

Auto 591/16

Referencia: Seguimiento a la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Valoración de la orden 20, *ranking* de IPS y EPS.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., doce (12) de diciembre de dos mil dieciséis (2016).

La Sala Especial conformada para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto, con base en los siguientes

I. ANTECEDENTES.

Generalidades de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

1. La sentencia T-760 de 2008 estableció una serie de mandatos dirigidos a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, con el fin de que adoptaran las medidas necesarias para enmendar las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados y decididos en dicha providencia.

La Corte consideró que “(...) *la libertad de escogencia es fundamental en el Sistema de Salud vigente, por cuanto permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que le permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad (...) Sin embargo, para que la libertad de escogencia de las entidades de salud por parte de las personas tenga el efecto de promover las buenas entidades y desincentivar a las malas, es preciso que la información sobre las mismas exista y pueda ser conocida por las personas en el momento de escoger la entidad en cuestión*”.

En virtud de superar esta problemática, en el ordinal vigésimo de la parte resolutive de la citada sentencia, se dispuso:

“Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten 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. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional (i) cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas; (ii) cuáles son las medidas concretas y específicas con relación a éstas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y (iii) cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas.”

2. Desarrollo cronológico a partir de lo dispuesto en el auto 260 de 2012¹.

2.1. En el Auto 260 de 2012 la Sala Especial de Seguimiento valoró el grado de cumplimiento del ordinal vigésimo de la sentencia T-760 de 2008, mediante la evaluación de los informes que sobre el *ranking* de entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud habían presentado de forma conjunta el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

En aquella oportunidad se encontró que si bien los estudios presentados constituían un avance en el cumplimiento de lo dispuesto por la Corte, los parámetros utilizados por dichas entidades para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud no eran suficientes ni eficaces. En este sentido, se declaró el cumplimiento parcial de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, en los términos señalados en la parte considerativa de esta providencia.

En procura de superar esta situación y a manera de derrotero, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social así como a la Superintendencia Nacional de Salud, realizar de manera conjunta un *ranking* en el que identificara las promotoras y prestadoras que incurren en mayores prácticas violatorias del derecho a la salud, bajo los siguientes parámetros²:

1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.
2. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.

¹ El desarrollo de este acápite se hará a partir de los de los informes presentados por las entidades obligadas, peritos y demás organizaciones allegados con posterioridad a la expedición del auto 260 del 16 de noviembre de 2012, toda vez que en esta providencia se hizo un ejercicio de valoración de la orden objeto de estudio.

² Estos criterios fueron definidos inicialmente en la sentencia T-760 de 2008 y desarrollados con posterioridad en el auto 044 de 2012, siendo finalmente reiterados en el Auto 260 de 2012.

3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-
4. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.
5. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.
6. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.
7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.
8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aún cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.
9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.
10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.
11. Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.
12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.

13. Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.

14. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.

Los referidos parámetros se relacionan con: (i) negaciones de servicios incluidos en el POS y aquellos que si bien no lo están, a criterio del médico tratante son requeridos con necesidad; (ii) atención oportuna, esto es, no solo autorizar un servicio si no darlos en tiempo adecuado para garantizar el goce efectivo del derecho; y (iii) trabas administrativas que terminan por afectar la cobertura por parte del sistema a los usuarios.

2.2. El 28 de diciembre de 2012³, en cumplimiento de lo dispuesto por la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó un informe en el que expuso tres aspectos: (i) metodología; (ii) resultados del ordenamiento; y (iii) las implicaciones sobre la publicación.

2.2.1. *Metodología.* En cada uno de los catorce parámetros determinados por la Corte se definieron uno o varios indicadores que permitieran su medición. Luego de recolectar la información para cada uno de ellos, se procedió a establecer las variables. Ello llevó a calcular un puntaje para cada uno de los 14 parámetros.

Para ordenar las EPS de cada régimen fue necesario ponderar cada una de los parámetros de acuerdo a la importancia que tienen en el funcionamiento del Sistema. Para esto se utilizó el criterio expertos⁴ quienes asignaron puntuaciones a las 14 dimensiones de acuerdo a sus conocimientos y experiencia.

Finalmente, se calcularon los percentiles 25, 50 y 75 de los puntajes obtenidos por las EPS en cada Régimen y con estos valores se generaron cuatro grupos de EPS de acuerdo al puntaje obtenido. Para el nivel bajo el límite superior se encuentra determinado por el percentil 25 de la distribución, el nivel medio bajo se encuentra delimitado por los percentiles 25 y 50, el nivel medio alto por los percentiles 50 y 75 y finalmente el nivel alto tiene como límite inferior el percentil 75.

2.2.2. *Resultados.* Este ejercicio arrojó los siguientes resultados:

Régimen contributivo

GRUPO	EPS
ALTO	COOMEVA
	EPS SURA.
	SALUDCOOP

³ Cfr. AZ Orden XX- D, folios 1395 a 1440.

⁴ El grupo se encuentra compuesto por profesionales en medicina, odontología, derecho, sociología y economía.

	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)
MEDIO ALTO	COMFENALCO VALLE
	COMPENSAR
	CRUZ BLANCA
	GOLDEN GROUP
	SALUD COLPATRIA
MEDIO BAJO	CAFESALUD
	COMFENALCO ANTIOQUIA
	NUEVA EPS
	SALUD TOTAL
BAJO	ALIANSA SALUD
	FAMISANAR
	HUMANAVIVIR
	SALUDVIDA
	SOLSALUD

Régimen subsidiado

GRUPO	EPS
ALTO	AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)
	AMBUQ (BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO)
	ANAS WAYUU (EPS-I)
	ANAS WAYUU (EPS-I)
	ASMET SALUD
	CCF BOYACÁ "COMFABOY"
	CCF CÓRDOBA "COMFACOR"
	CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"
	CCF NORTE DE SANTANDER "FAMISALUD COMFANORTE"
	COOSALUD
	MUTUAL SER
	SELVASALUD
MEDIO ALTO	CAFESALUD
	CAPRECOM
	CAPRESOCA
	CCF CAFAM
	CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"
	CCF COMFENALCO TOLIMA
	CCF CUNDINAMARCA

	"COMFACUNDI"
	CCF DE LA GUAJIRA
	CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"
	EMSSANAR
	SOLSALUD
MEDIO BAJO	CCF DE SUCRE
	CCF ANTIOQUÍA "COMFAMA"
	CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"
	CCF COLSUBSIDIO
	CCF DE NARIÑO
	CONVIDA
	DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)
	ECOOPSOS
	PIJAOS SALUD (EPS-I)
	SALUD CONDOR
BAJO	CAPITAL SALUD
	CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"
	CCF BARRANCABERMEJA "CAFABA"
	CCF COMFENALCO SANTANDER
	COMFENALCO QUINDIO
	COMPARTA
	EMDISALUD
	HUMANAVIVIR
	MALLAMAS (EPS-I)
	MANEXKA (EPS-I ZENU)
	SALUDVIDA

2.2.3. *Implicaciones de la publicación del ordenamiento.* Advirtió el Ministerio que la toma de decisiones informadas por parte de los usuarios debe obedecer a un proceso educativo, donde se explique la forma en que funciona el sistema de salud y comprender los indicadores con los cuales se califican a los aseguradores y prestadores.

2.3. El 25 de febrero de 2013, la Defensoría del Pueblo presentó informe de análisis en relación con los datos presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social⁵.

Indicó que la orden 20 de la sentencia T-760 de 2008 se cumplió parcialmente, toda vez que no se han solucionado los problemas de suficiencia, exactitud y precisión de los datos. Por este motivo, el tratamiento de la información y la metodología de cálculo se hacen, en cierta medida, contingentes.

⁵ Cfr. AZ Orden XX-D, folios 1441 a 1448.

En concreto destacó como puntos positivos: (i) mayor alcance y consistencia del conjunto de datos y resultados que componen las características requeridas; (ii) mejor conocimiento de fuentes y bases de datos para su uso en el *ranking*; (iii) mejora de las condiciones de comparación entre unidades y el esfuerzo de crear un solo índice de comparación; y (iv) el uso comparativo de varios métodos de ponderación.

Como aspectos negativos refirió: (i) falta de evidencia y validación sobre su aplicabilidad e implementación; (ii) ausencia de métodos participativos para su interpretación, ponderación o su estrategia de comunicación; y (iii) alcance parcial para evaluar la calidad como aspecto positivo de evaluación y comparación (ser menos malo no es necesariamente ser virtuoso).

Expuso que persisten dificultades en la implementación del *ranking*. En cuanto a la información indicó que: (i) no es fiable o al menos no es explícita; (ii) es insuficiente; y (iii) tampoco es estable.

Respecto de la metodología destacó que: (i) solo considera un tipo de resultado basado en negaciones y barreras de acceso; (ii) los supuestos sobre el tipo distribución y las alterativas de normalización no son explícitos; (iii) no se profundiza en consideraciones éticas y de impacto del *ranking*; (iv) la articulación de la información del *ranking* asegurador-prestador no se efectúa, máxime si se tiene en cuenta que la calificación del prestador, individual o como red del asegurador, es uno de los parámetros que tiene mayor peso como criterio de decisión informada del ciudadano.

Señaló que el sistema empleado presenta las siguientes limitaciones: (i) la falta homogeneidad de los datos y fuentes de información disminuyen la confiabilidad de los resultados; (ii) la clasificación por categorías resumida en un solo índice aún es compleja para cumplir su propósito de elección informada; y (iii) este proceso debe establecer los puntos fuertes o débiles de cada institución.

Por lo anterior, hizo las siguientes recomendaciones: (i) ajustar la metodología, categorías enunciadas por la Corte, dentro de un proceso amplio, verificable y reproducible de evaluación de la calidad; (ii) este proceso debe servir como elemento informativo para la elección informada de los ciudadanos, así como para la acción de política pública y el sistema de Inspección, Vigilancia y Control, que incluiría el programa de seguimiento y planes de mejoramiento; (iii) de manera particular, es aconsejable articular el proceso de evaluación de prestadores tanto de forma independiente, como criterio de red calificable dentro de los criterios de EPS; (iv) dado que en principio es un proceso en pro del usuario, es también aconsejable la utilización de técnicas cualitativas que lo involucren para escuchar sus prioridades y, a su vez, diseñar la estrategia de comunicación que debe difundir estos resultados; (v) el derecho a la información del ciudadano y el usuario debe incorporar resultados de salud de origen epidemiológico; (vi) manejar la información de manera sistemática

desde sus fuentes hasta su comunicación es condición *sine qua non* para la confiabilidad de los resultados.

2.4. El 29 de abril de 2013⁶, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó un nuevo informe de actualización de *ranking*, en el que usó la misma metodología e información actualizada a corte diciembre de 2012, contexto en el que presentó los resultados obtenidos. Explicó que utilizando los criterios enumerados por la Corte Constitucional, clasificó a las EPS que con menor frecuencia vulneran los derechos de los afiliados en el grupo ALTO y en el BAJO a aquellas que vulneran con mayor frecuencia los derechos. Advirtió que el orden al interior de los grupos corresponde a un ordenamiento alfabético, por lo que no refleja una posición mejor con respecto a los demás integrantes de cada grupo.

Régimen contributivo

GRUPO	EPS
ALTO	COMPENSAR
	COOMEVA
	CRUZ BLANCA
	SALUD COLPATRIA
	SALUDCOOP
MEDIO ALTO	EPS SURA
	FAMISANAR
	SALUDVIDA
	SANITAS
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)
MEDIO BAJO	CAFESALUD
	COMFENALCO VALLE
	COMFENALCO ANTIOQUIA
	NUEVA EPS
BAJO	ALIANSALUD
	GOLDEN GROUP
	HUMANAVIVIR
	SALUD TOTAL
	SOLSALUD

Régimen subsidiado

GRUPO	EPS
ALTO	ANAS WAYUU (EPS-I)
	ASMET SALUD

⁶ Cfr. AZ Orden XX-D, folios 1449 a 1487.

	CAPRESOCA
	CAPRESOCA CCF BOYACÁ "COMFABOY"
	CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"
	CCF DE NARIÑO
	CCF DE SUCRE
	EMSSANAR
	MUTUAL SER
MEDIO ALTO	AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)
	CAFESALUD
	CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"
	CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"
	CCF CÓRDOBA "COMFACOR"
	COMPARTA
	CONVIDA
	DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)
MEDIO BAJO	AMBUQ (BARRIOS UNDOS DE QUIBDO)
	CCF ANTIOQUÍA "COMFAMA"
	CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"
	COOSALUD
	ECOOPSOS
	HUMANAVIVIR
	PIJAOS SALUD (EPS-I)
	SOLSALUD
BAJO	CAPITAL SALUD
	CAPRECOM
	CCF CAFAM
	CCF COLSUBSIDIO
	CCF CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"
	CCF DE LA GUAJIRA
	MALLAMAS (EPS-I)
	MANEXKA (EPS-I ZENU)
	SALUDVIDA

2.5. El 24 de julio de 2013 la Defensoría del Pueblo remitió un nuevo informe⁷ en el que indicó que se dio un cumplimiento parcial de la orden dada la baja confiabilidad de las fuentes de información que conlleva a la poca

⁷ Az - Orden XX- D, folios 1493 a 1530.

comparabilidad y precisión de los resultados, que hace que los usuarios no cuenten con la suficiente información en el proceso de selección de aseguradora.

2.6. El 13 de agosto de 2013, la Sala Especial de Seguimiento dio traslado del informe titulado “*Ordenación de EPS 2013*” a los Grupos de Seguimiento relacionados en esa providencia⁸. Específicamente se les solicitó resolvieran 9 interrogantes⁹. Finalmente, se requirió a la Procuraduría para que se pronunciara en relación con la presente orden.

2.7. El 29 de agosto de 2013, la Procuraduría General de la Nación¹⁰ expuso que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, identificaron las fuentes de información que guardan pertinencia con lo ordenado por la Corte Constitucional, no obstante, en su concepto se evidencia la ausencia de un instrumento que consulte directamente a los afectados, es decir a los afiliados y usuarios *in situ*, así como, de un diseño de las estrategias y los mecanismos para el acopio y análisis de la información e identificación a plenitud de las EPS e IPS que han vulnerado y continúan vulnerando el derecho fundamental a la salud.

De otra parte, en la forma de la presentación del *ranking* se observa que las fórmulas del cálculo establecidas para identificar las promotoras y prestadoras que con mayor frecuencia niegan los servicios de salud, no son claras y dificultan su comprensión para el común de los ciudadanos.

Concluyó afirmando que se ha dado cumplimiento parcial a la orden proferida

⁸ Los grupos de seguimiento vinculados fueron: (i) El grupo que preside la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI; (ii) El proyecto “*Así Vamos en Salud: seguimiento al sector salud en Colombia*”; (iii) La Confederación Colombiana de Consumidores; (iv) El Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social; (v) La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME); (vi) El Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia); (vii) La Asociación Médica Sindical (ASMEDAS Nacional); (viii) La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres; (ix) La Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social –CSR–; y (x) Movimiento Social Pacientes Colombia.

⁹ (i) ¿Puede concluirse que el *ranking* tiene como fuente un sistema de información estructurado que permita recopilar y validar los datos necesarios para conocer, individualizar e identificar tanto las EPS como IPS que, con mayor frecuencia, incurren en las catorce prácticas violatorias del derecho a la salud, enlistadas por la Corte en los autos 044 y 260 de 2012, a partir de lo establecido en los capítulos 4° y 8° de la Sentencia T-760 de 2008?; (ii) ¿El mecanismo para la captura de la información utilizado en la elaboración del *ranking* fue el apropiado en pro de garantizar el derecho a la información de los usuarios del sistema de salud?; (iii) ¿En la ordenación se tuvo en cuenta el número de usuarios con los que cuenta cada EPS e IPS?; (iii) ¿Los indicadores utilizados están dirigidos a individualizar e identificar las EPS e IPS que, con mayor frecuencia, vulneran el derecho a la salud de los usuarios del sistema?; (iv) ¿Permite conocer las medidas concretas y específicas que las autoridades han adoptado y las que se están aplicando a las entidades que incurren en las catorce prácticas violatorias del derecho a la salud?; (v) ¿Facilita la comprensión de las medidas concretas y específicas que se han tomado, por parte de los organismos gubernamentales, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas afiliadas o que reciben servicios de salud de las entidades relacionadas en los puestos más bajos del *ranking*?; (vi) ¿La información contenida en el *ranking* es clara, completa, actual y pública?; (vii) ¿Cuáles deberían ser las medidas a adoptar para garantizar que cualquier persona comprenda el *ranking*, que éste contenga toda la información indispensable para elegir la mejor EPS o IPS e incluya todos los datos actualizados?; (viii) ¿Cuáles son las acciones que, a su juicio, deben ejecutarse para que dicha ordenación sea conocida por todos los usuarios del sistema de salud, sin perjuicio de su inclusión en la carta de desempeño, ya ordenada en el mandato vigésimo octavo de la Sentencia T-760 de 2008?; (ix) ¿Cuáles son las repercusiones que tiene la omisión de que en el *ranking* no se haya incluido a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para el goce efectivo en el derecho a la información y a la libre elección de los usuarios?

¹⁰ Az - Orden XX- D, folios 1547 a 1614.

por la Corte, ya que los usuarios no cuentan con una información clara, confiable y precisa a la hora de ejercer su derecho a la libre elección, ni con un instrumento que consulte directamente a los afectados, es decir, a los usuarios, quienes continúan acudiendo a la Procuraduría General de la Nación con aumento de sus quejas por negación de servicios y para que les cumplan las acciones de Tutela.

2.8. En respuesta a los interrogantes formulados por la Sala Especial de Seguimiento, el 5 de septiembre de 2013 fueron recibidas las respuestas a las preguntas formuladas por parte del Programa “*Así Vamos en Salud*”¹¹; el movimiento social Pacientes Colombia¹²; Asocajas, Acemi y Gestarsalud¹³; y la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud –CSR-¹⁴.

Para los Grupos de Seguimiento que intervinieron, el documento “*Ordenación de EPS-2013*” presentaba numerosas deficiencias que impedían la garantía efectiva del derecho de los usuarios del sistema de salud a la información y a la libertad de escogencia, más cuando el *ranking* presentado por las autoridades gubernamentales no incluyó las IPS.

La mayoría de los intervinientes consideraron que los resultados obtenidos en el proceso de escalafón provinieron de diversos indicadores y fuentes de información que no permitieron consolidar de manera sistemática y estructurada los aseguradores y prestadores que con mayor frecuencia incurren en actuaciones violatorias del derecho a la salud. Sin embargo, este criterio no fue compartido por el Programa “*Así Vamos en Salud*” que, aunque sugirió trabajar en la construcción de un sistema único de información, sostuvo que las fuentes utilizadas desarrollaban de manera adecuada la ordenación de EPS según los parámetros establecidos por la Corte.

En cuanto al mecanismo para la captura de la información fueron identificados por los intervinientes diversos aspectos, cuya ausencia influyó de manera significativa en el estudio realizado por los entes gubernamentales, a saber: (i) la falta de datos de las IPS y de las EPS intervenidas o en liquidación; (ii) no haber contado con las asociaciones de usuarios; y (iii) la comparación, en algunos casos inaplicable, entre el régimen contributivo y subsidiado.

En relación con los indicadores definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social algunos grupos de seguimiento identificaron contradicciones en la calificación de las EPS. En el caso del Programa “*Así Vamos en Salud*” concluyó que de los indicadores sí era posible inferir el comportamiento de cada EPS según el mayor o menor grado de vulneración del derecho a la salud.

En sus intervenciones cada uno de los Grupos identificó fallas en la información contenida en el *ranking*. El Programa “*Así Vamos en Salud*”, el movimiento

¹¹ Cfr. AZ orden XX-D, folios 1610 a 1615.

¹² Cfr. AZ orden XX-D, folios 1617 a 1630.

¹³ Cfr. AZ orden XX-D, folios 1631 a 1662.

¹⁴ Cfr. AZ orden XX-D, folios 1664 a 1675.

social Pacientes Colombia y la CSR consideraron que no existe claridad en los datos suministrados y que tampoco se hizo la divulgación adecuada de los mismos. Por otro lado, Asocajas, Acemi y Gestarsalud coincidieron en indicar que la información no es completa y está desactualizada.

Las organizaciones sociales también presentaron una serie de propuestas para el mayor entendimiento del *ranking* a cargo de las entidades estatales, entre las que se destacan: (i) la realización de procesos pedagógicos; (ii) la consulta a los pacientes y los sectores vulnerables de la población; y (iii) la participación en el desarrollo del estudio, así como la difusión de la información y de los resultados obtenidos, en un lenguaje claro para los usuarios.

2.9. El 31 de octubre de 2013, a través de Auto 249 de 2013 la Sala Especial de Seguimiento corrió traslado al Ministerio de Salud de las observaciones y propuestas presentadas por la sociedad civil sobre el “*Ordenamiento de EPS-2013*”.

Además dispuso que para la elaboración del *ranking* 2014 de EPS e IPS se abstuviera de incurrir en los mismos defectos que se atribuyen a la clasificación 2013, para lo cual se exigió establecer una clasificación por puestos: primero, segundo, tercero, etc.; debiéndose ubicar en el primer lugar a aquel asegurador o prestador que, a partir de la evaluación “*sobre las prácticas violatorias del derecho a la salud*”¹⁵ y teniendo como fuente un sistema de información confiable y de calidad, sea el que menos incurra en ellas, mientras que en el último puesto debía registrarse aquella entidad que más reportes posea. Esta relación por ubicación debe compaginarse con una clasificación porcentual, en la cual el 100% corresponde a aquella entidad que no tiene reportes sobre violaciones al derecho a la salud y el 0% aquella que cuenta con más.

2.10. El 3 de diciembre de 2013, el Ministerio de Salud presentó las respuestas a las observaciones remitidas por parte de los grupos de seguimiento respecto al *ranking* de EPS 2013¹⁶. Al respecto, desarrolló los siguientes puntos.

2.10.1. Las fuentes de información y los mecanismos de captura de la información.

Resaltó que no existe un mecanismo de recolección de información infalible y cualquiera que se seleccione tendrá pros y contras. Un sistema de medición no necesariamente debe ser único o proveer de una única fuente. Por esta razón para disminuir estos riesgos, el ordenamiento usa diversos mecanismos de recolección de información (encuesta, estudios e información reportada por las EPS, entre otros) sin que ello implique que no se puedan mejorar.

Agregó que cualquier mecanismo que se seleccione va a ser incompleto en la medida que no puede asegurar que se registren todos y cada uno de los eventos que puedan vulnerar a los usuarios. Por esta razón, el ordenamiento presentado

¹⁵ Estas prácticas se encuentran en la Sentencia T-760 de 2008 y fueron sintetizadas en el Auto 044 de 2012.

¹⁶ Az-orden XX-D, folios 1695 a 1730.

consulta otras fuentes de información con el ánimo de complementar los registros existentes y tener un panorama más completo. Además destacó que el Ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo vienen adelantando campañas de divulgación masiva para que los ciudadanos conozcan sus derechos y deberes como usuarios del sistema de salud y, adicionalmente, conozcan los mecanismos que tienen disponibles para interponer una queja o reclamo cuando evidencien una vulneración de sus derechos en salud¹⁷.

2.10.2. Los indicadores utilizados.

El Ministerio seleccionó los indicadores que se acercaran de manera más adecuada a los fenómenos que se reflejan en los parámetros definidos por la Corte Constitucional y dicho trabajo se evidenció en la ficha de cada indicador donde se realiza una justificación sobre su selección y se anotan claramente las limitaciones o consideraciones técnicas que deben tenerse en cuenta en el momento de evaluar cada indicador.

2.10.3. La forma de presentación y los mecanismos de divulgación

Para definir la forma de presentación al público del *ranking* de las EPS, se debe tener en cuenta que uno de los principales fines es informar a los ciudadanos de manera clara sobre su desempeño y, de esta manera, ayudarlos en la toma de decisiones. Pero también es importante que el ordenamiento ilustre a las promotoras sobre su ejercicio para que emprendan procesos de mejoramiento y suministrar información útil a las diversas instituciones que hacen parte del Sistema de Salud.

El orden del *ranking* se desarrolló de mayor a menor según el puntaje asignado a la EPS, en donde las primeras son las que menos vulneran a sus usuarios el acceso a servicios y las últimas las que más lo vulneran. Posteriormente, se conformaron cuatro grupos, el primer 25% de EPS según su puntaje se cataloga como de puntaje alto, el siguiente 25% como puntaje medio alto, el siguiente grupo puntaje medio bajo y el último 25% de EPS puntaje bajo. De tal manera, que los usuarios pueden identificar a su EPS dentro de esta clasificación.

Explicó que se optó por esta forma de presentación y no la de una lista con el puntaje por cada EPS, debido a que: (i) los cuatro grupos dan a los usuarios un rango más amplio de elección; (ii) no todas las EPS están en todos los lugares del país, por esto es necesario que exista un rango de EPS con características similares para que las personas tengan varias alternativas; y (iii) crear incentivos muy fuertes a favor de una sola EPS puede inducir a una entrada masiva de usuarios de las entidades que obtuvieron los menores puntajes a aquella que obtuvo el mayor.

Sobre la divulgación del *ranking* el Ministerio de Salud y la Superintendencia

¹⁷ Para ello indicaron que estaba a disposición el sitio web:
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Conozco%20mis%20derechos>

a través de la Resolución 4343 de 2012¹⁸ indicaron que ordenaron la publicación del ordenamiento en las cartas de desempeño de las EPS y se encuentran realizando el seguimiento respectivo a este material. Sin embargo, plantearon que para el año 2014 se incluiría una estrategia más amplia de divulgación y pedagogía orientada al usuario promedio del sistema y en colaboración con las asociaciones de usuarios, que pueden apoyar el proceso y servir como divulgadores de la información.

2.10.4. Las medidas que se desprenden de los resultados del ordenamiento

El Ministerio consideró que efectivamente era necesario hacer explícitas las posibles medidas que se pueden desprender a partir de los resultados del ordenamiento. En este sentido informó que para el ordenamiento del año 2014 se incluirá este tema de manera específica.

2.10.5. Consideraciones sobre Ranking de IPS.

Indicó que la mayoría de los criterios definidos por la Corte Constitucional no son aplicables a las IPS, ya que sus funciones no están asociadas al ámbito de la autorización de las atenciones requeridas por los pacientes y de afiliación de los usuarios. Las IPS dependen de la autorización de un pagador para realizar la atención, excepto que se trate de la atención inicial de urgencias.

Esto no quiere decir que las instituciones prestadoras de salud no incurran en prácticas violatorias de los derechos de los usuarios, pero definir una métrica para la medición de los criterios tal y como están definidos en los parámetros de la Corte no es adecuado técnicamente. La complejidad radica en que los criterios de vulnerabilidad del derecho no están asociados a las responsabilidades particulares de las IPS y además los indicadores utilizados para el ordenamiento de las EPS no pueden ser los mismos, como se observa en la siguiente tabla:

Criterio de la Corte Constitucional	Pertinencia para evaluar IPS
1 al 10	Se refieren a la autorización oportuna o negación de autorización de servicios. La “autorización de servicios” es una función exclusiva de las EPS.
11. Se niegan a afiliar personas, a pesar de que estas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.	Se refiere a la afiliación que es una función propia de las EPS.
12. Interrumpen el suministro de	Hace referencia a la interrupción del

¹⁸ Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.

en caso de que ello no proceda, *“indicar a través de Auto cuáles son las razones que justifican un cambio en lo ordenado”*²¹ en las citadas providencias.

Señalaron que existe una contradicción entre el auto 044 de 2012, la sentencia T-760 de 2008 y la medida preventiva adoptada en el auto 249 de 2013, ya que en las primeras se prohibió la entrega de un *“ranking simple”* por lo que solo era necesaria una clasificación de aquellas EPS que incurrieran frecuentemente en prácticas violatorias del derecho a la salud, mientras que en el auto de 2013 se les obligó a establecer un orden por puestos que incluye a todos los aseguradores.

En tal sentido procedieron a relacionaron los aspectos negativos de una *“ordenación simple”*, a saber: (i) que la distinción numérica entre un asegurador y otro no necesariamente reflejaba las diferencias reales en su desempeño y patrones de comportamiento; y (ii) el derecho a la libre elección de EPS tiene limitaciones materiales, dado que estas entidades tienen un máximo de usuarios que pueden atender, aunado a que no afilian personas en todo el país.

