual que el tamizaje para cáncer de colon (1,80%) en la población objetivo. En este contexto, la inclusión de dichos indicadores responde a su relevancia técnica y a su impacto en los resultados en salud, aun cuando su cobertura no sea universal.

la pena señalar que actualmente la Resolución 3280 de 2018 define que esta intervención debe ser garantizada al 100% de las gestantes. Figura 18.

Figura 16

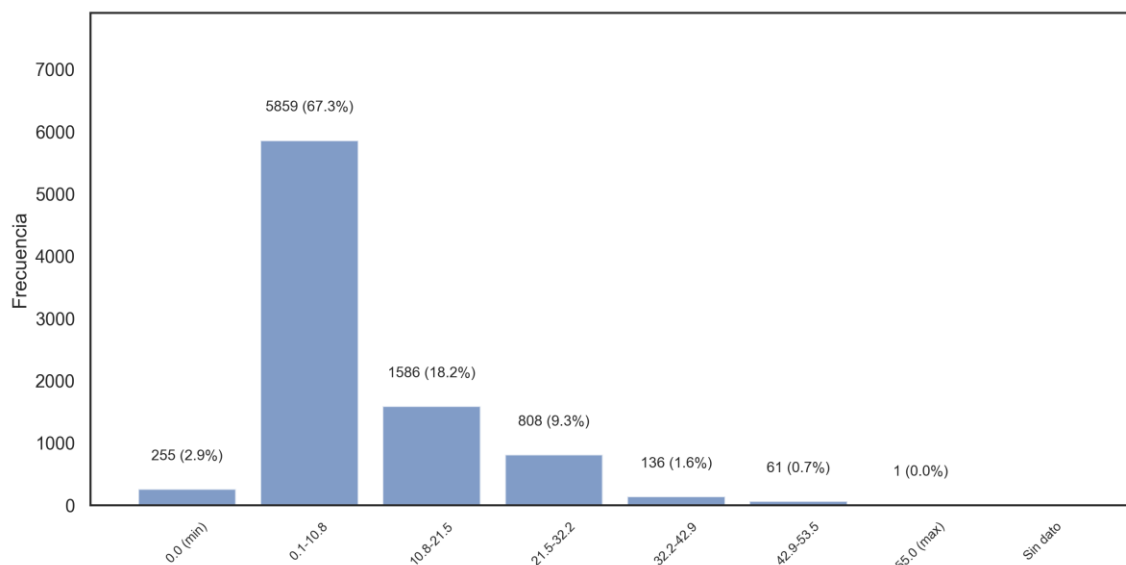
Distribución de Porcentaje captación temprana de gestantes - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 17

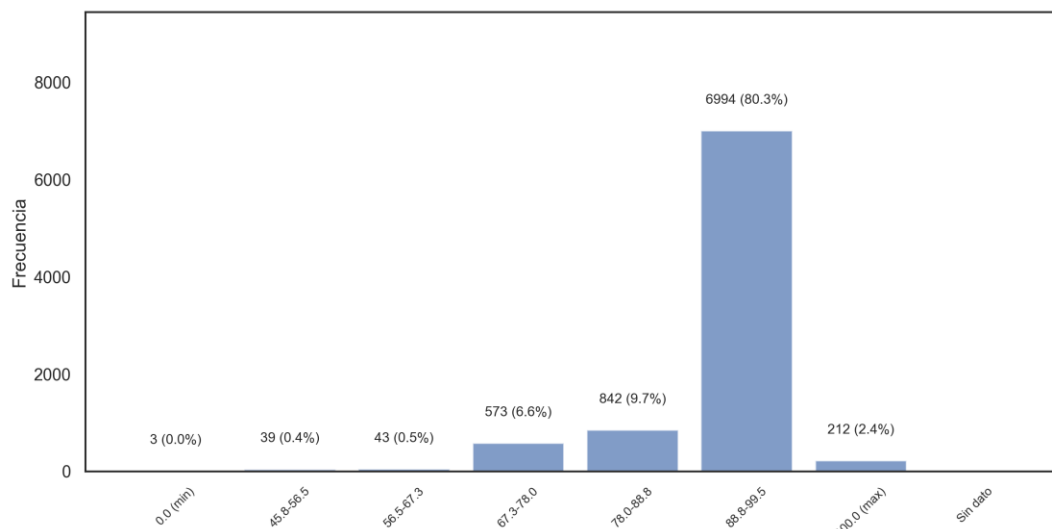
Distribución de Porcentaje cobertura de gestantes con consulta de nutrición - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 18

Distribución de Porcentaje gestantes tamizaje VIH - IPS baja complejidad (Clúster 1)

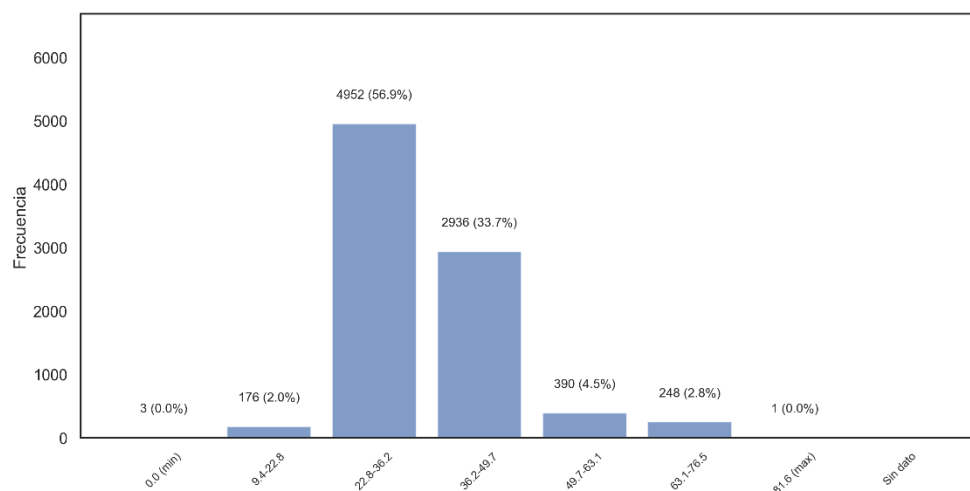


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

El análisis de la valoración integral en salud en niñas y niños en la infancia muestra una distribución concentrada en rangos intermedios, donde la mayoría de las IPS se ubican entre 22,8% y 49,7%, acumulando cerca del 90% de los registros. El rango más frecuente corresponde a 22,8%–36,2% (56,9%), seguido por 36,2%–49,7% (33,7%), lo que evidencia una cobertura insuficiente. Vale la pena señalar que actualmente la Resolución 3280 de 2018 define que esta intervención debe ser garantizada al 100% de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad. (Figura 19)

Figura 19

Distribución de Valoración integral en salud infancia - IPS baja complejidad (Clúster 1)



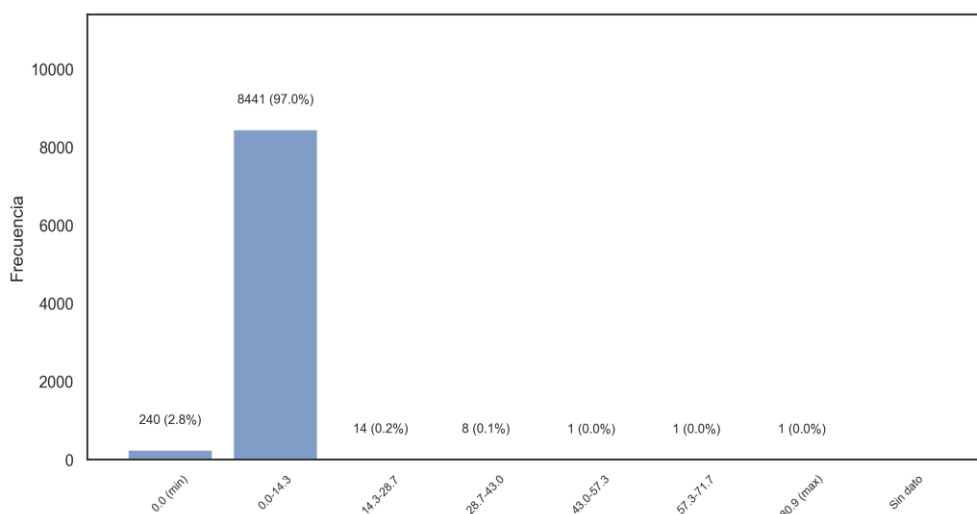
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Enfermedades no transmisibles

En el análisis de la captación de enfermedades crónicas se evidencia un patrón consistente de baja proporción de identificación de casos en todos los eventos: para diabetes mellitus (DM) entre 0,1% y 14,3%, para EPOC entre 0,1% y 24,9% y para hipertensión arterial (HTA) entre 0,1% y 7,9%. Este comportamiento sugiere limitaciones en la gestión del riesgo y en la detección temprana de los casos, lo que puede impactar negativamente los resultados en salud, favoreciendo el subdiagnóstico, la atención tardía y una mayor carga de enfermedad en la población atendida. (Figura 20-21-22).

Figura 20

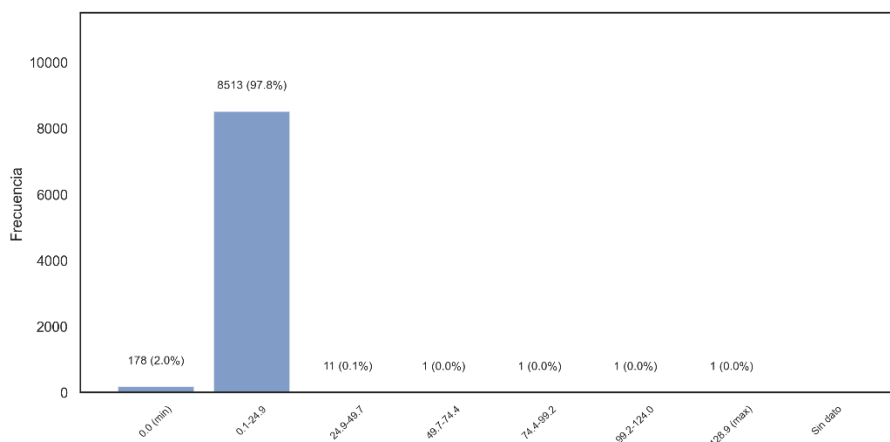
Distribución de Porcentaje captación DM - IPS baja complejidad(Clúster1)



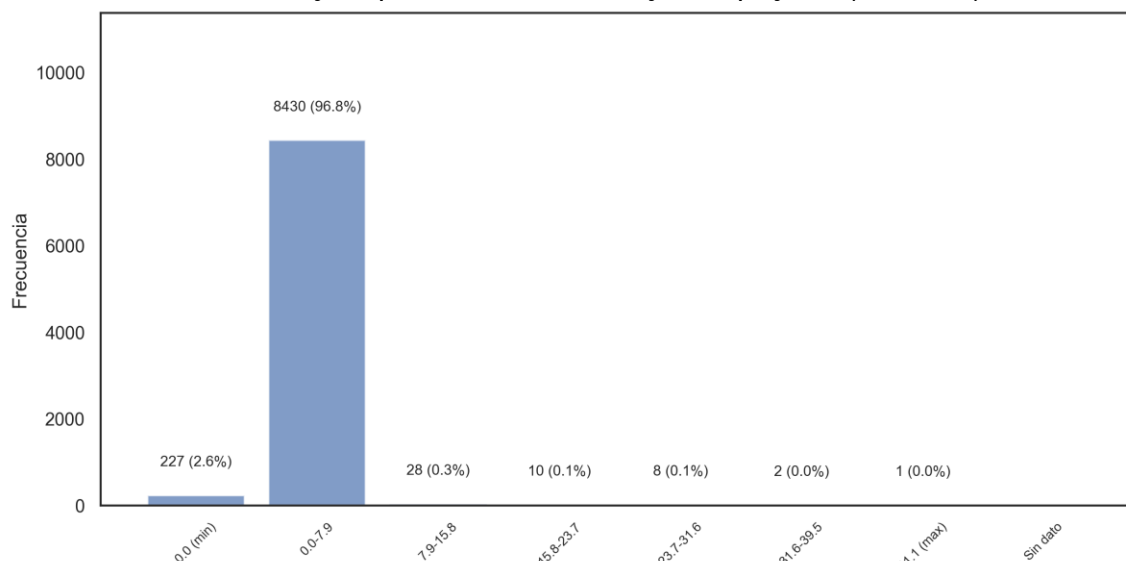
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 21

Distribución de Porcentaje captación EPOC - IPS baja complejidad (Clúster 1)

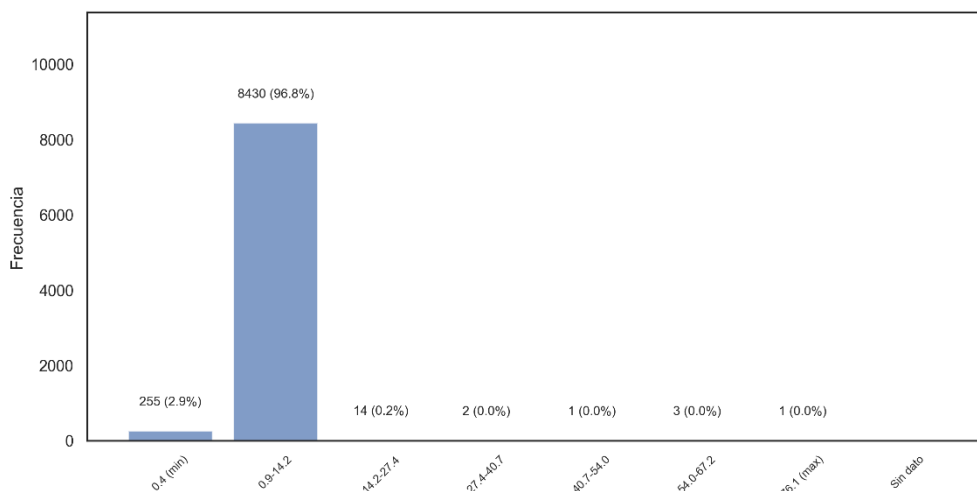


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 22
Distribución de Porcentaje captación HTA - IPS baja complejidad (Clúster 1)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

La capacidad de diagnóstico y atención de ACV, en servicios de baja complejidad, se encuentra entre 0,9% y 14,2% evidenciando niveles bajos de atención de este evento. Este comportamiento sugiere posibles brechas en el acceso oportuno, la identificación de casos y la capacidad resolutoria de los servicios, especialmente en la fase aguda del evento cerebrovascular. En términos de resultados, esta baja proporción puede estar asociada a subregistro, demoras en la consulta o limitaciones en la red de atención, lo que incrementa el riesgo de complicaciones, discapacidad y mortalidad. En consecuencia, se hace necesario fortalecer las rutas integrales de atención, mejorar la oportunidad diagnóstica y optimizar la articulación de los servicios para garantizar una atención efectiva y oportuna del ACV. (Figura 23)

Figura 23
Distribución de Proporción de atenciones en ACV - IPS baja complejidad (Clúster 1)


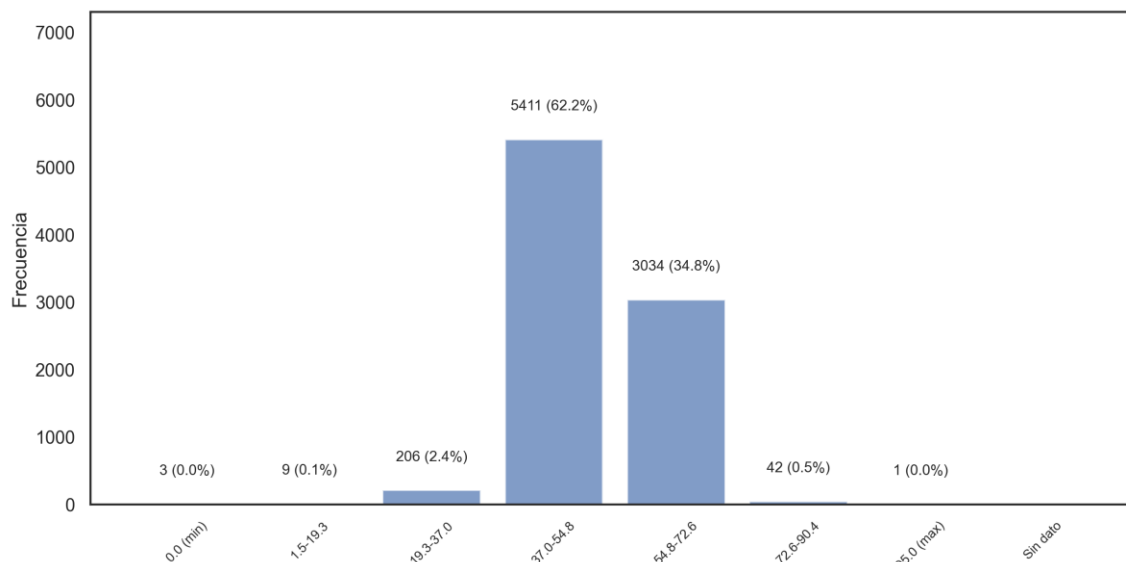
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS diciembre 2025

El análisis de los indicadores de tamizaje de cáncer (colon, cuello uterino, mama y próstata) evidencia un comportamiento heterogéneo en las coberturas. En el caso de cáncer de colon y próstata, se observa una alta concentración de IPS con coberturas por debajo del 20%, lo que indica que hay una baja detección y gestión del riesgo para estos dos eventos.⁵

En contraste, los tamizajes de cáncer de cuello uterino y mama presentan una mejor distribución, concentrándose principalmente en rangos intermedios (30%–70%), aunque debe señalarse que estas intervenciones de detección temprana se encuentran establecidas desde la Resolución 412 de 2000, derogada por la Res. 3280 de 2018 y se asocian a años de vida perdidos. (Figura 24-25-26-27)

Figura 24

Distribución de Tamizaje Cáncer Cuello uterino - IPS baja complejidad (Clúster 1)

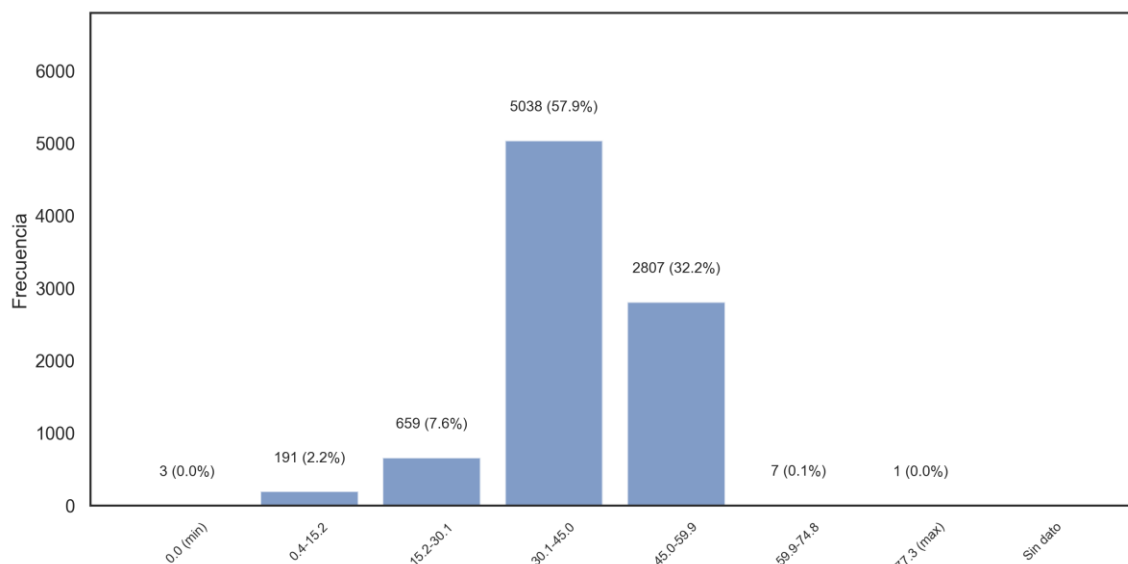


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

⁵ Para la construcción del ranking de IPS, se seleccionaron indicadores priorizados definidos en la Resolución 3280 de 2018, los cuales permiten evaluar el desempeño de las IPS. No obstante, es importante precisar que la atención para la promoción de la alimentación y nutrición durante el embarazo se estableció para 2025 (19,43%), al igual que el tamizaje para cáncer de colon (1,80%) en la población objetivo. En este contexto, la inclusión de dichos indicadores responde a su relevancia técnica y a su impacto en los resultados en salud, aun cuando su cobertura no sea universal.

Figura 25

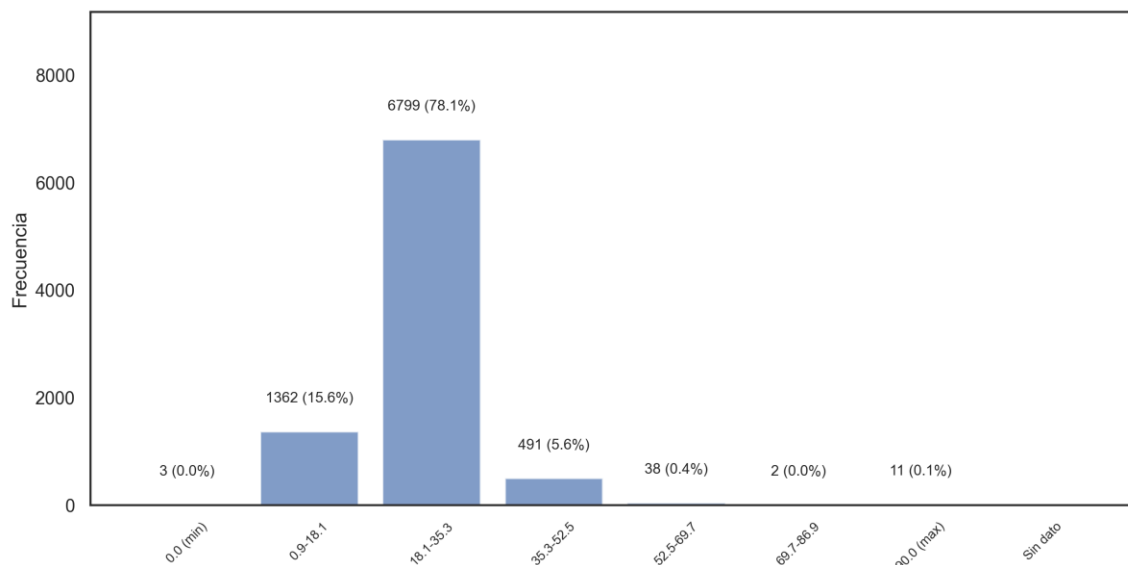
Distribución de Tamizaje Cáncer Mama - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 26

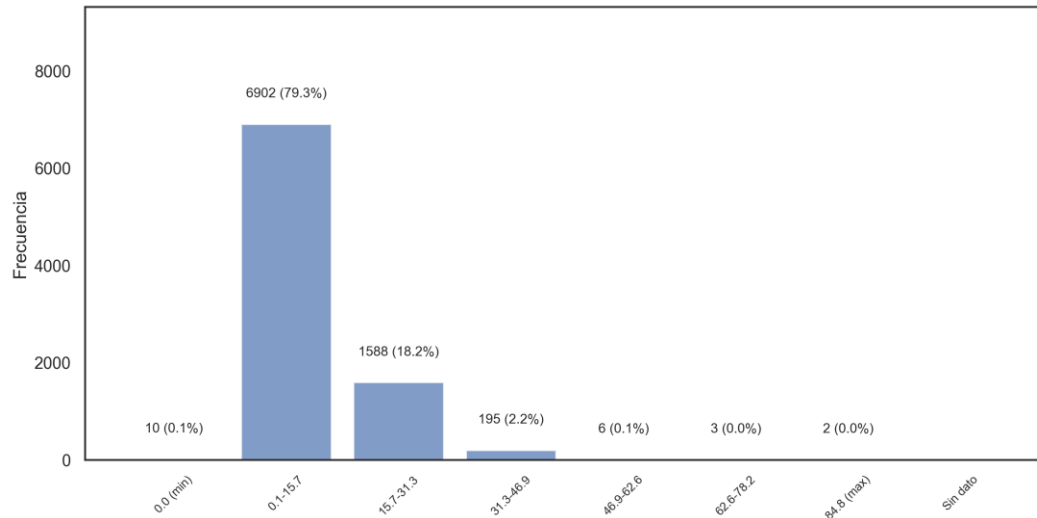
Distribución de Tamizaje Cáncer colon - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 27

Distribución de Tamizaje Cáncer Próstata - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

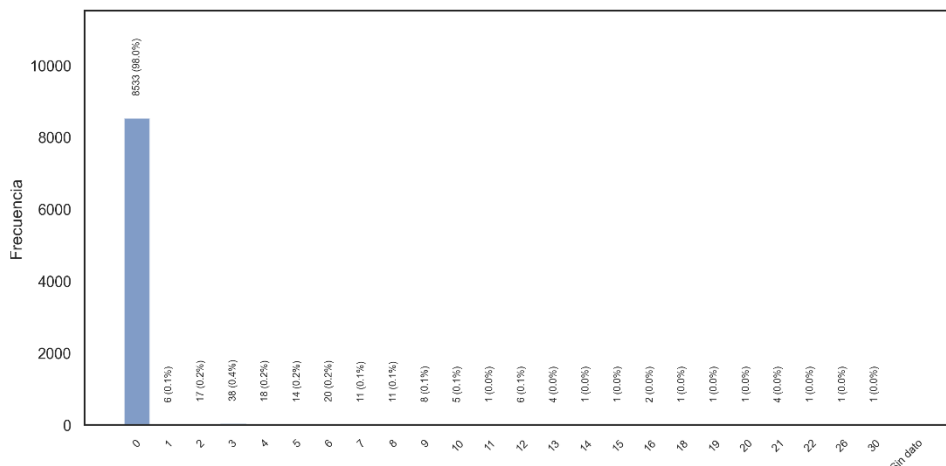
Capacidad Instalada

El análisis de la capacidad instalada evidencia que el 96% (8.200 IPS) de las IPS de baja complejidad, no cuentan con disponibilidad de camas hospitalarias, camillas y sillas de observación de urgencias. Este comportamiento se explica porque una gran parte de los prestadores corresponden a instituciones de baja complejidad, cuya resolutiveidad es principalmente ambulatoria.

El análisis de la disponibilidad de salas de cirugía evidencia que el 70% de las IPS no cuentan con este tipo de infraestructura. El 18,4%, cuentan con una o dos salas de cirugía, mientras que el 6,5% (505) cuentan con tres o más salas (Figura 31)

Figura 28

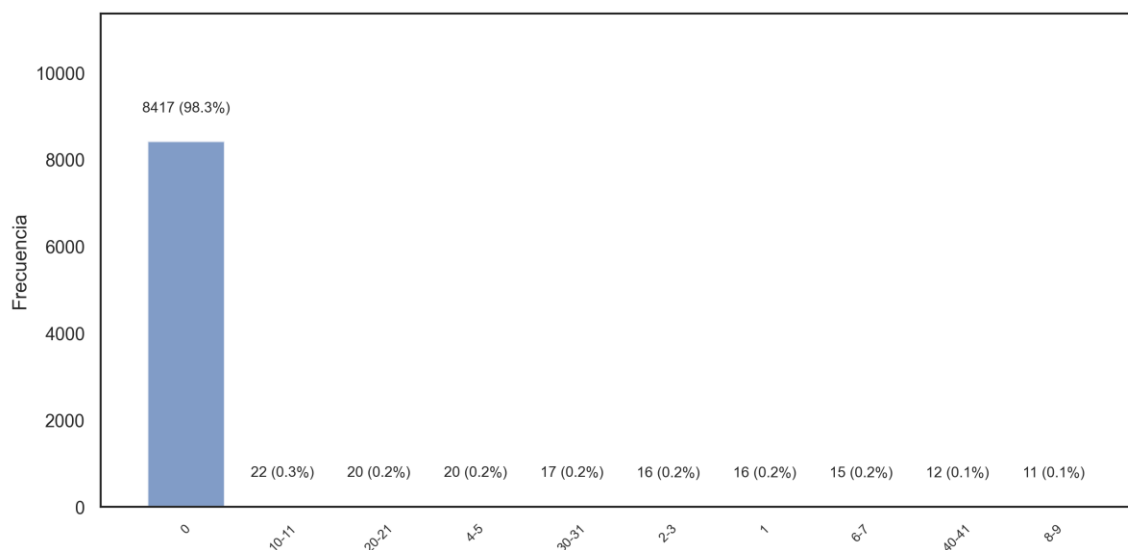
Distribución de Camillas en servicios de urgencias - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 29

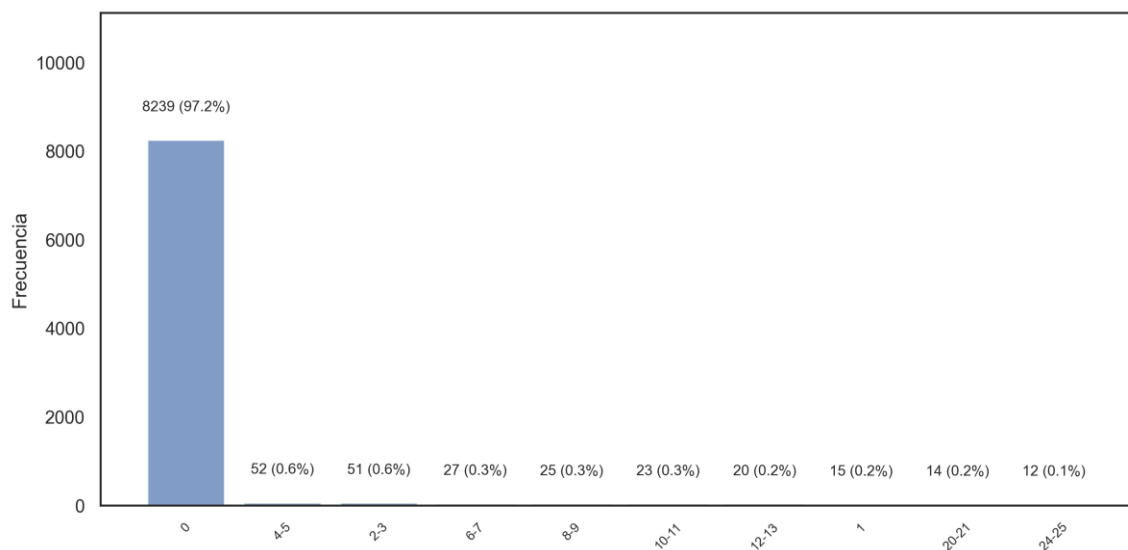
Distribución de Sillas de observación de urgencias - IPS baja complejidad (Clúster 1)



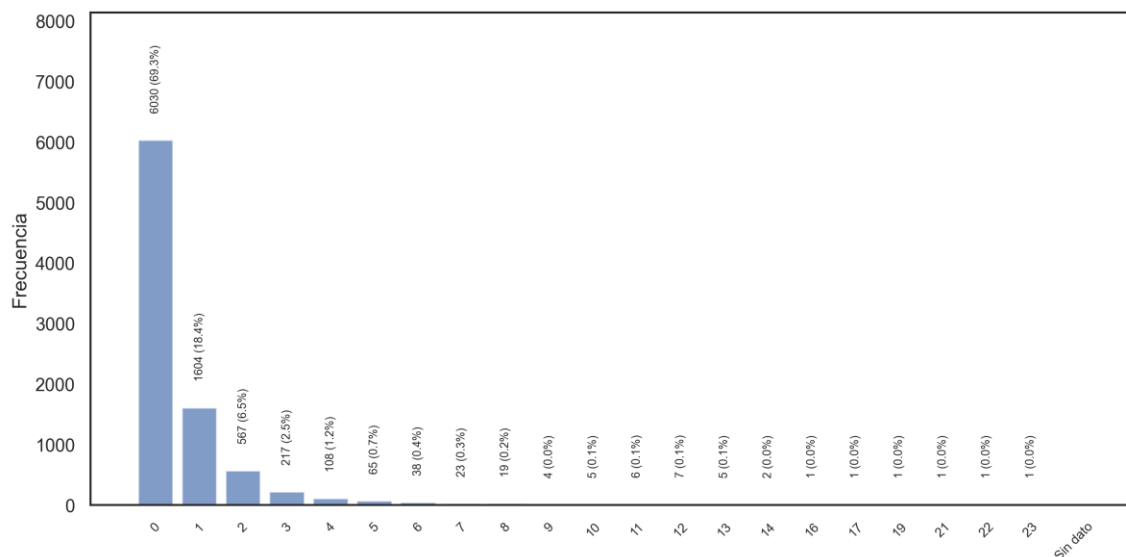
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 30

Distribución de Camas - IPS baja complejidad (Clúster 1)

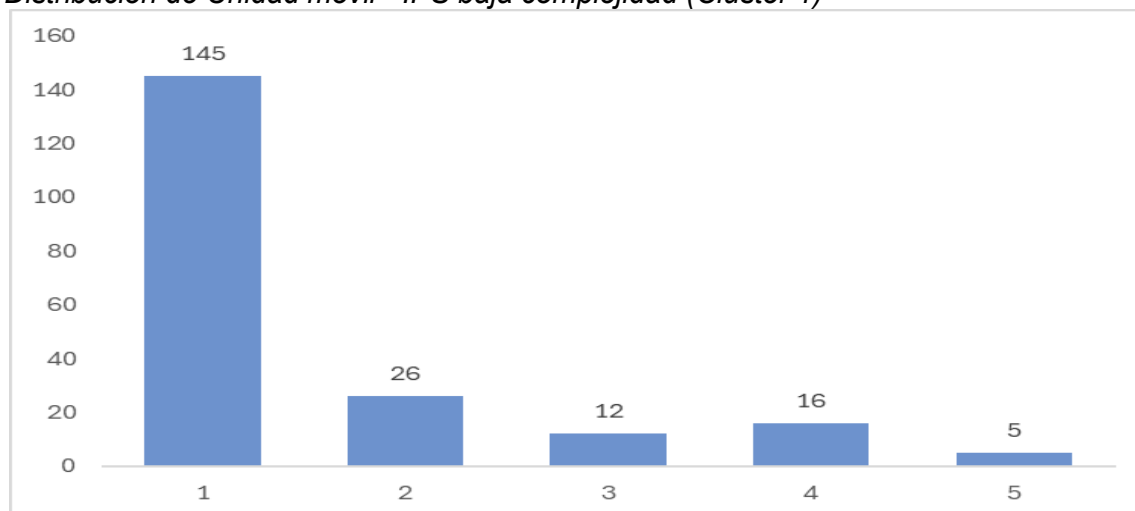


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

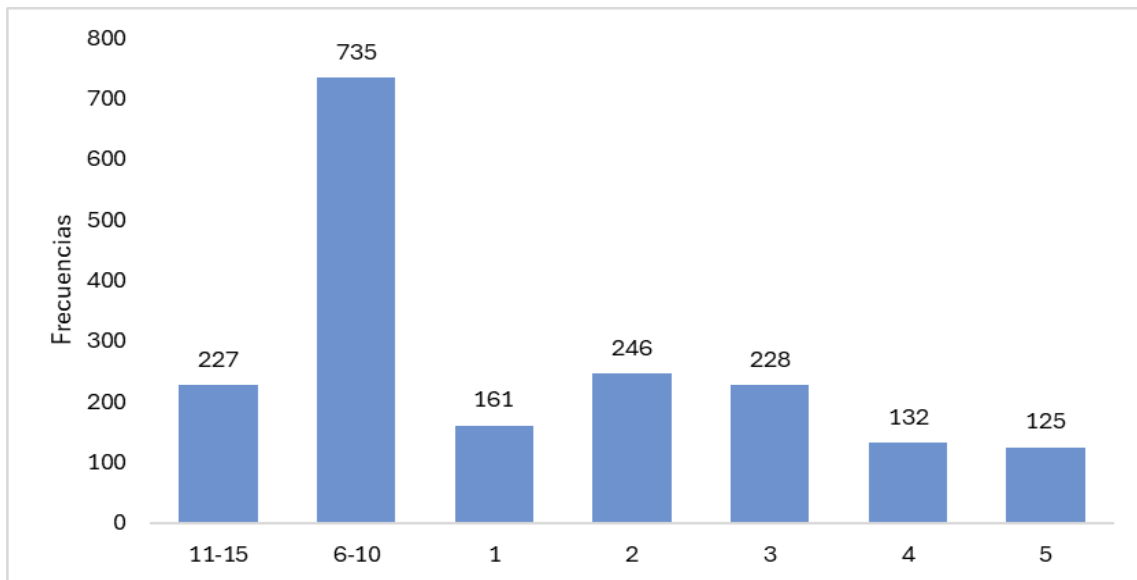
Figura 31
Distribución de Salas de cirugía - IPS baja complejidad (Clúster 1)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de unidades móviles y ambulancias, evidencia que el 40% (735) de las IPS de baja complejidad cuentan con 6 a 10 ambulancias, y el 13% (246) IPS cuentan con 2 ambulancias, y el 12% (227) de IPS cuentan con 10 o más ambulancias. En cuanto a las unidades móviles, el 71% (145) de IPS cuentan con unidad móvil, y el 13% (26) cuentan con dos unidades móviles. Es importante resaltar, que la disponibilidad de este recurso facilita la organización de redes integradas de servicios de salud, garantizando la disponibilidad y articulación de transporte asistencial a niveles superiores, para asegurar la oportunidad en la referencia de pacientes y la continuidad de la atención, así como la prestación de servicios bajo modalidad extramural que faciliten el acceso y continuidad en la atención en zonas de difícil acceso (Figura 32-33)

Figura 32
Distribución de Unidad móvil - IPS baja complejidad (Clúster 1)


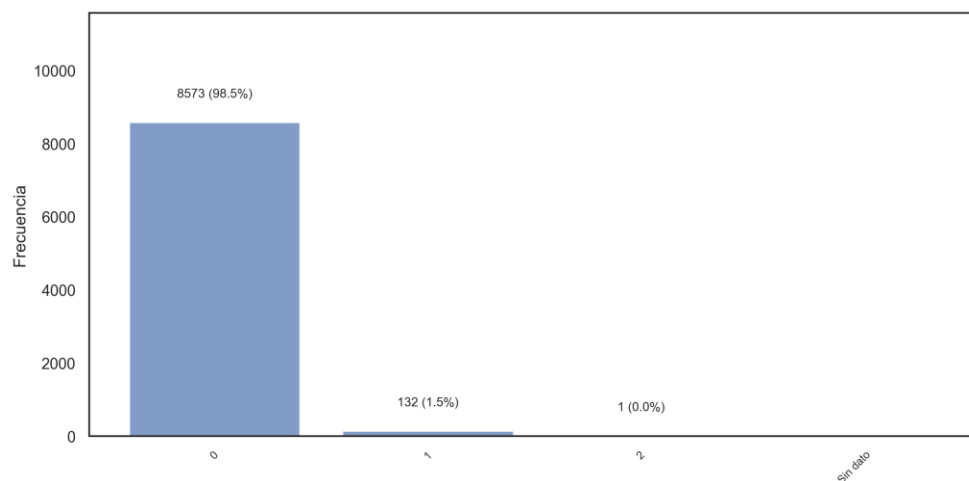
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 33
Distribución de Ambulancias - IPS baja complejidad (Clúster 1)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Disponibilidad servicios

El análisis de la disponibilidad de servicios de urgencias evidencia que la gran mayoría de las IPS (alrededor del 98,5%) no cuenta con este servicio, mientras que solo un 1,3% dispone de al menos una unidad de urgencias. La atención para las IPS de baja complejidad se centra en servicios ambulatorios y no incluye la atención de urgencias como parte de su portafolio. (Figura 34)

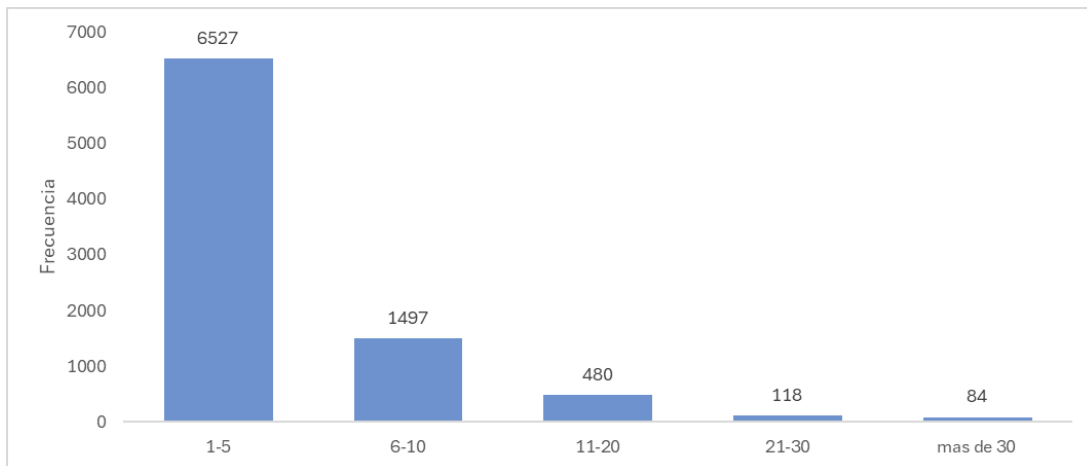
Figura 34
Distribución de número de servicios de Urgencias - IPS baja complejidad (Clúster 1)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de consultorios para la atención de consulta externa muestra que el 75% (6.527) de las IPS de baja complejidad cuentan de 1 a 5 consultorios, el 17,2% (1.497) entre 6 y 10 consultorios, y el 7,8% (682) con 11 o más consultorios. Este comportamiento, resalta la importancia de fortalecer la infraestructura y optimizar la organización de los servicios para mejorar la eficiencia y el acceso. (Figura 35)

Figura 35

Distribución de Consultorios - IPS baja complejidad (Clúster 1)

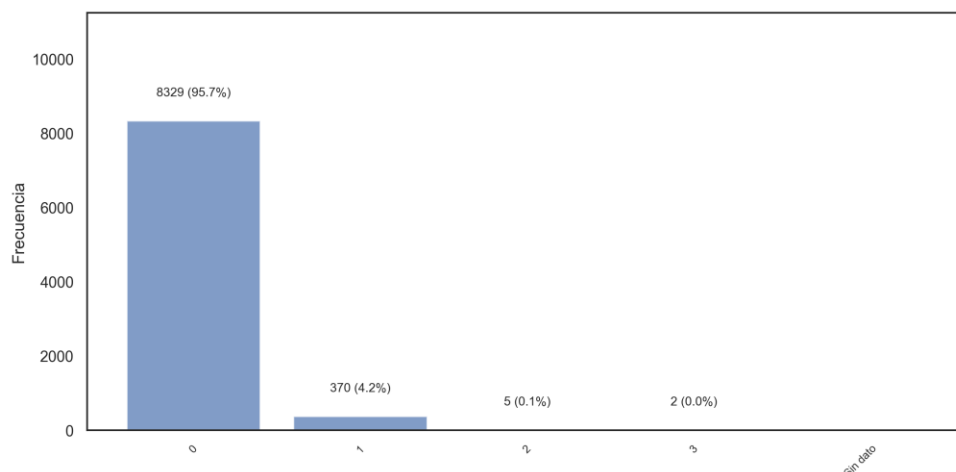


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 4,3% (377) de las IPS de baja complejidad cuenta con uno o más servicios de cirugía general, lo que evidencia la una baja oferta quirúrgica a nivel institucional, teniendo en cuenta que la atención es predominantemente ambulatoria y no incluye servicios quirúrgicos. No obstante, se resalta el fortalecimiento de capacidades de IPS de naturaleza pública (ESE) en donde se han habilitado este tipo de servicios, con el propósito de garantizar el acceso e integralidad de la atención en salud, especialmente en zonas rurales, dispersas y difícil acceso. (Figura 36)

Figura 36

Distribución de servicio de Cirugía General - IPS baja complejidad (Clúster 1)

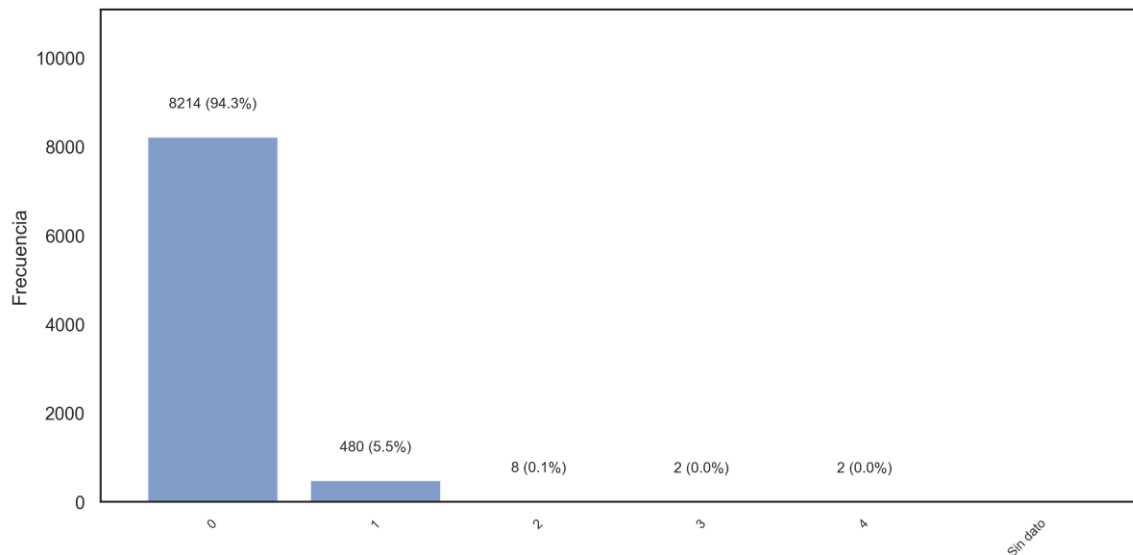


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de los servicios de hospitalización en adultos y pediatría evidencia que entre el 94%–99% de las IPS de baja complejidad no cuentan con este servicio. 480 IPS cuentan con 1 cama de hospitalización adultos y 98 IPS cuentan 1 cama de hospitalización en pediatría. Este comportamiento es coherente con la predominancia de prestadores cuya atención es principalmente ambulatoria y no contempla servicios de internación. (Figura 37-38)

Figura 37

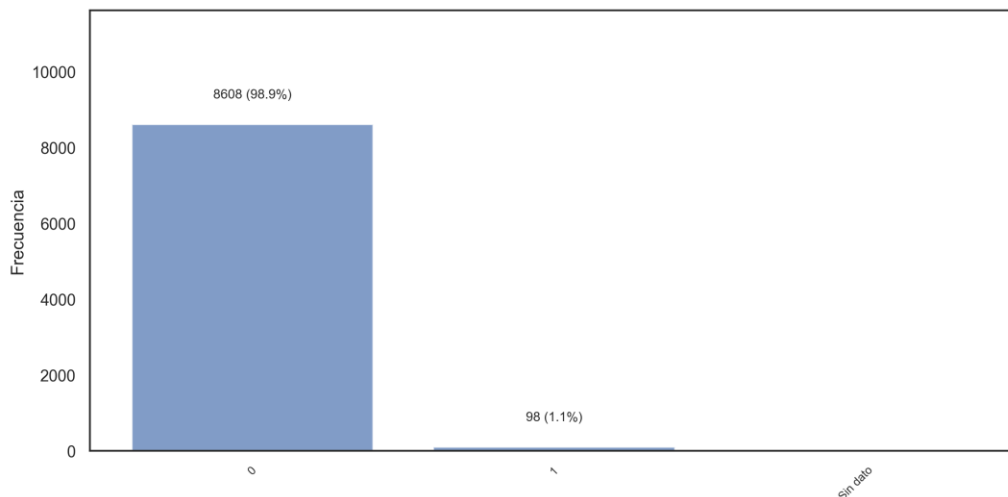
Distribución de número de servicios de Hospitalización adultos - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 38

Distribución de número de servicios de Hospitalización pediátrica - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de servicios de medicina general el 89% (7.716) cuenta con 1 servicio habilitado, seguido por 7% (586) cuenta con 2 servicios habilitados y el 4% con más de 3 servicios.

