

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento en Salud

AUTO 358 de 2020

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

Asunto: Ranking de EPS e IPS.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES
CUARTAS

Bogotá D. C., siete (07) de octubre de dos mil veinte (2020)

La Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 designada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las órdenes generales impartidas en la misma, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación identificó un conjunto de fallas generales, recurrentes y graves en el Sistema General de Seguridad Social en Salud¹, por ello emitió 16 directrices correctivas, a través de las cuales instó a las autoridades responsables del mismo a adoptar las medidas necesarias para conjurarlas.

Entre las dificultades evidenciadas, encontró negación y demora en el suministro de servicios incluidos en el entonces POS², práctica que para la Corte era una violación del derecho a la salud; en consecuencia, indicó que el Estado dejaba de proteger esta prerrogativa fundamental cuando permitía la obstaculización en el acceso a los servicios de salud que la población tenía derecho.

¹ En adelante SGSSS.

² Plan Obligatorio de Salud.

Así mismo detectó que no existía un recaudo adecuado de información que le permitiera a las personas ejercer su libertad de afiliación. Por eso señaló, que era necesario contar con datos suficientes para que los usuarios del sistema pudieran conocer las opciones de afiliación y el desempeño de cada una de las instituciones, en función al goce efectivo del derecho a la salud.

En atención a ello señaló que:

“[L]a 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 razón de lo expuesto emitió la directriz vigésima en la que ordenó al Ministerio de Salud³ y a la Superintendencia Nacional de Salud⁴ la adopción de medidas

“[P]ara 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. Con ocasión del mandato vigésimo, el Ministerio de Salud y la Superintendencia presentaron informes relacionados con la orden impartida y los peritos constitucionales voluntarios dieron sus apreciaciones acerca de los datos recopilados por el Ministerio.

3. Posteriormente a través de auto 044 de 2012, la Sala Especial se pronunció respecto al acatamiento de la orden vigésima de la siguiente manera:

En cuanto a la identificación de las EPS e IPS que incurrieran frecuentemente en prácticas violatorias del derecho a la Salud señaló que:

³ En adelante MSPS, Ministerio, cartera de salud y ente ministerial.

⁴ En adelante Supersalud, Superintendencia y SNS

a. Los indicadores utilizados por la Superintendencia y el Ministerio no eran eficaces, debido a que medían errónea o parcialmente las actuaciones vulneradoras.

b. Las quejas no eran un criterio idóneo, toda vez que en ciertas ocasiones, estas se presentaban por falta de información de los usuarios.

c. Los fallos de tutela contra una IPS o EPS, si bien, denotaban transgresión al derecho a la salud, no era el único indicador que debía considerarse en virtud a que no toda vulneración conllevaba a la interposición de la acción de amparo, por lo que era necesario individualizar cada sentencia para conocer las actuaciones quebrantadoras del derecho a la salud.

d. Tener como indicador las solicitudes de recobro con cargo al Fosyga tampoco resultaba ser idóneo, en tanto, no todos los fallos de tutela en los que fue amparado el derecho a la salud ordenaron el recobro.

e. Las sanciones podían esclarecer las EPS e IPS que frecuentemente realizaban acciones violatorias del derecho, siempre que se identificaran las EPS y las prácticas en que habían incurrido.

En lo que respecta a los ranking elaborados, puntualizó que los de EPS e IPS no cumplían con los parámetros constitucionales señalados en la sentencia T-760 de 2008, dado que no individualizaban las catorce (14) prácticas violatorias del derecho a la salud establecidas en los capítulos 4º y 8º del fallo estructural. En este sentido recordó que para acatar lo dispuesto en la orden vigésima se debían identificar las promotoras y prestadoras de la salud que con mayor frecuencia:

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

3.2. 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.

3.3. 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-

3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. 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.

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

3.8. 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.

- 3.9. *Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.*
- 3.10. *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.*
- 3.11. *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.*
- 3.12. *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.*
- 3.13. *Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.*
- 3.14. *Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.”*

Esa providencia ordenó a la Supersalud y al Ministerio que presentaran en forma conjunta un informe en el que se identificara las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieren en prácticas violatorias del derecho a la salud el cual debería ser allegado a la Defensoría del Pueblo a la Procuraduría y a la Corte antes del 30 de abril de 2012.

Así mismo dispuso que la Superintendencia y Minsalud deberían seguir elaborando un ranking anualmente, con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de Nación el cual tendría que ser allegado antes del 30 de abril de cada año.

Además, requirió a la Defensoría y a la Procuraduría para que de conformidad con lo señalado en los artículos 278 y 282 de la Constitución adoptara medidas necesarias a fin de que se cumpliera con lo establecido en la orden 20 de la sentencia T-760 de 2008.

4. Mediante auto 260 de 2012 la Corte ratificó el mandato dado en el auto anterior referente a que el Ministerio y la Supersalud estarían obligados a seguir elaborando anualmente el ranking de EPS e IPS con remisión de copia a la Procuraduría y a la Defensoría del Pueblo antes del 30 de abril de cada año.

5. A través del auto 591 de 2016 la Sala Especial de Seguimiento valoró el cumplimiento de la orden vigésima con nivel medio el ranking de EPS; y bajo, frente al de IPS. Para llegar a esa conclusión evaluó por separado cada uno de ellos.

En cuanto al ranking de EPS hizo un estudio del elaborado para la vigencia 2015⁵. La Sala señaló que el ranking de dicho año se desarrolló atendiendo a unos parámetros de clasificación amplia. Así mismo, estimó que era positivo incluir nuevas medidas de valoración⁶.

La Corte expresó, que el Ministerio al efectuar la categorización de los indicadores determinados por la sentencia T-760 de 2008 y providencias

⁵ El cual se analizó conforme a los parámetros de negación de acceso al sistema.

⁶ Indicador financiero, de calidad y de peticiones quejas y reclamos.

posteriores, planteó en siete de ellos la necesidad de calcular la oportunidad en la prestación de servicios; y consideró que aunque, estos permitían medir eventuales circunstancias de negación de tecnologías, era indispensable identificar los casos específicos de vulneración al derecho a la salud, como la falta de autorización de servicios no excluidos del plan de beneficios; la negación de aquellos que si bien están expresamente fuera del POS se requieren con necesidad; o, la imposición de cargas administrativas o interrupciones abruptas en la atención en salud.

La Corte precisó, que el esquema presentado por el Ministerio no permitía determinar las aseguradoras que se encontraban en un rango crítico, o en estado de alarma, aceptabilidad y superioridad.

Además, indicó que los afiliados tenían que conocer el resultado del ranking y para ello, se requería poderse consultar cada criterio por separado, con el fin de identificar la clasificación interna correspondiente.

En lo atinente al ranking de IPS, puntualizó que la división de las prestadoras por categorías se refería al (i) servicio; y (ii) al ámbito y percepción del usuario, y no especificaban cuántas y de qué tipo eran las violaciones al derecho a la salud que se presentaban.

Adicionalmente señaló, que no existía un mecanismo efectivo que permitiera a los pacientes el uso efectivo del derecho a la libre escogencia, teniendo en cuenta que la herramienta utilizada en su momento no resultaba de fácil acceso, y tampoco permitía la consulta de un *ranking* de desempeño, debido a que era eminentemente comparativo.

En este orden de ideas, la Corte profirió las directrices que se transcriben a continuación:

“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 (SIC) 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.” (Las negrillas hacen parte del texto).

6. Con posterioridad, el Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud presentaron los ranking de EPS correspondientes a los años 2016, 2017 y 2018, y de IPS de los años 2016 y 2017 de la siguiente manera:

(i) *Ranking de 2016*⁷

a. Ranking de IPS

En relación con el ranking de IPS señalaron que se determinaron los indicadores que compartieran el universo de prestadores del país y fueran los más representativos posibles a la violación del derecho a la salud.

Afirmaron que cumplieron con lo ordenado en el auto 591 de 2016 toda vez que la construcción de indicadores para un ranking de IPS se hizo junto con los peritos constitucionales, a través de mesas técnicas.

Manifestaron que para la elaboración del ranking de IPS se estableció la dimensión de acceso “*como practica en la que los prestadores pueden incurrir en violación del derecho en dado caso que existan barreras en estas*”.

⁷ Allegado a la Corte el 28 de abril de 2017. AZ-H orden 20. Folios 3247 a 3387.

Adujeron que teniendo en cuenta la Ley 1751 de 2015⁸ se escogieron como parámetros para medir parte del acceso a los servicios de salud, el de oportunidad de cita de medicina general y el de urgencia triage 2.

En relación con la metodología utilizada acotaron que realizaron un ranking por departamento para cada una de las anteriores variables. Agregaron que el ranking consistió en un ordenamiento simple de los prestadores de menor a mayor; el menor resultado correspondió a quien obtuvo la mejor ubicación en el ranking, esto es, las instituciones prestadoras de salud que presentaron una respuesta oportuna en la atención al usuario.

Añadieron que el ranking fue realizado a nivel departamental porque permitía que los usuarios pudieran conocer las entidades que mejor satisfacían su derecho a la salud en tal área, y no por municipio teniendo en cuenta que el 75% de estos contaba tan solo con una IPS, lo que impedía hacer una comparación.

En cuanto a la obtención de los datos expresaron que la información de oportunidad de cita de medicina general y de urgencia triage II, provino de los reportes que realizaban las IPS al Ministerio de Salud, con ocasión de la Resolución 256 de 2016.

Además, presentaron la posición en el ranking de cada una de las instituciones prestadoras de salud en oportunidad de urgencia triage II y oportunidad de cita de medicina general, clasificadas por departamento, como se evidencia en el anexo No. 1.

b. Ranking de EPS

Manifestaron que la Superintendencia Nacional de Salud desde el 2014 efectuó para cada vigencia, visitas de auditoría a las EPS, las cuales arrojaron como resultado: (i) la identificación de las entidades que frecuentemente no autorizan en forma oportuna los servicios de salud; y (ii) la suscripción de planes de mejoramiento para subsanar los hallazgos.

Expusieron que con fundamento en la orden 20, la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional incluyó en el plan anual de 2017 unas auditorías de carácter especial a las EPS del régimen contributivo y subsidiado, en aras de identificar los 14 criterios establecidos por esta Corporación en los capítulos 4º y 8º de la sentencia T-760 de 2008, y sintetizados en el auto 044 de 2012⁹.

Precisaron que tales auditorias se surtieron en tres etapas así:

“1) Revisión del Plan de Mejora propuesto por la Entidad, el cual contenía las acciones tendientes a corregir las fallas que suscitaron los hallazgos en la auditoría realizada para la vigencia 2016.

⁸ La cual al definir el contenido del derecho a la salud dispone que el acceso a los servicios de salud debe darse de manera oportuna, eficaz y con la calidad.

⁹ Numeral tercero de los antecedentes.

- 2) Verificación de las prácticas contempladas en los capítulos 4 y 8 de la sentencia T-760 y los autos 044 y 260 de 2012 a través de casos trazadores obtenidos de la información allegada por el vigilado mediante el requerimiento realizado por esta Superintendencia.
- 3) Verificación de procesos o procedimientos mediante los cuales el vigilado garantiza el cumplimiento a los 14 criterios del Auto 044 y 260 de 2012.”

Sostuvieron que fue realizado un modelo de auditorías centrado en análisis de casos trazadores y como resultado de estas evidenció que las EPS cumplieron con los planes de mejoramiento de los hallazgos del 2015; sin embargo, al efectuarse la revisión de los 14 criterios o practicas violatorias del derecho a la salud para la vigencia 2016, se observó la persistencia de las falencias halladas en el año anterior, lo que daba a entender que las medidas adoptadas por las EPS no estaban subsanando de fondo los hallazgos. Resaltaron que:

“[L]os cambios en los modelos de auditoría, elementos trazadores o de análisis tienen como único objetivo un mejoramiento continuo y ajustado a la dinámica normativa, de forma tal que se garantice el cumplimiento a los 14 criterios de la sentencia T-760 y se pueda tener un impacto positivo y evidente en la garantía del derecho fundamental a la salud en cualquiera de las situaciones de aseguramiento”.

Precisaron que encontraron limitaciones en las garantías y oportunidad en la prestación de los servicios, lo que se percibió como negación o barrera de acceso a la salud por parte de las EPS.

Arguyeron que los resultados del posicionamiento constituían un insumo para tomar decisiones en materia de control y adoptar medidas especiales, por lo que relacionaron las entidades a las que se les abrió investigación administrativa, el motivo de las mismas y las sanciones impuestas a cada una de ellas.

Puntualizaron que para analizar el comportamiento de las EPS construyeron un indicador integral de la garantía del derecho a la salud en el que confluyeron distintos ámbitos como la gestión de situación vulnerables, la calidad de la atención en el servicio de salud y desempeño financiero, el cual está compuesto por cinco componentes, así: seguimiento sentencia T-760, PQR, calidad, financiero y medidas especiales.

El resultado fue producto del promedio geométrico de los distintos parámetros y se hizo una clasificación de las EPS por régimen en tres grupos conforme a su nivel de vulnerabilidad.

El ranking para el 2016 tuvo como resultado la siguiente clasificación:

Tabla No. 1.

Niveles	Regímenes		
	Contributivo	Subsidiado	
1. (El menos vulnerable)	Aliansalud	Cajacopi	Comfaorient
	Famisanar	CCF Guajira	Coosalud
	Sanitas	CCF Nariño	Mutual ser
	Sura	Comfaboy	
2. (Medio)	Comf. Valle	Ambuq	Comparta
	Compensar	Cafesalud	Ecoopsos
	Nueva EPS	CCF Chocó	Emdisalud

	Salud Total	CCF Huila	Emssanar
	SOS	CCF Sucre	Nueva EPS
		Comfacor	Salud vida
3. (Más vulnerable)	Cafesalud	Asmet	Comfacundi
	Coomeva	Capital salud	Convida
	Cruz Blanca	Capresoca	Saviasalud
	Saludvida	CCF Cartagena	

(ii) Ranking 2017

a. IPS

La Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio anotaron que en cumplimiento a lo ordenado en el auto 591 de 2016¹⁰, el 6 de marzo de 2017 se dio inicio a una mesa de trabajo que contó con la participación de representantes de clínicas y hospitales, agremiaciones de EPS, usuarios, academia e instituciones privadas. En ella se estableció un plan de trabajo dividido en tres etapas, contextualización, construcción de criterios y elaboración del rango. Durante la primera el MSPS puso de presente los antecedentes del auto 591 de 2016, los ranking elaborados hasta ese momento y las fuentes de información disponibles; la segunda se programó para definir las dimensiones de medición en aras de seleccionar los indicadores; y la tercera tuvo como fin determinar la metodología para su construcción.

En cumplimiento al plan definido se realizaron cuatro sesiones de trabajo durante año y medio. En desarrollo de las mismas, los expertos señalaron que la construcción del ranking de IPS debía contar con todos los atributos para evaluar el desempeño, tales como eficacia, efectividad, liquidez, y cumplir con lo dispuesto en el auto 591 de 2016. No obstante, no hubo consenso en cuanto al concepto de negación, debido a que para unos eran violatorias las prácticas contrarias a la obtención de la mejor salud posible, mientras que, para otros, las que desatendían la oportunidad y el acceso a los servicios de salud.

Comunicaron que en la reunión llevada a cabo el 13 de febrero de 2018 Minsalud presentó a la mesa de trabajo una propuesta relativa a la selección de indicadores, la cual consistía en un ordenamiento sencillo para los usuarios que delimitaba las temáticas a la oportunidad de la atención y al acceso; realizaba una agrupación por departamentos, y por medio de una metodología Delphi y work café se podría trabajar en la selección de nuevas variables. Metodología que se había utilizado con anterioridad en el ranking 2017, con información 2016.

Narraron que se recibieron algunas observaciones técnicas por parte de los distintos participantes, relacionadas con los métodos para la agrupación y ajustes. En vista de ello, determinaron que el grupo de indicadores para el ranking de IPS 2018 con información 2019 “i) compartiera el universo de prestadores del país; ii) fueran los más representativos posible a la violación del derecho a la salud; y iii) se realizó un cálculo y presentación del

¹⁰ Relativo a generar espacios de trabajo con los actores del sistema con el fin de adelantar el proceso de estructurar los indicadores para el posicionamiento de las IPS.

ordenamiento que permitiera su interpretación de forma fácil e intuitiva por parte de la población en general”.

b. EPS

Expresó que entre el 2014 y 2016 la Superintendencia Nacional de Salud efectuó auditorías a las EPS *in situ* bajo la metodología diseñada para cada vigencia y de esta manera se generaron los informes de las entidades que en forma reiterada negaban autorizar de manera oportuna servicios de salud, así como sobre la suscripción de planes de mejoramiento, a través de los cuales las EPS propusieron acciones que permitieron subsanar los hallazgos de las auditorías.

Expresaron que, para la vigencia de 2017, la Superintendencia efectuó auditorías documentales en las que dio prevalencia a la oportunidad de la información reportada por las EPS para realizar el análisis de los 14 criterios.

Al igual que en el del 2016 se relacionaron las entidades a las que se le abrió investigación administrativa, la causa y la sanción impuesta, y las EPS se evaluaron de manera integral teniendo en cuenta los indicadores de la sentencia T-760 (14 criterios), PQR, calidad, financiero, medidas especiales, arrojando los siguientes resultados:

Tabla No. 2.

Niveles	Regímenes		
	Contributivo	Subsidiado	
1 (El menos vulnerable)	Sanitas	Cajacopi	Comfaboy
	Sura	Comfaoriente	Ambuq
	Aliansalud	Coosalud	Cafesalud
	Famisanar	Mutual ser	CCF Chocó
		CCF Guajira	CCF Huila
	CCF Nariño		
2. (Medio)	Com. Valle	Sucrecomfacor	Convida
	Compensar	Comparta	Saviasalud
	Nueva EPS	Ecoopsos	Nueva EPS
	Salud Total	Emdisalud	Saludvida
	SOS	Emssanar	
		Confacundi	
3 (Más vulnerable)	Cafesalud	Asmet	
	Coomeva	Capital salud	
	Cruz Blanca	Capresoca	
	Saludvida	CCF Cartagena	

Ranking 2018¹¹

La Superintendencia de Salud señaló que para el ranking de EPS realizó un modelo de verificación que dispuso de dos bases de datos, una de autorizaciones y prestaciones, y otra de quejas; en las que se especificó la estructura de cada uno de los campos y el mecanismo de transmisión de archivos; además requirió información a los 44 vigilados sujetos de auditorías para que entregaran las bases de datos.

¹¹ Presentado en la Corte el 6 de mayo de 2019. AZ-H orden 20. Folios 3484 a 3545.

Igualmente, efectuó una enumeración de los datos solicitados a cada vigilado y expuso que hizo una consolidación, análisis y evaluación de estas. Añadió, que se ejecutaron auditorías documentales conforme a los catorce criterios a evaluar.

Adicionalmente, al igual que como ocurrió en el ranking 2016 y 2017 relacionó las entidades a las que les aperturó investigación administrativa, el motivo de esta y las sanciones decretadas; y se analizó de manera integral a las EPS, teniendo en cuenta los indicadores establecidos en la sentencia T-760 de 2008 (14 criterios), PQR, calidad, financiero, medidas especiales, el cual dio como resultado lo siguiente:

Tabla No. 3.