Explicaron que hacer un *“ranking simple”* de las entidades promotoras de servicios de salud crea *“un incentivo fuerte para que los usuarios se trasladaran a la primera – aunque en términos reales la segunda prácticamente fuera idéntica – aún cuando esta no pudiera recibir a los usuarios”*²². En este sentido, resaltaron que si se permitiera y se incentivara que los usuarios se trasladen a la mejor EPS, dicha circunstancia generaría que esta entidad *“tuviera que atender una población que no está en capacidad de atender (sic), lo cual muy probablemente la llevaría en poco tiempo a la parte baja del ranking y afectaría el derecho a la salud de los afiliados”*.

ii) Variar la obligación de realizar el *ranking* de IPS de acuerdo a los 14 criterios establecidos por la Corte Constitucional, debido a que son inaplicables a la actividad que desarrollan esas instituciones, ello si se tiene en cuenta la heterogeneidad de prestadores.

Sin embargo, expresaron que las dificultades reseñadas no suponen una ausencia de monitoreo al desempeño, dado que con las resoluciones 1446 de 2006²³ y 4505 de 2013²⁴ se obtiene la información sobre la actividad de los prestadores, aunado a la actividad de los entes territoriales que tienen a su cargo la inspección, vigilancia y control de dichas instituciones.

2.12. El 29 de abril de 2014²⁵ el Ministerio de Salud conjuntamente con la Superintendencia remitieron informe *“sobre las entidades que con mayor frecuencia incurrir en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas para cada uno de los regímenes; que incluye también información*

²¹ Cfr. AZ Orden XX-B, folio 1716.

²² Cfr. AZ Orden XX-B, folio 1719.

²³ “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.

²⁴ “Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento”.

²⁵ Cfr. AZ Orden XX-E, folios 1838 a 1952.

preliminar sobre las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas”.

Según lo mencionado por las autoridades gubernamentales en dicho documento no solo se detallan los aspectos metodológicos sino los avances en el cumplimiento del mandato vigésimo. Afirmaron que atendiendo las observaciones formuladas por los Grupos de Seguimiento y lo dispuesto en el Auto 249 de 2013, se elaboró una nueva metodología.

Resaltaron que el nuevo enfoque incluyó un cambio sustancial en la fuente de información para el análisis de los 14 criterios definidos en el Auto 044 de 2012, por lo que fue diseñada una metodología de auditorías a las EPS que buscaba un doble propósito. En primer lugar, recoger datos sobre vulneraciones de derechos en la fuente primaria de información, que implicó una transición del auto reporte al recaudo *in situ* de los mismos. En segundo lugar, revisar el estado de los sistemas de información de los aseguradores y adoptar medidas para su mejoramiento de modo que cada vez se alcance mejor calidad en la información. Para tal fin se realizaron auditorías a 48 autoridades entre febrero y marzo de 2014²⁶.

Indicaron que con el informe presentado se muestran datos sobre las prácticas violatorias en las que incurren las EPS a la vez que se evita incurrir en los riesgos de realizar “ordenaciones simples”²⁷.

En relación con el *Ranking* de IPS propusieron una herramienta para transmitir a los usuarios información que les permita tomar decisiones en el sistema, teniendo en cuenta “las limitaciones técnicas que este tipo de mediciones envuelve”. Reiteraron lo señalado en su escrito de 22 de enero de 2014 en el sentido de que “un ranking de IPS no puede realizarse de acuerdo con los 14 criterios definidos en el Auto 044 de 2012”. Sostuvieron que una medición de este tipo debía enfrentar los retos de la desigualdad entre los diferentes prestadores comparables solo en pequeños grupos, aunado al alto número de entidades y las “limitaciones territoriales que hacen que en muchos casos haya un solo prestador en el lugar de residencia de los usuarios”.

Señalaron que tanto el informe de EPS como la propuesta de herramienta de IPS fueron debatidos y consultados con los usuarios del sistema en diversas reuniones, al igual que con la Defensoría del Pueblo en cumplimiento del Auto 249 de 2013.

2.13. El 2 de mayo de 2014, la Defensoría del Pueblo remitió informe de cumplimiento de acuerdo a lo ordenado en el ordinal cuarto del Auto 249 de 2013²⁸. En este documento se reseñaron los cuatro informes presentados por el

²⁶ Cfr. AZ Orden XX-F, folios 2454 a 2508.

²⁷ Este término es usado para las ordenaciones de tipo numérico, de acuerdo a una calificación específica.

²⁸ En esta providencia, que decretó medidas preventivas para la elaboración del *ranking* 2014 se ordenó que la Defensoría del Pueblo presentara al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud las recomendaciones que considera pertinentes durante el proceso de elaboración del *ranking* 2014, debiendo informar el resultado de su gestión el dos (2) de mayo de dicho año.

Ministerio y la Supersalud, precisando (i) los riesgos de la propuesta gubernamental, (ii) las observaciones, (iii) recomendaciones del órgano del control, y (iv) los avances en proceso de construcción del *ranking* 2014.

Además, incluyó una sección denominada “*premisas para la evaluación del cumplimiento del auto 249 de 2013*”²⁹, en la que planteó su posición sobre el cumplimiento o no por parte de las autoridades gubernamentales a lo ordenado en dicho proveído.

Para el órgano de control, si bien debe reconocerse el esfuerzo metodológico de carácter participativo de las autoridades gubernamentales en la construcción del *ranking* 2014, existen muchas limitaciones en materia de información que impiden que se cumplan con los objetivos de la orden vigésima del fallo estructural.

2.14. El 18 de diciembre de 2014, el Ministerio de Salud y la Superintendencia, presentaron informe del plan de visitas de auditorías concurrentes en las 53 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, adelantadas en los meses de febrero y marzo de ese año³⁰.

Explicaron que con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional, de acuerdo a los 14 criterios señalados por la Sala Especial de Seguimiento diseñaron un ordenamiento de las promotoras³¹.

El *ranking* de aseguradores bajo el esquema del año inmediatamente anterior (2013) tenía en cuenta los derechos basados en los 14 criterios definidos por la Corte Constitucional y presentaba los resultados clasificando las EPS en cuatro grupos de desempeño.

Teniendo en cuenta que a través del Auto 249 de 2013, se pidió adelantar una “*clasificación por puestos: primero, segundo, tercero, etc*”, compaginada con una “*clasificación porcentual*”, se desarrolló una metodología basada en dos componentes:

- i) Cuáles son las EPS y las IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas.
- ii) Cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las EPS y las IPS identificadas.

De acuerdo con este esquema presentaron el plan de trabajo a adelantar a partir del mes de enero de 2015. Para ello se planteó el ejercicio de elaboración de auditorías similares a las realizadas por esta Superintendencia para la vigencia 2013, con un componente adicional asociado a la verificación y gestión del plan

²⁹ Cfr. AZ Orden XXII-E, folio 1967.

³⁰ Cfr. AZ Orden XXII-E, folios 1808 a 1921.

³¹ Remitido a la Corte Constitucional el 20 de diciembre de 2012 y posterior actualización del mismo el 29 de abril de 2013.

de mejoramiento presentado por las entidades en el transcurso del año, asociado a los informes de las auditorías.

Adicionalmente, se llevaron a cabo mesas de trabajo con las agremiaciones de las EPS, con el fin de analizar, depurar y consolidar los formatos finales con los cuales se realizarán las visitas de auditoría. Es así como inicialmente se contaba con 19 formatos de recolección de información, los que fueron reducidos a 11, de los cuales al régimen subsidiado solo le aplican diez de ellos ya que existen dos criterios (10 y 12³²) que por la naturaleza del requerimiento no incluyen a dicho régimen. Además, gracias a la intervención de Gestarsalud, se excluyen algunas variables de identificación socioeconómica que para el particular no influyen en el análisis propuesto.

2.15. El 29 de abril de 2015, el Ministerio de Salud y Superintendencia presentaron informe sobre las entidades que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad, tanto para EPS de los regímenes contributivo y subsidiado como para las IPS³³.

2.15.1. *Desempeño de IPS 2015:*

En este punto se explicó que para las vigencias 2012 y 2013 se tuvo en cuenta principalmente el desempeño de las EPS y no se hizo alusión a las IPS. Esta situación tuvo su justificación en los siguientes aspectos:

- i) Los 14 criterios indicados por la Corte Constitucional en el Auto 044 se centran en la autorización de la atención requerida por los pacientes y la afiliación de usuarios, funciones que son propias de las EPS.
- ii) Las IPS son un grupo heterogéneo de instituciones con características diferenciadas por sede, servicio, complejidad y capacidad, por esto no es posible diseñar un *ranking* que permita compararlas a todas en un solo conjunto.
- iii) Aproximadamente en el 75% de los municipios del país hay solamente una IPS, esto imposibilita la libre escogencia de los usuarios.
- iv) Los prestadores servicios de salud de enfermedades de alto costo prácticamente son únicos en sus regiones.

Pese a lo anterior, explicaron que para el informe presentado en abril de 2014 se elaboró una herramienta virtual identificada como *un visor* que permite comparar dos instituciones prestadoras de salud a partir de los servicios que prestan y su ubicación geográfica³⁴.

³² Los mencionados criterios específicamente se refieren a: 10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello; 12 Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.

³³ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 2594 a 2723.

³⁴ Según lo expuesto por el Ministerio de Salud y la Supersalud, dicho visor fue puesto a disposición en la página del Observatorio de Calidad del Ministerio (<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>) en la pestaña “*indicadores de calidad - comparación de IPS*”.

Como parte del avance en la calificación de la IPS, se hizo alusión al Sistema de Evaluación de Calificación de los actores (SEA) que, de acuerdo con el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011³⁵, busca dar a conocer públicamente información relacionada con la gestión del riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en el tratamiento de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, así como la calidad en la atención y la satisfacción del usuario³⁶. Estos criterios de calificación fueron identificados así:

- i) Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general. Entre 2006 y 2013 las oportunidades de este servicio para ambas redes oscilaron en media entre 2,2 y 3,1 días. El análisis diferenciado muestra además que dichos tiempos fueron en promedio mayores entre las prestadoras privadas que en las públicas.
- ii) Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de odontología general. Existe una tendencia decreciente de la oportunidad en la atención de odontología general en ambas redes (pública y privada), con un cambio del 36% en la media de días entre 2006 y 2013. El análisis diferenciado según la naturaleza de la red muestra que la oportunidad en la atención es menor en la red pública que en la privada, con una tendencia decreciente mayor en la primera.
- iii) Oportunidad en la atención en consulta de urgencias. Entre 2006 y 2013 las oportunidades de este servicio para ambas redes oscilaron en media entre 24,2 y 31,8 minutos. El análisis diferenciado muestra además que dichos tiempos fueron en promedio mayores entre las IPS privadas que en las públicas.
- iv) Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados. Al inicio del periodo (2006-2008) la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados era mayor en la red pública que en la privada, sin embargo este orden se invirtió en la mayor parte de los últimos años analizados (2009 y 2013). En todos los casos, se observa una fluctuación del comportamiento del indicador, con un pico de 2,8% en 2007 en la red pública. Las tasas fueron inferiores a 2% para todas las redes en el año 2013.
- v) Tasa de satisfacción global. Las tasas de satisfacción global han sido mayores al 80% durante todo el periodo y para todas las redes de IPS

³⁵ Artículo 111. *Sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud*. Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1°) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

Deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales.

Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario. El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la SNS para que obre de acuerdo a su competencia.

³⁶ Acararon que los datos presentados en este aparte corresponden al año 2013 toda vez que a la fecha de creación del informe del Sistema de Evaluación de Actores no se encontraba disponible el consolidado del reporte de la Resolución 1446 para el año 2014 “*Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*”.

analizadas, sin embargo se observa que la red pública goza de mayores tasas de satisfacción que la red privada en todos los años estudiados.

2.15.2. *EPS que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud- 2014. Régimen subsidiado y contributivo.*

Se hizo alusión a las diferentes acciones de inspección, vigilancia y control, respecto del comportamiento de las EPS, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, en relación con las autorizaciones de servicios de salud incluidos y no incluidos en el plan obligatorio de salud-POS, de acuerdo con los 14 criterios establecidos por la Corte Constitucional.

Refirieron que más allá de los autos 044 de 2012 y 249 de 2013 es importante retomar los elementos definidos en la sentencia T-760 de 2008 para el cumplimiento de la orden 20, que se refiere principalmente a la necesidad de identificar “*cuáles son las Entidades Promotoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas*”.

Por lo anterior, reconsideraron y reorganizaron las fuentes de información, a partir de una metodología de visitas de auditoría en las cuales se toma como fuente primaria de evaluación los 14 criterios, cuyos resultados se toman como base principal para la construcción del “*Informe de entidades que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud*”, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

En este contexto durante el año 2014 la Superintendencia de Salud realizó visitas de auditoría a las EPS, a partir de lo cual se generó como resultado no solamente los dos informes de entidades que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, sino también la suscripción de planes de desempeño a través del cual las aseguradoras diseñaron acciones que permitirán un mejoramiento de cada entidad, en pro del goce efectivo del derecho a la salud.

De las visitas de auditoría realizadas en ese año, fueron generados los informes finales, sobre los que se solicitó a las entidades promotoras el envío de un *plan de mejoramiento* que permitiera solucionar las causas de fondo que generaron los hallazgos plasmados en cada uno de ellos, a fin de evitar que situaciones similares se repitieran.

2.16. El 16 de septiembre de 2015, la Sala Especial de Seguimiento a través del Auto 412 de 2015 resolvió la solicitud de reconsideración del numeral sexto del Auto 249 de 2013³⁷, elevada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia.

³⁷ En el Auto 249 de 2013 se dictaron medidas preventivas para evitar que en el ranking 2014 se presentaran las mismas deficiencias que fueron expuestas por los Grupos de Seguimiento y que fueran aceptadas por las autoridades concernidas. Así en el numeral 6º de la citada providencia se estableció: “*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’ y teniendo como fuente un sistema de información confiable y de calidad, sea el que menos incurra en ellas; mientras que en el último puesto ha de registrarse aquella entidad que más reportes posea.*”

En primer término, la Sala declaró improcedente la solicitud de reconsideración, debido a que las providencias dictadas a causa del seguimiento deben ser cumplidas por las entidades a las que van dirigidas sin dilación alguna.

En cuanto a la construcción de un “*ranking simple*” se precisó que la orden 20 involucra un solo aspecto cardinal y prioritario del funcionamiento del sistema de salud: la vulneración directa del derecho fundamental derivada de la autorización oportuna de los servicios incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. En este sentido se explicó que esa ordenación es mucho más reducida y puntual por lo que, como resultado, comprende la mayoría de facetas de la prestación.

No obstante, se aceptó que algunos de los 14 parámetros de medición establecidos por esta Corporación en el Auto 260 de 2012, podrían ser objeto de actualización en los términos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Sentencia C-313 de 2014. Por esa razón, se convocó a las entidades públicas que hacen parte del cumplimiento de la orden 20 y a los peritos constitucionales voluntarios vinculados en el proceso de supervisión, para que presentaran sus conceptos y definieran si los 14 componentes de la ordenación de EPS debían modificarse.

Teniendo en cuenta que una ordenación de promotoras y prestadoras por grupos con diversos niveles de calificación también puede cumplir con las metas establecidas por la sentencia estructural y los autos complementarios, se ordenó a las entidades gubernamentales obligadas que informaran la metodología y parámetros de calificación que podrían implementarse para el perfeccionamiento de la ordenación. En caso de no ser necesaria la modificación, tenían la obligación de exponerlo cuidadosamente mediante escrito remitido a la Corte Constitucional, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo.

Finalmente, ante el argumento expuesto el Ministerio de Salud y la Superintendencia, en el sentido de advertir que los 14 parámetros no son aplicables a las IPS debido a que sus funciones se relacionan con la prestación de servicios. La Sala encontró que el argumento expuesto por los órganos gubernamentales tenía un adecuado sustento, por lo que resultaba necesario convocar a los peritos constitucionales voluntarios para que siguiendo la orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008, junto con los informes presentados por el Ministerio y la Superintendencia, se determinara: (i) el cumplimiento de los objetivos del fallo estructural y si el número de prestadoras incluidas es suficiente y/o pertinente; y (ii) la metodología más apropiada para cumplir los objetivos del mandato teniendo en cuenta las restricciones manifestadas por el Ministerio y la Superintendencia, así como los parámetros definitivos para identificar las IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas.

Esta relación por ubicación debe compaginarse con una clasificación porcentual, en la cual el 100% corresponde a aquella entidad que no tiene reportes sobre violaciones al derecho a la salud y el 0% aquella que cuenta con más.”

2.17.El 27 de octubre de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, presentaron el informe de desempeño de EPS e IPS³⁸.

Conforme a las motivaciones y órdenes contenidas en el Auto 412 de 2015, procedieron a presentar la justificación de la metodología y parámetros de calificación que está siendo utilizado actualmente para el ordenamiento de EPS y, por otro lado, los resultados de la aplicación de la metodología vigente para identificar las IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas.

Por otra parte, propusieron que ante las diversas fallas que presenta la clasificación de IPS, resultaba necesario adelantar una evaluación conjunta con la Sala de Seguimiento, los peritos constitucionales y los terceros participantes de este proceso para corregir las falencias identificadas y adecuar los resultados a los objetivos específicos de la sentencia T-760 de 2008. Hecho este planteamiento, procedieron a desarrollar cada uno de los aspectos sentados en el auto 412 de 2015.

2.17.1. Análisis de los componentes de ordenación de EPS que deberían modificarse a la luz de la Ley 1751 de 2015 y de la sentencia C-313 de 2014.

Al realizar acciones de inspección sobre los 14 componentes establecidos por la Corte Constitucional, la Superintendencia concluyó que para los regímenes subsidiado y contributivo 4 de estos no aplicaban, a saber:

Criterio 6: *“Se niega a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto al lugar que reside”.*

Explicaron en la práctica el desplazamiento del usuario a un lugar distinto ocurre para la prestación de un servicio de manera temporal.

Criterio 9: *“Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.”* No es aplicable al régimen subsidiado.

Criterio 10: *“Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.”*

Este criterio no es aplicable al régimen subsidiado.

Criterio 12: *“Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.”*

³⁸ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 2899 a 2945.

Este criterio no es aplicable al régimen subsidiado.

Por otra parte, respecto a la incorporación de nuevos criterios, destacaron que el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, hace alusión a la formulación y adopción de políticas de salud que garanticen la igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema, en esa medida propusieron que estas políticas se enfoquen en la garantía del derecho a la salud desde la óptica de la prestación de los servicios y se incluyan en su seguimiento las metas previstas para cada uno de los componentes del Plan Decenal en Salud.

En consecuencia y en virtud de los principios de eficiencia y eficacia de la administración pública, se propuso que la verificación de la garantía del derecho a la salud se realice en conjunto con las acciones de inspección y vigilancia conferidas a la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relativo al acceso a la seguridad social en salud, la prestación efectiva de los servicios de salud con calidad (oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y accesibilidad), por lo que estimaron necesario propiciar 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 con el fin de efectuar la clasificación solicitada.

2.17.2. Descripción de la metodología, parámetros de calificación y justificación.

El planteamiento metodológico establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para 2013, fue a una auditoría de campo efectuada a las EPS activas, para lo cual se requirió una información basada en la construcción de bases de datos de acuerdo con unos parámetros definidos por un grupo de profesionales especializados.

Aclaró que la mayoría de los criterios previstos en la sentencia T-760 de 2008 se enfocan en la oportunidad en que las EPS emiten la autorización de algunos procedimientos de salud, por lo que el mecanismo seleccionado para evaluar fue el cálculo real del tiempo en días calendario que tarda una aseguradora en el proceso de autorizaciones para algunas prestaciones, procedimientos y medicamentos, según las fichas técnicas de guía de elaboración de las bases de datos de las auditorías mencionadas.

Como insumo principal se tuvieron en cuenta las fechas diligenciadas por las EPS, las cuales estaban debidamente diferenciadas así: Fecha de radicación, fecha de autorización, fecha de prestación, entre otras.

Una vez se obtenían los cálculos por parte de los técnicos de la Superintendencia, los resultados se diligenciaban en una base de datos consolidada de los catorce criterios establecidos y de allí se extraía la información pertinente para la elaboración de los informes de visitas que fueron remitidos a los vigilados.

Para la evaluación de la vigencia 2014, señalaron que se fortaleció el proceso de análisis de los criterios, al ajustar los instrumentos de recolección de acuerdo con la metodología planteada para la vigencia anterior. Para este fin se desarrollaron dos componentes.

- i) Se enfoca en las acciones de control que ha desarrollado la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de la garantía de la prestación de servicios de salud a la población colombiana.
- ii) Evaluación del cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos ante la Superintendencia por cada una de las EPS.

Indicaron que se realizó un ejercicio comparativo con la vigencia 2013, esquematizado con un semáforo de comportamiento, el cual identificó en verde el evento en el que la entidad presentó mejoría en el análisis del criterio, amarillo si no presentó un cambio sustancial en los reportes analizados y rojo si la entidad presentó un comportamiento desfavorable con relación a la vigencia anterior. Así, los ciudadanos contarían con una herramienta gráfica para identificar el cumplimiento de lo evaluado en los informes generados.

En este contexto, la Superintendencia propuso mantener el método de auditorías en campo para la recolección de información, incorporando los ajustes a los instrumentos de recolección de información que se consideren pertinentes.

Adicionalmente, la Superintendencia planteó que la clasificación de las entidades se diera por “*categorías de criticidad*” asociadas a la vulneración de derechos relacionados con la prestación efectiva de los servicios de salud, con el fin de determinar para cada uno de los regímenes cuáles son las entidades que conforman los grupos críticos que requerirán un seguimiento detallado por parte de los organismos de control, para garantizar a los usuarios del sistema el cumplimiento óptimo y de calidad.

2.17.3. Propuestas sobre la(s) mejor(es) metodología(s) para recopilar elementos empíricos que permitan evaluar el grado de aceptación, entendimiento y la utilidad que la ordenación de EPS e IPS presta a los usuarios del sistema.

Refirieron que es necesario que las propuestas presentadas sean analizadas, socializadas y definidas en sesiones técnicas que involucren todos los actores del SGSSS, con el objetivo de evaluar, medir y cuantificar adecuadamente el impacto de los criterios definidos por la Corte.

2.17.4. Ordenamiento de IPS.

En este punto los entes gubernamentales desarrollaron cuatro aspectos que consideraron importantes al momento de realizar una sesión técnica sobre la materia. Al respecto reiteraron la imposibilidad fáctica para realizar el

ordenamiento de IPS conforme a las especificaciones de la Sentencia T-760 de 2008 y del Auto 249 de 2013.

Advirtieron que si bien existe inaplicabilidad de los criterios establecidos, también existen unas limitaciones frente a la construcción técnica de las variables de evaluación.

Señalaron que a marzo de 2014 existían un total de 11.253 IPS y una sola IPS puede llegar a tener 54 sedes. Lo que equivaldría a analizar 19.076 prestadores. Además, las IPS presentan una heterogeneidad que va desde la capacidad instalada (número de camas disponibles), hasta la complejidad de servicios que presta. Así, la ausencia de uniformidad dificulta su comparación.

Por otra parte, las fuentes de información son limitadas. Entre las fuentes disponibles, están los indicadores de la Resolución 1446 de 2006³⁹ y el Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS⁴⁰, los que presentan falencias relacionadas con la mala calidad de los datos y la ausencia de reporte.

Finalmente, respecto a los indicadores a seleccionar, se buscó que estuvieran asociados a los deberes y derechos de los usuarios, los que cumplieron con los requisitos de formulación⁴¹.

2.17.5. Implementación de la propuesta para la elaboración del ranking de IPS.

Explicaron que a pesar de las dificultades, existe una herramienta que le da insumos a los usuarios para poder tomar decisiones informadas respecto a sus prestadores de servicios de salud. Consiste en un visor que permite comparar dos IPS a partir de los servicios que prestan y su ubicación geográfica basada en los indicadores de calidad de la Resolución 1446 de 2006⁴².

Los indicadores seleccionados para poder cumplir con el estudio comparado de atendieron a: (i) el comportamiento de un determinado servicio que presta la institución en razón a la oportunidad; (ii) seguridad del paciente; (iii) percepción del usuario; (iv) promoción y prevención de la salud frente al

³⁹ Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. En esta resolución se establecieron indicadores de obligatorio reporte por parte de las entidades aseguradoras y de las IPS, con la finalidad de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones y ofrecer insumos para la referenciación por calidad.

⁴⁰ El registro individual de las prestaciones en salud - RIPS-, absorbe la información individual de las prestaciones dadas a una persona con el propósito de facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y de soportes de los servicios efectivamente prestados a la población protegida en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley.

⁴¹ (i) **Claro:** Son fácilmente identificables tanto su numerador como denominador, cuentan con ficha técnica lo que asegura su comprensión y determina qué, cómo y cuándo se debe seguir. (ii) **Relevante:** Evalúan aspectos de la calidad como oportunidad de la atención, percepción y seguridad clínica, aspectos propios de la gestión de la IPS. (iii) **Económico:** Son de auto reporte, requirió en sus inicios de un desarrollo informático para el cargue de los datos. El procesamiento se realiza de manera manual. (iv) **Monitoreable:** Cuenta con un sistema de información, son periódicos. (v) **Adecuado:** Ofrece una base suficiente para estimar el desempeño.

⁴² Esta herramienta está dispuesta en la página del Observatorio de Calidad del Ministerio (<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>) en la pestaña "indicadores de calidad - comparación de IPS".

manejo de la hipertensión arterial; y (v) comportamiento del servicio hospitalario y quirúrgico

Adicionalmente se utilizó un criterio validador - la existencia del servicio de unidad de cuidado intensivo- el cual disminuye la brecha en la comparación de IPS, facilitando la comparación entre prestadores cuya complejidad sea similar. No obstante lo anterior no garantiza completamente homogenización de criterios de evaluación que permitan una categorización equitativa. A manera de conclusión resaltaron:

- Como resultado final se pueden observar 13 ordenamientos o *rankings* que agrupa en total 18.704 IPS que son evaluadas en relación con el servicio u atributo de la calidad. Siendo las prestadoras con mejor desempeño las que ocupan el primer puesto en cada categoría.
- Cada indicador también está agrupado por Departamento, por lo que de acuerdo al territorio se pueden analizar las cifras.
- Los datos reflejan las agrupaciones, por lo que se constituyen en aproximaciones del desempeño de una determinada IPS en general y no respecto a un individuo en particular.
- El no reporte de información tiene impacto negativo, por ende, las IPS que tenían que reportar y no lo hicieron se encuentran en los puestos más bajos del ordenamiento. Al respecto existe un número considerable de no reporte. Se pudo identificar que 10680 prestadoras que tenían que reportar no lo hicieron.
- El autoreporte sigue siendo la fuente de información disponible para este tipo de ordenamiento, pese a las grandes debilidades que presenta (duplicados, datos inconsistentes o que pudieran no estar reflejando la realidad).

2.18. Respuestas otorgadas por los peritos constitucionales voluntarios.

2.18.1. El 22 de octubre de 2015, la **Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral** se pronunció en relación a la medición de EPS⁴³, aduciendo que las negaciones de servicios no sirven para establecer de manera automática, cuáles son las entidades promotoras de salud que incurren en violaciones a la salud de los usuarios.

Indicó que a su juicio es necesario diferenciar las responsabilidades que tienen las diferentes instituciones que participan en el sistema. Refirió que el juez constitucional ha venido asumiendo erradamente que las aseguradoras deben responder por todas las prestaciones de salud y por todos aquellos servicios que no son propios de salud pero que en determinado momento se requieren para garantizar el acceso a los mismos. En este sentido destaca:

- i) No todas las negaciones de servicios desconocen el derecho a la salud

⁴³ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 2946 a 2957.

del afiliado.

- ii) No puede asumirse automáticamente que una negación de servicios equivale a una violación de un derecho. Hay negaciones pertinentes y la herramienta no permite diferenciar este tipo de situaciones.
- iii) No todos los criterios permiten evaluar la violación de derechos en cabeza de las EPS.
- iv) Se asignan a las EPS responsabilidades que son de terceros⁴⁴.

Agregó que las promotoras se encuentran en una encrucijada, aplicar todas las normas vigentes o los criterios jurisprudenciales de la Corte Constitucional, lo que genera riesgos legales y financieros para las entidades y sus representantes y administradores. Se considera que las EPS deben “*inaplicar*” de manera generalizada las normas cuando se trata del derecho a la salud, sin tener en cuenta que muchas de esas negaciones debe realizarlas en cumplimiento de las normas vigentes.

Respecto de las IPS afirmó que es fundamental para garantizar una información clara en el sistema que estas entidades sean evaluadas y que los resultados estén disponibles para los afiliados, lo que permite estimular su mejoramiento y genera un mayor control social. Para tal fin advirtió que es importante definir un instrumento con indicadores específicos que puedan medir su gestión e identificar las prácticas violatorias del derecho que puedan darse en este nivel.