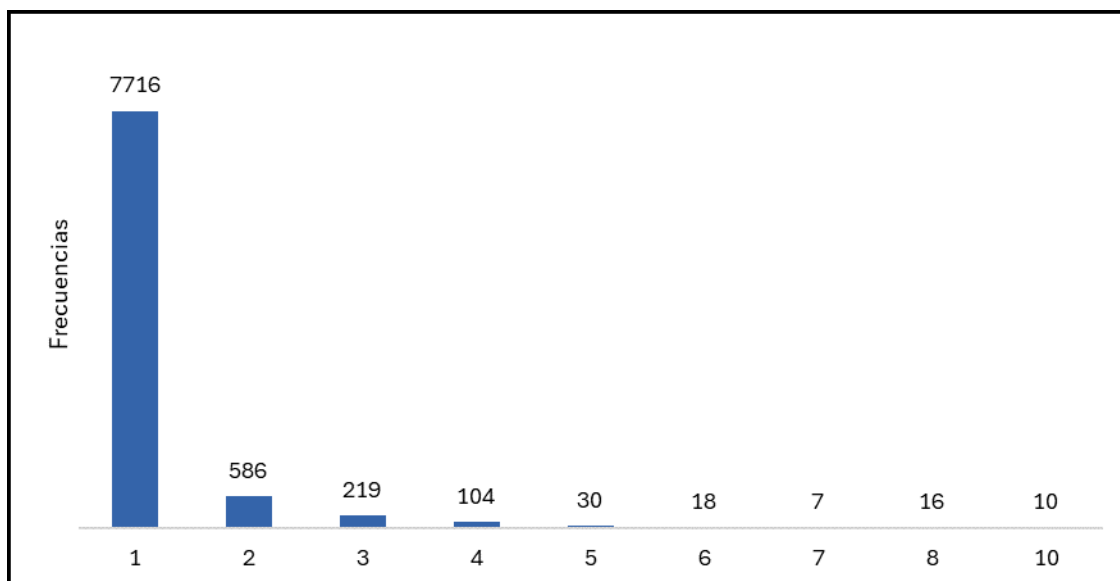
En medicina interna, el 84,7% de las IPS de baja complejidad (7.375) no cuentan con este servicio, en tanto que el 14,2% (1.234) cuenta con al menos un especialista, evidenciando su concentración en prestadores de mediana complejidad. (Figura 40)

Por su parte, el servicio de Psiquiatría presenta una menor disponibilidad, donde el 7,8% (680) de las IPS de baja complejidad cuentan con al menos un profesional. En contraste, el 91,2% de las IPS (7.940) no cuentan con este servicio, lo que refleja una oferta limitada en salud mental. (Figura 41)

Esto confirma que el sistema está compuesto mayoritariamente por IPS de baja complejidad, con predominio de servicios básicos, mientras que la medicina interna y especialmente la psiquiatría se concentran en un número reducido de instituciones, resaltando la necesidad de fortalecer el acceso a servicios especializados y la articulación entre niveles de atención.

Figura 39

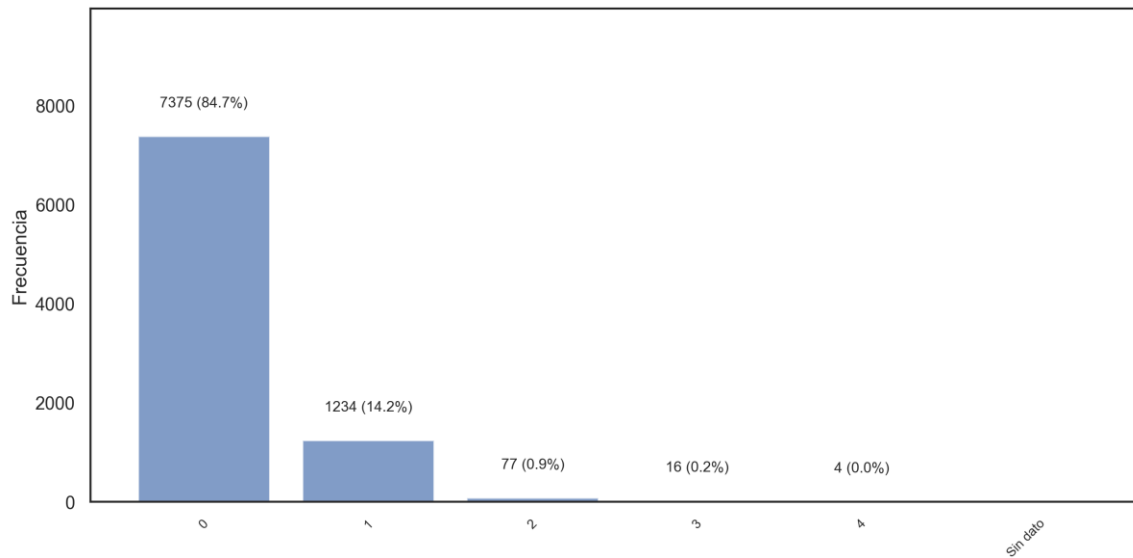
Distribución de número de servicios de Medicina general - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 40

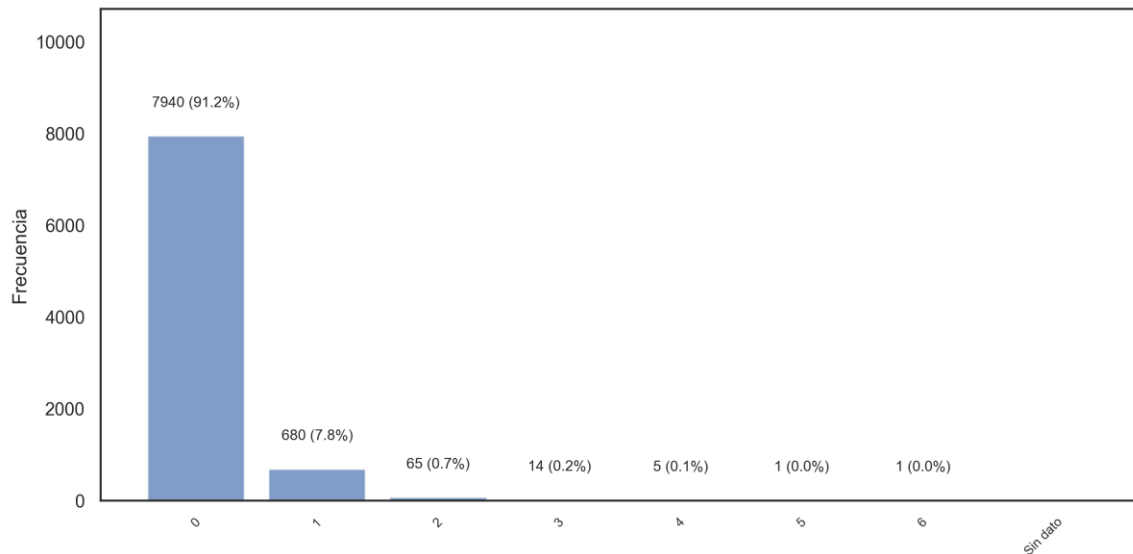
Distribución de número de servicios de Medicina interna - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 41

Distribución de número de servicios de Psiquiatría - IPS baja complejidad (Clúster 1)



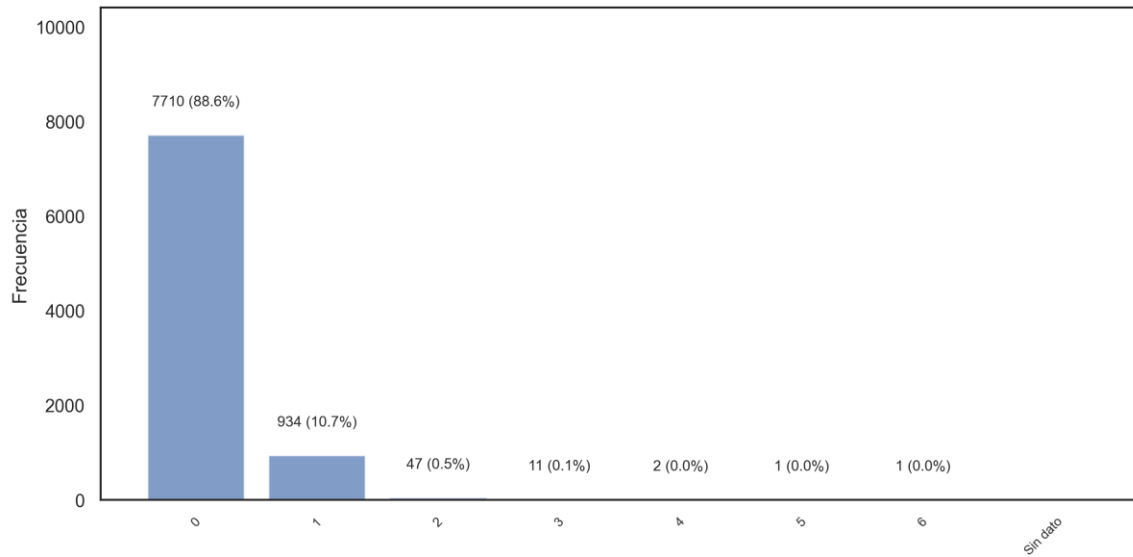
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de ginecobstetricia y pediatría evidencia que el 88,6% de las IPS de baja complejidad (7.710) no cuenta con el servicio, en tanto que, un 10,7% (934) dispone de al menos un profesional. De manera similar, en pediatría, cerca del 88,7% de las IPS (7.723) no cuentan con este servicio, y un 10,7% (930) tienen al menos un especialista en pediatría (Figura 42-43)

En términos de resultados, esto evidencia que los servicios materno-infantiles se concentran en la mediana y alta complejidad, generando la necesidad de fortalecer la red de servicios, garantizando mayor disponibilidad de los servicios de gineco-obstetricia y pediatría en la baja complejidad, así como mejorar la articulación entre niveles de atención para asegurar la continuidad del cuidado.

Figura 42

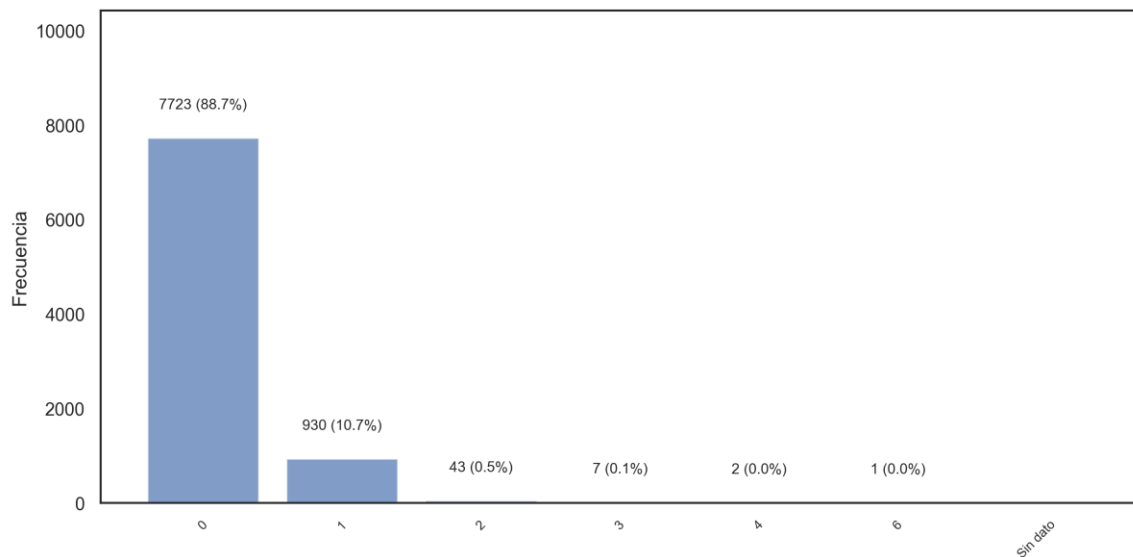
Distribución de número de servicios de Ginecobstetricia - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 43

Distribución de número de servicios de Pediatría - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

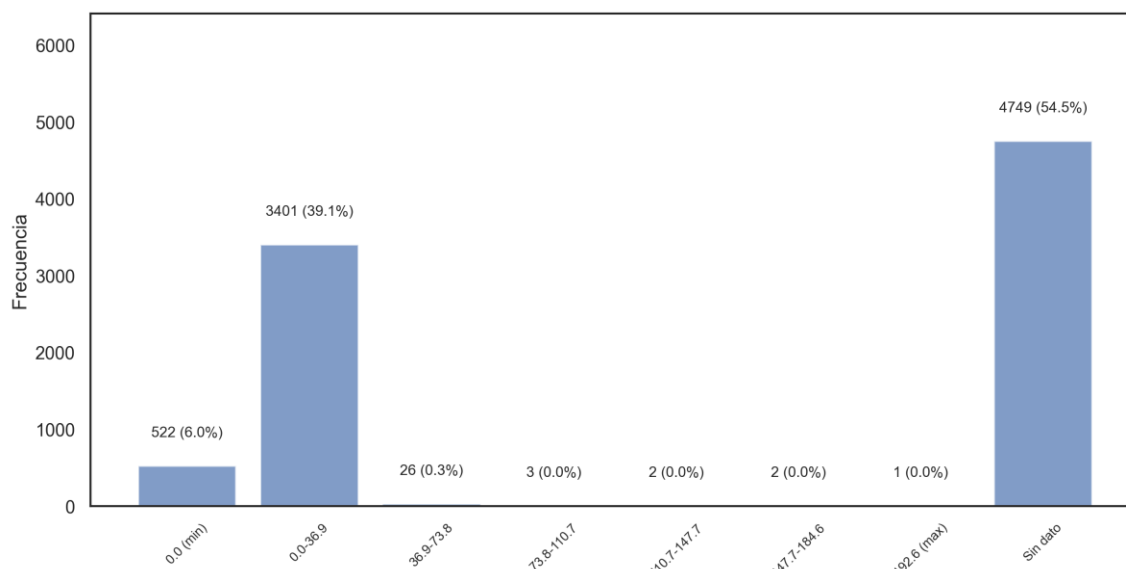


Calidad en la atención

El 59,1% de las IPS de baja complejidad, registran un tiempo promedio de espera para cita en medicina general y medicina interna entre 0 y 8 días, en tanto que, el 6,9% de las IPS registran tiempos de 0 días, lo que sugiere una relativa oportunidad en la asignación de citas. No obstante, se evidencia un porcentaje significativo de registros sin dato (54,5%), lo que limita la interpretación completa del indicador. (Figura 44-45)

Figura 44

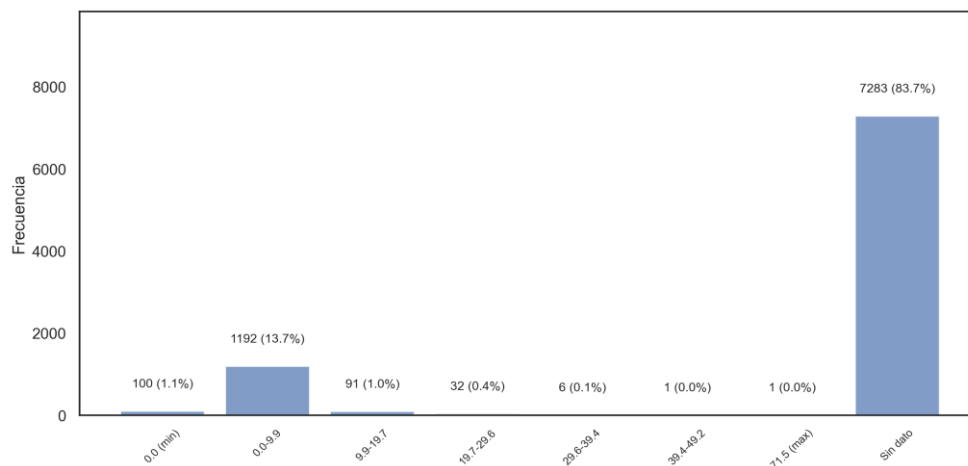
Distribución de Tiempo promedio espera asignación cita medicina general días - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Figura 45

Distribución de Tiempo promedio espera asignación medicina interna días - IPS baja complejidad (Clúster 1)

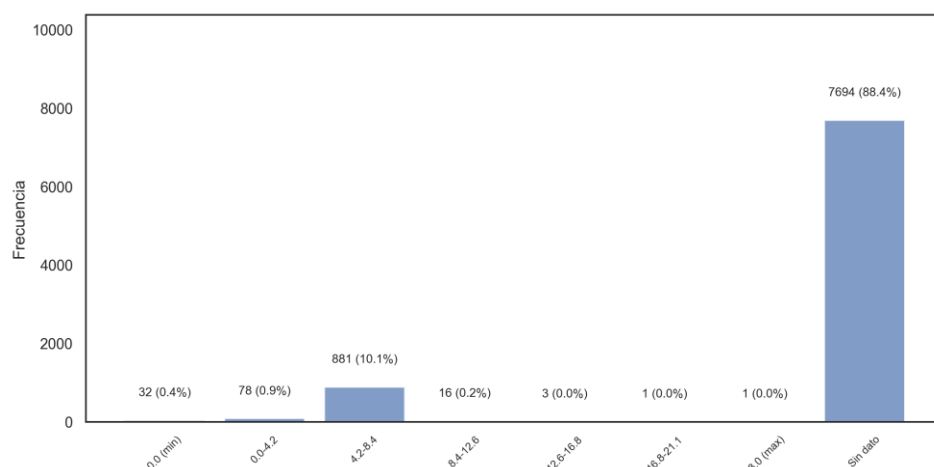


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Los tiempos de espera en obstetricia, pediatria y odontología general se concentran principalmente en rangos cortos e intermedios: en obstetricia entre 4,2 y 8,4 días (10,1%), en pediatria entre 6 y 12 días (7,7%), y en odontología general con mayor dispersión, destacándose el rango 0 a 29,6 días (19,1%). Esto sugiere que, cuando el servicio está disponible, la oportunidad en la atención es relativamente adecuada, especialmente en servicios básicos. (Figura 46-47-48)

Figura 46

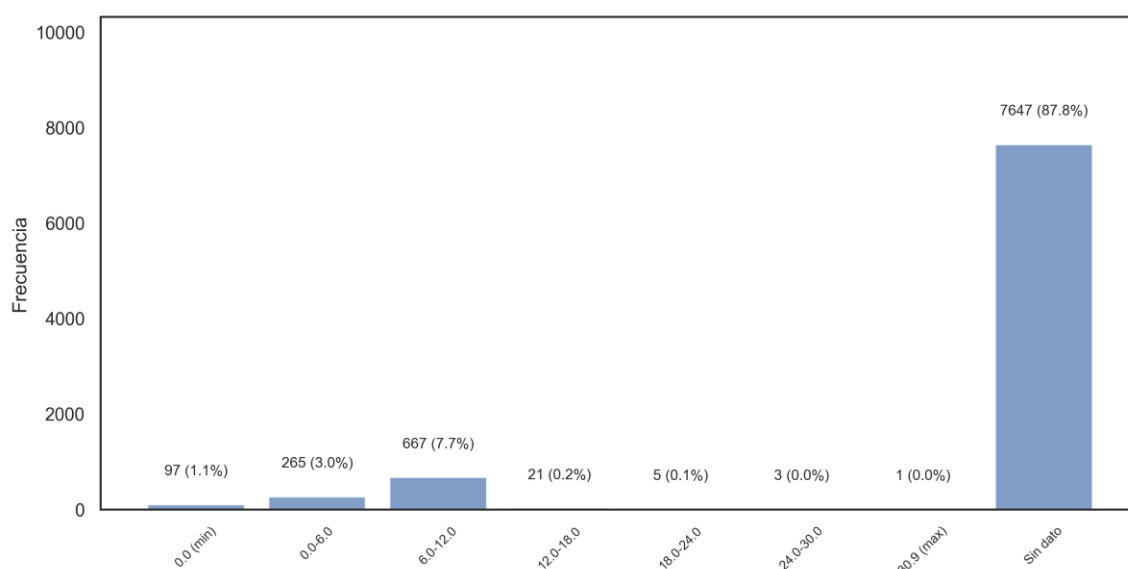
Distribución de Tiempo espera asignación cita obstetricia - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Figura 47

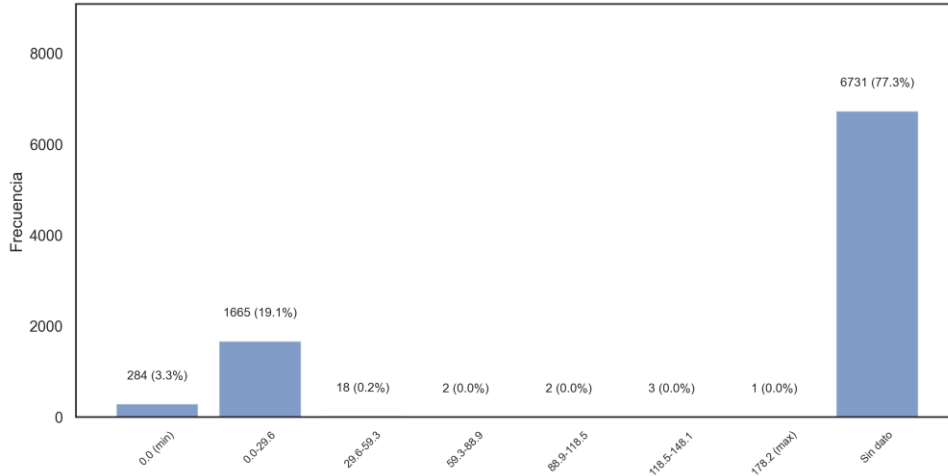
Distribución de Tiempo espera asignación cita pediatria - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Figura 48

Distribución de Tiempo promedio espera asignación cita odontología general - IPS baja complejidad (Clúster 1)



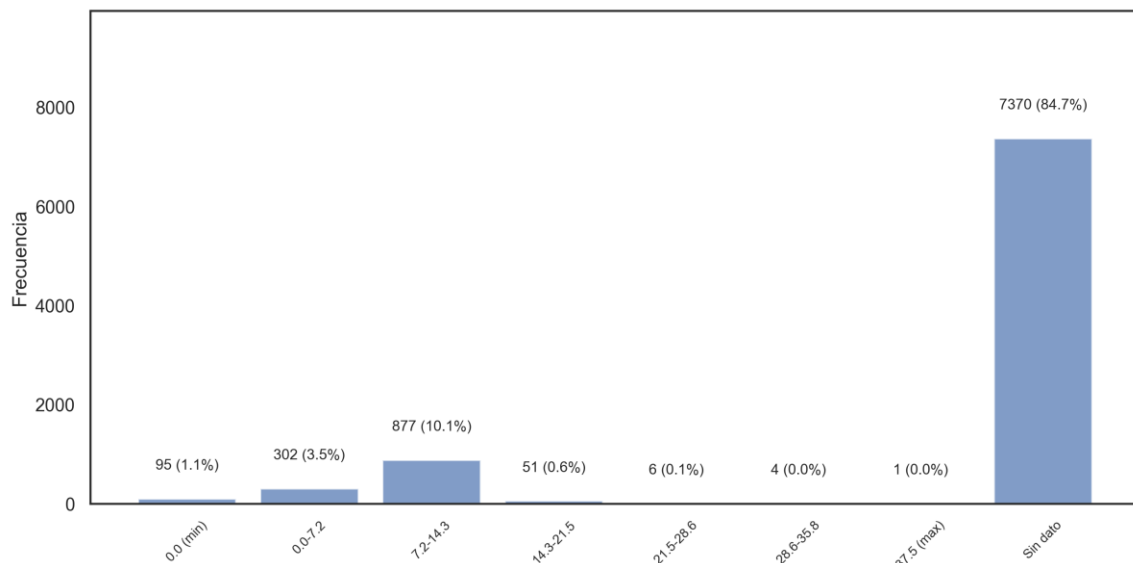
Fuente:

Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

El análisis del tiempo promedio de espera para la toma de ecografía se concentra principalmente en rangos cortos a intermedios, destacándose el intervalo de 7 a 14 días (10,1%), seguido por rangos menores como 0 a 7 días (3,5%). Lo que sugiere que, cuando el servicio está disponible, la oportunidad de atención es relativamente adecuada. (Figura 49)

Figura 49

Distribución de Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía - IPS baja complejidad (Clúster 1)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

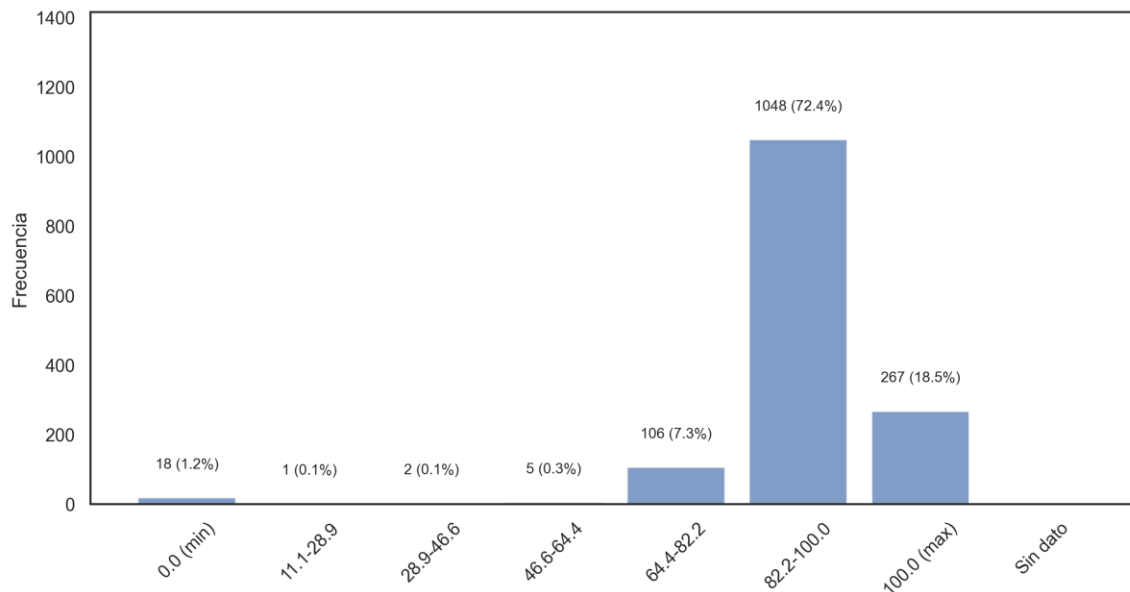
Capacidad de servicios y resolución - IPS de mediana complejidad (Clúster 2)

El análisis de los indicadores de satisfacción de la atención de los usuarios, reporte del Sistema de Información para la Calidad – SIC y recomendación de las IPS a un familiar, evidencia un alto nivel de percepción positiva del servicio. En el 74,4% (1.048) de las IPS de mediana complejidad, la satisfacción de la atención en salud de las personas está entre el 82,2% y el 99% y en el 18,5% de las IPS, las personas manifiestan estar 100% satisfechos. Así mismo, el 91,2% de las IPS, realizaron el reporte de información correspondiente a la resolución 256 de 2016, del Sistema de Información de Calidad. (Figura 50-51).

En el 60% (868) de las IPS de mediana complejidad, el 87,1% y 100% de las personas recomendaría la IPS a un familiar, y en el 31,2% de las IPS, el 100% de las personas haría dicha recomendación, evidenciando una alta confianza y aceptación del servicio por parte de los usuarios. (Figura 52)

Figura 50

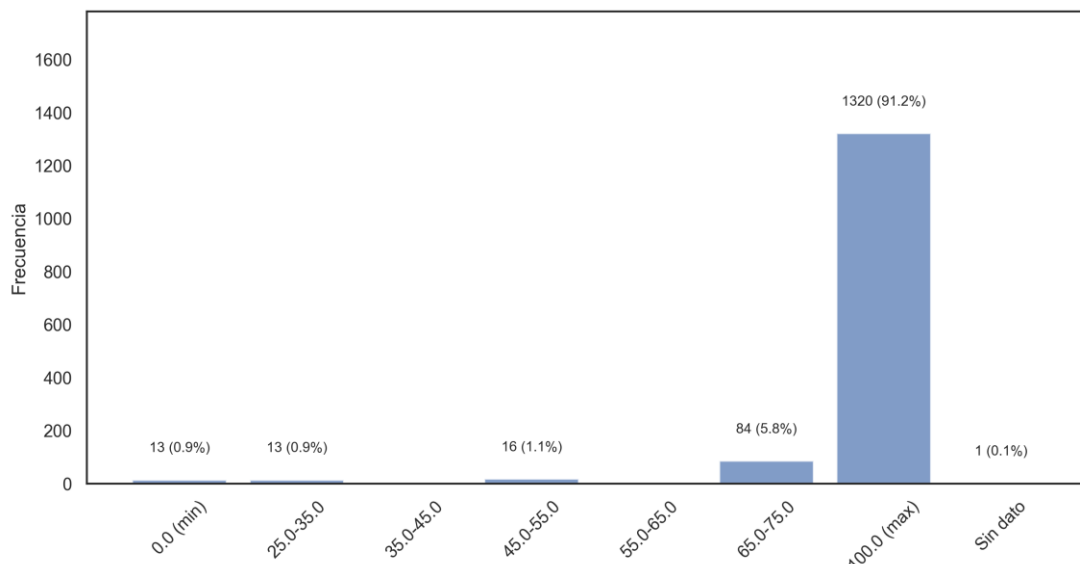
Distribución de Porcentaje de satisfacción global usuarios IPS - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Figura 51

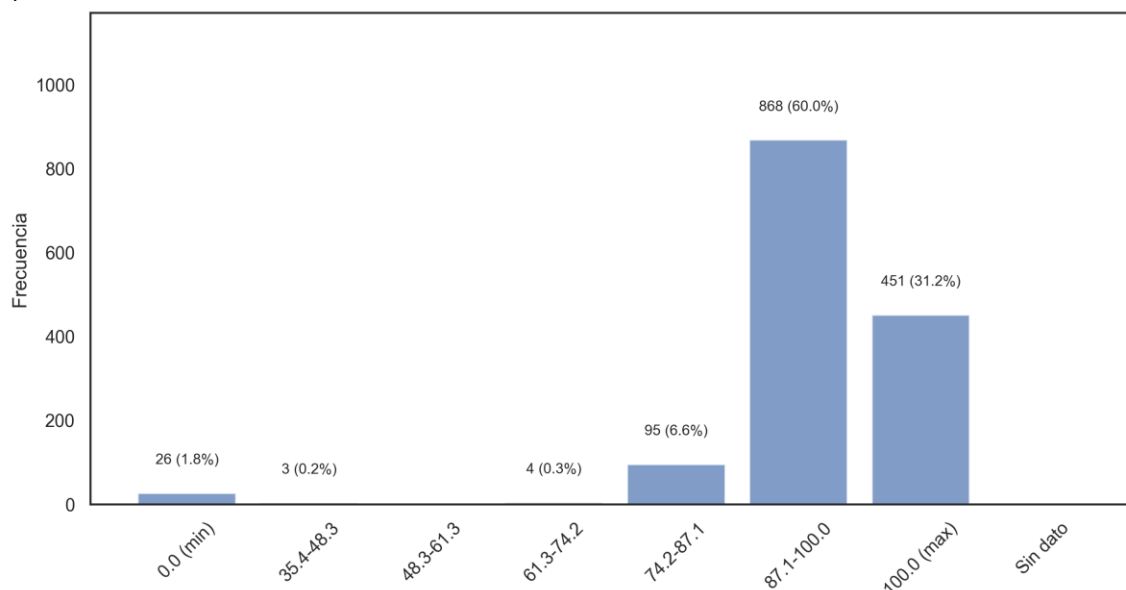
Distribución de Porcentaje reporte al SIC - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Figura 52

Distribución de Porcentaje usuarios recomendaría IPS - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025

Materno e Infancia

El análisis de los indicadores en gestantes para las IPS de mediana complejidad (Clúster 2) muestra comportamientos diferenciados en la atención materna. El 43,7% de las IPS, lograron una captación temprana de las gestantes entre el 44,1% y 60,5%, lo que

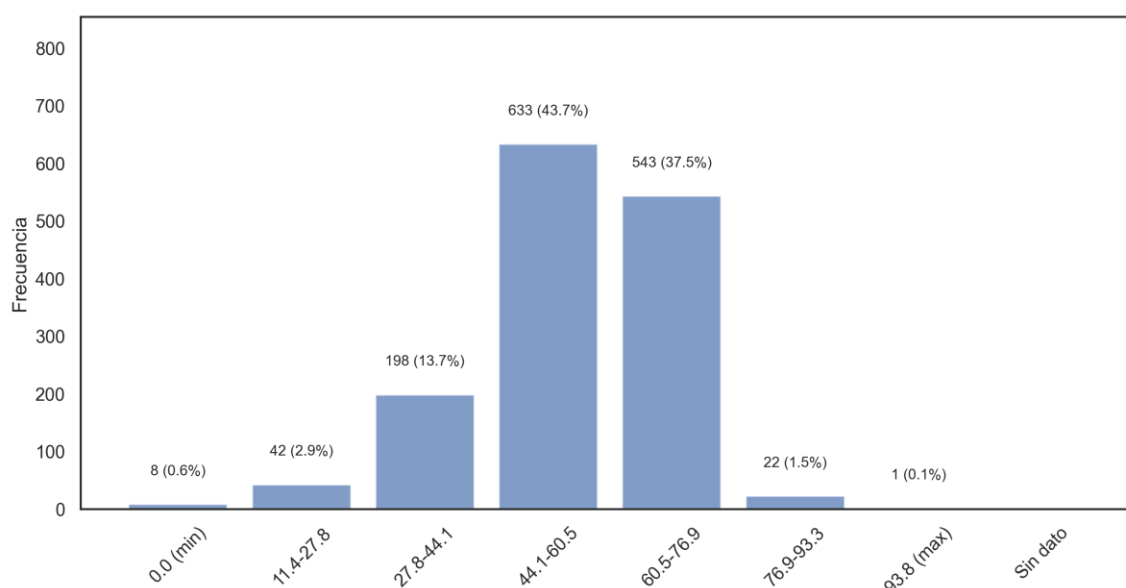
evidencia oportunidades y retos importantes para la gestión de los riesgos y la garantía en la continuidad de la atención. (Figura 53)

En contraste, el 59,5% de las IPS, lograron una cobertura entre el 0,1%–11,3% de consulta de nutrición en las gestantes, evidenciando la necesidad del fortalecimiento de la atención nutricional dentro del control prenatal⁶. (Figura 54)

Por su parte, el tamizaje de VIH en gestantes muestra un desempeño alto en la mayoría de IPS de mediana complejidad donde el 76,3% (1.104) logran realización de prueba de VIH en el 88,9%–99,5% y el 10,2% de las IPS, logran el 100%, lo que refleja una adecuada implementación de estrategias de detección. Debe recordarse que la Resolución 3280 de 2018 define que esta atención debe ser garantizada al 100% de las gestantes. (Figura 55).

Figura 53

Distribución de Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

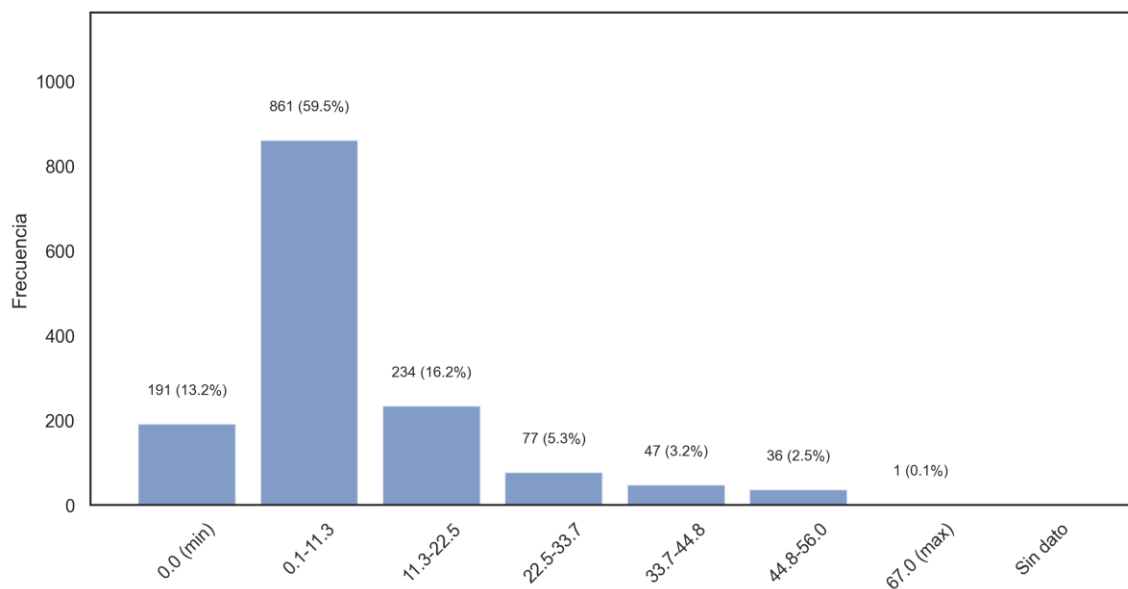


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

⁶ Para la construcción del ranking de IPS, se seleccionaron indicadores priorizados definidos en la Resolución 3280 de 2018, los cuales permiten evaluar el desempeño de las IPS. No obstante, es importante precisar que la atención para la promoción de la alimentación y nutrición durante el embarazo se estableció para 2025 (19,43%), al igual que el tamizaje para cáncer de colon (1,80%) en la población objetivo. En este contexto, la inclusión de dichos indicadores responde a su relevancia técnica y a su impacto en los resultados en salud, aun cuando su cobertura no sea universal.

Figura 54

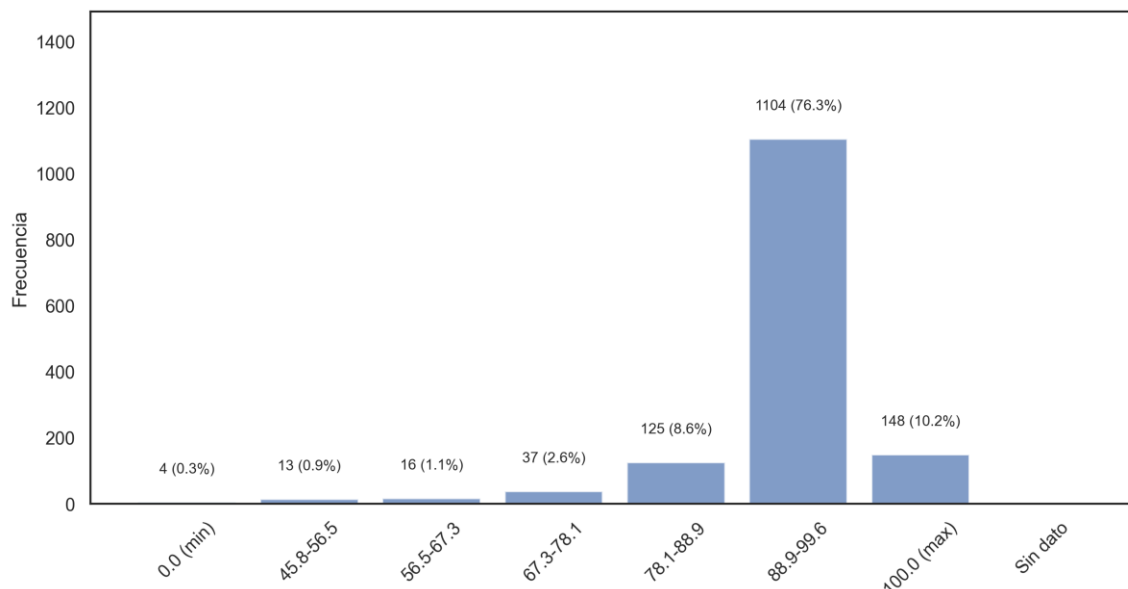
Distribución de Porcentaje cobertura de gestantes con consulta de nutrición - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 55

Distribución de Porcentaje gestantes con tamizaje VIH - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



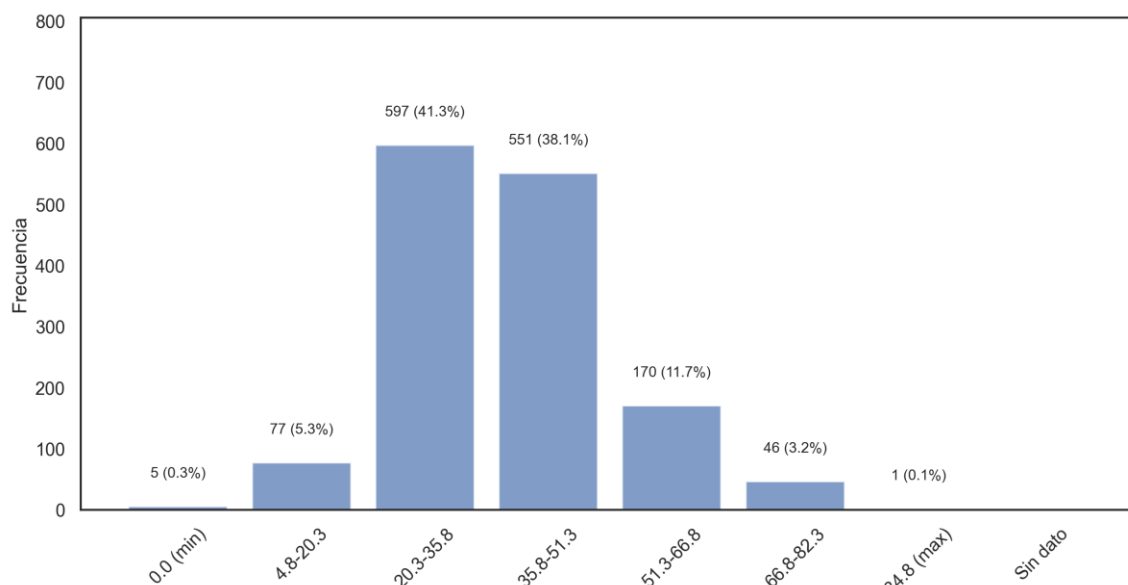
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

El análisis de la valoración integral en la infancia muestra que el 41,3% de las IPS de mediana complejidad, logra la atención del 20,3% de los menores de 6 a 11 años y el 38,1% de las IPS, atendieron el 51,3% de los menores, Un 14,9% de las IPS realizaron valoración integral entre el 68,8% y el 82,3% de los menores.