Niveles	Regímenes		
	Contributivo	Subsidiado	
1 (El menos vulnerable)	Aliansalud EPS	Cajacopi Atlántico	Comfasucre
	EPS Sanitas S.A.	CCF Nariño	Coosalud S.A.
	SURA S.A.	Comfaorient	Mutual ser
		Comfasucre	Nueva EPS S.A.
		Coosalud S.A.	
2. (Medio)	Comfenalco Valle	Asmet Salud ESS	
	Compensar EPS	Capital Salud EPSS SAS	Ecoopsos S.A.S.
	Famisanar EPS	Capresoca	Emssanar E.S.S.
	Nueva EPS S.A.	Comfachocó	Savia Salud EPS SAS
	Salud total	Comfamiliar Huila	Medimás EPS S.A.
		Convinda EPS	Saludvida EPS S.A.
3 (Más vulnerable)	Coomeva EPS	Ambuq EPS-S ESS	Comparta EPS-S
	Cruz Blanca EPS	Comfaguajira	
	Medimás EPS S.A.	Comfacor	
	Salud Vida EPS	Comfacundi	

7. A través de providencia de 5 de julio de 2018, la Sala Especial de Seguimiento solicitó al Ministerio y a la Superintendencia que señalaran las medidas adoptadas para obtener el cumplimiento de la orden vigésima, entre otras. Igualmente, pidió a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación que hicieran un reporte sobre el acatamiento de dicho mandato.

8. El Ministerio de Salud¹² en relación con el ranking de IPS indicó que dio inicio a una mesa de trabajo, de la forma como se relató en el punto seis de los antecedentes, ranking de IPS 2017.

En cuanto al ranking de EPS manifestó que para la elaboración de los anteriores al año 2016, encontró que los intereses del usuario estaban dirigidos a la oportunidad de los servicios de salud y al acceso a los mismos, por lo que para los rangos 2016 y 2017 buscó información adicional “*que permitiera mayor aproximación a los intereses de los usuarios*”.

9. La Superintendencia Nacional de Salud expresó que desde el año 2014 ha efectuado acciones de inspección y vigilancia para determinar las prácticas violatorias del derecho a la salud e indicó que para la vigencia de 2017 adelantó

¹² En documento de 2 de agosto de 2018.

auditorías documentales.

Además, afirmó que en el año 2017 se presentaron ante la Superintendencia Nacional de Salud 44.067 PQR en contra de IPS, siendo el motivo con mayor número de quejas la “restricción en el acceso a los servicios de salud” con 33.697 PQR.

10. La Defensoría del Pueblo manifestó¹³ que encontró barreras en los avances de cumplimiento de la orden vigésima y evidenció que los indicadores seleccionados no eran suficientes para determinar la efectiva garantía al derecho a la salud; que el ranking de IPS realizado por departamentos carecía de información complementaria; y el porcentaje para la elaboración del ranking continuaba siendo insuficiente.

11. La Procuraduría General de la Nación hizo¹⁴ un recuento de las acciones adelantadas por el Ministerio de Salud en la elaboración del ranking de IPS y EPS y los resultados obtenidos.

Señaló que para la selección de indicadores y construcción del ranking de IPS se realizaron 5 sesiones de trabajo y en el del 2017 se trató de evitar la complejidad del mismo, utilizando parámetros de oportunidad de la atención en salud.

Fue implementada la APP móvil ClicSalud como herramienta para que los usuarios del sistema pudieran conocer los resultados de ranking de IPS, así como los de calidad de IPS.

En cuanto al ranking de EPS se definieron y calcularon indicadores que daban cuenta de oportunidad, satisfacción y acceso.

12. Mediante auto de 11 de julio de 2018 se solicitó al Ministerio, a la Supersalud y a los peritos constitucionales voluntarios, que se pronunciaran entre otros asuntos sobre las acciones adoptadas para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en el auto 591 de 2016.

13. El Ministerio expuso¹⁵ que adoptó medidas para que los usuarios del sistema de salud pudieran consultar los ranking, para ello dispuso del Observatorio de la Atención en Salud, instrumento mediante el cual se puede conocer en forma sencilla los avances en materia de calidad en el país; igualmente puso en marcha una aplicación móvil denominada ClicSalud que permite saber las EPS e IPS que prestan mejores servicios, calificar la atención recibida e interponer quejas cuando una EPS incurra en alguna práctica violatoria del derecho a la salud.

Igualmente hizo referencia a las acciones implementadas para la construcción de un ranking de IPS, describiendo las medidas adoptadas, sobre las que se refirió al dar respuesta del auto de 5 de julio de 2018.

¹³ El 1 de agosto de 2018.

¹⁴ A través de documento presentado el 27 de julio de 2018.

¹⁵ El 9 de agosto de 2018.

14. La Superintendencia Nacional de Salud indicó¹⁶ que en los meses de julio y agosto recibió un total de 106.996 PQRD por demora, negación, falta de oportunidad en servicios médicos de la siguiente manera:

Tabla No. 4

Vigilados con PQRD relacionadas con falta de oportunidad, negación y demora	Total
Medimás	20.211
Nueva EPS	11.685
Coomeva	9.784
Salud Total	6.392
Famisanar	5.914
Capital Salud	4.576
Magisterio	4.227
EPS Sura	4.226
Sanitas	4.142
Compensar	3.355
Top 10 vigilados con PQRD relacionadas con falta de oportunidad, negación y demorar	74.512
Total General	106.996

15. La Superintendencia de Salud informó¹⁷ que en virtud del Decreto 2462 de 2013¹⁸ la totalidad de las PQRD¹⁹ radicadas ante esa entidad se consolidaron y analizaron trimestralmente con el fin de evidenciar y focalizar las fallas y violaciones a las normas del SGSSS.

Anotó que en virtud de lo anterior implementó la metodología de evaluación de desempeño de las EPS en la atención del usuario, como mecanismo de inspección y vigilancia, que permite el análisis y priorización de las PQRD radicadas ante la SNS.

Expresó que conforme con los resultados obtenidos se determinaba la acción a adoptar para cada una de las EPS, que podían consistir en la implementación de medidas de control, planes de mejoramiento o requerimiento de explicaciones por fallas en el desempeño en atención o monitoreo continuo.

Indicó que en lo corrido del año 2019 evaluó 44 EPS, que arrojaron como resultado 16 planes de mejoramientos y 32 requerimientos de explicación por fallas.

16. El 9 de octubre de 2019, la Sala Especial de Seguimiento corrió traslado a los peritos constitucionales voluntarios de los ranking presentados por el Ministerio y la Superintendencia, correspondientes a los años 2016, 2017 y 2018 y les formuló preguntas relativas al cumplimiento de la orden vigésima, en particular con las directrices impartidas en el auto 591 de 2016.

¹⁶ A través de escrito de 9 de agosto de 2018.

¹⁷ Mediante escrito allegado a la Sala el 28 de octubre de 2019. Orden XX-I

¹⁸ Numerales 1, 7, 8 y 17 del artículo 18 y numerales 1, 2, 5 y 8 del artículo 19.

¹⁹ Peticiones, Quejas, reclamos y denuncias.

Así mismo, se solicitó al Ministerio y a la Superintendencia que se pronunciaran sobre: (a) las sesiones técnicas ordenadas en el auto 591 de 2016; (b) la herramienta construida para consultar el ranking de las EPS e IPS; (c) los ranking para la vigencia de 2017 y 2018; y, (d) las medidas ejecutadas en aras de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Igualmente, se le solicitó a la Defensoría del Pueblo que informara si recibió los ranking de las vigencias 2016, 2017 y 2018, hiciera un pronunciamiento respecto a los mismos y sobre las acciones adoptadas por las autoridades competentes frente a las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieron en prácticas violatorias al derecho a la salud.

17. El 28 de octubre de 2019²⁰, la Defensoría del Pueblo señaló que el ranking de 2016 fue recibido el 28 de abril de 2017.

Manifestó que en relación a las medidas adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud para evitar que tanto las EAPB como las IPS incurrieran en prácticas violatorias del derecho a la salud, la SNS presentó la relación de investigaciones cuyo motivo fue “Negaciones POS” indicando que en el año 2016 se adelantaron 147 investigaciones con dicho motivo y se habían impuesto en sanciones \$1.559 millones.

Estimó que, a pesar de contarse con metodología para el ranking de IPS, la clasificación establecida en la circular 018 de 2015²¹ no permitía determinar las conductas vulneradoras para medir el desempeño de las prestadoras.

Además, consideró que no se habían superado las falencias identificadas en el auto 291 de 2016, persistían las dificultades para aplicar los 14 criterios de la sentencia T-760 de 2008 y para comparar o establecer una clasificación de estas entidades; y se requería de la voluntad para concertar y construir los parámetros de clasificación de las IPS ya que los indicados, no permitían visualizar de manera objetiva el ranking, en razón al desempeño, calidad y satisfacción de los usuarios.

En relación con el ranking de EPS, expresó que la Supersalud manifestó que hizo ajustes al desarrollo metodológico que establecía el análisis de tres bases de datos, quejas, autorizaciones, y otra que a su vez estaba conformada por 11 bases de datos.

Con respecto al ranking de vigencia 2018 anotó que a 24 de octubre de 2019 la Defensoría no había recibido el ranking de IPS y EPS.

18. En cuanto al ranking de IPS, Así Vamos en Salud²² señaló que para la construcción del mismo se debían efectuar más sesiones técnicas y reuniones con expertos en ranking. Expresó que uno de los aspectos negativos en relación

²⁰ AZ Orden XX-I, folios 3242 a 3246.

²¹ Circular emitida por la Superintendencia Nacional de Salud que establece los criterio y parámetros de clasificación de las IPS.

²² AZ orden XX-I-3248-3249

con este, era la fuente y calidad de la información, debido a que se había construido con los insumos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el cual carecía de la información de la mayor parte de las instituciones obligadas a reportar, lo que resultaba en un ranking de IPS incompleto. Por lo anterior, recomendó que se revisara la metodología implementada, y mejorara el sistema de información y nutriéndolo con más datos a partir de otras bases.

En lo que respecta al ranking de EPS manifestó que, al analizar los informes de los años 2016, 2017 y 2018 evidenció que el propósito principal del mismo fue la medición de la satisfacción de los usuarios en términos de oportunidad y tramitología.

En lo atinente a la herramienta ClicSalud, señaló que desde un dispositivo Iphone, no se permite navegar en la aplicación, lo que hace imposible encontrar las opciones para interponer una solicitud de PQRD.

19. El Ministerio²³ se pronunció con respecto a las diferentes preguntas de la siguiente manera:

Sobre las sesiones técnicas ordenadas en el numeral tercero del auto 591 de 2016, así como las llevadas a cabo para la construcción de un verdadero ranking de desempeño de IPS, indicó que el 6 de marzo de 2017 inició una mesa de trabajo con distintos actores del sistema²⁴, y producto de tal gestión se presentó un plan de trabajo para la selección de indicadores determinada en tres fases divididas así:

a. Contextualización: comprendía el análisis de los antecedentes del auto 591 de 2016, los ranking efectuados y la presentación de las fuentes de información disponibles para la labor a verificar.

b. Construcción de indicadores: definiría las dimensiones de medición y se seleccionarían aquellos.

c. Elaboración de ranking de IPS: se establecería la metodología mediante la cual se construirían.

Expresó que en el transcurso de un año y medio se llevaron a cabo cuatro sesiones de trabajo, en las que los expertos manifestaron diferentes posturas en relación con la construcción de los ranking de IPS, que una de ellas consistía en que debía contar con todos los atributos para evaluar el desempeño, esto es: eficiencia, efectividad, liquidez, calidad; y otra, que contemplaba que estos criterios debían acoger exclusivamente los lineamientos establecidos en el auto 591 de 2016.

²³ De fecha 30 de octubre de 2019. AZ orden XX-I.

²⁴ Representantes de clínicas y hospitales, agremiaciones de EPS, representantes de usuarios, la academia e instituciones privadas.

Indicó que con el anterior ejercicio no se llegó a ningún consenso sobre lo que constituye negación del derecho a la salud, debido a que una parte estuvo centrada en que lo violatorio son aquellas prácticas que impiden a las personas contar con la mejor salud posible, y la otra, en que la vulneración de esa prerrogativa solo se mide a través de la oportunidad y el acceso a los servicios de salud.

Manifestó que, en virtud de tal panorama, el 13 de febrero de 2018 presentó una propuesta a la mesa de trabajo, a través de la que se seleccionaron indicadores para el ranking de IPS, que dieran cuenta únicamente de la oportunidad en la atención y en el acceso. Al respecto expuso los argumentos que se señalan a continuación:

a. Que una de las solicitudes de los peritos constitucionales era que el ranking de IPS se constituyera pensando en los usuarios, esto es, que fuera útil y comprensible para éstos.

En ese sentido señaló que se debían seleccionar temáticas con las cuales los usuarios se sientan familiarizados, entendieran y tuviera un significado para ellos, a la hora de valorar la atención de una institución.

Teniendo en cuenta lo anterior, allegó a la mesa de trabajo los resultados de la encuesta de percepción de los usuarios de las EPS en la cual se evidenciaba que el criterio con mayor importancia para evaluar una institución en salud era el tiempo de espera para la atención, que se constituía en el motivo por el cual los usuarios se encontraban insatisfechos.

b. Puntualizó que la construcción del ranking de IPS presentaba limitaciones y visiones irreconciliables entre sí; toda vez, que por un lado se necesitaba un ranking útil para los usuarios en la valoración de su IPS; y, por el otro, uno que pudiera calificar y medir el desempeño de las IPS, por lo que se debía examinar todas las áreas requeridas, incluido el flujo y administración de los recursos.

c. Expuso que la propuesta planteó continuar trabajando bajo la metodología utilizada en el ranking de IPS de 2017, con información del 2016 que consistía en un ordenamiento sencillo para los usuarios, en el que se delimitaran las temáticas de los indicadores, circunstancias al acceso y oportunidad de la atención y se realizaba una agrupación por departamentos.

Afirmó que con posterioridad recibió algunas observaciones técnicas por parte de los diferentes actores de la mesa de trabajo, referente a los métodos para la agrupación y ajuste de los indicadores de tal forma que permitiera una comparabilidad justa entre los mismos.

Anotó, que teniendo en cuenta lo anterior se determinó que el grupo de indicadores para el ranking de IPS 2018, con información 2017, tuviera las siguientes características: (i) compartiría el universo de prestadores de servicios de salud del país; (ii) fuera lo más representativo posible a la violación del

derecho a la salud; *(iii)* se realizaría un cálculo y presentación del ordenamiento que permitiera su interpretación de forma fácil e intuitiva por parte de la población en general.

Plasmó que ese ranking es el más sencillo y pertinente a todas las consideraciones señaladas.

Sobre la herramienta construida para que las personas consultaran el ranking de las EPS de cara a las negaciones del derecho a la salud, indicó que el mecanismo idóneo que le permite a los usuarios acceder a la información relacionada con las acciones en materia de la política pública en salud, es la publicación en la página web, por lo que el consolidado de servicio negados se encuentra en dicha página, en donde se discriminan las EPS que más incurrieron en la negación de servicios y tecnologías en salud dentro del correspondiente periodo.

Agregó que la SNS a través de la Delegada de Protección al Usuario realiza inspección y vigilancia al cumplimiento del derecho a la salud y la debida atención y protección al usuario, en el marco de lo cual, recibe las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRS), por lo que de la misma forma se pública en su página web la información correspondiente²⁵.

Agregó que para la determinación de las prácticas violatorias del derecho a la salud se adelantó auditoria documental.

Frente a la herramienta o mecanismo idóneo por medio del cual los usuarios del sistema puedan reportar las EPS que incurren en unas prácticas violatorias del derecho a la salud, manifestó que desde el año 2016 ha venido funcionando el aplicativo ClicSalud y la evaluación efectuada respecto de su implementación evidencia que es una herramienta eficaz para la presentación de quejas cuando los usuarios consideran su EPS ha incurrido en alguna práctica violatoria del derecho a la salud. Además, a través de ella se pueden consultar los resultados de algunos indicadores de calidad de las IPS y EPS. Adicionalmente afirmó que en virtud de la eficacia de dicha herramienta no ha sido necesario adoptar un instrumento adicional para tal fin.

Agregó que la Superintendencia Nacional de Salud como organismo de inspección, vigilancia y control, cuenta con varios medios para presentar las PQRD por parte de los usuarios, tales como por escrito, página web, chat, atención personalizada, telefónica y redes sociales. Indicó que recibida la solicitud se continúa con la calificación, revisión, alcance de lo peticionado, direccionamiento y validación hasta emitir respuesta de fondo. Expresó que en el marco de esa actuación se puede generar un traslado de la petición a la entidad competente o el desarrollo de acciones de inspección y vigilancia.

Sobre las medidas implementadas para el diseño de la herramienta virtual que permita a los usuarios consultar de manera sencilla, y de acuerdo a la EPS, la

²⁵ www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas

institución prestadora que mejor posición cuenta en el ranking conforme a su necesidad, señaló que en el Observatorio Nacional de Calidad se han dispuesto los resultados de los indicadores de calidad en salud, desagregados por departamento, municipios e IPS, los cuales se muestran a manera de ordenamiento (ranking) por cada una de las IPS en el departamento o municipio, en relación con aspectos como oportunidad de la atención para especialidad básicas tales como medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía general; imágenes diagnósticas como ecografía y resonancia nuclear magnética; tratamientos quirúrgicos trazadores como cataratas, remplazos de cadera y revascularización miocárdica; eventos adversos tales como infecciones intrahospitalarias por dispositivos médicos, caídas de pacientes, administración de medicamentos y resultados de salud como manejo de enfermedades crónicas cardiovasculares, salud materno infantil, enfermedades endémicas, cáncer.

Expresó que tal como sucede con el ranking de EPS, las promotoras deben publicar en su carta de desempeño los resultados de los indicadores de las IPS que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud. Finalmente, algunos resultados de los indicadores por IPS se publican en el aplicativo ClicSalud para que los usuarios los puedan conocerlos a través de otro mecanismo.

En relación con el ranking de EPS para la vigencia de 2017 y 2018 se evidenció la persistencia de los hallazgos de los años anteriores, indicó que en la auditoría realizada para las vigencias 2017 y 2018 la Superintendencia a través de la Dirección y Vigilancia para las EAPB encontró la persistencia de hallazgos en razón de las catorce prácticas violatorias del derecho a la salud, observadas en el correspondiente ranking, razón por la cual dio inicio procesos administrativos.

Añadió que la Superintendencia realiza seguimiento periódico a las EPS que se encuentran inmersas en alguna medida de vigilancia, por intermedio del seguimiento a su red de prestadores de servicios de salud, así como a las peticiones, quejas, reclamos y denuncias; lo que le permite verificar si se presenta alguna afectación a los usuarios, en el acceso a los servicios de salud.

Respecto de las medidas ejecutadas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas que se encuentran afiliadas a las EPS o a quienes se les prestan servicios por las IPS que con mayor frecuencia incurren en las prácticas violatorias al derecho a la salud, afirmó que ha venido impulsando acciones encaminadas a la protección y garantía del derecho a la salud, entre las que se destaca a nivel estructural, la Ley Estatutaria de Salud, que tiene como uno de sus propósitos la concepción de un plan de beneficios implícito. Dentro de las actuaciones también se encuentran, entre otras, la eliminación de los Comités Técnico Científicos -CTC, el fortalecimiento del aseguramiento en salud y la política de punto final.

Expresó que en el año 2016 se priorizó la construcción del aplicativo web en línea y en tiempo real, denominado Mipres, para el suministro de los servicios

y tecnologías en salud no financiados con el UPC ordenados por el médico tratante.