2.18.2. El 23 de octubre de 2015 el **observatorio “Así Vamos en Salud”**⁴⁵ señaló que aunque se presentan avances en relación con los mecanismos para la recolección y posterior depuración y análisis de los datos, se debe continuar con el seguimiento a los sistemas de información que manejan las aseguradoras, puesto que siguen evidenciando falencias en la calidad y la obligatoriedad del reporte.

Resaltó que esta medición constituye en una herramienta de seguimiento pertinente en la medida que permite dar a conocer cuales EPS han realizado acciones en pro de mejorar en cada uno de los criterios evaluados y de esta manera avanzar hacia la disminución de las barreras de acceso que limitan el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los usuarios del sistema.

Añadió que para que esta información sea de utilidad para los usuarios al momento de tomar una decisión respecto de su afiliación, esta debe estar a disposición en un lenguaje sencillo; por lo que nuevamente se sugiere seguir realizando este proceso de manera participativa.

⁴⁴ A manera de ejemplo expuso: (i) Responsabilidad del Estado. Como garante del acceso a los servicios de salud debe proveer aquellos servicios complementarios como transporte, viáticos, pañales entre otros; (ii) Responsabilidad del prestador (IPS). Deben responder por oportunidad cuando ya ha sido autorizado el servicio por parte de la EPS o incluso en aquellos casos en los cuales se han eliminado el requisito de autorizaciones previas; y (iii) Responsabilidad del CTC. La responsabilidad de autorizar servicios NO POS, es competencia exclusiva del CTC quien obra con plena autonomía frente a la EPS para la toma de decisiones.

⁴⁵ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 2958 a 2969.

Sobre el informe “*Desempeño de IPS-2015*” indicó que en el aplicativo web y en el informe 2015 no hay claridad respecto al número total de instituciones incluidas en ambos reportes, respecto al total de habilitadas y cuya información se encuentra en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS.

Por último destaca que debido a que muchas de las variables necesarias para construir el *ranking* de IPS deben partir de las mismas instituciones, es indispensable replantear este ejercicio generando incentivos para el reporte, exaltando a quienes procuran el respeto por el derecho a la salud y de esta forma se estaría generando estímulos hacia la competencia por calidad y prestigio.

2.18.3. El 23 de octubre de 2015, **el Grupo Médico por el Derecho a Decidir**⁴⁶ adujo que el acceso a la información es un elemento central para la garantía del derecho fundamental a la salud, en interés no solo de los pacientes, sino de la población en general, por lo que la ordenación de EPS e IPS debe atender a un esquema claro, oportuno y completo que permita al usuario tomar decisiones sobre su salud.

Afirmó que los catorce parámetros deben aplicarse tanto a las promotoras como a las prestadoras, en consideración a que las primeras autorizan los servicios y las segundas son quienes los prestan. Además una ordenación simple no contradice las demás funciones a las que están sujetas, porque se busca informar qué entidades con mayor frecuencia se niegan a autorizar o prestar oportunamente los servicios de salud.

2.18.4. El 23 de octubre de 2015, **la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR)**⁴⁷ se refirió a cada uno de los 14 parámetros contenidos en el auto 260 de 2012. Al respecto se destacan aquellos sobre los cuales sugirió específicamente una modificación.

Sobre el primer criterio que hace alusión a autorizar oportunamente servicios de Salud incluido en el POS, explicó que de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, el Plan Obligatorio de Salud es sustituido por un régimen de exclusiones, por lo que este parámetro debería quedar así: *Se niegan a autorizar oportunamente Servicios de Salud.*

Respecto al segundo ítem alusivo a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada, advirtió que este parámetro pierde fuerza argumentativa al no existir un POS y un No POS, sino un sistema de exclusiones.

Por otra parte, el tercer aspecto de valoración referente a autorizar

⁴⁶ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 2970 a 2972.

⁴⁷ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 2973 a 2996.

oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el comité técnico científico CTC. La ley estatutaria en materia de salud en su artículo 14 prohíbe la negación de servicios por trámites administrativos⁴⁸, por lo que debe modificarse.

Posteriormente, hizo alusión al grado de aceptación, entendimiento y la utilidad que la ordenación presta a los usuarios del sistema. Sobre el particular afirmó que en la escogencia de la entidad promotora de salud, normalmente las personas se inclinan por aquellas que están presentes en la ciudad donde habitan; en otros casos el empleador lo obliga a afiliarse a una específica para disminuir trámites administrativos; otras veces la selección es por regionalismo como se ve en las aseguradoras Coomeva, Comfenalco y otras del subsidiado que sus afiliados en un 90% son de la región de donde se crearon.

En cuanto a las IPS la selección se hace dentro de la red que tiene contratada la EPS y el servicio que tenga contratado, muchas veces en una prestadora solo contratan cirugías y no UCI, entonces el usuario se conforma con aquella donde le autorizan el servicio y cuando quiere una específica debe recurrir a tutela y justificar muy bien el porqué, ya que la entidad promotora la objeta diciendo que no viola el derecho porque le ofrece la red que contrato.

En relación con el balance del documento *“Desempeño de IPS -2015: Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008”*, refirió que según el Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS⁴⁹, los 14 puntos establecidos por la Corte Constitucional en materia de *ranking* de EPS e IPS, aplican a ambas por igual, ya que los procesos de calidad, si bien tienen rutas específicas en cada entidad, obedecen al logro de un objetivo común, la prestación de servicios médicos para la atención de calidad, que repercuten en la garantía del derecho fundamental a la salud. En este punto aclara que es viable la aplicación de los parámetros a las IPS, salvo en la autorización de pago de incapacidades (criterio

⁴⁸ Ley 1751 de 2015, artículo 14: *“Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención inicial de urgencia y en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social”*.

⁴⁹ Este decreto en su artículo 1º determina que sus disposiciones se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. A su vez, El artículo 3º de la mencionada disposición establece que para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: 1. Accesibilidad: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud; 2. Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios; 3. Seguridad: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias; 4. Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales; 5. Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

10) y de la afiliación (criterio 11).

2.18.5. El 23 de octubre de 2015 **Dejusticia**⁵⁰ se refirió a la relevancia y vigencia de los componentes de la ordenación de EPS definidos en el Auto 260 de 2012 a la luz de la Ley 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014 y propuso los cambios que consideró necesarios. En este sentido hizo alusión a los criterios específicos sobre los cuales hizo las propuestas que estimó importantes, como se expone a continuación.

Respecto del primero⁵¹ explicó que una de las modificaciones de la ley estatutaria en salud es que todos los servicios y tecnologías de salud que no estén expresamente excluidos se entenderán como incluidos (art. 15 Ley 1751 de 2015). En esa medida, con la nueva regulación la inclusión pasó a ser la regla y la exclusión la excepción.

En cuanto al segundo⁵² destacó que a la luz de la nueva regulación su redacción debe ser modificada, entendiendo que únicamente los servicios incluidos en la lista de exclusiones son lo que no deben ser financiados por el Sistema (es decir, son los únicos “No POS”).

En relación con el tercero⁵³, advirtió que este a componente deben hacerse dos precisiones. En primer lugar, la Ley Estatutaria no es clara frente a si se mantiene la figura de los CTC o no⁵⁴. Además, según esa misma normatividad a los pacientes a que no se les puede trasladar cargas administrativas que constituyen obstáculos para el goce efectivo del derecho⁵⁵.

De cara al octavo⁵⁶, señaló que la ley estatutaria de salud reconoce en su artículo 11 a los menores como sujetos de protección especial que no pueden tener ninguna limitación administrativa o económica en su atención y que en otros componentes se hace alusión a situaciones en las que se niega el acceso a servicios de salud a sujetos de especial protección diferentes a los niños, como los pacientes de alto costo, con el fin de depurar el catálogo de indicadores, por lo que se podrían agrupar todas estas situaciones, lo que obliga a crear un nuevo

⁵⁰ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 2997 a 3007.

⁵¹ Este criterio específicamente señala: “**Primero.** Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS”.

⁵² Este criterio en concreto señala: “**Segundo:** se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud no POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada”.

⁵³ Este criterio reza: “**Tercero:** Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico –CTC”.

⁵⁴ La Ley 1751 de 2015 en su artículo 16, establece que “Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley”. Por ello, es posible que no haya lugar a seguir hablando de CTC.

⁵⁵ La Ley 1752 de 2015 en su artículo 10 literal (p) indica que uno de los derechos de los usuarios es “que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.”

⁵⁶ Este criterio indica: “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.”

componente. En el mismo sentido se refirió a los criterios décimo⁵⁷ y undécimo⁵⁸

En relación con el noveno⁵⁹ afirmó que en este parámetro se debería eliminar el factor de que los servicios se requieran “*con necesidad*” ya que de acuerdo con la legislación actual y con la jurisprudencia, supeditar la prestación del servicio al pago de una cuota moderadora es una clara violación al derecho a la salud (Parg. 1º del art. 10 Ley 1751 de 2015⁶⁰).

En cuanto al décimo tercero⁶¹, al tratarse de una limitación económica al acceso a servicios de salud por parte de un sujeto de especial protección, puede ser agrupada en el siguiente componente: “*Niegan el acceso oportuno a servicios de salud a sujetos de especial protección con base en limitaciones administrativas o económicas del usuario*”.

Hecho el anterior recuento, expuso que ante el nuevo marco normativo (Ley 1751 de 2015) y la interpretación jurisprudencia vigente (sentencia C-313 de 2015), lo procedente sería hacer algunas modificaciones en la redacción de los componentes.

En cuanto al requerimiento dado por la Corte Constitucional para que se pronunciara sobre la evaluación del grado de aceptación, entendimiento y utilidad que la ordenación presta a los usuarios, en primer lugar refirió que la ordenación simple propuesta por la Corte en el Auto 249 de 2013, la que en su sentir puede generar incentivos negativos en la población, debido a que existen municipios donde solo tiene presencia una EPS o IPS, la cual puede ser calificada como la entidad que con más frecuencia viola el derecho a la salud.

Agregó que resulta difícil identificar cuál de los 14 componentes de violación tiene más valor al momento de dar una calificación unificada, lo que además puede generar una desinformación perjudicial para los usuarios, debido a que es necesario que puedan conocer específicamente respecto de cada indicador la frecuencia en que su EPS incurre en determinada práctica violatoria.

⁵⁷ Este criterio refiere: “*Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.*”

⁵⁸ Este ítem en indica: “*Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.*”

⁵⁹ Este criterio específicamente establece: “*Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.*”

⁶⁰ Artículo 10. *Uso de los recursos de promoción y prevención.* El Gobierno Nacional será de responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud. El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Parágrafo. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.

⁶¹ Este criterio hace alusión al cobro de copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.

Destacó que para evitar que la cantidad de información generada a partir de los 14 componentes pueda llegar confundir al usuario al momento de decidir a qué EPS afiliarse, propuso que se haga una clasificación por grupos o rangos, que puede ser la propuesta por la Corte en el sentido de identificar un rango crítico (las aseguradoras que, teniendo en cuenta el número de afiliados, incurre en más prácticas violatorias) y luego rangos de alarma, aceptabilidad y superioridad. De esta forma los usuarios pueden identificar las Entidades Promotoras de Salud que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias sin que esto implique un juicio por puesto específico. Es decir, el usuario buscará afiliarse a aquellas aseguradoras que están dentro del rango de superioridad y no a la EPS específica que está en el primer puesto.

Advirtió que para mayor entendimiento de los usuarios, el *ranking* en términos de violaciones (orden 20), debe ser presentado en junto la clasificación de desempeño en donde se miran factores de calidad, cobertura, resultados, evaluación de los usuarios, entre otros (orden 28).

Finalmente respecto al *nivel de cumplimiento de la orden 20*, como cuestión preliminar, advirtió que en el informe no se acoge lo ordenado en el Auto 249 de 2013, toda vez que: (i) no se clasifica a las EPS por puestos de acuerdo con la frecuencia en la que incurren en prácticas violatorias; y (ii) no se hace un *ranking* simple en donde se determine cuáles son las EPS que en términos generales más violan el derecho a la salud.

Explicó que el cumplimiento de lo dispuesto por la Corte Constitucional implica identificar a la EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias, donde el análisis y la recolección de datos contienen serias fallas. Al respecto destacó:

(i) En varios componentes no se tienen en cuenta las violaciones, únicamente se mira la oportunidad. En 7 de los 14 componentes en donde se pide cuantificar las prácticas en las que “*se niegan a autorizar oportunamente*” diferentes tipos de servicios, el informe únicamente analiza la variable de oportunidad y deja de lado valorar las negaciones de servicios y hasta tanto no se tengan en cuenta las negaciones como prácticas violatorias no se podrá considerar completo el informe.

(ii) El análisis de la oportunidad se hace con base en los tiempos promedio, dejando por fuera el análisis de prácticas violatorias individualizadas. Si bien el tiempo promedio en la prestación o autorización de un servicio puede ser un indicador relevante para los usuarios a la hora de elegir su aseguradora, no se cumple con el objetivo de identificar las prácticas violatorias. En ese sentido, la práctica violatoria sería la autorización o prestación del servicio que se demore más del tiempo establecido en la ley, por lo que se debería identificar el número de casos en que, para cada componente, la EPS se demoró más del plazo legal.

(iii) Si bien el hecho de limitarse a analizar la oportunidad de la autorización y el servicio, y hacerlo con base en tiempos promedio, no es útil para identificar la frecuencia con la que se incurre en prácticas violatorias, los resultados

presentados en términos de oportunidad muestran un avance significativo en comparación con el año anterior (2013).

2.18.6. El 30 de octubre de 2015, el decano de la **Facultad de Medicina de la Universidad Nacional**⁶² remitió concepto del Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, en calidad de perito constitucional voluntario.

Explicó que los 14 parámetros establecidos en la sentencia T-760 de 2008 permiten identificar violaciones al goce efectivo del derecho a la atención en salud. Sin embargo, estos parámetros requieren ajustes a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014, labor requiere un esfuerzo sistemático, profundo y de largo aliento en el que ese ente universitario puede contribuir.

En cuanto al documento denominado “*Desempeño de IPS-2015: Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008*”, advirtió que los criterios de valoración utilizados por las entidades encargadas de cumplir con este mandato, no responden realmente a lo demandado en la orden vigésima. Corresponden a un avance en el cumplimiento de la orden 28, que se centra en el asunto del desempeño de las aseguradoras y prestadoras de servicios de salud para la construcción de una clasificación de estas entidades.

El informe no presenta la información sobre cuántas IPS, públicas o privadas, fueron incluidas en el estudio, ni sus características diferenciales por complejidad o por territorio.

Además, es necesario profundizar en la relación entre EPS e IPS cuando se presentan negaciones arbitrarias de servicios e identificar con claridad si la responsabilidad recae en una o en otra, de manera que se pueda definir si hubo o no violación del derecho fundamental a la salud.

En cuanto a la metodología más apropiada para identificar las prestadoras que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias, explicó que lo ideal es contar con un sistema integrado de información en salud que permita hacer seguimiento en línea del proceso de atención, más allá de la remisión de información a la Superintendencia filtrada por los agentes.

Afirmó que actualmente cada entidad maneja su información con demasiada autonomía, debido a la estructura del sistema, ya que la salud está siendo manejada a través de entidades privadas en un mercado regido por la competencia, lo que debilita la capacidad del Estado como ente regulador para garantizar el derecho fundamental a la salud. Planteó la necesidad de revisar el modelo de aseguramiento competencia regulada y subsidio a la demanda establecido por la Ley 100 de 1993 y relacionadas, a la luz de los desarrollos constitucionales, legales y jurisprudenciales del derecho fundamental a la salud.

⁶² Cfr. AZ Orden XX-G, folios 3014 a 3040.

2.18.7. El 6 de noviembre de 2015 la **Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud –Gestarsalud**⁶³ destacó las 14 prácticas violatorias del derecho que deberían modificarse en virtud de la Ley Estatutaria.

Criterio 6. *“Se niega a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto al lugar que reside”*.

Señaló que en esta práctica violatoria del derecho a la salud, también es aplicable lo que ocurre cuando un afiliado al Sistema hace uso del derecho a la portabilidad del seguro de salud definida en el Decreto 16 de 2013⁶⁴, donde dependiendo del tiempo que el afiliado y su familia deban estar fuera del municipio de afiliación la emigración puede ser ocasional, temporal, permanente o por dispersión del núcleo familiar⁶⁵.

Criterio 9: *“Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora”*.

Consideró que el criterio pudiera modificarse en el sentido de adicionar el concepto de copago (aplicable al régimen subsidiado) y de esta manera monitorearlo, por cuanto existe un ítem donde se analiza este ítem solo para el caso de personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.

Criterio 12: *“Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador”*.

Afirmó que este criterio es aplicable incluso al régimen subsidiado, toda vez que en el proceso de movilidad entre regímenes reglamentado mediante el Decreto 3047 de 2013⁶⁶, las EPS-S pueden continuar garantizando los servicios del POS a los afiliados que sean vinculados mediante contrato laboral o que tenga capacidad de pago para hacer aportes al Sistema junto con su grupo familiar.

En cuanto a la necesidad de incorporar otros criterios en el marco de la Ley Estatutaria, destacó que los principios del derecho fundamental a la salud

⁶³ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 3047 a 3071.

⁶⁴ Decreto proferido por el Alcalde Mayor de Bogotá, a través del cual *“se adopta la estructura interna de la Secretaría Distrital de Planeación y se dictan otras disposiciones”*.

⁶⁵ Como soporte de esta afirmación explicó que en las estadísticas aportadas por el Convenio de Cooperación Interinstitucional para garantizar la Portabilidad Nacional del Seguro de Salud de los Afiliados al SGSSS suscrito entre las EPS Emssanar, Asmet Salud, Salud Vida, Coosalud, Ecoopsos, Comparta y Ambuq, EPS del régimen subsidiado asociadas a Gestarsalud, se muestra una tendencia creciente del uso de la portabilidad del seguro de salud por parte de los afiliados que inicio su implementación en el mes de noviembre de 2013, con un total de 128 solicitudes y al corte abril de 2015 se tienen 61.030 solicitudes tramitadas a través de las EPS que hacen parte del Convenio.

⁶⁶ Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén.

señalados en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015⁶⁷, debieran ser parte del seguimiento a la orden vigésima identificando las prácticas violatorias del derecho relacionadas con el incumplimiento de estos, así como en los aspectos que no se abordan en otras ordenes de la sentencia T 760 de 2008.

Afirmó que dentro de las prácticas violatorias del derecho, resulta necesario incluir la calidad de la prestación de los servicios. Advirtió que si bien la oportunidad de la atención es uno de los elementos a incorporar, lo cual resulta razonable, de manera progresiva podrían incorporarse al seguimiento de la orden vigésima, las demás características de calidad (art. 6 Ley 1751 de 2015⁶⁸).

Añadió que es necesaria la vinculación de las entidades territoriales, por ser parte fundamental en de la garantía del goce efectivo del derecho a salud, particularmente en el Régimen Subsidiado, especialmente en lo relacionado con el proceso de atención de los servicios no cubiertos por el POS, donde la EPS garantiza el acceso efectivo a los servicios y tecnologías, y las entidades territoriales del orden departamental y distrital son responsables del pago de estos servicios ante las IPS de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015⁶⁹.

Agregó que es importante que los análisis consideren variables como número de afiliados de las entidades aseguradoras, el nivel socio-económico de sus afiliados, su presencia regional y otros que permitan reconocer sus diferencias.

En cuanto a la mejor metodología para verificar el grado de aceptación, entendimiento y la utilidad que la ordenación de promotoras y prestadoras otorga a los usuarios del sistema, explicó que es importante desarrollar estrategias de divulgación entre los afiliados a través de medios masivos de comunicación nacional o regional, que aporten información sobre el alcance y los objetivos de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008 de cara al derecho a la información y como consecuencia de ello, a la libre elección, dependiendo de cada régimen atendiendo las restricciones de oferta institucional, situación que permitiría contar con un conocimiento informado sobre la metodología de calificación empelada.

Respecto del documento “*Desempeño de IPS 2015: Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008*”, se refirió al número de prestadoras incluidas en el estudio, advirtiendo que con la metodología adoptada y el universo de prestadores con el cual se trabajó la medición del año 2015, correspondiente a

⁶⁷ El artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 señala que el derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, y protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueros.

⁶⁸ El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) Disponibilidad; b) Aceptabilidad; c) Accesibilidad; d) Calidad e idoneidad profesional. Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios: a) Universalidad; b) Pro homine; c) Equidad; d) Continuidad; e) Oportunidad; f) Prevalencia de derechos; g) Progresividad del derecho; h) Libre elección; l) Interculturalidad; m) Protección a los pueblos indígenas; n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

⁶⁹ Establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados por parte de las Entidades Territoriales, departamentales y distritales a los afiliados del Régimen Subsidiado.

18.704 instituciones inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios -REPS, que reportaron la información de indicadores en el segundo semestre de 2014, lo que muestra un avance significativo en el cumplimiento de la orden 20. Sin embargo, consideró que progresivamente se deben valorar prácticas violatorias del derecho a la salud en proveedores como droguerías que dispensan medicamentos a los afiliados del régimen subsidiado en municipios apartados y que no hacen parte del REPS, así como otros proveedores.

Explicó que la metodología de valoración de instituciones prestadoras elaborada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, constituye un punto de partida sujeto a mejoramiento como todo proceso de calidad. Para ello advirtió que en este ejercicio es necesario contar con “*estudios de casos*” ya que del análisis de los mismos se podrán complementar el reporte de los indicadores por parte de los prestadores y así identificar las violaciones al derecho que en un período de tiempo se hayan dado. Así mismo, expresó la necesidad de continuar con la auditoria a las IPS que permita la verificación en terreno de la información, a través de “*cliente oculto*” u otro mecanismo de validación.

2.18.8. El 24 de noviembre de 2015, la Procuraduría General de la Nación procedió a dar cumplimiento a lo dispuesto por la Corte Constitucional⁷⁰, en orden a realizar vigilancia y acompañamiento al proceso de la información solicitada al Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Para tal fin, solicitó al Ministerio aclaración y el manejo actual de las implementaciones que se dan a la información de los criterios 6, 9 y 12, por cuanto afirma que no son aplicables al régimen subsidiado, sin embargo, tienen vigencia en el régimen contributivo, cuyos hechos se siguen presentando y se debe contar con la respectiva estadística desagregada, deduciendo que como no se dispone al momento de dicha información se debe continuar trabajando para valorar los respectivos datos.

En cuanto a la implementación de la propuesta para la elaboración del *ranking* de IPS, el Ministerio Público expuso que de acuerdo con las situaciones administrativas anteriormente expuestas, continúan presentándose deficiencias tales como: (i) un número considerable de no reporte; (ii) el autoreporte sigue siendo la fuente de información disponible para este tipo de ordenamiento, pese a las grandes debilidades que cuenta este tipo de notificación, como lo son: duplicados, datos inconsistente o que pudieran no estar reflejando la realidad, entre otras, lo que se traduce en que las medidas adoptadas impiden que se cumpla con la finalidad de la orden 20.

2.18.9. El 26 de noviembre de 2015, la Defensoría del Pueblo presentó los comentarios respecto al cumplimiento del Auto 412 de 2015⁷¹, con ocasión a los informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

⁷⁰ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 3072 a 3086.

⁷¹ Cfr. AZ Orden XX-G, folios 3101 a 3111.

Indicó que el derecho a la información no solo debe ser garantizado a las personas cuando hacen parte del sistema de salud, sino desde antes de que ingresen a él, de tal manera que la información debe servir para que puedan elegir de manera informada la EPS e IPS que desean que les preste los servicios de salud en función de sus necesidades. Bajo esta última premisa, observó la Defensoría, que no hay un avance importante para garantizar la elección informada de los ciudadanos en el sistema de salud, lo cual parte de las deficiencias sistemáticas de información por parte de los aseguradores, por tanto la metodología de auditorías anuales desde 2014 son un avance importante. No obstante, es imperioso que se busque un sistema de información continuo, confiable y de calidad, para todo tipo de prestación y no solo el alto costo, por parte de los actores que permita tal ordenación y las acciones públicas, regulatorias y de control oportunas, para evitar o sancionar las conductas violatorias de cara al derecho a la información y al goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Como principales dificultades que persisten en el cumplimiento de la orden 20 y sus causas, destacó: (i) la suficiencia, continuidad, oportunidad y calidad de la información disponible para construir el ordenamiento solicitado; y (ii) los incentivos y/o la falta de control y cultura de lo público y de los derechos fundamentales como orden primario institucional.

Concluyó advirtiendo que es necesario que el Gobierno incluya a la totalidad de las promotoras y las prestadoras, y establezca medidas diferenciales respecto de cada conjunto de entidades. Por ello, a pesar de los esfuerzos del Ministerio y de la Superintendencia, respecto a la búsqueda formal de soluciones, en criterio de la Defensoría la orden se cumple parcialmente.

2.19.El 29 de abril de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud remitieron informe de cumplimiento en relación con la vigencia 2015⁷² donde se estableció un análisis integral de la garantía del derecho a la salud que refleje el comportamiento de las EPS respecto a la vulneración de los derechos en salud de los afiliados al Sistema, para ello consideraron necesario trascender de la verificación de las 14 “*prácticas violatorias*” del derecho a la salud y realizar un abordaje integral a las EPS, a fin de que en efecto los usuarios puedan tomar decisiones informadas sobre su afiliación.

En tal sentido, se realizaron auditorías especiales en las EPS, en las que se ajustó el procedimiento de recolección de la información, puntualizando los seguimientos a planes de mejoramiento suscritos por las aquellas, en relación con los hallazgos evidenciados en la vigencia 2014. Por su parte, para calcular el “*indicador de la garantía del derecho a la salud*”, se incluyeron otras dimensiones de medición (indicador financiero, indicador de calidad, indicador de peticiones, quejas y reclamos-PQR y ponderador por medidas especiales).

⁷² Cfr. AZ Orden XX-G, folios 3112 a 3119. Este documento será abordado y estudiado a profundidad en el acápite correspondiente al análisis sobre el cumplimiento en concreto.

En este contexto, para la vigencia 2015, se realizaron algunas modificaciones en relación con la metodología de captura de la información relacionada con las 14 prácticas violatorias del derecho a la salud.

Por otra parte, se consideró técnicamente la inclusión de otros indicadores sensibles respecto a la garantía del Derecho a la Salud por parte de las EPS. De acuerdo con lo anterior, se construyó un indicador Integral de la Garantía del Derecho a la Salud a partir de los siguientes indicadores:

- ***Indicadores T-760 de 2008.*** Incluye los resultados de la auditoría realizada en la vigencia 2015, relativa a la verificación de las 14 prácticas violatorias del derecho a la salud.
- ***Indicador de calidad.*** Incluye (i) las variables relacionadas con accesibilidad y oportunidad (Citas medicina general, citas medicina interna, citas ginecobstetricia, citas pediatría, citas cirugía general, entrega medicamentos POS, citas odontología general, referencia, número de tutelas, realización de cirugía programada, servicios de imagenología); (ii) calidad técnica (esquemas de vacunación adecuados para niños menores de un año, oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino); (iii) gerencia del riesgo (tasa de mortalidad por neumonía mayores de 65 años, tasa de mortalidad por neumonía menores de 5 años, razón de mortalidad materna); y (iv) satisfacción (tasa de satisfacción global, proporción de quejas resueltas antes de 15 días, tasa de traslados).
- ***Indicadores de Desempeño Peticiones, Quejas y Reclamos –PQR.*** Involucra (i) el indicador de PQR radicadas en la Superintendencia Nacional de Salud, (número de quejas ajustado por total de afiliados, motivo, características específicas de la PQR y del afectado); (ii) el de seguimiento (oportunidad y calidad de la respuesta por parte de la EPS, valor esperado de la respuesta y satisfacción del usuario); y (iii) PQR reiteradas (inicialmente no tuvieron respuesta y fueron nuevamente radicadas por el usuario según tipo de motivo).
- ***Medidas Adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud.*** Este indicador actúa como un ponderador que ajusta los resultados cuando la entidad se encuentra incurso en alguna medida (programa de recuperación o vigilancia especial).

Finalmente, toda la información recogida se agrupa en un indicador integral de la garantía del derecho a la salud, que según informaron les permite agrupar las entidades, lo que da cuenta de una visión global del desempeño de la entidad. De acuerdo al resultado, las EPS se clasifican por régimen en tres grupos, teniendo en cuenta su nivel de vulnerabilidad al incumplimiento de la garantía al derecho de salud, siendo el 1 el de menor nivel. Para los grupos establecidos se adoptan distintas acciones de supervisión de acuerdo con su desempeño integral y su nivel de vulnerabilidad al incumplimiento de criterios de calidad y garantía de derechos.