Vale la pena señalar que actualmente la Resolución 3280 de 2018 define que esta intervención debe ser garantizada al 100% de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.(Figura 56)

Figura 56

Distribución de Valoración integral infancia - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

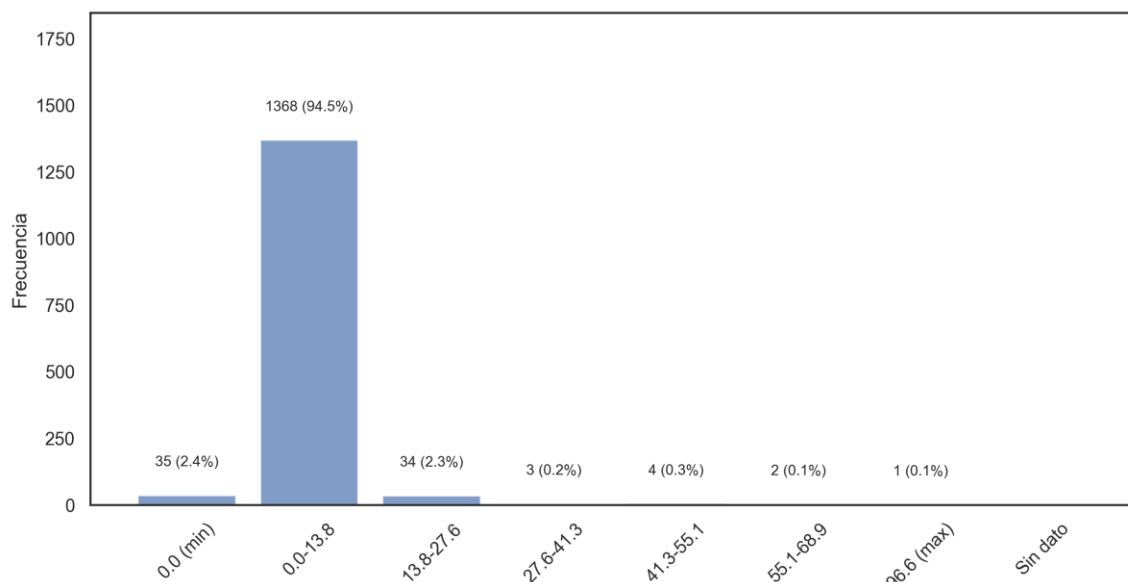


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

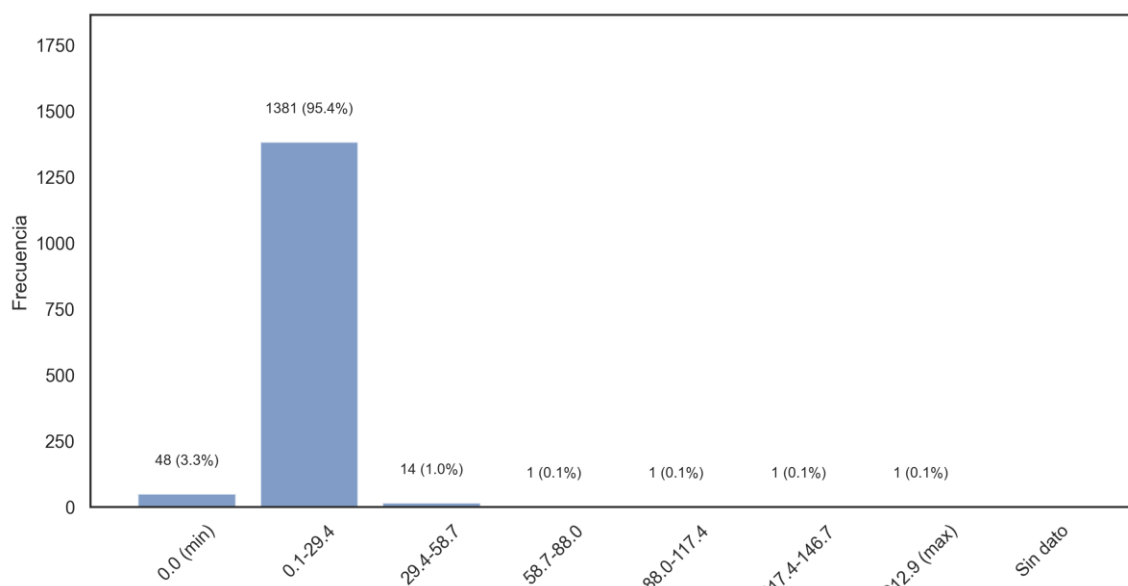
Enfermedades no transmisibles

El análisis de la captación de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, EPOC e hipertensión arterial) evidencia un patrón consistente de identificación de casos en todos los eventos. El 94,5% de las IPS, alcanzan captación de diabetes mellitus entre 0% y 13,8%, mientras que en EPOC el 95,4% se ubica entre 0% y 29,4%, y en hipertensión arterial el 94,8% se concentra en rangos entre 0% y 11%. (Figura 57-58-59)

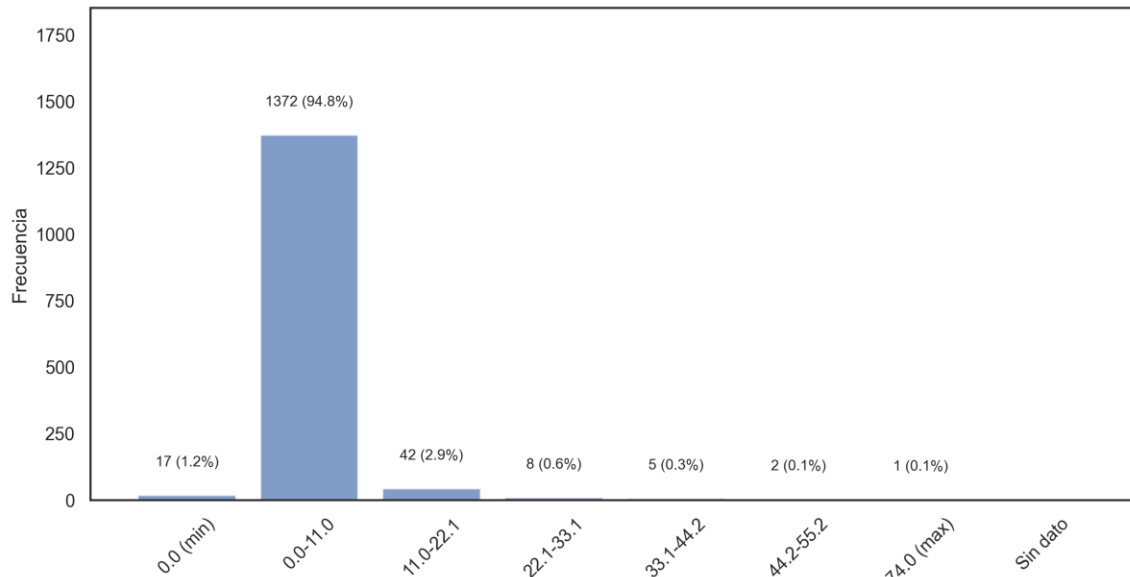
Este comportamiento sugiere limitaciones en la gestión del riesgo, el tamizaje y la detección temprana, así como posibles brechas en el registro de la información.

Figura 57
Distribución de Porcentaje captación DM - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 58
Distribución de Porcentaje captación EPOC - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 59
Distribución de Porcentaje captación HTA - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


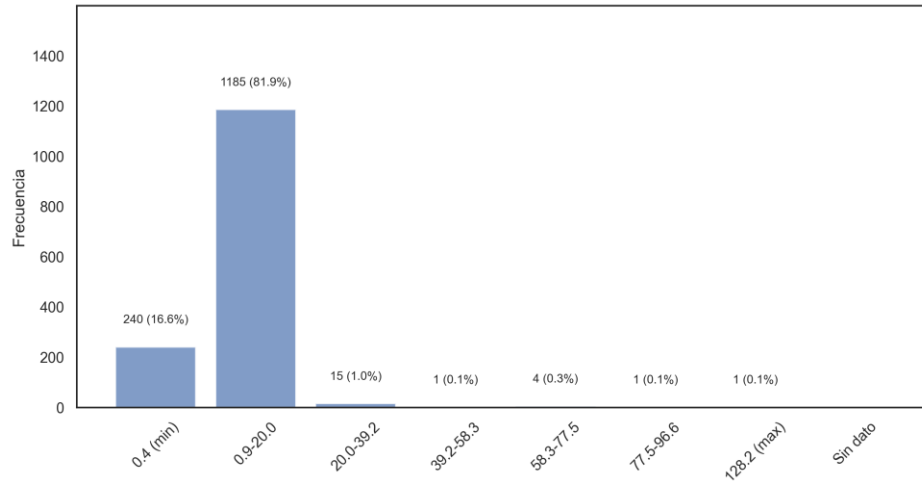
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

El análisis de la proporción de atención de ACV, evidencia una alta concentración en rangos bajos, donde aproximadamente el 81,9% de las IPS se ubican entre 0,9% y 20%, seguido de un 16,6% en valores cercanos a 0%–0,4%. (Figura 60)

La capacidad de diagnóstico y atención de ACV, en servicios de mediana complejidad, se encuentra entre 0,9% y 20% evidenciando niveles bajos de atención de este evento. En relación, con lo evidenciado en las IPS de baja complejidad, este hallazgo sugiere posibles brechas en el acceso oportuno, la identificación de casos y la capacidad resolutoria de los servicios, especialmente en la fase aguda del evento cerebrovascular. En términos de resultados, esta baja proporción puede estar asociada a subregistro, demoras en la consulta o limitaciones en la red de atención, lo que incrementa el riesgo de complicaciones, discapacidad y mortalidad. En consecuencia, se hace necesario fortalecer las rutas integrales de atención, mejorar la oportunidad diagnóstica y optimizar la articulación de los servicios para garantizar una atención efectiva y oportuna del ACV. (Figura 60)

Figura 60

Distribución de promedio de atención de ACV - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

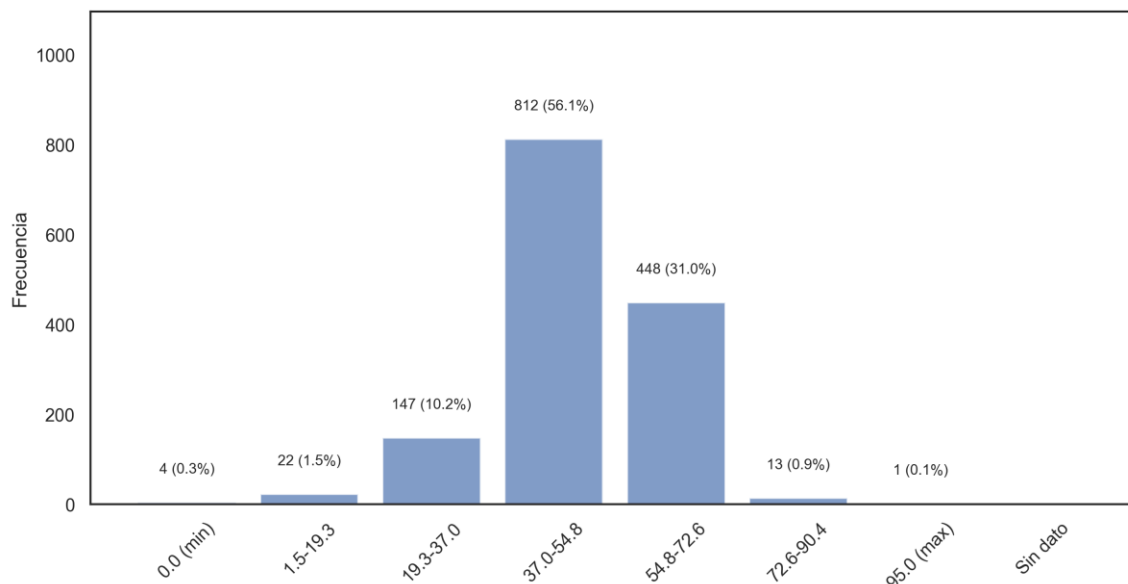


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS diciembre 2025

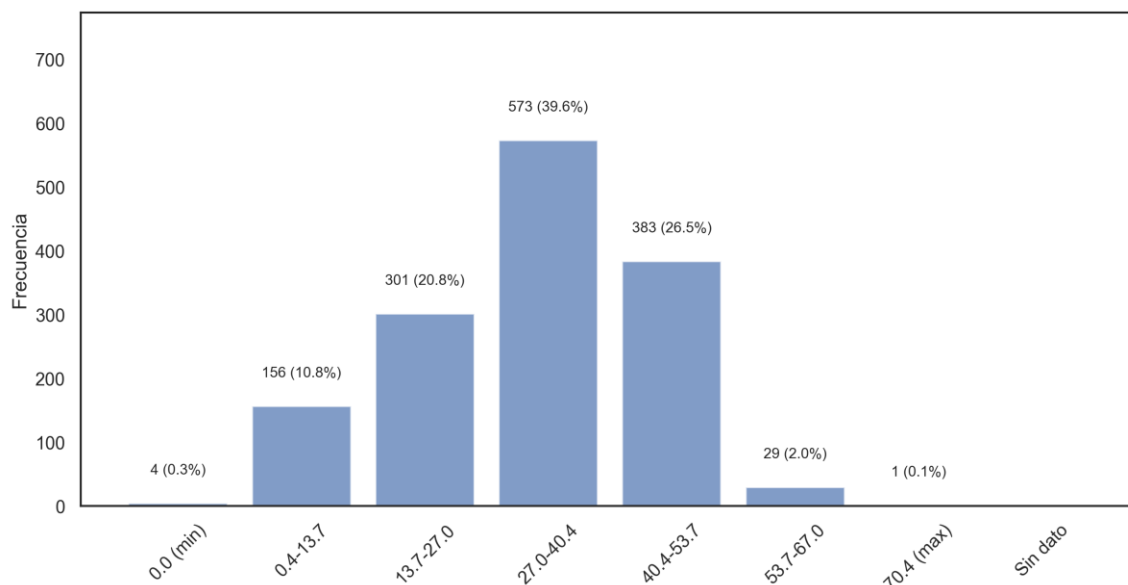
El análisis de los indicadores de tamizaje de cáncer (colon, cuello uterino, mama y próstata) evidencia un comportamiento heterogéneo en las coberturas. En el caso de cáncer de cuello uterino, se observa una alta concentración de IPS de mediana complejidad (87%) con coberturas entre el 37% y el 72,6%, en contraste, el 65% de las IPS, logran coberturas de tamizaje para cáncer de colon entre 13,2% y el 38,7% y el 90% de las IPS, con coberturas de tamizaje de cáncer de próstata entre el 0,1% y el 18,5%, lo que indica que hay una baja detección y gestión del riesgo para estos dos eventos. (Figura 61-62-63-64)

Figura 61

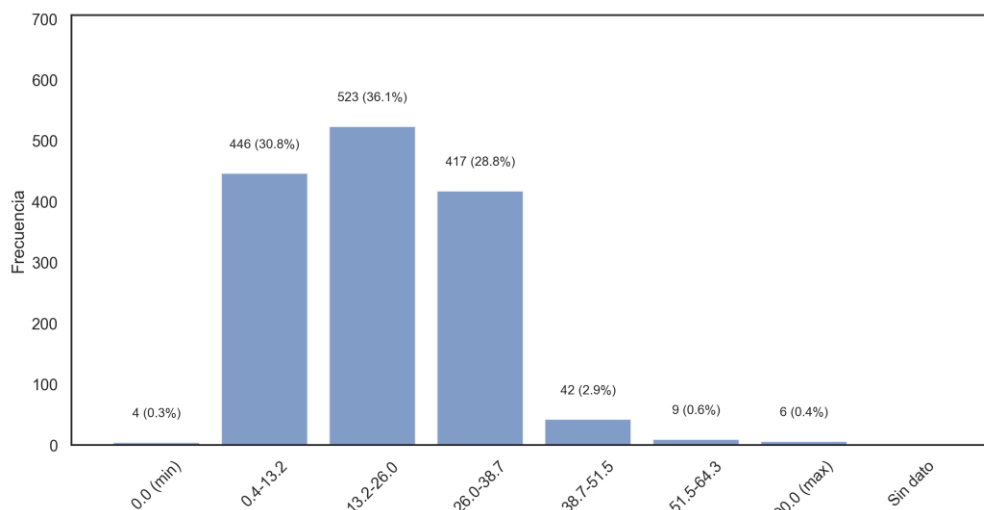
Distribución de Tamizaje Cáncer Cuello uterino - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 62
Distribución de Tamizaje Cáncer Mama - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


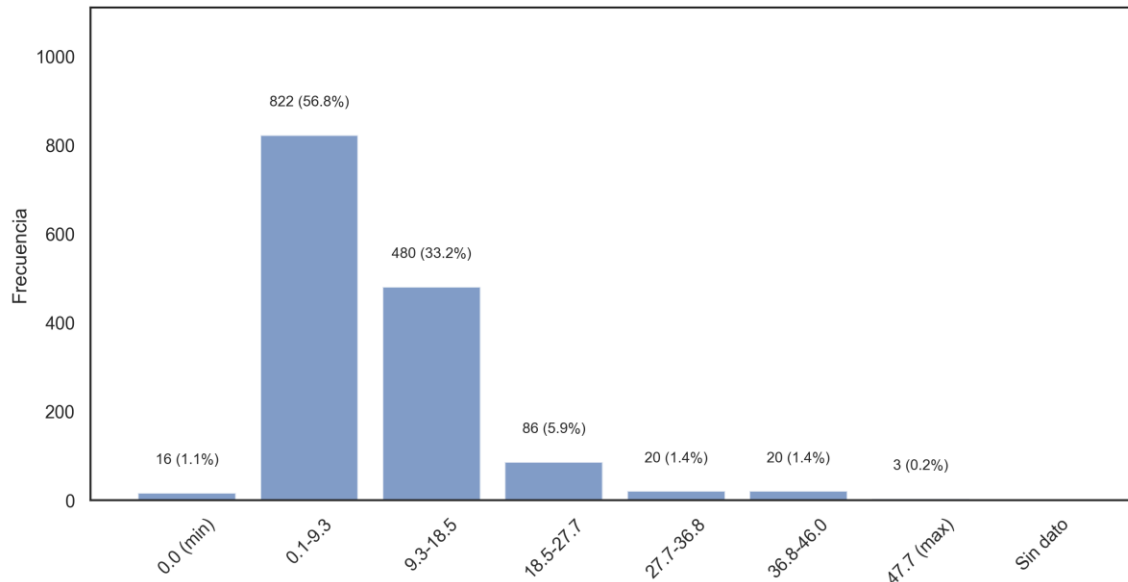
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 63
Distribución de Tamizaje Cáncer colon - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 64

Distribución de Tamizaje Cáncer Próstata - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

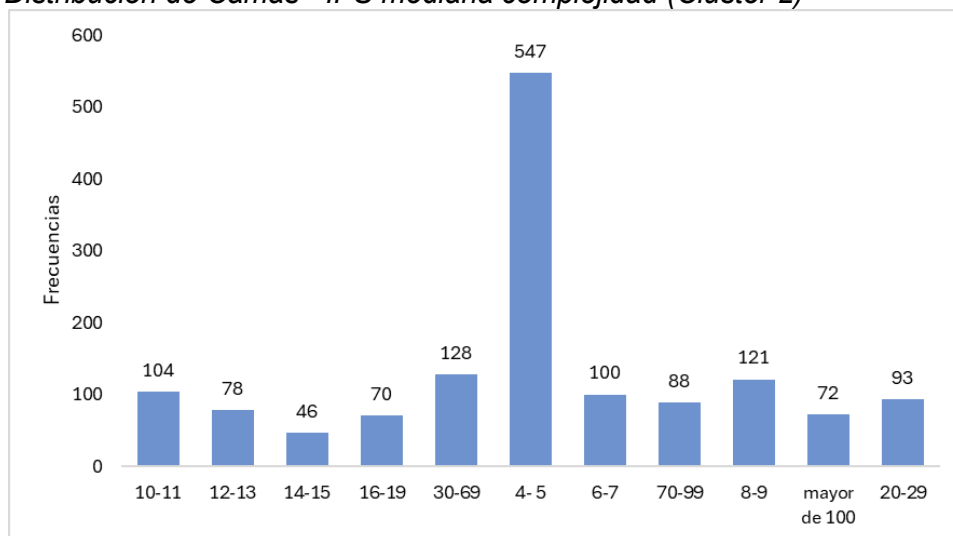


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Capacidad Instalada

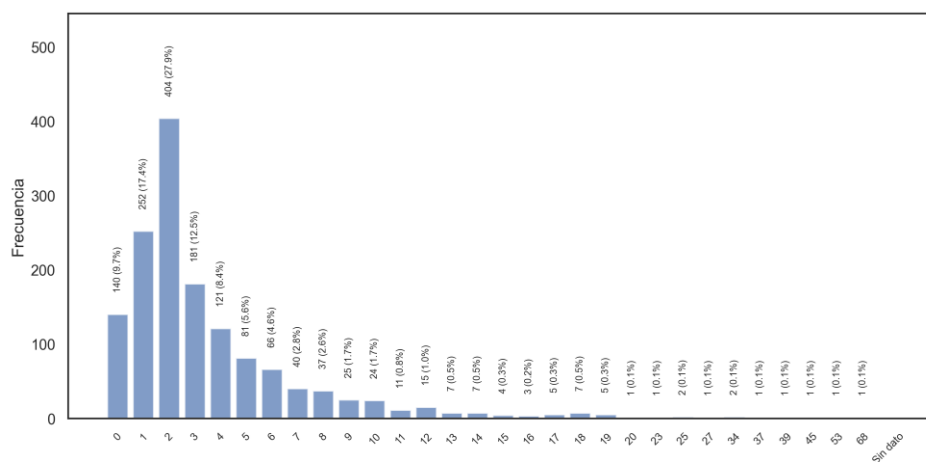
El análisis de la capacidad instalada evidencia que el 37% (547) de las IPS de mediana complejidad, cuentan con disponibilidad de 4 a 5 camas, el 9% (128) de las IPS cuentan con 30-69 camas hospitalarias, el 11% (60) de las IPS cuenta con más de 70 camas. (Figura 65). El 27,9% (404) IPS tienen la disponibilidad de 2 salas de cirugía, seguido por 17,4% (252) IPS cuentan con 1 sala y el 12,5% (181) con 3 salas de cirugía.

En promedio, se observa la disponibilidad de 4 a 5 sillas en el servicio de urgencias por IPS de mediana complejidad, lo cual podría estar relacionado con subregistro de información. (Figura 67). El 41,3% (574) de la IPS cuentan con un promedio de 6 a 7 camillas en los servicios de urgencias, seguido por 23,3% (324) IPS con 11 a 30 camillas y un 5% IPS con más de 31 camillas. (Figura 68)

Figura 65
Distribución de Camas - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


Fuente: Ministerio de

Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 66
Distribución de Salas - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


Fuente: Ministerio de

Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

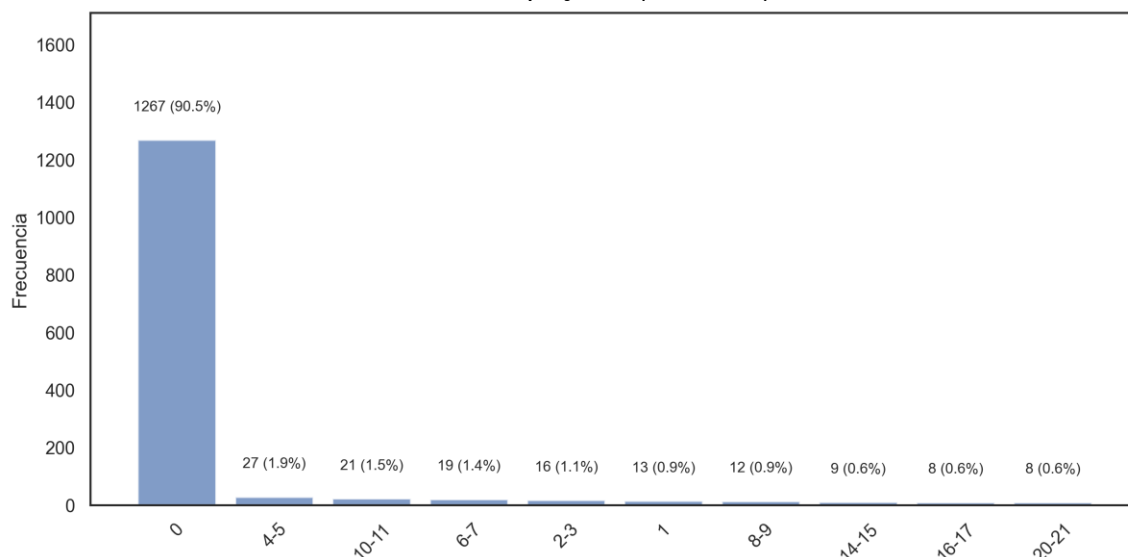
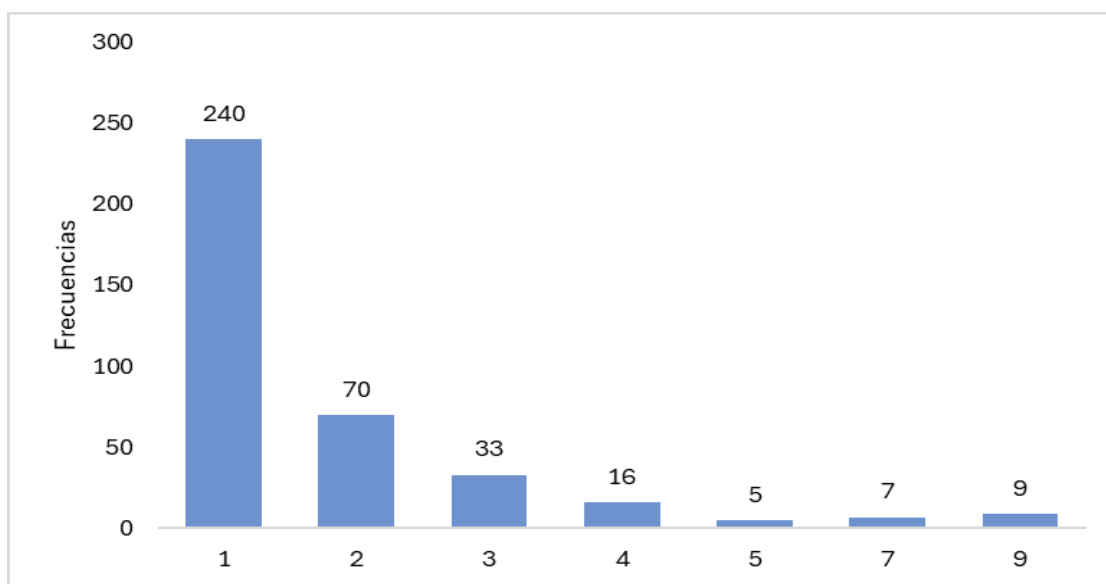
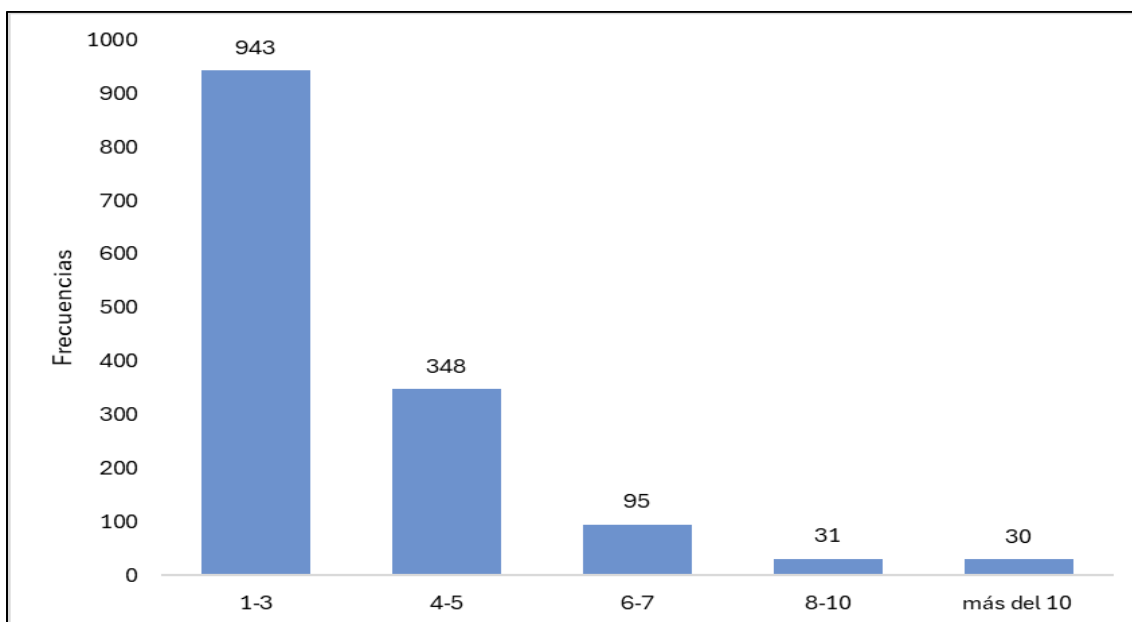
Figura 67
Distribución de Sillas - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


Figura 69
Distribución de Unidad móvil - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 70
Distribución de Ambulancias - IPS mediana complejidad (Clúster 2)


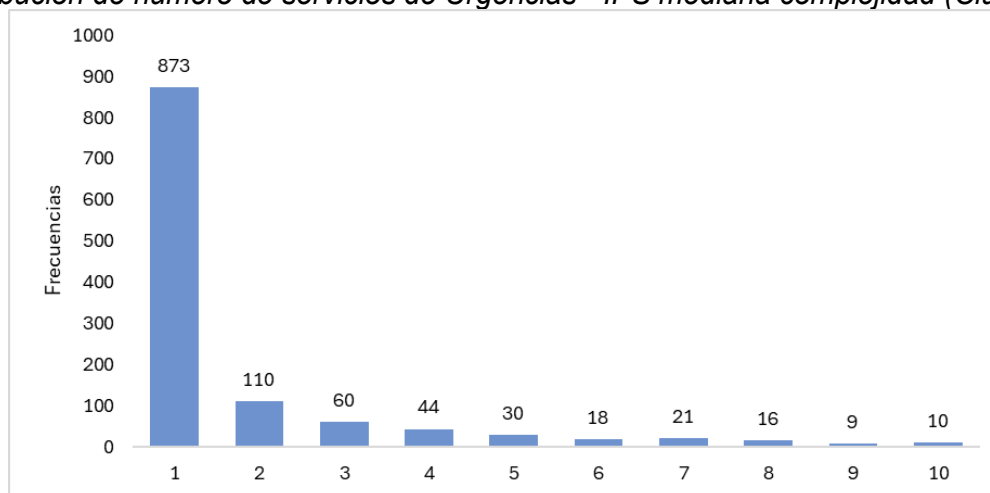
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Disponibilidad servicios

El análisis de la disponibilidad del servicio de urgencias evidencia que, el 73% (873) IPS de mediana complejidad cuentan con un servicio de urgencias entre sus sedes de prestación de servicios y el 9% (110) IPS cuentan con dos servicios de urgencias dentro de sus sedes de atención ración en niveles básicos de capacidad. (Figura 71)

Figura 71

Distribución de número de servicios de Urgencias - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

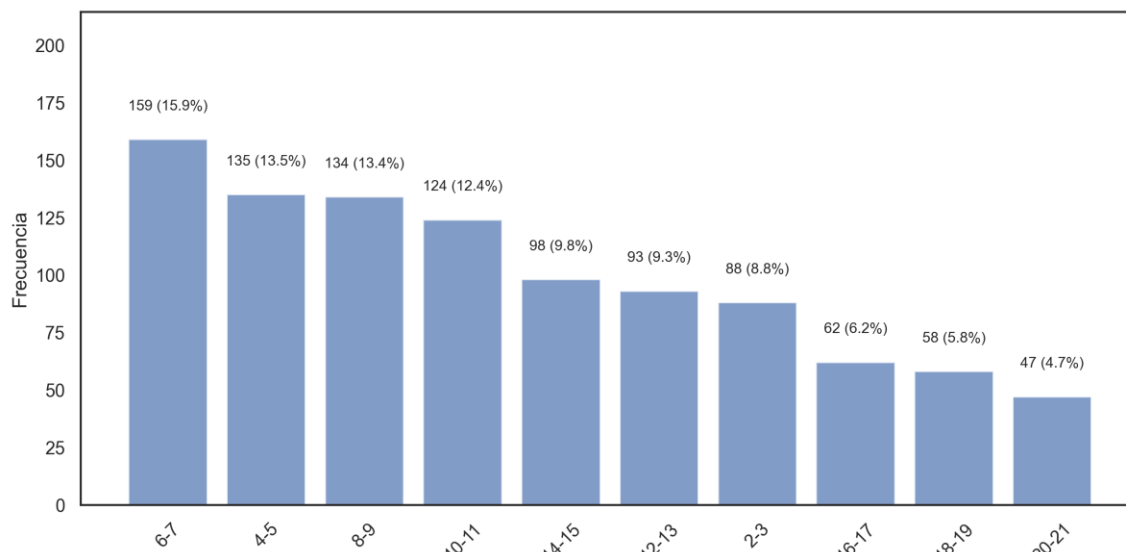


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de consultorios muestra que, el 22,3% (223) de las IPS de mediana complejidad, tienen entre 2 y 5 consultorios, el 29,3% (293) de las IPS, tienen entre 6 y 9 consultorios y el 12,4% (124) de las IPS tienen entre 10 a 11 consultorios. (Figura 72)

Figura 72

Distribución de Consultorios - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

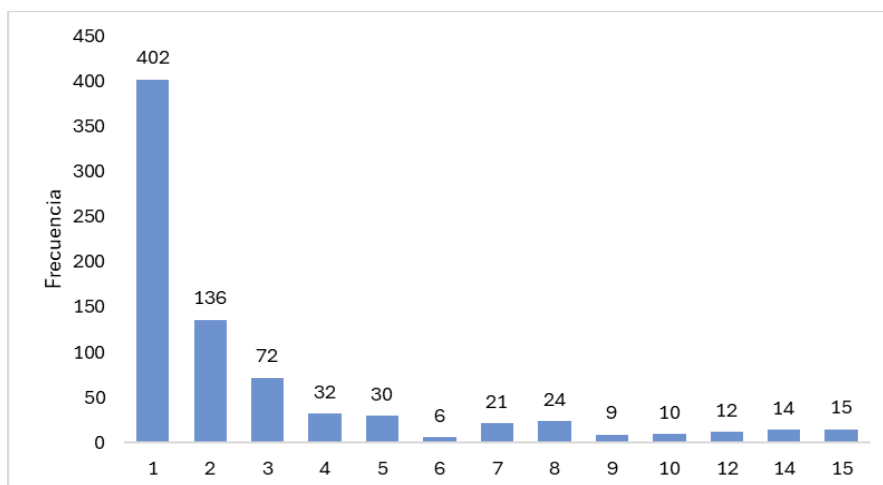


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 51% (402) de las IPS de mediana complejidad cuentan con un servicio de cirugía general dentro de sus sedes de prestación de servicios de salud y el 17% (136) IPS tienen 2 servicios de cirugía dentro de sus sedes de atención (Figura 73)

Figura 73

Distribución de Cirugía general - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

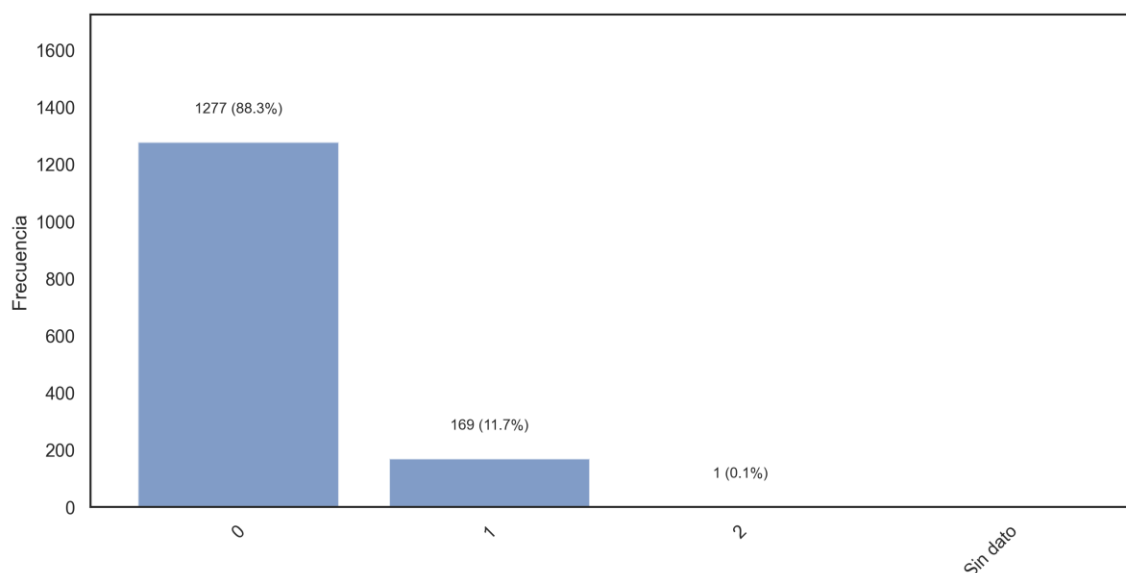


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de unidades de cuidado intensivo (adultos, neonatal y pediátrico) evidencia que el 11,7% (169) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intensivo adulto, solo el 0,2% (3) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intensivo neonatal y el 0,1% (3) de las IPS cuentan con unidad de cuidado intensivo pediátrico (Figura 74,75,76)

Figura 74

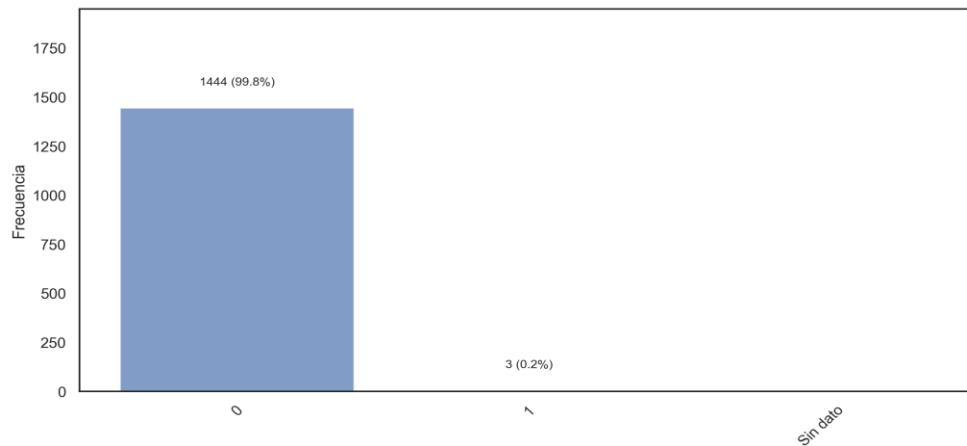
Distribución de número de servicios de Cuidado intensivo adultos - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 75

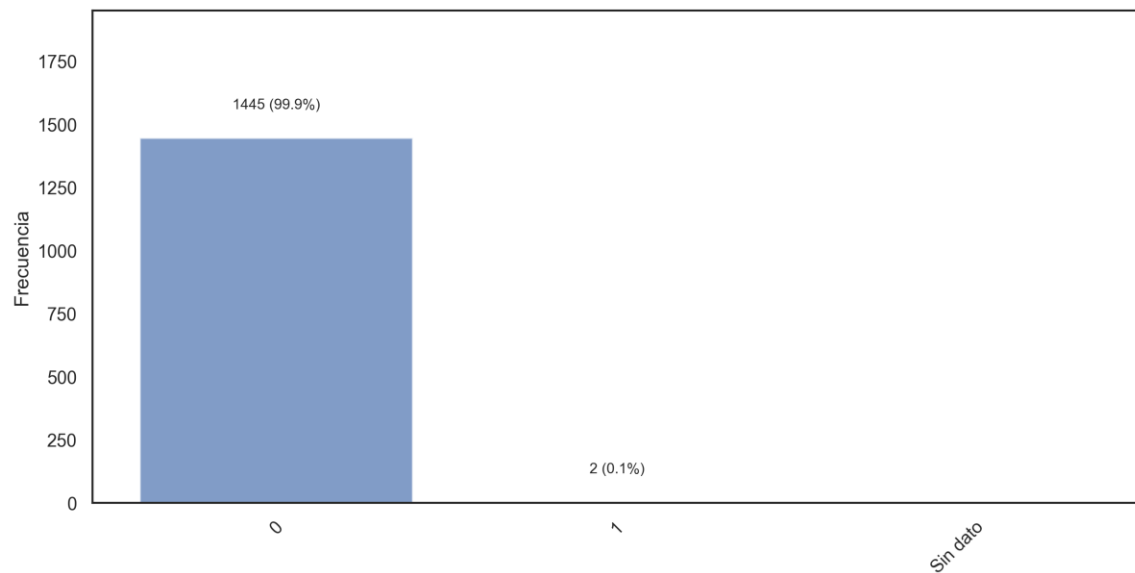
Distribución de número de servicios de Cuidado intensivo neonatal - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 76

Distribución de número de servicios de Cuidado intensivo pediátrico - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

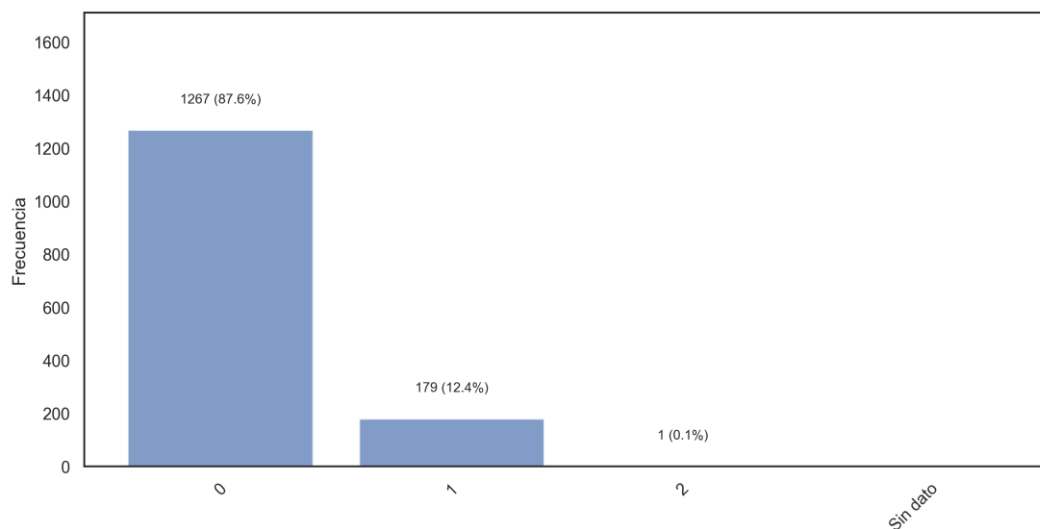


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de unidades de cuidado intermedio (adultos, neonatal y pediátrico) evidencia que el 12,4% (179) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intensivo adulto, solo el 0,4% (6) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intensivo neonatal y el 0,3% (5) de las IPS cuentan con unidad de cuidado intensivo pediátrico (Figura 77-78-79)

Figura 77

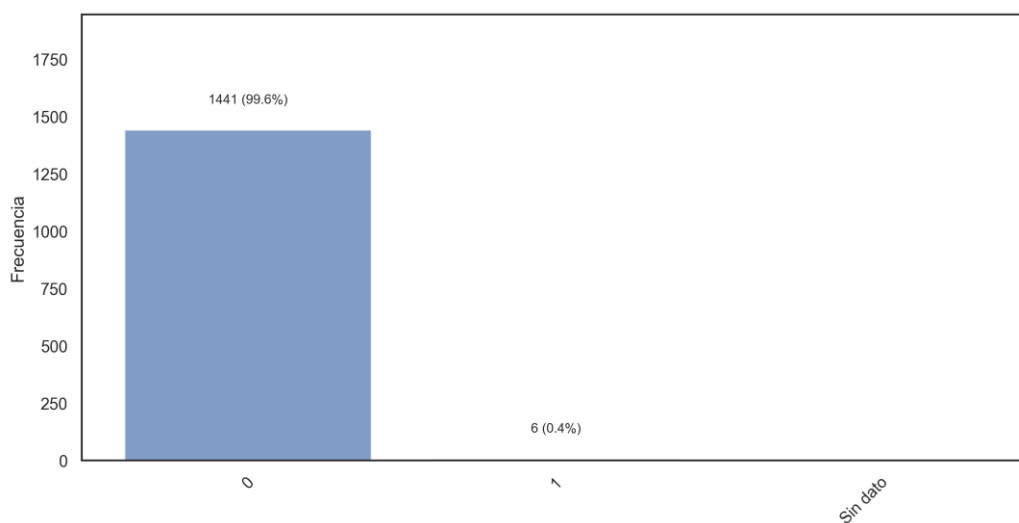
Distribución de número de servicios de Cuidado intermedio adultos - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 78

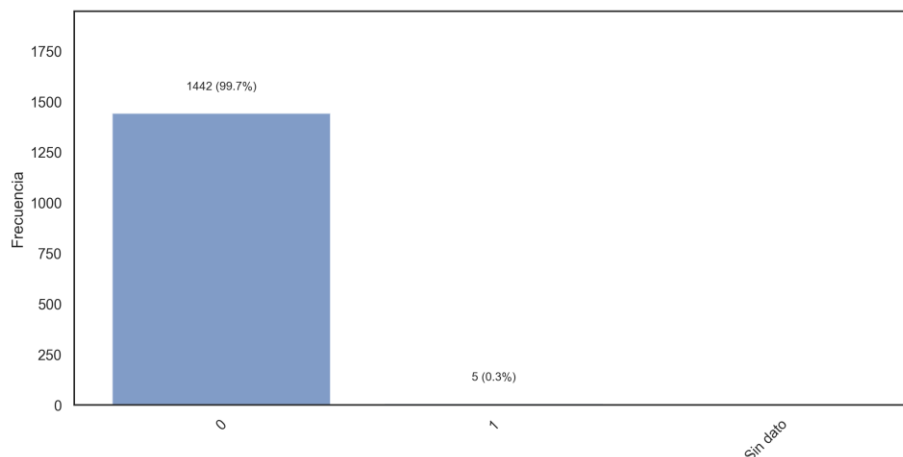
Distribución de número de servicios de Cuidado intermedio neonatal - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 79

Distribución de número de servicios de Cuidado intermedio pediátrico - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

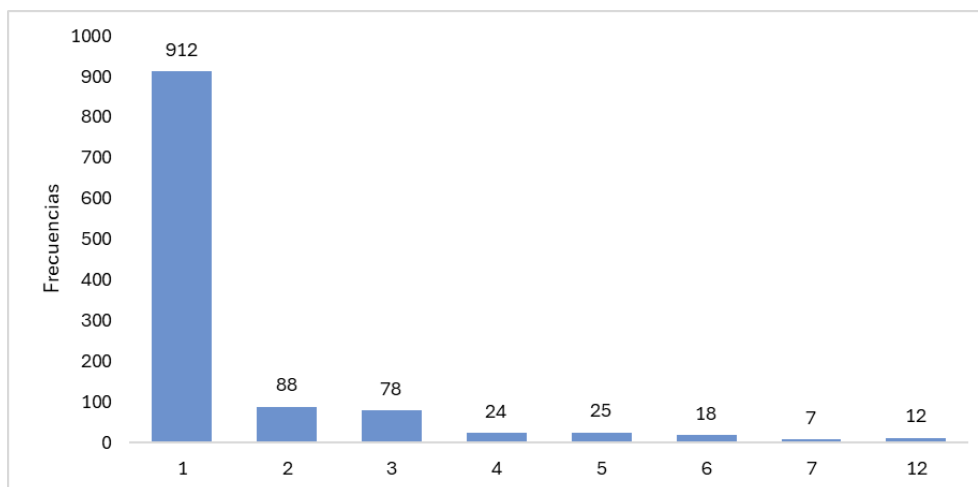


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

En hospitalización de adultos, el 78% (912) de las IPS de mediana complejidad cuentan con este servicio en alguna de sus sedes, seguido del 8% (88) cuentan con dos sedes con disponibilidad del servicio de hospitalización. El 82% (751), una de sus sedes cuenta con servicio de hospitalización pediátrica. (Figura 80-81). En el servicio de salud mental, se encuentran habilitadas 26 IPS de mediana complejidad para la prestación de servicios de hospitalización en salud mental, 18 IPS para hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas y 32 IPS para hospitalización parcial; lo que evidencia una baja capacidad instalada para la atención y reorientar esfuerzos para la gestión e intervención en baja complejidad y comunitaria.