Manifestó que vio la necesidad de ajustar y reformular los requisitos para que las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, obtuvieran la autorización de funcionamiento, habilitación, y permanencia reduciendo las diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado, en aras de garantizar el correcto desempeño de dichas entidades, acorde con las actuales necesidades del SGSSS y en beneficio de los afiliados al mismo.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC expuso como barreras identificadas en la implementación del ranking de IPS y EPS: *a)* la insuficiencia en la información; *b)* la falta de uniformidad de los destinatarios de los indicadores y en la estandarización de los resultados; *c)* la ausencia de unanimidad en la categoría de “*prestador*”, y *d)* que el ranking solo se enfoca en acceso y oportunidad, y excluye otras dimensiones de integralidad de la atención.

Señaló algunos aspectos positivos y negativos de la metodología implementada por la Superintendencia y el Ministerio para la elaboración del ranking de IPS y EPS , entre ellos, que los indicadores establecidos no permiten la medición de lo que se pretende evaluar, además que la información con la que se cuenta no es suficiente.

Frente a las sesiones técnicas para la evaluación de los criterios, indicó que de enero a mayo de 2017 participó como invitado a varias reuniones convocadas por Minsalud en las que se expusieron los antecedentes respecto a la sentencia T-760 de 2008, el seguimiento a la orden 20 y el auto 591 de 2016. En esas sesiones el Ministerio anunció trabajar en la realización de un Ranking de IPS que diera cuenta de los 14 criterios definidos por la Corte Constitucional, sobre la práctica violatoria y vulneración del derecho a la salud.

Señaló que la primera reunión oficial se llevó a cabo el 6 de marzo de 2017, con la participación de Así Vamos en Salud, ACHC, Universidad Nacional, Acemi, Defensoría del Pueblo, Gestarsalud, entre otros.

La segunda reunión se realizó el 24 de marzo de 2017, en la cual participaron ACHC, Gestarsalud y Acemi, y la Oficina de Calidad del Ministerio presentó el auto 591 de 2016 en lo relativo al ranking de IPS y efectuó una presentación del ranking de IPS 2015.

La tercera sesión se efectuó el 4 de abril de 2017 con la participación de ACHC, Acemi, Así Vamos en Salud, en la cual Minsalud y Supersalud presentaron las distintas fuentes de información para el seguimiento de IPS como EPS con las que contaban.

La cuarta y última reunión se llevó a cabo el 3 de mayo de 2017 y que contó con la intervención de ACHC, ACEMI, Gestarsalud, Así Vamos en Salud,

Pacientes de Alto Costo y Supersalud. En esta sesión se ejecutó un taller de construcción y consenso de las temáticas a abordar en el ranking de IPS.

Expresó que en el marco de esta reunión hizo algunas observaciones sobre el proceso desarrollado para la construcción del ranking de IPS, en esa vez señaló que los tiempos establecidos podían verse afectados por la gestión del hospital, pero también por la de la EPS. También consideró que deberían utilizarse las fuentes de información disponibles por el Ministerio de Salud, Supersalud y otros actores del sistema, tales como tutelas y PQRD por negación de servicios, los cuales podrían servir de insumo para la construcción de los mismos.

En esa ocasión manifestó que el ranking de IPS debería medir el tiempo promedio de espera y proporción de las cancelaciones de cirugías conforme la información disponible en la Resolución 256. Además, que los expertos consideraron que se debería evaluar la atención en la que se incluyera lo siguiente:

a) oportunidad de la atención: disponibilidad de agenda; tiempos de espera en los diferentes servicios; cancelaciones; b) Satisfacción; c) acceso al servicio de salud; d) entrega de medicamentos; e) eficiencia; f) seguridad del paciente; g) gestión del riesgo en salud; h) efectividad; e i) desempeño.

Por otra parte, al responder si la metodología utilizada en el Ranking de IPS 2017 fue producto del trabajo realizado en las sesiones técnicas, manifestó que hubo una propuesta de la metodología de trabajo, pero no se dio un consenso frente a la propuesta presentada por el Ministerio, ni una definición final en relación a la metodología para la construcción del ranking y señaló expresamente que:

“Si bien, el Ministerio involucró a todos los actores y se discutieron aspectos técnicos y se hicieron sugerencias, hasta la cuarta mesa técnica que se realizó, no hubo la discusión de una propuesta final para adelantar el ranking. (...) Desconocemos si hubo otras reuniones en las que se hubiese consolidado algún consenso u obtenido una metodología oficial del ranking de IPS.

Tal como se ha descrito y se describirá, la ACHC considera y así lo hizo saber al Ministerio, que la metodología y los indicadores seleccionados, difícilmente llevarían a obtener las mediciones o evaluaciones necesarias para el cumplimiento de la orden establecida por la Corte Constitucional o una evaluación certera del desempeño hospitalario”.

En relación con el aplicativo móvil ClicSalud, indicó que a la fecha no había hecho uso efectivo de esa herramienta, por lo que no podía brindar un concepto sobre la misma; no obstante, expresó que pareciera que no tuviera la difusión y despliegue que permitiera el aprovechamiento de lo anunciado en su lanzamiento.

Ranking de IPS 2016 y 2017

Expresó que este ranking obedece al reporte que efectúa cada institución a partir de los dos indicadores de medición de accesos seleccionados por el Ministerio y que forman parte de la Resolución 256 de 2016, esto es: a) tiempo promedio de espera para asignación de cita de medicina general; y b) tiempo de espera para la atención a pacientes clasificados como triage II.

Advirtió que frente al segundo indicador no todas las instituciones tienen habilitado el servicio de urgencia, por lo que no permite una medición integral en el ámbito nacional.

Manifestó que ambos indicadores presentan valores en días y minutos extremos y no se podían entender los resultados del posicionamiento.

Por otro lado, indicó que este ranking solo permite hacer comparaciones entre IPS a nivel departamental y no en el ámbito nacional.

Señaló en forma expresa que:

“[E]n relación con las limitaciones que tiene el trabajo realizado, no puede dársele el alcance de ranking, técnicamente es un posicionamiento u ordenamiento de instituciones por Departamento, para cada uno de los indicadores seleccionados y no comparables entre sí por regiones.

Este posicionamiento no permite conseguir el objetivo propuesto de un ranking de IPS Nacional, donde las instituciones puedan ser comparadas entre sí de forma estandarizada y de acuerdo a criterios de calidad, que contemple el nivel de complejidad, los servicios habilitados, su presencia regional, entre otras características puntuales”.

Por último, en atención con el ranking de IPS, indicó que no se ha logrado consolidar una metodología que permita una medición integral del desempeño hospitalario.

Con respecto a la elaboración del ranking de EPS de la vigencia de 2018 consideró que este sí tiene en cuenta una metodología y se acerca más a un ranking; sin embargo, señaló que los resultados mostrados no se encuentran acordes con la realidad, toda vez que unas EPS de régimen subsidiado que aparecen en mejores posiciones poco meses después fueron liquidadas, por lo que estimó que deberían tomarse en consideración otros aspectos diferentes a la encuesta de satisfacción del usuario, como factores relacionados con el funcionamiento y gestión de las EPS.

20. Acemi destacó como aspectos positivos de los ranking de EPS e IPS que se han convertido en un instrumento de medición de avance institucional que permite la identificación de las áreas de mejoras tanto en la prestación de servicios como en sistemas de información, monitoreo y evaluación.

Resaltó la priorización que hizo el Ministerio y la Superintendencia de un conjunto de indicadores trazadores que de manera representativa evalúan el desempeño de las EPS frente a la garantía del derecho a la salud; igualmente la ponderación que han efectuado para varios indicadores de calidad asignando pesos porcentuales diferenciales a ciertos criterios de acuerdo a la responsabilidad y competencia de las EPS.

Por otra parte, expresó que los indicadores usados por el Ministerio y la Superintendencia para evaluar el desempeño de la IPS y EPS frente a la garantía del derecho a la salud deberían ser unificados y adoptados como resultado de una construcción o un acuerdo con las entidades involucradas en aras a evitar generación de mediciones con distintos indicadores para un mismo resultado, o igual indicador, pero con diferentes parámetros de evaluación.

Manifestó que los indicadores utilizados para la elaboración del ranking de EPS diseñado por el Ministerio son idóneos para determinar las prácticas violatorias del derecho a la salud; no obstante, en relación con las IPS, no se conoce la metodología y totalidad de indicadores utilizados.

22. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud presentaron²⁶ el ranking de EPS e IPS de 2019 y señalaron lo siguiente:

a. Ranking de EPS 2019

La Supersalud indicó que las auditorias del 2019 presentaron tres etapas así:

(i) Se recolectó información en atención a la estructura de las bases de datos a través de autoreportes de las EPS.

(ii) Se efectuó una verificación plan de mejoras propuesto por cada vigilada.

(iii) Se hizo una revisión de las prácticas señaladas en los capítulos 4º y 8º de la sentencia T-760 de 2008 y los autos 044 y 260 de 2012.

Destacaron que para la vigencia de 2019, la SNS verificó las practicas violatorias del derecho a la salud y halló que el cargue de la información solicitada no fue exitoso, debido a que se encontraron inconsistencias²⁷ en 22 EPS²⁸ y en ese sentido no pudo efectuarse el análisis de las bases de datos.

²⁶ A través de correo electrónico.

²⁷ (i) “Bases de autorizaciones y quejas con error en la estructura del archivo, que impidieron la validación de la información y por tanto la generación del respectivo informe de auditoría documental”, (ii) “Bases de datos de autorizaciones y quejas no fueron cargadas”.

²⁸ Mallamas EPSI, Emdisalud ESS EPS-S; Coosalud ESS, Ecoopsos ESS EPS-S, Cooperativa de Saud Comunitaria Comparta EPS-S; EPS Sanitas SA; Salud Mía EPS; Asociación Indígena del Cauca-AIC EPSI; Asociación de cabildos Ingenas del Cesar y la Guajira-Dusakawi EPSI; agente liquidador SaludVida EPS S.A. en liquidación; Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano -Comfanariño EPS; Caja de Previsión Social de Casanare-Capresoca EPS; Convida EPS-S; Cruz Blanca EPS en liquidación, Coomeva EPS SA; Caja de Compensación Familiar Comfenalco del Valle del Cauca; Aliansalud EPS SA; Caja de Compensación Familiar Sucre; Salud Total EPS SA; Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico;y, Caja de Compensación Familiar de Córdoba-Comfacor.

La Superintendencia de Salud señaló que, para el ranking de EPS de 2019, requirió información a 41 vigilados. Al igual como ocurrió para el ranking de 2018 se dispuso de dos bases de datos, una de autorizaciones/prestaciones, y otra de quejas; en las que se especificó la estructura de cada uno de los campos de las bases y el instrumento de transmisión de archivos.

Así mismo, al igual como lo hizo en los ranking 2016, 2017 y 2018 analizó de manera integral a las EPS, teniendo en cuenta los indicadores establecidos en la sentencia T-760 de 2008 (14 criterios), PQR, calidad, financiero, medidas especiales, el cual arrojó el siguiente resultado:

Tabla No. 5

Niveles	Regímenes		
	Contributivo	Subsidiado	
1 (El menos vulnerable)	Suramericana EPS	Mutual Ser	Coosalud S.A.
	Aliansalud EPS	Comfaoriente	Capresoca
	EPS Sanitas S.A.	Cajacopi Atlántico	
2. (Medio)	Compensar EPS	Comfachocó	Nueva EPS S.A.
	Salud Total	Asmet Salud ESS	Comfacartagena
	Comfenalco Valle	Comfanariño	Comfacartagena
	Salud Mia	Comfamiliar Huila	Comfasucre
	Famisanar	Savia Salud EPS SAS	Ecoopsos
		Convida EPS	Emssanar
3 (Más vulnerable)	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.	Capital Salud	Comparta EPS-S
	Medimás EPS S.A.	Comfacundi	Ambuq EPS-S ESS
	Coomeva EPS	Comfaguajira	

b. Ranking de IPS 2019

Señalaron que el Ranking de IPS corresponde a la misma metodología con la que se efectuó y entregó a esta Corporación el ranking de IPS en el 2017 con información del 2016.

II. CONSIDERACIONES DE DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Competencia

1. En virtud de las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991²⁹, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

Metodología de la valoración

²⁹ “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora.”

Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia.

Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso.

En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.”

2. La Corte evaluará el grado de acatamiento de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, en atención a los niveles de cumplimiento que se han establecido paulatinamente a partir del auto 411 de 2015³⁰, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente y en las intervenciones de las demás entidades adscritas al trámite de supervisión.

3. Para estos efectos, la Sala verificará en cuanto al ranking de EPS si el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud adoptaron acciones tendientes a:

(i) Evaluar y redefinir los 14 criterios establecidos por este Tribunal Constitucional, conforme al nuevo esquema de aseguramiento.

(ii) Determinar en forma específica las entidades que con mayor frecuencia incurrieron en prácticas violatorias del derecho a la salud.

(iii) Construir una herramienta adecuada y con fines pedagógicos que permita a los usuarios consultar en forma sencilla y clara el ranking de las EPS en materia de negación de servicios,

(iv) Publicar en el sitio web del Ministerio, Superintendencia y empresas promotoras de salud las entidades que han incurrido con mayor frecuencia en prácticas violatorias al derecho a la salud, el rango a que pertenecen las EPS³¹ y las implicaciones de encontrarse en el mismo.

Con respecto al ranking de IPS, se evaluará si la cartera de salud y la Superintendencia de Salud:

(i) Generaron espacios para establecer un plan de trabajo con el fin de estructurar el ranking de IPS, y,

(ii) Diseñaron una herramienta virtual que permitiera a los usuarios consultar de manera sencilla, comprensible y adecuada, la institución que conforme a su empresa promotora de salud está mejor em posición del ranking de acuerdo su requerimiento.

4. Es preciso reiterar, que la Corte efectuará la valoración prescindiendo del empleo de indicadores cuya ausencia no imposibilita la verificación del goce efectivo de los derechos, como lo ha señalado la jurisprudencia constitucional.³²

5. Respecto de la metodología para determinar la observancia de las directrices en el desarrollo de las labores de seguimiento, esta Corporación ha indicado que

³⁰ Proferido el 16 de septiembre de 2015, mediante el cual se efectuó el seguimiento a la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

³¹ Crítico, alarma, aceptabilidad o superioridad.

³² Auto 373 de 2016, en esa oportunidad la Corte consideró que si bien no se contaba con indicadores ni con fuentes de información para hacer la evolución de la superación del estado de cosas inconstitucionales y teniendo en cuenta que las mediciones que realizaban las autoridades apuntaban a los avances alcanzados y retrocesos, era necesario que se contara con otro parámetro hasta tanto no se obtuviera la información necesaria para realizar la evaluación de aquella manera.

es válida la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas³³. Lo expuesto, sin perjuicio de que este Tribunal pueda valerse de los indicadores diseñados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos³⁴.

6. Sin embargo, es necesario señalar que el empleo de niveles en el desarrollo del seguimiento que realiza esta Sala no es óbice para que el Ministerio de Salud diseñe unos indicadores que contribuyan a medir la obediencia y continuidad de la política pública, particularmente el impacto de la misma en el acceso real y efectivo a los servicios de salud.³⁵

7. Con base en las anteriores precisiones, para el análisis y evaluación de la directriz bajo examen, la Sala Especial (i) estudiará la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y los niveles de cumplimiento utilizados para ello; (ii) señalará el alcance de la orden vigésima y el desarrollo de dicha directriz; (iii) examinará la Ley 1751 de 2015, elementos y principios del derecho a la salud y su incidencia en los ranking de EPS e IPS; (iv) evaluará las medidas adoptadas en relación con el ranking de EPS; (v) analizará las acciones tomadas con respecto al ranking de IPS; (vi) estudiará las acciones adelantadas con respecto a las entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, así como las actuaciones efectuadas para garantizar el acceso a los servicios de salud; y (vii) valorará el cumplimiento del mandato vigésimo de la sentencia T-760 de 2008.

Intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y niveles de cumplimiento³⁶

8. Conforme al artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales³⁷, los Estados partes deben desplegar acciones tendientes a lograr la efectividad plena de los derechos reconocidos en tal compromiso.

³³ Sentencia T-388 de 2013 y autos 008 de 2009 y 373 de 2016.

³⁴ Los indicadores de progreso son una herramienta de medición y monitoreo de cumplimiento del Protocolo de San Salvador que permite evidenciar la concreción progresiva de los derechos sociales, así como de las circunstancias que benefician o restringen la posibilidad de acceso efectivo a los derechos. Estos indicadores contribuyen al proceso de diseño y evaluación de las políticas públicas de los Estados miembros, dirigidas a asegurar el acatamiento de estos derechos. De este modo, los derechos del Protocolo fueron divididos en dos grupos. El primero, incorpora el de la salud, la seguridad social y la educación; el segundo, el derecho al trabajo y los derechos sindicales, el derecho a la alimentación adecuada, al medio ambiente sano y a los beneficios de la cultura. https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf

³⁵ Auto 373 de 2016. En el auto 266 de 2017 se lee: *Con relación a este último aspecto, es preciso advertir que la Corte Constitucional desde la misma sentencia T-025 de 2004 ‘señaló la ausencia de indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación como uno de los problemas más protuberantes de la política de atención a la población desplazada’ [Sentencia T-025 de 2004. Fundamento jurídico 6.3.1.]. A pesar de ello, y de las diferentes órdenes dictadas por esta Corporación para superar este vacío [Autos 185 de 2004, 178 de 2005, 218 de 2006, 266 de 2006, 118 de 2008 y 373 de 2016], actualmente no existe una batería de indicadores completa que permita evaluar el cumplimiento y la continuidad de la política pública dispuesta para proteger los derechos de pueblos étnicos ni detectar los errores y obstáculos de su diseño e implementación con el fin de adoptar decisiones encaminadas a superar dichas fallas.*

³⁶ Se reitera el acápite que sobre la materia contiene el auto 122 de 2019.

³⁷ “Artículo 2: 1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

En el derecho interno los artículos 23 y 27 del Decreto 2591 de 1991 le otorgan facultades al juez para adoptar las medidas necesarias con el fin de garantizar el pleno goce del derecho y asegurar el cumplimiento de las órdenes impartidas, así como para mantener su competencia hasta que se considere restablecido el derecho. En relación con este aspecto es preciso señalar que la Sala Plena de la Corte en auto 010 de 2004 indicó que es obligación primordial del juez constitucional hacer cumplir en forma integral la orden judicial de protección y puntualizó que:

“la autoridad judicial a quien corresponde velar por la eficacia y efectividad de la orden de tutela, está en la obligación -irrenunciable- de adelantar todas las gestiones pertinentes y de agotar cada uno de mecanismos judiciales que ofrece el ordenamiento jurídico, para lograr el objetivo de protección inmediata a que hace referencia específica el artículo 86 Superior. El cumplimiento y el desacato son en realidad dos instrumentos jurídicos diferentes, que a pesar de tener el mismo origen -la orden judicial de tutela- y tramitarse en forma paralela, en últimas persiguen distintos objetivos: el primero, asegurar la vigencia de los derechos fundamentales afectados, y el segundo, la imposición de una sanción a la autoridad que ha incumplido el fallo.

En consecuencia, tratándose del cumplimiento de la sentencia, el juez analizará en cada caso concreto si se acató la orden de tutela o no, de manera que si la misma no ha sido obedecida o no lo ha sido en forma integral y completa, aquél mantiene la competencia hasta lograr su cabal y total observancia, aun a pesar de estar agotado el incidente de desacato.” (Se resalta).