En cuanto a las IPS, informaron que se envió un ejercicio de *ranking* a finales de octubre de 2015, del cual no se ha recibido observaciones, por lo que para el año 2016 se continuó con la propuesta planteada incorporando algunas de las observaciones recibidas por los grupos de seguimiento en anteriores comunicaciones. Este informe se divide en cuatro secciones, como pasa a explicarse:

i. Avances relacionados con el monitoreo nacional de la calidad.

La primera de estas medidas es la disposición de un visor que permite la comparación de dos IPS a partir de los resultados del reporte de los indicadores contenidos en la Resolución 1446 de 2006⁷³, asociados con el tipo de servicio que presta (de conformidad con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS), ubicación geográfica (Departamento-Municipio) y capacidad de atención (se definió teniendo en cuenta la intensidad del auto-reporte de los indicadores de la Resolución 1446 de 2006 a la Superintendencia Nacional de Salud)⁷⁴.

ii. Consideraciones a tener en cuenta relacionadas con el ordenamiento de IPS conforme a la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

En este punto manifestaron las implicaciones que conlleva elaborar un *ranking* de prácticas violatorias para todas las IPS, lo que hasta la fecha han dificultado su cumplimiento.

a) Rankear a todas las IPS garantizando el principio de la igualdad.

Por mandato de la Corte, se debe identificar la totalidad de instituciones prestadoras de servicios de salud que con mayor frecuencia incurren en práctica violatorias del derecho a la salud. Al respecto el Ministerio ya ha manifestado con anterioridad la dificultad operativa y técnica que representa *rankear* a la totalidad de los prestadores en salud (en la actualidad asciende a más de 10.000). La dificultad técnica radica en el hecho de que los prestadores presentan características heterogéneas principalmente enmarcadas en la zona geográfica, en los servicios que oferta, el tipo de población, y su carácter público o privado.

Para tal fin, se reformó el sistema de información para calidad, con la expedición de la Resolución 256 de 2016, se establecieron indicadores de obligatorio reporte por parte de los prestadores que permitirá valorar efectividad, seguridad y la experiencia de la atención en las IPS. Advirtieron que esta es una medida estructural, que permitirán a mediano y largo plazo obtener un panorama más aproximado de la calidad vista desde la gestión propia de los hospitales.

b) El rol de las IPS en la sentencia T-760 de 2008.

⁷³ “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.

⁷⁴ El visor está disponible en la página del Observatorio de Calidad en la Atención en Salud (OCAS) [http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/Resultados/Comparación de Indicadores de IPS](http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/Resultados/Comparación%20de%20Indicadores%20de%20IPS).

Explicaron que la falta de claridad en la determinación de prácticas violatorias del derecho de la salud para IPS desde la *ratio decidendi* o en el *obiter dicta* de la providencia objeto de seguimiento no justifica el incumplimiento en la elaboración de un *ranking*, pero sí se considera como un antecedente importante que ha impactado negativamente en el desarrollo de esta orden.

iii. Metodología de ordenamiento de IPS.

A pesar de lo expuesto con anterioridad, en cumplimiento de lo ordenando por la Corte Constitucional describieron la metodología y los indicadores utilizados en el ordenamiento presentado en este documento.

Afirmaron que solamente los indicadores propuestos cumplen con los requisitos de formulación, debido a que reflejan: (i) el comportamiento de un determinado servicio que presta la institución en razón a la oportunidad; (ii) percepción del usuario; (iii) promoción y prevención de la salud frente al manejo de la hipertensión arterial; y (iv) comportamiento del servicio hospitalario y quirúrgico.

Indicaron que las IPS presentan heterogeneidad en su composición así como en los servicios que prestan. Por tal razón, se definieron unas variables diferenciadoras que *alertan* o *Informan* a los usuarios sobre las condiciones de un determinado prestador, puesto que las mismas tienen profundas implicaciones en la manera que se debe interpretar la clasificación.

Zona geográfica. Las características del territorio influyen en la manera en que se prestan de servicios de salud así como en su oferta, por tanto es relevante diferenciar aquellas IPS que se encuentran en las zonas urbanas⁷⁵, en la alta ruralidad⁷⁶ y en las zonas dispersas⁷⁷.

Acreditación. Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados, que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas⁷⁸.

Complejidad. Se busca diferenciar las IPS de complejidad I o II de las III y IV. Ya que las IPS de mayor complejidad gozan de mayor infraestructura, talento humano especializado, por lo general se encuentran en zona urbanas y no presentan mayores barreras en la distancia entre los servicios y la población.

⁷⁵ Son aquellos donde existe alta agregación de población en condiciones de densidad y accesibilidad geográficas a los servicios de salud.

⁷⁶ Corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución.

⁷⁷ En estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales.

⁷⁸ Se realiza por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por una entidad acreditadora - en la actualidad la única entidad acreditadora es el ICONTEC-.

Naturaleza jurídica de las Instituciones prestadoras de servicios de salud. Existen tres clases de IPS: Públicas, Privadas y Mixtas.

En este contexto, se elaboró un *ranking* de IPS-2016 que contiene dos clasificaciones: (i) de servicio y percepción del paciente; y (ii) ámbito y percepción del paciente. Adicionalmente al ordenamiento cuantitativo se adicionó una variable denominada *estimativo de desempeño*, la cual asigna una valoración cualitativa a la ponderación de los *rankings*, que se hizo con dos intenciones: (i) para el usuario es más comprensible una clasificación por nombres, que por números; (ii) las categorías (a) *mejor que el promedio*⁷⁹, (b) *en el promedio*⁸⁰ y (c) *el resto*⁸¹, generan mayor impacto en los evaluados y en los usuarios ya que visibilizan y agrupan en grandes categorías IPS con desempeño similar.

También se dispuso de un visor por mapa⁸² en el cual el usuario puede observar tres tipos de clasificaciones: (i) servicios hospitalarios⁸³; (ii) percepción del paciente⁸⁴; y (iii) consulta médica general⁸⁵.

Finalmente, el Ministerio y la Superintendencia de Salud solicitaron la ejecución de una sesión técnica para deliberar sobre las alternativas para superar las fallas relacionadas en el informe de vigencia 2015.

2.20. A través de Auto 219 del 19 de mayo de 2016, se aceptó la solicitud de convocatoria a sesión técnica, la cual se fijaría una vez recibidas y analizadas las respuestas de los peritos constitucionales voluntarios sobre el documento trasladado mediante la presente providencia, en aras de contar con mayores elementos de juicio al momento de su realización.

2.20.1. El 20 de junio de 2016, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) presentó concepto en relación con lo expuesto en el Auto 219 de 2016⁸⁶.

⁷⁹ IPS que en su categoría evidenciaron el mejor comportamiento en los datos reportados respecto a las demás.

⁸⁰ IPS que se encuentran en el rango medio en las respectivas categorías.

⁸¹ IPS que presentan un comportamiento bajo en los indicadores, la mayoría de ellos está relacionado con el no reporte.

⁸² Sitio web

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/ListadodeIndicadores/ListadeIndicadores/Resultados/IndicadoresIPS.aspx>

⁸³ Muestra la posición de la IPS, en Servicios Hospitalarios y estima su desempeño con base en indicadores de calidad que evalúan aspectos de la gestión clínica en este ámbito. En el mapa se evidencia un índice de gestión clínica respecto a las tasas de reingreso de pacientes hospitalizados, mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas e infección intrahospitalaria. Adicionalmente se describe si el prestador cuenta con unidad de cuidado intensivo, lo que refleja la complejidad del prestador (fuente de datos: Resolución 1446 de 2006).

⁸⁴ Muestra la posición de la IPS con base en indicadores de calidad que evalúan la satisfacción del usuario. En el mapa se evidencia la tasa de satisfacción global del prestador. Adicionalmente se describe si el prestador cuenta con unidad de cuidado intensivo, lo que refleja la complejidad del prestador (fuente de datos: Resolución 1446 de 2006 Corte de datos: Primer semestre de 2015).

⁸⁵ Muestra la posición de la IPS con base en indicadores de calidad que evalúan la oportunidad en la asignación de citas en la consulta por médico general del usuario. En el mapa se evidencia los días en los cuales es asignada una cita por médico general en la IPS. Adicionalmente se describe si el prestador cuenta con unidad de cuidado intensivo, lo que refleja la complejidad del prestador (fuente de datos: Resolución 1446 de 2006 Corte de datos: Primer semestre de 2015).

⁸⁶ AZ-Orden XX-H, folios 3192 a 3194.

Expuso que existe un problema en la interpretación del contenido de esta orden por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud, consistente en mezclar la orden 20 con la 28, es decir asumir que el *ranking* solicitado en la orden 20 sobre negaciones de servicios es un *ranking* de desempeño de las IPS y EPS.

En su concepto los informes presentados por la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, abandonan el contenido esencial de la orden 20 que es identificar las promotoras y prestadoras que con mayor frecuencia niegan servicios y se concentran en modificar su contenido para indagar sobre indicadores de calidad y desempeño financiero, lo que evidencia que el objetivo de la orden se ha desviado hacia medir la calidad y no la negación.

Agregó que la situación que persigue identificar la orden 20 es cuántos servicios negó la EPS o IPS sin importar si su desempeño es alto y de buena calidad o al contrario. Amarrar las negaciones a indicadores de calidad y desempeño financiero sería abrir el camino para afirmar que el derecho de los ciudadanos está limitado a las condiciones administrativas, financieras y de infraestructura, por lo tanto cuando estas no tengan las condiciones adecuadas la negación se justifica.

En su criterio, se debe volver a la intención inicial de un *ranking* simple que ordene las aseguradoras y prestadoras que con mayor frecuencia niegan servicios y a lo sumo ponderar este en relación con el número de afiliados que atiende cada una.

Respecto al aplicativo electrónico, indicó que posee información significativa, aunque no es entendible para los ciudadanos que no están familiarizados con las estadísticas y tampoco son claros algunos indicadores. El *ranking* simple se volvió tan complejo que desincentiva al ciudadano para consultarlo, las negaciones se diluyeron y partieron en diferentes categorías, por lo que es muy difícil acceder al dato general de cuantas negaciones tiene una EPS o IPS independientemente de si es por accesibilidad, oportunidad, calidad o del servicio que preste, a pesar de que el dato clave es cuántas negaciones se dan independientemente de la categoría o del servicio.

2.21.El 12 de agosto de 2016, el Ministerio de Salud remitió informe alusivo a la sesión técnica solicitada, el que se dividió en tres secciones: (i) antecedentes y avances del *ranking* de IPS; (ii) identificación de barreras de implementación; y (iii) oportunidades de mejora del *ranking*.

i) antecedentes y avances del ranking de IPS.

Afirmó que es deber del regulador asegurar: (a) la escogencia de las temáticas de medición; (b) indicadores o mediciones; (c) contar con un sistema de información que asegure datos confiables, verificables y comparables.

Advirtió que si bien la Corte ha sido reiterativa en ordenar un *ranking* de prácticas violatorias de **negación** para IPS, se aprecia que los mismos participantes sugieren evaluar otros ámbitos como el de oportunidad en la atención o seguridad de paciente.

ii) identificación de barreras de implementación.

Una vez expuestos los diferentes ejercicios que se han realizado para dar cumplimiento a la orden vigésima en cuanto a un *ranking* de IPS, se hace necesario exponer las barreras o dificultades que surgen al plantear un ordenamiento de hospitales y clínicas a nivel nacional enfocado en la negación, debido a que presentan características heterogéneas principalmente enmarcadas en la zona geográfica, en los servicios que oferta, el tipo de población y su carácter público o privado⁸⁷. Lo anterior toma más relevancia cuando se debe garantizar el principio de igualdad, el cual le impone a este Ministerio otorgar el mismo método de evaluación a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al momento de clasificarlas.

En definitiva el panorama de los prestadores de servicios de salud es complejo y diverso, sus características implican que un prestador pueda ser evaluado de manera distinta por cualquiera de estas características así: naturaleza jurídica, complejidad, capacidad instalada, sedes, servicios, hospitalario o ambulatorio.

Esto llevó a reformar el sistema de información para calidad, con la expedición de la Resolución 256 de 2016⁸⁸, a través de la cual se establecieron indicadores de obligatorio reporte por parte de los prestadores que permitirá valorar efectividad, seguridad y la experiencia de la atención en las IPS. Cabe resaltar que esta es una medida estructural, que permitirán a mediano y largo plazo obtener un panorama más aproximado de la calidad desde la gestión propia de los hospitales.

Agregó que en la actualidad y haciendo un comparativo de los últimos cinco años, las acciones de tutela atribuidas a un prestador se han mantenido constantes, con un porcentaje de participación del 3%. De donde extrajo que si bien pueden existir vulneraciones al derecho a la salud en una clínica u hospital, las mismas no están relacionadas con una negación explícita sino a situaciones relacionadas con seguridad del paciente, humanización, trámites administrativos como demora en la entrega de registros clínicos, entre otros, que si bien pueden influir en el estado de salud de una persona, la situación no representa un riesgo grave e inminente para su vida.

iii) Oportunidades de mejorar el ranking.

⁸⁷ Con corte a 11 de agosto de 2016, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS reportó que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) habilitadas para operar en Colombia ascienden a **10.277**, de las cuales el 90,15% corresponden IPS privadas o mixtas y 9,85% a aquellas de naturaleza pública. Al considerar el número de sedes o puntos de atención de las IPS, se tiene que estos ascienden a **18.084** discriminados por naturaleza y departamento o distrito capital, por tipo de IPS ambulatoria (las que tienen habilitadas 5 camas o menos) u Hospitalaria (las que tienen habilitadas 6 o más camas), 16.462 corresponden al primer grupo y 1.622 al segundo.

⁸⁸ La Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones del sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Resaltó la necesidad de implementar un consenso entre todos los interesados, en procura de alcanzar un espacio de reflexión y deliberación técnica para la formulación de indicadores que evalúen la garantía y goce efectivo del derecho a la salud, más allá de la negación de servicios, que garanticen la comparabilidad entre prestadores, con herramientas accesibles y amigables que disminuyan la desigualdad en la información, una metodología estandarizada y legítimamente validada, un marco normativo que asegure la exigibilidad del reporte.

En este orden de ideas sugirió: (a) replantear un *ranking* basado en la negación de servicios; (b) concretar los ejes de medición de una IPS; (c) definir de manera conjunta los indicadores a evaluar; y (d) delimitar el número de prestadores y definir bajo que parámetros serán evaluados.

2.22.El 2 de septiembre de 2016 se llevó a cabo la sesión técnica, de donde se extraen los siguientes apartes relevantes.

El Ministerio de Salud y Protección Social, además del informe remitido previo a esta actuación judicial, advirtió que el criterio de negaciones de servicios no era el factor principal de dificultad de acceso de los usuarios al servicio de salud. Agregó que las quejas de los usuarios no son un indicador ideal para hacer un *ranking*, hasta tanto no se verifique si efectivamente se presentó una vulneración al derecho a la salud y destacó que la valoración de las IPS se debe hacer desde la igualdad de la prestación de sus servicios, lo que lleve a buscar factores comunes de comparación.

Afirmó que el proceso de auditorías en materia de contratos, no resulta viable, dado el costo que ello representa, debido a la multiplicidad de IPS que existen en el país.

Planteó que antes de estudiar la negación de servicios por parte de la prestadoras, se deben advertir problemas en la atención oportuna de consulta de urgencias; la humanización; la seguridad del paciente a través del seguimiento de protocolos, guías de práctica clínica, control y gestión de infecciones, entre otras. Además de adoptar acciones respecto a la identificación de eventos adversos.

Propuso que replantear el *ranking* desde un punto de vista diferente a la negación de servicios, por no ser la principal fuente de violación del derecho a la salud, además de resultar costoso.

En consecuencia se deberían definir mejor las dimensiones de medición de las IPS, a manera de ejemplo se tendrían en cuenta aspectos como seguridad del paciente, humanización, entre otros. Definido esto establecer nuevos indicadores, a partir de las fuentes de información convenidas.

En conclusión no existe una posición única respecto a lo que se debe medir, lo que lleva a que este ejercicio sea complejo desde su elaboración hasta su

consulta. Agregó que la negación no es la más importante de las prácticas que afecta el derecho a los usuarios.

La Defensoría del Pueblo comenzó por señalar que es necesario definir la negación de servicios. Destacó que uno de los aspectos importantes a tratar es la dilación en la prestación de servicios, debido a que esta constituye un insumo importante para identificar causas violatorias, así como la insuficiencia de oferta y prestación de servicios.

Refirió que se necesita tener un registro de posibles violaciones al derecho de los usuarios y remató afirmando que es importante la calificación de las IPS, para favorecer la elección de los usuarios.

La CSR destacó que la negación de servicios se debe valorar desde un criterio básico: se atendió o no a un paciente, para posteriormente establecer las causas de esa negación. Al Ministerio le corresponde saber cuántos servicios se están negando, los que además ya están pagos por la UPC.

Agregó que se deben determinar qué barreras administrativas están afectando el goce efectivo del derecho a la salud, que se caracterizan principalmente por dilación en la prestación del servicio y celebración de contratos con prestadoras que no cuentan con capacidad para cubrir la prestación de un determinado servicio.

ACEMI indicó que las violaciones están principalmente enfocadas a establecer indicadores que muestren casos de insuficiencia en los servicios que se ofrecen.

Así vamos en salud afirmó que el *ranking* debe ser cualitativo y cuantitativo, a partir de la percepción de ciudadanos. Aseveró que aún no se ha definido qué es lo que se quiere en materia de vigilancia y control, ya que no solo puede atender a un aspecto punitivo, sino además estar enfocada hacia generar incentivos para una mejor prestación de servicios (sistema de acreditación), para de esta manera alcanzar un acceso real y efectivo por parte de los usuarios.

La asociación de hospitales y clínicas expuso que la evaluación de la negación debe atender a demanda satisfecha y demanda insatisfecha. Agregó que se debe avanzar en la construcción de un *ranking* en donde el usuario pueda identificar qué prestadora es buena, regular y mala, para ello es necesario partir de unas bases de estructura (habilitación), proceso (porcentaje de ocupación, días de estancia, infección intrahospitalaria, entre otras) y resultado (indicadores para medición de valor). El cual además debe ser técnico, confiable, justo, progresivo (los indicadores se deben ir adaptando), público y útil (comprensible).

Por último, la Corte Constitucional, ante la necesidad de definir qué se puede entender por violación del derecho y atendiendo a que esta construcción se debe dar por parte de todos, no solo del gobierno, invitó a las partes a reunirse para establecer el plan de trabajo a fin de estructurar el *ranking* de las IPS.

3. CONSIDERACIONES DE LA SALA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO

3.1.1.1. Competencia y metodología de la valoración.

Conforme a las atribuciones dadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; el artículo 25, numeral 2, literal c)⁸⁹ de la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁹⁰; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

En esta oportunidad, la Corte se encargará de evaluar el grado de cumplimiento de lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos complementarios, específica y exclusivamente en lo relacionado con la orden vigésima en cuanto al *ranking* de EPS e IPS, a partir de los informes presentados por las entidades obligadas, peritos y demás organizaciones, allegados con posterioridad a la expedición del Auto 260 de 2012, toda vez que en dicha providencia ya se hizo un ejercicio de valoración del mandato objeto de examen.

Ahora bien, los aspectos relacionados con (ii) las medidas adoptadas respecto de las entidades que incurren en mayores prácticas violatorias; y (iii) las medidas concretas y específicas tomadas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud por parte del Ministerio y la Superintendencia de Salud, serán objeto de valoración en posterior pronunciamiento de este Tribunal Constitucional.

Para tal fin, la Sala Especial de Seguimiento considera pertinente hacer referencia a: (i) los niveles de cumplimiento de las órdenes impartidas en las providencias objeto de verificación; (ii) alcance, contenido y evolución jurisprudencial de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, sobre la clasificación de entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud y su incidencia en la libre escogencia de los usuarios del SGSSS; (iv) finalmente abordar el análisis sobre el cumplimiento en concreto.

3.1.1.2. Niveles de cumplimiento a las órdenes de la sentencia T-760 de 2008.

2.1. Las órdenes estructurales impartidas en la sentencia T-760 de 2008 implican la intervención judicial excepcional en el diseño y/o implementación de la política pública en salud. Por ende, para lograr su cumplimiento se deberán observar, sin perjuicio de sus elementos característicos, las condiciones básicas determinadas en la jurisprudencia constitucional⁹¹.

La primera es que exista efectivamente, es decir, que haga parte de un programa de acción estructurado que permita a la autoridad responsable adoptar las medidas adecuadas y necesarias. Además, debe suponer un cronograma de

⁸⁹ “Artículo 25. Protección Judicial: (...) 2. Los Estados Partes se comprometen: (...) c) a garantizar el cumplimiento, por las autoridades competentes, de toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso”.

⁹⁰ Aprobada por la Ley 16 de 1972.

⁹¹ Sentencia C-351 de 2013.

actividades para su realización y debe ser ejecutado en un tiempo determinado y razonable.

La segunda es que el plan de acción tenga como prioridad garantizar el goce efectivo del derecho. No puede tratarse de una política pública simbólica o formal. La misión del Estado no se reduce a expedir normas que reconozcan en el papel la titularidad de derechos. La racionalidad mínima del texto Superior manda que estén seguidas de acciones reales, dirigidas a facilitar el disfrute y el ejercicio cabal de las atribuciones fundamentales. Se vulnera la Constitución cuando existiendo una ruta se constata que solo está escrita y no ha sido iniciada su ejecución o aunque se esté implementando resulta evidentemente inane, bien porque no es sensible a las verdaderas angustias poblacionales o porque su materialización se ha diferido indefinidamente.

La tercera está dada en que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública, habrán de permitir una participación democrática efectiva en todas las etapas. Es inaceptable que exista un plan gubernamental que no abra espacios de interacción real a los ciudadanos en las diferentes fases del proceso o aunque los brinde resulten inocuos al limitarse a prever una intervención trivial.

La Corte Constitucional ha precisado que el adecuado funcionamiento y los buenos resultados de las reformas normativas dependen de que estas se encuentren soportadas en estudios empíricos y de juiciosas reflexiones sobre cuál es el mejor curso de la acción estatal⁹². Siempre habrá que tener en cuenta que una verdadera política pública involucra el cumplimiento de obligaciones de respeto y garantía a los derechos humanos⁹³. La simple expedición de normas legales o de actos administrativos, la ejecución parcial de políticas públicas y la mera demostración de ajustes presupuestales, no constituyen en modo alguno un motivo suficiente o una razón determinante para dar por superada la falla estructural declarada en la Sentencia⁹⁴.

2.2. Durante los ocho años que han transcurrido desde la expedición del fallo objeto de supervisión⁹⁵, este Tribunal ha realizado varias valoraciones de cumplimiento de algunas de las órdenes estructurales. En tal sentido, ha declarado incumplimientos generales⁹⁶, incumplimientos parciales⁹⁷, cumplimientos parciales⁹⁸ e incluso, el nivel de acatamiento bajo⁹⁹, con ocasión del análisis de las gestiones, acciones o medidas adelantadas por las autoridades obligadas. De hecho en el Auto 226 de 2011¹⁰⁰ fueron determinados los niveles de acatamiento de la orden decimoséptima y sus correspondientes parámetros de cumplimiento. En aquella oportunidad se determinaron las medidas bajo los

⁹² Sentencia C-646 de 2001.

⁹³ El control judicial de las políticas públicas como instrumento de inclusión de los derechos humanos. Manuel Fernando Quinche Ramírez y Juan Camilo Rivera Rugeles. 2010.

⁹⁴ Auto 385 de 2010.

⁹⁵ La Sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

⁹⁶ Cfr. Auto 263 de 2012.

⁹⁷ Cfr. Autos 342A de 2009, 262 de 2012 y 263 de 2012.

⁹⁸ Cfr. Autos 260, 261 y 264 de 2012.

⁹⁹ Cfr. Auto 144 de 2011.

¹⁰⁰ Cfr. Considerandos núm. 2 y 3.

cuales se debería hacer esta valoración, que obedecían a **estructura**¹⁰¹, **proceso**¹⁰² y **resultado**¹⁰³ para llevar a cabo la actualización integral del POS por parte del Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud. También fijó los niveles de cumplimiento e incumplimiento que regirían la valoración de dichos lineamientos e invitó al Gobierno Nacional y al Congreso de la República a que implementaran las medidas necesarias para acatar las diferentes órdenes generales impartidas en la sentencia T-760 de 2008, con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población.

No obstante, el tiempo que ha implicado el seguimiento obliga a que la Corte los actualice y contextualice respecto de la totalidad de mandatos objeto de supervisión. En este contexto, se profirió el Auto 411 de 2015, a través del cual esta Sala estableció los niveles de cumplimiento que seguirá aplicando a la totalidad de valoraciones de acatamiento que se lleven a cabo respecto de las diferentes órdenes generales impartidas en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento.

Se advirtió que a pesar que en el Auto 226 de 2011¹⁰⁴ fueron determinados los niveles de acatamiento de la orden decimoséptima y sus correspondientes parámetros de cumplimiento, se hizo necesario establecer la *metodología y matrices de valoración*, partiendo desde tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances.

A partir de allí se conceptualizan 5 categorías de evaluación de cumplimiento: (i) incumplimiento general; (ii) nivel de cumplimiento bajo; (iii) nivel de cumplimiento medio; (iv) nivel de cumplimiento alto; y (v) cumplimiento general

Lo anterior adquiere su fundamento, a partir de la necesidad de adelantar un examen más riguroso atendiendo el lapso temporal del que ha dispuesto el rector de la política pública para cumplir efectivamente la orden impuesta y que impide estudiar solamente los actos meramente formales acreditados por el Gobierno, toda vez que las determinaciones de este Tribunal se construirán desde la evidencia social.

Corresponde entonces a la Sala comprobar los resultados concretos que se han logrado en el sistema de salud, de manera que valore el avance en el goce efectivo del derecho de los residentes en el territorio nacional. Bajo este

¹⁰¹ En la citada providencia se indicó que “*Por parámetros de estructura se hará referencia a instrumentos formales, presentados dentro de plazos fijados por la Ley y/o por la jurisprudencia constitucional, en los que el Gobierno Nacional o la entidad regulatoria definen, a partir de una metodología unificada, objetivos, un marco normativo, una estrategia, un plan de acción concreto, un cronograma y unos indicadores de desempeño, con el fin de superar los obstáculos que enfrente la materialización de los logros*”.

¹⁰² De conformidad con lo señalado en el Auto 226 de 2011, “*Los parámetros de proceso se refieren ya no a un documento o instrumento formal, sino a las acciones concretas realizadas a partir de dicho instrumento por la entidad gubernamental o regulatoria con miras a lograr la actualización integral del plan de beneficios*”.

¹⁰³ Se afirmó en el citado Auto 226 que “*los parámetros de resultado reflejan un grado de realización de la actualización integral del plan de beneficios, la cual hace parte de la realización del derecho fundamental a la salud*”.

¹⁰⁴ Cfr. Considerandos núm. 2 y 3.

entendido solo se declararía la superación de la problemática estructural cuando el Ejecutivo demuestre: (i) unas transformaciones en el funcionamiento del sector salud; (ii) que esos cambios impliquen con alto grado de certeza la consecución de las condiciones para lograr el goce efectivo y avanzar sosteniblemente; y por último (iii) que esas soluciones tengan la virtud de ser coherentes y duraderas, como lo ha exigido la jurisprudencia de la Corte¹⁰⁵.

La Sala Especial esperaba que existieran resultados verificables emanados de cada una de las decisiones cuyo cumplimiento es objeto de monitoreo. Al momento de valorar la ejecución de cada mandato, esta Corporación hará una calificación detenida de las medidas adoptadas y las acciones efectuadas por las autoridades, aunado a que determinará su impacto o efectividad en el sistema. Lo anterior, con fundamento en que la política pública debe construirse desde la realidad social y bajo el empoderamiento de la ciudadanía con el objeto de permitir la participación de los usuarios y la sociedad civil en las decisiones que le afectan.

Por consiguiente, la totalidad de valoraciones de acatamiento a futuro se podrán efectuar de manera general sobre la orden y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente relevantes.

2.3. Metodología y matrices de valoración: Como se expuso en el auto 411 de 2015 para adelantar esa evaluación, es necesario analizar la orden desde tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances.

En primer lugar, se debe estudiar la existencia de **MEDIDAS** y si las mismas son conducentes o no de lo cual dependerá el nivel de cumplimiento decretado, como se expone:

Matriz núm. 1

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Medida	No existen	X				
	Inconducentes		X			
	Conducentes		X	X	X	X

Si la situación encuadra en el primer (no existen) o segundo (son inconducentes) supuesto se concluirá inmediatamente el estudio del grado de acatamiento. De lo contrario, si se constata la existencia de medidas conducentes para cumplir el objeto de la orden (3 fila de la matriz núm. 1), se continuará con la revisión de los **RESULTADOS**, a saber:

Matriz núm. 2

¹⁰⁵ Cfr. Sentencia C-351 de 2013.