Figura 80

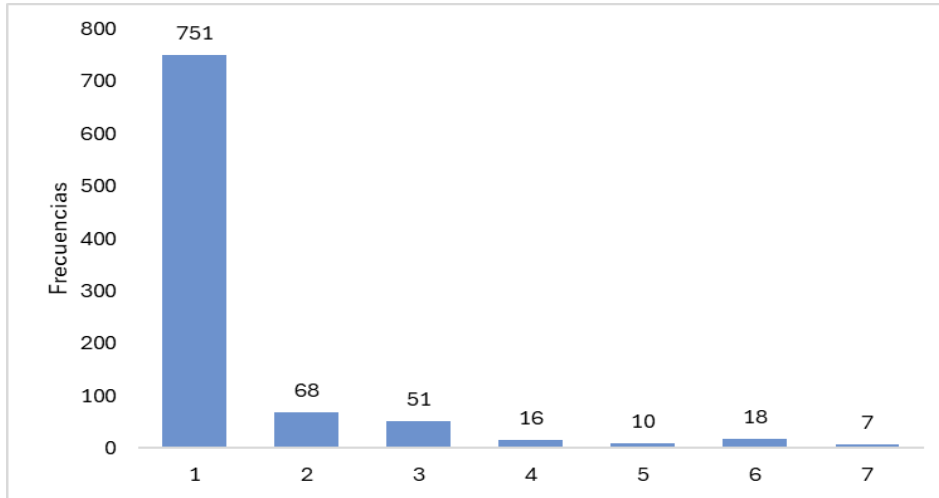
Distribución de número de servicios de Hospitalización adultos - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 81

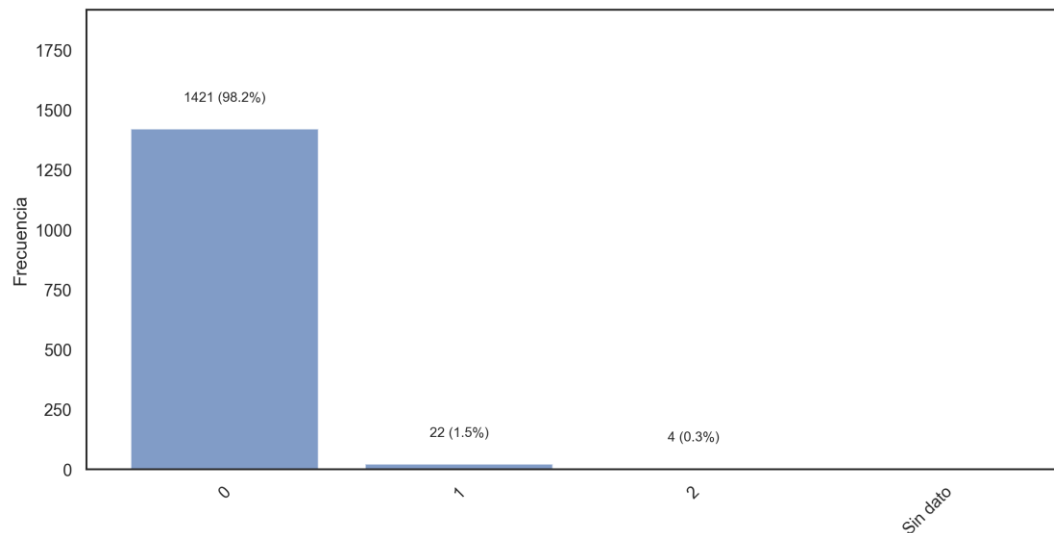
Distribución de número de servicios de Hospitalización pediátrica - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 82

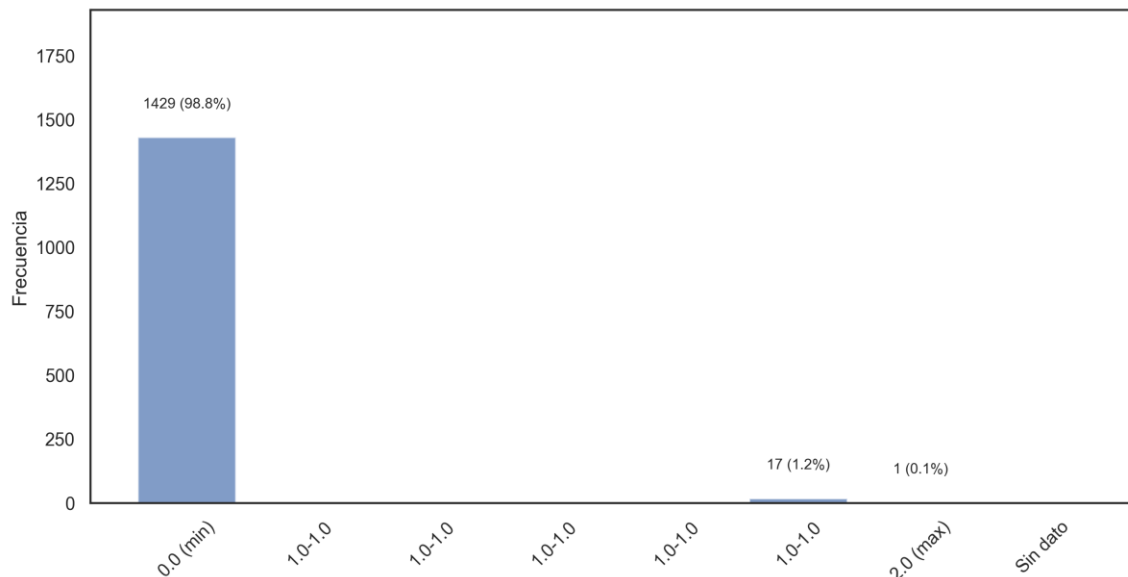
Distribución de número de servicios de Hospitalización en salud mental - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 83

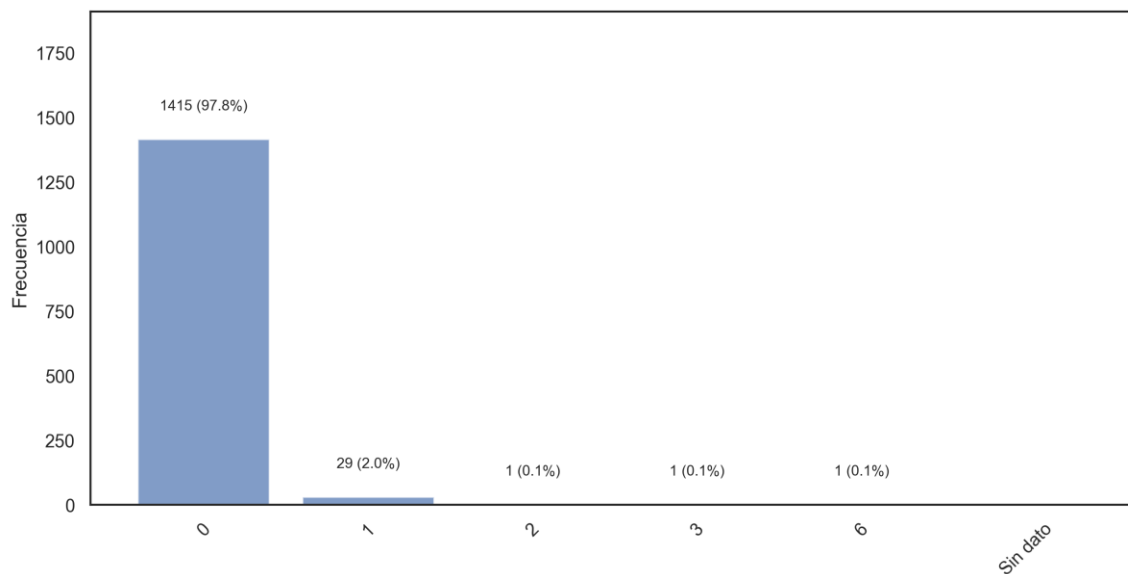
Distribución de número de servicios de Hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 84

Distribución de número de servicios de Hospitalización parcial - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

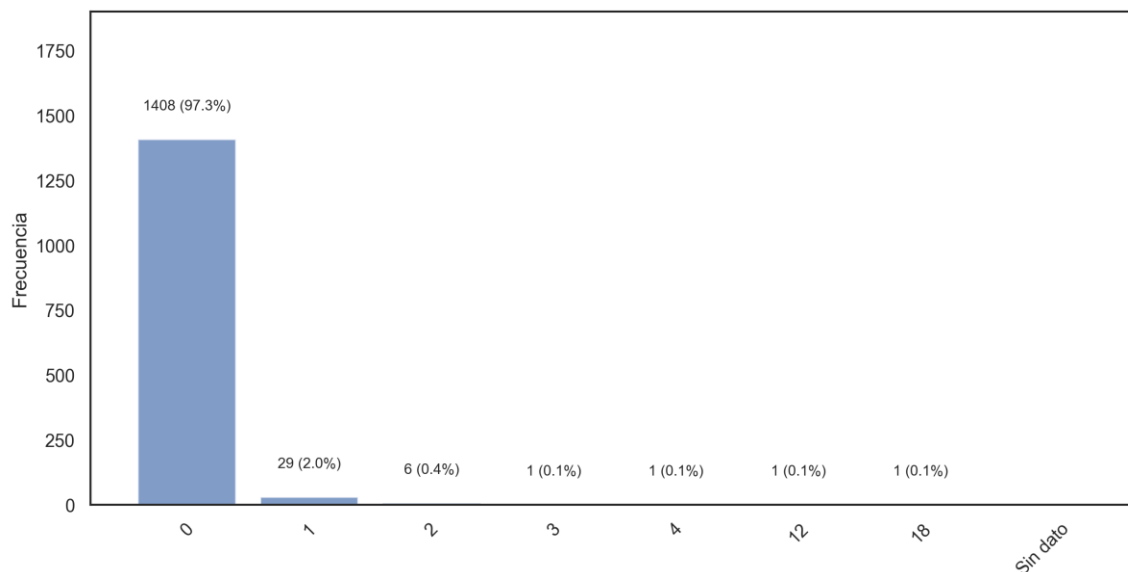


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

De acuerdo con el registro actual de prestadores, se encuentran 39 IPS habilitados con el servicio de hospitalización de paciente crónico con ventilador y 135 IPS, habilitados con el servicio de hospitalización de paciente crónico sin ventilador (Figura 85-86)

Figura 85

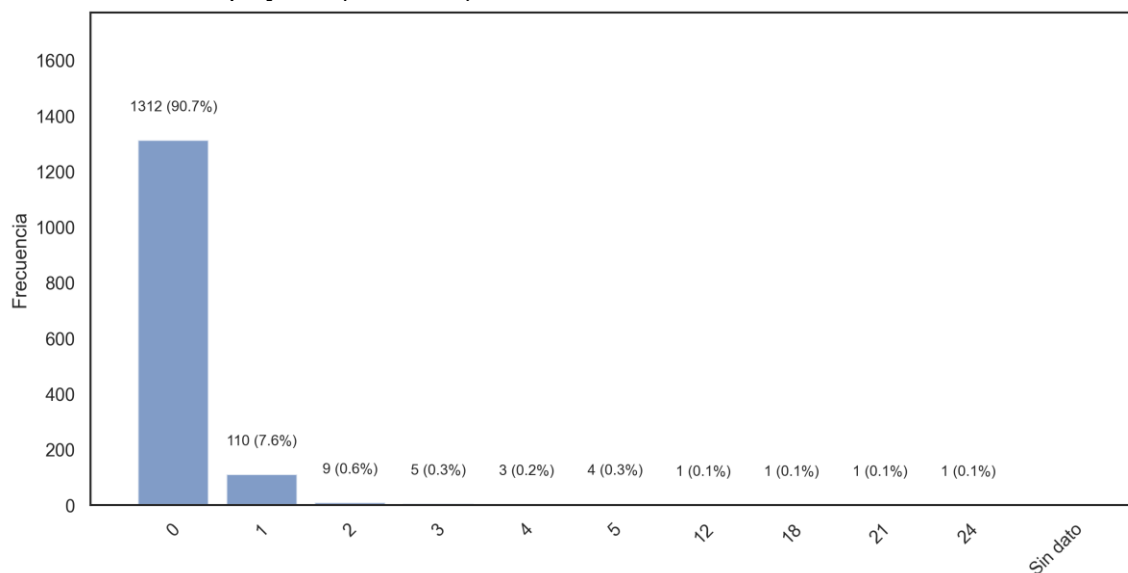
Distribución de número de servicios de Hospitalización paciente crónico con ventilador - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 86

Distribución de número de servicios de Hospitalización paciente crónico sin ventilador - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

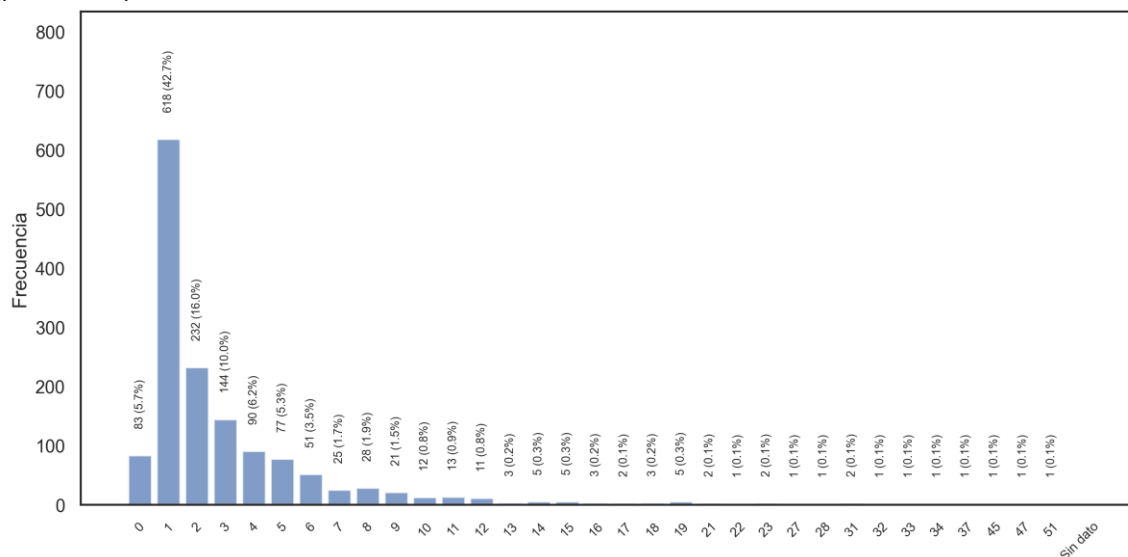


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 94,3% (1.364) IPS de mediana complejidad cuentan con el servicio de medicina general. Esto reflejan una buena cobertura en términos de habilitación del servicio, lo que puede impactar la capacidad resolutoria, la oportunidad en la atención y la continuidad del cuidado, especialmente en contextos de alta demanda o dispersión poblacional. (Figura 87)

Figura 87

Distribución de número de servicios de Medicina general - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



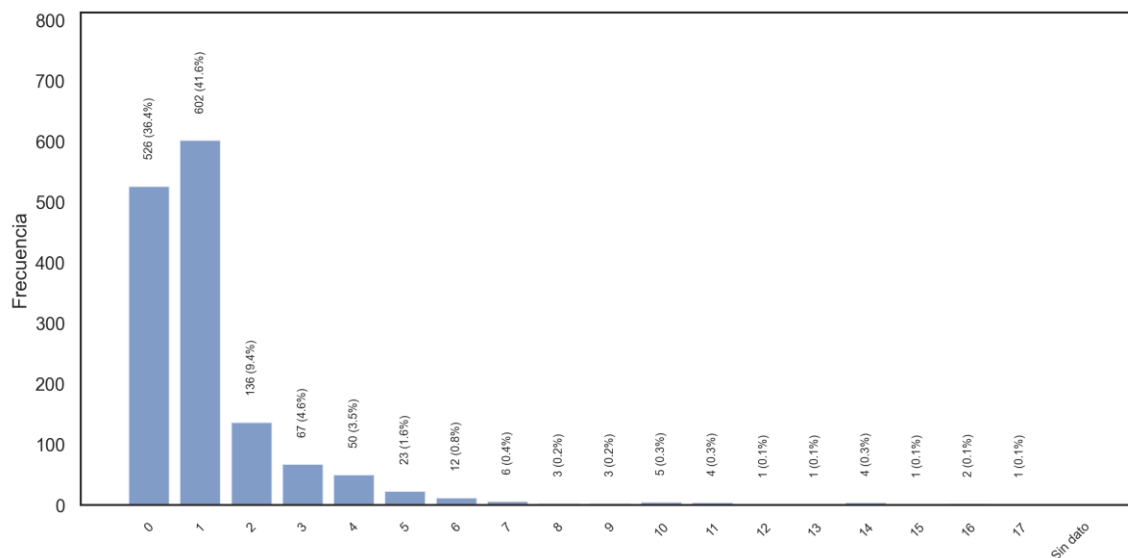
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 63,6% (921) de IPS de mediana complejidad cuentan con el servicio de medicina interna y el 30,7% (444) IPS de mediana complejidad cuentan con el servicio de psiquiatría.

En psiquiatría, la limitación es aún más marcada: aproximadamente 69% de las IPS no cuenta con este especialista. Esto refleja una oferta muy restringida de servicios especializados en salud mental. (Figura 88-89)

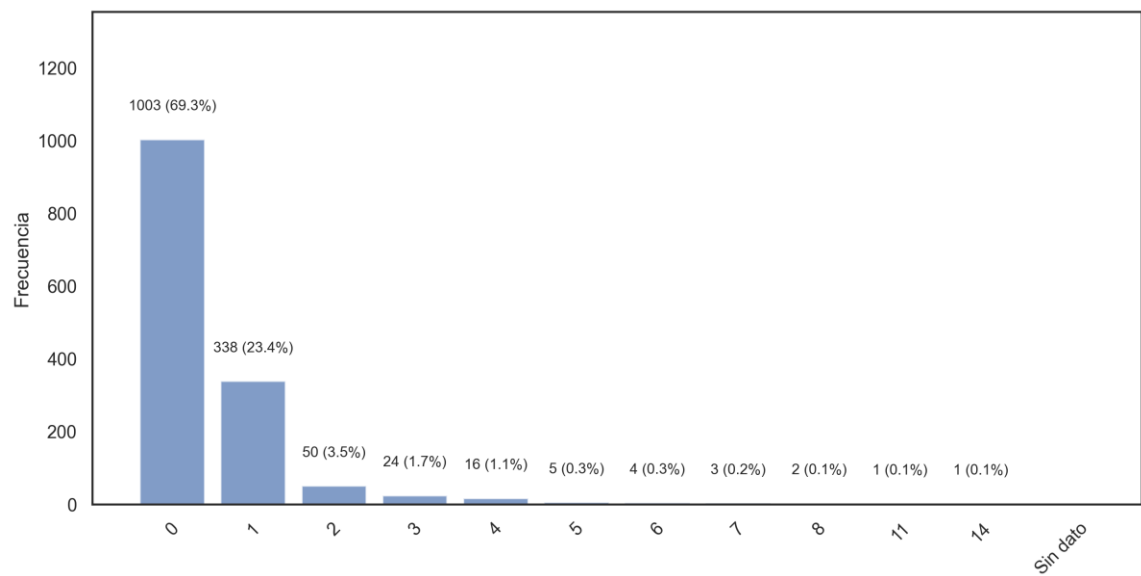
Figura 88

Distribución de número de servicios de Medicina interna Clúster 2



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

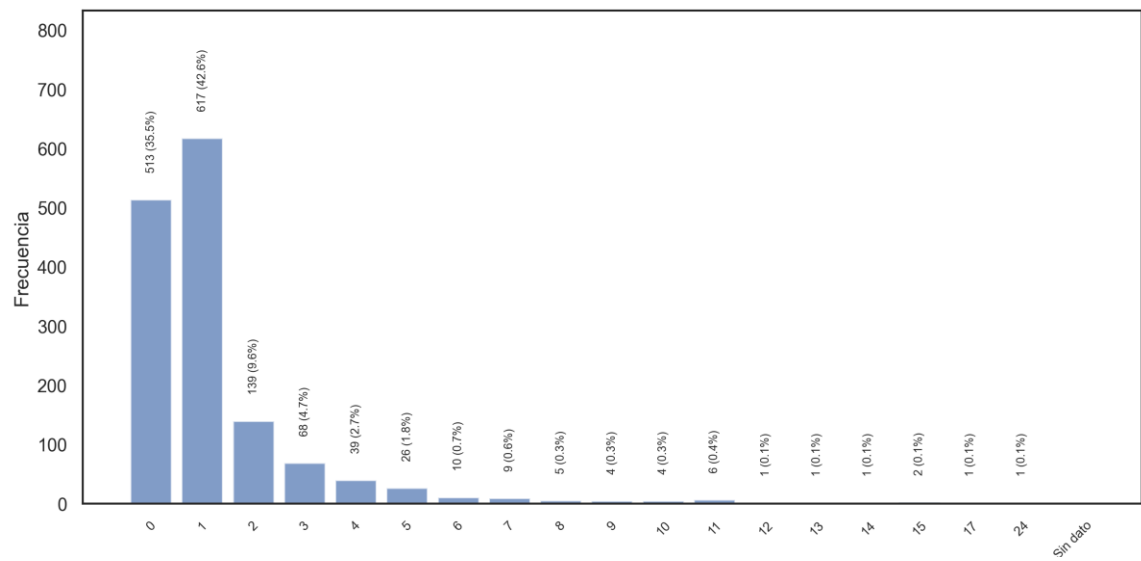
Figura 89
Distribución de número de servicios de Psiquiatría - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 64,5% (934) IPS cuentan con el servicio en ginecobstetricia y el 59,5% (861) IPS tienen el servicio de pediatría. Esto es consistente con la disminución del indicador de natalidad. (Figura 90-91)

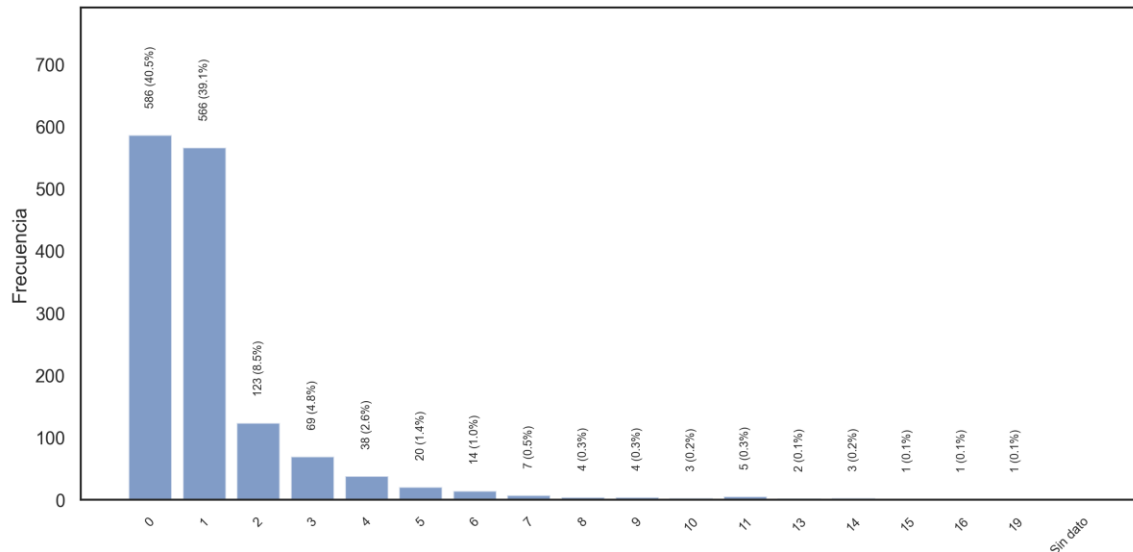
Figura 90
Distribución de número de servicios de Ginecobstetricia - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 91

Distribución de número de servicios de Pediatría - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



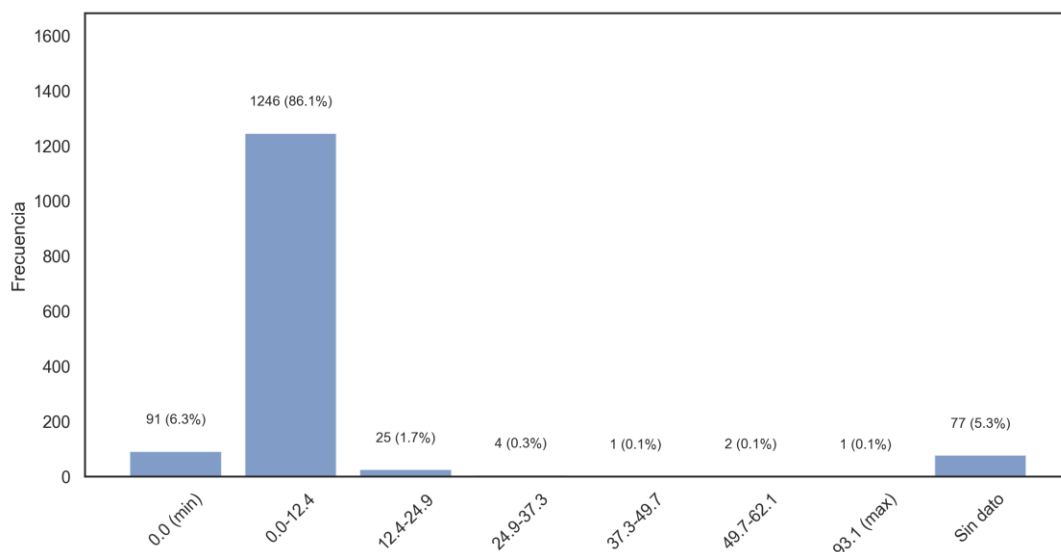
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Calidad en la atención

El 86,1% de las IPS de mediana complejidad, registran un tiempo promedio de espera para cita en medicina general entre 0 y 12 días y el 58,1% de las IPS informan tiempos de espera para medicina interna entre 0 a 22 días. No obstante, se evidencia un porcentaje significativo de registros sin dato (40%), lo que limita la interpretación completa del indicador. (Figura 92-93)

Figura 92

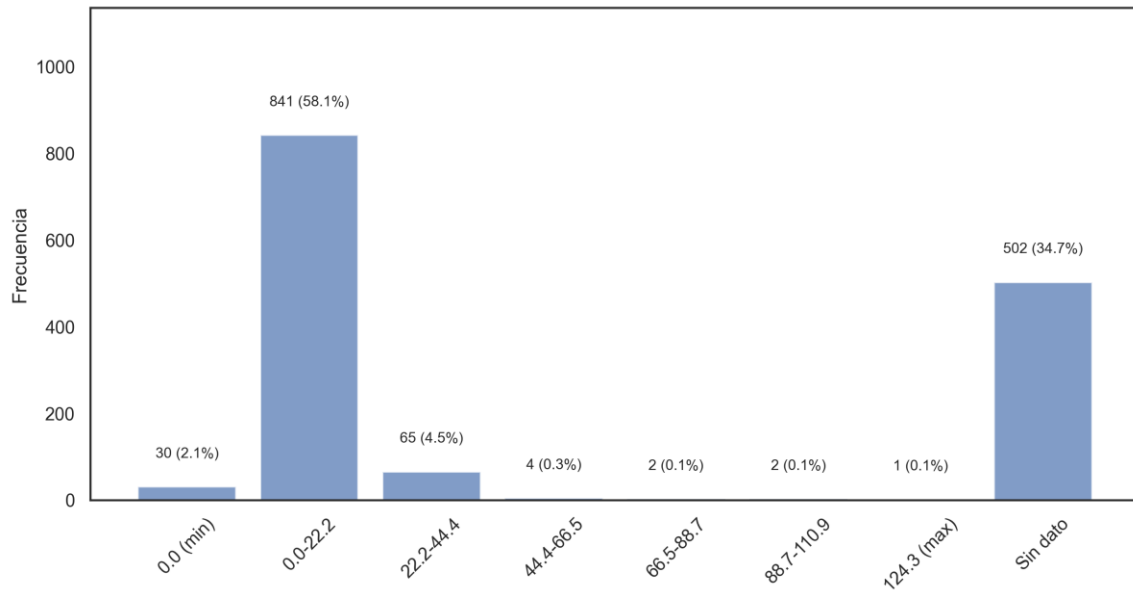
Distribución de Tiempo promedio espera asignación cita medicina general días - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 93

Distribución de Tiempo promedio espera asignación medicina interna días - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

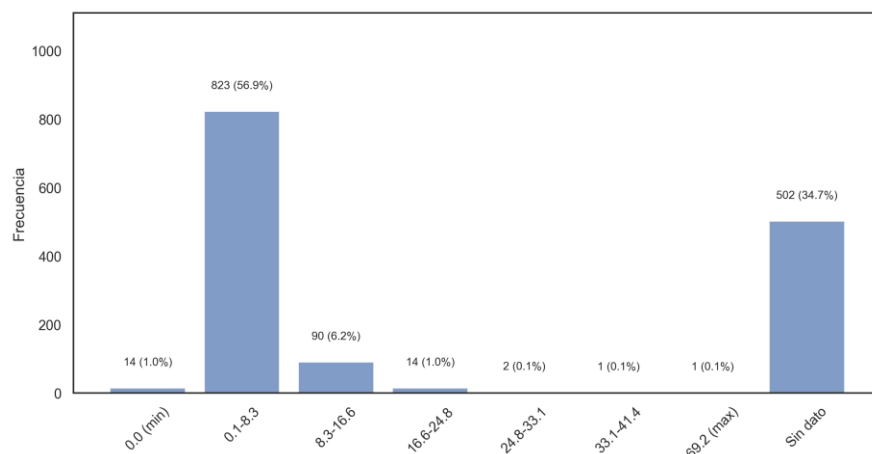


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Los tiempos de espera en obstetricia, pediatría y odontología general se concentran principalmente en rangos cortos e intermedios: en obstetricia entre 1 y 8 días (56,9%) y en pediatría entre 1 y 15 días (56,3%). Esto sugiere que, cuando el servicio está disponible, la oportunidad en la atención es relativamente adecuada, especialmente en servicios básicos. (Figura 94-95)

Figura 94

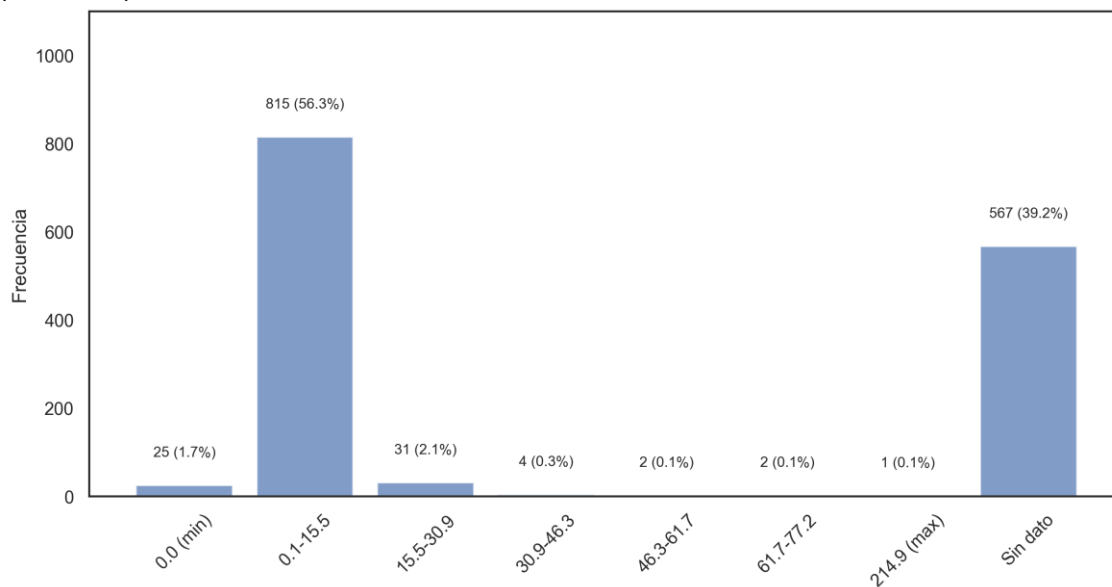
Distribución de Tiempo espera asignación cita obstetricia - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 95

Distribución de Tiempo espera asignación cita pediatría - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

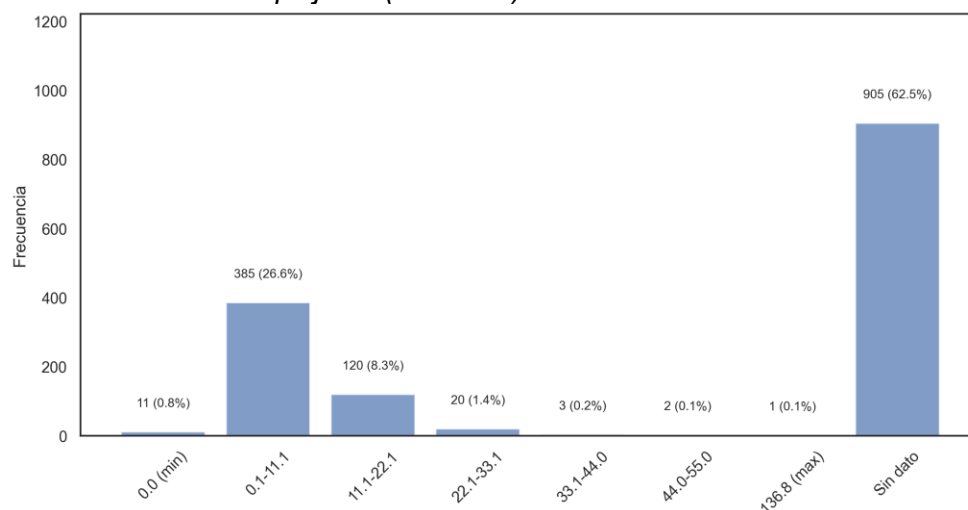


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

El análisis del tiempo promedio de espera para cita en cirugía general se concentra principalmente en rangos cortos a intermedios, destacándose el intervalo de 0 a 11 días (26,6%), seguido por rangos de 11 a 22 días (8,3%). Lo que sugiere que, cuando el servicio está disponible, la oportunidad de atención es relativamente adecuada. (Figura 96)

Figura 96

Distribución de Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general - IPS mediana complejidad (Clúster 2)

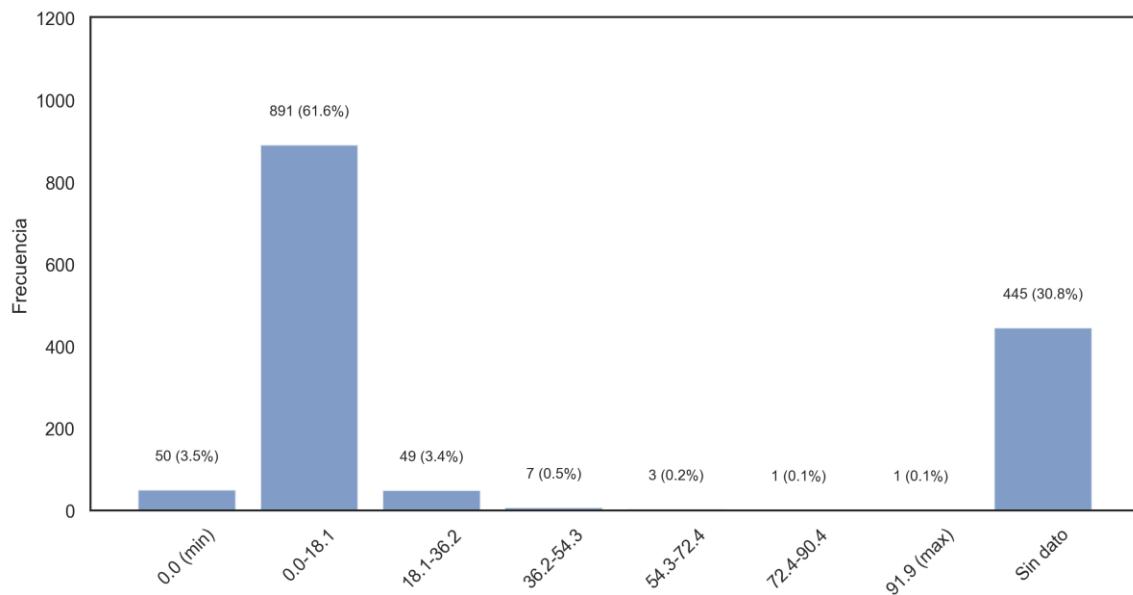


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

El análisis del tiempo promedio de espera para la toma de ecografía, destacándose el intervalo de 1 a 18 días (61,6%), seguido por rangos de 18 a 36 días (3,4%). (Figura 99). Para el servicio de resonancia magnética nuclear el tiempo de espera de mayor proporción es el rango de 1 a 18 días (30,5%). (Figura 100). Lo que indica una alta necesidad del servicio.

Figura 99

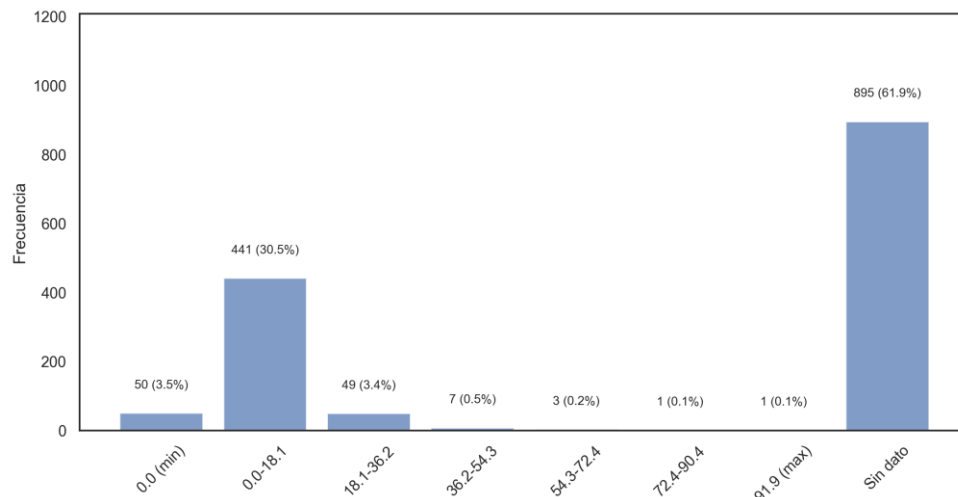
Distribución de Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 100

Distribución de Tiempo promedio de espera para la toma resonancia magnética nuclear Clúster 2

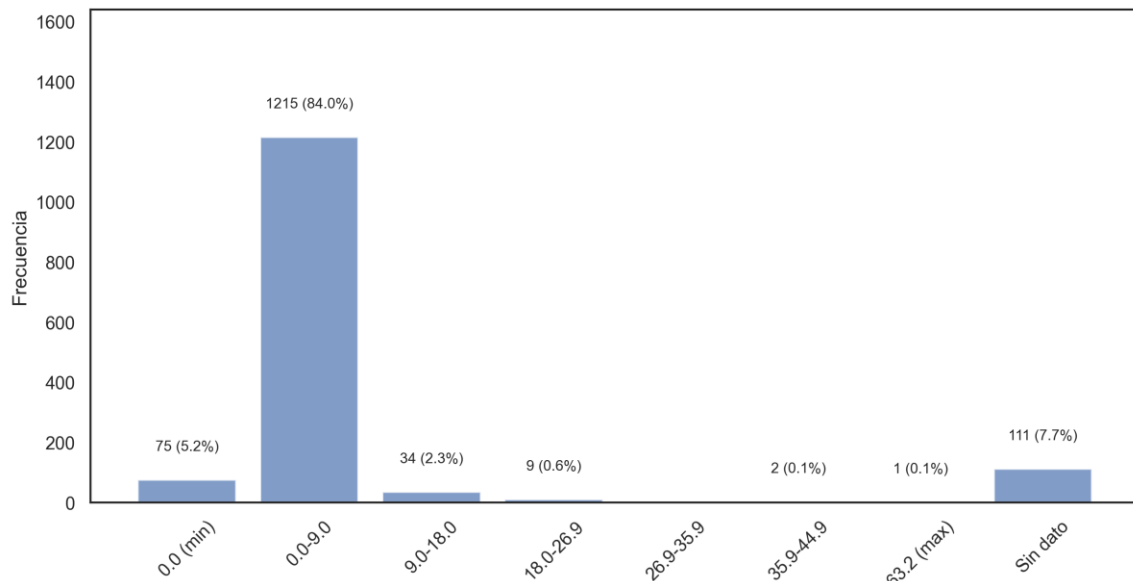


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

En odontología general, destacándose el rango 0 a 9 días (84%). Esto sugiere que, cuando el servicio está disponible, la oportunidad en la atención es relativamente adecuada, especialmente en servicios básicos. En triage 2 de urgencias el tiempo de espera está en un rango de 0 a 42 minutos (53,6%) (Figura 101-102)

Figura 101

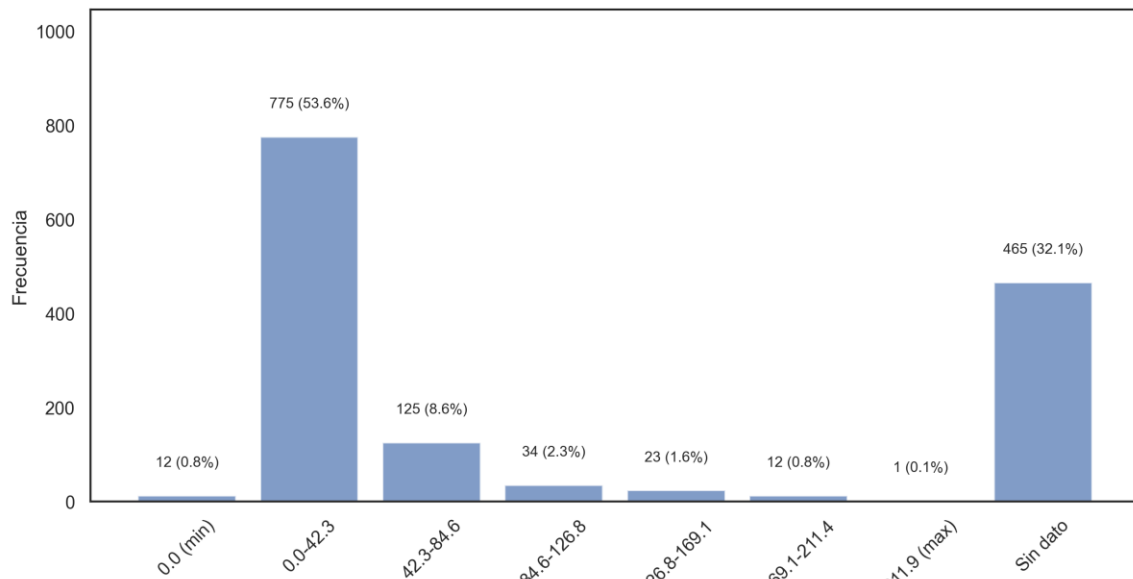
Distribución de Tiempo promedio espera asignación cita odontología general - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 102

Distribución de Tiempo espera atención paciente Triage 2 servicio urgencias - IPS mediana complejidad (Clúster 2)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

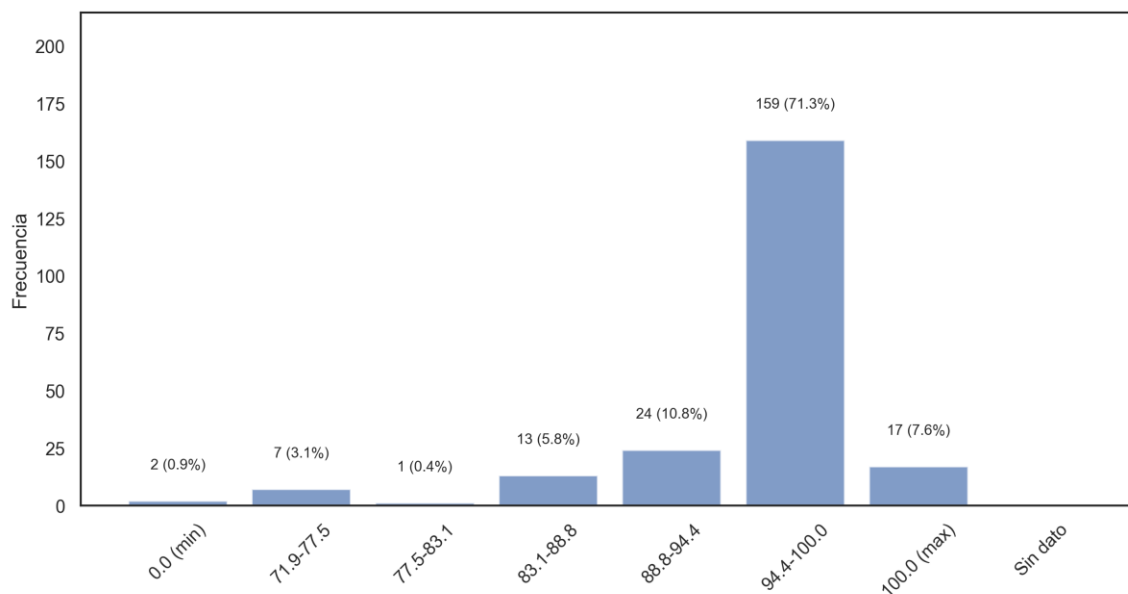
Capacidad de servicios y resolución alta Clúster 3

El análisis de los indicadores de satisfacción de la atención de los usuarios, reporte del Sistema de Información para la Calidad – SIC y recomendación de las IPS a un familiar, evidencia un alto nivel de percepción positiva del servicio. En el 71,3% (159) de las IPS de alta complejidad, la satisfacción de la atención en salud de las personas está entre el 94% y el 100% y en el 7,8% de las IPS, las personas manifiestan estar 100% satisfechos. Así mismo, el 97,3% de las IPS, realizaron el reporte de información correspondiente a la resolución 256 de 2016, del Sistema de Información de Calidad. (Figura 103-104).