El seguimiento que la Sala Especial realiza al acatamiento de los mandatos contenidos en la sentencia T-760 de 2008 tiene fundamento en la persistencia de afectaciones sobre el goce efectivo del derecho a la salud, se desarrolla respetando las competencias gubernamentales de manera que, lejos de interferir en el diseño de las políticas públicas en el sector, busca generar de forma constructiva soluciones oportunas y eficaces para la superación definitiva del déficit en este campo³⁸. Por lo tanto, en desarrollo de esa función, la Corte podrá acudir a diversos mecanismos como las sesiones técnicas para el vencimiento de obstáculos, solicitudes de informes, valoraciones progresivas de las órdenes e inspecciones judiciales³⁹, entre otras⁴⁰.

2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

3. Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.”

³⁸ La sentencia T-080 de 2018 señaló que: “El rol del juez constitucional, sin embargo, no debe ser pasivo. En efecto, ante un legislador y una administración inoperantes en materia de derechos sociales fundamentales, el juez está llamado a actuar como garante de los derechos constitucionales. Más aún, si se trata de derechos sociales llamados a satisfacer necesidades básicas radicales o sus titulares son personas en situación de vulnerabilidad, el margen de configuración y acción de los órganos competentes en esta materia se ve reducido y, por consiguiente, los deberes y facultades del juez constitucional, son correlativamente ampliados”.

³⁹ Cfr. autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019.

⁴⁰ Ib.

9. Es importante resaltar que el papel del Tribunal Constitucional se articula con el diseño e implementación de las políticas públicas, a través de una labor abierta y deliberativa al momento de verificar el acatamiento de los mandatos emitidos, para lo que tendrá que calificar las medidas adoptadas y las acciones desarrolladas por las autoridades encargadas. En esas condiciones, las valoraciones de las directrices se efectuarán de manera general y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente significativos.

10. Es necesario precisar que este Tribunal ha valorado el cumplimiento de la mayoría de las órdenes generales durante los doce años que han transcurrido desde la expedición del fallo estructural⁴¹. No obstante, el tiempo que ha acontecido a partir del momento en que fueron emitidas, exigen que su verificación y valoración se muestre más dinámico y refleje el contexto social en que se desenvuelve el sistema de salud en Colombia, haciendo más riguroso el seguimiento jurisdiccional para evitar que las providencias de la Corte no se cumplan. Ello sin desconocer los avances significativos que paulatinamente se han registrado en el goce efectivo del derecho a la salud a través de las medidas gubernamentales adoptadas e implementadas.

11. De esta manera, el estudio de los actos acreditados por el Gobierno Nacional conlleva a que los logros conseguidos se midan no solo por la expedición del acto normativo, sino también desde la evidencia social y la materialización de los mismos, siempre en la búsqueda de la satisfacción efectiva de las necesidades de los usuarios del sistema de salud.⁴² Así, esta Sala de Seguimiento valora el cumplimiento material de las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008, partiendo de la verificación del avance en el goce efectivo de los derechos de los usuarios del SGSSS, para evitar que el cumplimiento sea únicamente formal.

12. De conformidad con lo anterior, el cumplimiento se analizará atendiendo principalmente tres puntos: las medidas, los resultados y los avances⁴³.

13. La valoración inicia con la verificación del primer aspecto, a fin de determinar si son conducentes para la superación de la falla estructural, y con base en ello, declarar un nivel de cumplimiento⁴⁴, que puede ser bajo, medio, alto, general o incluso incumplimiento general.

14. A grandes rasgos, puede decirse que este último se decreta si, revisado el estado de la orden, se constata que la autoridad obligada no adoptó acciones para superar la falla.

15. Se califica con cumplimiento bajo cuando los resultados evaluados pongan en evidencia la implementación de medidas por la autoridad obligada y concurra al menos uno de los siguientes supuestos:

⁴¹ La sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

⁴² Cfr. auto 186 de 2019.

⁴³ Auto 411 de 2015.

⁴⁴ Cfr. auto 411 de 2015, reiterados entre otros en los autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019.

(i) que sean inconducentes para cumplir con el mandato estructural, toda vez que no son compatibles con los elementos del mandato, (ii) que sean conducentes para la observancia de la disposición que se examine, por cuanto abordan acciones en relación con los requerimientos de la orden, pese a que la autoridad encargada no acreditó resultados⁴⁵, (iii) aunque sean conducentes y los resultados hayan sido informados a la Sala, no se advierte que existan avances reales⁴⁶, por lo que no es posible calificar el acatamiento con satisfacción del mandato al no evidenciarse que se haya superado la falla y, (iv) las labores desplegadas aun cuando son conducentes concluyen en resultados que solo atienden al aspecto formal y no al material de la orden.

16. El nivel de cumplimiento medio será declarado cuando a pesar de haber ejecutado acciones⁴⁷, las mejoras no sean suficientes sino parciales en la superación de la falla estructural que dio origen a la orden. En estos casos la Sala otorgará un plazo razonable para que la autoridad encargada trabaje en el acatamiento de la orden, al final del cual se verificarán nuevamente las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.

17. Decretará nivel de cumplimiento alto, cuando: (i) se hayan adoptado las medidas adecuadas para cumplir con el mandato de que se trate; (ii) la autoridad obligada reporte los resultados a la Sala; (iii) se evidencien avances suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el acatamiento del mandato en cuestión; y (iv) la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar.

18. Finalmente, si la Corte concluye que las actividades desarrolladas son adecuadas para cumplir con lo dispuesto en el mandato y que sus resultados son suficientes, sostenibles, significativos, progresivos a tal punto que permiten concluir que se superó la falla estructural que dio lugar a la expedición de la orden, calificará con cumplimiento general las actividades llevadas a cabo por la autoridad encargada. Adicionalmente, se espera que el sistema haya recopilado herramientas suficientes para enfrentar circunstancias similares a las que dieron origen a la sentencia T-760 de 2008 y que puedan presentarse en el futuro.

19. Si las entidades obligadas persisten en los niveles bajo, medio o incumplimiento general, la Corte intervendrá para hacer efectivas sus directrices, es decir, obtener avances sostenibles y significativos. En este contexto podrá ejercer un control y seguimiento, tomando decisiones restaurativas, de reemplazo o cualquier otra que pueda estimar apropiada, en la

⁴⁵ Entiéndase por *resultado* la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

⁴⁶ Entiéndase por *avance* el efecto de progreso que permita 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.

⁴⁷ Aunque el obligado haya implementado medidas conducentes, reportado los resultados y aquellos muestren avances en la ejecución de la política.

pretensión de una mayor participación democrática y un empoderamiento ciudadano.⁴⁸

20. Sin embargo, cuando una orden sea valorada con incumplimiento, nivel de cumplimiento bajo y medio, el trámite de supervisión puede cesarse si el mandato ha perdido los fundamentos de hecho o de derecho, que le dieron lugar o cuando se haya agotado su vigencia temporal. Es decir, cuando el acatamiento del mandato estaba limitado en el tiempo y debía presentarse en una fecha específica, siempre que se permita determinar con claridad la superación formal y material del motivo que dio lugar a lo ordenado y no continúe produciendo efectos jurídicos, dando lugar a restablecer el goce efectivo del derecho.

21. Cuando se declare nivel de cumplimiento alto, la Sala Especial podrá trasladar la supervisión del acatamiento de la orden a la Procuraduría General de Nación o la Defensoría del Pueblo, mediante la suspensión del seguimiento, para que efectúen la verificación final de la ejecución de la política pública dirigida a la observancia del mandato estructural, mediante la presentación de informes periódicos a la Sala Plena hasta que se cumpla con la totalidad de los supuestos de la orden o este Tribunal reanude el trámite que ha sido suspendido.

22. En el evento de que se decrete el nivel de cumplimiento general cesa el seguimiento por parte de la Corte, con ocasión de que se ha conseguido el resultado pretendido al interior de la orden analizada.

23. Por último, se resalta que en favor de esta labor se cuenta con la Procuraduría General de la Nación, la cual deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo⁴⁹ a las autoridades obligadas en la ejecución de los mandatos, desplegar las actuaciones disciplinarias,⁵⁰ disponer de la potestad sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el incumplimiento de las disposiciones generales.

Orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008: alcance y desarrollo

24. En el marco de la sentencia T-760 de 2008 la Corte evidenció problemas en el SGSSS que generaban barreras en el acceso a los servicios de salud. En esa oportunidad observó, que habían entidades dentro del sistema, que a pesar de sus obligaciones constitucionales y legales, quebrantaban tal prerrogativa fundamental al negar y dilatar procedimientos y medicamentos incluidos en el

⁴⁸ Cfr. autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019.

⁴⁹ 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”. Y 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”.

⁵⁰ 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.

plan de beneficios⁵¹, por lo que consideró que además de tomarse medidas tendientes a corregir esas fallas, se deberían adoptar otras, en aras de desestimular tales conductas vulneradoras, premiando al que cumple y sancionando al que no lo hace.

25. Igualmente, en esa providencia se indicó que se dejaba de proteger el derecho a la salud cuando el Estado permitía que, en forma reiterada, varias de las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud impusieran barreras en el acceso a las tecnologías que hacían parte del entonces POS, hoy PBS.

26. En este orden de ideas, se dispuso que el Ministerio y la Superintendencia, deberían (i) adoptar medidas tendientes a identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia no autorizaran servicios del antes POS, hoy PBS, datos que tendrían que reportarse a la PGN, Defensoría del Pueblo, Ministerio y a este Tribunal; (ii) tomar acciones contra las anteriores empresas o instituciones; y, (iii) ejecutar labores para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a las personas afiliadas a las EPS e IPS identificadas de acuerdo con el primer numeral.

27. Es necesario resaltar sobre este mandato, que la Corte en distintas providencias ha efectuado las siguientes precisiones:

(i) En el auto 044 de 2012, se pronunció acerca de los indicadores para identificar las empresas o instituciones que regularmente no autorizaban servicios a los que sus usuarios tenían derecho y aclaró que las quejas no eran un indicador adecuado, toda vez, que en muchas ocasiones se interponían por falta de información o por mero capricho de los quejosos. Por otra parte, explicó que si bien, los fallos de tutela contra EPS e IPS eran un parámetro efectivo de transgresión del derecho a la salud, no debía ser el único, teniendo en cuenta, que no toda vulneración de dicha prerrogativa conllevaba a que las personas afectadas interpusieran el amparo constitucional.

Igualmente, en esa providencia se señaló que en cumplimiento de la orden 20 la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio deberían identificar las EPS e IPS que incurrieran en las conductas vulneradoras del derecho a la salud conforme a los 14 criterios establecidos en los capítulos cuarto y octavo de la sentencia T-760 de 2008⁵².

También dispuso que para acatar la directriz era necesario que se presentaran las acciones adoptadas en relación con las entidades que efectúan tales prácticas, así como las medidas implementadas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los usuarios del sistema.

En razón de estas consideraciones ordenó a la Superintendencia y al Ministerio

⁵¹ En tal providencia constató de estudio elaborado por la Defensoría de Pueblo sobre “*la tutela y el derecho a la salud período 2003-2005*” que la mayoría de las tutelas se habían presentado con el fin de solicitar el acceso a servicios de salud que estaban dentro del entonces plan obligatorio de salud.

⁵² Enlistados en el numeral tercero de los antecedentes.

que:

“de manera conjunta, presenten un informe en el que identifiquen las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en las prácticas violatorias del derecho a la salud descritas en la sentencia T-760 de 2008 y en la parte considerativa de esta providencia. Dicho informe deberá contener un ranking de las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en estas prácticas, así como: i) las medidas concretas y específicas que han adoptado con relación a éstas entidades; y ii) las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas afiliadas.

Asimismo, dicho ranking deberá: i) tener en cuenta el número de usuarios con los que cuenta cada EPS e IPS; y ii) ser comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tengan conocimientos técnicos sobre el sistema de salud.

El informe deberá ser presentado a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional antes del 30 de abril de 2012.

Así mismo dispuso a esas entidades que:

“de manera conjunta, sigan elaborando un ranking anualmente, con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación. Dicho ranking deberá ser allegado a estas entidades antes del 30 de abril de cada año.

Y por último, requirió a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación para que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 278 y 282 de la Constitución Política adoptaran medidas necesarias con el fin de que se cumpliera con lo establecido en la orden vigésima.

(ii) Mediante auto 260 de 2012 la Corte reiteró que el ranking debería identificar las conductas violatorias del derecho a la salud determinadas en la sentencia T-760 de 2008 y en el auto 044 de 2012, el cual se efectuaría en términos sencillos y comprensibles para todos los usuarios del sistema, sin importar que no tuvieran conocimientos técnicos sobre la materia.

En esta providencia se dispuso que el Ministerio y la Supersalud deberían seguir elaborando anualmente el ranking de EPS e IPS, el cual tendría que ser remitido a la Procuraduría y a la Defensoría del Pueblo antes del 30 de abril de cada año.

(iii) Así mismo, el auto 249 de 2013 indicó que el ranking tanto de EPS como de IPS debería estar clasificados por puestos, teniendo que estar en el primero, el promotor o prestador que menos incurriera en conductas vulneradoras y en el último, el que con mayor frecuencia realizara estas prácticas contrarias al derecho a la salud.

(iv) Se emitió el auto de valoración 591 de 2016, en el cual indicó que la orden vigésima no implicaba únicamente la elaboración de un ranking, dado que el fin de este mandato es que los usuarios puedan tener una información clara, completa, actual y pública, esto es, que sea comprensible por todas las personas sin importar el régimen al que pertenezcan, ya sea contributivo o subsidiado, o

al grado de estudio. Por ello el ranking debe tener todos los criterios necesarios para que los usuarios ejerzan su derecho a la libre escogencia, con datos hasta su corte; y que el acceso sea fácil para toda la población.

También se señaló en esta providencia que los 14 criterios de valoración establecidos desde la sentencia T-760 de 2008 y reiterados en los autos 044 de 2012, y 260 de 2012 debían ser actualizados teniendo en cuenta la evolución del sistema de salud y considerar como mínimo los siguientes aspectos:

- a) Indicar los parámetros que se aplicaran al régimen contributivo y los que se emplearan en el subsidiado, atendiendo a las características de cada régimen.
- b) Que los criterios de valoración se ciñan a las especificidades contenidas en el nuevo sistema de exclusiones establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
- c) La actualización de los parámetros no debe hacer alusión a los CTC, tomando en consideración su inoperancia.
- d) Ajustar los nuevos parámetros a lo establecido en la sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1751 de 2015.

28. Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, y en particular las razones señaladas en la sentencia T-760 de 2008 que dieron lugar a la orden vigésima, la Sala estima que las medidas adoptadas por el Ministerio en consideración a dicha directriz deben estar orientadas no solo a identificar a las entidades promotoras de salud y a las instituciones prestadoras que con mayor frecuencia se niegan autorizar tecnologías, sino además las que no prestan o suministran en forma oportuna los procedimientos y medicamentos requeridos, teniendo en cuenta que la obstaculización del acceso a los servicios de salud, que impiden el goce efectivo del derecho, no solo se da con la negación expresa del suministro del servicio sino también con la demora en la entrega, como lo señaló esta Corporación en el numeral 6.1.4.1. de la sentencia T-760 de 2008.

29. En virtud del desarrollo jurisprudencial que ha tenido la directriz vigésima y los cambios legislativos que inciden en ella, para el cumplimiento de la misma con respecto al ranking de EPS se verificará si las entidades obligadas⁵³:

(i) Adelantaron sesiones técnicas que involucraran a todos los actores del sistema, en aras de medir y cuantificar los 14 criterios definidos por la Corte, para así establecer nuevos lineamientos de valoración acorde con la Ley 1751 de 2015, sentencia C- 313 de 2014 y demás normas expedidas con ocasión de la evolución y actualización del sistema de salud.

(ii) Determinaron numérica y específicamente las entidades que con frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho fundamental. En caso de

⁵³ Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud.

clasificación por grupo establecer los rangos críticos, de alarma, aceptabilidad y superioridad con límites porcentuales.

(iii) Construyeron una herramienta adecuada, con fines pedagógicos que permitiera a los usuarios consultar de manera sencilla y clara el ranking de las EPS en materia de negación de servicios; el cual debería ser publicado en el sitio web del Ministerio, la Superintendencia y las promotoras de salud conforme al escalafón correspondiente, con criterios de valoración útiles y transparentes, en el que además se identifique el rango a que pertenecen, esto es, crítico, alarma, aceptabilidad y superioridad.

(iv) Presentaron una propuesta metodológica en la que se garantice a todas las personas de forma fácil, sencilla y oportuna, la posibilidad de indicar cuándo una EPS incurre en una práctica violatoria del derecho a la salud.

Con respecto al ranking de IPS se debe determinar si el Ministerio y la Superintendencia:

(i) Diseñaron una herramienta virtual que 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 a su necesidad.

(ii) Generaron espacios para establecer el plan de trabajo a fin de estructurar el ranking de las IPS.

Ley 1751 de 2015, elementos y principios del derecho a la salud y su incidencia en los ranking de EPS e IPS

30. La Ley 1751 de 2015⁵⁴ definió la salud como un derecho fundamental que comprende el acceso a los servicios en forma eficaz, oportuna y con calidad para el mejoramiento, la preservación y la promoción de la salud⁵⁵. Entendiéndose por oportunidad, el suministro de las tecnologías sin dilaciones⁵⁶.

31. La Observación No. 14 de 2000 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas considera la salud como una prerrogativa fundamental indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, el cual debe entenderse como la posibilidad de disfrutar de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para lograr el más alto nivel posible de salud.

Conforme a esta Observación el derecho fundamental a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, que son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, recopilados por el artículo 6° de la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015⁵⁷

⁵⁴ Ley Estatutaria en Salud.

⁵⁵ Artículo 2°.

⁵⁶ Artículo 6°, literal “e” de la Ley 1751 de 2015.

⁵⁷ Desarrollados en varias sentencias de esta Corporación como la T-050 de 2019, T-092 de 2018, T-322 de 2018, T-171 de 2018 y T-706 de 2017, entre otras.

La *disponibilidad* consiste en que el Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, centros y programas de atención en salud, que comprende condiciones sanitarias adecuadas y personal médico y profesional capacitado y bien remunerado.

La *accesibilidad* está relacionada a que los establecimientos, servicios y bienes de salud “deben ser accesibles a todos” sin discriminación. Este elemento enmarca cuatro dimensiones: *no discriminación*, *accesibilidad física*, *accesibilidad económica* y *acceso a la información*. La *no discriminación* reside, en que deben ser “accesibles, de hecho y de derecho” a los sectores más vulnerables y marginados de la población; la *accesibilidad física* se refiere a que tienen que estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población; la *accesibilidad económica* alude a que los pagos por servicios de atención en salud se base en el principio de la equidad a fin de asegurar que estén al alcance de todos, y; el *acceso a la información* comprende el derecho de solicitar, recibir datos acerca de cuestiones relacionadas con la salud.

La *aceptabilidad* hace alusión a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. La Sentencia C-313 de 2014 enfatizó que este elemento es esencial del derecho fundamental a la salud “*que realiza la dimensión de la autonomía de las personas como portadoras de una identidad cultural, unas convicciones y una cosmovisión.*”.

La *calidad* corresponde a tener centros adecuados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, para ello se requiere de personal de la salud capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

32. Adicionalmente, conforme la Ley Estatutaria, el derecho a la salud también se funda en unos principios entre los que se encuentran los de continuidad y oportunidad. El primero consiste en que los servicios del derecho a la salud deben prestarse en forma continua y no pueden ser interrumpidos por fundamentos económicos o administrativos. El segundo, que las tecnologías en salud requeridas deben proveerse sin dilaciones.

Por consiguiente, atendiendo a que el derecho a la salud tiene unos principios y elementos que lo rigen, la identificación de las entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de esta prerrogativa fundamental debe hacerse teniendo en cuenta principalmente la desatención de los mismos.