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Resultados	No acreditados		X			
	No permiten evidenciar que se va a superar la problemática		X			
	Permiten evidenciar que se va a superar la problemática			X	X	X

Si los resultados no fueron acreditados o no permiten evidenciar que se vaya a superar la crisis se calificará hasta este aspecto la observancia de la orden. Solo si se llegare a contar con pruebas que permitan deducir que si se va a conjurar la falla (3° fila de la matriz núm. 2), se prosigue a la evaluación de los **AVANCES** bajo los siguientes parámetros:

Matriz núm. 3

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Avances	No hay avances significativos			X		
	Hay avances significativos, pero no han conjurado en su totalidad la falla				X	
	Superaron la falla estructural que dio origen a la orden					X

2.4. Bajo tales precisiones, a continuación se proceden a conceptualizar las cinco (5) categorías de evaluación de cumplimiento, las cuales serán aplicadas en la medida en que sean compatibles con el contenido y alcance del mandato supervisado:

2.4.1. Incumplimiento General. Este nivel se declarará si revisado el estado actual de la orden se constata la inexistencia de medidas adoptadas por la

autoridad obligada, con la finalidad de superar la problemática estructural que dio origen al mandato judicial.

2.4.2. Nivel de Cumplimiento Bajo. Se presenta cuando la autoridad obligada haya adoptado algunas medidas con el fin de cumplir la Sentencia T-760 de 2008 y concurra cualquiera de los siguientes supuestos:

(i) Las medidas adoptadas son inconducentes para el cumplimiento de la orden estructural, es decir, no son compatibles con los elementos del mandato.

(ii) Las medidas son conducentes para el acatamiento de la disposición examinada, esto es, abordan acciones en torno a los requerimientos propios de la orden, no obstante, la autoridad obligada no acreditó sus resultados¹⁰⁶ en el sistema de salud.

(iii) Las medidas son conducentes y sus resultados fueron informados por la autoridad obligada a la Sala Especial. Sin embargo, a partir de dicho reporte se advierte la inexistencia de avances reales¹⁰⁷, por lo que no es razonable esperar que se obtenga la satisfacción del mandato analizado, es decir, la superación de la falla estructural.

2.4.3. Nivel de Cumplimiento Medio. Se procederá a decretar el nivel de cumplimiento medio cuando pese a que el obligado adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política, dichas mejoras no son suficientes sino que se muestran parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión.

Al declarar la existencia de este nivel, la Corte dará un plazo razonable al término del cual se verificará nuevamente el acatamiento de la orden.

2.4.4. Nivel de Cumplimiento Alto. Procederá la declaratoria del nivel de cumplimiento alto cuando: (i) existen las medidas adecuadas para el acatamiento de la disposición examinada; (ii) se reporten los resultados concretos a la Sala Especial por parte de la autoridad obligada; (iii) los avances evidenciados son suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el cumplimiento de la orden; (iv) es razonable que la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar; y (v) falte por culminar o no se ha logrado la totalidad de la ejecución del mandato analizado.

Habiéndose declarado el *nivel de cumplimiento alto* de la orden, se podrá trasladar el ciclo de supervisión, mediante la **SUSPENSIÓN DEL SEGUIMIENTO** por parte de la Corte Constitucional, para que sea entregado

¹⁰⁶ Entiéndase por **resultado**, la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

¹⁰⁷ Entiéndase por **avance**, el efecto medible a partir de indicadores cuantitativos, que permitan comparar, en un periodo de tiempo determinado, la situación existente antes de la adopción de las medidas acreditadas y después de su implementación, siempre que reflejen cambios favorables en la superación de la falla estructural en el sistema de salud.

a la Procuraduría General de Nación¹⁰⁸ y/o la Defensoría del Pueblo, a fin de que continúen con la verificación de la ejecución de la política pública a la que circunscribe el mandato estructural, bajo informes periódicos presentados a la Sala Plena por un tiempo hasta tanto se acate de forma general la orden examinada o la Corte decida reanudar el trámite suspendido.

2.4.5. Cumplimiento General. La declaratoria de este nivel de cumplimiento se circunscribe a que al momento de realizar la valoración, la Sala colija que las medidas son adecuadas para el acatamiento de la disposición examinada y que sus resultados son suficientes, progresivos, sostenibles, significativos y logran, en su totalidad, los cometidos del mandato analizado, esto es, la superación continua de la falla estructural que motivó la expedición de la orden. Aunado a lo anterior, se esperaría que el sistema haya apropiado instrumentos para confrontar anomalías similares a las que provocaron la Sentencia T-760, que se presenten en el futuro.

Este nivel de cumplimiento, conllevaría concluir el ciclo de supervisión mediante el **CESE DEL SEGUIMIENTO** por parte de la Corte Constitucional ante la obtención de los resultados pretendidos por el fallo objeto de supervisión.

2.5. El trámite de supervisión también podrá **CESARSE** respecto de cualquier orden que haya sido valorada con *incumplimiento, nivel de cumplimiento bajo y medio*, cuando el mandato haya perdido los fundamentos de hecho o de derecho que le dieron lugar o cuando se haya agotado su vigencia temporal. Este último supuesto se refiere a las órdenes cuya ejecución estaba limitada en el tiempo, es decir, de una fecha determinada a otra igual. Este último supuesto se refiere a las órdenes cuya ejecución estaba limitada en el tiempo, es decir, de una fecha determinada a otra igual, siempre que se permita determinar la superación material del motivo que dio lugar a lo ordenado y no continúe ejerciendo efectos jurídicos.

2.6. Este Tribunal resalta que en caso de que las autoridades obligadas persistan en un *incumplimiento general o en los niveles de acatamiento bajo y medio*, la Corte hará uso de las diferentes herramientas de origen constitucional y/o legal para hacer efectivas sus órdenes, en aras de evitar la secuencia de incumplimientos y conseguir avances progresivos y significativos en el goce efectivo del derecho por la población colombiana. En tal contexto, la Sala podrá valerse de un control y seguimiento más riguroso para alcanzar los objetivos constitucionales, como adoptar medidas restaurativas, de reemplazo, sancionatorias o cualquier otra que estime pertinente.

Aunado a lo anterior, se destaca el rol que debe cumplir la Procuraduría General de Nación en la vigilancia de la Sentencia T-760 de 2008, de tal forma que en uso de sus competencias constitucionales y legales, ante la declaratoria de los *niveles de cumplimiento bajo y medio*, deberá realizar un acompañamiento con

¹⁰⁸ De conformidad con el artículo 277.1 de la Constitución Política corresponde al Procurador General de la Nación vigilar el cumplimiento de las decisiones judiciales.

enfoque preventivo¹⁰⁹ a las entidades concernidas en la ejecución de las determinaciones adoptadas por esta Corporación. Su intervención debe ser oportuna y activa para el logro de los fines sociales y esenciales del Estado.

Igualmente, deberá ejercer la facultad disciplinaria¹¹⁰ para investigar y sancionar las conductas omisivas que hayan dado origen a dicha declaración. Todo lo anterior, sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el trámite de supervisión.

3. Alcance, contenido y evolución jurisprudencial de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, sobre la clasificación de entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud y su incidencia en la libre escogencia de los usuarios del SGSSS.

La sentencia estructural llamó la atención sobre diferentes aspectos relacionados con el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud, lo que llevó a dictar una serie de órdenes estructurales para su corrección.

Esta providencia tuvo su fundamento en distintas normas constitucionales, específicamente se hizo alusión a lo dispuesto en el artículo 48 que se establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable que se presta a través del Estado, que debe prestarse con atención a los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad, entre otros.

A su vez, se hizo alusión a lo dispuesto en el artículo 49 de la Carta que señala que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado con las siguientes obligaciones: (i) *organizar*, (ii) *dirigir* y (iii) *regular* la prestación de los servicios de salud; (iv) establecer las políticas para la prestación de los servicios por parte de entidades privadas, y ejercer (v) su *vigilancia* y (vi) *control*; (viii) establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y (ix) determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Entonces es responsable de establecer el Sistema; definir qué entidades y personas lo pueden integrar y qué labores puede desempeñar cada uno; cómo pueden los particulares participar en la prestación de los servicios y en qué términos; así como también, establecer quiénes aportan al Sistema y en qué cantidades, esto es, definir el flujo de recursos del Sistema¹¹¹.

¹⁰⁹ Cfr. Constitución Política art. 277.1: “El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos”. || Decreto Ley 262 de 2000 art. 24.1: “FUNCIONES PREVENTIVAS Y DE CONTROL DE GESTIÓN. Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, las procuradurías delegadas tienen las siguientes funciones de vigilancia superior, con fines preventivos y de control de gestión: 1. Velar por el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, así como de las decisiones judiciales y administrativas”. || Resolución 490 de 2008, por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación y se dictan otras disposiciones.

¹¹⁰ En virtud del artículo 277.6 Superior, corresponde al Procurador General de la Nación ejercer la vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñen funciones públicas.

¹¹¹ Sentencia T-760 de 2008, apartado 4.13.

En desarrollo de estos postulados, se insistió en que la Ley 100 de 1993¹¹² establece que la prestación del servicio de salud se encuentra a cargo de las Entidades Prestadoras de Salud, quienes, a su vez, delegan la atención de los pacientes a las Instituciones Prestadoras de Salud. En concreto la norma señala:

*“Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno.”*¹¹³

En consecuencia, estos establecimientos son los directamente responsables de la ejecución del derecho fundamental a la salud, además son quienes suministran los beneficios del plan obligatorio de salud.

Por su parte, el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 establece que, los usuarios del servicio de salud tienen derecho a escoger la EPS a la que se quieren afiliar y, una vez decidido ello, podrán elegir cuál de las IPS ofrecidas desea que le preste atención médica. El principio de la *libre escogencia* se edifica a partir de la participación que se otorga a *“diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios”*. Este principio permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que les permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad¹¹⁴.

Entonces, las entidades del Sistema de Salud tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los servicios de salud que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que le garantice en mayor medida su derecho. Sobre este particular en la sentencia T-760 de 2008 estableció:

“4.3.3. La información que deben dar a las personas los diferentes actores dentro del sistema de salud (los empleadores, la Superintendencia de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, y las entidades territoriales responsables), debe ser entregada antes del momento de la afiliación. En efecto, para que una persona pueda ejercer su libertad de afiliación (art. 153, Ley 100 de 1993), ha de contar con los datos suficientes que le permitan conocer (i) cuáles son las opciones de afiliación con las que cuenta, y (ii) el desempeño de cada una de estas instituciones, en función del respeto al goce efectivo del derecho a la salud.

¹¹² Artículos 153 y 156.

¹¹³ Ley 100 de 1993 Artículo 156 literal e.

¹¹⁴ Sentencia T-760 de 2008, apartado 4.2.6.

Legalmente corresponde al Ministerio del sector, producir información que se fije especialmente en el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia; información orientada a la evaluación y corrección de la prestación de los servicios de salud a los usuarios.¹¹⁵

Así las cosas es viable concluir que la libertad de escogencia es fundamental en la medida permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que le permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad.

En este punto la Sala considera útil reiterar y precisar lo indicado por este Tribunal en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento en lo atinente al cumplimiento del mandato vigésimo del mencionado fallo estructural. En la providencia estructural esta Corporación precisó el alcance del derecho a la información, en el marco del derecho a la salud, así:

“Las entidades del Sistema de Salud tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los servicios de salud que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que le garantice en mayor medida su derecho.”

En consecuencia, se ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social -hoy, Ministerio de Salud y Protección Social- que, entre otras cosas, adoptaran las medidas necesarias para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, con el fin de que las personas cuenten con un elemento de juicio ecuánime que les permita elegir la opción que les garantice en mayor medida el goce efectivo de su derecho. Para tal efecto, discriminó las prácticas violatorias del derecho a la salud, especialmente en los capítulos 4° y 8° de la mencionada providencia. Así en el fundamento jurídico 8.1 hizo alusión al acceso a los servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz garantizado por el derecho fundamental a la salud en el orden constitucional, atendiendo los siguientes derechos constitucionales:

(i) *Acceso a servicios.* Toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS,¹¹⁶ autorice el acceso a los servicios que *requiere* y aquellos que *requiere con necesidad*, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud(...). El acceso a los servicios debe ser *oportuno*, de *calidad* y *eficiente*.

¹¹⁵ Ley 100 de 1993, artículo 199. *Información de los Usuarios.* El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con la patología y necesidades de atención del paciente. || Parágrafo. El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

¹¹⁶ En el actual régimen legal, las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas son denominadas “Entidades Promotoras de Salud”- EPS.

(ii) *Protección especial a niños y niñas.* Los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, está especialmente protegido; cuando una EPS obstaculiza el acceso a servicios de salud, incluidos aquellos que atienden las necesidades específicas de los menores, irrespeto gravemente su derecho a la salud.

(iii) *Concepto del médico adscrito y externo.* Por regla general, el médico que puede prescribir un servicio de salud es el médico adscrito a la EPS. El usuario puede acudir a otros médicos pero su concepto no obliga a la EPS a autorizar lo que éste prescribió, sino a remitir al usuario a un médico adscrito a la correspondiente EPS (...).

(iv) *Acceso sin obstáculos por pagos.* ‘Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de soportar el pago del mismo’.

(v) *Acceso al diagnóstico.* Toda persona tiene derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.

(vi) *Allanamiento a la mora.* Cuando una EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados, se allana a la mora y, por ende, no puede fundamentar el no reconocimiento de una incapacidad laboral en la falta de pago o en la cancelación extemporánea de las cotizaciones.

(vii) *Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo.* El acceso a los servicios de salud oportunos es especialmente garantizado cuando se trata de una persona con una enfermedad catastrófica o de alto costo; no se les puede dejar de atender ‘bajo ningún pretexto’, ni pueden cobrarse copagos.

(viii) *Acceso con continuidad a la salud.* El acceso a un servicio de salud debe ser continuo, no puede ser interrumpido súbitamente (...)

(ix) *Información, acompañamiento y seguimiento.* Toda persona tiene derecho a que las EPS o autoridades públicas no obligadas a autorizar el servicio de salud pedido, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (1) suministrar la *información* que requería para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (2) *indicar* específicamente cuál era la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que *requiere* y una cita con un especialista, y (3) la *acompañar* durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.

(x) *Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS.* Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer

como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. En especial, toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante (...).

(xi) *Acceso a los servicios de acuerdo al principio de integralidad.* Toda persona tiene derecho a acceder integralmente a los servicios de salud que requiera. En tal sentido, toda persona tiene derecho, entre otras cosas, a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder integralmente a los servicios de salud que *requiere con necesidad* (...).

(xii) *Libertad de elección de EPS.* Toda persona tiene derecho a elegir la EPS que se encargará de garantizarle la prestación de los servicios de salud, con las limitaciones razonables que imponga la regulación (...).

En la evolución jurisprudencial dentro del seguimiento a la orden vigésima expidió el **Auto 044 de 2012**, en el que se señaló que los indicadores utilizados por la Superintendencia de Salud y por el Ministerio de Salud para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud no habían sido eficaces, debido a que medían errónea o parcialmente dichas prácticas. En ese sentido, una vez analizada la información allegada por los grupos de seguimiento se develaron varios aspectos relevantes respecto a los indicadores utilizados:

2.1. Las quejas no son un indicador adecuado, puesto que, en algunos casos, obedecen a la falta de información de que adolecen los usuarios o incluso a un mero capricho de los mismos (...).

2.2. Si bien los fallos de tutela proferidos contra una EPS o IPS son un indicador efectivo de que éstas transgredieron el derecho a la salud amparado, no es el único que debe tenerse en cuenta, ya que no toda negativa injustificada a prestar un servicio de salud finiquita en la interposición de este tipo de acciones (...).

2.3. Resulta aún más impreciso utilizar como indicador el número de solicitudes de recobro con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, debido a que no todos los fallos de tutela en los que se amparó el derecho a la salud ordenaron recobro (...).

2.4. Las sanciones pueden contribuir a esclarecer cuáles EPS e IPS incurren con mayor frecuencia en prácticas violatorias del derecho a la salud, siempre y cuando se individualice cada una de ellas y se especifique la práctica que da origen a la misma. (...).

En este contexto, se especificó que para que las entidades responsables cumplan materialmente con lo dispuesto en la orden vigésima, deben identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurran en las 14 prácticas violatorias que

fueron identificadas y que han sido utilizadas reiteradamente por las autoridades encargadas de cumplir con el mandato de la Corte¹¹⁷.

Posteriormente se dictó el **Auto 260 de 2012**, en el que se declaró el cumplimiento parcial de la orden vigésima y en consecuencia se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud realizar un nuevo ranking en el que se evaluarán las prácticas violatorias del derecho a la salud, para así identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrir en la vulneración de este derecho, con base en los lineamientos señalados en la sentencia T-760 de 2008, los cuales fueron reiterados en el Auto 044 de 2012. En esa medida se reiteraron los parámetros para la elaboración del referido escalafón.

También dentro del proceso de seguimiento se profirió el **Auto 249 de 2013**, donde se llamó la atención de las autoridades concernidas para que presentaran un acatamiento pleno del fallo estructural, el cual obedece a la ordenación no solo de EPS sino también de IPS. Se ordenó a dichas entidades que *“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’¹¹⁸ y teniendo como fuente un sistema de información confiable y de calidad, sea el que menos incurra en ellas; mientras que en el último puesto ha de registrarse aquella entidad que más reportes posea. Esta relación por ubicación debe compaginarse con una clasificación porcentual, en la cual el 100% corresponde a aquella entidad que no tiene reportes sobre violaciones al derecho a la salud y el 0% aquella que cuenta con más”*.

Por su parte, en la **Sentencia C-313 de 2014** se analizaron las bases constitucionales de la libertad de escogencia y se reiteró su importancia dentro

¹¹⁷ Estas prácticas son: 1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.; 2. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada; 3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico - CTC-; 4. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud; 5. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente; 6. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside; 7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos; 8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación; 9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora; 10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello; 11. Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica; 12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador; 13. Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo; y 14. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.

¹¹⁸ Estas prácticas se encuentran en la Sentencia T-760 de 2008 y fueron sintetizadas en el Auto 044 de 2012.

del funcionamiento del sistema de salud. Dentro del análisis de la constitucionalidad del artículo 6, literal h) de la Ley Estatutaria se afirmó lo siguiente:

“El literal *h*) de la norma estatutaria en análisis, incorpora en el catálogo de principios del derecho fundamental a la salud la libertad de elección, según la cual, las personas tienen amplitud de elegir su entidad de salud dentro de la oferta existente, acorde con las normas de habilitación.

En lo que atañe a este literal, cabe precisar que la Corte Constitucional ha reconocido dicho derecho como fundamental¹¹⁹. Igualmente el juez constitucional, a pesar de reconocer el origen legal de la figura¹²⁰, ha destacado su dimensión constitucional. La Corte, en varias providencias, ha explicado que la precitada libertad de elección en el ámbito de la salud tiene soporte en el precepto que consagra la autonomía de los sujetos. En el caso particular colombiano, el artículo 16 de la Carta. Puede decirse que la libertad de elección en el ámbito de la salud es una expresión más de la autonomía en sentido general.

Sin embargo, el principio encuentra otros fundamentos constitucionales, uno de ellos es el de la dignidad, la cual, al estar inescindiblemente vinculada a la salud, se puede ver comprometida por la imposibilidad de poder obtener un servicio que el afectado, estima como mejor. Adicionalmente, la libertad de elección guarda directa relación con los elementos esenciales del derecho a la salud, particularmente con el acceso y la calidad del servicio. Una afectación o supresión de este principio que también tiene la dimensión de derecho puede implicar una negación del acceso a la salud y de la prestación del servicio en condiciones de calidad.
(...)

Para la Sala, las razones sucintamente expuestas, permiten afirmar que la inclusión del principio de libertad de elección en el Proyecto, no riñe con la Constitución con lo cual, procedería la declaración de exequibilidad correspondiente. Con todo, no sobra precisar, que una interpretación del texto legal desde la Constitución no admite una particular lectura, según la cual, el ejercicio de la libertad de elección, implica, sin más, la sujeción a las normas de habilitación. Para la Corte una interpretación de este tipo podría suponer la negación de la libertad misma, por ello, la jurisprudencia si bien ha trazado límites, también ha establecido situaciones en las cuales la libertad de elección se impone frente a normas que puedan constituirse en una negación del derecho. El fallo antes citado (T- 745 de 2013) advierte que la libertad de elección tiene lugar sin cortapisas en los casos del suministro de atención de urgencias, cuando el prestador de salud lo autorice o, cuando la EPS no esté en capacidad técnica de cubrir las necesidades en materia de salud del afiliado y que la IPS receptora garantice la prestación integral, de buena calidad y no existan afectaciones en las condiciones de salud de los usuarios.

¹¹⁹ A propósito de la libertad de elección, ver sentencias C-869 de 2010, T-745 de 2013, T-713 de 2011 y T-770 de 2011.

¹²⁰ Corte Constitucional. Sentencia T-920 de 2011.

La construcción jurisprudencial de la Corporación ha evidenciado que el ejercicio de la libertad, como todos los principios, no es de carácter absoluto y, consecuentemente, debe ser ponderado acorde con las peculiaridades del caso concreto. Por ello, una apreciación del mandato que restrinja el ejercicio de la libertad sin más a lo que dispongan las normas habilitantes, no opera en favor del goce efectivo del derecho. Para el Tribunal Constitucional, el enunciado legal es constitucional atendiendo que la sujeción a las normas de habilitación no obra cuando ello suponga la negación o una afectación grave del derecho.”

Ahora bien, para que la libertad de escogencia de las entidades de salud por parte de las personas tenga el efecto de promover las buenas entidades y desincentivar a las malas, es preciso que la información sobre las mismas exista y pueda ser conocida por las personas en el momento de escoger la entidad en cuestión, la cual debe ser clara¹²¹, completa¹²², actual¹²³ y pública¹²⁴, es decir, debe ser *“comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tengan conocimientos técnicos sobre el sistema de salud”*¹²⁵.

Con posterioridad, la Sala Especial de Seguimiento expidió el **Auto 412 de 2015**, a través del cual se dio respuesta a las solicitudes del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud quienes manifestaron una serie de inquietudes relacionadas con el cumplimiento de la orden vigésima. Así mismo, solicitaron reconsiderar el numeral 6¹²⁶ del Auto 249 de 2013, debido a que *“hacen materialmente inviable el cumplimiento de la orden”*. Al respecto la Corte Constitucional indicó que no es procedente acceder a dicha solicitud debido a que las providencias dictadas a causa del seguimiento deben ser acatadas por las entidades a las que van dirigidas sin dilación alguna.

En concreto se advirtió que *“no es incompatible con el mandato vigésimo de la Sentencia T-760 de 2008 que se establezca una ordenación simple de las EPS e IPS que vulneran el derecho a la salud”*. Sin embargo, se aclaró que los 14

¹²¹ Es fácilmente comprensible por los usuarios del sistema de salud, independiente a su grado de formación educativa o del régimen (contributivo o subsidiado) al que pertenezcan.

¹²² Incluye todos los elementos que debe tener en cuenta una persona para ejercer su derecho a la libre escogencia de EPS e IPS, de forma tal que pueda elegir trasladarse a una entidad mejor o decidir, con suficiente información, no afiliarse a una que incurra en prácticas violatorias del derecho a la salud.

¹²³ Contiene la información hasta la fecha de corte del *ranking*.

¹²⁴ El acceso a la información contenida en el *ranking* es de fácil acceso y este es generado a instancia de los entes gubernamentales. En tal sentido, puede constatarse que los datos sobre ordenación de EPS 2013 han sido publicitados de forma suficiente, de manera que todos los habitantes del territorio y, principalmente, la población más vulnerable tiene acceso a ese reporte.

¹²⁵ Cfr. Auto 044 de 2012, consideración jurídica núm. 8.

¹²⁶ En el Auto 249 de 2013 se dictaron medidas preventivas para evitar que en el *Ranking 2014* se presentaran las mismas deficiencias que fueron expuestas por los Grupos de Seguimiento y que fueran aceptadas por las autoridades concernidas. Así en el numeral 6 de la citada providencia se estableció: *“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’ y teniendo como fuente un sistema de información confiable y de calidad, sea el que menos incurra en ellas; mientras que en el último puesto ha de registrarse aquella entidad que más reportes posea. Esta relación por ubicación debe compaginarse con una clasificación porcentual, en la cual el 100% corresponde a aquella entidad que no tiene reportes sobre violaciones al derecho a la salud y el 0% aquella que cuenta con más.”*

parámetros de valoración podrían ser objeto de actualización en los términos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014. Además, la Sala estimó que debido a la importancia de esta ordenación y a las constantes quejas sobre negación de los servicios que se encuentran incluidos en el POS sería “*deseable*” que se estableciera una clasificación simple porque: (i) puede resultar más fácil de entender y de aplicar por parte de los usuarios; (ii) podría forzar una actuación más eficaz por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y (iii) constituiría un medio de presión sobre las actuaciones irregulares que vienen presentando algunas promotoras.

No obstante, atendiendo los argumentos expuestos por las entidades obligadas al cumplimiento, la Sala consideró que “*una ordenación de EPS e IPS por grupos con diversos niveles de calificación también puede cumplir con las metas consignadas*”. En este escenario se consideró indispensable incluir a la totalidad de las promotoras y las prestadoras, para de esta manera establecer medidas diferenciales respecto de cada conjunto de entidades, haciendo énfasis en el que se presente el mayor rango de vulneraciones del derecho. Así, se planteó la posibilidad de crear criterios de clasificación alternativos que lleven a una clasificación útil y transparente. En concreto se indicó:

“De la misma manera que en el Auto 249 de 2013, la Sala considera obligatorio que se establezcan criterios que hagan útil y transparente la determinación de la clasificación. Una alternativa puede ser, como se estableció en esa providencia, a través de porcentajes calculados sobre el número de afiliados o la cantidad de servicios prestados y conforme a los parámetros de la orden 20. Cada grupo podría estar regido por porcentajes de vulneraciones diferentes, establecidas por el Ministerio, empezando por un rango crítico (que podría definirse, por ejemplo, en que más del 15% de los usuarios de una EPS o IPS ha sido perjudicado por una práctica violatoria del derecho a la salud dentro de determinado espacio de tiempo), pasando a categorías de alarma, aceptabilidad y superioridad.”¹²⁷

Entonces, dada la importancia del escalafón para la Sala Especial de Seguimiento es indispensable que sean calificadas todas las entidades para dar información útil que facilite los derechos de los usuarios, especialmente la libre escogencia y para que los órganos de control puedan ejercer sus funciones eficazmente.

Por otra parte, en cuanto a los parámetros para definir el escalafón de IPS en virtud del mandato vigésimo de la Sentencia T-760 de 2008, en el Auto 412 de 2015 se accedió a la solicitud elevada por el Gobierno, toda vez que existían argumentos sólidos sobre la inaplicabilidad de los 14 parámetros sobre las funciones de las prestadoras. Sin embargo, “*no se efectuó una propuesta clara de los parámetros más precisos que deberían regir la ordenación de las IPS en cumplimiento del mandato vigésimo*”. En esa medida, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a la Superintendencia Nacional de Salud

¹²⁷ Auto 412 de 2015, fundamento jurídico 5.2.6.

la implementación de la propuesta para la elaboración del *ranking* de prestadoras.

De acuerdo con los lineamientos descritos, se plantean las siguientes conclusiones de cara a los aspectos a abordar en esta providencia.

i) El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 establece que los usuarios del servicio de salud tienen derecho a escoger la EPS a la que se quieren afiliar y, una vez decidido ello, pueden elegir cuál de las IPS ofrecidas desea que le preste atención médica.

ii) El principio de la *libre escogencia* es eje fundamental del derecho a la Seguridad Social en salud, dado que permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que les permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad.

iii) Para que la libertad de escogencia de las entidades de salud por parte de las personas tenga el efecto de promover las buenas entidades y desincentivar a las malas, es preciso que la información sobre las mismas exista y pueda ser conocida por las personas en el momento de escoger la entidad promotora y su institución prestadora.

iv) Para que la libertad de elección en salud tenga el efecto de incentivar la mejor atención a los usuarios del sistema, es necesario que la información alusiva al *ranking* sea conocida por las personas en el momento de escoger la entidad en cuestión, la cual debe ser comprensible, incluso para aquellos que no tienen conocimientos técnicos sobre el sistema de salud.

v) Toda la sociedad tiene derecho a saber de manera comprensible: (i) cuál es la EPS que no respeta el derecho de los usuarios; (ii) qué medidas concretas y específicas han sido adoptadas por las autoridades competentes antes de la violación y con ocasión de ella; y (iii) cuáles son las acciones implementadas para que los usuarios asegurados por dicha entidad tengan garantizado su derecho a la salud.

vi) Los 14 parámetros de valoración pueden ser objeto de actualización en los términos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014.

vii) Si bien no es incompatible con el mandato vigésimo de la sentencia T-760 de 2008 que se establezca una ordenación simple de las EPS e IPS que vulneran el derecho a la salud, una ordenación por grupos con diversos niveles de calificación también puede cumplir con las metas consignadas.

viii) Es indispensable que sean calificadas todas las EPS de acuerdo a los 14 criterios establecidos por la jurisprudencia constitucional, para dar información útil que facilite los derechos de los usuarios, especialmente la libre escogencia y para que los órganos de control puedan ejercer sus funciones eficazmente.

ix) Se reconoció que los 14 parámetros de verificación de violaciones al derecho a la salud no resulta aplicables para definir el escalafón de IPS, sin embargo se está en el proceso de construcción de una propuesta clara para cumplir con el *ranking* de prestadoras.