En el 69,1% (154) de las IPS de alta complejidad, el 95,2% y 100% de las personas recomendaría la IPS a un familiar, y en el 11,2% de las IPS, el 100% de las personas haría dicha recomendación, evidenciando una alta confianza y aceptación del servicio por parte de los usuarios. (Figura 105)

Figura 103

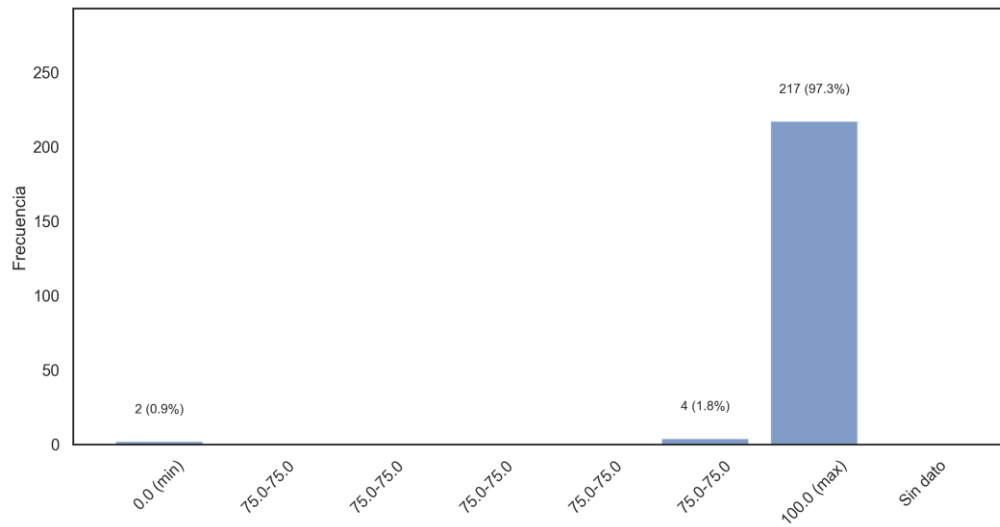
Distribución de Porcentaje de satisfacción global usuarios IPS- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 104

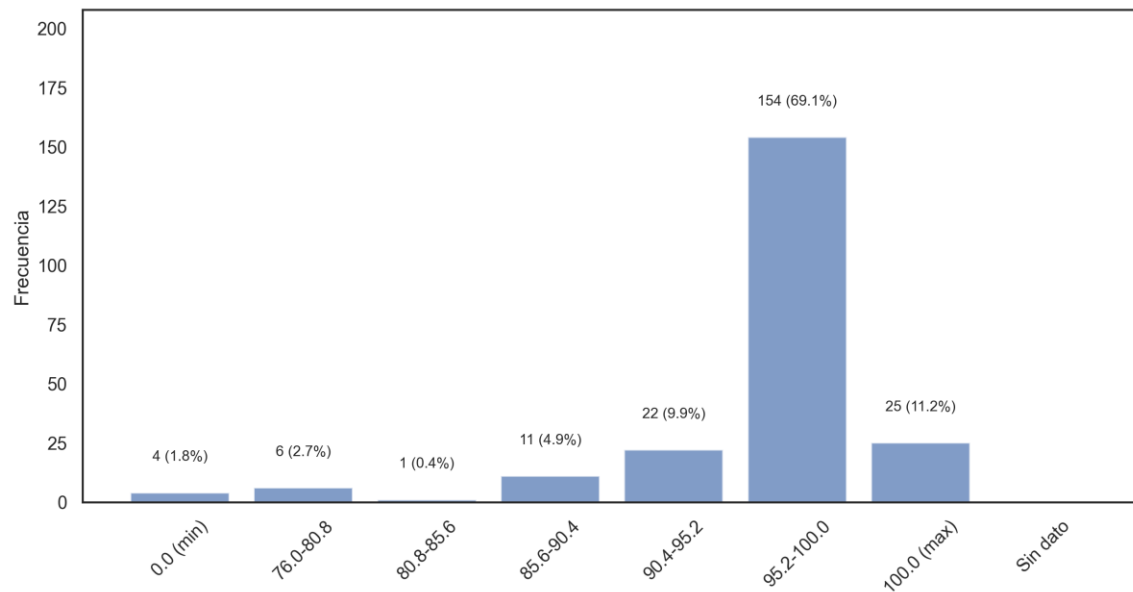
Distribución de Porcentaje reporte al SIC- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 105

Distribución de Porcentaje usuarios recomendaría IPS- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Materno e Infancia

El análisis de los indicadores en gestantes para las IPS de alta complejidad (Clúster 3) muestra comportamientos diferenciados en la atención materna. El 44,4% de las IPS, se

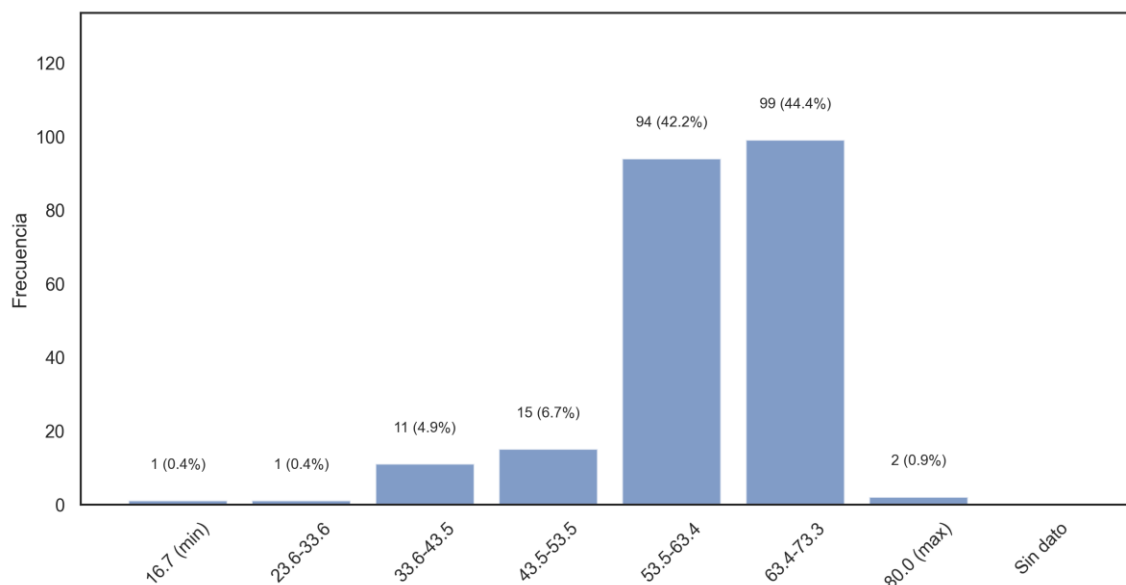
evidencia la atención de las gestantes entre el 63,4% y 73,3%, lo que muestra oportunidades y retos importantes para la gestión de los riesgos y la garantía en la continuidad de la atención de la baja complejidad. (Figura 106)

En contraste, el 55,6% de las IPS, lograron atención entre el 0,7%–8,5% de consulta de nutrición en las gestantes, evidenciando la necesidad del fortalecimiento de la atención nutricional dentro del control prenatal⁷. (Figura 107)

Por su parte, el tamizaje de VIH en gestantes muestra un desempeño alto en la mayoría de IPS de alta complejidad donde el 53,8% (120) logran realización de prueba de VIH en el 92,8%–99% y el 1,8% de las IPS, logran el 100%, lo que refleja una adecuada implementación de estrategias de detección. Debe recordarse que la Resolución 3280 de 2018 define que esta atención debe ser garantizada al 100% de las gestantes. (Figura 108)

Figura 106

Distribución de Porcentaje atenciones de gestantes- IPS alta complejidad (Clúster 3)

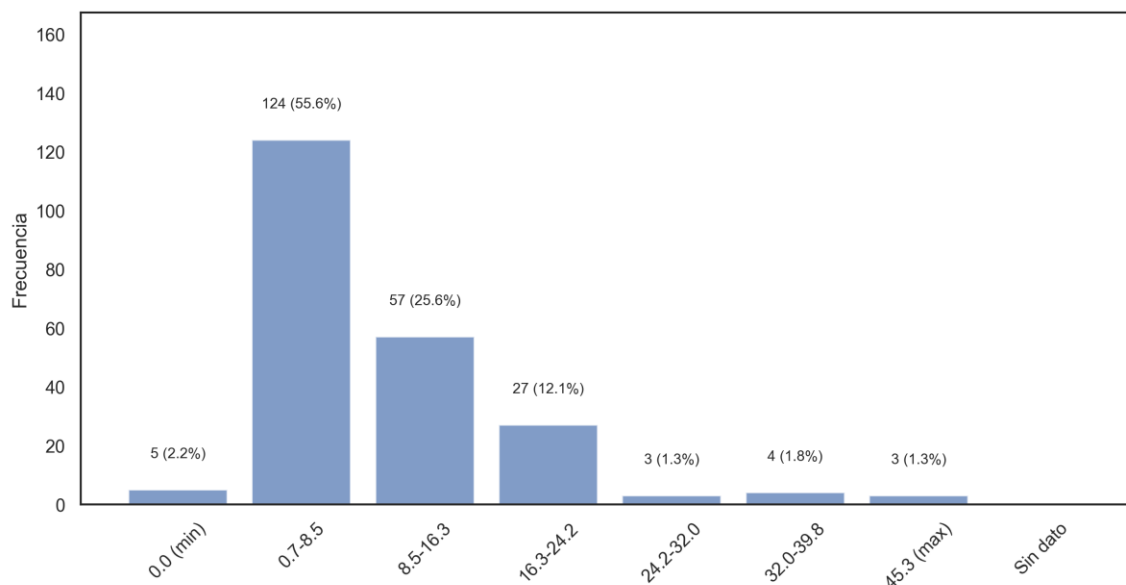


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

⁷ Para la construcción del ranking de IPS, se seleccionaron indicadores priorizados definidos en la Resolución 3280 de 2018, los cuales permiten evaluar el desempeño de las IPS. No obstante, es importante precisar que la atención para la promoción de la alimentación y nutrición durante el embarazo se estableció para 2025 (19,43%), al igual que el tamizaje para cáncer de colon (1,80%) en la población objetivo. En este contexto, la inclusión de dichos indicadores responde a su relevancia técnica y a su impacto en los resultados en salud, aun cuando su cobertura no sea universal.

Figura 107

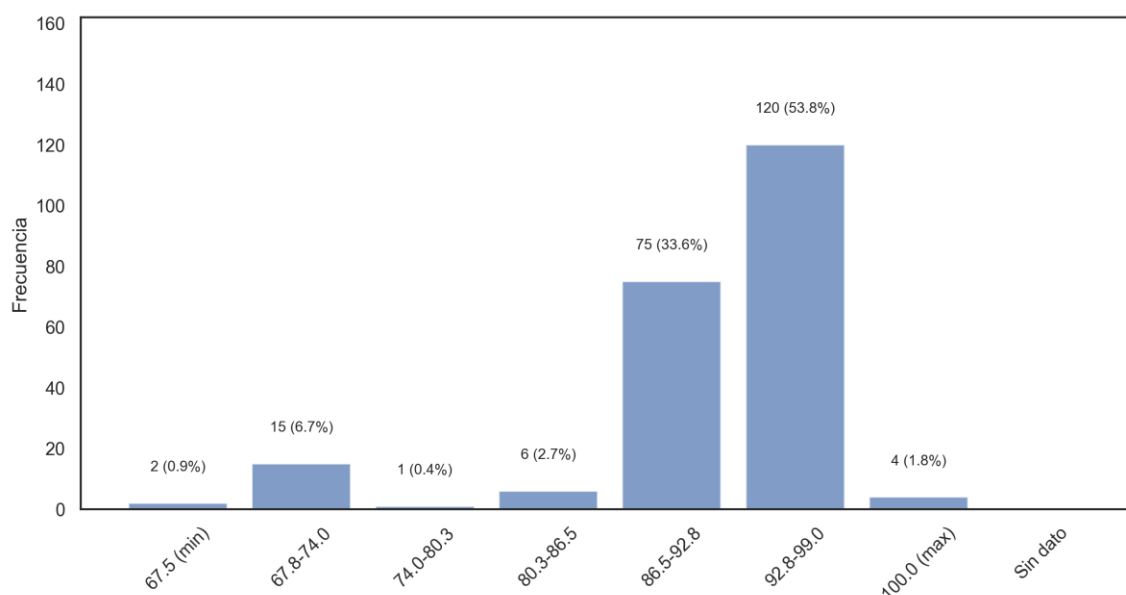
Distribución de Porcentaje atenciones de gestantes con consulta de nutrición - IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 108

Distribución de Porcentaje gestantes tamizaje VIH- IPS alta complejidad (Clúster 3)

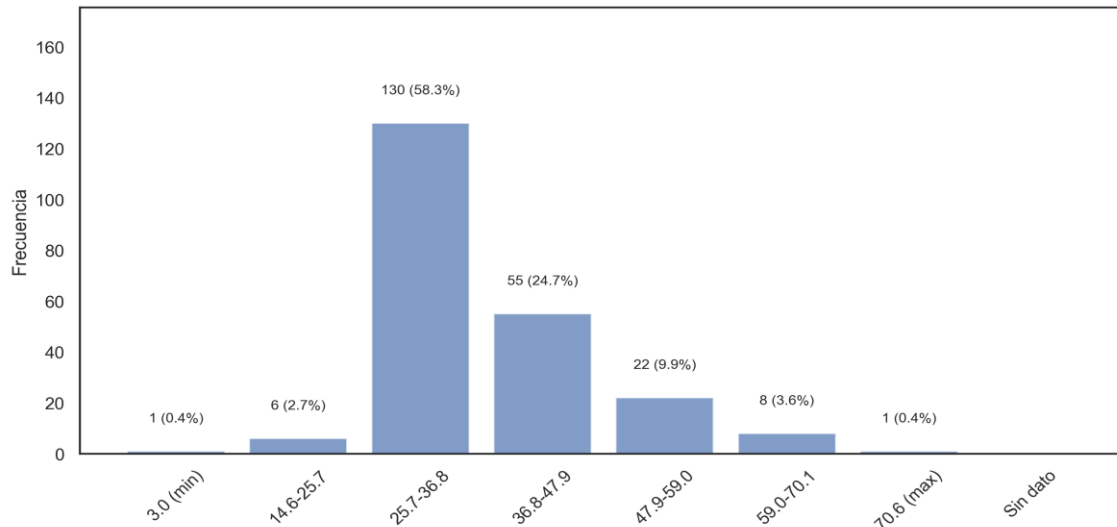


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

El análisis de la atención integral en la infancia muestra que el 58,3% de las IPS de alta complejidad, logra la atención en un rango del 25,7% a 36,8% de los menores de 6 a 11 años y el 24,7% de las IPS, atendieron en un rango del 36,8-47,9% de los menores, Un 13,5% de las IPS realizaron atención integral entre el 47,9% y el 70,1% de los menores.(Figura 109)

Figura 109

Distribución de Atención integral infancia- IPS alta complejidad (Clúster 3)

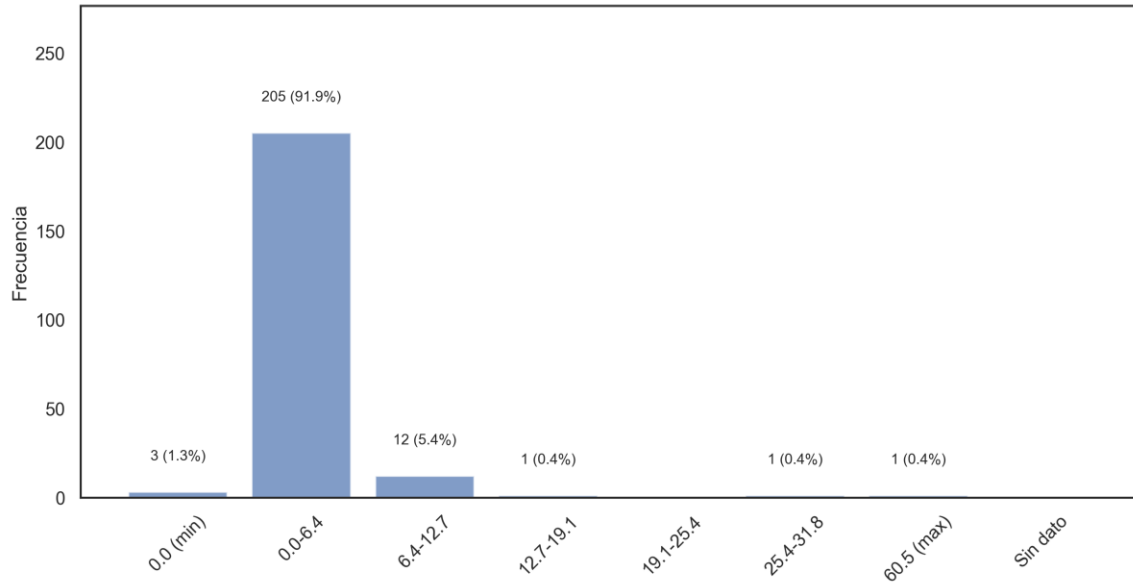


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Enfermedades no transmisibles

Los indicadores de atención de enfermedades crónicas (DM, EPOC y HTA), el 91,9% (205) IPS de alta complejidad evidencia detección de diabetes hasta el 6,4% de los pacientes, seguido del 5,8% (13) de las IPS con detección entre 6,5% al 19,1%. El 91,9% (205) IPS, evidencia detección de EPOC hasta el 52,3% y en hipertensión arterial el 91,5% (204) IPS evidencia detección hasta del 5% de los pacientes.

Esto refleja que, un número importante de personas en las cuales la detección de la condición crónica se realiza en alta complejidad, lo cual, requiere el fortalecimiento de la gestión en las estrategias de detección temprana, seguimiento y monitoreo en las IPS, constituyéndose en un punto crítico para el fortalecimiento de la atención integral en salud. (Figura 110-111-112)

Figura 110
Distribución de Porcentaje captación DM - IPS alta complejidad (Clúster 3)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

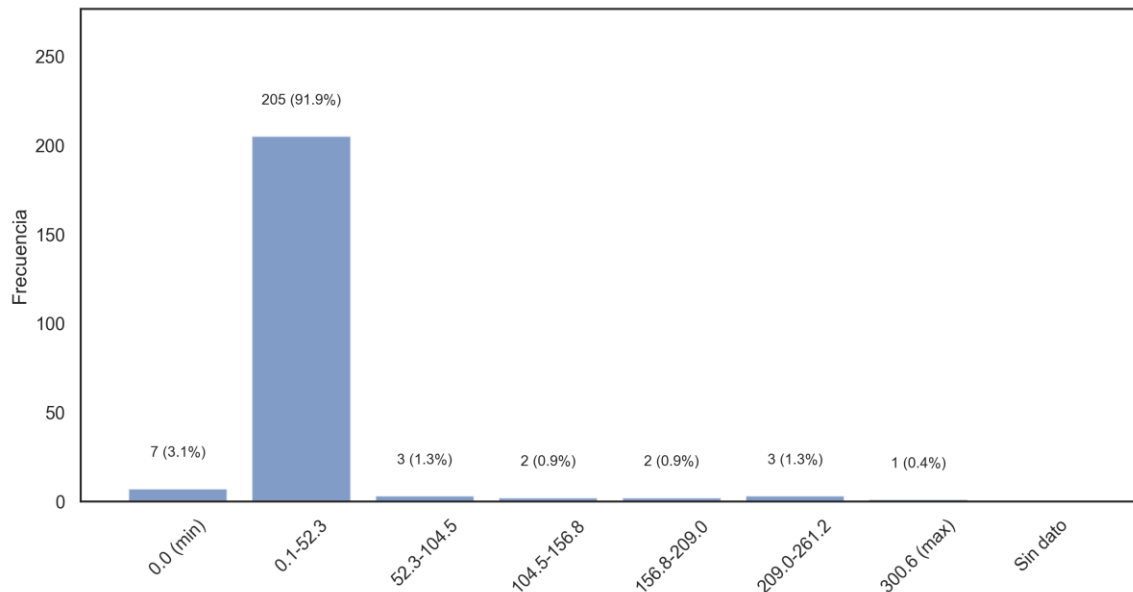
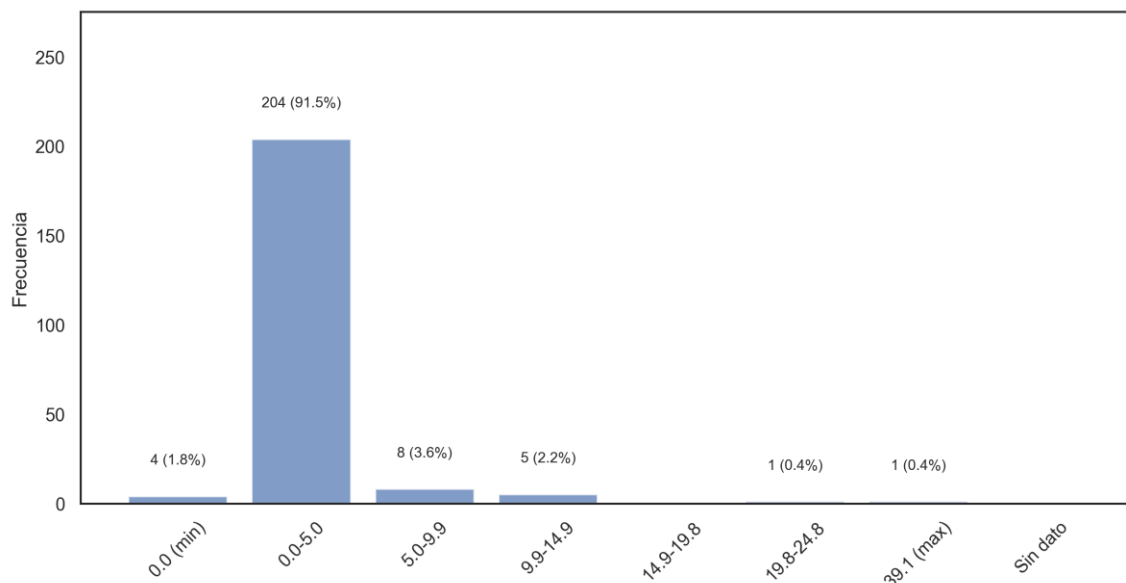
Figura 111
Distribución de Porcentaje captación EPOC- IPS alta complejidad (Clúster 3)


Figura 112
Distribución de Porcentaje captación HTA- IPS alta complejidad (Clúster 3)


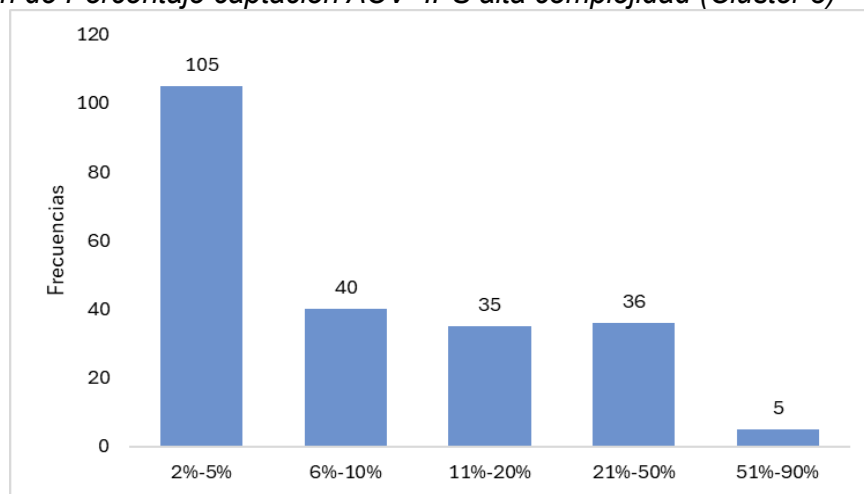
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

El análisis de la proporción de atención de ACV, evidencia una alta concentración en rangos bajos, donde aproximadamente el 48% de las IPS se ubican entre 2% y 5% y 34% en rangos del 6%–20%. (Figura 113)

La capacidad de diagnóstico y atención de ACV, en servicios de alta complejidad, se encuentra entre 2% y 5% evidenciando niveles bajos de atención de este evento. En relación, con lo evidenciado en las IPS de baja y mediana complejidad, este hallazgo sugiere posibles brechas en el acceso oportuno, la identificación de casos y la capacidad resolutoria de los servicios, especialmente en la fase aguda del evento cerebrovascular. En términos de resultados, esta baja proporción puede estar asociada a subregistro, demoras en la consulta o limitaciones en la red de atención, lo que incrementa el riesgo de complicaciones, discapacidad y mortalidad. En consecuencia, se hace necesario fortalecer las rutas integrales de atención, mejorar la oportunidad diagnóstica y optimizar la articulación de los servicios para garantizar una atención efectiva y oportuna del ACV. (Figura 113)

Figura 113

Distribución de Porcentaje captación ACV- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

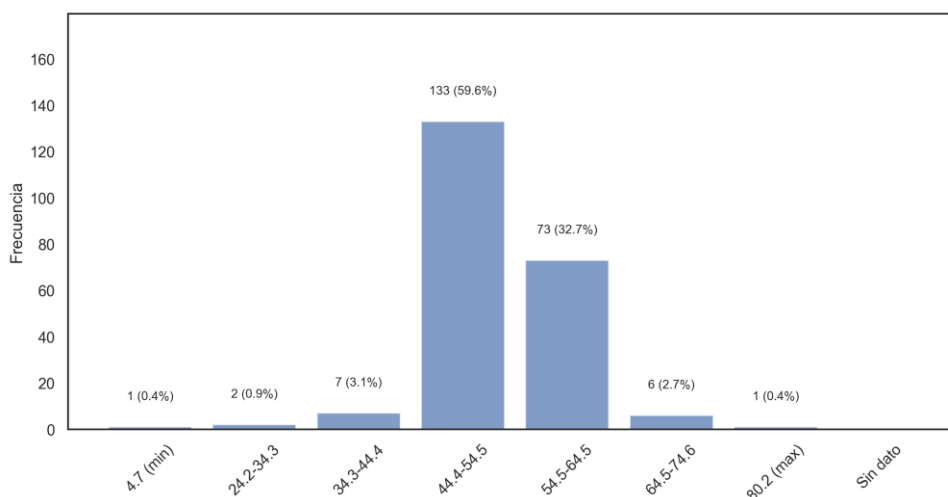
Los indicadores de tamizaje de cáncer muestran comportamientos diferenciados según el tipo de patología. En cáncer de cuello uterino, el 59.6% (133) de las IPS de alta complejidad, muestran detección entre el 44,4% y 54,5%, en cáncer de mama, el 43,5% (97) IPS registran detección entre 41,9% a 50,7%, seguido del 42,6% (95) con detección entre el 33% y 41,8 (Figura 1114-115)

El 52,9% (118) de las IPS de alta complejidad registran detección de cáncer de próstata entre el 9,6% y el 18,7%, seguido del 39% (87) IPS con detección entre el 0,6% a 9,5%. (Figura 116)

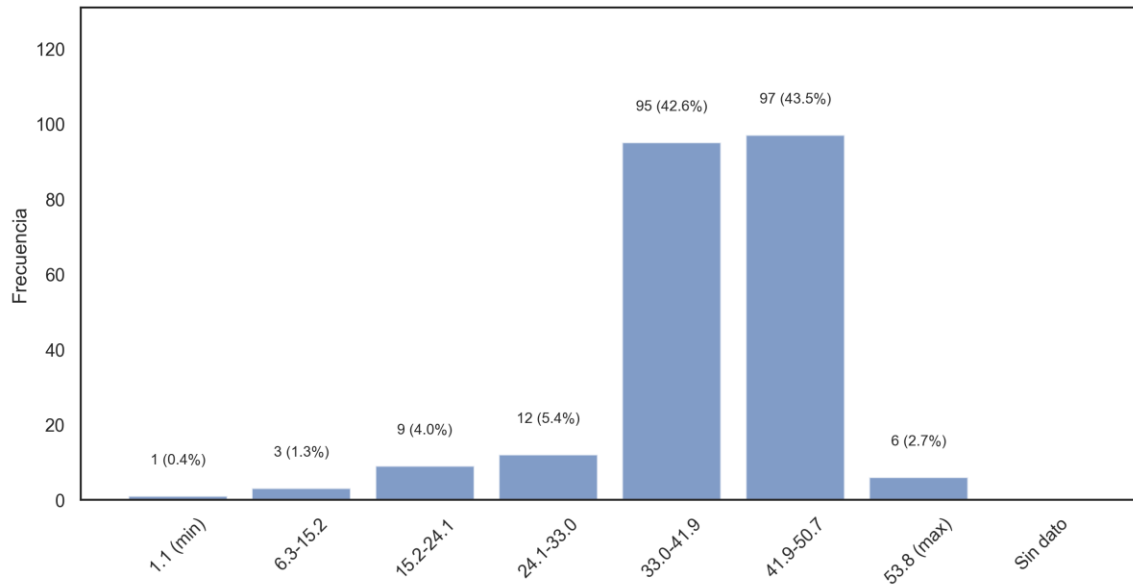
En cáncer de colon, la mayor concentración de IPS de alta complejidad, que equivale al 40,8% (91 IPS) se encuentra una detección del 25,4% al 34,4% y un 32,7% (73 IPS) de estas, se ubican en rangos de detección entre el 17,3% al 25,3%. (Figura 117)

Figura 114

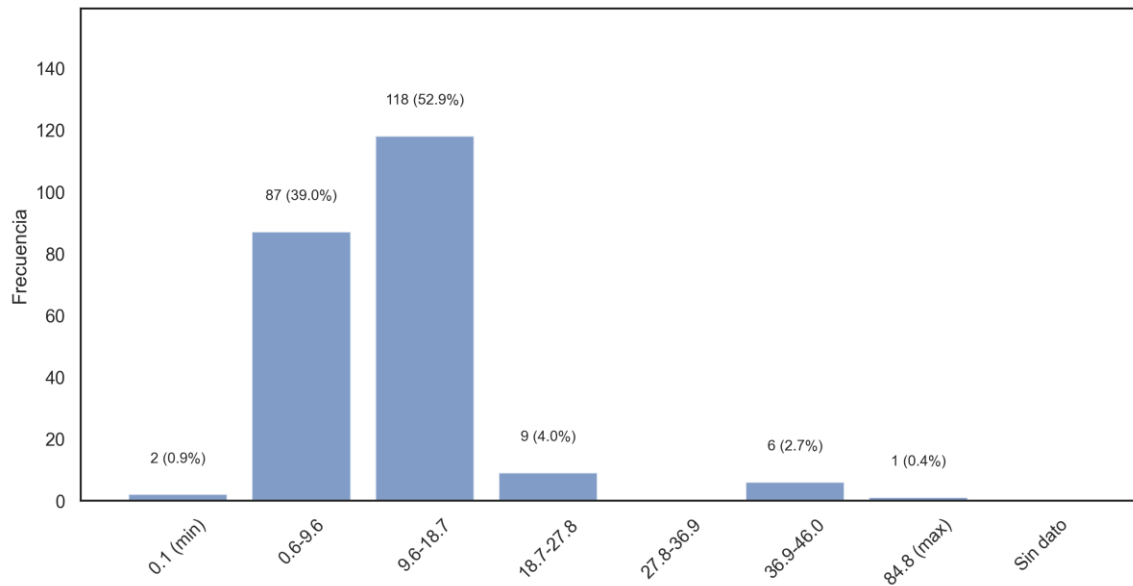
Distribución de Tamizaje Cáncer Cuello uterino- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 115
Distribución de Tamizaje Cáncer Mama- IPS alta complejidad (Clúster 3)


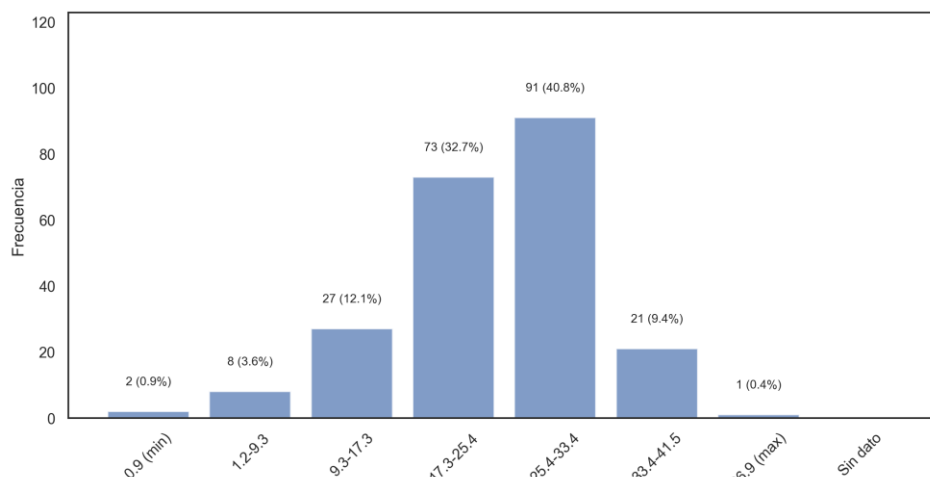
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 116
Distribución de Tamizaje Cáncer Próstata- IPS alta complejidad (Clúster 3)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Figura 117

Distribución de Tamizaje Cáncer colon - IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, RIPS, Resolución 202 de 2021, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

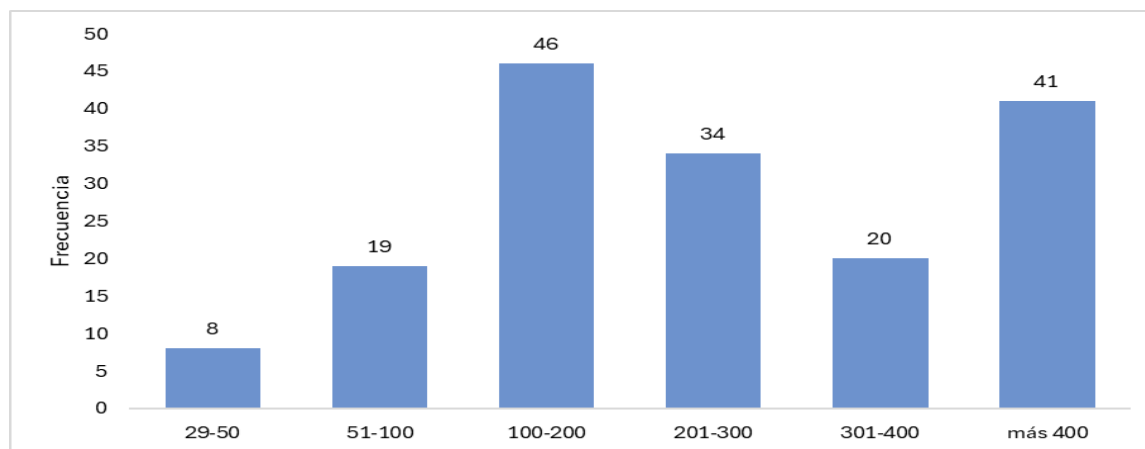
Capacidad Instalada

El análisis de la capacidad instalada evidencia que el 27% (46) de las IPS de alta complejidad, cuentan con disponibilidad de 100 a 200 camas, el 24% (41) de las IPS cuentan con más de 400 camas hospitalarias y el 20% (34) de las IPS cuenta con 201 a 300 camas. (Figura 118). El 47,8% (107) IPS tienen la disponibilidad entre 4 a 11 salas de cirugía y el 43,9% (98) con más de 12 salas de cirugía. (Figura 119)

En promedio, se observa la disponibilidad de 51 a 60 sillas en el servicio de urgencias por IPS de alta complejidad. (Figura 121). El 37,2% (83) de la IPS cuentan con un promedio de 101 a 200 camillas en los servicios de urgencias, seguido por 32,3% (72) IPS con 51 a 1000 camillas y un 6,7% IPS con más de 200 camillas. (Figura 120)

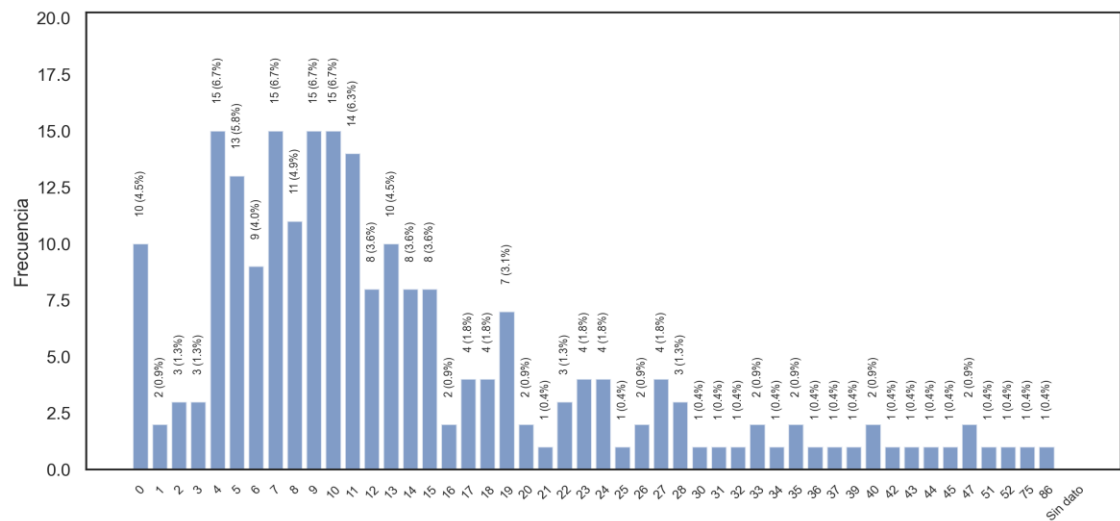
Figura 118

Distribución de Camas- IPS alta complejidad (Clúster 3)



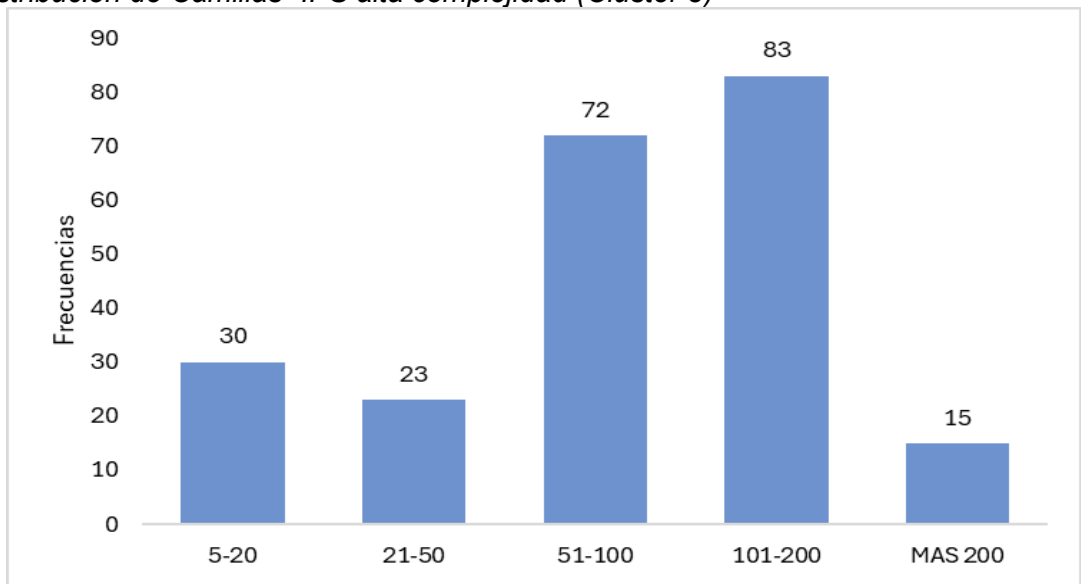
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 119
Distribución de Salas- IPS alta complejidad (Clúster 3)



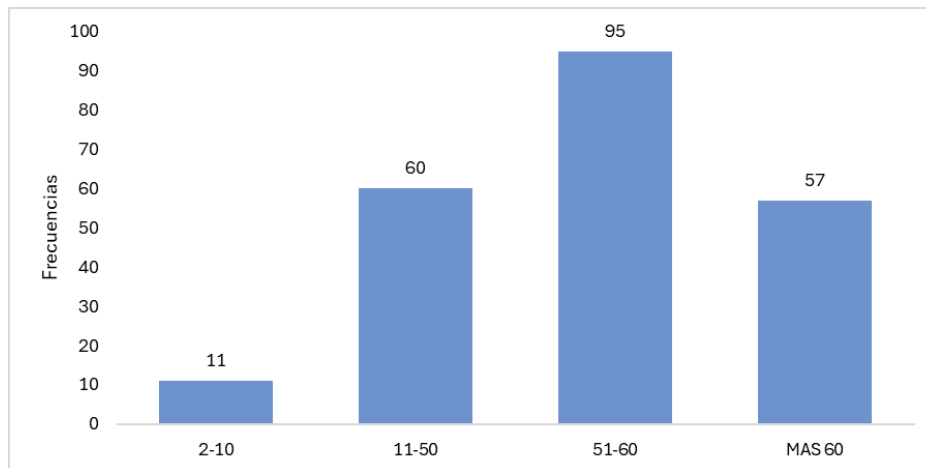
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 120
Distribución de Camillas- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

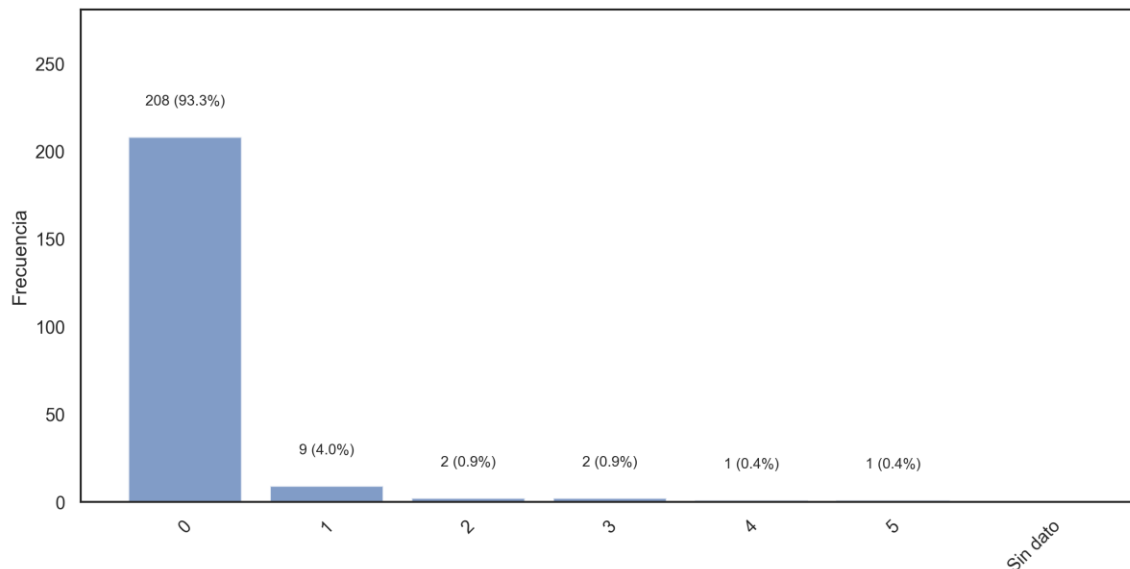
Figura 121
Distribución de Sillas- IPS alta complejidad (Clúster 3)



