

Medición preliminar del nivel de vulneración de las EPS al derecho a la salud - vigencia 2024

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, son aspectos para tener en cuenta:

- 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 Constitucional¹, 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 HCC 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.

- En atención a la instrucción de la Honorable Corte Constitucional atinente a realizar la evaluación de las EPS de forma anual y remitir los resultados antes del 30 de abril de cada año, fue realizado el ejercicio de evaluación para la vigencia 2024 encontrando dificultades por los tiempos de actualización y disponibilidad de la información para ese corte. Por ende, se aclara que los resultados presentados en este documento deben ser tratados como preliminares.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud. *Medición del nivel de vulneración de las EPS al derecho a la salud (Sentencia T-760 de 2008, orden 20)*. 2022.

En este punto cabe retomar que el proceso de verificación y auditoría de la información por parte de las entidades responsables conlleva que esta se disponga y actualice durante el segundo semestre, razón por la cual el informe de resultados de la medición en la versión final se realiza una vez culminado el mismo. En este sentido, se solicita a la Honorable Corte Constitucional reevaluar los plazos para la entrega del informe acorde con las fechas de actualización de información tanto de Ministerio de Salud y Protección Social, así como de la Cuenta de Alto Costo.

- La medición preliminar para la vigencia 2024 que 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, cuenta con la última actualización de todas las fuentes de información disponibles al corte de 15 de abril de 2025.

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)*: los indicadores tomados de esta fuente corresponden al 78,4% de los indicadores. La información dispuesta por esta entidad se encuentra disponible para los siguientes años de reporte:
 - Indicadores de VIH - 2023.
 - Indicadores de Artritis Reumatoide - 2023.
 - Indicadores de ERC - 2023.
 - Indicadores de Cáncer - 2023.
- *Ministerio de Salud y Protección Social*: los indicadores tomados de esta fuente corresponden al 18,0% de los indicadores. 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 - 2024².

- Indicadores de Experiencia en la atención Res256 - 2024³
- *Superintendencia Nacional de Salud (SNS)*: los indicadores tomados de esta fuente corresponden al 3,6% de los indicadores y se encuentran disponibles para los siguientes años de reporte:
 - Indicador de tasa de reclamos en salud ajustada – 2024
 - Indicadores de cierre de reclamos en salud – 2024

Cabe resaltar a la Honorable Corte Constitucional que en el marco del cambio de la clasificación de motivos y tipo de riesgo de las PQR llevado a cabo por el equipo de la Supersalud, puesto en marcha el 1 de julio de 2023 con la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, los indicadores anteriormente mencionados son parte de un ejercicio preliminar con el que se busca llegar a una medición de tasa de reclamos en salud ajustada y a una medición de gestión de cierre, que se adapte a las nuevas clasificaciones.⁴

- La metodología a partir de la cual se realiza la medición del nivel de vulnerabilidad del derecho a la salud por parte de las EPS está sujeta a un proceso de mejora continua en el marco 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

² Se señala que según lo indicado por el Ministerio de Salud y Protección Social la fuente de Aihospitalcontigo para EPS no se seguirá actualizando, sin embargo, destaca que la mayor parte de los indicadores que se recogían a través de dicha fuente se seguirán midiendo a través de las RIAS.

³ 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 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.

⁴ La propuesta metodológica para la medición de los indicadores de tasa de reclamos y de gestión de cierre sigue en proceso de mejora continua.

entregado en enero 2023 a la Honorable Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación. Sin embargo, se indica que se realizaron modificaciones conceptuales a los tres criterios planteados según los análisis realizados a partir de las observaciones hechas por asociaciones de usuarios, agremiaciones y grupos de investigación. En la siguiente sección se presentan los cambios conceptuales aplicados a los criterios.

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.

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 investigación⁵ se identificó que los criterios planteados debían mejorarse a nivel conceptual como se resume en los siguientes puntos:

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:

“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

⁵ 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.

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 sí estaba siendo realmente abarcada en una gran magnitud a través de la medición en conjunto de los tres criterios propuestos.

En este sentido, se identificó 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 se señala que 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 usuarios⁶.

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 volumen gran de usuarios presente reclamaciones por motivos similares si es una señal frente al desempeño de la entidad.

⁶ 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.

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 replanteo 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:

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
Oportunidad en la prestación de servicios de salud a grupos de riesgo priorizados	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	Sin ajustes	Se refiere a que la persona pueda obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
Integralidad de la atención en salud de grupos de riesgo priorizados	Se entiende por integralidad que el paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de tal forma que los usuarios reciban toda la atención necesaria, sin que haya que acudir al ejercicio de acciones legales de manera reiterada y	Pertinencia en la atención en salud a grupos de riesgos priorizados	Se entiende por pertinencia que la persona reciba los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación requeridos.

Nombre inicial del Criterio	Definición inicial del criterio	Nombre ajustado del Criterio	Definición ajustada del criterio
	prolongada en el tiempo para tal efecto.		
Inconformidad del usuario frente a la prestación del servicio de salud	Acciones presentadas por los usuarios donde se identifica la negación del servicio de salud.	Inconformidad del usuario frente a la restricción o insatisfacción en la prestación del servicio de salud o aspectos asociados a esta.	Se refiere a la expresión de la persona respecto a su descontento o insatisfacción en la prestación del servicio o tecnología en salud, a su negación o a aspectos asociados.

Fuente: Elaboración propia, Superintendencia Nacional de Salud

Adicionalmente se envía anexo en Excel donde se relacionan los indicadores tomados en cuenta para la medición de cada criterio.

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" hace referencia al nivel de vulneración más bajo establecido dentro de la metodología de medición.

Tabla 2. Clasificación del nivel de vulnerabilidad diferenciada por criterio. Preliminar vigencia 2024.

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

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

Nota: La Cuenta de Alto Costo aún no presenta información en la mayoría de los indicadores para la EPS Salud Bolívar, 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 final para esta EPS.

Posteriormente, para establecer una clasificación agregada (consolidada), se asignó a cada categoría una puntuación de la siguiente manera, de uno a cinco

siendo uno el nivel más bajo de vulnerabilidad y cinco el nivel más alto de vulnerabilidad, con los siguientes niveles:

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

Tabla 3. Clasificación agregada del nivel de vulnerabilidad. Preliminar vigencia 2024.

EPS	Clasificación general
ALIANSA SALUD	BAJA
MUTUAL SER	BAJA
SALUD MIA	BAJA
FAMILIAR DE COLOMBIA	MEDIA BAJA
SANITAS	MEDIA BAJA
SURA	MEDIA BAJA
ASMET SALUD	MEDIA
CAJACOPI	MEDIA
CAPRESOCA	MEDIA
COMFENALCO VALLE	MEDIA
COMPENSAR	MEDIA

EPS	Clasificación general
EMSSANAR	MEDIA
NUEVA EPS	MEDIA
SALUD TOTAL	MEDIA
SOS	MEDIA
COMFACHOCÓ	MEDIA ALTA
COMFAORIENTE	MEDIA ALTA
COOSALUD	MEDIA ALTA
SAVIA SALUD	MEDIA ALTA
CAPITAL SALUD	ALTA
FAMISANAR	ALTA

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

Nota: La Cuenta de Alto Costo aún no presenta información en la mayoría de los indicadores para la EPS Salud Bolívar, 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 final para esta EPS.