4. Evolución legal de cara a la garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud – SGSSS.

De conformidad con lo dispuesto por los artículos artículo 227 de la Ley 100 de 1993, corresponde al Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios¹²⁸.

En este contexto se expidió el **Decreto 1011 de 2006**, mediante el que estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGCS, que está orientado a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados (art. 3). En concreto sus características son:

1. *Accesibilidad*. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. *Oportunidad*. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. *Seguridad*. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. *Pertinencia*. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. *Continuidad*. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Además, se estableció el SOGCS cuenta con los siguientes componentes: (i) el Sistema Único de Habilitación; (ii) la Auditoría para el Mejoramiento de la

¹²⁸ Este artículo es aplicable a las Instituciones Prestadoras de Salud, de acuerdo a lo consagrado en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993, que al respecto reza: “A las Instituciones prestadoras de servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227 y 228 de que trata la presente Ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto”.

Calidad de la Atención de Salud; (iii) el Sistema Único de Acreditación; y (iv) el Sistema de Información para la Calidad (art. 4 Decreto 1011 de 2006), los cuales se interrelacionan entre sí, en cuanto todos apuntan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario.

A su vez el artículo 45 del mencionado decreto se dispuso que correspondía al Ministerio diseñar e implementar un “*Sistema de Información para la Calidad*”, encaminado a estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, que paralelamente, permita, entre otros, orientar a los usuarios en el ejercicio de los derechos y deberes que a su favor contempla el Sistema.

A partir de dicha disposición, la referida cartera ministerial expidió la **Resolución 1446 de 2006**, con el objeto de definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita: (i) realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; (ii) brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud; (iii) ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema (art. 1).

Posteriormente, la **Ley 1438 de 2011** adoptó reformas al SGSSS, específicamente en sus artículos 107 y 108 se estableció la necesidad de fortalecer el Sistema de Información para la Calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los agentes del SGSSS, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizarles su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios de salud y aseguradores. En concreto las normas en cita señalan:

Artículo 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud. En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo: 107.1 La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud; 107.2 El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud, y 107.3 El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los

ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

Artículo 108. Indicadores en salud. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores de salud, tales como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.

Conforme con lo expuesto, se expidió la **Resolución 256 de 2016**¹²⁹, cuyo objeto es, entre otros, establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema (art. 1). Este monitoreo contará con un enfoque sistémico que presenta un conjunto de indicadores trazadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención (art. 4).

Son las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, las obligadas a reportar la información de su competencia, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social (art. 5).

En cuanto al acceso por parte de los usuarios y las partes que se desenvuelven dentro del SGSSS, el artículo 10 dispuso que el Ministerio debe brindar unos canales de acceso digitales y electrónicos, para facilitar la difusión de la información, estos son los que se enumeran a continuación:

1. Sitio web del SISPRO: permite hacer las consultas de información más frecuentemente buscadas.
2. Sitios web para consultas predefinidas: permite acceder a consultas de datos e información específica
3. Sitios web temáticos: dispone de consulta de datos e información correspondiente a los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud (ROSS).
4. Cubos en línea: permite hacer consultas dinámicas de datos e información integrada al Sistema de Gestión de Datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO.
5. Repositorio Institucional Digital (RID): permite acceder a la información bibliográfica y documentos electrónicos, incluyendo la documentación relacionada con las fuentes de información, bases de datos e indicadores

¹²⁹ Este acto administrativo tiene efectos a partir de la vigencia 2016, así el primer reporte se realizó de conformidad con las disposiciones de la presente resolución y dentro de los plazos establecidos en ella (art. 15).

epidemiológicos y demográficos. **Parágrafo.** Cuando por el volumen de la información o necesidades particulares, el usuario no encuentre en estos canales la información que requiera, podrá solicitarla al Ministerio de Salud y Protección Social, quien a través de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación — TIC, determinará el canal y medio para la atención de dicha solicitud.

Por otra parte, es importante destacar que ante la necesidad de garantizar los derechos de los usuarios, de cara a una atención oportuna, eficiente y de calidad, a través del decreto ley 019 de 2012, se establecieron los lineamientos para la programación de citas médicas de consulta general, especialistas y autorizaciones en salud. Ello con el fin de atender las necesidades ciudadanas y propender por la garantía efectiva de sus derechos. En concreto los artículos 123, 124 y 125 establecen:

Artículo 123. Programación de citas de consulta general. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la Ley. La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar las excepciones a lo dispuesto en este artículo para las zonas geográficas con restricción de oferta de salud y condiciones de acceso.

Artículo 124. Asignación de citas médicas con especialistas. La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las entidades promotoras de salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá en los próximos tres meses a la vigencia del presente decreto la reglamentación correspondiente.

Artículo 125. Autorizaciones de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, tendrán la obligación de contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud, de tal forma que el afiliado no tenga que presentarse nuevamente para recibir la misma. En ningún caso las autorizaciones podrán exceder los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento de los tiempos de autorización que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.

Estas disposiciones normativas fueron desarrolladas por la Resolución 1552 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la cual se reglamenta la obligación de las EPS de garantizar la asignación de citas de medicina y odontología general, así como de especialistas, fijando los términos en que deben ser otorgadas. Además establece el sistema de evaluación y seguimiento a los tiempos de asignación, conforme a los artículos 123 y 124 del Decreto ley 019 de 2012.

En este sentido, las personas no solo tienen derecho a que exista una EPS a la cual estén aseguradas, sino a que esta no imponga barreras de acceso a las tecnologías en salud, no niegue aquellas que son POS, otorgue las citas médicas que le soliciten a la brevedad, en todo caso que se observen los plazos máximos que el ordenamiento jurídico establece. Si alguno de los aseguradores no actúa de esa manera, toda la sociedad tiene derecho a saber de manera comprensible: (i) cuál es la EPS que no respeta el derecho de los usuarios; (ii) qué medidas concretas y específicas han sido adoptadas por las autoridades competentes antes de la violación y con ocasión de ella; y (iii) cuáles son las acciones implementadas para que los usuarios asegurados por dicha entidad tengan garantizado su derecho a la salud.

5. Verificación de cumplimiento de lo dispuesto en la orden 20 de la sentencia T-760 de 2008, a partir de lo dispuesto en el Auto 260 de 2012 y los subsiguientes autos de seguimiento.

A efectos de adelantar la valoración del asunto objeto de examen, la Sala Especial de Seguimiento atenderá el siguiente esquema de valoración: (i) aspectos específicos establecidos por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento, en lo relacionado con el *ranking* de EPS e IPS; (ii) informes de cumplimiento del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud; (iii) conceptos de los peritos constitucionales; y (iv) examen de la Sala Especial de Seguimiento.

El estudio de esta orden se llevará a cabo a partir de las medidas adoptadas en relación con las empresas promotoras de salud –EPS y las instituciones prestadoras de salud –IPS. En consecuencia, se abordará su examen por separado, haciendo énfasis en el informe de cumplimiento presentado el 29 de abril de 2016 (vigencia 2015), debido a que el proceso de elaboración del *ranking* es un ejercicio continuo y permanente.

5.1. Ranking de las entidades promotoras de salud.

5.1.1. Aspectos específicos establecidos por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento.

En este punto se hará referencia exclusivamente a los apartes jurisprudenciales alusivos la clasificación de EPS. Así, se empieza por señalar que la sentencia estructural en su orden vigésima dispuso que el Ministerio de Salud y la Superintendencia debían adoptar las medidas para identificar las Entidades

Promotoras que con mayor frecuencia se negaban a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad.

En desarrollo de esta orden, el Auto 044 de 2012 especificó que para que las entidades responsables cumplieran materialmente con lo dispuesto en la orden vigésima, debían identificar las EPS que con mayor frecuencia incurrieran en las 14 prácticas violatorias identificadas, a saber:

“1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS;

2 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada;

3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC;

4. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud;

5. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente;

6. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside;

7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos;

8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación;

9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora;

10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello;

11. Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica;

12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a

que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador; 13. Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo; y

14. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.”

En el **Auto 249 de 2013** se llamó la atención de las autoridades concernidas para que presentaran un acatamiento del fallo estructural, a través de un *ranking* con una clasificación por puestos: primero, segundo, tercero, etc., debiéndose ubicar en el primer lugar a aquel asegurador que, a partir de la evaluación sobre las prácticas violatorias del derecho a la salud, sea el que menos incurra en ellas, mientras que el último puesto lo ubicaría aquella entidad que más reportes posea. Se advirtió además que esta relación por ubicación debe compaginarse con una clasificación porcentual, en la cual el 100% corresponde a aquella entidad que no tiene reportes sobre violaciones al derecho a la salud y el 0% aquella que cuenta con más.

Finalmente, en el **Auto 412 de 2015** advirtió que *“no es incompatible con el mandato vigésimo de la Sentencia T-760 de 2008 que se establezca una ordenación simple de las EPS e IPS que vulneran el derecho a la salud”*, porque: (i) puede resultar más fácil de entender y de aplicar por parte de los usuarios; (ii) podría forzar una actuación más eficaz por parte de la Superintendencia y (iii) constituiría un medio de presión sobre las actuaciones irregulares que vienen presentando algunas promotoras.

Sin embargo, la Sala consideró que *“una ordenación de EPS por grupos con diversos niveles de calificación también puede cumplir con las metas consignadas”*. En ese contexto se planteó la posibilidad de crear criterios de clasificación alternativos que lleven a una ordenación útil y transparente, como sería a través de porcentajes calculados sobre el número de afiliados o la cantidad de servicios prestados, conforme a los parámetros de la orden 20. Cada grupo podría estar regido por porcentajes de vulneraciones diferentes, empezando por un rango crítico¹³⁰, pasando a categorías de alarma, aceptabilidad y superioridad.

5.1.2. Informes de cumplimiento del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.

En este acápite se hará referencia al último informe correspondiente a la vigencia 2015, debido a que es un ejercicio continuo y permanente que atiende a los ajustes particulares de cada periodo.

5.1.2.1. Informe de cumplimiento presentado el 29 de abril de 2016 (vigencia 2015).

¹³⁰ De acuerdo a lo establecido en el Auto 412 de 2015, este rango podría definirse, por ejemplo, en que más del 15% de los usuarios de una EPS han sido perjudicados por una práctica violatoria del derecho a la salud dentro de determinado espacio de tiempo.

Partiendo de las 14 prácticas violatorias del derecho a la salud definidas por la Corte, se realizó a través de auditorías especiales en las EPS un ajuste en el procedimiento de recolección de la información, puntualizando los seguimientos a planes de mejoramiento suscritos por las aquellas, respecto a los hallazgos evidenciados en la vigencias anteriores. Además, se consideró técnicamente la inclusión de otros indicadores sensibles de cara a la garantía del derecho a la salud por parte de las promotoras.

De acuerdo con lo anterior, se construyó un indicador *Integral de la Garantía del Derecho a la Salud*, que permite analizar de manera agregada a las EPS y facilita la comparación entre estas. El indicador incluye diferentes ámbitos de desempeño como son la calidad en la prestación del servicio de salud, la atención al usuario y el desempeño financiero. Estos ámbitos son acopiados en cuatro indicadores, así:

i) Indicadores T-760 de 2008.

Incluye los resultados de la auditoría realizada en la vigencia 2015, relativa a la verificación de las 14 prácticas violatorias del derecho a la salud de las EPS del régimen contributivo y subsidiado. Para ello construyeron once (11) estructuras de bases de datos con el fin de solicitar la información que permitiera realizar el seguimiento de dichas prácticas, a saber: (1) quejas; (2) autorizaciones; (3) alto costo; (4) gestantes; (5) Comité Técnico Científico; (6) trascripciones; (7) tutelas; (8) negación de afiliaciones y traslados; (9) manutención y transporte; (10) insumos o dispositivos; y (11) incapacidades¹³¹.

En la recolección de la información dentro de la auditoría se prestó un acompañamiento técnico a las EPS, procediendo, además, a la validación en campo, la cual fue registrada en una bitácora construida para tal fin, proceso que fue certificado por las entidades promotoras, arrojando un aproximado de 54 millones de registros recolectados. Para realizar el análisis de cada uno de los criterios se llevó a cabo el cruce de información de variables. A continuación se muestra el esquema de trabajo desarrollado por el Ministerio.

Criterio / Práctica violatoria del derecho a la salud	Metodología
Criterio 1: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.</i>	Para el análisis de este criterio se tomó la base de datos de autorizaciones para evaluar la oportunidad. Se realizó el cálculo entre las fechas de radicación y autorización de orden médica. De igual manera se calculó la oportunidad entre la fecha de autorización de orden

¹³¹ De acuerdo a lo expuesto por el Ministerio y la Superintendencia, el contenido de estas estructuras fueron definidos a través de variables seleccionadas teniendo en cuenta los procesos propios del aseguramiento y garantía de la prestación de los servicios de salud, que desde la concepción del SGSSS se encuentran como de obligatorio cumplimiento para las EPS de régimen contributivo y subsidiado.

	médica y la prestación del servicio, medido en días hábiles.
Criterio 2: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.</i>	Para el análisis de este criterio se tomó la base de datos de Comité Técnico Científico. Se determinó para esta medida, el cálculo de la oportunidad como la diferencia en días entre la fecha de solicitud del Comité Técnico Científico y la fecha de respuesta del mismo, en días hábiles, evaluando sólo los casos en los cuales fue aprobado el servicio de salud por parte del CTC.
Criterio 3: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-.</i>	Para el análisis de este criterio, se utilizó la base de datos reportada a la Superintendencia según el requerimiento de la Resolución 1683 de 2015 “ <i>archivo de información general de negación de servicios por parte de las EAPB</i> ”. De este instrumento, se tomó como fuente de resultados el “ <i>concepto de negación del servicio o tecnología</i> ”, en el cual se solicita el motivo por el cual se negó el servicio, que esta categorizado como “ <i>servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC</i> ” (NTR) y “ <i>servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC</i> ” (NEG). A partir de allí, se calculó la frecuencia relativa o porcentaje de casos que relacionan como motivo de negación la categoría NTR.
Criterio 4: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.</i>	Para el cálculo de la oportunidad referida en este criterio, se utilizó la base de datos de insumos y dispositivos, de la cual se calculó la diferencia entre la fecha de autorización de la orden médica del procedimiento y la fecha de radicación de la misma.
Criterio 5: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo</i>	Para el análisis de este criterio se utilizó la base de datos denominada “ <i>Solicitud de médicos no adscritos</i> ”, en la cual se calculó la diferencia entre la fecha de respuesta a la solicitud de autorización del servicio (ordenado por médico no adscrito a la red de la entidad) y la fecha

<i>concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.</i>	de solicitud de autorización de orden médica (médico no adscrito a la red).
Criterio 6: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.</i>	Para el análisis de este criterio se utilizó la base de datos de transporte y manutención. Se realizó el cálculo entre la oportunidad de la autorización del servicio de transporte y manutención, y la fecha de autorización del servicio. Adicionalmente, para este criterio se analizó si la entidad contaba o no con un registro efectivo que demostrara el cumplimiento de lo establecido en amplia jurisprudencia constitucional, donde se ha advertido que en virtud del principio de accesibilidad, la efectiva prestación de un servicio se materializa e incluye la garantía de que el paciente pueda acceder efectivamente a este.
Criterio 7: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.</i>	Para el análisis de este criterio se tomó como insumo la base de alto costo, en la cual se realizó el cálculo entre las fechas de radicación y autorización de orden médica para determinar la oportunidad en la autorización.
Criterio 8: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.</i>	Para el análisis de este criterio se clasificaron en menores de 18 años y mayores de edad, los usuarios registrados en las bases de datos de autorizaciones, Comité Técnico Científico, alto costo y la base de datos de negación de CTC reportada bajo el requerimiento de la Resolución 1683 de 2015, con el fin de determinar la oportunidad en días en la autorización de procedimientos o en la negación de CTC para el grupo de menores de 18 años según sea el caso. Esta oportunidad se calculó con la diferencia en días entre la fecha de radicación y la fecha de autorización de orden médica, para el caso particular de la base de datos de negación de CTC, se calculó la diferencia entre la fecha de solicitud del CTC y la fecha de la negación del mismo.
Criterio 9: <i>Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud</i>	Con el fin de evaluar la negación de servicios por barreras como el pago de

<p><i>que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.</i></p>	<p>copagos o cuotas moderadoras, se examinó el archivo de quejas identificando los motivos de queja relacionados con el cobro de cuota moderadora o copagos, y la prestación de servicios limitada al pago de estas. Adicionalmente, se realizó el análisis de campo de la cuota moderadora o copago de la base de datos de gestantes, con el objetivo de evaluar cobros de copagos por los servicios que este conglomerado de usuarias requiere.</p> <p>Esta verificación permite comprobar si las entidades están creando barreras de acceso a los servicios, basadas en el cobro de cuotas a quienes no pueden y no deben sufragarlos. Y en el caso de la población gestante, se pudo verificar la existencia o no de barreras económicas a una población que también cuenta con especial protección constitucional.</p>
<p>Criterio 10: <i>Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.</i></p>	<p>Para el análisis de las negaciones de incapacidades, se estudió la base de datos correspondiente al archivo de licencias, en la cual se encuentra el campo denominado “motivo de no autorización”. De este modo, se hizo un análisis de frecuencias en el que se identificaron las categorías reportadas en el campo de motivo de la no autorización, identificando así los casos relacionados al incumplimiento de las obligaciones de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.</p>
<p>Criterio 11: <i>Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.</i></p>	<p>Para el análisis de este criterio se utilizó la base de datos de negación de afiliaciones y traslados, de la cual se evaluaron los motivos expuestos para la negación de afiliaciones, generando un análisis de frecuencias de lo reportado en este campo y así identificar los motivos de negación de afiliación relacionados con el hecho de tener un familiar que padezca una enfermedad catastrófica o de alto costo y sus respectivos porcentajes.</p>
<p>Criterio 12: <i>Interrumpen el suministro de servicios de salud,</i></p>	<p>Para el análisis de este criterio, se utilizó la base de datos de quejas, relacionadas</p>

<i>porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.</i>	con la interrupción del suministro de salud por haber transcurrido un mes luego de que la persona dejó de cotizar.
Criterio 13: <i>Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.</i>	Para el análisis de este criterio se tomó el archivo de alto costo. El examen de este criterio estuvo basado en identificar los copagos o cuotas moderadoras cobradas a pacientes con diagnósticos de enfermedades de alto costo. Así se logró identificar aquellos casos en los cuales se efectuaron cobros por parte de pacientes que cuentan con especial protección del Estado. Para ello se tomaron como procedimientos trazadores la quimioterapia, la hemodiálisis y la diálisis.
Criterio 14: <i>Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.</i>	Con el fin de analizar este criterio se utilizó la base de datos de tutelas, en la cual se filtraron los casos con fallo y han sido asumidos por la entidad. Se verificó la oportunidad de la autorización del servicio, comprendida esta como la diferencia entre la fecha de autorización del servicio posterior al fallo de tutela y la fecha de notificación del fallo de tutela. Con lo que se puede verificar si una vez determinado el fallo de tutela a favor del usuario, la entidad autorizó o no el servicio de manera oportuna.

El cálculo de este indicador se hizo con diez de los catorce criterios descritos, debido a que los correspondientes a los numerales 5, 10, 11 y 12 no fueron incluidos, como pasa a explicarse.

- El criterio 5¹³² no fue incluido debido a que el 50% de las EPS certificaron que las transcripciones por Segundo Concepto no hacen parte de sus procedimientos, o que no se contaba con información suficiente del Sistema de Salud para poder sacar conclusiones al respecto.

¹³² **Criterio 5:** Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.

- Para el criterio 10¹³³ el 25% de EPS, de acuerdo al régimen en salud en el cual operan, no les es aplicable la base de datos de *incapacidades*.
- Por otra parte, el criterio 11¹³⁴ no se incluyó considerando que la identificación de los registros muestra que ningún caso está relacionado con la negación de afiliación de personas por el hecho de que dentro de su grupo familiar exista una persona que padezca una enfermedad catastrófica.
- El criterio 12¹³⁵ no se incluye dado que no aporta a la construcción del indicador.

Entonces, para obtener este indicador se procedió a sumar los resultados de cada criterio mencionado y establecer un estándar entre 1 y 5, para poder agregarse con los otros indicadores que componen el indicador integral.

ii) Indicador de calidad.

El indicador de desempeño de calidad de las EPS permite la comparación de las entidades en términos de sus resultados en el servicio de salud, a través de 19 indicadores trazadores definidos en la Resolución 1446 de 2006¹³⁶, que se encuentran enmarcados en cuatro dominios:

1. Accesibilidad/oportunidad: (i) cita medicina general; (ii) citas medicina interna; (iii) citas ginecobstetricia; (iv) cita pediatría; (v) cirugía general; (vi) número de tutelas; (vii) entrega de medicamentos POS; (viii) realización de cirugía programada; (ix) citas odontología general; (x) servicios imagenología; y (xi) referencia.

2. Indicadores de calidad técnica: (i) esquema de vacunación adecuado a niños menores de un año; y (ii) detección de cáncer de cuello uterino.

3. Indicadores de Gerencia del Riesgo: (i) tasa de mortalidad por neumonía mayor a 65 años; (ii) tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años; y (iii) razón de mortalidad materna.

4. Indicadores de satisfacción: (i) tasa de satisfacción global; (ii) proporción de quejas resueltas antes de 15 días; y (iii) tasa de traslados.

¹³³ **Criterio 10:** Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.

¹³⁴ **Criterio 11:** Se niegan a afiliarse personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.

¹³⁵ **Criterio 12:** Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.

¹³⁶ Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Tiene por objeto “definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita: 1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema”.

El indicador de desempeño de calidad, es la agregación de los resultados de las entidades para cada dominio, que se consolidan en indicadores compuestos. Estos surgen a partir del análisis del comportamiento de los indicadores estandarizados para las entidades de cada régimen. El valor final de este ítem se estandariza entre 1 y 5, para poder agregarse con otros indicadores.

iii) *Indicadores de desempeño peticiones, quejas y reclamos -PQR.*

El indicador de desempeño de las EPS mide la insatisfacción de los usuarios con el servicio y la gestión de PQR realizadas por estas. El indicador está compuesto por tres criterios:

1. Un indicador de quejas y reclamos que permite la comparación entre EPS, según el volumen de PQR recibidas en un periodo específico por cada 10,000 afiliados, ajustado por el tipo de motivo, sus características y las del afectado. Tienen una mayor ponderación las quejas relacionadas con riesgo de vida, enfermedades de alto costo, POS, urgencias, prevención y promoción, gestantes, niños menores de 5 años, o adultos mayores.
2. Un indicador de seguimiento de PQR el cual mide el nivel de respuesta y capacidad de solución por parte de la EPS. Al respecto, se manejan tres situaciones: (i) cuando la EPS responde y soluciona satisfactoriamente la PQR; (ii) la EPS responde, pero no da solución satisfactoria a esta; y (iii) la EPS no da respuesta a la PQR. Este último es el que recibe una mayor ponderación al ser el caso en el que se revela el menor interés por brindar una solución.
3. Un indicador de PQR reiterados que mide la gestión a través del volumen, donde el usuario vuelve a interponer una queja que ya había sido tramitada ante la entidad por cada 10,000 afiliados y se ajusta por el tipo de motivo. Tienen una mayor ponderación las quejas relacionadas con enfermedades de alto costo, POS, urgencias, prevención y promoción, hospitalización, insuficiencia de la red prestadora, referencia y contrareferencia y deficiencia en la prestación materno- infantil.

La evaluación de desempeño de las EPS en atención al usuario se calcula de forma separada por régimen, excluyendo las promotoras indígenas, debido a las características de sus poblaciones y particularidades de cada grupo.

iv) *Indicador de desempeño financiero.*

Este criterio surge como resultado de un modelo que incluye 15 indicadores que conjuntamente evalúan los aspectos fundamentales de la calidad financiera de las entidades, agrupados en cinco componentes: (1) calidad del capital, que permite medir la solidez financiera de una entidad, es decir, la capacidad de la empresa para enfrentar choques externos y soportar pérdidas futuras no anticipadas con el capital y reservas que posee la misma; (2) calidad del activo, medida a través del tipo de recursos económicos con los que cuenta la empresa; (3) calidad de la gerencia, que mide el desempeño de la administración por parte

de los directivos a través de los gastos relativos a la utilidad e ingresos de la entidad; (4) rentabilidad, que refleja la eficiencia de la empresa y así mismo la capacidad de generar utilidades a partir de los ingresos, los activos y el patrimonio; y (5) liquidez, que mide la capacidad que tiene la entidad para manejar las disminuciones en sus recursos disponibles y el cumplimiento de los compromisos financieros de forma oportuna.

A su vez, el indicador de condiciones financieras califica a las entidades considerando el cumplimiento de capital mínimo, solvencia y régimen de inversiones estipulado en el Decreto 2702 de 2014¹³⁷. De esta manera, este indicador se enfoca en medir la brecha entre el defecto de la entidad, en caso de tenerlo, de capital mínimo y patrimonio adecuado al final de período y los requerimientos establecidos en el decreto. Las brechas se establecen utilizando la fórmula de distancia, esto es, estableciendo la diferencia respecto al valor que debería tomar cuando las entidades cumplen con las condiciones financieras.

5.1.2.4. Resultados.

El indicador final se calculó con el promedio de los cinco indicadores. De acuerdo al resultado se clasificaron por régimen, en tres grupos teniendo en cuenta su nivel de vulnerabilidad al incumplimiento de la garantía al derecho de salud, siendo el 1° el de menor nivel. En concreto se obtuvo la siguiente clasificación:

Grupo	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	
1	Aliansalud Famisanar Sanitas Sura	Ccf Guajira Ccf Nariño Ccf Sucre Comfaboy	Comfaoriente Coosalud Saludvida
2	Comfenalco Valle Compensar Salud Total Salud Vida Sos	Ambuq Asmet Cafesalud Cajacopi Capresoca Ccf Huila	Comfacor Comparta Ecoopsos Emdisalud Mutual Ser
3	Cafesalud Coomeva Cruzblanca Nueva Eps	Capital Salud Ccf Cartagena Ccf Chocó Comfacundi	Convida Emssanar Savia

5.1.2. Conceptos de los peritos constitucionales.

A pesar de que este Tribunal a través de auto 219 de 2016 corrió traslado del citado informe a los peritos constitucionales, solo se obtuvo respuesta por parte de la CSR. No obstante, estos se han pronunciado respecto a los anteriores informes dados por el Ministerio de Salud, específicamente en cuanto a los

¹³⁷ El presente decreto tiene como objeto actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas para operar el aseguramiento en salud, así como los criterios generales para que la información financiera reúna las condiciones de veracidad, consistencia y confiabilidad necesarias para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control. Las condiciones de que trata el presente decreto serán exigibles para la habilitación y para la permanencia de las EPS.

mecanismos para la recolección de información, la importancia de dar claridad al ejercicio efectuado, así como la valoración y eventual modificación de los 14 criterios de vulneración¹³⁸. En este sentido, se destacan las siguientes intervenciones:

5.1.2.1. **El observatorio “Así Vamos en Salud”** señaló que aunque se presentan avances en relación con los mecanismos para la recolección y posterior depuración y análisis de los datos recopilados, se siguen evidenciando falencias en la calidad y la obligatoriedad del reporte. Añadió que para que esta información sea de utilidad para los usuarios al momento de tomar una decisión respecto de su afiliación, debe estar en un lenguaje sencillo.

5.1.2.2. **Dejusticia** explicó que la ordenación simple puede generar incentivos negativos en la población, debido a que existen municipios donde solo tiene presencia una EPS o IPS, la cual puede ser calificada como la entidad que con más frecuencia viola el derecho a la salud.