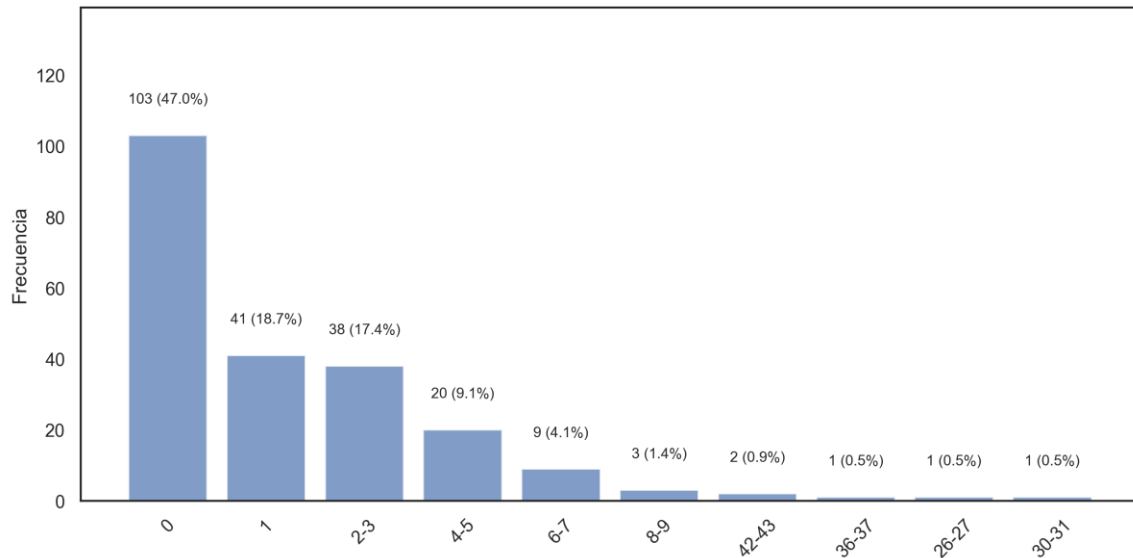
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 6.7% (15) IPS de alta complejidad cuentan con unidad móvil para atención extramural. El 53% (120) IPS cuanta con ambulancias. Estos indican que son IPS de alta complejidad y resolución en atención intramural, donde el énfasis está en la prestación de servicios dentro de la institución, más que en la extensión extramural. (Figura 122-123)

Figura 122
Distribución de Unidad móvil- IPS alta complejidad (Clúster 3)



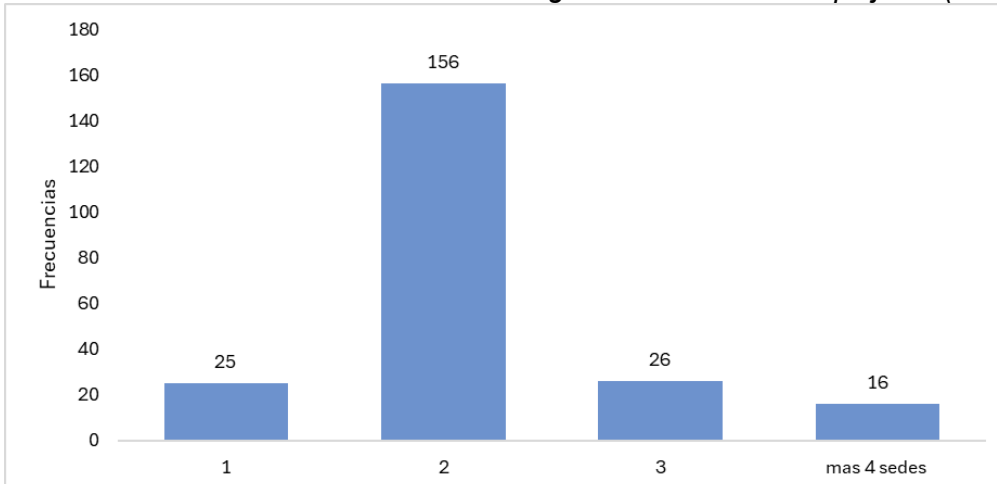
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 123
Distribución de Ambulancias- IPS alta complejidad (Clúster 3)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Disponibilidad servicios

Respecto a la disponibilidad del servicio de urgencias, se observa que la totalidad de las IPS sí cuenta con este servicio, destacándose que el 70,0% (156 IPS) dispone de 2 sedes con servicios de urgencias, el 11,2% (25 IPS) reporta 1 sede con el servicio y el 18,8% (42) IPS cuentan con 3 o más sedes con servicios de urgencias. Esto es consistente con instituciones de alta capacidad y resolución intramural, donde el énfasis está en la atención hospitalaria estructurada más que en la multiplicidad de puntos de urgencia. (Figura 124)

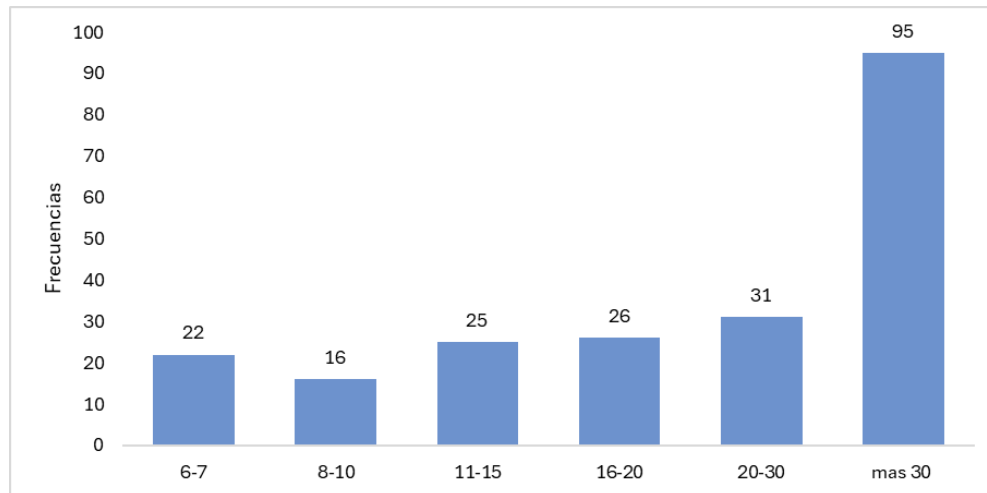
Figura 124
Distribución de número de servicios de Urgencias- IPS alta complejidad (Clúster 3)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

La disponibilidad de consultorios, la distribución es dispersa en varios rangos, el 44% de las IPS dispone de más de 30 consultorios y el 56% de las IPS dispone entre 6 y 30 consultorios. (Figura 125)

Figura 125

Distribución de Consultorios- IPS alta complejidad (Clúster 3)

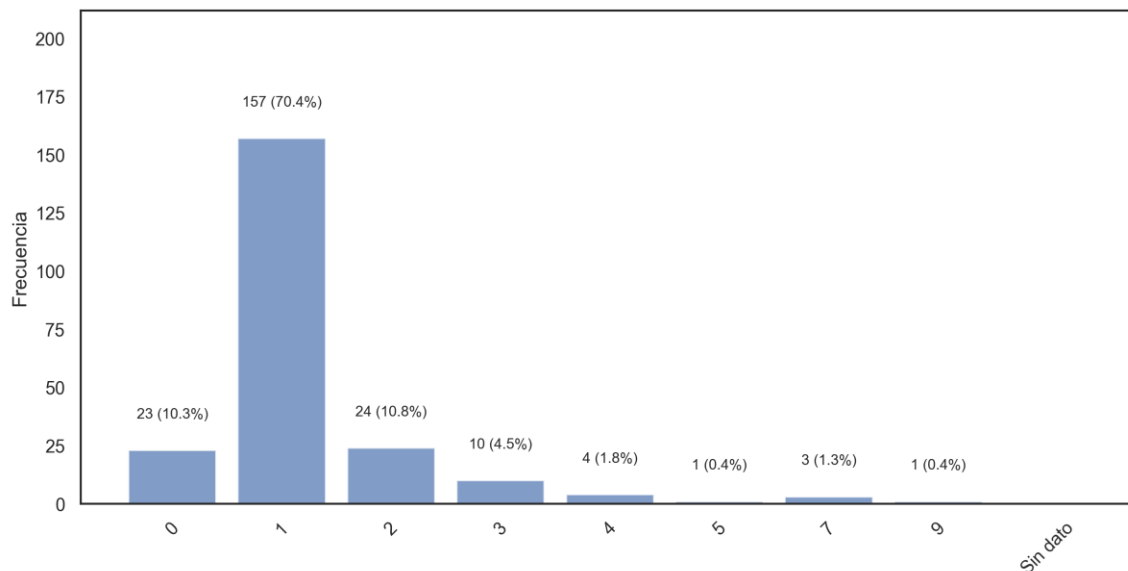


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 70.4% (157) de las IPS de alta complejidad cuentan con un servicio de cirugía general dentro de sus sedes de prestación de servicios de salud y el 19,3% (43) IPS tienen 2 o más servicios de cirugía dentro de sus sedes de atención (Figura 126)

Figura 126

Distribución de número de servicios de Cirugía general- IPS alta complejidad (Clúster 3)

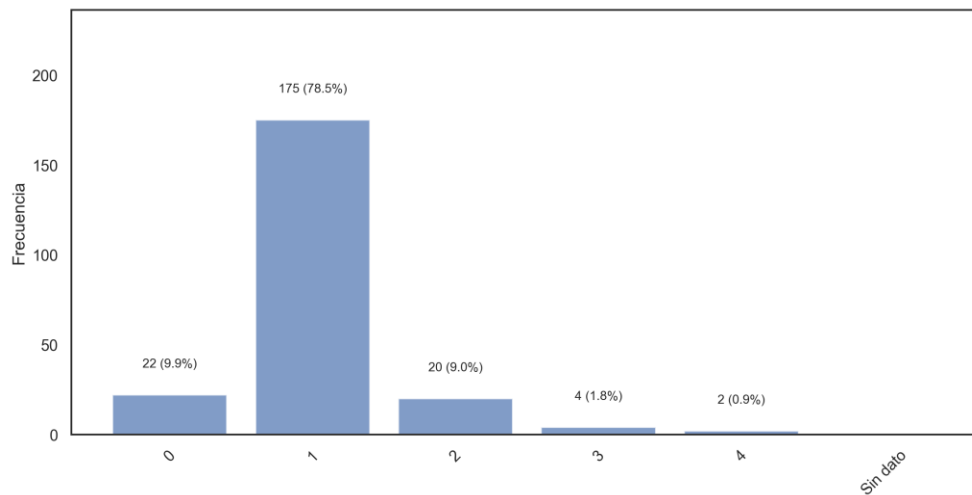


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de unidades de cuidado intensivo (adultos, neonatal y pediátrico) evidencia que el 90,1% (201) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intensivo adulto, solo el 79,8% (178) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intensivo neonatal y el 54,3% (121) de las IPS cuentan con unidad de cuidado intensivo pediátrico. Esto es consistente con instituciones de alta capacidad y resolución intramural, donde el énfasis está en la atención hospitalaria estructurada. (Figura 127,128,129)

Figura 127

Distribución de número de servicios de Cuidado intensivo adultos- IPS alta complejidad (Clúster 3)

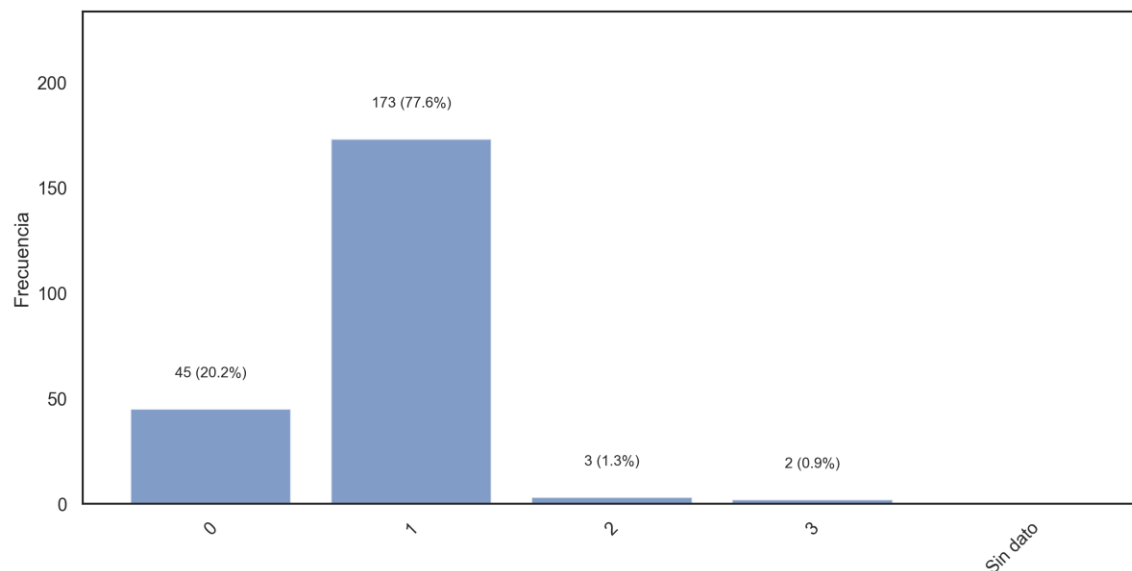


Fuente: Ministerio

de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 128

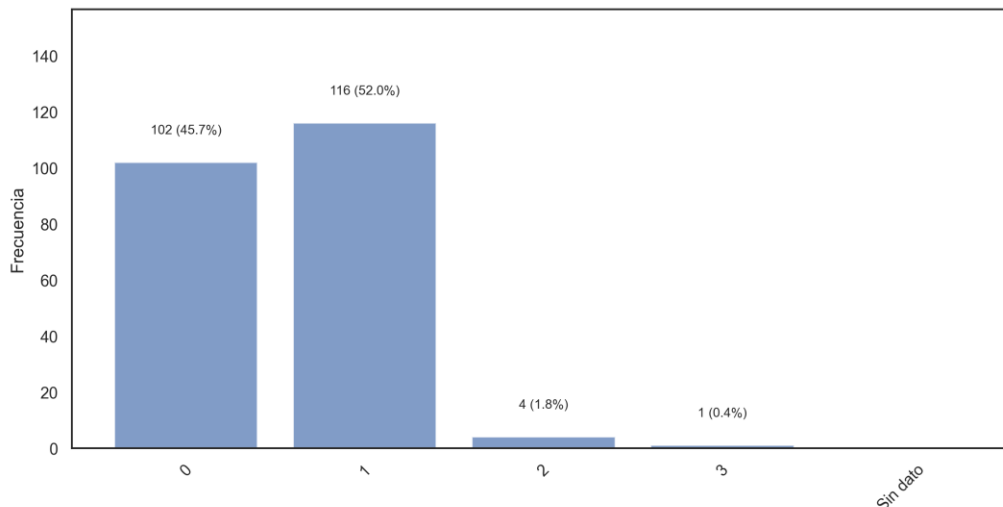
Distribución de número de servicios de Cuidado intensivo neonatal- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 129

Distribución de número de servicios de Cuidado intensivo pediátrico- IPS alta complejidad (Clúster 3)

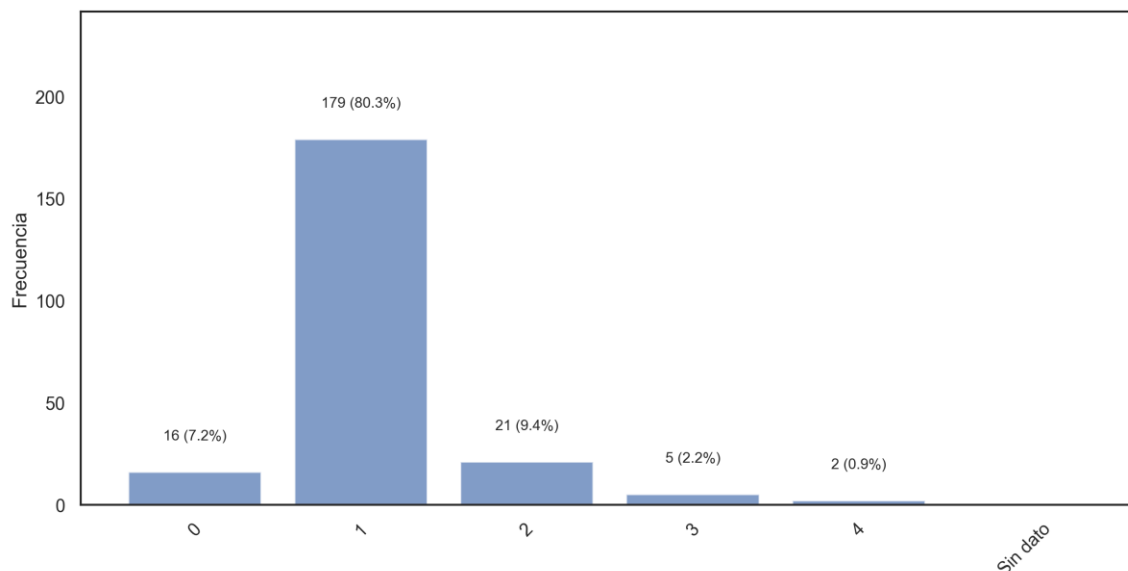


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis de la disponibilidad de unidades de cuidado intermedio (adultos, neonatal y pediátrico) evidencia que el 92,8% (207) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intermedio adulto, el 83,4% (186) de las IPS cuentan con una unidad de cuidado intermedio neonatal y el 56,5% (126) de las IPS cuentan con unidad de cuidado intensivo pediátrico (Figura 130-131-132)

Figura 130

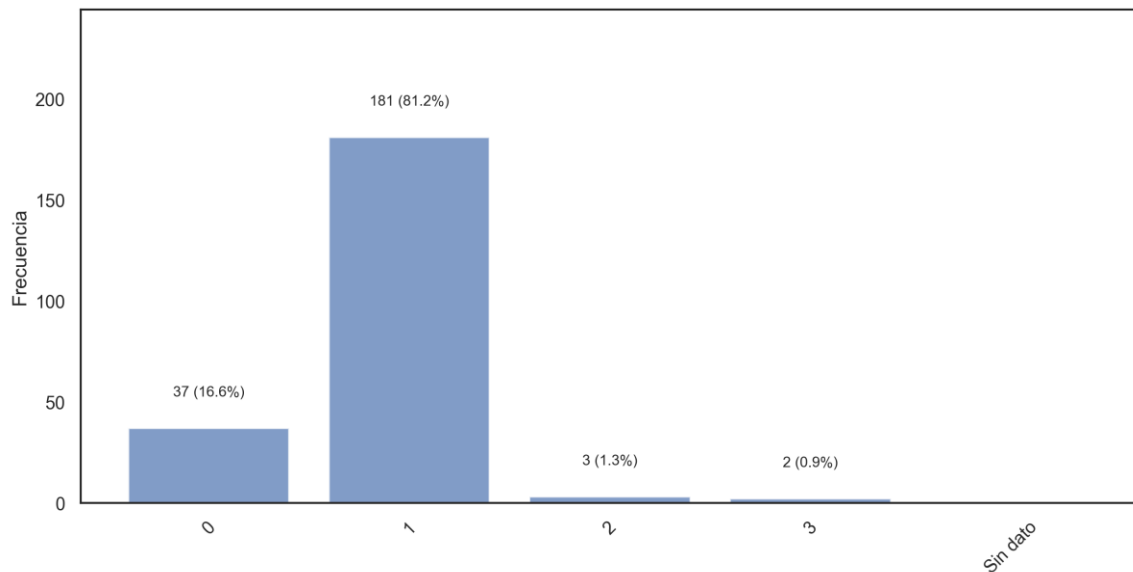
Distribución de número de servicios de Cuidado intermedio adultos- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 131

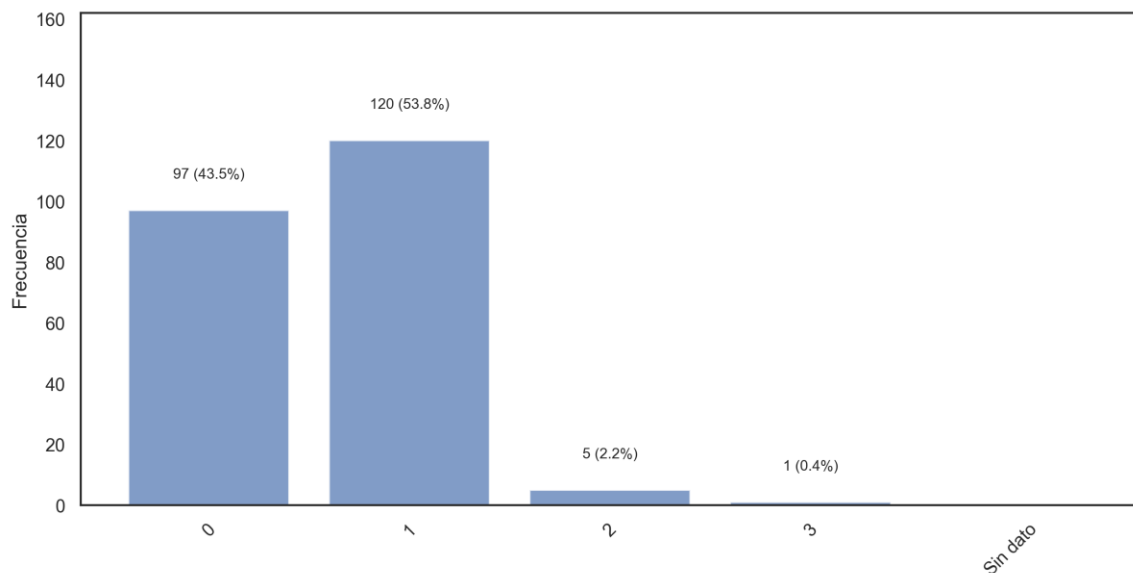
Distribución de número de servicios de Cuidado intermedio neonatal- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 1

Distribución de número de servicios de Cuidado intermedio pediátrico- IPS alta complejidad (Clúster 3)



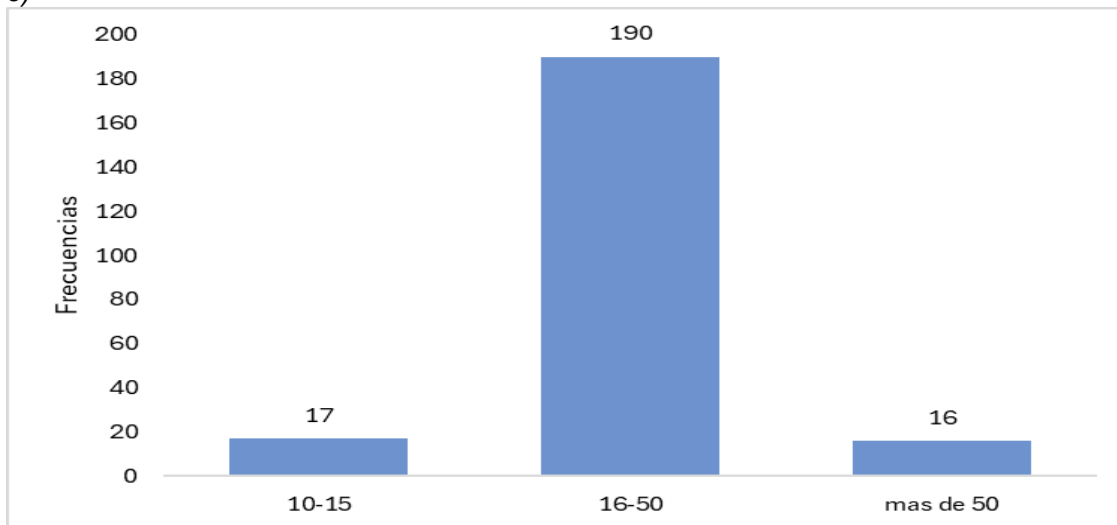
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 100% (223) de las IPS de alta complejidad cuentan con este servicio de hospitalización de adulto y pediátricas (Figura 133-134). En el servicio de salud mental, se encuentran habilitadas 24 IPS de alta complejidad para la prestación de servicios de hospitalización en salud mental, 3 IPS para hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas y 3 IPS para hospitalización parcial; lo que evidencia una baja capacidad instalada para la

atención y reorientar esfuerzos para la gestión e intervención en baja complejidad y comunitaria (Figura 135-136-137).

Figura 133

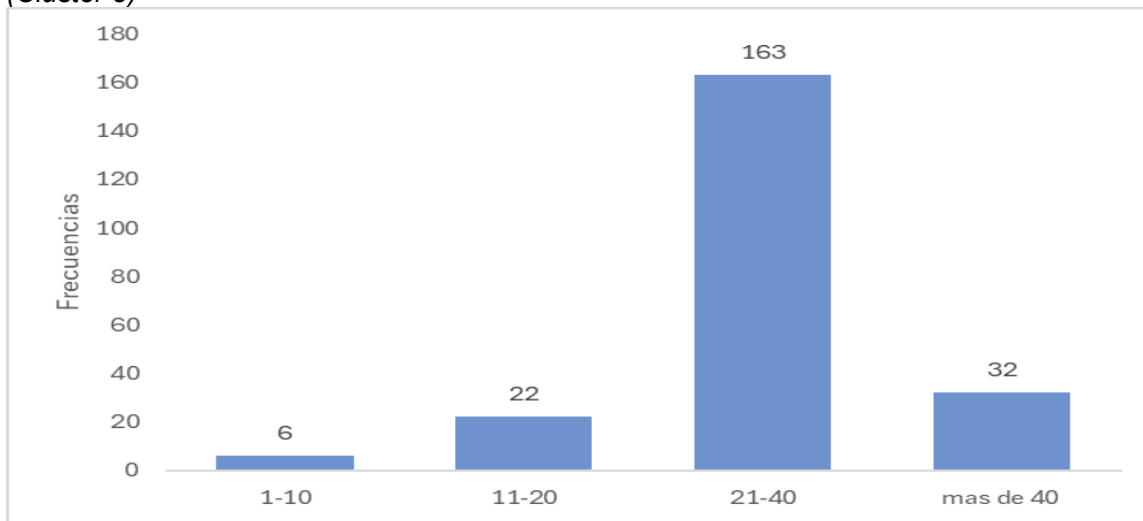
Distribución de número de servicios de Hospitalización adultos- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 134

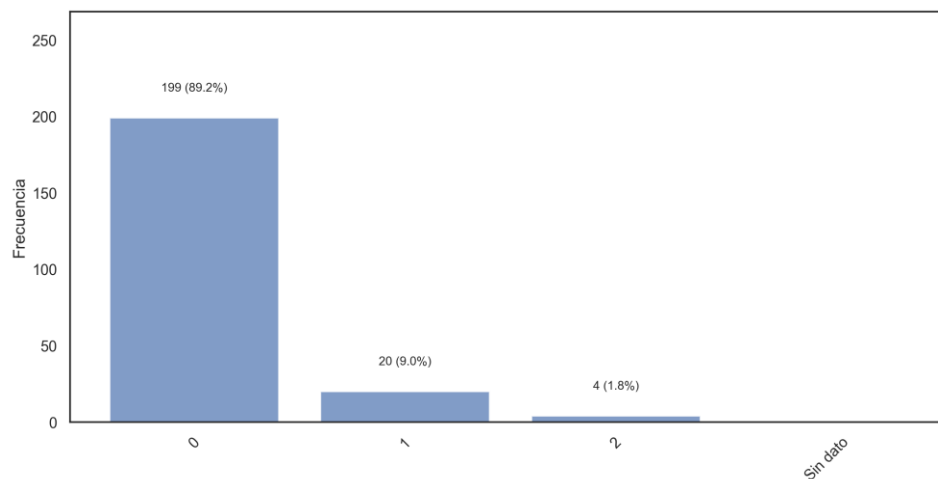
Distribución de número de servicios de Hospitalización pediátrica- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 135

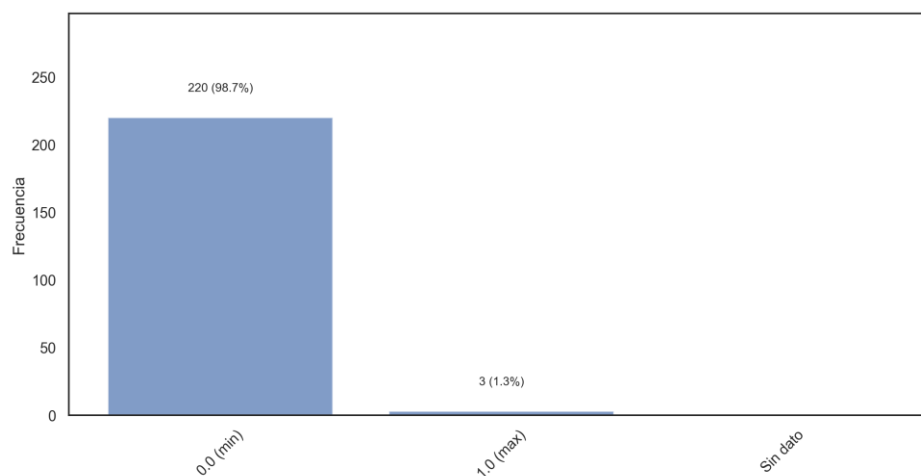
Distribución de número de servicios de Hospitalización en salud mental- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 136

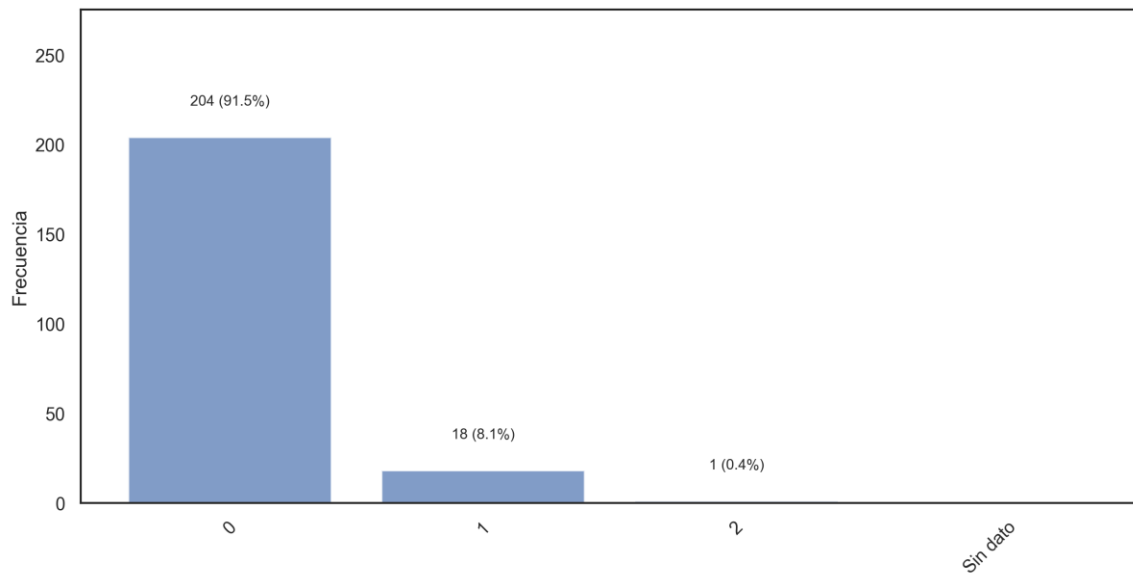
Distribución de número de servicios de Hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 137

Distribución de número de servicios de Hospitalización parcial- IPS alta complejidad (Clúster 3)

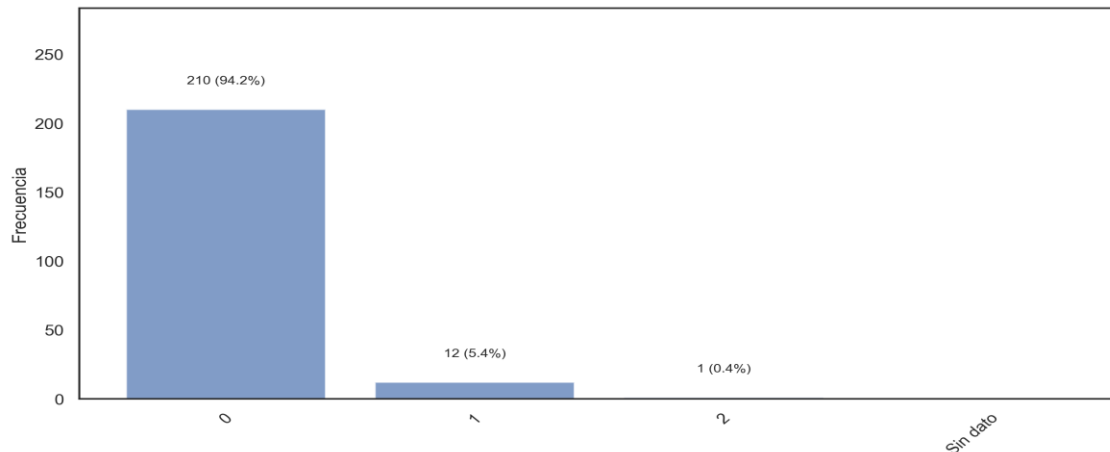


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

De acuerdo con el registro actual de prestadores, se encuentran 13 IPS habilitados con el servicio de hospitalización de paciente crónico con ventilador y 37 IPS, habilitados con el servicio de hospitalización de paciente crónico sin ventilador (Figura 138-139)

Figura 138

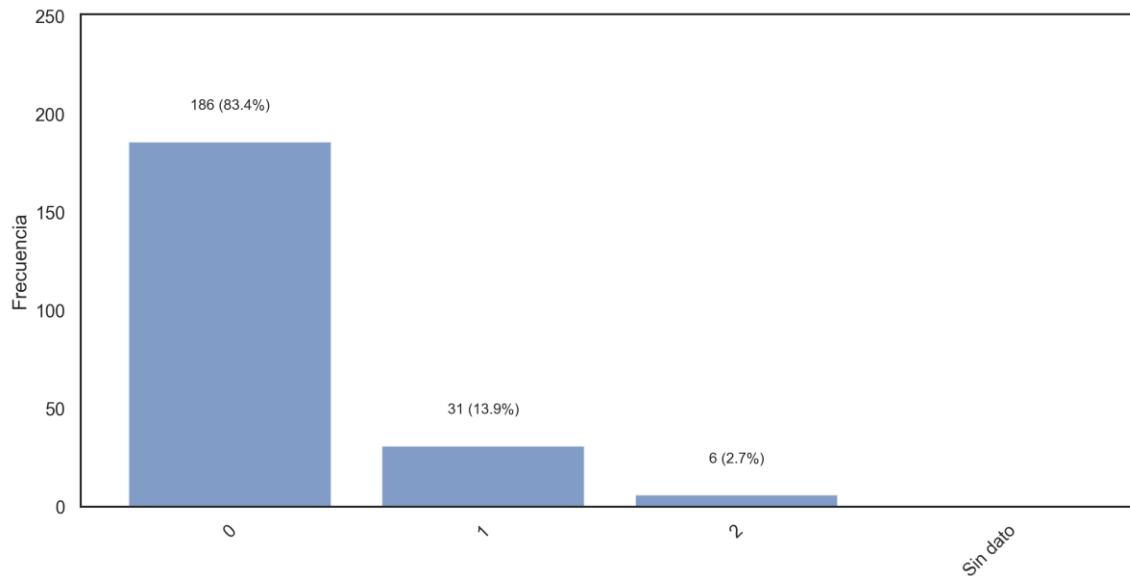
Distribución de número de servicios de Hospitalización paciente crónico con ventilador- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 139

Distribución de número de servicios de Hospitalización paciente crónico sin ventilador- IPS alta complejidad (Clúster 3)

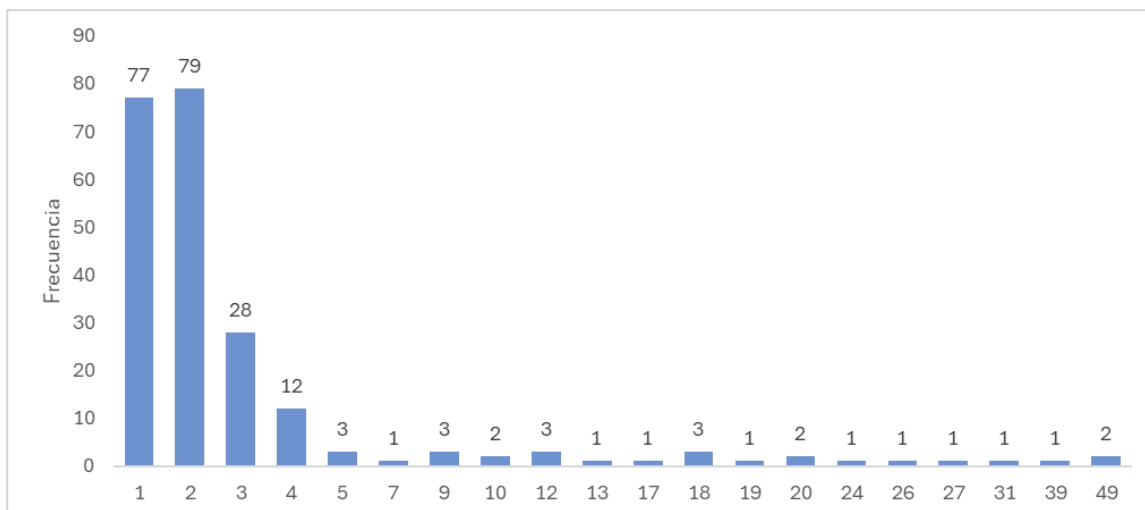


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 100% (223) de las IPS de alta complejidad cuentan con el servicio de medicina general, el 81,6% (182) de las IPS cuentan con el servicio de medicina interna y el 51.1% (114) de las IPS cuentan con el servicio de psiquiatría. (Figura 140-141-142)

Figura 140

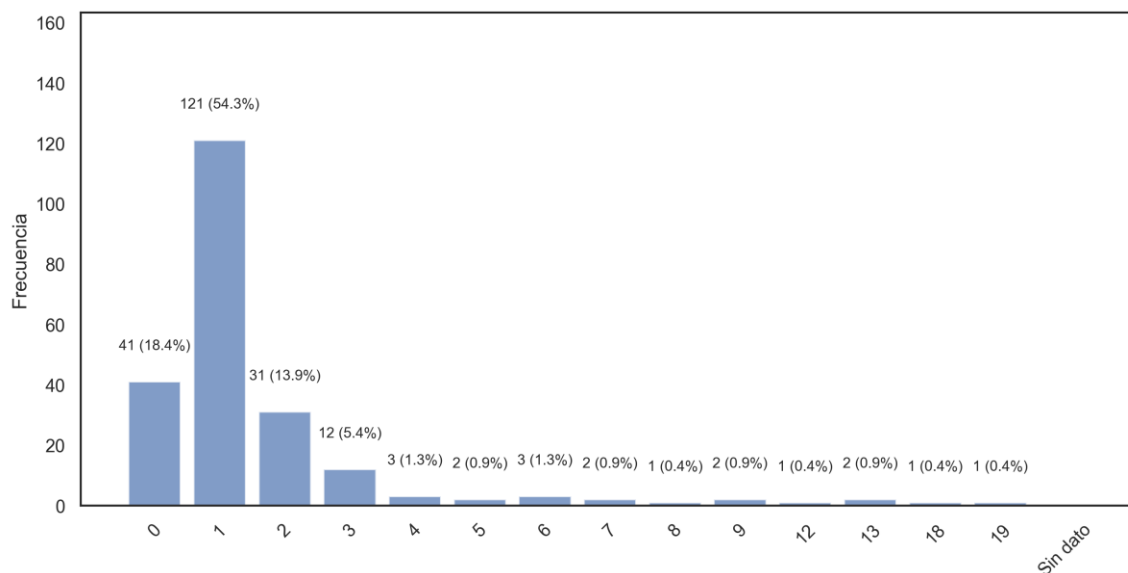
Distribución de número de servicios de Medicina general- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Figura 141

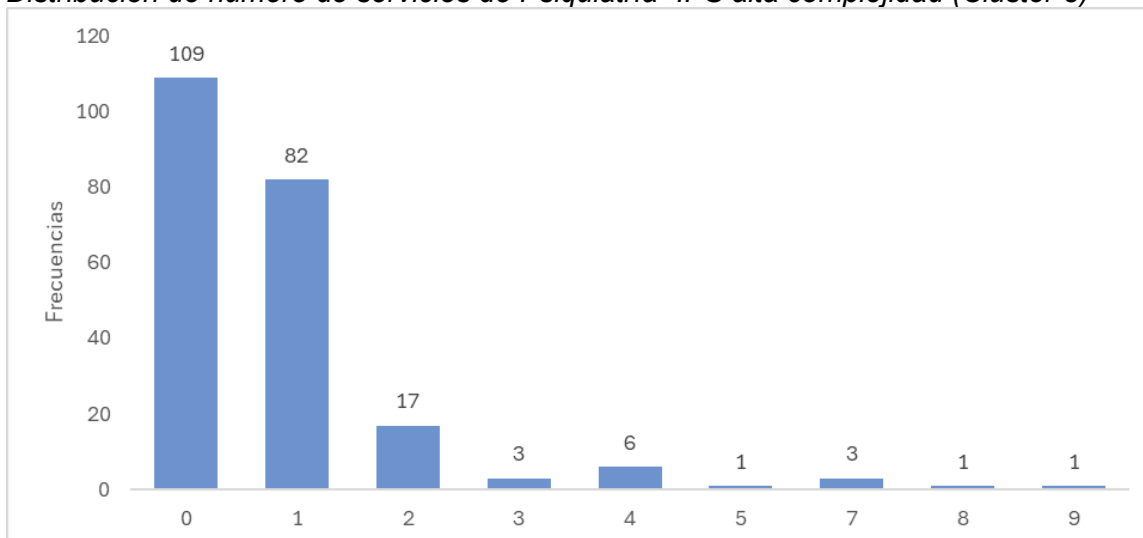
Distribución de número de servicios de Medicina interna - IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

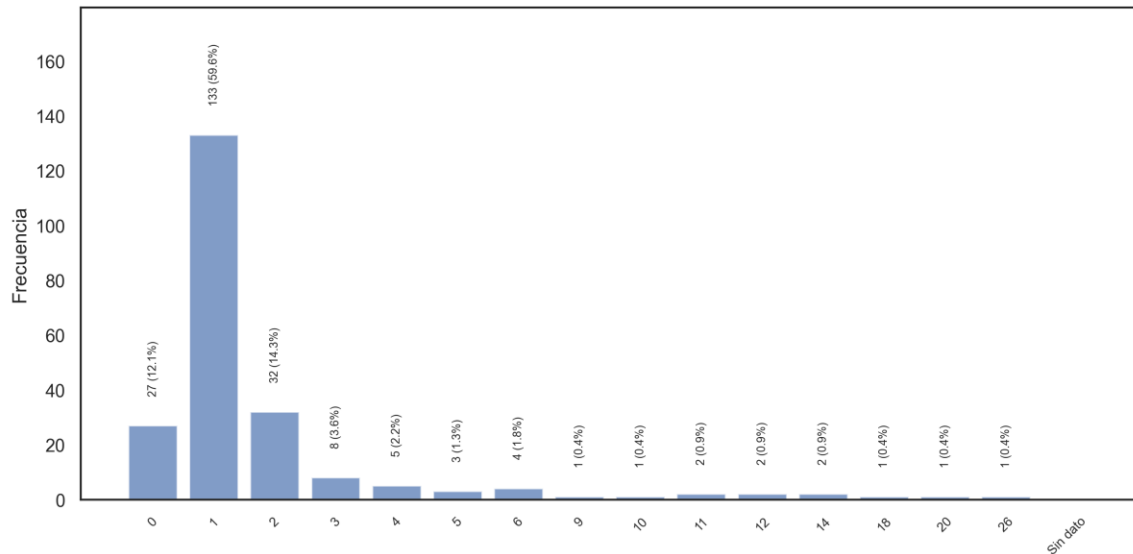
Figura 142

Distribución de número de servicios de Psiquiatría- IPS alta complejidad (Clúster 3)

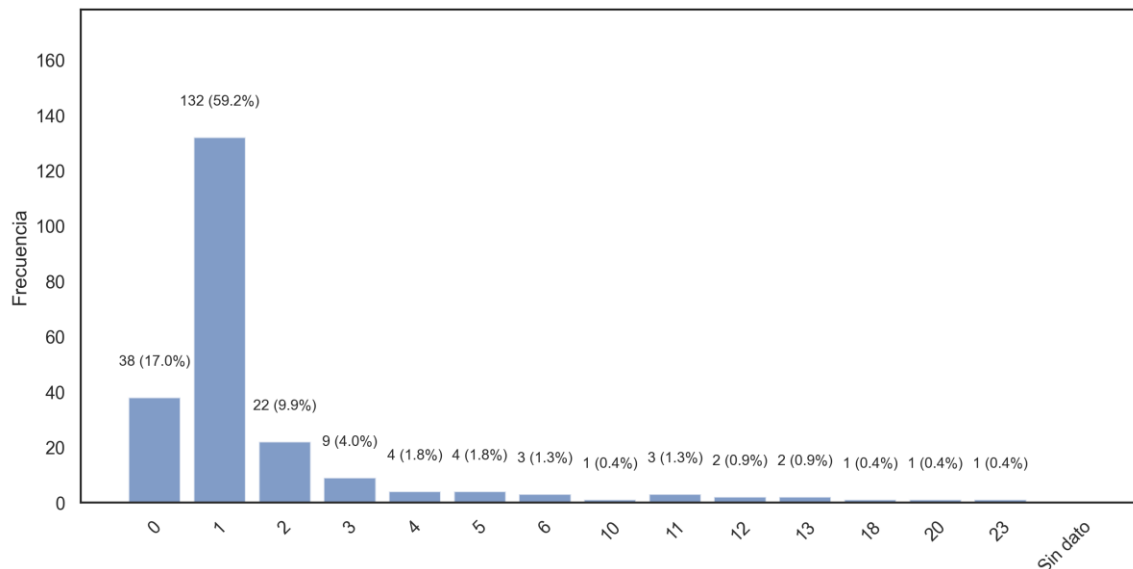


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El 87,9% (196) IPS cuentan con el servicio en ginecobstetricia y el 83% (185) IPS tienen el servicio de pediatría. Esto es consistente con la disminución del indicador de natalidad. (Figura 143-144)

