

# Medición del nivel de vulneración de las EPS al derecho a la salud - vigencia 2025

## Sentencia T-760 de 2008 orden 20

---

Superintendencia Nacional de Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social

## NOTAS ACLARATORIAS

Para efectos de la evaluación que se presenta en este documento, se deben considerar los siguientes aspectos:

- La evaluación responde al cumplimiento de la orden vigésima de la Sentencia T-760 de 2008 proferida por la Honorable Corte Constitucional, encaminada a informar cuáles son las Entidades Promotoras de Salud que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas.
- Los resultados presentados se derivan de la aplicación de la metodología propuesta a la Corte Constitucional<sup>1</sup>, con el fin de llevar a cabo la medición del nivel de vulneración al derecho a la salud por parte de las EPS.

Por tanto, la propuesta metodológica se enfoca exclusivamente en la atención en salud y, consecuentemente, no incluye el componente financiero del aseguramiento tal como lo señaló la Alta Corte en el numeral 57 del Auto 358 de 2020.

Teniendo en cuenta lo anterior, es relevante mencionar que esta categorización no es estrictamente comparable con otras mediciones que se realizan respecto de las EPS.

- A diferencia de las vigencias anteriores<sup>2</sup>, para la medición de la vigencia 2025, se logró contar con la información actualizada para 2025 antes del 30 de abril de 2026. Sin embargo, se reitera a la Honorable Corte Constitucional que la actualización de esta información sigue estando sujeta a los tiempos de procesamiento y revisión de calidad de la data dentro de los procedimientos que implementan las entidades que son

---

<sup>1</sup> Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social. *Medición del nivel de vulneración de las EPS al derecho a la salud (Sentencia T-760 de 2008, orden 20). 2025.*

<sup>2</sup> Desde la implementación del nuevo modelo metodológico que empezó a proponerse desde 2022 para la medición de la vigencia 2021.

fuentes de información, Cuenta de Alto Costo, Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud.

- La medición de la vigencia 2025 se presenta en la sección “*Clasificación de las EPS según el nivel de vulneración de la garantía del derecho a la salud*” de este documento, contando con, la última actualización de todas las fuentes de información y las consideraciones sobre las variables aplicadas desde la Cuenta de Alto Costo (CAC)<sup>3</sup>.

A continuación, se enuncian las fuentes de información detallando su incidencia dentro de la metodología según el número de indicadores utilizados, así como con la vigencia para la cual se encuentra disponible.

- *Cuenta de Alto Costo (CAC)*: la información dispuesta por esta entidad se encuentra disponible para los siguientes años de reporte:
  - Indicadores de VIH - 2025.
  - Indicadores de Artritis Reumatoide - 2025.
  - Indicadores de ERC - 2025.
  - Indicadores de Cáncer - 2025.
- *Ministerio de Salud y Protección Social*: la información dispuesta por esta entidad se encuentra publicada para los siguientes años:
  - Indicadores de seguimiento a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), es decir, indicadores de promoción y prevención y de seguimiento a gestantes - 2025.
  - Indicadores de Experiencia en la atención Res256 - 2025<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Se informa que acorde con la información remitida por la CAC para la vigencia 2025, no se cuenta con información de casos en el denominador de los indicadores de cáncer para la EPS Familiar de Colombia. Así mismo, se señala que bajo el radicado “CAC6830\_Respuesta a solicitud relacionada con orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008. Rad. SNS - 202615100000857831” se recibió la información de la Cuenta de Alto Costo así como sus respectivas consideraciones.

<sup>4</sup> Esta información no fue tomada para la medición, ya que, pese a estar actualizada, al realizar la revisión de calidad de esta se encontraron reportes de muchas de las entidades con oportunidad

- *Superintendencia Nacional de Salud (SNS)*: los indicadores se encuentran disponibles para los siguientes años de reporte:
  - Indicador de tasa de reclamos en salud ajustada – 2025
  - Indicadores de cierre de reclamos en salud – 2025
- La metodología a partir de la cual se realiza la medición del nivel de vulneración del derecho a la salud por parte de las EPS está sujeta a un proceso de mejora continua en el marco de los requerimientos realizados por la Corte Constitucional y la retroalimentación obtenida a partir de los procesos de socialización de esta, con diversos actores del sistema. Para efectos de la medición presentada en este documento, se señala que se realizó teniendo como base el diseño metodológico dispuesto en informe entregado en abril de 2026 a la Honorable Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación.