Evaluación de las medidas adoptadas en relación con el ranking de EPS

33. Para la evaluación de este ranking, primero se estudiará si se adelantaron las sesiones técnicas respectivas, así mismo, se analizarán los ranking 2016, 2017, 2018 y 2019 en los que se examinarán los criterios utilizados, la forma de clasificación y determinación de las entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho fundamental y la herramienta construida.

(i) *Sesiones técnicas para la reconstrucción de los criterios de evaluación*

34. Tal como se señaló en los antecedentes y en el alcance de la orden, respecto al ranking de EPS, el auto 591 de 2016⁵⁸ dispuso que el Ministerio y la Superintendencia de Salud adelantaran sesiones de trabajo que involucraran a los actores del sistema, con el fin de evaluar, medir y cuantificar en forma adecuada los 14 criterios definidos por la Corte y establecer nuevos lineamientos de evaluación conforme a la actual normatividad y jurisprudencia constitucional.

35. Respecto del cumplimiento de esta orden en particular, el Ministerio⁵⁹ indicó que tal información fue allegada a esta Corporación el 30 de abril de 2018 con la remisión del ranking de EPS e IPS del 2017 y señaló que para el acatamiento de dicha directriz el 6 de marzo de 2017 inició una mesa de trabajo con distintos actores, y fueron realizadas 4 sesiones a lo largo de año y medio.

36. Al revisar el pronunciamiento de los peritos constitucionales en relación con este mandato, se observa que Así Vamos en Salud expresó que los reportes aportados, no hicieron referencia a ninguna participación de los actores ni al desarrollo de mesas técnicas.

Por su parte, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas expresó que de enero a mayo de 2017 participó como invitado en reuniones convocadas por Minsalud en las que se puso en contexto los antecedentes de la sentencia T-760 de 2008, el seguimiento de la orden 20 y el auto 591 de 2016, y se dispuso trabajar sobre el ranking de IPS. No obstante, no se evidencia que se hubieren llevado a cabo discusiones para definir los criterios del ranking de EPS.

37. Ahora bien, pese a las afirmaciones efectuadas por el Ministerio, no está demostrado que los actores del sistema fueran convocados a sesiones técnicas con el fin de generar espacios de discusión en aras a determinar nuevos criterios de evaluación para el ranking de EPS; por el contrario, en los ranking presentados por el Ministerio y la Superintendencia, las publicaciones efectuadas por estas entidades en sus respectivas páginas web y los pronunciamiento de los peritos, no se encuentra que se hubieren efectuado discusiones relativas a tal tema; además, a la Sala no se ha allegado propuesta o informado nuevos lineamientos de evaluación acordes a los cambios normativos y jurisprudenciales ocurridos en el sistema de salud luego de emitida la sentencia T-760 de 2008.

38. En este contexto, en cuanto al ranking de EPS no se avizoran medidas adoptadas por el Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud en aras a dar cumplimiento a la directriz contenida en el auto 591 de 2016, referente a la realización de sesiones técnicas con el objetivo de evaluar, medir y cuantificar adecuadamente los 14 criterios definidos por esta Corporación.

⁵⁸ En el numeral tercero de la parte resolutive, en concordancia con el numeral 6.1 de las consideraciones.

⁵⁹ El 30 de octubre de 2019.

(ii) *Ranking 2016, 2017 y 2018*

39. A continuación, se estudiarán (a) los criterios e información empleados de cara a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud; (b) la determinación específica y numérica de las instituciones que en mayor medida incurrieron en las prácticas violatorias al derecho fundamental a la salud; y (c) la construcción de una herramienta adecuada, didáctica y con fines pedagógicos que permitan a los usuarios de manera sencilla y clara consultar el ranking de EPS.

Criterios de información empleados

40. Al hacer un estudio de los ranking de EPS de los años 2016, 2017 y 2018, se evidencia que los tres utilizaron los mismos criterios de cara a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud, tanto para las EPS del régimen contributivo como del subsidiado, existiendo una leve variación entre ellos en relación con la fuente de información utilizada, como se detalla a continuación:

Tabla 6

Criterios violatorios del derecho a la salud establecidos para los ranking 2016, 2017 y 2018	Fuentes de Información			
	Ranking 2016	Ranking 2017	Ranking 2018	Ranking 2019
Criterio 1: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos autorizaciones/ prestaciones	Base de datos autorizaciones/ prestaciones
Criterio 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.	Base de datos reportada según el requerimiento de la resolución 1683 de 2015 emitida por el Ministerio en cumplimiento de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos autorizaciones excluidos del PBS	Base de datos autorizaciones excluidos del PBS
Criterio 3: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva	Base de datos reportada según el requerimiento de la resolución 1683 de 2015 emitida por el	Base de datos reportada a la Superintendencia según Resolución 1683 de 2015 del Ministerio de Salud	Base de datos reportada a la Superintendencia según Resolución 1683 de 2015 del Ministerio de Salud y	Base de datos reportada a la Superintendencia según Resolución 2064 de 2017 del Ministerio de Salud y

ante el Comité Técnico Científico - CTC-	Ministerio en cumplimiento de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008		Protección Social.	Protección Social.
Criterio 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.	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones
Criterio 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.	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones
Criterio 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.	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones
Criterio 7: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones	Base de datos autorizaciones/prestaciones

como sus exámenes diagnósticos.				
Criterio 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.	Base de datos 2/ autorizaciones	Base de datos 2/ autorizaciones	Base de datos autorizaciones/p restaciones	Base de datos autorizaciones/p restaciones
Criterio 9: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.	Base de datos 1/ quejas	Base de datos 1/ quejas	Base de datos quejas	Base de datos quejas
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.	Base de datos 2 /autorizaciones /campo motivo de no autorización.	Base de datos 2/ autorizaciones	Base de datos autorizaciones/p restaciones	Base de datos autorizaciones/p restaciones
Criterio 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.	Base de datos 1/ quejas	Base de datos 1/ quejas	Base de datos quejas	Base de datos quejas
Criterio 12:	Base de datos 1/ quejas	Base de datos 1/ quejas	Base de datos quejas	Base de datos quejas

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.				
Criterio 13: Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.	Base de datos 1/quejas	Base de datos 1/quejas	Base de datos autorizaciones/p restaciones	Base de datos autorizaciones/p restaciones
Criterio 14: Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.	Base de datos 1/quejas	Base de datos 2/autorizaciones	Base de datos autorizaciones/p restaciones	Base de datos autorizaciones/p restaciones

De los ranking allegados por el Ministerio y la Superintendencia correspondientes a los años 2016, 2017, 2018 y 2019 se evidencia lo siguiente respecto de cada uno de los criterios utilizados y enunciados en la tabla anterior.

40.1. Criterio 1 (Negación de servicios POS):

En los cuatro rangos el análisis de la oportunidad en la autorización se calculó de la diferencia en días entre la fecha de radicación de la orden médica y la de autorización del servicio solicitado.

En los ranking de 2018 y 2019, adicionalmente se incluyó la diferencia entre la fecha de autorización de la orden médica y la prestación del servicio.

40.2. Criterio 2 (Negación de servicios excluidos):

En el ranking 2016, el cálculo correspondió a la diferencia entre la fecha de solicitud del servicio no contenido en el plan de beneficios al CTC y su respuesta expresada en días hábiles.

Para el 2017 se tuvo como fundamento la diferencia en días entre la fecha de autorización y la de prestación del servicio.

En el 2018 y 2019, el cálculo se hizo de la diferencia en días entre la fecha de solicitud al Comité Técnico Científico y la fecha de respuesta del mismo evaluando los casos en los cuales fue aprobado el servicio.

Así mismo, en los ranking de 2018 la diferencia se calculó en días, entre la fecha de autorización y la de prestación del servicio bajo este criterio.

40.3. Criterio 3 (Negación de servicios por no presentación de solicitud ante el CTC):

En los ranking 2016 y 2017 se analizó la base de datos reportada mediante la Resolución 1683 de 2015 y se efectuó sobre el 100% de las entidades del régimen contributivo auditadas.

En el ranking 2018 se afirmó que se *“realizó el análisis de frecuencia de casos que relacionan como motivo de negación la categoría NTR-Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC. Se tuvo como fuente de información el concepto de negación de servicio o tecnología, en el que se solicitó el motivo por el cual se negó el servicio reportado en el Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el PBS en la plataforma de intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección”*. En este mismo sentido se pronunció en el ranking 2019.

40.4. Criterio 4 (Negación de servicios con sujeción al principio de integralidad):

En los ranking de 2016, 2017, 2018 y 2019 este criterio se calculó de la diferencia entre las fechas de autorización de la tecnología y de la radicación de la misma.

40.5. Criterio 5 (Negación de servicios ordenados por médicos no adscritos a la entidad):

En los cuatro ranking a evaluar, la oportunidad se calculó entre la fecha de respuesta de la solicitud de autorización del servicio y la de solicitud de autorización de orden médica.

40.6. Criterio 6 (Negación de servicios de alto costo):

Para examinar este criterio se tomó la diferencia entre la fecha de radicación del servicio y la de autorizaciones de manutención y transporte.

40.7. Criterio 7 (Negación de servicios cuando la persona deba desplazarse a un lugar distinto en el que reside):

En los ranking 2016, 2017, 2018 y 2019 se calculó de la diferencia en días entre la fecha de radicación de la orden médica y autorización del servicio solicitado.

En el ranking 2018, al igual que ocurrió en el criterio 2, adicionalmente se determinó entre la fecha de la prestación efectiva del servicio y la de autorización.

40.8. Criterio 8 (Negación de servicios de salud requeridos por un menor):

Para el análisis de este parámetro se tuvo en cuenta la diferencia en días entre la fecha de la orden médica y la autorización del servicio solicitado.

40.9. Criterio 9 (Negación de servicios supeditada al pago de una cuota moderadora):

En los ranking 2016, 2017, 2018 y 2019 se calculó a partir del análisis de frecuencias de motivos de quejas referentes al cobro de cuota moderadora y/o copago de la base de datos de autorizaciones.

40.10. Criterio 10 (Negación a afiliar personas, que ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse):

Este criterio fue evaluado en los cuatro ranking a partir de frecuencias, identificando los casos en que no hubo autorización, y dicha decisión se encontraba relacionada con el incumplimiento de las obligaciones de cancelar los aportes de salud, teniendo en cuenta si el servicio generó licencia o incapacidad.

40.11. Criterio 11 (Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse):

Para este indicador se evaluaron los motivos expuestos para la negación de afiliaciones.

40.12. Criterio 12 (Interrupción en el suministro de servicios de salud):

En los tres ranking el cálculo se basó en los motivos de quejas relacionados a la interrupción del suministro de salud.

40.13. Criterio 13 (Cobro de copagos a personas con enfermedades catastróficas o de alto costo):

Para determinar este criterio se tuvieron en cuenta los copagos cobrados a pacientes con diagnósticos de enfermedades de alto costo que están exentos del pago de este tipo de prestaciones.

40.14. Criterio 14 (Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela):

Para evaluar este criterio se analizaron los casos en que la entidad no autorizó el servicio pese a existir fallo de tutela a favor del usuario.

41. Ahora bien, al estudiar los criterios empleados en los ranking 2016, 2017, 2018 y 2019 la Sala encuentra, que estos corresponden a los establecidos en la sentencia T- 760 de 2008 y, en los autos 044 y 260 de 2012, sin que se evidencien ajustes o cambios en los mismos en atención a las variaciones ocurridas en el sistema como consecuencia de la sentencia C-313 de 2014, la Ley 1751 de 2015 y a lo considerado en el auto 591 de 2016.

42. Lo anterior, por cuanto el primer criterio se refiere a la negativa de autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS, cuando actualmente ya no existe servicios incluidos y no incluidos en el plan obligatorio de salud, sino servicios que hacen parte del plan de beneficios, esto son, los que no están expresamente excluidos. Igualmente, cabe precisar que en la actualidad no existen servicios POS sino PBS, por lo que la terminología empleada en los criterios 1, 2 y 8 debe ajustarse al actual sistema de salud, para que desde el rector de la política pública y los órganos de vigilancia no se sigan generando confusión en los usuarios del sistema.

43. De otro lado el criterio 3 hace alusión a servicios negados, con el argumento de que las personas no presentaron la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-. No obstante, actualmente no existen los CTC en los regímenes contributivo y subsidiado, por consiguiente, ya las EPS no podrían incurrir en esta práctica vulneradora; sin embargo, en atención a los nuevos mecanismos implementados, las promotoras de salud podrían quebrantar la prerrogativa de los usuarios del sistema bajo otros argumentos, como por ejemplo, a través de la imposición de cargas administrativas innecesarias, así como las barreras en el acceso surgidas con ocasión de las autorizaciones efectuadas por las Juntas de Profesionales de la Salud, lo que requiere un ajuste por parte de las entidades obligadas al cumplimiento de la directriz vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

44. Así mismo, al establecer las fuentes de información del criterio 3 para los ranking 2016, 2017 y 2018 se observa que para obtener la información correspondiente, el MSPS y la SNS ,utilizaron la base de datos reportada a la Superintendencia según Resolución 1683 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social; no obstante, para el régimen contributivo este acto administrativo perdió vigencia al expedirse la Resolución 2064 de 2017 y tal como se indicó en el auto 122 de 2019 desde el tercer trimestre de 2017 no se tiene reporte de servicios negados en el régimen contributivo, lo que llama aún más la atención de la Sala, porque no se explica cómo se obtuvieron los datos

para el régimen contributivo respecto a los ranking 2018⁶⁰ y 2019⁶¹ de las EPS que incurrieron en mayor conductas vulneradoras bajo este criterio.

45. Por otra arista, se evidencia que los criterios 9, 10 y 12 no serían aplicables al régimen subsidiado, el noveno, por cuanto, tal régimen no exige el pago de cuota moderadora, el décimo toda vez que para que una persona pueda estar vinculado en el subsidiado no debe tener una vinculación laboral y el décimo segundo, por cuanto, en este régimen no existe cotizaciones al sistema.

46. También se advierte que los criterios hacen referencia a la oportunidad; no obstante, no se evalúa la negación de servicios; pese a que conforme al reporte de servicios negados con ocasión a la orden décima novena bajo el concepto “es servicio PBS” en el año 2016 se negaron 34.629 tecnologías en los regímenes subsidiado y contributivo, en el 2017 no se autorizaron 5646⁶², y en el 2018 en el régimen subsidiado 2444.

Teniendo en cuenta lo anterior, en cuanto a los criterios relativos a las prácticas vulneradoras se colige lo siguiente:

(i) Los parámetros que deberían ser aplicados a cada régimen en atención a sus particularidades, no fueron establecidos con antelación.

(ii) Los criterios no se ajustaron al nuevo sistema de exclusiones.

(iii) No se dejaron sin efectos las referencias relativas al Comité Técnico Científico en virtud de su inoperancia.

⁶⁰ Para la vigencia 2018 en el régimen contributivo bajo el criterio 3-Negación CTC se presentaron los siguientes resultados:

Tabla No. 7

Entidad	Casos NEG	Casos NTR	Total casos negación
Nueva EPS S.A.	223	386	609
Salud Total	100	236	336
Sura S.A.	129	4	133
Coomeva EPS S.A.	54	4	58
Medimás EPS S.A.	14	25	39
EPS Sanitas S.A.	14	8	22
Famisanar EPS	8	11	19
Compensar EPS	6	-	6
Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.	5	-	5
Saludvida EPS S.A.	2	-	2
Comfenalco Valle	2	-	2
Total régimen contributivo	557	674	1.231

⁶¹ Para la vigencia 2019 en el régimen contributivo bajo el criterio 3 se presentaron los siguientes resultados:

Tabla No. 8.

Entidad	Casos negados	Casos NTR	Total Casos
EPS Sanitas S.A.	166	166	332
Servicio Occidental de Salud SOS S.A.	6	6	12

⁶² En este año no se reportó información en el régimen contributivo en el tercer y cuarto periodo.

- (iv) No existen parámetros referentes al sistema Mipres.
- (v) En los ranking 2016 y 2017 no se evidencia que las EPS fueran evaluadas con respecto a la prestación efectiva del servicio o la tecnología en cuanto al principio de oportunidad definido en la Ley 1751 de 2015.
- (vi) No se hizo una evaluación de las EPS en cuanto a la negación de los servicios.

47. En este contexto se concluye que en los ranking 2016, 2017, 2018 y 2019 los criterios utilizados no eran acordes las implicaciones del nuevo esquema de aseguramiento, ni a las conductas que para la época constituían afectaciones al derecho a la salud; lo que desatiende el objetivo de la orden vigésima, que es la identificación de las entidades que en mayor medida incurren en conductas vulneradoras.

48. Por lo tanto, con el fin de identificar las EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras a la prerrogativa fundamental de la salud, es necesario establecer nuevos criterios de valoración acordes con el actual Sistema de Salud con ocasión a los cambios introducidos por la LES y la sentencia C-313 de 2014, los cuales deberán atender las características específicas de cada uno de los regímenes y permitir realizar un ranking de EPS enfocado a las negaciones del derecho a la salud . Para ello, tal como lo definió el auto 591 de 2016 se deben realizar sesiones técnicas en las que participen los diferentes actores del sistema.

La determinación de las instituciones que incurrieron en prácticas violatorias al derecho fundamental a la salud

49. El auto 591 de 2016 estableció necesario identificar específica y numéricamente las prestadoras que en mayor medida incurrieran en prácticas violatorias del derecho a la salud y ante la clasificación de grupos determinar los rangos críticos, de alarma, aceptabilidad o superioridad.

50. Así Vamos en Salud en relación con esta directriz en particular expresó que en ninguno de los ranking se evidencia el margen en el que están las aseguradoras, esto es, si se encuentran en un rango crítico, de alarma, aceptabilidad o superioridad.

Ranking 2016

51. Se observa que en este ranking se determinaron las EPS que con mayor frecuencia incurrieron en las prácticas violatorias del derecho a la salud contenidas en los criterios 1, 2, 4, 5 y 7 con fundamento en los tiempos promedios, enlistando las promotoras de salud de mayor a menor medida de acuerdo con el mismo. No obstante, no se estableció por cada componente el número de casos en que las entidades identificadas quebrantaron el derecho a la

salud o incurrieron en la práctica vulneradora en particular como se evidencia a continuación:

51.1. Criterio 1: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS

Tabla No. 9.