Figura 143
Distribución de número de servicios de Ginecobstetricia según Clúster 3


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

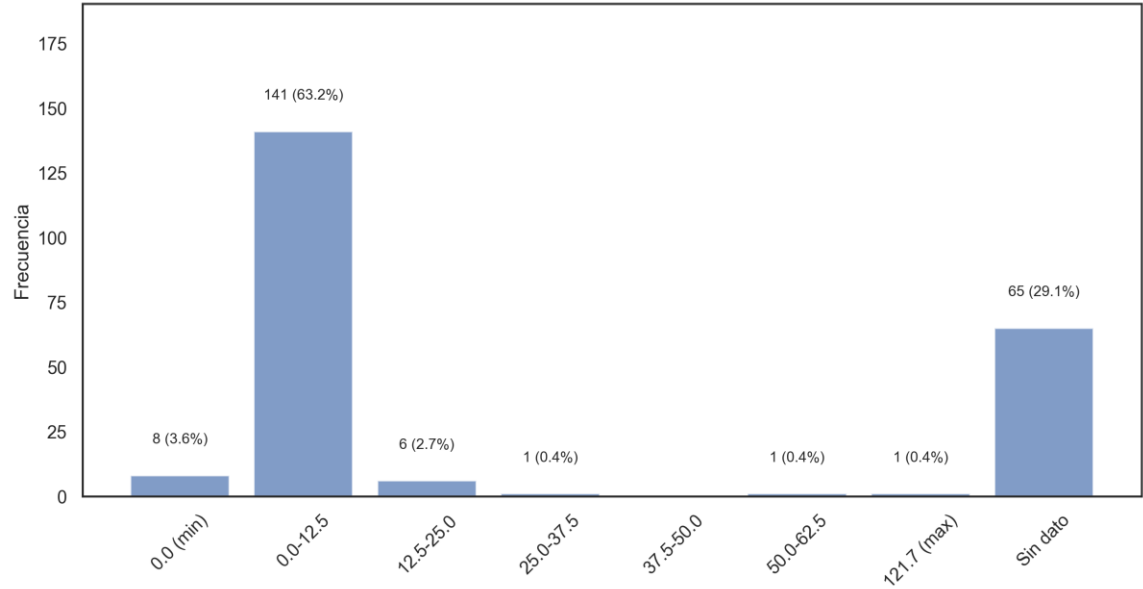
Figura 144
Distribución de número de servicios de Pediatría- IPS alta complejidad (Clúster 3)


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Calidad en la atención

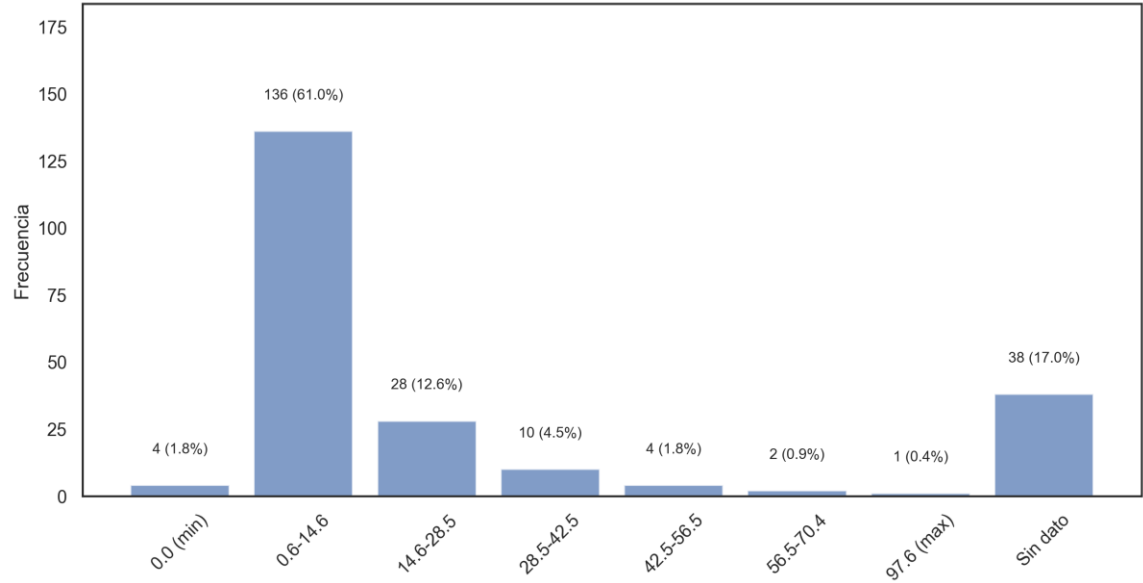
En tiempo promedio de espera para cita de medicina general, el 63,2% (141 IPS) reporta tiempos entre 0 y 12 días, mientras que el 3,6% (8 IPS) presenta asignación inmediata (0 días). En medicina interna, el 61,0% (136 IPS) registra tiempos entre 0 y 14 días, seguido por un 12,6% (28 IPS) entre 14 y 28 días y un 4,5% (10 IPS) entre 28 y 42 días. La distribución general evidencia que la IPS mantiene una oportunidad adecuada en la atención, con tiempos mayoritariamente dentro de rangos aceptables. (Figura 145-146)

Figura 145
Distribución de Tiempo promedio espera asignación cita medicina general días - IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 146
Distribución de Tiempo promedio espera asignación medicina interna días IPS de alta capacidad

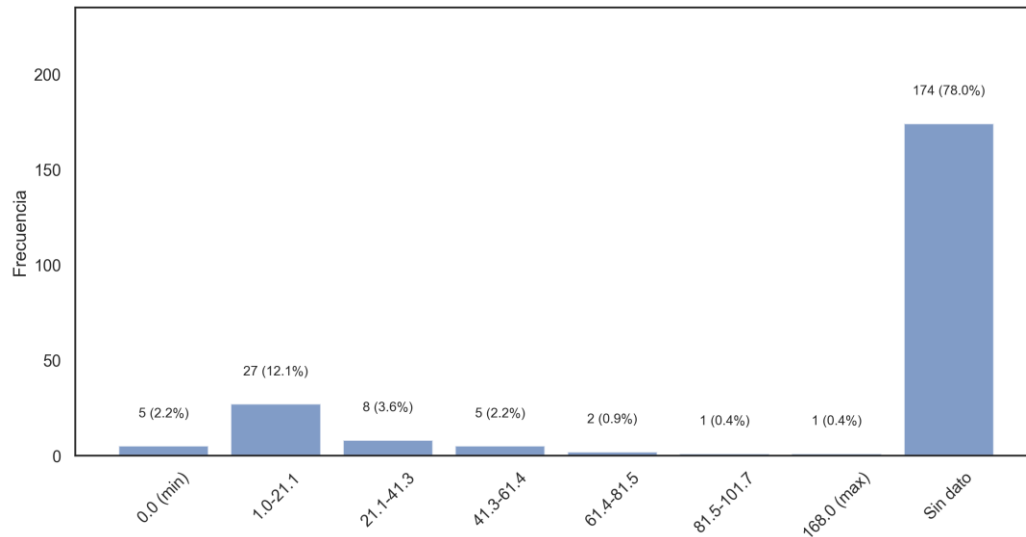


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

En los indicadores de tiempos promedio para autorización de procedimientos quirúrgicos para cirugía de cataratas, el 78,0% (174) no reporta datos, mientras que, entre las IPS con información disponible, el 12,1% (27) de las IPS de alta complejidad están entre 10,2 a 21,1 días, en reemplazo de cadera, el 48,9% (109) reporta tiempos entre 0,8 y 39,2 días. En el caso de revascularización miocárdica, las IPS que reportan información, el 16,1% (36) de las IPS reportan tiempos entre 0,1 y 19,5 días. (Figura 147-148-149)

Figura 147

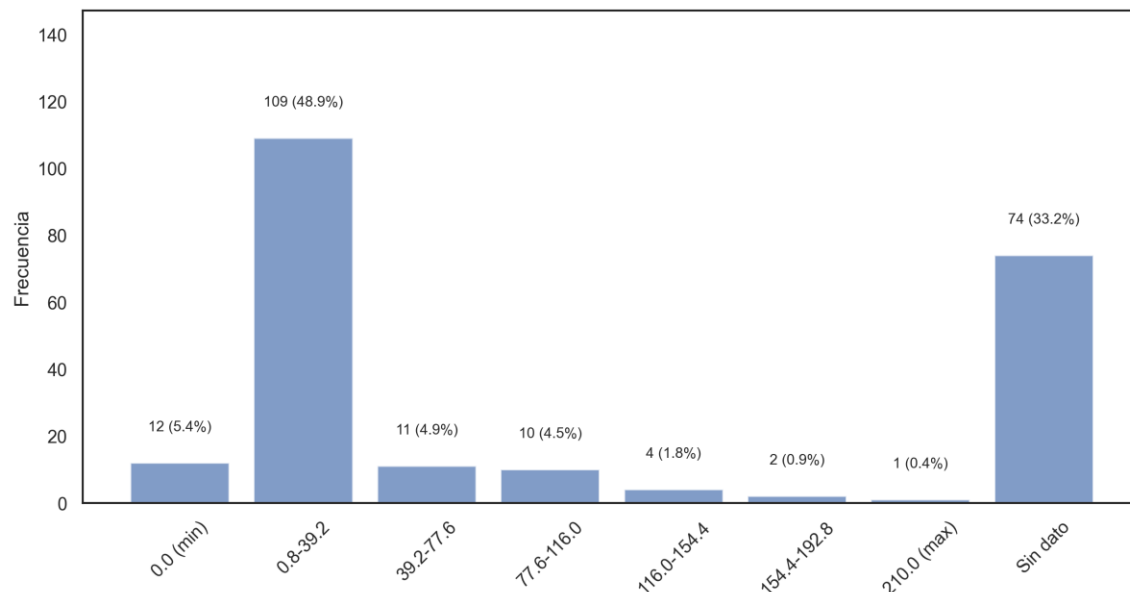
Distribución de Tiempo espera autorización cirugía cataratas días promedio- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 148

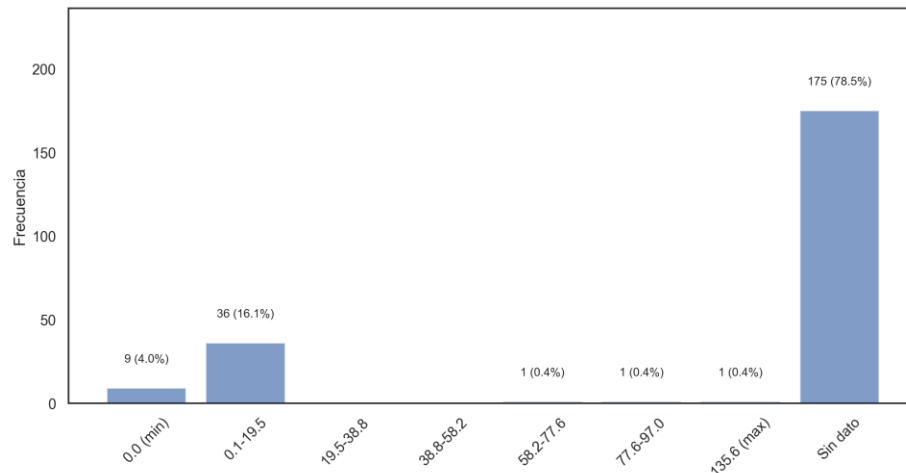
Distribución de Tiempo espera autorización cirugía reemplazo cadera días promedio- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 149

Distribución de I sic cirugía revascularización miocárdica días promedio- IPS alta complejidad (Clúster 3)

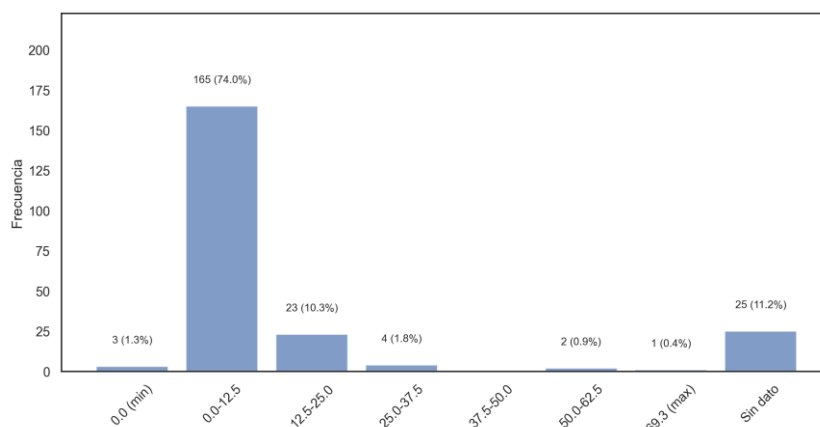


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

En los tiempos de espera para obstetricia, se evidencia un desempeño favorable en términos de oportunidad, donde el 74,0% (165) de las IPS de alta complejidad, registra tiempos entre 0 y 12,5 días, seguido de un 10,3% (23) de las IPS entre 12,5 y 25 días, lo que indica que la mayoría de las atenciones se gestionan en periodos cortos. Para pediatría, el comportamiento es similar e incluso más concentrado en tiempos oportunos: el 76,2% (170) IPS, reporta tiempos entre 0 y 12,6 días, y un 8,1% (18) entre 12,7 y 25,1 días. Estos resultados son consistentes con el perfil de IPS de alta capacidad resolutive, que logran garantizar atención oportuna en servicios prioritarios, aunque la presencia de valores sin reporte puede asociarse a subregistro de la información o a diferencias en la capacidad instalada entre sedes. (Figura 150-151)

Figura 150

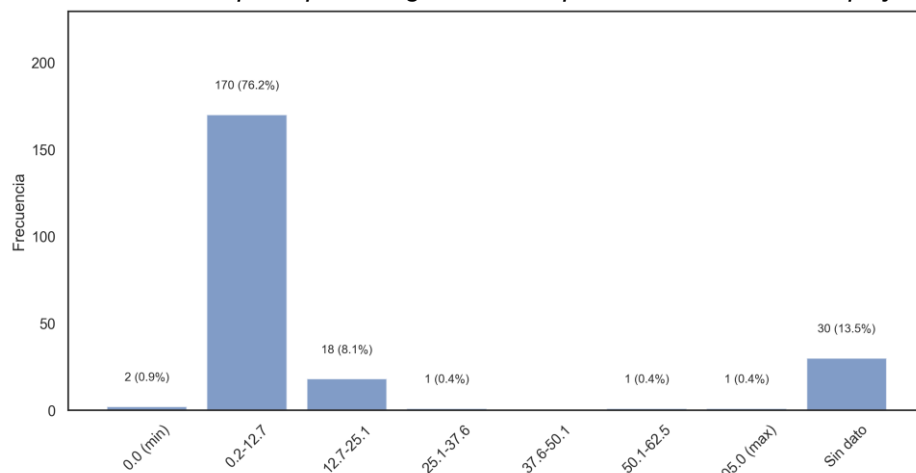
Distribución de Tiempo espera asignación cita obstetricia- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 151

Distribución de Tiempo espera asignación cita pediatría- IPS alta complejidad (Clúster 3)

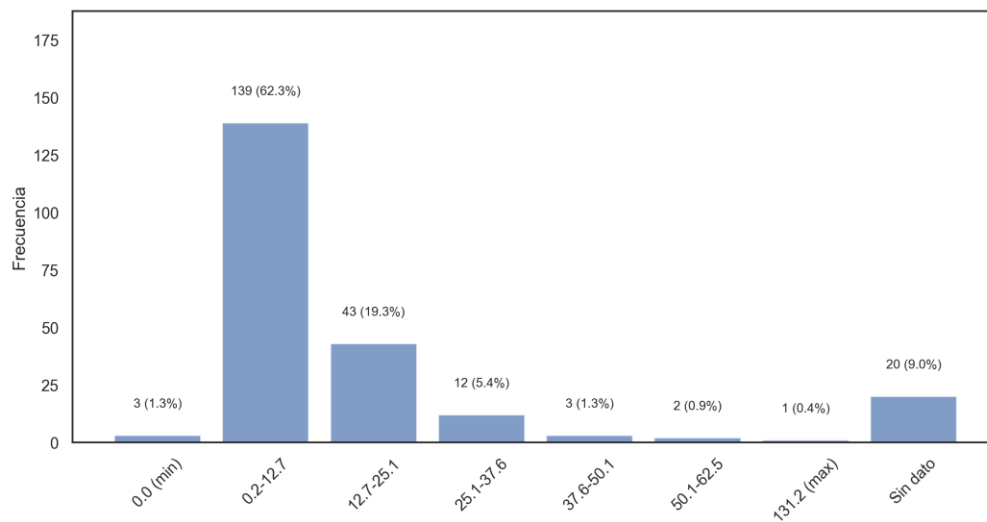


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

En el indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita en cirugía general, se observa que la mayor proporción de IPS de mayor complejidad presenta tiempos de atención oportunos: el 62,3% (139) de las IPS, se ubica en el rango de 0 a 12,6 días, seguido de un 19,3% (43) IPS entre 12,7 y 25,1 días. Esto indica que más del 80% de las instituciones garantizan la asignación de citas en menos de 25 días, lo cual es consistente con estándares adecuados de accesibilidad en servicios quirúrgicos. (Figura 152)

Figura 152

Distribución de Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general según Clúster 3



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Para el servicio de toma de resonancia magnética nuclear, el 35,4% (79) de las IPS de alta complejidad, reportan tiempos entre 0 y 7,5 días y un 24,2% (54) IPS entre 7,5 y 15,1 días.

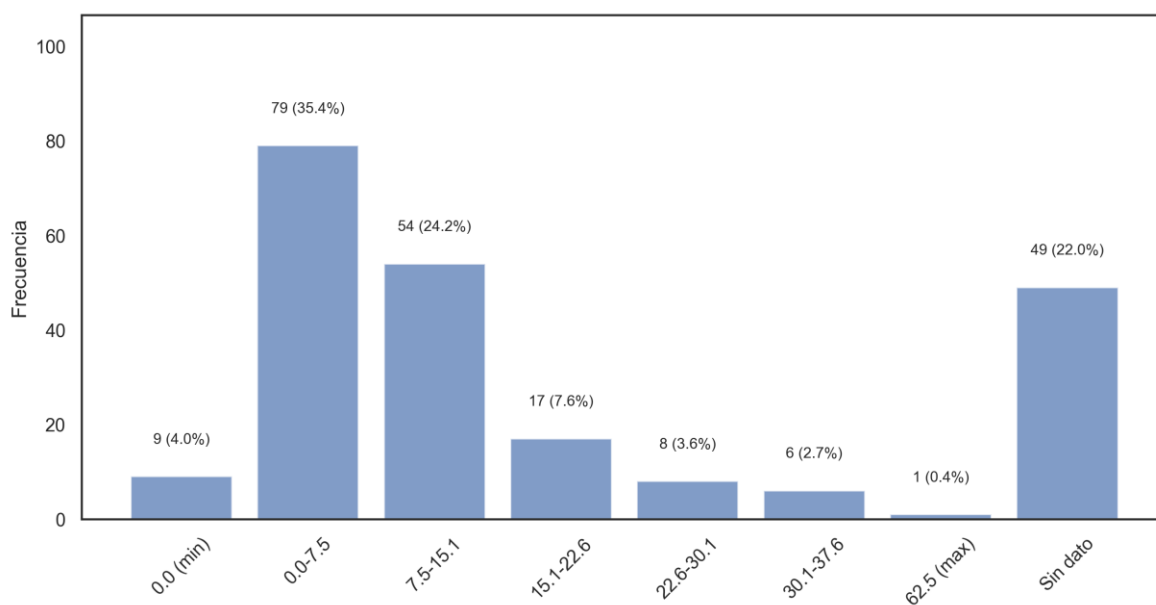


Además, existe una mayor proporción de IPS en rangos superiores a 15 días en comparación con ecografía. (Figura 153)

En el análisis del tiempo promedio de espera para la toma de ecografía, se evidencia que la mayoría de las IPS de alta complejidad, presentan tiempos oportunos: el 51,1% (114) de las IPS se ubica en el rango de 0 a 7 días, seguido de un 24,2% (54) IPS entre 7,5 y 15,1 días. En conjunto, cerca del 75% de las IPS garantizan la realización del procedimiento en menos de 15 días, lo que refleja una adecuada capacidad de respuesta diagnóstica. (Figura 154)

Figura 153

Distribución de Tiempo promedio de espera para la toma resonancia magnética nuclear- IPS alta complejidad (Clúster 3)

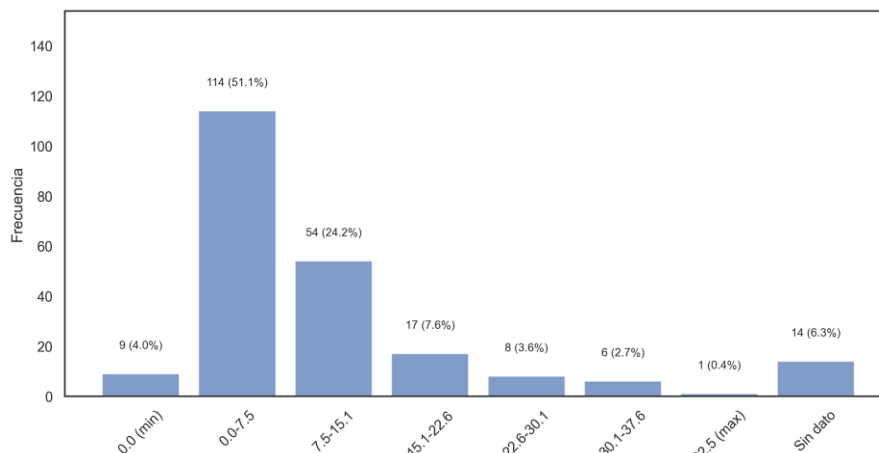


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 154



Distribución de Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía - IPS alta complejidad (Clúster 3)



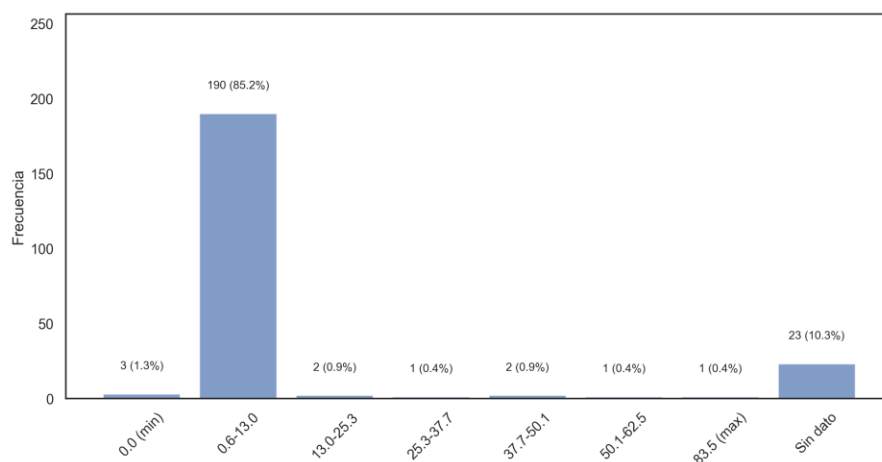
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Respecto al tiempo promedio de espera en odontología general, se mantiene un comportamiento favorable, donde el 85,2% (190) IPS de alta complejidad, presenta tiempos entre 0,6 y 13 días. Este patrón confirma una adecuada capacidad de respuesta en servicios ambulatorios, consistente con IPS de alta capacidad resolutive y buena gestión de agendas. (Figura 155)

Por su parte, en el indicador de tiempo de atención en triage 2 en urgencias, el 67,3% (150) de las IPS de alta complejidad, lo realiza entre 1,7 a 42 minutos, seguido de un 17,5% (39) de las IPS entre 43 y 82 minutos, indicando tiempos para realización de triage mayor (Figura 156)

**Figura 155**

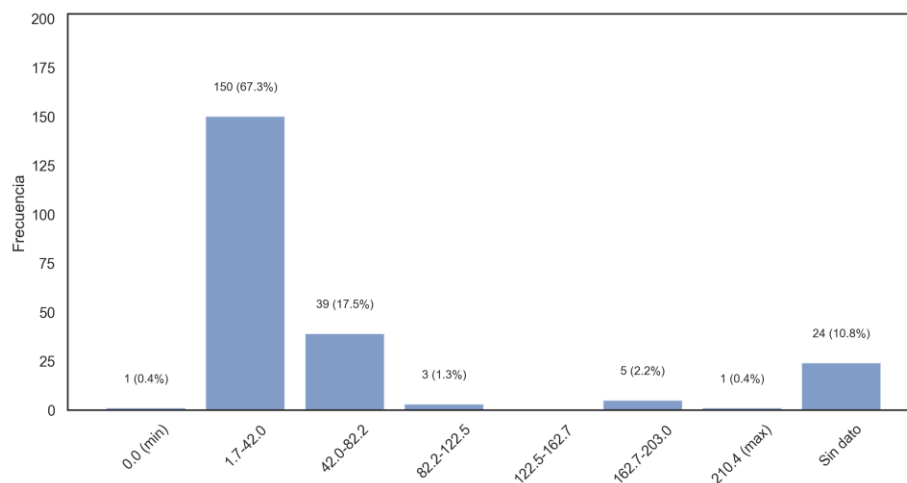
Distribución de Tiempo promedio espera asignación cita odontología general - IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)

Figura 2

Distribución de Tiempo espera atención paciente Triage 2 servicio urgencias- IPS alta complejidad (Clúster 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Sistema de Información para la Calidad, diciembre 2025 *NOTA SIN DATO (NO APLICA)



Análisis descriptivo sedes - Ranking IPS 2025

Sistema de Registro por sede

El análisis de valores faltantes evidencia que un número importante de variables con ausencia de información, especialmente en indicadores de oportunidad y captación, donde los faltantes superan el 80% e incluso el 99%, como en cirugía de revascularización miocárdica (99,59%), cirugía de cataratas (98,8%), reemplazo de cadera (98,54%) y resonancia magnética (98,54%). Esta situación también se observa en tiempos de espera y algunos indicadores de gestión, lo que refleja debilidades significativas en el reporte de información a nivel de sede, incluso en variables clave para el análisis del acceso y la oportunidad en la atención.

En este contexto, los análisis se realizaron por IPS, dado que no es posible realizar un análisis robusto por sedes, ya que la pérdida de información por variable compromete la consistencia, comparabilidad y representatividad de los resultados, lo cual no se ve afectada la validez y precisión de los resultados del ranking, en el análisis por IPS (Tabla 7)

Tabla 6

Porcentaje de información faltante por sede según variable

Variable	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
i sic cirugía revascularización miocárdica días promedio	18.389	99,59
i sic cirugía cataratas días promedio	18.243	98,8
i sic cirugía reemplazo cadera días promedio	18.196	98,54
i sic tiempo promedio de espera para la toma resonancia magnética nuclear	18.195	98,54
i sic tiempo espera obstetricia	17.759	96,18
i sic tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	17.749	96,12
i sic tiempo espera pediatría	17.258	93,46
i sic Triage 2 servicio urgencias	17.230	93,31
i sic tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	17.133	92,79
i sic tiempo promedio medicina interna días	17.112	92,67
Promedio atenciones ACV	16.169	87,57
i sic tiempo promedio odontología general	16.139	87,4
% Captación EPOC	15.250	82,59
i sic tiempo promedio espera cita medicina general días	15.226	82,46
% Captación DM	14.508	78,57
% Captación HTA	14.142	76,59
%i sic proporción usuarios recomendaría IPS	10.081	54,6
centro poblado	9.242	50,05
% reporte sic	161	0,87
tipo zona	54	0,29
nombre prestador	23	0,12
nombre	3	0,02
dv	3	0,02
cod municipio	0	0



Variable	Frecuencia Absoluta	Porcent aje
habilitado	0	0
sede principal	0	0
nivel	0	0
ESE	0	0
clpr código	0	0
clase prestador	0	0
naturaleza	0	0
naju código	0	0
NITS NIT	0	0
clase persona	0	0
cepo código	0	0
departamento	0	0
código prestador	0	0
código habilitación	0	0
numero sede	0	0
cod sede	0	0
año	0	0
municipio	0	0
numero sede principal	0	0
municipio PDET	0	0
municipio PNSR antes 2023	0	0
municipio PNSR 2023	0	0
municipio ZOMAC	0	0
municipio PNIS	0	0
nivel sede de prestador	0	0
cuidado intermedio neonatal	0	0
cuidado intermedio pediátrico	0	0
cuidado intermedio adultos	0	0
cuidado intensivo neonatal	0	0
cuidado intensivo pediátrico	0	0
municipio PNSR 2024	0	0
cod sede.1	0	0
camillas	0	0
camas	0	0
ambulancias	0	0
urgencias	0	0
psiquiatría	0	0
pediatría	0	0
medicina interna	0	0
medicina general	0	0
ginecobstetricia	0	0
cirugía general	0	0
hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas	0	0
hospitalización paciente crónico sin ventilador	0	0
hospitalización paciente crónico con ventilador	0	0
hospitalización parcial	0	0
hospitalización en salud mental	0	0
hospitalización pediátrica	0	0



Variable	Frecuencia Absoluta	Porcent aje
hospitalización adultos	0	0
cuidado intensivo adultos	0	0
unidad móvil	0	0
consultorios	0	0
% i sic satisfacción global usuarios IPS	0	0
sillas	0	0
salas	0	0
Tamizaje cáncer cuello uterino	0	0
Valoración integral infancia	0	0
Tamizaje cáncer colon	0	0
Tamizaje cáncer próstata	0	0
Tamizaje cáncer mama	0	0
Porcentaje de captación temprana de gestantes	0	0
% cobertura de gestantes con consulta de nutrición	0	0
% gestantes tamizaje VIH	0	0
grupo clasificación	0	0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, RIPS, Resolución 202 de 2021, Sistema de Información para la Calidad, Población Objeto de Atención DANE, diciembre 2025

Entre las 10.376 IPS habilitadas, se identifican 18.465 sedes de IPS, las cuales evidencian una alta concentración en los principales centros urbanos y departamentos con mayor densidad poblacional. Bogotá D.C lidera con 2.551 sedes (13,82%), seguido de Antioquia con 2.099 (11,37%). Seguidamente, se encuentran los departamentos de Santander (5,57%), Cali (5,29%) y Nariño (4,35%), junto con Cundinamarca (4,27%) y Barranquilla (4,17%). Este comportamiento refleja la centralización de la oferta de servicios de salud en territorios con mayor desarrollo urbano, infraestructura y demanda de atención.

En contraste, los departamentos de menor población y con mayores barreras geográficas presentan una baja participación en la distribución de sedes. Regiones como Guainía (0,18%), Guaviare (0,18%), Amazonas (0,12%), Vaupés (0,04%) y Vichada (0,04%) muestran una oferta significativamente limitada.

Esto confirma un modelo de oferta centralizado. Esto plantea la necesidad de fortalecer la descentralización de servicios, el cierre de brechas territoriales y el fortalecimiento de la atención primaria, especialmente en regiones con menor cobertura, para garantizar equidad en el acceso a los servicios de salud.

Resulta pertinente mencionar, que, en la actualidad desde el Sistema de Salud, se vienen generando políticas públicas fundamentadas en la estrategia de Atención Primaria en Salud, como Plan Nacional de Salud Rural – PNSR con el objetivo de garantizar el acceso y una atención integral e integrada en zonas rurales y rurales dispersas en el País, así como el fortalecimiento de la Red pública en cada municipio del país y en áreas no municipalizadas, a través del Programa Territorial de Redes, así como el fortalecimiento de las modalidades de atención a través de Telemedicina (Tabla 6).

Tabla 7
Distribución de sedes de IPS habilitadas, según departamento

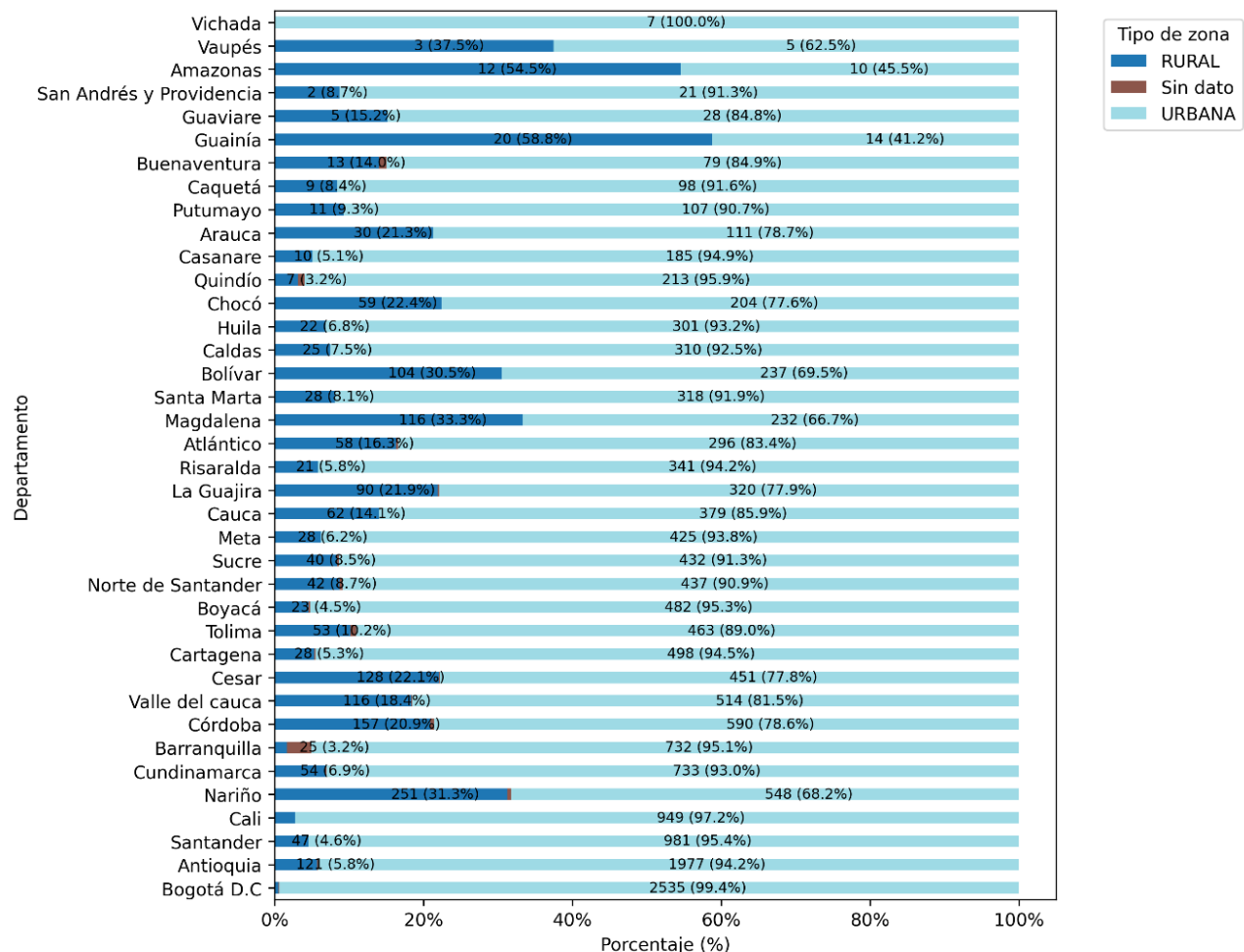
Departamento	Sedes (%)
Bogotá D.C	2.551 (13.82%)
Antioquia	2.099 (11.37%)
Santander	1.028 (5.57%)
Cali	976 (5.29%)
Nariño	803 (4.35%)
Cundinamarca	788 (4.27%)
Barranquilla	770 (4.17%)
Córdoba	751 (4.07%)
Valle del cauca	631 (3.42%)
Cesar	580 (3.14%)
Cartagena	527 (2.85%)
Tolima	520 (2.82%)
Boyacá	506 (2.74%)
Norte de Santander	481 (2.6%)
Sucre	473 (2.56%)
Meta	453 (2.45%)
Cauca	441 (2.39%)
La Guajira	411 (2.23%)
Risaralda	362 (1.96%)
Atlántico	355 (1.92%)
Magdalena	348 (1.88%)
Santa Marta	346 (1.87%)
Bolívar	341 (1.85%)
Caldas	335 (1.81%)
Huila	323 (1.75%)
Chocó	263 (1.42%)
Quindío	222 (1.2%)
Casanare	195 (1.06%)
Arauca	141 (0.76%)
Putumayo	118 (0.64%)
Caquetá	107 (0.58%)
Buenaventura	93 (0.5%)
Guainía	34 (0.18%)
Guaviare	33 (0.18%)
San Andrés y Providencia	23 (0.12%)
Amazonas	22 (0.12%)
Vaupés	8 (0.04%)
Vichada	7 (0.04%)
Total	18.465

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

La Figura 157, evidencia que la mayoría de las sedes de IPS en el país se concentran en zonas urbanas, con proporciones superiores al 90% en departamentos como Bogotá D.C (99,4%), Antioquia (94,2%), Santander (95,4%) y Cundinamarca (93,0%). En contraste, algunos territorios presentan una mayor participación rural, como Guainía (58,8%), Amazonas (54,5%), Vaupés (37,5%), Nariño (31,3%), Bolívar (30,5%), Magdalena (33,3%) y Chocó (22,4%), lo que refleja condiciones geográficas y poblacionales más dispersas.

Figura 157

Distribución de sedes según zona de ubicación



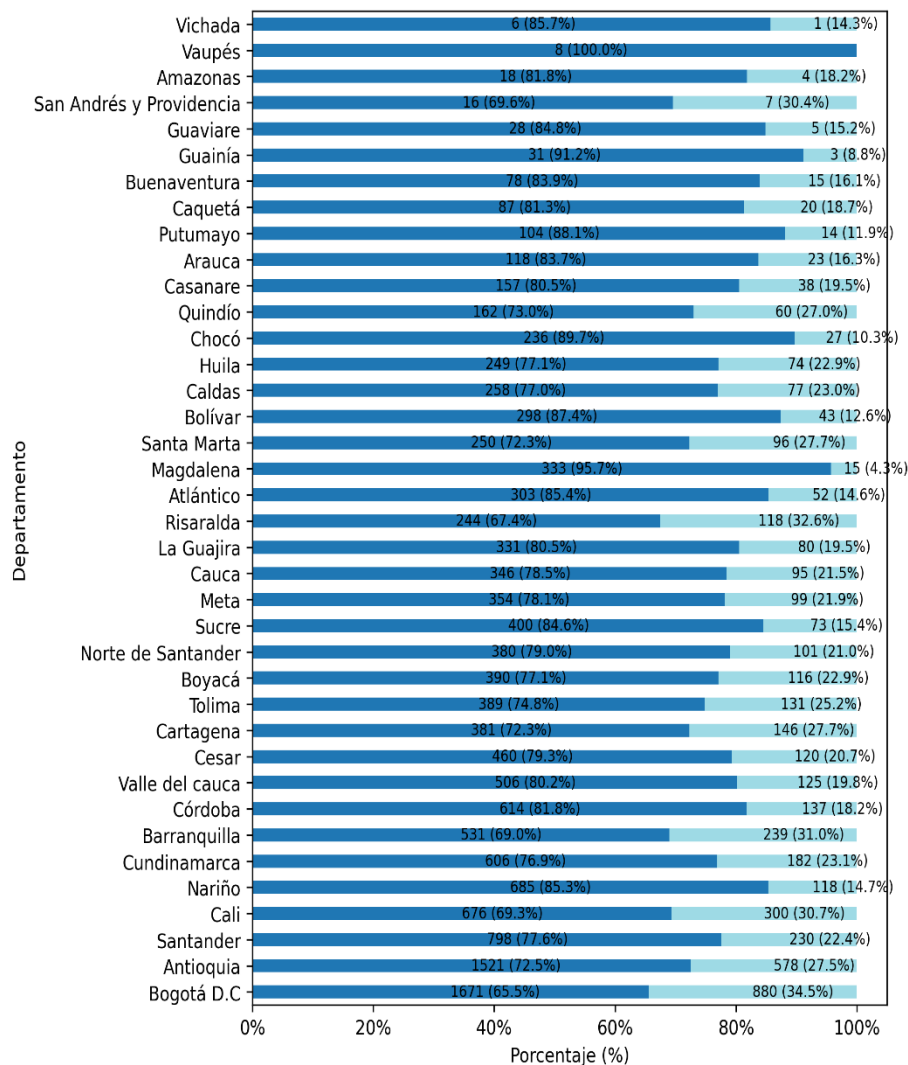
A continuación, se presenta la distribución porcentual de las sedes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por departamento según el portafolio de servicios habilitados reportado en el REPS (primario y complementario).

El análisis evidencia que las sedes de IPS se han fortalecido en la prestación de servicios de nivel complementario, con participaciones superiores al 70% en la mayoría de los departamentos. Casos como Magdalena (95,7%), Valle del Cauca (80,2%), Córdoba

(81,8%) y Antioquia (72,5%) reflejando una fuerte orientación hacia servicios especializados y de apoyo diagnóstico y terapéutico. En Bogotá D.C, aunque sigue predominando el nivel complementario (65,5%), se observa una participación importante de sedes con servicios básicos del nivel primario (34,5%), lo que sugiere una red más diversificada. (Figura 158)

Figura 158

Distribución de sedes por departamento y nivel de sede



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

El análisis evidencia que existe una baja presencia de sedes de IPS en territorios priorizados (PDET, ZOMAC, PNIS y PNSR), donde en todos los casos más del 80% de las sedes se ubican fuera de estas categorías. La situación es más crítica en municipios PNIS (solo 7,5%) y PDET (12,7%), lo que indica que faltan sedes en estas zonas estratégicas.

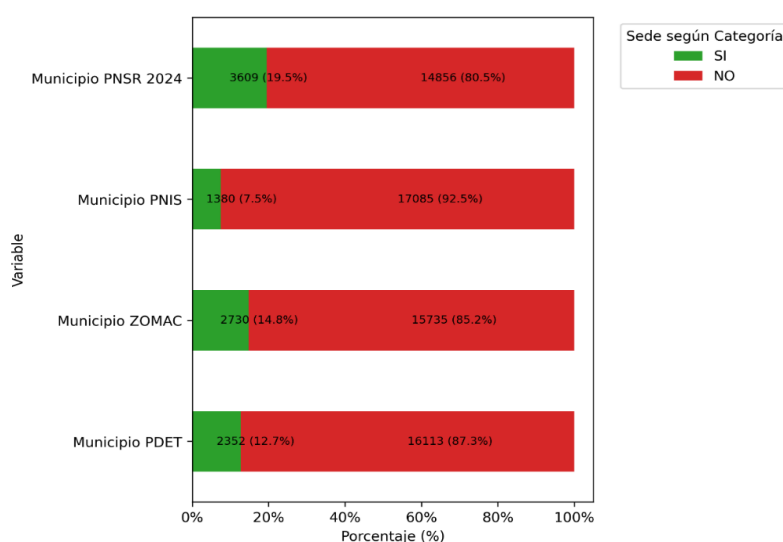


En conjunto, esto refleja brechas en la distribución de la oferta de servicios de salud, especialmente en territorios con mayores necesidades, donde se requiere fortalecer la capacidad instalada y el acceso. (Figura 159)

Integrado a las acciones de política pública frente a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, se ha fortalecido la red de prestación de servicios a través de la adecuación y construcción de infraestructura, así como la conformación de los equipos básicos de salud como herramientas clave para el acceso y cobertura de los servicios de salud.

Figura 159

Distribución de sedes según tipo de territorio



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud diciembre 2025

Relación entre las características de las IPS e indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud

- El análisis de asociación entre las características de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud se realizó a partir de la validación de supuestos de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), aplicada de manera independiente en los tres clústeres definidos por capacidad resolutive.
- Los resultados evidencian que, para los tres clústeres (IPS de Baja complejidad (clúster 1), IPS de mediana complejidad (clúster 2 y las IPS de alta complejidad (clúster 3)), la totalidad de los indicadores analizados presentan valores de significancia $p < 0,05$, lo cual permite rechazar la hipótesis nula de normalidad. En consecuencia, se establece que los datos no siguen una distribución normal y presentan alta heterogeneidad estructural.



- Este comportamiento confirma que las características de las IPS —tales como disponibilidad de servicios, disponibilidad de recursos físicos (camas, consultorios, ambulancias) y tiempos de atención— no se distribuyen homogéneamente en el sistema, lo que incide directamente en la variabilidad de los indicadores asociados a posibles prácticas vulneradoras del derecho a la salud.

En términos analíticos, esta heterogeneidad justifica el uso de métodos no paramétricos y el análisis segmentado por clúster, permitiendo una comparación más robusta entre IPS con características similares y fortaleciendo la validez de los resultados del ranking. Ver *Anexo 4 Criterios De Normalidad (Kolmogorov - Smirnov)*.