Agregó que resulta difícil identificar cuál de los 14 componentes de violación pesa más al momento de dar una calificación unificada, lo que además puede generar una desinformación perjudicial para los usuarios, debido a que es necesario que puedan conocer específicamente respecto de cada indicador la frecuencia en que su EPS incurre en determinada práctica violatoria.

Para evitar que la cantidad de información generada pueda llegar confundir al usuario al momento de decidir a qué entidad afiliarse, propuso que se haga una clasificación por grupos o rangos, en el sentido de identificar un rango crítico (las aseguradoras que, teniendo en cuenta el número de afiliados, incurre en más prácticas violatorias) y luego rangos de alarma, aceptabilidad y superioridad.

En esa medida, planteó que la clasificación tenga dos facetas disponibles para los usuarios: (i) un *ranking* en el que se establezcan rangos (crítico, alarma, aceptabilidad y superioridad) basado en el índice agregado de prácticas violatorias; y (ii) 14 *rankings*, también por rangos, en donde el usuario pueda mirar por componente, cuales son las EPS que más o menos incurren en determinada práctica violatoria.

Explicó que el cumplimiento de la orden 20 implica identificar a la EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias, donde el análisis y la recolección de datos contienen serias fallas. Al respecto destacó:

(i) En varios componentes no se tienen en cuenta las violaciones, únicamente se mira la oportunidad. En 7 de los 14 componentes en donde se pide cuantificar las prácticas en las que “*se niegan a autorizar oportunamente*” diferentes tipos de servicios, el informe únicamente analiza la variable de oportunidad y deja de lado valorar las negaciones de servicios.

¹³⁸ En este punto se citan las intervenciones de los peritos constitucionales que específicamente se refirieron al *ranking* de EPS, en los apartes correspondientes.

(ii) El análisis de la oportunidad se hace con base en los tiempos promedio, dejando por fuera el análisis de prácticas violatorias individualizadas. Si bien el tiempo promedio en la prestación o autorización de un servicio puede ser un indicador relevante para los usuarios a la hora de elegir su aseguradora, no se cumple con el objetivo de identificar las prácticas violatorias. En ese sentido, se debería establecer el número de casos en que, para cada componente, la EPS se demoró más del plazo legal establecido.

5.1.2.3. **Gestarsalud** destacó la importancia de que los análisis consideren variables como número de afiliados de las entidades aseguradoras, el nivel socio-económico de sus afiliados, su presencia regional y otros que permitan reconocer sus diferencias.

5.1.2.4. La **CSR** expuso que existe un problema en la interpretación del contenido de esta orden por parte del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Salud, consistente en mezclar la orden 20 con la 28, es decir asumir que el *ranking* solicitado en la orden 20 sobre negaciones de servicios es uno de desempeño de las IPS y EPS.

Se deja de lado el contenido esencial de la orden vigésima que es identificar las promotoras y prestadoras que con mayor frecuencia niegan servicios y se concentran en modificar su contenido para indagar sobre indicadores de calidad y desempeño financiero, lo que evidencia que el objetivo de la orden se ha desviado hacia medir la calidad y no la negación.

En esa medida, refirió que se debe retomar el sentido esencial del mandato objeto de examen, que es identificar cuántos servicios fueron negados sin importar si su desempeño es alto y de buena calidad o al contrario. De otro modo, estima que se podría llegar a pensar que el derecho a la salud de los ciudadanos está limitado a las condiciones administrativas, financieras y de infraestructura, por lo tanto cuando no existan las condiciones adecuadas se justifica la negación.

5.1.3. Actualización de los 14 criterios vulneradores del derecho a la salud.

En el Auto 412 de 2015 la Sala de Seguimiento evidenció que algunos de los parámetros mencionados podrían ser objeto de actualización en los términos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014. En consecuencia se solicitó a las entidades públicas que hacen parte del cumplimiento de la orden 20 y a los Peritos Constitucionales Voluntarios vinculados en el proceso de supervisión, que presentaran sus conceptos y definieran si los 14 componentes debían modificarse dentro del proceso de seguimiento, en virtud de la vigencia del nuevo ordenamiento del sistema de salud.

5.1.3.1. En relación con este ítem el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud concluyeron que para los regímenes subsidiado y contributivo 4 de estos no aplicaban.

Criterio 6. *“Se niega a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se*

requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto al lugar que reside”.

Explicaron que este criterio se enfoca en los casos en que el paciente cambia su domicilio de residencia, cuando en la práctica el desplazamiento del usuario a un lugar distinto ocurre exclusivamente para la prestación de un servicio.

Criterio 9: *“Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.”* Este criterio no es aplicable al régimen subsidiado ya que desde la normativa vigente se establece que no se exigen cobros de cuota moderadora a usuarios de ese régimen.

Criterio 10: *“Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.”*

Este criterio no es aplicable al régimen subsidiado ya que desde la concepción de este régimen se entiende que no existe una vinculación laboral.

Criterio 12: *“Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.”*

Este criterio no es aplicable al régimen subsidiado ya que desde su concepción se entiende que no existe una vinculación laboral, por tanto no existe una cotización, y de existir la misma, el usuario debería encontrarse afiliado al régimen contributivo.

Incluso al momento de establecer la clasificación de EPS de acuerdo a su desempeño, advirtieron que no tendrían en cuenta 4 de los 14 criterios de valoración, debido a que resultaban inaplicables, como se explicó en el numeral 5.1.2.1. i) Indicadores T-760 de 2008.

Por otra parte, respecto a la incorporación de nuevos criterios destacaron que el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015 hace alusión a la formulación y adopción de políticas de salud que garanticen la igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de los agentes del Sistema. En esa medida, propusieron que estas políticas se enfoquen en la garantía del derecho a la salud desde la óptica de la prestación de los servicios y se incluyan en su seguimiento las metas previstas para cada uno de los componentes del Plan Decenal en Salud, entre las cuales destacaron:

DIMENSIÓN TRANSVERSAL	ACTORES			
	ENTIDAD TERRITORIAL	IPS	EPS	ARL
Gestión Diferencial de poblaciones vulnerables	X	X	X	
Fortalecimiento de la autoridad	X			

sanitaria para la gestión integral de la salud				
DIMENSIÓN PRIORITARIA				
Salud ambiental	X			
Vida saludable y condiciones no transmisibles	X	X	X	
Convivencia Social y salud mental	X	X	X	
Seguridad alimentaria y nutricional	X	X	X	
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	X	X	X	
Vida saludable y enfermedades transmisibles	X	X	X	
Salud pública en emergencias y desastres	X	X	X	
Salud y ámbito laboral		X	X	X

5.1.3.2. **La CSR** se refirió a cada uno de los 14 parámetros contenidos en el auto 260 de 2012. Al respecto se destacan aquellos sobre los cuales sugirió específicamente una modificación.

Primero. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de Salud incluido en el POS. Explicó que de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, el Plan Obligatorio de Salud es sustituido por un régimen de exclusiones, por lo que este parámetro debería quedar así: *“se niegan a autorizar oportunamente Servicios de Salud”*.

Segundo. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada. Este parámetro pierde fuerza argumentativa al no existir un POS y un No POS, sino un sistema de exclusiones, en esa medida propuso una modificación de este parámetro en los siguientes términos: *“se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos y que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.”*

Tercero. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el comité técnico científico CTC. Explicó que la ley estatutaria de salud en el artículo 14 prohíbe la negación de servicios por trámites administrativos¹³⁹, por lo que propuso la siguiente redacción: *“se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante la instancia competente para ello”*.

¹³⁹ “Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención inicial de urgencia y en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social”.

5.1.3.3. **Dejusticia** propuso los cambios que consideró necesarios ante el nuevo marco normativo (Ley 1751 de 2015) y la interpretación jurisprudencia vigente (sentencia C-313 de 2015). En esa medida, presentó una propuesta con 7 ítems, que recogen las 14 prácticas violatorias actuales.

Componente Propuesto	Prácticas que agrupa con base en los componentes actuales
<p>1. Se niegan a autorizar de forma oportuna servicios que no se encuentran excluidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 1. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.” (lo que actualmente se entiende como servicios POS pasaría a ser servicios que no se encuentran excluidos) • Componente 4. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.” • Componente 6. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.” • Componente 7. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.”
<p>2. Se niegan a autorizar servicios que se encuentran en la lista de exclusiones que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 2. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud [no POS] que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.”
<p>3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que no se ha cumplido con cargas administrativas y burocráticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 3. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC.” • Componente 9. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad,

	<p>supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componente 10. “Se niegan autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de 1 persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con 1 obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecida para ello.”
4. Niegan el acceso oportuno a servicios de salud a sujetos con especial protección con base en limitaciones administrativas o económicas del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 8. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.” • Componente 11. “Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.” • Componente 13. “Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.”
5. Interrumpen el suministro de servicios de salud con base en razones administrativas o económicas del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio 12. “Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.”
6. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 14. “Se niegan a autorizar de forma oportuna servicios ordenados por vía de tutela.”
7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 5. “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y

entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.	cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.”
---	--

5.1.3.4. **Gestarsalud** se refirió a las 14 prácticas violatorias del derecho que deberían modificarse en virtud de la Ley Estatutaria.

Criterio 6. “*Se niega a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto al lugar que reside*”. Señaló que en esta práctica violatoria del derecho a la salud, también es aplicable lo que ocurre cuando una afiliado al Sistema hace uso del derecho a la portabilidad del seguro de salud definida en el Decreto 16 de 2013¹⁴⁰, donde dependiendo del tiempo que el afiliado y su familia deban estar fuera del municipio de afiliación la emigración puede ser ocasional, temporal, permanente o por dispersión del núcleo familiar¹⁴¹.

Criterio 9. “*Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora*”. Consideró que el criterio pudiera modificarse en el sentido de adicionar el concepto de copago (aplicable al régimen subsidiado) y de esta manera monitorearlo.

Criterio 12. “*Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador*”. Afirmó que este criterio es aplicable incluso al régimen subsidiado, toda vez que en el proceso de movilidad entre regímenes reglamentado mediante el Decreto 3047 de 2013¹⁴² las EPS-S pueden continuar garantizando los servicios del POS a los afiliados que sean vinculados mediante contrato laboral o que tenga capacidad de pago para hacer aportes al Sistema junto con su grupo familiar.

En cuanto a la necesidad de incorporar otros criterios en el marco de la ley estatutaria, destacó que los principios del derecho fundamental a la salud señalados en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015¹⁴³, deberían ser parte del seguimiento a la orden vigésima.

¹⁴⁰Decreto proferido por el Alcalde Mayor de Bogotá, a través del cual “*se adopta la estructura interna de la Secretaría Distrital de Planeación y se dictan otras disposiciones*”.

¹⁴¹ Como soporte de esta afirmación explicó que en las estadísticas aportadas por el Convenio de Cooperación Interinstitucional para garantizar la Portabilidad Nacional del Seguro de Salud de los Afiliados al SGSSS suscrito entre las EPS Emssanar, Asmet Salud, Salud Vida, Coosalud, Ecoopsos, Comparta y Ambuq, EPS del régimen subsidiado asociadas a Gestarsalud, se muestra una tendencia creciente del uso de la portabilidad del seguro de salud por parte de los afiliados que inicio su implementación en el mes de noviembre de 2013, con un total de 128 solicitudes y al corte abril de 2015 se tienen 61.030 solicitudes tramitadas a través de las EPS que hacen parte del Convenio.

¹⁴² Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén.

¹⁴³ El artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 señala que el derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad solidaridad, eficiencia,

5.1.4. Examen de la Sala Especial de Seguimiento.

De lo expuesto la Corte encuentra que el Ministerio y la Superintendencia establecieron un análisis integral de la garantía del derecho a la salud a fin de reflejar el comportamiento de las EPS. Para este fin se creó el “*indicador de la garantía del derecho a la salud*”, que además de incluir los 14 criterios vulneradores establecidos por la Corte, diseñó otras dimensiones de medición (indicador financiero, indicador de calidad e indicador de peticiones, quejas y reclamos -PQR-). De acuerdo al resultado, las EPS se clasificaron por cada régimen en tres grupos.

En relación con la forma de clasificación descrita, la Corte en uno de sus pronunciamientos (numeral 6 del Auto 249 de 2013) destacó que sería “deseable” que se estableciera una clasificación simple porque: (i) puede resultar más fácil de entender y de aplicar por parte de los usuarios; (ii) podría forzar una actuación más eficaz por parte de la Superintendencia de Salud; y (iii) constituiría un medio de presión sobre las actuaciones irregulares que vienen presentando algunas promotoras. En la misma medida, se consideró que con la combinación de la clasificación por puestos y porcentajes de EPS e IPS, se contribuiría a que las personas conozcan con máxima transparencia y claridad quiénes son los aseguradores y prestadores que con mayor frecuencia lesionan el derecho a la salud de los usuarios del sistema.

No obstante, en decisión posterior (Auto 412 de 2015), la Sala consideró que una ordenación de EPS por grupos con diversos niveles de calificación también puede cumplir con las metas establecidas por este Tribunal Constitucional.

En este contexto, la Sala Especial de Seguimiento procede a adelantar el estudio alusivo al cumplimiento de la orden vigésima desde dos aspectos fundamentales: (i) el *ranking* efectuado para la vigencia 2015, el cual se analizará conforme con los lineamientos existentes en ese momento, esto es, los parámetros de negación de acceso al sistema; y (ii) el nuevo esquema de valoración a partir de la actualización de los 14 criterios vulneradores de cara a la ley estatutaria de salud (Ley 1751 de 2015).

5.1.4.1. Ranking de EPS vigencia 2015. La Corte encuentra que el ejercicio adelantado se desarrolló conforme a unos parámetros de clasificación amplia, en orden a establecer un indicador global de garantía del derecho a la salud. Al respecto, la Sala entiende necesario hacer las siguientes precisiones partiendo de lo expuesto por el Ministerio de Salud y los conceptos de los peritos constitucionales.

i) La orden objeto de examen se refiere principalmente al estudio de violaciones del derecho a la salud de los usuarios de sistema. En este sentido, la Corte estima que es positivo el esfuerzo realizado por incluir nuevos criterios de valoración (indicador financiero; de calidad; y de peticiones, quejas y reclamos -PQR-), no

interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, y protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueros.

obstante es importante tener en cuenta que el cumplimiento de la orden objeto de examen atiende principalmente a aquellos aspectos que constituyen una negación del servicio, por lo que el desarrollo de este mandato debe circunscribirse a esas circunstancias específicas.

ii) El Ministerio al momento de hacer la clasificación a partir de los indicadores establecidos en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos complementarios, plantea en 7 de ellos la necesidad de medir la oportunidad sobre la negación del servicio. Al respecto, la Sala encuentra que si bien el criterio de oportunidad es un indicador que permite medir eventuales circunstancias de negación en la atención, es importante identificar los casos específicos de vulneración al derecho a la salud, ya sea por falta de autorización de servicios no excluidos el plan de beneficios; la negación de aquellos que si bien están expresamente fuera del POS se requieren con necesidad; la imposición de cargas administrativas, burocráticas o interrupciones abruptas en la atención de los usuarios.

iii) Para la Sala la clasificación por grupos es aceptable, sin embargo, el esquema presentado por el Ministerio no permite determinar qué aseguradoras están en un rango crítico, así como aquellas que están en un margen de alarma, aceptabilidad y superioridad.

iv) Es necesario que cada uno de los criterios de valoración establecidos por la Corte, permita su consulta de manera independiente, con una valoración numérica en cada caso.

v) La Corte considera indispensable que los criterios de valoración sean útiles y transparentes, por lo que la clasificación debe estar destinada a los usuarios e incluir una síntesis de los parámetros de evaluación, además permitir identificar a qué rango pertenece (crítico, alarma, aceptabilidad o superioridad) y sus implicaciones. Lo anterior, teniendo en cuenta que uno de los principales objetivos que se evalúan dentro del cumplimiento de la orden 20 es la utilidad que la ordenación preste a los usuarios del sistema, por lo que su publicación debe ser ante todo sencilla, didáctica y/o ilustrativa.

Así, para esta Corporación es importante dejar claro que no se trata solamente de hacer un *ranking* o presentar un reporte, el fin último de lo dispuesto en la sentencia estructural es que los usuarios cuenten con información: (i) clara, esto implica que sea fácilmente comprensible por los usuarios del sistema de salud, independiente a su grado de formación educativa o del régimen (contributivo o subsidiado) al que pertenezcan; (ii) completa, es decir que incluya todos los elementos que debe tener en cuenta una persona para ejercer su derecho a la libre escogencia, de forma tal que pueda elegir trasladarse a una entidad mejor o decidir, con suficiente información, no afiliarse a una que incurra en prácticas violatorias del derecho a la salud; (iii) actual, esto es, con la información hasta la fecha de corte del *ranking*; y (iv) pública, lo que implica que el acceso a la información sea fácil y suficiente, de manera que todos los habitantes del territorio y, principalmente, la población más vulnerable tenga acceso a ella¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Cfr. Auto 150 de 2014.

v) Respecto a la publicidad de la clasificación de entidades promotoras, una vez revisado el portal de *observatorio de calidad de la atención en salud*, que según el Ministerio es la herramienta virtual para consulta del *ranking*, la Corte Constitucional no encuentra un mecanismo de consulta que permita a los usuarios identificar las EPS que con mayor frecuencia niegan el acceso al sistema de salud, toda vez que allí reposa información alusiva a una “*evaluación de desempeño*” referentes a los años 2013, 2014, 2015 y 2016¹⁴⁵. Sobre el particular se hacen las siguientes precisiones:

- Para el año 2013 se evaluaron tres dimensiones de valoración: 1. respeto a los derechos¹⁴⁶; 2. evaluación por parte de los usuarios¹⁴⁷; y 3. proceso y resultado de la atención en salud¹⁴⁸.
- En el año 2014 se establecieron tres dimensiones de evaluación: 1. protección de salud del usuario y prevención de enfermedades¹⁴⁹; 2. acceso a los servicios de salud¹⁵⁰; y 3. afiliación, desafiliación y movimiento dentro del sistema de salud¹⁵¹.
- Al año 2015 se siguieron las dimensiones descritas en la vigencia anterior y se completó el examen de cara a las necesidades de atención en salud que aportan una lógica clínica subyacente basada en el curso natural de la enfermedad. Dichas necesidades abarcan desde los aspectos relacionados con el mantenimiento de la salud (servicios de promoción y prevención de la enfermedad), recuperación de la salud (cuidados de agudos), hasta el manejo continuo e integrado de la misma (cuidado crónico y del final de la vida).
- Finalmente para la vigencia 2016 se elaboró un “*ranking de satisfacción de las EPS*” a partir de 44 indicadores de satisfacción del usuario que se agruparon en tres dimensiones: Oportunidad con 20 indicadores; Satisfacción con 16; y Acceso con 8.

¹⁴⁵ Consultado de la página web

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/InformesdeCalidad/OrdenamientodeEPS.aspx>, el 30 de noviembre de 2016.

¹⁴⁶ Esta dimensión del ordenamiento se calcula con base en los criterios definidos por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, sin embargo, no fue posible consultar el documento anexo de soporte.

¹⁴⁷ Los resultados en esta dimensión corresponden a la calificación que los usuarios dan a la EPS a la cual se encuentra afiliados (Encuesta de Calificación de los Servicios de las EPS publicada en Noviembre 2012, anexo de soporte).

¹⁴⁸ Esta dimensión tiene en cuenta cuatro aspectos: (i) calidad de la atención; (ii) enfermedad transmisible; (iii) salud materno infantil; y (iv) enfermedad crónica no transmisible.

¹⁴⁹ Se refiere a las actividades de gestión integral del riesgo en salud que todo asegurador debe realizar con su población afiliada, incluidas aquellas de coordinación con otros sectores para el manejo de los determinantes sociales en la materia.

¹⁵⁰ Se refiere a la disponibilidad y operatividad de una red de prestación de servicios suficiente e integral y de un sistema de información de apoyo a través del cual el afiliado pueda saber cuál es, dónde está ubicada, qué servicios ofrece y en qué horarios.

¹⁵¹ Se refiere a la disponibilidad y operatividad de la infraestructura técnica, humana y de comunicaciones necesaria para que el usuario pueda realizar los trámites de afiliación, movilidad, y registro de novedades en el sistema de salud.

El ejercicio anterior muestra una clasificación de satisfacción mas no de negación de servicios, por lo que en principio es aplicable para la orden vigésimo octava¹⁵² y no la 20 que actualmente es objeto de estudio y además difieren de la información remitida a esta Sala dentro del seguimiento a la sentencia T-760 de 2008. Así, para la Corte es necesario que los usuarios del sistema conozcan de manera sencilla y eficiente las aseguradoras que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias, atendiendo a lo dispuesto en la orden vigésima, situación que no ocurre en este caso.

5.1.4.2. En conclusión, el cumplimiento de este mandato debe circunscribirse a circunstancias específicas en las que se identifique las negaciones de servicios a partir de los criterios de vulneración establecidos por la Corte.

La Sala acepta una clasificación por grupos, sin embargo deben atender a un esquema en el que se puedan identificar escenarios críticos, de alarma, de aceptabilidad y de superioridad, donde se mezclen variables como número de afiliados y situaciones en las que se presentan prácticas violatorias, para de esta manera establecer límites porcentuales en cada rango.

Por otra parte, la Corte considera indispensable que los criterios de valoración sean útiles y transparentes, por lo que la clasificación debe estar destinada a los usuarios e incluir una síntesis de los parámetros de evaluación, además permitir identificar a qué rango pertenece (crítico, alarma, aceptabilidad o superioridad) y sus implicaciones, así como quiénes han incurrido con mayor frecuencia en prácticas violatorias del derecho a la salud.

5.1.4.3. *Valoración en concreto.* Para la Sala es importante el esfuerzo adelantado por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, sin embargo el mismo debe atender las observaciones hechas por los peritos constitucionales y este Tribunal Constitucional, en orden a establecer específicamente cuáles son las entidades que en mayor medida incurren en las prácticas violatorias al derecho fundamental a la salud.

Adicionalmente, es importante que los usuarios conozcan el resultado de este ejercicio, por ser sobre quienes recae lo dispuesto en la sentencia estructural. Por tanto la clasificación por grupos es aceptable, pero es necesario que se pueda consultar por separado cada criterio a efectos de identificar en cada uno de ellos la clasificación interna que corresponda, en aras de la transparencia.

En consecuencia, la Sala Especial de Seguimiento encuentra que en este punto existe un **nivel de cumplimiento medio**, ya que si bien el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud adoptaron medidas conducentes a identificar las entidades promotoras de salud que con mayor

¹⁵² Vigésimo octavo.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información, (...) (ii) *Una carta de desempeño.* Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia.

frecuencia incurren en prácticas violatorias al mencionado derecho fundamental, siguiendo en principio, los criterios descritos por la Corte Constitucional. Sin embargo dichas mejoras no son significativas, toda vez que: (i) es necesario identificar específicamente las prestadoras que con mayor frecuencia niegan servicios no solo desde la oportunidad, sino también atendiendo a criterios como autorización de servicios contenidos en el plan de beneficios, así como la imposición de cargas administrativas, burocráticas o interrupciones abruptas de servicios; (ii) la clasificación por grupos debe buscar determinar qué aseguradoras están en un rango crítico, así como aquellas que están en un margen de alarma, aceptabilidad y superioridad; (iii) los criterios de valoración establecidos por la Corte Constitucional y que resulten aplicables, deben poderse consultar de manera independiente, incluso con una valoración numérica en cada caso; y (iv) actualmente no existe un mecanismo claro, completo y público que ponga a disposición de los usuarios el *ranking* de EPS para que ejerzan su derecho a la libre elección.

5.1.5. El nuevo esquema de valoración a partir de la actualización de los 14 criterios valoradores. Para este Tribunal es claro que el Ministerio de Salud y los peritos constitucionales consideraron importante actualizar los 14 criterios de vulneración, sin embargo, no existe una propuesta específica al respecto. En este escenario la Sala procede a precisar los aspectos, en que como mínimo, debe ceñirse este reajuste conceptual.

i) Es necesario establecer previamente qué criterios aplican a cada régimen (contributivo y subsidiado), atendiendo las particularidades de cada uno de ellos.

ii) Todos los parámetros de valoración deben ajustarse al nuevo sistema de exclusiones contemplado en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

iii) La actualización debe atender la evolución propia del sistema de salud, así por ejemplo se debe dejar sin efectos todo aquello alusivo al Comité Técnico Científico, toda vez que ya no opera y hacer referencia al nuevo esquema contemplado en la Resolución 1328 de 2016.

iv) Es indispensable establecer de manera conjunta entre los actores del sistema aquellos nuevos parámetros de valoración a partir de lo consagrado en la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional (sentencia C-313 de 2014).

En este contexto, es indispensable que los nuevos ejercicios de clasificación de las EPS se adelanten con base en la actualización de los parámetros de vulneración de acuerdo con el nuevo escenario propio de la evolución del sistema de salud. Entonces, ante la ausencia de los nuevo criterios de valoración, para la Sala es indispensable que el Ministerio adelante sesiones de trabajo que involucren a todos los actores del sistema, con el objetivo de evaluar, medir y cuantificar adecuadamente los 14 criterios definidos por la Corte y así establecer los nuevo lineamientos de evaluación, acorde con la actual normatividad y la jurisprudencia constitucional, trabajo que finalmente deberá ser puesto a disposición de la Corte Constitucional para su aprobación.

Adicionalmente y con el fin de alcanzar una mejor redefinición de los criterios aludidos y a su vez auspiciar la participación directa en las diversas facetas que comporta este derecho fundamental, es necesario que el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud presenten una propuesta metodológica a través de la cual se garantice a todas las personas la posibilidad de indicar cuándo una EPS incurre en una práctica violatoria del derecho a la salud, fórmula que debe superar la mera apertura de portales informáticos para expresarse, esto es, procurando la participación directa por parte de los usuarios más allá de los portales web. Lo anterior, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015, donde se establece que los agentes del sistema de salud tienen derecho a participar en las decisiones que los afectan de manera efectiva, continua, activa en formulación de la política de salud y en los planes para su implementación.

Sobre el particular es indispensable tener en cuenta que la sentencia C-313 de 2014 la Corte Constitucional estableció que la participación a la que se refiere el Art. 12 implica que los agentes del sistema en el marco del modelo democrático cuentan con el derecho a participar de manera efectiva, continua, activa, fijar prioridades, evaluar resultados, participar en las decisiones sobre exclusión de servicios y tecnologías, participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud y, en fin, involucrarse ciertamente en los programas y estrategias propias del derecho a la salud.

Además esta garantía se debe otorgar de manera realizable, necesaria y posible en *“los asuntos relacionados con la salud”* (Observación 14), con lo cual, se desarrolla de mejor modo la Constitución, atendiendo la observación 14, que en su párrafo 54, señala como deber gubernamental reconocer el derecho de los grupos y las personas *“(…) a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo (…)”*.

En este contexto, se hace indispensable que el plan metodológico que se diseñe involucre todos estos aspectos en orden a garantizar la participación de los grupos y los usuarios individualmente considerados, a través de diversos canales.

5.2. Ranking de instituciones prestadoras de salud.

5.2.1. Aspectos específicos establecidos por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento.

En la sentencia **T-760 de 2008** se ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que adoptaran las medidas necesarias para identificar no solo las EPS sino también las IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, con el fin de que las personas cuenten con un elemento de juicio ecuaníme que les permita elegir la opción que les garantice en mayor medida el goce efectivo de su derecho.

En el **Auto 044 de 2012**, se especificó que para que las entidades responsables cumplan materialmente con lo dispuesto en la orden vigésima, deben identificar las IPS que con mayor frecuencia incurran en las 14 prácticas violatorias que fueron identificadas y que han sido utilizadas reiteradamente por las autoridades encargadas de cumplir con el mandato de la Corte.

Por su parte en el **Auto 249 de 2013**, se llamó la atención de las autoridades concernidas para que presentaran un acatamiento pleno del fallo estructural, el cual obedece a la ordenación no solo de EPS sino también de IPS.

Finalmente, en el **Auto 412 de 2015**, se hizo alusión a los parámetros para definir el escalafón de IPS en virtud del mandato vigésimo de la sentencia T-760 de 2008, se aceptó la inaplicabilidad de los 14 parámetros para elaborar el *ranking* de las prestadoras y ante la falta de una propuesta clara de los parámetros más precisos que deberían regir la ordenación en cumplimiento del mandato vigésimo, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a la Superintendencia Nacional de Salud la implementación de la propuesta para su elaboración.

5.2.2. Informes de cumplimiento del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

5.2.2.1. Informe de cumplimiento presentado el 27 de octubre de 2015 (respuesta Auto 412 de 2015).

En este documento se presentó la metodología para recopilar elementos empíricos que permitan evaluar el grado de aceptación, entendimiento y la utilidad que la ordenación de IPS presta a los usuarios del sistema.