Régimen Contributivo		
EPS	Promedio	Máximo
Comfenalco valle	9,18	252
Compensar	8,28	257
Aliansalud EPS	2,36	107
Nueva EPS	2,24	236
Servicio Occidental de Salud S.A.	1,86	210
Cooomeva EPS S.A.	1,48	264
Sura	1,43	1.313
Cruz Blanca	0,23	80
Sanitas	0,21	428
Saludvida E.P.S. S.A. Reg. Contributivo	0,20	4
Salud Total	0,11	148
Cafesalud EPS Reg. Contributivo	0,10	96
Famisanar	-	174

51.2. Criterio 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

Tabla No. 10

Régimen Contributivo		
EPS	Promedio	Máximo
Cooomeva EPS	14,15	438
Sanitas S.A.	12,59	782
Aliansalud EPS	10,00	2614
Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.	9,22	1759
Cruz Blanca	4,00	19
Cafesalud EPSS Reg. Contributivo	2,80	19
Sura S.A.	2,27	84
Salud Total	1,71	109
Saludvida E.P.S. S.A. Reg. Contributivo	1,46	13
Famisanar	0,62	153
Comfenalco valle	0,40	65
Compensar	0,88	65

51.3. Criterio 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

Tabla No. 11

Régimen contributivo				
Días promedio de prestación				
EPS	Servicios	Procedimientos	Medicamentos	Laboratorios
Aliansalud EPS	2,20	2,90	0,78	1
Salud Total	0	0	0	0,02

Cafesalud Contributivo	Reg.	0,51	0,00	3,88	NR
Sanitas S.A.		2	0	0	0,76
Compensar EPS		8,30	8,35	13,22	8,35
Sura		NR	0,60	0	0,00
Comfenalco valle		10,92	10,92	15,40	NR
Coomeva EPS		0	3	1	10,19
Famisanar		0	0	0	0,00
Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.		2,64	2,89	0,00	0,67
Cruz Blanca		0,00	0,04	4,85	0,00
Saludvida		0	0	1	0,00
Nueva EPS Contributivo S.A.		2,03	2,50	2,12	1,21

51.4. Criterio 5: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando estos 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

Tabla No. 12

Régimen Contributivo		
Análisis de oportunidad de servicios prescrito por profesional de la salud externo a la red.		
EPS	Promedio	Máximo
Coomeva EPS	4	235
Nueva EPS Contributivo S.A.	2	262
Aliansalud EPS	1	4
Servicio Occidental de Salud S.O.S.	0	210
Sura	0	0
Saludvida	0	0
Famisanar	0	50

51.5. Criterio 7: Se niegan a autorizar oportunamente servicio de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos

Tabla No. 13

Régimen Contributivo		
Análisis de oportunidad de servicios de salud de alto costo o enfermedades catastróficas		
EPS	Promedio	Máximo
Comfenalco Valle	23	251
Caja de Compensación Familiar Compensar	7	251
Servicio Occidental de Salud S.O.S.	2	142
Aliansalud EPS	2	70
Coomeva EPS	1	255
Salud Total	0	79
Cruz Blanca	0	71
Saludvida	0	4
Sanitas	0	101
Famisanar	0	166
Cafesalud	0	64
Sura	0	216

51.6. En este contexto, si bien la Superintendencia y el Ministerio en cada ítem hizo una relación de las entidades que incurrieron en las conductas establecidas, la misma no permite determinar las EPS que con mayor frecuencia incurren en esa actuación, que es el objetivo de la orden vigésima, ni tampoco se podría afirmar o considerar que la entidad que se encuentra de primera es la que en forma recurrente efectúa tal práctica.

Ranking 2017

52. En el ranking de 2017 si bien se consagraron los números de casos en que las EPS incurrieron en prácticas vulneradoras; se observó que en los parámetros 1, 2, 4, 5, 7 y 14 las EPS fueron enlistadas en forma descendente, ocupando el primer puesto la que demoró más en la autorización o la prestación sin tener en cuenta el número de casos, como se plasma a continuación:

Tabla No. 15

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 1- Autorizaciones				
No.	Entidad	Total de casos	No. De casos máximos	Máximo de días
1	Saludvida	174.454	1	782
2	Compensar	7.773.501	1	778
3	Sanitas	20.371.044	1	271
4	Comfenalco Valle	603.849	1	249
5	Aliansalud	1.360.733	2	228
6	Famisanar	6.826.578	3	228
7	Servicio occidental de salud - S.O.S.	2.061.565	1	219
8	Sura S.A.	6.773.149	26	68
9	Medimás EPS	1.415.511	4	50

Tabla No. 16

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 1- Prestaciones				
No.	Entidad	Total de casos	No. De casos máximos	Máximo de días
1	Cafesalud	157.911	7	332
2	Sanitas EPS	15.454.074	1	271
3	Comfenalco Valle	603.849	1	249
4	Aliansalud EPS	1.337.977	2	248
5	Servicio Occidental de Salud S.O.S.	1.801.833	1	231
6	Famisanar EPS	6.826.578	3	202
7	Cruz Blanca EPS	138.504	2	190
8	Sura S.A.	6.773.149	1	120
9	Medimás EPS	532.233	1	95
10	Saludvida	173.217	487	23

Tabla No. 17

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 7 oportunidad autorizaciones servicios de salud				
No.	Entidad	Total de casos	No. De casos máximos	Máximo de días
1	Compensar EPS	299.463	1	596
2	Servicio occidental de salud S.O.S	136.591	1	327

3	Famisanar EPS	425.956	1	322
4	Sanitas	1.281.597	1	296
5	Comfenalco Valle	71.152	1	232
6	Famisanar EPS	6.698	1	214

53. Tal como se señaló con anterioridad, al revisar estas tablas no se observa que la frecuencia en que las EPS incurren en prácticas vulneratorias, sea determinante a la hora de valorar a las promotoras, por ejemplo, en el “criterio 1 autorizaciones” del régimen contributivo, Sanitas EPS se encuentra de tercera por presentar tardanza de menos días en relación con las dos EPS anteriores; sin embargo, de la información contenida en la misma, se desprende que tiene más casos reportados que las precedentes en el listado, situación similar ocurre en el segundo y tercer recuadro, por consiguiente, lo que se evidencia a simple vista es que el criterio indicador para catalogar a una EPS en la primera posición, es el máximo de días en que se haya tardado en autorizar o prestar servicios, aunque sea en un solo caso, sin importar la cantidad, regularidad y porcentaje de actos quebrantadores del derecho a la salud realizados.

Ranking 2018

54. En el ranking de 2018 en cada criterio se determinaron las EPS que incurrieron en prácticas violatorias del derecho a la salud; no obstante, en este reporte hubo una variación en relación con los anteriores, toda vez que se enlistaron las EPS teniendo en cuenta los casos que superan el estándar, los datos reportados y el porcentaje de incumplimiento, y las EPS fueron numeradas de acuerdo con el porcentaje de incumplimiento de mayor a menor como se pasa a exponer.

Tabla No. 18

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 1- Autorizaciones				
No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Servicio Occidental de Salud S.A. SO.S.	389.618	1.760.216	22.13%
2	Coomeva EPS	737.099	19.135.793	3.85%
3	Medimás EPS	276.063	8.570.225	3.22%
4	Sura S.A.	825.980	35.423.611	2.33%
5	Compensar EPS	96.164	13.280.614	0,72%
6	Aliansalud EPS	5.592	870.065	0.64%
7	Famisanar EPS	30.022	5.112.789	0.59%
8	Nueva EPS	53.662	10.301.847	0.52%
9	Cruz Blanca EPS	2.856	974.162	0.29%

Tabla No. 19

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 1- Prestaciones				
No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Nueva EPS S.A.	2.073.116	10.301.847	20.12%
2	Servicio Occidental de salud S.A. S.OS.	47.764	1.760.216	2.71%

3	Medimás EPS	171.902	9.633.665	1.78%
4	Famisanar EPS	51.887	5.112.789	1.01%
5	Coomeva EPS	140.591	19.135.793	0.73%
6	Compensar EPS	59.310	13.280.614	0.45%
7	Cruz Blanca EPS	1.822	974.162	0.19%
8	Aliansalud EPS	9	870.065	0,00%

Tabla No. 20

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 7 oportunidad autorizaciones servicios de salud de alto costo o enfermedades catastróficas				
No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Nueva EPS S.A.	358.700	1.212.074	29,59%
2	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.	4.802	203.922	2,35%
3	Medimás EPS S.A.	19.209	838.549	2,29%
4	Coomeva EPS	3.594	636.312	0,56%
5	Famisanar EPS	1.238	330.457	0,37%
6	Cruz Blanca EPS	197	105.617	0,19%
7	Compensar EPS	368	314.540	0,12%
8	Aliansalud EPS	1	82.870	0,00%

Ranking 2019

55. En el ranking de 2019 en cada criterio se determinaron las EPS que incurrieron en prácticas violatorias del derecho a la salud; en este rango al igual que en el 2018 se enlistaron las EPS teniendo en cuenta los casos que superan el estándar, los datos reportados y el porcentaje de incumplimiento, y las EPS fueron numeradas de acuerdo con el porcentaje de incumplimiento de mayor a menor como se muestra a continuación:

Tabla No. 21

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 1- Autorizaciones				
No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Famisanar EPS	473.560	872.271	54,29%
2	Sura S.A	552.729	1.075.014	51,42%
3	Nueva EPS S.A.	129.621	478.054	27,11%
4	Compensar EPS	28.799	153.414	18,77%
5	Servicio Occidental de Salud SOS S.A.	33.364	262.981	12,69%
6	Medimás EPS S.A.	14.375	139.725	10,29%
Total criterio		1.232.448	2.981.459	41,34%

Tabla No. 22

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 1- Prestaciones				
No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Servicio Occidental de Salud SOS S.A.	20.137	268.633	7,50%
2	Nueva EPS S.A.	122.422	8.953.016	1,37%
3	Compensar EPS	209	19.353	1,08%

4	Famisanar EPS	9.050	1.141.847	0,79%
5	Medimás EPS S.A.	2	3.745.898	0,00%
Total criterio		151.820	14.128.747	1,07%

Tabla No. 23

Régimen contributivo				
Resultado Criterio 7 oportunidad autorizaciones servicios de salud de alto costo o enfermedades catastróficas				
No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Sura S.A.	140.728	283.987	49,55%
2	Nueva EPS S.A.	44.284	143.208	30,92%
3	Famisanar EPS	7.045	47.844	14,72%
4	Medimás EPS S.A.	1.926	37.409	5,15%
5	Servicio Occidental de Salud SOS S.A.	30	19.017	0,16%
Total criterio		194.013	531.465	36,51%

56. Ahora bien, al analizar los ranking 2016, 2017, 2018 y 2019 se evidencia una evolución paulatina en la determinación de las instituciones que incurrieron en prácticas violatorias al derecho fundamental a la salud, toda vez que en el del 2016 se enlistaban las EPS teniendo en cuenta los tiempos promedios sin tomar en consideración el número de casos. En el 2017 las EPS se enlistaron en razón a las que tenían el número más alto de máximo de días; y, en los de 2018 y 2019 se hizo un análisis completo, toda vez que se determinaron en relación con el porcentaje de negación.

En este orden de ideas, se considera que los ranking 2018 y 2019 estuvieron más cerca de alcanzar el objetivo de la orden 20, que era establecer las entidades que con mayor frecuencia incurrieran en prácticas violatorias del derecho a la salud, debido a que en cada criterio se definió en orden descendente las promotoras que más realizaban tales prácticas tomando en cuenta no solo el número de casos, sino el total de datos reportados, porque de lo contrario podría verse en desventaja las EPS con mayor número de afiliados.

57. En cuanto a los indicadores utilizados, la Sala observó que el Ministerio y la Superintendencia seleccionaron criterios tendientes a determinar las prácticas vulneradoras definidas por esta Corporación en la sentencia T-760 de 2008, y de manera adicional hicieron uso de otros parámetros de tipo financieros, de calidad, así como de PQR⁶³, los cuales en su conjunto arrojaron como resultado las EPS que se encontraban en niveles más vulnerables y menos vulnerables. No obstante, al tomarse en cuenta otros criterios diferentes a aquellos que permiten determinar las EPS que más niegan los servicios de salud se desdibuja el objeto del ranking ordenado con ocasión de la orden 20, y de esta manera se les impide a los usuarios conocer con claridad las EPS que cumplen con su obligación de prestar los servicios en forma oportuna, para efectos de ejercer su derecho a la libre escogencia. En relación con este aspecto, el auto 591 de 2016, al valorar esta directriz, indicó que, aunque era positiva la

⁶³ Peticiones, quejas y reclamo.

iniciativa de incluir nuevas variables⁶⁴; para efectos del cumplimiento del mandato vigésimo los criterios deberían circunscribirse a los factores relativos a las violaciones del derecho a la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta Corporación no observa esfuerzos por parte de las autoridades encargadas de dar cumplimiento a la orden tendientes a seguir las observaciones realizadas por la Corte.

De este modo, para la Sala Especial no existe un avance desde el último auto de valoración en lo que respecta al uso de indicadores.

58. En este sentido, ninguno de los tres ranking permite determinar las EPS que están en un rango crítico, de alarma, aceptabilidad o superioridad en lo atinente a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud, que es la finalidad del decisión vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

Construcción de herramienta para consulta del Ranking de EPS

59. Como se señaló en los antecedentes, el auto 591 de 2016 estableció que la información contenida en el Ranking realizado con ocasión a la orden 20, debe ser pública, esto es que el acceso a la misma sea fácil y suficiente, en aras a que todos los habitantes del territorio, en especial los más vulnerable puedan hacer uso de ella.

Por tal razón, indicó que se debería construir una herramienta adecuada, didáctica y con fines pedagógicos que permitiera a los usuarios consultar de manera sencilla el ranking de las EPS, efectuado a partir de las negaciones del derecho a la salud, y que tendría que ser publicado en el sitio web del Ministerio de Salud, la Superintendencia y las empresas promotoras.

60. En relación con esta directriz, en documento de 2018, el Ministerio señaló que el observatorio de calidad tiene como propósito que los usuarios consulten de manera sencilla los avances en materia de calidad en el país. Es por ello, que los resultados del ranking de EPS se han venido publicando desde el año 2013 en su portal.

Así mismo, en escrito allegado a esta Sala en 2019 afirmó que en la web de su entidad se encuentra publicado el consolidado de servicios negados cuyo informe discrimina las EPS que más incurrieron en la negación de tecnologías en salud dentro del correspondiente periodo. Además, expresó que en la página de la Superintendencia se encuentra el listado de las EPS que tienen el mayor número de PQR de acuerdo con la cantidad de afiliados.

70. Acemi por su parte señaló que el observatorio de calidad del Ministerio tiene el potencial para ser un mecanismo virtual que permita a los usuarios consultar de manera sencilla y adecuada el ranking de EPS; sin embargo, el

⁶⁴ En esa oportunidad la Sala de Seguimiento observó que el desarrollo del rango de las EPS de 2015 se fundó en unos parámetros amplios de clasificación, iguales a los usados en los del 2016, 2017 y 2018.

mismo cuenta con información para personal técnico y no tiene disponibles los resultados de los distintos ranking de EPS u otra información para consulta del público general, además que no es fácil su acceso en la página web del Ministerio.

71. Ahora bien, al revisar la web de la cartera de salud, se evidencia que la plataforma del Observatorio Nacional de Calidad en Salud mencionada por el Ministerio, no es de fácil acceso, primero porque no está en la página principal de la cartera de salud, y segundo, para acceder a ella se deben dar clic al link “salud” que está en la parte superior de la página de inicio, luego al de “calidad de atención en salud” y posteriormente al de “observatorio”.

Dentro del portal Observatorio, existe una cantidad de información y varios enlaces, entre los cuales se encuentra el de “desempeño de EPS” y dentro de este, se puede ubicar el link titulado “Ordenamiento de EPS (Ranking)-ordenamiento desempeño que deben publicar las EPS en sus cartas de desempeño”, en el que está publicado un ranking elaborado en el año 2018, con información de 2017 denominado “Sistema de evaluación y calificación de actores: ranking de satisfacción EPS 2018 Oficina de Calidad” en el que se utilizó 51 indicadores de satisfacción del usuario, agrupados en tres dimensiones a saber: oportunidad, satisfacción y trámite, el primero con 26 indicadores, el segundo con 16 y el tercero con 9, así:

Tabla No. 24

Indicador	Dimensión
Oportunidad consulta medicina general	Oportunidad
Oportunidad consulta de ginecología	
Oportunidad consulta medicina interna	
Oportunidad consulta de Pediatría	
Oportunidad cirugía general	
Oportunidad otras consultas de medicina especializada	
Oportunidad urgencias	
Oportunidad entrega de los medicamentos	
Oportunidad programas de P y P	
Percep. Opor. Consulta de medicina general	
Percep. Opor Consulta de ginecología	
Percep. Opor. Consulta de medicina interna	
Percep. Opor. Consulta de pediatría	
Percep. Opor Cirugía general	
Percep. Opor. Otras consultas de medicina especializada	
Percep. Opor. Urgencias	
Percep. Opor. Oportunidad entrega de los medicamentos	
Percep. Opor. Oportunidad programas de P y P	
No había agenda en consulta medicina general	
No había agenda en consulta de ginecología	
No había agenda en consulta medicina interna	
No había agenda en consulta de Pediatría	
No había agenda en cirugía general	
No había agenda en otras consultas de medicina especializada	
No había agenda en urgencias	
No había agenda en entrega de los medicamentos	
No había agenda en programas de P y P	
Calificación servi. consulta medicina general	
Calificación servi. consulta de ginecología	

Calificación servi. consulta medicina interna	Satisfacción
Calificación servi. consulta de Pediatría	
Calificación servi cirugía general.	
Calificación servi. otras consultas de medicina especializada	
Calificación servi. Urgencias	
Calificación servi. entrega de los medicamentos	
Calificación servi. programas de P y P	
Calificación solución necesidad	
Calificación experiencia global	
Calificación comunicación con EPS	
Calificación trato de personal administrativo	
Calificación trato de personal asistencial	
Recomendaría a familiares y amigos	
Ha pensado cambiarse a otra EPS	Trámites
Simplicidad y agilidad en los trámites	
Duración de tram. Auto. Para entrega de medicamentos cubiertos	
Duración de tram. Auto para cita de medicina especializada	
Duración de tram. Auto para radiografías imagines	
Duración de tram. Auto para acceder a otros procedimientos diferentes	
Calificación de acceso servicios EPS	
Considera poder acceder ser. De forma opor.	
Ha considerado interponer queja o derecho de petición	
Tutela o acercamiento al juez por incumplimiento	

72. Es importante precisar que este ranking tuvo como fuente de información la encuesta que desarrolló la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud para los usuarios, la cual arrojó como resultados que las mejores EPS del régimen contributivo eran EPS Suramericana, Aliansalud E.P.S S.A. Sanitas S.A, y del régimen subsidiado Comfasucre, Caja de Compensación familiar de la guajira y Comfacor.

73. Con respecto a este ranking es necesario aclarar, que el mismo muestra el grado de satisfacción del usuario con las EPS que le prestaron el servicio más no determina las promotoras que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias, que es el objetivo de la orden vigésima.

74. De otra parte, en la página Observatorio Nacional de Calidad en Salud, en la parte superior en el ítem de “*publicaciones*” se encuentra el link “*ordenamiento (Ranking) por desempeño de EPS*”, en el que aparecen entre otros, los ranking correspondientes a los años 2016 al 2018. En el ranking de este último año reposa el mismo informe al que se refiere esta Sala en los fundamentos 71 a 73 de esta providencia.