Relación entre la zona ubicación de la IPS (Rural- Urbana) y los indicadores del derecho a la salud

- La relación entre la zona de ubicación de las IPS (rural vs. urbana) y los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud fue evaluada mediante pruebas de independencia estadística (Chi-cuadrado), considerando la naturaleza cualitativa de las variables.
- Los resultados evidencian que la localización geográfica constituye un factor estructural relevante en la configuración de los indicadores analizados. En términos generales, se identifican diferencias en la disponibilidad de servicios, tiempos de espera y capacidad resolutoria, asociadas a condiciones territoriales.
- Las IPS ubicadas en zonas rurales tienden a presentar mayores limitaciones en oferta de servicios especializados, menor disponibilidad de infraestructura y mayores tiempos de espera, lo cual puede traducirse en un mayor riesgo de materialización de prácticas que afectan el acceso efectivo al derecho a la salud. (Tabla 8)
- Por su parte, las IPS en zonas urbanas muestran una mayor concentración de servicios y recursos, aunque esto no necesariamente implica mejores resultados en todos los indicadores, debido a presiones de demanda y congestión en la atención.

El análisis confirma la necesidad de incorporar el enfoque territorial en la evaluación del desempeño de las IPS, dado que las condiciones geográficas y sociales influyen directamente en la capacidad institucional para garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud. En consecuencia, los resultados del ranking deben interpretarse considerando las desigualdades territoriales existentes y la heterogeneidad de capacidades entre prestadores urbanos y rurales. (Tabla 8)

Tabla 8
Asociación entre zona ubicación IPS y los indicadores del derecho a la salud

Tabla de contingencia - IPS Baja Complejidad (Clúster 1)						Pruebas de chi-cuadrado		
VARIABLES		IPS en área Rural		IPS en área Urbana	Total		Valor Rho	Valor de P
Tiempo espera para cita Medicina general	Menor 3 días	No.	247	8.107	8.354	Chi-cuadrado de Pearson	1,117 ^a	.290
		%	97.2%	95.9%	96.0%	Razón de verosimilitudes	1.250	.264
	Mayor 3 días	No.	7	345	352	N de casos válidos	8706	
		%	2.8%	4.1%	4.0%			
Tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	253	8.411	8.664	Chi-cuadrado de Pearson	,043 ^a	.836
		%	99.6%	99.5%	99.5%	Razón de verosimilitudes	.046	.831
	Mayor 15 días	No.	1	41	42	N de casos válidos	8706	
		%	.4%	.5%	.5%			
Tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	252	8.259	8.511	Chi-cuadrado de Pearson	2,521 ^a	.112
		%	99.2%	97.7%	97.8%	Razón de verosimilitudes	3.324	.068
	Mayor 3 días	No.	2	193	195	N de casos válidos	8706	
		%	.8%	2.3%	2.2%			
Tiempo espera para cita Pediatría	Menor 5 días	No.	253	8.419	8.672	Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	.993
		%	99.6%	99.6%	99.6%	Razón de verosimilitudes	.000	.993
	Mayor 5 días	No.	1	33	34	N de casos válidos	8706	
		%	.4%	.4%	.4%			
Tiempo espera atención triage 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	253	8.447	8.700	Chi-cuadrado de Pearson	4,007 ^a	.045
		%	99.6%	99.9%	99.9%	Razón de verosimilitudes	1.961	.161
	Mayor 30 minutos	No.	1	5	6	N de casos válidos	8706	
		%	.4%	.1%	.1%			
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	239	7.587	7.826	Chi-cuadrado de Pearson	5,085 ^a	.024
		%	94.1%	89.8%	89.9%	Razón de verosimilitudes	5.865	.015
	Mayor 8 días	No.	15	865	880	N de casos válidos	8706	
		%	5.9%	10.2%	10.1%			

**Tabla de contingencia IPS Mediana Complejidad
(Clúster 2)**
Pruebas de chi-cuadrado

Variables		IPS en área Rural		IPS en área Urbana	Total		Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Tiempo espera para cita Medicina general	Menor 3 días	No.	218	1.113	1.331	Chi-cuadrado de Pearson	3,809 ^a	.051
		%	95.2%	91.4%	92.0%	Razón de verosimilitudes	4.292	.038
	Mayor 3 días	No.	11	105	116	N de casos válidos	1447	
		%	4.8%	8.6%	8.0%			
Tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	226	1.123	1.349	Chi-cuadrado de Pearson	12,857 ^a	.000
		%	98.7%	92.2%	93.2%	Razón de verosimilitudes	17.827	.000
	Mayor 15 días	No.	3	95	98	N de casos válidos	1447	
		%	1.3%	7.8%	6.8%			
Tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	220	1.120	1.340	Chi-cuadrado de Pearson	4,768 ^a	.029
		%	96.1%	92.0%	92.6%	Razón de verosimilitudes	5.518	.019
	Mayor 3 días	No.	9	98	107	N de casos válidos	1447	
		%	3.9%	8.0%	7.4%			
Tiempo espera para cita Pediatría	Menor 5 días	No.	226	1.134	1.360	Chi-cuadrado de Pearson	10,646 ^a	.001
		%	98.7%	93.1%	94.0%	Razón de verosimilitudes	14.537	.000
	Mayor 5 días	No.	3	84	87	N de casos válidos	1447	
		%	1.3%	6.9%	6.0%			
Tiempo espera atención triage 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	203	1.137	1.340	Chi-cuadrado de Pearson	6,227 ^a	.013
		%	88.6%	93.3%	92.6%	Razón de verosimilitudes	5.575	5.575
	Mayor 30 minutos	No.	26	81	107	N de casos válidos	1447	
		%	11.4%	6.7%	7.4%			
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	139	573	712	Chi-cuadrado de Pearson	14,379 ^a	.000
		%	60.7%	47.0%	49.2%	Razón de verosimilitudes	14.459	.000
	Mayor 8 días	No.	90	645	735	N de casos válidos	1447	
		%	39.3%	53.0%	50.8%			

Tabla de contingencia - IPS Alta Complejidad (Clúster 3)
Pruebas de chi-cuadrado

Variables		IPS en área Rural		IPS en área Urbana	Total		Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Tiempo espera para	Menor 3 días	No.	8	185	193	Chi-cuadrado de Pearson	1,290 ^a	.256



cita Medicina general	Mayor 3 días	%	100.0%	86.0%	86.5%	Razón de verosimilitudes	.256	.125
		No.	0	30	30	N de casos válidos	223	
		%	0.0%	14.0%	13.5%			
Tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	7	186	193	Chi-cuadrado de Pearson	.006 ^a	.936
		%	87.5%	86.5%	86.5%	Razón de verosimilitudes	.007	.935
	Mayor 15 días	No.	1	29	30	N de casos válidos	223	
		%	12.5%	13.5%	13.5%			
Tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	8	197	205	Chi-cuadrado de Pearson	.729 ^a	.393
		%	100.0%	91.6%	91.9%	Razón de verosimilitudes	1.372	.241
	Mayor 3 días	No.	0	18	18	N de casos válidos	223	
		%	0.0%	8.4%	8.1%			
Tiempo espera para cita Pediatría	Menor 5 días	No.	8	187	195	Chi-cuadrado de Pearson	1,191 ^a	.275
		%	100.0%	87.0%	87.4%	Razón de verosimilitudes	2.189	.139
	Mayor 5 días	No.	0	28	28	N de casos válidos	223	
		%	0.0%	13.0%	12.6%			
Tiempo espera atención triage 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	7	192	199	Chi-cuadrado de Pearson	.026 ^a	.872
		%	87.5%	89.3%	89.2%	Razón de verosimilitudes	.025	.874
	Mayor 30 minutos	No.	1	23	24	N de casos válidos	223	
		%	12.5%	10.7%	10.8%			
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	5	73	78	Chi-cuadrado de Pearson	2,764 ^a	.096
		%	62.5%	34.0%	35.0%	Razón de verosimilitudes	2.602	.107
	Mayor 8 días	No.	3	142	145	N de casos válidos	223	
		%	37.5%	66.0%	65.0%			

Relación entre la naturaleza jurídica de la IPS e indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud

- El análisis de la naturaleza jurídica de las IPS (públicas, privadas y mixtas) frente a los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud permite identificar diferencias en los patrones de comportamiento institucional.
- Los resultados sugieren que la naturaleza jurídica influye en variables como la gestión de recursos, la eficiencia operativa, los tiempos de respuesta y la calidad



percibida por los usuarios. Estas diferencias se reflejan en la variabilidad de los indicadores analizados.

- En términos generales, las IPS privadas tienden a mostrar mejor desempeño en los indicadores de tiempo de espera donde se observa: que para medicina general y odontología las citas se dan a los tres días; en medicina interna las citas se otorgan a los 15 días; en pediatría a los cinco días y en los servicios de urgencias triage 2 la espera para la atención está a 30 minutos. Esto comparado con las IPS públicas y mixtas los tiempos son mayores presentando mayor heterogeneidad.

Sin embargo, no se observa una relación directa entre la naturaleza jurídica de la IPS y los indicadores de vulneración de derechos, si bien es un factor relevante, interactúa con otras variables, como la formalización y cumplimiento de los acuerdos de voluntades suscritos con las Entidades Responsables de Pago, de la capacidad instalada del prestador, la ubicación geográfica y el nivel de complejidad.

Este análisis permite concluir que las prácticas potencialmente vulneradoras del derecho a la salud no dependen exclusivamente del tipo de institución, sino de un conjunto de factores interrelacionados que deben ser abordados de manera integral. (Tabla 9)

Tabla 9

Asociación entre la naturaleza jurídica de la IPS y los indicadores del derecho a la salud

Tabla de contingencia - IPS CLÚSTER 1 IPS Baja Complejidad (Clúster 1)						Pruebas de chi-cuadrado	
Variables			IPS en área Rural	IPS en área Urbana	Total	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Tiempo espera para cita Medicina general	Menor 3 días	No.	247	8107	8354	Chi-cuadrado de Pearson	1,117 ^a
		%	97.2%	95.9%	96.0%	Razón de verosimilitudes	1.250
	Mayor 3 días	No	7	345	352	N de casos válidos	8706
		%	2.8%	4.1%	4.0%		
	Menor 15 días	No.	253	8411	8664	Chi-cuadrado de Pearson	,043 ^a
		%	99.6%	99.5%	99.5%	Razón de verosimilitudes	.046
Tiempo espera para cita Medicina interna	Mayor 15 días	No.	1	41	42	N de casos válidos	8706
		%	.4%	.5%	.5%		
	Menor 3 días	No.	252	8259	8511	Chi-cuadrado de Pearson	2,521 ^a
		%	99.2%	97.7%	97.8%	Razón de verosimilitudes	3.324
	Mayor 3 días	No.	2	193	195	N de casos válidos	8706
		%	.8%	2.3%	2.2%		
Tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	252	8259	8511	Chi-cuadrado de Pearson	.112
		%	99.2%	97.7%	97.8%	Razón de verosimilitudes	.068
	Mayor 3 días	No.	2	193	195	N de casos válidos	8706
		%	.8%	2.3%	2.2%		
	Menor 3 días	No.	252	8259	8511	Chi-cuadrado de Pearson	.112
		%	99.2%	97.7%	97.8%	Razón de verosimilitudes	.068



Tiempo espera para cita Pediatria	Menor 5 días	No.	253	8419	8672	Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	.993
		%	99.6%	99.6%	99.6%	Razón de verosimilitude s	.000	.993
	Mayor 5 días	No.	1	33	34	N de casos válidos	8706	
		%	.4%	.4%	.4%			
Tiempo espera atención triage 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	253	8447	8700	Chi-cuadrado de Pearson	4,007 ^a	.045
		%	99.6%	99.9%	99.9%	Razón de verosimilitude s	1.961	.161
	Mayor 30 minutos	No.	1	5	6	N de casos válidos	8706	
		%	.4%	.1%	.1%			
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	239	7587	7826	Chi-cuadrado de Pearson	5,085 ^a	.024
		%	94.1%	89.8%	89.9%	Razón de verosimilitude s	5.865	.015
	Mayor 8 días	No.	15	865	880	N de casos válidos	8706	
		%	5.9%	10.2%	10.1%			
Tabla de contingencia IPS Mediana Complejidad (Clúster 2)						Pruebas de chi-cuadrado		
VARIABLES			IPS en área Rural	IPS en área Urbana	Total		Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Tiempo espera para cita Medicina general	Menor 3 días	No.	218	1113	1331	Chi-cuadrado de Pearson	3,809 ^a	.051
		%	95.2%	91.4%	92.0%	Razón de verosimilitude s	4.292	.038
	Mayor 3 días	No.	11	105	116	N de casos válidos	1447	
		%	4.8%	8.6%	8.0%			
Tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	226	1123	1349	Chi-cuadrado de Pearson	12,857 ^a	.000
		%	98.7%	92.2%	93.2%	Razón de verosimilitude s	17.827	.000
	Mayor 15 días	No.	3	95	98	N de casos válidos	1447	
		%	1.3%	7.8%	6.8%			
Tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	220	1120	1340	Chi-cuadrado de Pearson	4,768 ^a	.029
		%	96.1%	92.0%	92.6%	Razón de verosimilitude s	5.518	.019
	Mayor 3 días	No.	9	98	107	N de casos válidos	1447	
		%	3.9%	8.0%	7.4%			
Tiempo espera para	Menor 5 días	No.	226	1134	1360	Chi-cuadrado de Pearson	10,646 ^a	.001



cita Pediatria		%	98.7%	93.1%	94.0%	Razón de verosimilitude s	14.537	.000
	Mayor 5 días	No.	3	84	87	N de casos válidos	1447	
		%	1.3%	6.9%	6.0%			
Tiempo espera atención triage 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	203	1137	1340	Chi-cuadrado de Pearson	6,227 ^a	.013
		%	88.6%	93.3%	92.6%	Razón de verosimilitude s	5.575	5.575
	Mayor 30 minutos	No.	26	81	107	N de casos válidos	1447	
		%	11.4%	6.7%	7.4%			
	Menor 8 días	No.	139	573	712	Chi-cuadrado de Pearson	14,379 ^a	.000
		%	60.7%	47.0%	49.2%	Razón de verosimilitude s	14.459	.000
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Mayor 8 días	No.	90	645	735	N de casos válidos	1447	
		%	39.3%	53.0%	50.8%			
Tabla de contingencia - IPS Alta Complejidad (Clúster 3)						Pruebas de chi-cuadrado		
VARIABLES			RURAL	URBANA	Total		Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Tiempo espera para cita Medicina general	Menor 3 días	No.	8	185	193	Chi-cuadrado de Pearson	1,290 ^a	.256
		%	100.0%	86.0%	86.5%	Razón de verosimilitude s	.256	.125
	Mayor 3 días	No.	0	30	30	N de casos válidos	223	
		%	0.0%	14.0%	13.5%			
Tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	7	186	193	Chi-cuadrado de Pearson	,006 ^a	.936
		%	87.5%	86.5%	86.5%	Razón de verosimilitude s	.007	.935
	Mayor 15 días	No.	1	29	30	N de casos válidos	223	
		%	12.5%	13.5%	13.5%			
Tiempo espera para cita Odontologí a	Menor 3 días	No.	8	197	205	Chi-cuadrado de Pearson	,729 ^a	.393
		%	100.0%	91.6%	91.9%	Razón de verosimilitude s	1.372	.241
	Mayor 3 días	No.	0	18	18	N de casos válidos	223	
		%	0.0%	8.4%	8.1%			
Tiempo espera para cita Pediatría	Menor 5 días	No.	8	187	195	Chi-cuadrado de Pearson	1,191 ^a	.275
		%	100.0%	87.0%	87.4%	Razón de verosimilitude s	2.189	.139

Tiempo espera atención triage 2 urgencias	Mayor 5 días	No.	0	28	28	N de casos válidos	223		
		%	0.0%	13.0%	12.6%				
	Menor 30 minutos	No.	7	192	199	Chi-cuadrado de Pearson	,026 ^a	.872	
		%	87.5%	89.3%	89.2%	Razón de verosimilitudes	.025	.874	
	Mayor 30 minutos	No.	1	23	24	N de casos válidos	223		
		%	12.5%	10.7%	10.8%				
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	5	73	78	Chi-cuadrado de Pearson	2,764 ^a	.096	
		%	62.5%	34.0%	35.0%	Razón de verosimilitudes	2.602	.107	
	Mayor 8 días	No.	3	142	145	N de casos válidos	223		
		%	37.5%	66.0%	65.0%				
Variables			Tipo naturaleza			Total	Pruebas de chi- cuadrado		
			1 Privada	3 Mixta	4 Pública		Valor	P-VALOR	
Tabla de contingencia IPS Baja Complejidad (Clúster 1)									
tiempo espera para cita Medicina general	Menor 3 días	No.	8193	10	151	8354	Chi-cuadrado de Pearson	5,004 ^a	.082
		%	95.9%	100.0%	99.3%	96.0 %	Razón de verosimilitudes	7.757	.021
	Mayor 3 días	No.	351	0	1	352	N de casos válidos	8706	
		%	4.1%	0.0%	.7%	4.0%			
tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	8502	10	152	8664	Chi-cuadrado de Pearson	,800 ^a	.670
		%	99.5%	100.0%	100.0%	99.5 %	Razón de verosimilitudes	1.582	.453
	Mayor 15 días	No.	42	0	0	42	N de casos válidos	8706	
		%	.5%	0.0%	0.0%	.5%			
tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	8349	10	152	8511	Chi-cuadrado de Pearson	3,782 ^a	.151
		%	97.7%	100.0%	100.0%	97.8 %	Razón de verosimilitudes	7.410	.025
	Mayor 3 días	No.	195	0	0	195	N de casos válidos	8706	
		%	2.3%	0.0%	0.0%	2.2%			
tiempo espera para cita Pediatría	Menor 5 días	No.	8510	10	152	8672	Chi-cuadrado de Pearson	,647 ^a	.724
		%	99.6%	100.0%	100.0%	99.6 %	Razón de verosimilitudes	1.280	.527

	Mayor 5 días	No.	34	0	0	34	N de casos válidos	8706	
		%	.4%	0.0%	0.0%	.4%			
Tiempo espera atención triage 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	8538	10	152	8700	Chi-cuadrado de Pearson	,114 ^a	.945
		%	99.9%	100.0%	100.0%	99.9%	Razón de verosimilitudes	.225	.893
	Mayor 30 minutos	No.	6	0	0	6	N de casos válidos	8706	
		%	.1%	0.0%	0.0%	.1%			
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	7669	10	147	7826	Chi-cuadrado de Pearson	9,069 ^a	.011
		%	89.8%	100.0%	96.7%	89.9%	Razón de verosimilitudes	12.566	.002
	Mayor 8 días	No.	875	0	5	880	N de casos válidos	8706	
		%	10.2%	0.0%	3.3%	10.1%			
Tabla de contingencia IPS Mediana Complejidad (Clúster 2)									
tiempo espera para cita Medicina general	Menor 3 días	No.	553	2	776	1331	Chi-cuadrado de Pearson	76,353 ^a	.000
		%	85.1%	100.0%	97.6%	92.0%	Razón de verosimilitudes	80.716	.000
	Mayor 3 días	No.	97	0	19	116	N de casos válidos	1447	
		%	14.9%	0.0%	2.4%	8.0%			
tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	562	2	785	1349	Chi-cuadrado de Pearson	85,564 ^a	.000
		%	86.5%	100.0%	98.7%	93.2%	Razón de verosimilitudes	94.061	.000
	Mayor 15 días	No.	88	0	10	98	N de casos válidos	1447	
		%	13.5%	0.0%	1.3%	6.8%			
tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	568	2	770	1340	Chi-cuadrado de Pearson	47,001 ^a	.000
		%	87.4%	100.0%	96.9%	92.6%	Razón de verosimilitudes	48.340	.000
	Mayor 3 días	No.	82	0	25	107	N de casos válidos	1447	
		%	12.6%	0.0%	3.1%	7.4%			
tiempo espera para cita Pediatría	Menor 5 días	No.	579	2	779	1360	Chi-cuadrado de Pearson	50,373 ^a	.000

		%	89.1%	100.0%	98.0%	94.0 %	Razón de verosimilitudes	52.799	.000	
	Mayor 5 días	No.	71	0	16	87	N de casos válidos	1447		
		%	10.9%	0.0%	2.0%	6.0%				
Tiempo espera atención triag 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	618	2	720	1340	Chi-cuadrado de Pearson	10, 786 ^a	.005	
		%	95.1%	100.0%	90.6%	92.6 %	Razón de verosimilitudes	11.295	.004	
	Mayor 30 minutos	No.	32	0	75	107	N de casos válidos	1447		
		%	4.9%	0.0%	9.4%	7.4%				
	Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	205	0	507	712	Chi-cuadrado de Pearson	150,616 ^a	.000
%			31.5%	0.0%	63.8%	49.2 %	Razón de verosimilitudes	154.270	.000	
Mayor 8 días		No.	445	2	288	735	N de casos válidos	1447		
		%	68.5%	100.0%	36.2%	50.8 %				
Tabla de contingencia IPS Alta Complejidad (Clúster 3)										
tiempo espera para cita Medicina general		Menor 3 días	No.	146	3	44	193	Chi-cuadrado de Pearson	,473 ^a	.789
	%		86.4%	100.0%	86.3%	86.5 %	Razón de verosimilitudes	.874	.646	
	Mayor 3 días	No.	23	0	7	30	N de casos válidos	223		
		%	13.6%	0.0%	13.7%	13.5 %				
tiempo espera para cita Medicina interna	Menor 15 días	No.	142	3	48	193	Chi-cuadrado de Pearson	3,901 ^a	.142	
		%	84.0%	100.0%	94.1%	86.5 %	Razón de verosimilitudes	4.833	.089	
	Mayor 15 días	No.	27	0	3	30	N de casos válidos	223		
		%	16.0%	0.0%	5.9%	13.5 %				
tiempo espera para cita Odontología	Menor 3 días	No.	154	2	49	205	Chi-cuadrado de Pearson	3,911 ^a	.141	
		%	91.1%	66.7%	96.1%	91.9 %	Razón de verosimilitudes	3.134	.209	
	Mayor 3 días	No.	15	1	2	18	N de casos válidos	223		
		%	8.9%	33.3%	3.9%	8.1%				



tiempo espera para cita Pediatría	Menor 5 días	No.	146	3	46	195	Chi-cuadrado de Pearson	,953 ^a	.621
		%	86.4%	100.0%	90.2%	87.4%	Razón de verosimilitudes	1.349	.510
	Mayor 5 días	No.	23	0	5	28	N de casos válidos	223	
		%	13.6%	0.0%	9.8%	12.6%			
Tiempo espera atención triag 2 urgencias	Menor 30 minutos	No.	151	3	45	199	Chi-cuadrado de Pearson	,417 ^a	.812
		%	89.3%	100.0%	88.2%	89.2%	Razón de verosimilitudes	.737	.692
	Mayor 30 minutos	No.	18	0	6	24	N de casos válidos	223	
		%	10.7%	0.0%	11.8%	10.8%			
Tiempo de espera para cita Obstetricia	Menor 8 días	No.	54	1	23	78	Chi-cuadrado de Pearson	2,980 ^a	.225
		%	32.0%	33.3%	45.1%	35.0%	Razón de verosimilitudes	2.909	.234
	Mayor 8 días	No.	115	2	28	145	N de casos válidos	223	
		%	68.0%	66.7%	54.9%	65.0%			

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo, corte 31 diciembre 2025

Correlación entre la satisfacción Global usuarios e indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud

- El análisis de correlación entre la satisfacción global de los usuarios y los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud se realizó mediante los coeficientes de Pearson y Spearman, según la naturaleza de las variables, para cada clúster de capacidad resolutive.
- En las IPS de Baja Complejidad (Clúster 1), se identifica una alta correlación positiva entre la satisfacción global y la proporción de usuarios que recomendarían la IPS ($p=0,836$; $p<0,01$), lo que valida la consistencia interna del indicador de satisfacción. Asimismo, se observan correlaciones positivas, aunque de baja magnitud, con el reporte al sistema de información de calidad y variables de capacidad instalada.
- Adicionalmente, se evidencian correlaciones negativas, aunque de muy baja intensidad, entre la satisfacción y variables como tiempos de espera, servicios hospitalarios y captación de enfermedades crónicas, lo cual sugiere que mayores barreras en el acceso y oportunidad del servicio se asocian con menores niveles de satisfacción.

- En las IPS de mediana complejidad (clúster 2), se mantiene una alta correlación entre satisfacción y recomendación del servicio ($p=0,748$; $p<0,01$), junto con asociaciones positivas de baja magnitud con el reporte de calidad y tiempos de atención. También se identifican correlaciones negativas con algunos servicios específicos, como hospitalización en salud mental.

En términos generales, los resultados muestran que la satisfacción del usuario es un indicador sensible a condiciones de acceso, oportunidad y capacidad resolutive, aunque su relación con los indicadores estructurales es, en la mayoría de los casos, de baja intensidad. Esto sugiere que la percepción del usuario está influenciada por múltiples dimensiones del servicio y no exclusivamente por los indicadores técnicos, lo cual debe ser considerado en la interpretación del ranking y en la formulación de políticas de mejora.

Tabla 10

Correlación entre % de satisfacción de los usuarios y los indicadores del derecho a la salud

Variables	IPS Baja Complejidad (Clúster 1)			IPS Mediana Complejidad (Clúster 2)			IPS Alta Complejidad (Clúster 3)		
	Frecuencias	Correlación de Pearson	P*	Frecuencias	Correlación de Pearson	P*	Frecuencias	Correlación de Pearson	P*
Sic satisfacción Global usuarios IPS	8.706	1		1447	1		223	1	
Cuidado, Intermedio Neonatal	8.706	,011	,305	1447	,748**	,000	223	,696**	,000
Cuidado, Intermedio Pediátrico	8.706	,009	,411	1447	,009	,720	223	-,028	,677
Cuidado, Intermedio Adultos	8.706	,015	,162	1447	,002	,934	223	,004	,958
Cuidado, Intensivo Neonatal	8.706	,011	,305	1447	,000	,992	223	,009	,897
Cuidado, Intensivo Pediátrico	8.706	,009	,411	1447	,002	,937	223	-,019	,783
Cuidado, Intensivo Adultos	8.706	,005	,628	1447	-,001	,955	223	,005	,943
Hospitalización Adultos	8.706	-,050**	,000	1447	-,006	,811	223	-,013	,846
Hospitalización Pediátrica	8.706	,005	,661	1447	,038	,153	223	,042	,534
Hospitalización En Salud Mental	8.706	,010	,345	1447	,047	,077	223	,036	,589
Hospitalización Parcial	8.706	,017	,108	1447	-,083**	,002	223	,030	,654
Hospitalización Paciente Crónico Con Ventilador	8.706	-,014	,192	1447	-,015	,558	223	,023	,735
Hospitalización Paciente Crónico Sin Ventilador	8.706	-,044**	,000	1447	-,002	,931	223	,030	,653
Hospitalización En Consumo De Sustancias Psicoactivas	8.706	,013	,218	1447	,003	,901	223	-,004	,949
Cirugía General	8.706	-,024*	,027	1447	-,048	,071	223	-,002	,971
Ginecobstetricia	8.706	-,013	,227	1447	-,025	,338	223	-,036	,597
Medicina General	8.706	-,026*	,017	1447	-,005	,840	223	-,013	,846
Medicina Interna	8.706	-,024*	,027	1447	,028	,280	223	,008	,900
Pediatría	8.706	-,028**	,009	1447	-,018	,505	223	-,012	,859
Psiquiatría	8.706	,005	,666	1447	-,009	,743	223	-,030	,656
Urgencias	8.706	,014	,196	1447	-,036	,171	223	,004	,956
Ambulancias	8.706	,024*	,026	1447	,026	,315	223	,050	,453
Camas	8.706	,021	,054	1447	,037	,165	223	,063	,349
Camillas	8.706	,011	,295	1447	-,019	,480	223	,054	,418
Consultorios	8.706	,057**	,000	1447	,007	,802	223	,100	,137
Salas	8.706	,052**	,000	1447	-,002	,953	223	-,015	,821
Sillas	8.706	,031**	,004	1447	,026	,331	223	,049	,464
Unidad Móvil	8.706	,008	,461	1447	,014	,600	223	,048	,472



Variables	IPS Baja Complejidad (Clúster 1)			IPS Mediana Complejidad (Clúster 2)			IPS Alta Complejidad (Clúster 3)		
	Frecuencias	Correlación de Pearson	P*	Frecuencias	Correlación de Pearson	P*	Frecuencias	Correlación de Pearson	P*
Tiempo promedio espera asignación cita Cirugía General	8.706	-,018	,090	1447	,043	,105	223	,058	,392
Proporción usuarios recomendaría IPS	8.706	,836**	0,000	1447	-,023	,379	223	,037	,579
Tiempo promedio espera cita Medicina General DIAS	8.706	,017	,105	1447	,033	,214	223	,029	,668
Tiempo promedio Medicina Interna DIAS	8.706	-,012	,257	1447	,023	,377	223	,106	,114
I sic Tiempo promedio Odontología General	8.706	,028**	,009	1447	,018	,492	223	-,054	,419
I sic Triage 2 servicio urgencias	8.706	,014	,182	1447	-,003	,908	223	-,022	,744
Sic Cirugía Cataratas DIAS_PROMEDIO	8.706	,016	,133	1447	,018	,503	223	,079	,239
Sic cirugía Reemplazo cadera DIAS_PROMEDIO	8.706	,010	,357	1447	,021	,434	223	,107	,110
Sic cirugía revascularización miocárdica DIAS_PROMEDIO	8.706	,010	,347	1447	,015	,567	223	,038	,571
Sic Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	8.706	,001	,898	1447	,025	,345	223	,028	,676
Sic Tiempo promedio espera toma Resonancia Magnética Nuclear	8.706	,056**	,000	1447	,055*	,038	223	,084	,213
Sic Tiempo espera pediatría	8.706	-,043**	,000	1447	,005	,862	223	,030	,655
Sic Tiempo espera obstetricia	8.706	-,026*	,017	1447	,017	,513	223	,011	,876
Tamizaje Cáncer Cuello Uterino	8.706	,021*	,048	1447	,022	,406	223	-,047	,488
Tamizaje Cáncer Mama	8.706	,048**	,000	1447	-,005	,859	223	-,034	,611
Tamizaje Cáncer Próstata	8.706	,005	,672	1447	,020	,442	223	-,017	,805
Tamizaje Cáncer Colon	8.706	-,001	,947	1447	-,003	,917	223	,022	,743
Valoración Integral Infancia	8.706	,030**	,006	1447	,044	,094	223	,034	,609
Porcentaje Captación Hipertensión Arterial	8.706	-,077**	,000	1447	,014	,583	223	-,022	,741
Porcentaje Captación Diabetes Mellitus	8.706	-,060**	,000	1447	,000	,992	223	-,004	,949
Porcentaje Captación EPOC	8.706	-,027*	,011	1447	,008	,758	223	-,007	,912
Porcentaje Captación Accidente Cerebro Vascular	8.706	-,032**	,003	1447	-,004	,872	223	,013	,842
Porcentaje reporte sic	8.706	,289**	,000	1447	,132**	,000	223	,255**	,000
Porcentaje Captación Temprana de Gestantes	8.706	,056**	,000	1447	,027	,300	223	,067	,322
Porcentaje Cobertura de gestantes con consulta de nutrición	8.706	-,006	,577	1447	-,009	,742	223	-,079	,243
Porcentaje Gestantes Tamizaje VIH	8.706	,000	,990	1447	,033	,217	223	-,003	,965

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo, corte 31 diciembre 2025

Eficiencia técnica y ranking de IPS de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud de acuerdo con su desempeño.

- Para analizar eficiencia técnica en las IPS, se utilizó la metodología DEA (Análisis Envolvente de Datos), consiste en una metodología no paramétrica, que utiliza una técnica de programación lineal, para poder determinar la máxima producción de los



resultados de los indicadores del derecho a la salud, en un tiempo determinado, con los recursos disponibles y luego valorar la eficiencia relativa de las unidades productoras, estas unidades deben ser homogéneas; para este proceso se realizó análisis de clúster.

- Se realizó análisis de clúster tipo jerárquico para definir el número de grupos a conformar para homogenizar las IPS, este análisis mostro que se debían generar tres grupos con una distancia de 5 desescalada y para la consistencia entre las IPS de conforma cada grupo se utilizó clúster tipo k-medias como se muestra a continuación.

Tabla 11

Centros de clústeres finales

		Número de caso de clúster		
Grupo Clúster		Frecuencia de No. IPS	Porcentaje del total de IPS	Porcentaje acumulado
1	Baja complejidad	8.706	84%	84%
2	Mediana complejidad	1.447	14%	98%
3	Alta complejidad	223	2%	100%
Total		10.376	100%	

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, Resolución 202 de 2021, corte 31 diciembre 2025

Eficiencia técnica de IPS con servicios de IPS Baja Complejidad (Clúster 1) respecto de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud

Al analizar la eficiencia técnica de las 8.706 IPS con servicios de baja complejidad se observa en 5.955 IPS una eficiencia técnica global del 100% con rendimientos crecientes o constantes, es decir, tienen un buen uso de los recursos con resultados positivos en salud. En las 2.751 IPS restantes la eficiencia técnica global está por debajo de 100% con un grado de ineficiencia técnica en escala mayor a 1 y rendimientos constantes o decrecientes, mostrando el uso no adecuado de los recursos lo cual se refleja en la gestión y los resultados en salud.

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

Tabla 12

Clasificación de vulneración de los derechos a la salud por IPS con servicios de baja complejidad)

CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN		Número IPS	IPS
Alarma "Rojo"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100%, ii) rendimientos decrecientes; estos resultados generan indicadores de salud deficientes.	2.651	En el anexo 5 de IPS de baja complejidad "Clúster 1", estas se identifican con color rojo.
Crítico "Naranja"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100% y, ii) rendimientos constantes; estos resultados evidencian riesgo respecto al mantenimiento de los indicadores de salud.	100	En anexo 5 de IPS de baja complejidad "Clúster 1" se identifican con color naranja.
Aceptable "Amarillo"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos constantes; IPS que alcanzan equilibrio entre la gestión de recursos y el mantenimiento de indicadores en salud.	4.696	En anexo 5 IPS de IPS de baja complejidad "Clúster 1" se identifican con color amarillo.
Sin vulneración "Verde"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos crecientes; IPS que logran la gestión óptima de recursos y resultados en salud positivos. No tienen prácticas vulneradoras del derecho a la salud.	1.259	En anexo 5 IPS de baja complejidad "Clúster 1" se identifican con color verde.

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo corte 31 diciembre 2025

Eficiencia técnica de IPS de mediana complejidad respecto de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud

Al analizar la eficiencia técnica de las 1.447 IPS con servicios de mediana complejidad, se observa en 839 IPS tienen una eficiencia técnica global del 100% y rendimientos crecientes o constantes, es decir, tienen un buen uso de los recursos con resultados positivos en salud. En las 608 IPS restantes la eficiencia técnica global está por debajo de 100% con grado de ineficiencia técnica en escala mayor a 1 y rendimientos constantes y decrecientes, mostrando el uso no adecuado de los recursos lo cual se refleja en la gestión y los resultados en salud.

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

Tabla 13

Clasificación de vulneración de los derechos a la salud por IPS de mediana complejidad

CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN		Número IPS	IPS
Alarma "Rojo"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100%, ii) rendimientos decrecientes; estos resultados generan indicadores de salud deficientes.	215	En anexo 6 IPS de mediana complejidad "Clúster 2" se identifican con color rojo.

Crítico "Naranja"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100% y, ii) rendimientos constantes; estos resultados evidencian riesgo respecto al mantenimiento de los indicadores de salud.	393	En anexo 6 IPS de mediana complejidad "Clúster 2" se identifican con color naranja.
Aceptable "Amarillo"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos constantes; IPS que alcanzan equilibrio entre la gestión de recursos y el mantenimiento de indicadores en salud.	677	En anexo 6 IPS de mediana complejidad "Clúster 2" se identifican con color amarillo.
Sin vulneración "Verde"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos crecientes; IPS que logran la gestión óptima de recursos y resultados en salud positivos. No tienen prácticas vulneradoras del derecho a la salud.	162	En anexo 6 IPS de mediana complejidad "Clúster 2" se identifican con color verde.

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo corte 31 diciembre 2025

Eficiencia técnica de IPS de alta complejidad respecto a los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud

Al analizar la eficiencia técnica de las 223 IPS con servicios de alta complejidad, de las cuales 196 IPS tienen una eficiencia técnica global del 100% y rendimientos crecientes o constantes, es decir, tienen un buen uso de los recursos con resultados positivos en salud. En las 27 IPS restantes, la eficiencia técnica global está por debajo de 100% con grado de ineficiencia técnica en escala mayor a 1 y rendimientos constantes y decrecientes, mostrando el uso no adecuado de los recursos lo cual se refleja en la gestión y los resultados en salud.

En este contexto, en relación con la clasificación de prácticas vulneradoras del derecho a la salud, se evidencia lo siguiente (ver Anexo 7. IPS con servicios de alta complejidad):

Tabla 14

Clasificación de vulneración de los derechos a la salud por IPS con servicios de alta complejidad

	CLASIFICACIÓN DE VULNERACIÓN	NÚMERO IPS	IPS
Alarma "Rojo"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100%, ii) rendimientos decrecientes; estos resultados generan indicadores de salud deficientes.	2	En anexo 7 IPS de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color rojo.
Crítico "Naranja"	Son IPS con i) eficiencia técnica por debajo de 100% y, ii) rendimientos constantes; estos resultados evidencian riesgo respecto al mantenimiento de los indicadores de salud.	25	En anexo 7 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color naranja.



Aceptable "Amarillo"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos constantes; IPS que alcanzan equilibrio entre la gestión de recursos y el mantenimiento de indicadores en salud.	28	En anexo 7 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color amarillo.
Sin vulneración "Verde"	Son IPS con i) eficiencia técnica de 100% y, ii) rendimientos crecientes; IPS que logran la gestión óptima de recursos y resultados en salud positivos. No tienen prácticas vulneradoras del derecho a la salud.	168	En anexo 7 IPS de con servicios de alta complejidad "Clúster 3" se identifican con color verde.

Fuentes: SIC, RIPS, REPS, cuenta de alto costo corte 31 diciembre 2025

Conclusiones

Para el Rankin de IPS correspondiente a la vigencia 2025 se analizaron 10.376 Instituciones Prestadoras de servicios de salud; de este total el 4,4% (459) se encuentran en zona rural y el 95,6% (9.917) en zona urbana; según su naturaleza jurídica el 90,2% (9.363) son Privadas, el 9,6% (998) son Públicas y el 0,2% (15) son Mixtas.

De acuerdo con las características sociodemográficas del territorio 1.205 IPS se encuentran en los municipios PDET; 1.259 IPS en los municipios ZOMAC; 1.854 en los municipios de PNSR y, 636 entre los municipios PNIS.

En el análisis de dependencia de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho a la salud, de acuerdo con la zona de ubicación de la IPS (rural o urbana), se observa una asociación estadísticamente significativa, que influye negativamente en la oportunidad en los tiempos de prestación del servicio.

En lo relacionado con la dependencia de los indicadores de prácticas vulneradoras del derecho con la naturaleza jurídica de la IPS (Pública, privada o mixta) se encuentra una asociación que interactúa con factores como acuerdos de voluntades, ubicación geográfica y capacidad resolutoria en la IPS y las ERP.

De acuerdo con la metodología de costo-efectividad establecida (método DEA); se realizó una agrupación de IPS de acuerdo con la complejidad de los servicios de salud prestados, donde se establecen 3 clúster. Clúster 1) IPS con servicios de baja complejidad, Clúster 2) IPS con servicios de mediana complejidad y Clúster 3) IPS con servicios de alta complejidad.

En el análisis de eficiencia técnica, como resultado del proceso comparativo entre IPS, se determinan las buenas prácticas sanitarias, de acuerdo con la gestión de los recursos y el desempeño en los resultados en salud. Se evidenció, de acuerdo con la clasificación de vulnerabilidad a los derechos de salud lo siguiente:



- En las 8.706 IPS con servicios de baja complejidad, 2.651 IPS se encuentra en la categoría de “alarma”; 100 IPS se encuentra en la categoría “crítico” y 5.955 IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- En las 1.447 IPS con servicios de mediana complejidad, 215 IPS se encuentra en la categoría de “alarma”, 393 IPS se encuentra en la categoría “crítico” y 839 IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- En las 223 IPS con servicios de alta complejidad, 2 IPS se encuentra en la categoría de “alarma” y 25 IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.

En consecuencia, con el análisis de eficiencia técnica, se recomienda que la generación de capacidades, la autogestión y el seguimiento respecto a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud tengan en cuenta la siguiente priorización:

1. IPS baja complejidad, debido a que el 30% (2.651 IPS) se encuentra en la categoría de “alarma” y el 1,15% (100 IPS) se encuentra en la categoría “crítico”, lo cual evidencia que estas IPS tienen indicadores de salud deficientes o con riesgo respecto al mantenimiento de los mismos, incidiendo en su capacidad para gestionar acciones de salud pública como primer contacto con las personas, familias y comunidades en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el tratamiento de las enfermedades comunes y la atención a las necesidades de salud de la comunidad.
2. IPS de mediana complejidad, debido a que el 14,9% (215) IPS se encuentra en la categoría de “alarma” y el 27,16% (393) IPS se encuentra en la categoría “crítico”, lo cual evidencia que estas IPS tienen indicadores de salud deficientes o con riesgo respecto al mantenimiento de los mismos, incidiendo en su capacidad para asegurar la continuidad, oportunidad, pertinencia e integralidad en la atención de enfermedades o condiciones que requieren seguimiento y control para evitar secuelas, complicaciones o afectaciones mayores a los pacientes en el proceso de atención.
3. IPS de alta complejidad, debido a que el 1,27% (2) IPS se encuentra en la categoría de “alarma” y el 15,92% (25 IPS) se encuentra en la categoría “crítico”, lo cual evidencia que estas IPS tienen indicadores de salud deficientes o con riesgo respecto al mantenimiento de estos, incidiendo en su capacidad resolutoria.

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

IPS Públicas

- En las 152 IPS con servicios de baja complejidad, el 70,4% (107) IPS se encuentra en la categoría de “alarma”; 0,7% (1) IPS se encuentra en la categoría “crítico” y 28,9% (44) IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- En las 795 IPS con servicios de mediana complejidad, el 15,7% (125) IPS se encuentra en la categoría de “alarma”, 28,4% (225 IPS) se encuentra en la categoría



“crítico” y el 55,9% (445) IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.

- En las 51 IPS con servicios de alta complejidad, el 11,8% (6) IPS se encuentra en la categoría de “crítico” y el 88,2% (45) IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.

IPS Privadas

- En las 8.544 IPS con servicios de baja complejidad, el 29,8% (2.542) IPS se encuentra en la categoría de “alarma”; 1,2% (99) IPS se encuentra en la categoría “crítico” y el 69% (5.903) IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- En las 650 IPS mediana complejidad, el 13,8% (90) IPS se encuentra en la categoría de “alarma”, el 25,9% (168) IPS se encuentra en la categoría “crítico” y el 60,3% (392) IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.
- En las 169 IPS con servicios de alta complejidad, el 1,2% (2) IPS se encuentra en la categoría de “alarma”, el 11,2% (19) IPS se encuentra en la categoría “crítico” y el 87,6% (148) IPS se encuentra en la categoría “aceptable” y “sin vulneración”.

Las IPS restantes, son de naturaleza mixta, de las cuales 10 IPS cuentan con servicios de baja complejidad, 2 IPS con servicios de mediana complejidad y 3 IPS con servicios de alta complejidad.

Los resultados obtenidos permiten identificar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas en Colombia, que registran mayor vulneración al goce efectivo del derecho a la salud en la vigencia 2025, proporcionando información a los/as usuarios/as para el ejercicio de sus derechos; identifica patrones o áreas críticas que afectan el goce efectivo y genera insumos para las acciones preventivas y correctivas en materia de políticas de salud a nivel nacional y territorial.

NOTA ACLARATORIA: Se aclara que el indicador de costo-efectividad corresponde a un indicador sintético, construido a partir de la integración de múltiples variables y ponderaciones definidas para la presente vigencia. En este sentido, no es directamente comparable con los resultados del año 2024, debido a posibles variaciones en su estructura metodológica, componentes y criterios de cálculo.

Adicionalmente, se precisa que los resultados derivados de la metodología de clusterización empleada en este análisis tampoco son comparables con los del año 2024, dado que la conformación de los conglomerados depende de la distribución específica de los datos en cada periodo, así como de los parámetros y variables incluidos en el modelo, lo que implica cambios en la agrupación y clasificación de las IPS entre vigencias.



Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. (junio de 2024). www.paho.org.
Obtenido de www.paho.org: <https://www.paho.org/es/temas/servicios-salud>
2. Organización Panamericana de la Salud. (junio de 2024). www.who.int.
Obtenido de www.who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta. Washington DC: OPS/OMS.
4. Secretario de Salud Departamental de Choco. (2024). ajuste al programa territorial de rediseño reorganización y modernización de la red. Quibdó: Gobernación del Choco.
5. Salinas-Martínez am, Amaya-alemán MA, Arteaga García JC, Núñez-rocha gm, garza-elizondo me. eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel. salud publica mex [internet]. 2009;51(1):48–58. available from: amsalinasm@intercable.net
6. Romero cp, jesús j, martín m, titular p. tesis doctoral evaluacion de la eficiencia técnica de los hospitales generales del sistema nacional de salud. 2010.
7. Félix garcía-rodríguez j, garcía-fariñas a, rodríguez-león ga, chaviano-moreno m, maría gálvez-gonzález a. experiencias de aproximación a la eficiencia técnica de unidades médicas prestadoras de servicios de salud en méxico y cuba. aplicación del análisis envolvente de datos. vol. 32, revista investigación operacional. 2011
8. SOCIAL MDP. Documento Técnico de Construcción del Ordenamiento (Ranking) de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, basado en el Sistema Único de Habilitación y la incorporación de indicadores financieros y de resultado". <https://MediumCom/> [Internet]. 2016; Available from: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>