Advirtieron que existen unas limitaciones respecto a la construcción técnica de las variables de evaluación, toda vez que a marzo de 2014, existían un total de 11.253 IPS y una sola prestadora puede llegar a tener 54 sedes. Lo que equivaldría a analizar **19.076** instituciones. Adicionalmente presentan una heterogeneidad que va desde la capacidad instalada, hasta la complejidad de servicios que presta, situaciones que dificultan su comparación.

Por otra parte, destacaron que las fuentes de información son limitadas, debido a que solo se cuenta con los indicadores de la Resolución 1446 de 2006¹⁵³ y el Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS-¹⁵⁴, los que presentan falencias relacionadas con la mala calidad de los datos y la ausencia de

¹⁵³ Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. En esta resolución se establecieron indicadores de obligatorio reporte por parte de las entidades aseguradoras y de las IPS, con la finalidad de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones y ofrecer insumos para la referenciación por calidad.

¹⁵⁴ El registro individual de las prestaciones en salud - RIPS-, absorbe la información individual de las prestaciones dadas a una persona con el propósito de facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y de soportes de los servicios efectivamente prestados a la población protegida en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley.

autoreporte.

Finalmente, respecto a los indicadores a seleccionar, precisaron que se buscó que estuvieran asociados a los deberes y derechos de los usuarios, los que cumplieron con los requisitos de formulación, a saber:

- (i) **Claro:** Son fácilmente identificables tanto su numerador como denominador, cuentan con ficha técnica lo que asegura su comprensión y determina qué, cómo y cuándo se debe seguir.
- (ii) **Relevante:** Evalúan aspectos de la calidad como oportunidad de la atención, percepción y seguridad clínica, aspectos propios de la gestión de la IPS.
- (iii) **Económico:** Son de auto reporte, requirió en sus inicios de un desarrollo informático para el cargue de los datos. El procesamiento se realiza de manera manual.
- (iv) **Monitoreable:** Cuenta con un sistema de información, son periódicos.
- (v) **Adecuado:** Ofrece una base suficiente para estimar el desempeño.

Informaron que para poder comparar las IPS de acuerdo a sus características especiales, se creó un visor virtual basado en los indicadores de calidad de la Resolución 1446 de 2006, a saber: (i) el comportamiento de un determinado servicio que presta la institución en razón a la oportunidad; (ii) seguridad del paciente; (iii) percepción del usuario; (iv) promoción y prevención de la salud respecto al manejo de la hipertensión arterial; y (v) comportamiento del servicio hospitalario y quirúrgico. En concreto se construyó la siguiente tabla de evaluación:

	Grupos	Indicadores
1	Consulta médica general	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general
2	Odontología general	Oportunidad en la atención en consulta de odontología general
3	Imagenología	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología
4	Seguridad del paciente	Proporción de vigilancia de eventos adversos
5	Percepción del paciente	Tasa de satisfacción global
6	Urgencias	Oportunidad de atención en consulta de urgencias
7	Promoción y prevención	Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada
8	Hospitalario	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados
		Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
		Tasa de infección intrahospitalaria
9	Ginecobstetricia	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia

10	Medicina interna	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna
11	Pediatría	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría
12	Cirugía general	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general
13	Quirúrgico	Oportunidad en la realización de cirugía programada

Adicionalmente, se utilizó el criterio validador de existencia del servicio de unidad de cuidado intensivo, para disminuir la brecha en la comparación de IPS entre prestadores cuya complejidad sea similar. No obstante, refirieron que esto no garantiza completamente homogenización de criterios de evaluación que permitan una categorización equitativa. Por tanto, a manera de conclusión resaltaron:

- Como resultado final se pueden observar 13 ordenamientos o *rankings* que agrupa en total 18.704 IPS que son evaluadas en relación con el servicio u atributo de la calidad. Siendo las prestadoras con mejor desempeño las que ocupan el primer puesto en cada categoría.

- Cada indicador también está agrupado por Departamento, por lo que de acuerdo al territorio se pueden analizar las cifras.

- Los datos reflejan las agrupaciones, por lo que se constituyen en aproximaciones del desempeño de una determinada IPS en general y no respecto a un individuo en particular.

- El no reporte de información tiene impacto negativo, por ende, las IPS que tenían que reportar y no lo hicieron se encuentran en los puestos más bajos del ordenamiento. Al respecto existe un número considerable de no reporte. Se pudo identificar que 10.680 prestadoras que tenían que reportar no lo hicieron.

- El autoreporte sigue siendo la fuente de información disponible para este tipo de ordenamiento, pese a las grandes debilidades que presenta (duplicados, datos inconsistentes o que pudieran no estar reflejando la realidad).

5.2.2.2. *Informe de cumplimiento presentado el 29 de abril de 2016 (vigencia 2015).*

5.2.2.2.1. *Metodología.*

Por mandato de la Corte, se debe identificar la totalidad de instituciones prestadoras de servicios de salud que con mayor frecuencia incurren en práctica violatorias del derecho a la salud. Atendiendo la dificultad operativa y técnica que representa escalafonar a la totalidad de los prestadores en salud (en la actualidad asciende a más de 10.000), se reformó el sistema de recolección de información con la expedición de la Resolución 256 de 2016, donde se establecieron indicadores de obligatorio reporte por parte de los prestadores para valorar la efectividad, la seguridad y la experiencia de la atención en las

IPS.

Añadieron que se definieron unas variables diferenciadoras que alertan o informan a los usuarios sobre las condiciones de un determinado prestador, puesto que las mismas tienen profundas implicaciones en la manera que se debe interpretar la clasificación. Estas son:

Zona geográfica. Las características del territorio influyen en la manera en que se prestan de servicios de salud así como en su oferta, por tanto es relevante diferenciar aquellas IPS que se encuentran en las zonas urbanas¹⁵⁵, en la alta ruralidad¹⁵⁶ y en las zonas dispersas¹⁵⁷.

Acreditación. Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados, que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas¹⁵⁸.

Complejidad. Se busca diferenciar las IPS de complejidad I o II de las III y IV. Ya que las IPS de mayor complejidad gozan de mayor infraestructura, talento humano especializado, por lo general se encuentran en zona urbanas y no presentan mayores barreras en la distancia entre los servicios y la población.

Naturaleza jurídica de las Instituciones prestadoras de servicios de salud. Existen tres clases de IPS: Públicas, Privadas y Mixtas.

En este contexto, se elaboró un *ranking* de IPS-2016 que contiene dos clasificaciones: (i) de servicio y percepción del paciente; y (ii) ámbito y percepción del paciente. Adicionalmente al ordenamiento cuantitativo se adicionó una variable denominada *estimativo de desempeño*, la cual asigna una valoración cualitativa a la ponderación de los *rankings*, que se hizo con dos intenciones: (i) para el usuario es más comprensible una clasificación por nombres, que por números; (ii) las categorías (a) *mejor que el promedio*¹⁵⁹, (b) *en el promedio*¹⁶⁰ y (c) *el resto*¹⁶¹, generan mayor impacto en los evaluados y en los usuarios ya que visibilizan y agrupan en grandes categorías IPS con desempeño similar.

¹⁵⁵ Son aquellos donde existe alta agregación de población en condiciones de densidad y accesibilidad geográficas a los servicios de salud.

¹⁵⁶ Corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución.

¹⁵⁷ En estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales.

¹⁵⁸ Se realiza por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por una entidad acreditadora - en la actualidad la única entidad acreditadora es el ICONTEC-.

¹⁵⁹ IPS que en su categoría evidenciaron el mejor comportamiento en los datos reportados respecto a las demás.

¹⁶⁰ IPS que se encuentran en el rango medio en las respectivas categorías.

¹⁶¹ IPS que presentan un comportamiento bajo en los indicadores, la mayoría de ellos está relacionado con el no reporte.

También se dispuso de un visor por mapa¹⁶² en el cual el usuario puede observar tres tipos de clasificaciones: (i) servicios hospitalarios¹⁶³; (ii) percepción del paciente¹⁶⁴; y (iii) consulta médica general¹⁶⁵.

5.2.2.2.2. Resultados.

Como resultado de este ejercicio se anexó un documento en tablas Excel a través del cual se pudo verificar los ítems previamente descritos, alusivos a la zona geográfica, acreditación, complejidad y naturaleza jurídica de las instituciones prestadoras de salud. Dentro de las instrucciones de consulta se especifican dos aspectos primordiales:

i) El Ordenamiento de las sedes de prestadores se hizo considerando la complejidad de los mismos a través de los servicios de cuidados intensivos – UCI, por lo tanto por cada categoría hay dos Ordenamientos: para prestadores con servicios de cuidado intensivo y para prestadores sin servicios de cuidado intensivo. Por lo anterior la variable “*complejidad*” junto con la variable “*servicio (ámbito) y percepción del paciente*” deben ser filtradas a la hora de consulta.

ii) Las categorías restantes son filtros opcionales que el usuario de la información puede considerar para tener información detallada sobre la geografía del prestador o su naturaleza jurídica. Se incluye como filtro la Zonificación MIAS que indica a qué categoría de la territorialización del Modelo Integral de Atención en Salud pertenece el prestador.

Adicionalmente, en la herramienta dispuesta en la página del Observatorio de Calidad del Ministerio en la pestaña “*indicadores de calidad - comparación de IPS*”¹⁶⁶, se plantea un ejercicio comparativo entre prestadoras que a partir de una lista taxativa de diez servicios¹⁶⁷, posteriormente se filtra por departamento, luego por municipio y finalmente por IPS, la cual no resulta comparable con otra en todos los casos.

¹⁶² Sitio web

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/ListadodeIndicadores/ListadeIndicadores/Resultados/IndicadoresIPS.aspx>

¹⁶³ Muestra la posición de la IPS, en Servicios Hospitalarios y estima su desempeño con base en indicadores de calidad que evalúan aspectos de la gestión clínica en este ámbito. En el mapa se evidencia un índice de gestión clínica respecto a las tasas de reingreso de pacientes hospitalizados, mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas e infección intrahospitalaria. Adicionalmente se describe si el prestador cuenta con unidad de cuidado intensivo, lo que refleja la complejidad del prestador (fuente de datos: Resolución 1446 de 2006).

¹⁶⁴ Muestra la posición de la IPS con base en indicadores de calidad que evalúan la satisfacción del usuario. En el mapa se evidencia la tasa de satisfacción global del prestador. Adicionalmente se describe si el prestador cuenta con unidad de cuidado intensivo, lo que refleja la complejidad del prestador (fuente de datos: Resolución 1446 de 2006 Corte de datos: Primer semestre de 2015).

¹⁶⁵ Muestra la posición de la IPS con base en indicadores de calidad que evalúan la oportunidad en la asignación de citas en la consulta por médico general del usuario. En el mapa se evidencia los días en los cuáles es asignada una cita por médico general en la IPS. Adicionalmente se describe si el prestador cuenta con unidad de cuidado intensivo, lo que refleja la complejidad del prestador (fuente de datos: Resolución 1446 de 2006 Corte de datos: Primer semestre de 2015).

¹⁶⁶ <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>

¹⁶⁷ Estos servicios corresponden a: 1) cirugía programada; 2) consulta de cirugía general; 3) consulta ginecobstetricia; 4) consulta de medicina general; 5) consulta de medicina interna; 6) consulta de odontología general; 7) consulta de pediatría; 8) hospitalización; 9) imágenes diagnósticas; y 10) urgencias.

5.2.2.3. Documento presentado el 12 de agosto de 2016 (informe sesión técnica).

El Ministerio de Salud indicó que las partes integrantes del sistema consideran que las prácticas violatorias de negación de servicios, no son el criterio principal al momento de elaborar un *ranking* de IPS, toda vez que existen otros ámbitos como la oportunidad en la atención o seguridad del paciente. Adicionalmente, pueden existir vulneraciones al derecho a la salud en una clínica u hospital, a pesar de no están relacionadas con la seguridad del paciente, humanización, trámites administrativos como demora en la entrega de registros clínicos, entre otros, que si bien pueden influir en el estado de salud de una persona, la situación no representa un riesgo grave e inminente para su vida.

Resaltó la necesidad de implementar un consenso entre todos los interesados, en procura de alcanzar un espacio de reflexión y deliberación técnica para la formulación de indicadores que evalúen la garantía y goce efectivo del derecho a la salud, más allá de la negación de servicios, que garanticen la comparabilidad entre prestadores, con herramientas accesibles y amigables que disminuyan la desigualdad en la información, una metodología estandarizada y legítimamente validada y un marco normativo que asegure la exigibilidad del reporte.

En este orden de ideas sugirió: (a) replantear un *ranking* basado en la negación de servicios; (b) concretar los ejes de medición de una IPS; (c) definir de manera conjunta los indicadores a evaluar; y (d) delimitar el número de prestadores y definir bajo qué parámetros serán evaluados.

5.2.2.4. Intervención en la sesión técnica celebrada el 2 de septiembre de 2016.

Adicional a lo expuesto, el Ministerio indicó que el proceso de auditorías para IPS en materia de contratos no resulta viable dado el costo que ello representa, debido a la multiplicidad de IPS que existen en el país. Por lo que propuso que replantear el *ranking* desde un punto de vista diferente a la negación de servicios, por no ser la principal fuente de violación del derecho a la salud, como sí lo puede ser la atención oportuna de consulta de urgencias; la humanización; la seguridad del paciente a través del seguimiento de protocolos, guías de práctica clínica, control y gestión de infecciones, entre otras.

5.2.3. Conceptos de los peritos constitucionales.

5.2.3.1. La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral afirmó que es fundamental para garantizar una información clara en el sistema que estas entidades sean evaluadas y que los resultados de dicha evaluación estén disponibles para los afiliados, lo que permite estimular su mejoramiento y genera un mayor control social. Para tal fin advirtió que es importante definir un instrumento con indicadores específicos que puedan medir su gestión e identificar las prácticas violatorias del derecho que puedan darse en este nivel.

5.2.3.2. **El observatorio “Así Vamos en Salud”** indicó que en el aplicativo web y en el informe 2015 no hay claridad frente al número total de instituciones incluidas en ambos reportes, respecto al total de habilitadas y cuya información se encuentra en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS.

Destacó que es necesario replantear el *ranking* generando incentivos para el reporte, exaltando a quienes procuran el respeto por el derecho a la salud y de esta forma se estaría generando estímulos hacia la competencia por calidad y prestigio.

5.2.3.3. **Así vamos en salud** afirmó que el *ranking* debe ser cualitativo y cuantitativo, a partir de la percepción de ciudadanos. Aseveró que aún no se ha definido qué es lo que se quiere en materia de vigilancia y control, ya que no solo puede atender a un aspecto punitivo, sino además estar enfocada hacia generar incentivos para una mejor prestación de servicios (sistema de acreditación), para de esta manera alcanzar un acceso real y efectivo por parte de los usuarios.

5.2.3.4. **CSR** indicó que los 14 puntos establecidos por la Corte Constitucional en materia de *ranking* de EPS e IPS, aplican a ambas por igual, ya que los procesos de calidad, si bien tienen rutas específicas en cada entidad, obedecen al logro de un objetivo común, la prestación de servicios médicos para la atención de calidad, que repercuten en la garantía del derecho fundamental a la salud. En este punto aclara que es viable la aplicación de los parámetros a las IPS, salvo en la autorización de pago de incapacidades (criterio 10) y de la afiliación (criterio 11).

En posterior oportunidad agregó que la negación de servicios se debe valorar desde un criterio básico: se atendió o no a un paciente, para posteriormente establecer las causas de esa negación.

5.2.3.5. **Gestarsalud** valoró el esfuerzo adelantado, pero advirtió que progresivamente se deben valorar prácticas violatorias del derecho a la salud en proveedores como droguerías que dispensan medicamentos a los afiliados del régimen subsidiado en municipios apartados y que no hacen parte del REPS, así como otros proveedores.

Expuso la necesidad de continuar con la auditoria a las IPS que permita la verificación en terreno de la información, a través de “*cliente oculto*” u otro mecanismo de validación.

5.2.3.6. **La asociación colombiana de hospitales y clínicas** expuso que la evaluación de la negación debe atender a demanda satisfecha y demanda insatisfecha. Agregó que se debe avanzar en la construcción de un *ranking* en donde el usuario pueda identificar qué prestadora es buena, regular y mala.

5.2.4. *Examen de la Corte Constitucional.*

La Corte evidencia del acervo probatorio que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud construyeron una metodología para elaborar el *ranking* de IPS, basada en las fuentes de información disponibles en los indicadores de la Resolución 1446 de 2006¹⁶⁸ y el Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS-¹⁶⁹. En concreto se buscó establecer como criterios indicadores para la clasificación de las IPS los siguientes: (i) el comportamiento de un determinado servicio que presta la institución en razón a la oportunidad; (ii) seguridad del paciente; (iii) percepción del usuario; (iv) promoción y prevención de la salud frente al manejo de la hipertensión arterial; y (v) comportamiento del servicio hospitalario y quirúrgico.

Según lo expuesto por el Ministerio se adelantaron 13 ordenamientos o *rankings* que agrupa en total 18.704 IPS que son evaluadas en relación con el servicio u atributo de la calidad.

Como resultado de este ejercicio anexó un documento en tablas Excel, el cual no está disponible al público, donde se pueden verificar los ítems alusivos a la zona geográfica, acreditación, complejidad y naturaleza jurídica de las instituciones prestadoras de salud, el cual incluye tres hojas de trabajo: (i) servicio y percepción del paciente; (ii) ámbito y percepción del paciente; y (iii) indicadores: en la cual se muestran los microdatos de los diferentes emparejamiento entre la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y los indicadores de calidad de IPS públicos que consolida la Superintendencia Nacional de Salud.

Como herramienta de consulta se dispuso un aplicativo en la página del Observatorio de Calidad del Ministerio (<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>) en la pestaña “*indicadores de calidad - comparación de IPS*”, el que contiene un ejercicio comparativo entre prestadoras que a partir de una lista taxativa de diez servicios¹⁷⁰, posteriormente se filtra por departamento, luego por municipio y finalmente por IPS. No obstante, las prestadoras no resultan comparables en todos los casos, toda vez que no cubren los mismos ítems, en esa medida no existe una forma de verificar su puesto en el escalafón, además no se cuenta con una guía o instructivo para su utilización.

Por otra parte, las herramientas propuestas no resultan de fácil consulta y no permiten el acceso a toda la población que necesita conocer con claridad cuál

¹⁶⁸ Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. En esta resolución se establecieron indicadores de obligatorio reporte por parte de las entidades aseguradoras y de las IPS, con la finalidad de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones y ofrecer insumos para la referenciación por calidad.

¹⁶⁹ El registro individual de las prestaciones en salud - RIPS-, absorbe la información individual de las prestaciones dadas a una persona con el propósito de facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y de soportes de los servicios efectivamente prestados a la población protegida en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley.

¹⁷⁰ Estos servicios corresponden a: 1) cirugía programada; 2) consulta de cirugía general; 3) consulta ginecobstetricia; 4) consulta de medicina general; 5) consulta de medicina interna; 6) consulta de odontología general; 7) consulta de pediatría; 8) hospitalización; 9) imágenes diagnósticas; y 10) urgencias.

IPS es la que mejor se adapta a sus requerimientos. Al respecto la Corte recuerda que la posibilidad de escoger una institución prestadora de servicios puede catalogarse como principio del sistema de salud, un derecho del afiliado y una característica del sistema de la seguridad social en salud, que consiste en la facultad que tienen todos los usuarios (tanto los del régimen contributivo como los del régimen subsidiado) a escoger, entre las diferentes alternativas de servicios ofrecidos, la entidad que administrará y la que prestará los servicios cubiertos dentro del sistema.

A su vez, no hay certeza sobre el número total de instituciones incluidas en los reportes, respecto al total de habilitadas, lo que permitiría determinar si efectivamente este ejercicio está brindando adecuadas herramientas a los usuarios de cara a su derecho a la libre elección, lo que además permite que los órganos de control puedan ejercer sus funciones de manera adecuada. Entonces, esta clasificación de IPS debe advertir sobre el número de prestadoras sometidas al ranking y aquellas que quedaron por fuera, así como las circunstancias que llevaron a tomar esa decisión.

De acuerdo a lo expuesto por el Ministerio en la sesión técnica adelantada el 2 de septiembre de 2016, no existe un esquema unificado para el desarrollo de *ranking*, debido a que se pretende partir de un esquema al margen de la negación de servicios y sin adelantar auditorías a las instituciones prestadoras de salud, aspecto que actualmente es objeto de discusión y que efectivamente ha sido criticado por los peritos constitucionales, al punto que han advertido la importancia de definir un instrumento con indicadores específicos que puedan medir su gestión e identificar las prácticas violatorias del derecho que puedan darse en este nivel, así como la necesidad de contar con auditorías a las IPS que permitan la verificación en terreno de la información, a través de diversos mecanismos de validación.

En este punto, para la Corte el actual sistema de clasificación de IPS se refiere a: (i) el servicio y percepción del paciente; y (ii) ámbito y percepción del paciente; esquema que no especifica cuántas y qué tipo de violaciones al derecho a la salud se están presentando, que en últimas es el sentido de la orden 20.

Por tanto, la Sala advierte que el esquema de configuración de los criterios de evaluación es una condición que no puede ser exclusiva del Gobierno, por lo que debe surgir de un trabajo mancomunado entre todas las partes a partir de sesiones trabajo que terminen en la construcción de los indicadores para la elaboración del escalafón de las prestadoras.

En conclusión, no existe una efectiva herramienta o mecanismo que permita a los usuarios hacer uso y goce de su derecho a la libre escogencia, en la medida que la actual herramienta virtual no resulta de fácil acceso, además no permite establecer las IPS que incurren en mayores negaciones de servicios, así como tampoco permite la consulta de un *ranking* de desempeño, toda vez que es eminentemente comparativo.

En consecuencia, la Sala Especial de Seguimiento encuentra que en este punto existe un **nivel de cumplimiento bajo**, ya que pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud adoptaron medidas que en principio para identificar las prestadoras de servicios de salud que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias al mencionado derecho fundamental y reportó los resultados a esta Corporación, las mismas no son conducentes, dado que no es posible conocer las mejores o peores IPS del país. Incluso de acuerdo a los estándares señalados por el propio Ministerio, es decir, se puede ubicar una zona geográfica, e incluso el nivel de complejidad determinado, pero no existe un verdadero ranking al interior de estos ítems, todo se circunscribe a un ejercicio de comparación, el cual resulta complejo para la verificación por parte de los usuarios.

6. Medidas a adoptar.

De acuerdo a lo expuesto, la Corte Constitucional considera importante dar unas órdenes en procura de alcanzar una mayor protección del derecho a la salud, específicamente de cara a la elaboración del *ranking* de EPS e IPS, a partir de la negación de servicios, que trascienden a la garantía del derecho a la libre escogencia. A efectos de mantener el desarrollo esquemático de este auto, las medidas dadas por la Sala Especial de seguimiento estarán clasificadas entre entidades promotoras e instituciones prestadoras.

6.1. *Ranking de entidades promotoras de salud.*

Se ordenará al Ministerio de Salud y Protección Social que junto con la Superintendencia Nacional de Salud 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, para de esta manera establecer los nuevos lineamientos de valoración acorde con la actual normatividad y jurisprudencia constitucional, trabajo que finalmente deberá ser puesto a disposición de la Corte Constitucional para su aprobación, donde se observará principalmente que las variables adoptadas en esta metodología correspondan con las prácticas violatorias del derecho a la salud atendiendo al nuevo esquema de aseguramiento.

Igualmente, las autoridades mencionadas deberán al momento de establecer el *ranking* de EPS determinar específica y numéricamente cuáles son las instituciones que en mayor medida incurren en las prácticas violatorias al derecho fundamental a la salud. Además, ante la existencia de una clasificación por grupos, se debe determinar de manera específica los rangos críticos, de alarma, aceptabilidad y superioridad, estableciendo límites porcentuales en cada uno.

Se dispondrá que Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud construyan una herramienta adecuada, didáctica y con fines pedagógicos que permitan a los usuarios de manera sencilla y clara consultar el *ranking* de las EPS, en materia de negación de servicios, el cual debe estar publicado en el sitio web del Ministerio, la

Superintendencia y de las promotoras de salud, de acuerdo con el escalafón correspondiente, toda vez que el actual sistema no permite el fácil acceso y entendimiento a todas las personas. Es indispensable que los criterios de valoración sean útiles y transparentes, por lo que la clasificación debe incluir una síntesis de los parámetros de evaluación, además permitir identificar a qué rango pertenece (crítico, alarma, aceptabilidad o superioridad) y sus implicaciones, así como quiénes han incurrido con mayor frecuencia en prácticas violatorias del derecho a la salud. En este punto, corresponderá a la Corte en el próximo ejercicio de valoración determinar si se cumplió con un verdadero plan de accesibilidad al *ranking*.

Finalmente se ordenará al Ministerio de Salud y de la Protección Social que junto con la Superintendencia Nacional de Salud, adelante las sesiones técnicas donde se involucren a todos los actores del sistema con el objetivo de evaluar, medir y cuantificar adecuadamente los 14 criterios definidos por la Corte Constitucional con el fin de establecer los nuevos lineamientos de valoración acorde con la Ley 1751 de 2015, la sentencia C-313 de 2014 y la demás normatividad expedida con ocasión de la evolución y actualización del sistema de salud.

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015, se ordenará al Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud que presenten una propuesta metodológica a través de la cual se garantice a todas las personas de forma fácil, sencilla y oportuna, la posibilidad de indicar cuándo una EPS incurre en una práctica violatorias del derecho a la salud. Esta propuesta deberá superar la mera apertura de portales informáticos para expresarse, esto es, permitiendo las actuaciones directas por parte de los usuarios más allá de los portales web.

6.2. Ranking de instituciones Prestadoras de Servicios.

Se ordenará al Ministerio de Salud y de la Protección Social que diseñe una herramienta virtual diferente a la actualmente existente o que implique ajustes adecuados, que en todo caso permita a los usuarios consultar de manera sencilla, comprensible y adecuada de acuerdo a su EPS la institución prestadora que mejor posición cuenta en el *ranking* de acuerdo con su necesidad.

Teniendo en cuenta que los indicadores en esta área aún se están construyendo, es indispensable que los actores generen espacios para establecer el plan de trabajo a fin de estructurar el *ranking* de las IPS.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento

III. RESUELVE:

Primero. Declarar el nivel de cumplimiento medio de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, en cuanto al *ranking* de EPS, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

Segundo. Declarar el nivel de cumplimiento bajo de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, en cuanto al *ranking* de IPS, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

Tercero. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que en el término de dos (02) meses contados a partir de la notificación de esta decisión, 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 lineamientos de valoración, acorde con la actual normatividad y jurisprudencia constitucional, trabajo que finalmente deberá ser puesto a disposición de la Corte Constitucional para su aprobación.

Estas sesiones de trabajo no podrá exceder el límite de cuatro (04) meses y los resultados deberán ser puestos a disposición de la Corte Constitucional para su aprobación.

Cuarto. Ordenar al Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, que a partir de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015, presenten una propuesta metodológica a través de la cual se garantice a todas las personas de forma fácil, sencilla y oportuna, la posibilidad de indicar cuándo una EPS incurre en una práctica violatorias del derecho a la salud. Esta propuesta deberá superar la mera apertura de portales informáticos para expresarse, esto es, permitiendo las actuaciones directas por parte de los usuarios más allá de los portales web.

Quinto Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que en el término de dos (2) meses contados a partir de la notificación de esta providencia, construyan una herramienta adecuada, didáctica y con fines pedagógicos que permitan a los usuarios de manera sencilla consultar el *ranking* de las EPS de cara las negaciones del derecho a la salud, el cual debe estar publicado en el sitio web del Ministerio, la Superintendencia y las promotoras de salud, de acuerdo con el escalafón correspondiente.

Sexto. Advertir al Ministerio de Salud y de la Protección Social y la Superintendencia Nacional que ante la existencia de una clasificación por grupos, se debe determinar de manera específica los rangos críticos, de alarma, aceptabilidad y superioridad, estableciendo límites porcentuales en cada rango.

Séptimo. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que genere espacios de trabajo con los actores de sistema para que se adelante el proceso de construcción de los indicadores para estructurar el *ranking* de las IPS.

Octavo. Ordenar al Ministerio de Salud y de la Protección Social que diseñe una herramienta virtual diferente a la actualmente existente o que implique ajustes adecuados, que en todo caso permita a los usuarios consultar de manera

sencilla, comprensible y adecuada de acuerdo a su EPS la institución prestadora que mejor posición cuenta en el *ranking* de acuerdo con su necesidad.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General