En el informe del 2017 se utilizaron 51 indicadores de satisfacción del usuario, distribuidos en las siguientes dimensiones: oportunidad, satisfacción y acceso, el primero con 24 indicadores, el segundo con 19 y el tercero con 8, así:

Tabla No. 25

Indicador	Dimensión
Oportunidad consulta medicina general	

Oportunidad consulta de obstetricia-control embarazo	Oportunidad	
Oportunidad Consulta de ginecología-citología		
Oportunidad consulta medicina interna		
Oportunidad consulta de Pediatría		
Oportunidad cirugía general		
Oportunidad otras consultas de medicina especializada		
Oportunidad urgencias		
Oportunidad trámites para solicitar medicamentos		
Oportunidad Trat. Asistidos (quimioterapia-radioterapia-diálisis)		
Oportunidad Radiografías, Imágenes o pruebas de diagnóstico		
Oportunidad Autorizaciones		
Percep. Opor. Consulta de medicina general		
Percep. Opor. Consulta de Obstetricia control embarazo		
Percep. Opor Consulta de ginecología		
Percep. Opor. Consulta de medicina interna		
Percep. Opor. Consulta de pediatría		
Percep. Opor Cirugía general		
Percep. Opor. Otras consultas de medicina especializada		
Percep. Opor. Urgencias		
Percep. Opor. Trámite para solicitar medicamentos		
Percep. Opor. Trat. Asistidos (quimioterapias, radioterapias y diálisis)		
Percep. Opor. Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico		
Percep. Opor. Autorizaciones		
Calif. servi. Consulta de medicina general	Satisfacción	
Calif. Serv. Consulta de Obstetricia-control de embarazo		
Calif. Servi. Consulta de ginecología		
Calif. Servi. consulta medicina interna		
Calif. Servi. consulta de Pediatría		
Calif. Servi cirugía general.		
Calif. Servi. otras consultas de medicina especializada		
Calif. Servi. Urgencias		
Calif. Serv. Trámite para solicitar medicamentos		
Calif. Serv. Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico		
Calif. Proc. Autorizaciones		
Calif. Comunicación con EPS		
Calif. Trato Per. Administrativo		
Calif. Trato Per. Asistencial		
Calif. Solución necesidad		
Calif. Experiencia global		
Recomendaría a familiares y amigos		
Ha pensado cambiarse a otra EPS		
Calificación de acceso servicios EPS		Acceso
Considera poder acceder ser. De forma opor.		
No había agenda, llame más tarde, no contestan, etc.		
Tutela o acercamiento al juez por incumplimiento		
Ha consid. Interp queja o derecho de petición		
Entregaron carta de derechos y deberes		
Calif. Carta de derechos y deberes		
Calif. Utilidad carta de derechos y deberes		

Este ranking arrojó que la tres mejores EPS del régimen contributivo fueron EPS Suramericana S.A., en primer lugar y en segundo y tercero, Sanitas S.A y Aliansalud E.P.S S.A. respectivamente; y, en el régimen subsidiado las mejores

EPS fueron Asociación Mutual Ser Empresas ESS; Caja de Compensación Familiar de la Guajira; y Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó (Ambuq ARS).

75. Para efectuar el informe del 2016 se hizo uso de 44 indicadores, agrupados en los siguientes tres ámbitos: oportunidad, satisfacción y acceso, el primero con 20 indicadores, el segundo con 16 y el tercero con 8, así:

Tabla No. 26

Indicador	Dimensión
Oportunidad Medicina general	Oportunidad
Oportunidad Medicina Especializada	
Oportunidad Exámenes de laboratorio	
Oportunidad Radiografías, imágenes etc.	
Oportunidad Odontología	
Oportunidad Cirugía	
Oportunidad Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	
Oportunidad Citas prioritarias	
Oportunidad Entrega de medicamentos	
Oportunidad Autorizaciones	
Percep. Opor. Medicina general	
Percep. Opor. Medicina Especializada	
Percep. Opor Exámenes de laboratorio	
Percep. Opor. Radiografías, imágenes etc.	
Percep. Opor. Odontología	
Percep. Opor Cirugía	
Percep. Opor. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	
Percep. Opor. Citas prioritarias (cita no programada)	
Percep. Opor. Entrega de medicamentos	
Calif. Serv. Medicina general	
Calif. Serv. Medicina especializada	
Calif. Serv. Exámenes de laboratorio	
Calif. Serv. Radiografías, imágenes, etc.	
Calif. Serv. Odontología	
Calif. Serv. Cirugía	
Calif. Serv. Terapias (Físicas, respiratorias ocupacional, de lenguaje)	
Calif. Serv. Citas prioritarias (cita no programada)	
Calif. Serv. Entrega de medicamentos	
Calif. Comunicación con EPS	
Calif. Trato Per. Administrativo	
Calif. Trato. Per. Asistencial	
Calif. Solución necesidad	
Calif. Experiencia global	
Recomendaría a familiares y amigos	
Ha pensado cambiarse a otra EPS	
Calif. Acceso servicios EPS	Acceso
Considera poder acceder serv. de forma Opor.	
No había agenda, llame más tarde, no contestan, etc.	
Tutela o derecho de petición para acceder a serv.	
Ha consid. interp queja o derecho de petición	
Entregaron carta de derechos y deberes	
Calif. Carta de derechos y deberes	
Calif. Utilidad carta de derechos y deberes	

Este ranking dio como resultado que la tres mejores EPS del régimen contributivo fueron EPS Suramericana S.A., en primer lugar y en segundo y tercero, Sanitas S.A y Aliansalud E.P.S S.A. respectivamente; y, en el régimen subsidiado las mejores EPS fueron Coosalud EPS, Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS y Caja de Compensación Familiar de Córdoba Comfacor.

76. Ahora bien, al revisar los ranking publicados en la página web del Ministerio y al compararlos con los remitidos a la Sala con ocasión a la orden vigésima⁶⁵, se evidencia que los que reposan en el sitio web de la cartera de salud son distintos a los allegados a esta corporación físicamente.

77. En este contexto la Sala considera que el Ministerio no ha cumplido con la obligación de publicar en su página web la herramienta que permite a los usuarios consultar de forma sencilla el ranking ordenado en la directriz vigésima.

Adicionalmente, al revisar la página de la Superintendencia tampoco está publicado dicho ranking, y si bien existe un listado de EPS con mayor número de PQR, este no identifica las empresas que regularmente niegan la autorizan servicios, toda vez que como se señaló en el auto 044 de 2012, las quejas no son un indicador adecuado.

78. De otra arista, en cuanto al mecanismo para reportar de forma fácil, sencilla y oportuna cuando una EPS incurre en una práctica violatoria del derecho a la salud el Ministerio afirmó que para ello diseñó el aplicativo móvil ClicSalud⁶⁶, herramienta que estimó como eficaz para la presentación de quejas, además, que con ella se pueden consultar algunos indicadores de calidad de las IPS y EPS.

79. Sin embargo, a pesar de lo manifestado por la cartera de salud se observa que Así Vamos en Salud expresó que realizó un trabajo de investigación en el que se identificó problemas en el acceso y manejo del aplicativo, y el cual es complejo para la interposición de PQRD.

80. Por su parte Acemi expuso que esta herramienta es desconocida para el sector; no obstante, señaló que con ocasión a lo preguntado por la Corte ingresó al aplicativo para revisar su funcionalidad y consideró que este mecanismo no debe ser el único, debido a que los teléfonos inteligentes no son utilizados por toda la población, toda vez que los que hacen el mayor uso de ellos son los más jóvenes y en poca frecuencia las personas adultas. Así mismo informó que la APP no permite que el usuario califique o retroalimente la atención recibida por parte de un prestador o una EPS.

Argumentó que la información que se puede encontrar en ClicSalud con respecto a la calidad de las EPS, cuentan con tres opciones: Mi EPS, Ranking

⁶⁵ Estudiados en los numerales 37 a 58 de las consideraciones.

⁶⁶ El cual viene funcionando desde el año 2016.

Global de EPS, y calidad de la EPS del sistema. La primera, permite comparar la EPS del usuario con la mejor EPS y la peor EPS; sin embargo, la comparación no se realiza para las EPS del mismo régimen; la segunda muestra el ranking por régimen con la información de cada una de las EPS; no obstante, la información disponible es del 2017; en cuanto a la última, solo arroja los datos del tiempo de espera para asignación de cita odontológica, enseñando los resultados de 10 EPS, y con información desactualizada porque es del 2017.

81. En relación con esta herramienta la Sala encuentra lo siguiente:

(i) En el boletín de 16 de mayo de 2016 el Ministerio dio a conocer en su página web⁶⁷ la creación del aplicativo móvil ClicSalud como herramienta que permite conocer las EPS e IPS que prestan mejores servicios y calificar la atención recibida, entre otras funciones. Al verificar la información en el sistema de la APP halla la Sala que tiene más de 1.000 descargas.

(ii) Al revisar el aplicativo se observa que tiene 7 reseñas, una que de manera general indica que es “muy útil para el ciudadano”; dos que la consideran buena en la consulta de precios de medicamentos; otras que señalan que la información está desactualizada (2017) y no deja hacer la calificación de IPS y “*al consultar la calidad de la eps sale un mensaje que dice ‘error en la fuente’*”.

(iii) Al entrar en la aplicación se evidencia que consta de tres ítems “*elijo saber*”, “*tu voz en el sistema*” y “*¿sabías que?*”, el primero, tiene tres componentes a su vez: “medicamentos”, “principio activo” y “excipiente”, en el medicamento se puede ver la calidad de la EPS e IPS. El ranking global de EPS publicado tiene fecha de corte 2017, y los criterios para calificar son los siguientes: “*¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger mi salud y evitar que me enferme?, ¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiero?, ¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita, afiliarme desafilarme y moverme dentro del sistema de salud?*”

(iv) Al examinar el elemento “*tu voz en el sistema*” se observa que este permite, calificar la atención del servicio y presentar quejas o reclamos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior la Corte avizora que si bien, se creó una herramienta solo pueden tener acceso a esta las personas que usan móviles inteligentes, dejando por fuera a la población que no usa tales teléfonos. Por otro lado, si bien se observó que la creación del aplicativo fue publicada en la página web del Ministerio en el año 2016 y tiene más de 1000 descargas, el mismo debería tener una mayor difusión y promoción teniendo en cuenta que una entidad como ACEMI que representa a empresas que administran servicios de salud no sabía de la existencia de dicho instrumento.

82. En resumen, en el ranking de EPS, la Sala evidenció que el Ministerio y la Superintendencia no cumplieron con las órdenes emitidas en el auto 591 de

⁶⁷ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ClicSalud-nueva-app-para-ahorrar-en-medicamentos-y-calificar-la-atencion-en-salud.aspx>. Consultada el 13 de mayo de 2020.

2016, en cuanto a que no se hicieron las sesiones técnicas con todos los actores para la actualización de los criterios de evaluación con los cambios en el sistema con ocasión a la LES y la sentencia C-313 de 2014, que atendiera las características específicas de cada uno de los regímenes y permitiera realizar un ranking de EPS enfocado a las negaciones del derecho a la salud, motivo por el cual se continúa efectuando el ranking con los mismos parámetros determinados desde la sentencia T-760 de 2008 y con indicadores generales y globales.

Adicionalmente, los ranking no han sido publicados en las páginas del Ministerio y la Superintendencia y por otra parte, no se encuentra que el mecanismo ClicSalud sea en la actualidad idóneo y eficaz para consultar el ranking. Por consiguiente, no se acató lo dispuesto en los numerales cuarto y quinto de la parte resolutive del último auto de valoración, referente a la construcción de una herramienta adecuada que permita consultar de manera sencilla el ranking de EPS de cara a las negaciones, y que debería estar publicada en la página web de la cartera de salud y la SNS; así como la presentación de una propuesta metodológica que garantice a todas las personas de manera fácil, sencilla y oportuna la posibilidad de indicar cuando una EPS incurre en prácticas violatorias del derecho a la salud.

Evaluación de las medidas adoptadas en relación con el ranking de IPS

83. El auto 591 de 2016 dispuso que se debían generar espacios con los diferentes actores en aras de establecer un plan de trabajo con el fin de estructurar el ranking de IPS.

84. Conforme a los documentos obrantes en el expediente⁶⁸ la Sala observa que el 6 de marzo de 2017 el Ministerio de Salud inició una mesa de trabajo en el que participaron ACHC, Así Vamos en Salud, Universidad Nacional, Acemi, Defensoría del Pueblo, entre otros, en la que presentó el cronograma de trabajo, que constaba de tres fases contextualización, construcción de indicadores y elaboración del ranking así:

Tabla No. 25

Fases	Actividades	Fecha de reunión
Fase 1	Presentación del plan de trabajo a peritos y su alcance	6 de marzo de 2017
	Antecedentes del Auto 591 de 2016	22 de marzo de 2017
	Presentación del ranking de IPS actual	22 de marzo de 2017
	Presentación de fuentes disponibles de información	4 de abril de 2017
Fase 2	Definir dimensiones de medición	19 de abril de 2017
	¿Cómo construir indicadores viables?	19 de abril de 2017
	Seleccionar indicadores para ranking de IPS	3 de mayo de 2017
	Definición de fases de implementación	9 de mayo de 2017
Fase 3	Presentación del primer corte del ranking	7 de julio de 2017

85. De las pruebas recaudadas se encuentra que si bien el Ministerio propició y llevó a cabo reuniones con los diferentes actores del sistema en el que se hizo una presentación metodológica para la construcción del ranking de IPS, en las que participaron Acemi, Gestarsalud, Superintendencia Nacional de Salud,

⁶⁸ Informes del Ministerio y pronunciamiento de los peritos constitucionales voluntarios.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Así Vamos en Salud, representante pacientes de alto costo, Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, en ellas no hubo discusión de una propuesta final para adelantar el ranking.

86. Ahora bien, antes de hacer una evaluación de los ranking presentados, es importante aclarar que a la Sala solo fueron allegados los ranking de IPS con información de los años 2016, 2017 y 2019 por lo que la valoración de las prestadoras de salud se hará con los insumos de estos años.

Criterios, metodología, datos y resultados de los Ranking de IPS 2016, 2017 y 2019

a. Criterios ranking 2016, 2017 y 2019

85 En los Ranking de IPS de 2016, 2017 y 2019 la Superintendencia y el Ministerio señalaron que escogieron al grupo de indicadores que (a) compartieran el universo de prestadores del país (b) representen la violación del derecho a la salud. Además, plasmaron que se efectuó un cálculo y ordenamiento de las prestadoras que permitiera su interpretación de manera fácil por parte de la población en general.

86. Respecto a los indicadores seleccionados, se evidencia que se tuvo en cuenta la dimensión de acceso, eligiéndose los de oportunidad de (i) cita de medicina general; y (ii) de urgencia triage.

Tanto en el ranking de IPS de 2016 como el del 2017 y 2019 los resultados se hallan en un documento Excel, dividido en dos pestañas, en la primera se encuentra el ordenamiento de la IPS de acuerdo a la oportunidad de urgencia triage II, y en la segunda el de cita de medicina general.

b. Metodología y resultados del ranking 2016

87. El posicionamiento de IPS se hizo por departamento, en que se realizó un ordenamiento de las prestadoras enumeradas de menor a mayor, estando en los primeros lugares las que presentaron una mejor respuesta en la atención.

88. Los datos utilizados para los dos indicadores, esto es, oportunidad de cita de medicina general y de urgencia triage II, tuvieron como fuente de información los reportes de las IPS al Ministerio conforme la Resolución 256 de 2016, en la siguiente proporción:

Tabla No. 26

Indicador	Entidades habilitadas para reportar	Entidades que reportaron	Entidades que reportaron información válida	Porcentaje de entidades consideradas en el ranking
Oportunidad urgencia Triage II	1636	893	784	47,9%

Oportunidad de urgencia de medicina general	12545	2017	1604	12,8%
---	-------	------	------	-------

En relación con el ranking de IPS del año 2016, se observa que el Ministerio y la Superintendencia hicieron un listado de las IPS por departamento, posicionándolas de mejor a peor y señalando en forma expresa el número de posición que ocupa la IPS en cada departamento de acuerdo con el reporte, como se observa en los anexos 1 y 2.

c. Metodología y resultado del ranking 2017

89. En el ranking 2017, al igual que en el 2016, se tomó como información el reporte efectuado por las prestadoras de la salud con fundamento en la Resolución 256 de 2016, evidenciándose lo siguiente:

Tabla No. 27

Ranking 2017				
Indicador	Entidades habilitadas para reportar	Entidades que reportaron	Entidades que reportaron información válida	Porcentaje de entidades consideradas en el ranking
Oportunidad urgencia Triage II	1617	889	842	52.1%
Oportunidad de urgencia de medicina general	9207	2003	1577	17,1%

90. Al revisar este ranking, se observa que si bien, tanto en urgencia triage II, como en medicina general las prestadoras se encuentran ordenadas por departamento, a diferencia del rango del 2016, en el del 2017 no se determinada en forma expresa la posición en el ranking, así como tampoco el resultado indicador, solo se plasma unas cifras correspondientes a unos ítems llamados: “numerador”, “denominador” y “valor”, observándose que en el punto “valor” se encuentran unas cifras que van de menor a mayor por cada departamento, como puede observarse en los anexos 3 y 4.

d. Metodología y ranking de 2019

91. En el ranking 2019 de IPS el Ministerio y la Superintendencia señalan al igual que en los dos anteriores que se hizo por departamento, de acuerdo con el auto reporte que efectúan las prestadoras en el que se realizó un ordenamiento simple de las prestadoras enumeradas de menor a mayor, estando en los primeros lugares las que presentaron una mejor respuesta en la atención, con fundamento en la Resolución 256 de 2016.

A continuación, se muestran los resultados del porcentaje de las entidades que reportaron:

Tabla No. 28

Ranking 2019

Indicador	Entidades habilitadas para reportar	Entidades que reportaron	Entidades que reportaron información válida	Porcentaje de entidades consideradas en el ranking
Oportunidad urgencia Triage II	1213	903	888	73%
Oportunidad de urgencia de medicina general	4089	2640	2615	64%

92. Ahora bien, al revisar este ranking, se observa que al igual como ocurre en el del 2017 y a diferencia del 2016 no se determinada en forma expresa la posición en el ranking, tanto en medicina general como en urgencias. Así mismo se evidencia que se encuentran unos ítems llamados “numerador”, “denominador” y “resultado”.

En cuanto a medicina general se avizora que el listado se encuentra ordenado por departamento y todas las prestadoras tienen como cifra en el “numerador” de cero y en “resultado” de “0,00”, como se pueden observar en el anexo 6.

En relación con el ranking de IPS respecto a urgencias Triage II, encuentra la Sala que cada prestador tiene asignada una cifra que puede diferir de las demás en cuanto a “numerador” y “resultado”, hallando la Corte que a diferencia del de medicina general y de lo que ocurre con los ranking 2016 y 2017, el listado no está clasificado por departamento si no a nivel general y se encuentra acorde con los resultados obtenidos que van de menor a mayor, como se evidencia en el anexo 5.

Evaluación

93. La Sala observa que los indicadores no permiten evaluar el universo de prácticas violatorias del derecho a la salud en que pueden incurrir las diferentes prestadoras, debido a que solo se evidencia la medición de la oportunidad en cita de medicina general y de urgencia triage II, sin que se observe una evaluación sobre la disponibilidad de agenda, el tiempo de espera de los distintos servicios y la oportunidad de asignación de citas de especialistas, entre otras situaciones.

94. También se advierte, tal como lo señaló a ACHC, que solo se hace la comparación de las IPS por departamento, sin que exista un posicionamiento de orden nacional, que permita además de conocer cuál es la mejor y peor IPS de acuerdo con el criterio a nivel departamental, saber el ordenamiento de las IPS en todo el país. No obstante, tal como se señaló, en el ranking 2019 en la medición de urgencias Triage II, el ranking fue medido de manera nacional, un cambio, que es importante en cuanto a la medición.

95. Otras de las situaciones negativas observadas se refieren a que los datos obtenidos a través de los reportes fueron efectuados por las mismas prestadoras, lo que podría afectar la confiabilidad y veracidad de la información.

Por otro lado, se encontró que los ranking reportados no abarcaron la mayoría de las IPS habilitadas, lo anterior teniendo en cuenta que en: (i) el indicador de oportunidad del triage II casi la mitad de las prestadoras no reportaron información, y (ii) la oportunidad de cita de medicina general más del 80% de las IPS no registraron los datos⁶⁹. Situación que podría generar un defecto en los ranking, dado que al encontrarse incompletos no reflejan el panorama real, y podría ocasionar que las entidades que sí reportaron información sean catalogadas como prestadoras que más vulneran el derecho a la salud de los usuarios sin que se conozca los datos de las otras IPS que no cumplieron con su obligación de efectuar el reporte respectivo.