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)

La Honorable Corte Constitucional emitió la Sentencia T-760 de 2008, dictando distintas órdenes con el fin de salvaguardar el derecho a la salud de la población ante la vulneración recurrente derivada de dificultades de regulación identificadas y fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este contexto, en la decisión vigésima de dicha providencia, se ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y al Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) "*adoptar las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad*", identificando para tal efecto 14 prácticas estimadas como violatorias del derecho a la salud.

---

en asignación de un día o menores, lo cual no es coherente con el número de reclamaciones que se reciben por este motivo. En este sentido se consideró pertinente no tomar esta información.

Derivado de lo anterior, mediante el Auto 358 de 2020 la Alta Corte estableció que se debían determinar nuevos criterios de evaluación que permitieran identificar las EPS que con mayor frecuencia incurrieran en prácticas vulneradoras del derecho a la salud de acuerdo con el actual Sistema de Salud.

Así las cosas, teniendo en cuenta los cambios normativos y en virtud del reconocimiento de las dinámicas actuales en el sector y la identificación de los principales problemas que vulneran el derecho a la salud, se establecieron los criterios de medición de "Oportunidad", "Integralidad" e "Inconformidad" para determinar aquellas entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud.

Sin embargo, a partir de las socializaciones y retroalimentación recibida por diversos actores del sector como son: las asociaciones de usuarios, las agremiaciones y grupos de investigación<sup>5</sup>, se identificó que los criterios planteados debían mejorarse a nivel conceptual, tal y como se resume a continuación:

## 1)

**Nombre del criterio:** Oportunidad en la prestación de servicios de salud a grupos de riesgo priorizados.

**Definición:** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

**Resumen retroalimentación recibida:** Los participantes de las actividades de socialización de la metodología señalaron que no sería adecuado utilizar dentro de la definición la palabra "Posibilidad" ya que, la atención oportuna es un derecho que tienen los usuarios.

**Propuesta de ajuste partiendo del análisis de la retroalimentación:**  
Se propone ajustar la definición del criterio así:

---

<sup>5</sup> Las actividades realizadas con estos actores se realizaron durante 2023 y 2024; y han sido reportadas y especificadas en informes previos a la Honorable Corte Constitucional.

“Se refiere a que la persona pueda obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud”.

## 2)

**Nombre del criterio:** Integralidad de la atención en salud de grupos de riesgos priorizados.

**Definición:** Se entiende por integralidad que el paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de tal forma que los usuarios reciban toda la atención necesaria, sin que haya que acudir al ejercicio de acciones legales de manera reiterada y prolongada en el tiempo para tal efecto.

**Resumen retroalimentación recibida:** Los participantes de las actividades de socialización de la metodología señalaron que:

- La integralidad era un concepto muy amplio que implicaba medir casi cada aspecto de la atención, incluso incluyendo el criterio de oportunidad, por lo que abarcarlo en su totalidad sería imposible.
- La integralidad está descrita en este criterio con un enfoque muy morbicéntrico. Se señala que los servicios de salud no son solo para tender enfermedades sino también para prevenirlas y promover la salud.
- La integralidad implica que los servicios y tecnologías en salud sean suministrados de manera completa.

### **Propuesta de ajuste partiendo del análisis de la retroalimentación:**

A partir de la retroalimentación recibida se identificó que, aunque dentro de los indicadores de medición de este criterio se tenían en cuenta aquellos asociados a promoción y prevención, efectivamente dentro de la definición del criterio esto no se veía reflejado.

Asimismo, se reconoció que efectivamente la integralidad implica una cobertura más amplia de lo que se estaba abarcando con lo que se estaba midiendo en este criterio, pero que al analizar de forma más detallada la integralidad, esta si estaba siendo realmente abarcada en una gran magnitud a través de la medición en conjunto de los tres criterios

propuestos.

En este sentido, se concluyó que era más adecuado referirse a este segundo criterio como "*pertinencia en la atención en la atención de grupos de riesgos priorizados*". Igualmente, se propuso modificar la definición del criterio dando más claridad frente a lo que se media con este así: "*Se entiende por pertinencia que la persona reciba los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación requeridos.*"

### 3)

**Nombre del criterio:** Inconformidad del usuario frente a la prestación del servicio de salud.

**Definición:** Acciones presentadas por los usuarios donde se identifica la negación del servicio de salud.

**Resumen retroalimentación recibida:** Los participantes de las actividades de socialización de la metodología señalaron que:

- Este es un criterio adecuado y fácil de medir. Influye la subjetividad del usuario, pero sigue siendo un criterio adecuado.
- Debe tenerse en cuenta también barreras administrativas y el mal servicio.
- Debe tenerse en cuenta que las negaciones en los reclamos pueden darse por falta de soportes que demuestren la pertinencia de la solicitud.

**Propuesta de ajuste partiendo del análisis de la retroalimentación:**

A partir de la retroalimentación recibida se señala que se entiende que este criterio, al estar medido a partir de las reclamaciones en salud de los usuarios, es posible que contenga un componente subjetivo de la visión de la persona que interpone el reclamo; sin embargo, desde la propuesta de medición se trata de mitigar este sesgo en la medida en la que se controla por aspectos característicos como es el territorio y el régimen en

el que se encuentran los usuarios<sup>6</sup>.

Asimismo, se indica que el volumen de reclamos que reciben las entidades por diversos motivos asociados a la atención en salud si es un indicativo de su tendencia o comportamiento frente a su responsabilidad como asegurador, ya que, aunque un reclamo puede tener una parte que sea una visión subjetiva del usuario, el hecho que un gran número de usuarios presente reclamaciones por motivos similares si es una señal frente al desempeño de la entidad.

Ahora bien, se observó que los reclamos recibidos con los que se lleva a cabo la medición pueden estar asociados a motivos adicionales a los de negación, aunque se resalta que cerca de 90% de los reclamos están relacionados con barreras en el acceso a servicios de salud; en este sentido se replanteó un nuevo nombre y una nueva definición para el criterio así: Nombre criterio - *"Inconformidad del usuario frente a la restricción o insatisfacción en la prestación del servicio de salud o aspectos asociados a esta."* Definición - *"Se refiere a la expresión de la persona respecto a su descontento o insatisfacción en la prestación del servicio o tecnología en salud, a su negación o a aspectos asociados."*

A continuación, se presenta una tabla resumen con los cambios conceptuales en los criterios de medición:

---

<sup>6</sup> A través de estos controles se busca que de existir el sesgo del usuario este sea lo más homogéneo posible entre las entidades a la hora de medirlas para no generar distorsiones.

**Tabla 1. Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T-760 de 2008**

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

**Fuente:** Elaboración propia, Superintendencia Nacional de Salud

## CLASIFICACIÓN DE LAS EPS SEGÚN EL NIVEL DE VULNERACIÓN DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Se establecieron cinco categorías para el nivel de vulneración al derecho a la salud: ALTA, MEDIA ALTA, MEDIA, MEDIA BAJA y BAJA, de conformidad con las cuales se identificó la categoría de cada EPS en cada uno de los criterios.

Para efectos de lectura de los resultados, se consideró que la categoría “ALTA” hace referencia al nivel de vulneración más alto establecido dentro de la metodología de medición y la categoría “BAJA” comprende el nivel de vulneración más bajo establecido dentro de la metodología de medición.

**Tabla 2. Clasificación del nivel de vulneración diferenciada por criterio. vigencia 2025.**

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

**Fuente:** Elaboración propia, Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

**\*Nota:** La Cuenta de Alto Costo no presenta información en la mayoría de los indicadores para la EPS Familiar de Colombia, en este sentido y teniendo en cuenta que la mayor parte de la información insumo de la medición proviene de esta fuente, no se presenta una medición para esta EPS en el criterio de Oportunidad y para el criterio de pertinencia la medición responde a los indicadores asociados únicamente a ERC y RIAS.

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

- **1** si presenta un nivel de vulneración baja.
- **2** si presenta un nivel de vulneración media baja.
- **3** si presenta un nivel de vulneración media.
- **4** si presenta un nivel de vulneración media alta.
- **5** si presenta un nivel de vulneración alta.

Luego, se establecieron los siguientes rangos de conformidad con la sumatoria de cada entidad:

- Si el resultado se encuentra entre 3 y 5, la calificación es BAJA.
- Si el resultado se encuentra entre 6 y 7, la calificación es MEDIA BAJA.
- Si el resultado se encuentra entre 8 y 10, la calificación es MEDIA.
- Si el resultado se encuentra entre 11 y 12, la calificación es MEDIA ALTA.
- Si el resultado se encuentra entre 13 y 15, la calificación es ALTA.

De conformidad con lo anterior, se obtuvo la siguiente clasificación agregada del nivel de vulneración:

**Tabla 3. Clasificación agregada del nivel de vulneración. Definitiva vigencia 2025.**

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

**Fuente:** Elaboración propia, Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

**\*Nota:** La Cuenta de Alto Costo no presenta información en la mayoría de los indicadores para la EPS Familiar de Colombia, en este sentido se señala que la medición final de dicha EPS está asociada al nivel de vulneración del derecho a la salud medio únicamente a través del criterio de inconformidad y de las dimensiones asociadas a los indicadores de ERC y RIAS del criterio de pertinencia.