No obstante, lo que sí se advierte es que en el ranking 2019 el porcentaje de IPS que reportaron fue del 64%, lo que indica que hubo un gran avance en el auto reporte superior al 40%.

96. En este orden de ideas, si bien existen falencias en cuanto al ranking de IPS, no desconoce que en el ranking 2019 hubo un progreso, dado que por lo menos la medición de urgencia se efectuó teniendo en cuenta las IPS a nivel nacional y no departamental, y el porcentaje del autoreporte superó el 60%.

Análisis de las medidas adoptadas en relación con las entidades que incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud y para garantizar el acceso a los servicios de salud

97. Al revisar los informes de los rankings 2016, 2017, 2018 y 2019 la Sala observa que la Superintendencia Nacional de Salud impuso sanciones⁷⁰ y acciones especiales en contra de las entidades que incurrieron en prácticas violatorias del derecho a la salud. igualmente, adoptó medidas cautelares de cesación provisional de las acciones que pusieron en riesgo la integridad física o la vida de los pacientes, así:

2016:

En el informe del ranking 2016 se evidencia que para ese año se ejecutoriaron sanciones a distintas EPS por valor superior a dos mil ochocientos millones como se detalla a continuación.

Tabla 29

Entidad	Sanción
Capitalsalud	\$1'034.181.000,00
Amet Salud	\$1'034.181.000,00
Caprecom	\$344'727.000,00
Emssanar ESS	\$275'781.600,00
Emdisalud	\$147'543.400,00
Comfahuila	\$124'101.720,00

⁶⁹ Teniendo en cuenta que en el indicador de oportunidad del triage II, en el año 2016 solo hubo reporte del 47,9%, en el 2017 el porcentaje fue de 52,1, y en el 2019 fue del 73%. En relación con oportunidad de cita de medicina general en el 2016 solo reportaron 12, 8% y en el 2017 lo hicieron el 17, 1% de las prestadoras habilitadas.

⁷⁰ Para ello se valió de auditorías periódicas que tuvieron como fuente de información los datos reportados por las entidades para evaluar los 14 criterios y en virtud de ello se adoptaron planes de mejoramiento.

Cajacopi	\$117'207.180,00
Savia Salud	\$103'418.100,00
Mutual Ser	\$68'945.400,00
Comfaboy	\$41'367.240,00
Comparta	\$6'894.540,00
Total	\$2.815'730.380,00

2017:

(a) Sanciones ejecutoriadas:

Del informe presentado se avizora que en la vigencia de 2017 quedaron ejecutoriadas sanciones contra las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado por el valor de \$9.000 millones por incumplimiento a la garantía en la prestación de los servicios en salud, debido a negación de tecnologías POS, no POS, CTC, autorizaciones, fallas en prestación de servicios, atención médica y de urgencias, así:

Tabla 30

Entidad	Valor de la multa
Caja de Compensación Familiar Caja Copi Atlántico	\$26'552.500,00
Nueva Empresa Promotora de Salud S.A.	\$700'290.870,00
Sanitas S.A. EPS	\$62'291.062,00
Saludcoop E.P.S.	\$1.639'930.070,00
Coomeva EPS S.A.	\$99.681'606.017,00
Cafesalud EPS S.A.	\$1.643'156.858,00
Famisanar Ltda Cafam Colsubsidio EPS	\$461'363.350,00
Caja de Compensación Familiar de Huila	\$25'522.500,00
Empresa Mutual Para el Desarrollo Integral de la Salud ESS -Emdisalud	\$28'335.000,00
Entidad Cooperativa Solidaria de Salud Ecoopsos	\$117'900.000,00
Saludvida EPS S.A.	\$694'280.178,00
Cruz Blanca EPS S.A.	\$695'298.354,00
Cooperativa Empresa Solidaria de Salud y Desarrollo Integral-Coosalud ESS	\$118'868.100,00
Asociación Indígena del Cauca AIC EPS -I	\$223'872.550,00
Caja de Compensación Familiar de Nariño	\$54'769.750,00
Salud Total S.A. Entidad Promotora de Salud	\$370'926.252,00
Caja de Compensación Familiar de Sucre-Comfasucre	\$62'050.860,00
Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS	\$83'093.040,00
Entidad Promotora del Régimen Subsidiado Capital Salud SAS	\$83'734.480,00
Cosmitet Ltda, Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Compañía Ltda.	\$6'894.540,00
Casino Verano Colombia S.A.	\$34'472.700,00
Savia Salud EPS Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S.	\$73'840.560,00
Caja de Compensación Familiar Compensar	\$247'493.986,00
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	\$479'859.984,00
Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S. EPS	\$180'258.040,00
Fundación Oftalmología Nacional-Fundonal	\$20'683.620,00
Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca	\$119'964.996,00
Estudios e Inversiones Médicas SA Esimed S.A.	\$103'418.100,00
Convida "A.R.S. Convida"	\$2'213.151,00

Asociación de cabildos de Resguardos Indígena Manexka	\$73'771.700,00
Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS	\$16'967.491,00
Caja de Compensación Familiar de Boyacá-Comfaboy	\$11'065.755,00
Caja de Compensación Familiar de Córdoba "Comfactor"	\$2'213.151,00
Médicos Asociados S.A. Cáqueza	\$110'657.550,00
Total	\$9.309'760.674,00

(b) *Medidas cautelares:*

Para el año 2017 se dieron lineamientos de inmediato cumplimiento a las EPS con el fin de eliminar barreras que impedían el acceso a los servicios de salud así:

Tabla 31

Entidad	Cantidad resoluciones proferidas	Usuarios protegidos con medida cautelar
Cafesalud EPS	2	3
Capital salud	1	788
Comfactor	1	1
Comfamiliar Cartagena	4	4
Comparta	3	1407
Compensar	1	1
Convida	1	907
Coomeva EPS	7	1890
Cruz Blanca	1	497
Emdisalud	2	173
Medimás	1	3238
Nueva EPS	1	1812
Salud Total EPS	3	720
Saludvida	3	391
Savia Salud EPSS	2	870

2018:

En el año 2018 se impusieron sanciones por valor de \$6.726.520.764 así:

Tabla 32

Entidad	Valor de la multa
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	\$289'776.984,00
Caja de Compensación Familiar de Boyacá-Comfaboy	\$105'802.240,00
Caja de Compensación Familiar Nariño	\$80'279.548,00
Cooperativa Empresa Solidaria de Salud y Desarrollo Integral-Coosalud ESS	\$296'723.100,00
Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI	\$51'546.000,00
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	\$300'911.400,00
Empresa Promotora de Salud Indígena Anas Wayuu Epsi	\$106'639.850,00
Caja de Compensación Familiar de la Guajira	\$31'217.500,00
Caja de Compensación Familiar de Huila "Comfamiliar Huila"	\$134'082.748,00
Aliansalud EPS S.A.	\$68'945.400,00
Sanitas S.A. EPS	\$115'016.450,00
Entidad Cooperativa Solidaria de Salud Ecoopsos	\$70'037.020,00
Salud Total S.A. Entidad Promotora de Salud	\$215'558.506,00
Nueva Empresa Promotora de Salud S.A.	\$149'647.100,00

Caja de Previsión Social de Comunicaciones “Caprecom”	\$161’087.500,00
Saludvida EPS S.A.	\$561’215.678,00
Convida “A.R.S. Convida”	\$77’368.095,00
Capresoca EPS	\$67’656.750,00
Cruz Blanca EPS S.A.	\$626’630.050,00
Entidad Promotora del Régimen Subsidiado Capitalsalud SAS	\$161’067.500,00
Caja de Compensación Familiar del Chocó-Comfachocó	\$96’652.500,00
Caja de Compensación Familiar de Cartagena “Comfamiliar Cartagena”	\$64’435.000,00
Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS	\$164’307.250,00
Savia Salud EPS Alianza Medellín Antioquia EPS SAS	\$319’822.970,00
EPS Sura	\$64’435.000,00
Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano “Comfaorienté”	\$14’478.534,00
Asociación de Cabildos de Resguardo Indígena “Manexka”	\$76’342.556,00
Famisanar Ltda Cafam “Colsubsidio EPS”	\$77’322.000,00
Caja de Compensación Familiar “Cafam”	\$74’261.300,00
Cooameva EPS S.A.	\$330’110.624,00
Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud EPS SOS S.A.	\$68’945.400,00
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó Ambuq EPSS	\$144’334.400,00
Cafesalud EPS S.A.	\$273’230.730,00
Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud ESS - Emdisalud.	\$290’535.940,00
Caja de Compensación Familiar de Sucre -Comfasucre	\$27’578.160,00
Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Solidaria de Salud Comparta Salud Ltda -ESS Comparta	\$158’674.420,00
Saludcoop EPS	\$206’836.200,00
Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I	\$206’836.200,00
Total	\$6.451’257.599,00

(b) *Medidas cautelares:*

También se encontró que para ese año se profirieron tres resoluciones que tuvieron como fin proteger el derecho a la salud de los usuarios así:

Tabla 33

Entidad	Cantidad de Resoluciones Proferidas	Usuarios Protegidos con medida cautelar
Caja de Compensación Familiar Compensar	1	1
Cooameva EPS	1	1
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca Comfacundi	1	1

2019:

(a) Sanciones ejecutoriadas:

Conforme al informe remitido, se evidencia que la Superintendencia para la vigencia de 2019 sancionó⁷¹ a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado por (i) falta de oportunidad en la autorización de los servicios médicos y prestaciones de salud; (ii) exceder los términos legales establecidos

⁷¹ Decisiones que se encuentran ejecutoriadas.

para la realización del CTC y, (iii) incumplimiento de instrucciones y órdenes impartidas por la Supersalud⁷².

En virtud de los anteriores motivos la Superintendencia impuso multas a las EPS por los siguientes valores:

Tabla 34

Vigilado	Valor de la multa
Cafesalud EPS S.A.	\$ 745'304.400
Cooameva E.P.S. S.A.	\$ 157'342.040
Entidad Promotora del régimen subsidiado capital salud S.A.S.	\$ 496.869.600
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	\$ 99.373.920
Convida "A.R.S. Convida"	\$414.058.000
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca Comfacundi	\$496.869.600
Empresa Solidaria de Salud Comparta Salud TOTAL Ltda "ESS Comparta"	\$496'869.600,00
Cruz Blanca EPS S.A.	\$ 165.623.200
Convida "A.R.S. Convida"	\$414.058.000
Cruz Blanca EPS S.A.	\$ 579.681.200
Medimás EPS S.A.S. Contributivo	\$ 5.796'812.000
Empresa Mutua para el desarrollo integral de la salud E.S.S. "Emdisalud"	\$ 438.901.500
Total	\$11.047'067.460

(b) *Medidas cautelares:*

La Supersalud informó que para el año 2019 se emitieron cinco resoluciones las que se ordenó eliminar barreras en el acceso a los servicios de salud que ponían en riesgo la vida, así:

Tabla 35

Resolución	Entidad	No. de casos	Verificación de cumplimiento	Seguimiento
802 del 25 de febrero de 2019	Saludvida S.A.	1	Se cumplió	Cumplió
4451 del 15 de abril de 2019	Cooameva EPS	1	No hizo junta médica en oportunidad.	Reparto para apertura de investigación con fines sancionatorios
6681 del 16 de julio de 2019	Medimás EPS S.A.S.	1.649	Cumplimiento parcial. 273 casos abiertos.	Reparto para apertura de investigación con fines sancionatorios
6731 del 18 de julio de 2019	Cooameva EPS	972	Cumplimiento parcial. 566 casos abiertos	En proceso de investigación con fines sancionatorios
7591 del 05 de agosto de 2019	Famisanar	173	Cumplimiento parcial. 52 PQRD abiertas	En proceso de investigación con fines sancionatorios

⁷² Las cuales tenían como finalidad requerir a las EPS las soluciones inmediatas y de fondo a las PQRS presentadas debido a las denuncias presentadas por negación en la prestación de servicios de salud en pacientes con enfermedades huérfanas, oncológicas, crónicas, VIH, materno infantil, entre otros.

98. En virtud de lo anterior, se evidencia que la Superintendencia adoptó medidas contra las EPS que incurrieron en prácticas vulneradoras del derecho a la salud imponiéndoles sanciones económicas. No obstante, la Sala observa que pese a las multas ejecutoriadas las EPS siguieron realizando tales conductas, como dan cuenta las acciones de amparo que reclaman tecnologías PBS⁷³, el reporte de servicios negados⁷⁴ y las multas pecuniarias impuestas en los años posteriores; lo que conlleva a la Sala a concluir que las acciones adoptadas al respecto no han tenido la capacidad de desestimular la negación de los servicios en salud a los que los usuarios tienen derecho.

En cuanto a las medidas adoptadas en contra de las IPS que de manera injustificada han negado servicios y tecnologías, la Sala Especial echa de menos acciones al respecto, debido a que en los informes no se indican las acciones adoptadas al respecto, así como las actuaciones para proteger el derecho a la salud de sus usuarios.

Valoración de la orden Vigésima en relación con los ranking de EPS e IPS

EPS

99. La Sala Especial encuentra que, si bien el Ministerio y la Superintendencia adoptaron medidas tendientes a la creación de un ranking de EPS, no se avizoran acciones dirigidas a atender los lineamientos señalados en el auto 591 de 2016; además se observan las siguientes falencias:

Al hacer un estudio de los ranking 2016 a 2019 allegados al Tribunal Constitucional no se observa que el Ministerio de Salud y la Superintendencia hayan adelantado sesiones técnicas con los actores del sistema, para evaluar, medir y cuantificar en forma adecuada los 14 criterios definidos por esta Corporación, en aras a establecer nuevos parámetros de evaluación de las EPS atendiendo a los cambios normativos y jurisprudenciales que ha tenido el Sistema.

Además, que al medir el indicador denominado T-760, si bien se hace un examen de las EPS en cuanto a la oportunidad, no existe un estudio que calcule la negación.

En los ranking 2016 a 2017 el posicionamiento de las EPS se efectuó teniendo en cuenta únicamente el número de días en que se tardaron las EPS en suministrar las tecnologías, y no la frecuencia en que incurrían en prácticas violatorias del derecho a la salud. En los ranking 2018 y 2019 en el indicador denominado T-760, se elaboró por cada criterio un listado de las Promotoras de acuerdo con el porcentaje de incumplimiento, de mayor a menor; sin embargo no se hizo una clasificación general de las EPS tomando en consideración el

⁷³ Tal como se corroboró en el auto 121 de 2019, auto que valoró el nivel de cumplimiento de la orden décima novena.

⁷⁴ Régimen subsidiado.

evalúo de las 14 conductas, para conocer cuáles son las entidades que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud.

100. Por otra parte, si bien el Ministerio y la Superintendencia realizaron una clasificación de entidades que van desde las más vulnerables a las menos vulnerables, esta se efectuó teniendo en cuenta otros lineamientos adicionales a las negaciones del derecho a la salud, como factores de calidad, financieros, interposición de quejas y reclamos, más no circunscribiéndose a los criterios específicos a los que se refiere la directriz vigésima.

101. Adicionalmente, la Sala evidenció que el Ministerio dispuso en su página web de un Observatorio en Salud y creó una aplicación móvil llamada ClicSalud, sin embargo, dichas herramientas no permiten consultar de manera sencilla el ranking de las EPS enfocado a las negaciones del derecho a la salud, además que el publicado es una especie de ranking de desempeño diferente al allegado a la Sala y está desactualizado.

102. Por otro lado, encontró que si bien se adoptaron medidas contra las EPS que han incurrido en prácticas violatorias del derecho a la salud estas no son suficientes para desestimular que se sigan presentando negaciones de servicios en salud a los que las personas tienen derecho.

103. En este contexto se reiterará el **nivel de cumplimiento medio** determinado en el auto 591 de 2016, en cuanto al ranking EPS, dado que no se ha logrado identificar de manera clara las prestadoras que: (i) niegan e imponen barreras administrativas en la prestación de servicios conforme al actual sistema de salud y, (ii) las que se encuentran en un rango crítico, de aceptabilidad y superioridad. Así como tampoco existe un instrumento puesto a disposición de los usuarios con información completa, actualizada y clara de las EPS que frecuentemente niegan servicios con el fin de que ejerzan su derecho a la libre elección.

IPS

104. En cuanto al ranking de prestadoras de salud, evidencia la Sala que el Ministerio y la Superintendencia generaron espacios de discusión en aras a estructurar el rango de estas entidades y se planteó la metodología de trabajo; no obstante, con los actores del Sistema no se discutió una propuesta final referente a la metodología para su construcción, por lo que los allegados a la Sala con información de 2016, 2017 y 2019 no fueron producto de una reunión de trabajo con las entidades que hacen parte del Sistema de Salud.

105. Así mismo, los ranking de IPS presentados solo evaluaron la oportunidad en la cita de medicina general y de urgencia triage II, dejando por fuera el universo de servicios y prácticas constitutivas de una violación del derecho a la salud por parte de las prestadoras. Por lo tanto, el posicionamiento de IPS presentado por el Ministerio y la Superintendencia no es un rango integral de conductas consideradas como vulneradoras de la prerrogativa fundamental a la salud.

106. Así mismo, en los rankings 2016 y 2017 más del 50% de las IPS no efectuaron el autoreporte, lo que implica que no obedezcan a la realidad del comportamiento de la totalidad de IPS frente a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud; adicionalmente, no se llevaron a cabo auditorías a las prestadoras para verificar la información.

107. A lo anterior se agrega, que no se definieron indicadores con el objetivo de identificar las prácticas vulneradoras del derecho a la salud.

108. Por otro lado, los ranking 2016, 2017 y en cuanto a la medición de oportunidad en cita de medicina general en el del 2019 hacen la identificación de las IPS a nivel departamental y no permite hacer un comparativo de las prestadoras en orden nacional.

109. Lo anterior lleva a la Sala a concluir que los ranking elaborados no permiten identificar las IPS que con mayor frecuencia niegan servicios de salud.

110. A lo expuesto debe agregarse que los ranking presentados a la Corte (2016, 2017 y 2019) no son conocidos por los usuarios ni tampoco por los actores del sistema, tal como lo hicieron ver los peritos constitucionales voluntarios los cuales conocieron el ranking con el traslado que les hizo la Sala de Seguimiento.

111. Por otro lado, evidencia la Sala que el ranking de IPS con información de 2018 no se allegó a esta Corporación. Por lo tanto, si bien fueron aportados a la Sala de Seguimiento los rankings 2016, 2017 y 2019, no se cumplió con la obligación de elaborar y presentar el ranking de IPS del año 2018, situación que no se encuentra justificada.

112. Por último, la Sala advirtió que no se indicaron las acciones pertinentes adoptadas contra las IPS que han incurrido en negación de los servicios de salud, así como las medidas específicas y concretas tomadas para garantizar el goce efectivo del derecho.

113. En virtud de lo expuesto se reiterará el nivel de **cumplimiento bajo** del acatamiento de la directriz vigésima en cuanto al ranking de IPS debido a que, aunque se adoptaron medidas, estas resultan inconducentes toda vez que no permiten conocer las IPS del país que con mayor frecuencia incurren en conductas vulneradoras.

Directrices a impartir

114. Teniendo en cuenta la calificación del cumplimiento respecto de los mandatos bajo estudio y, con el propósito de avanzar en la superación de las fallas estructurales que le dieron origen a la orden vigésima, se reiteraran las siguientes directrices al Ministerio de Salud y Protección Social, y a la Superintendencia Nacional de Salud impartidas en el auto 591 de 2016 y en la sentencia T-760 de 2008:

- (i) Establecer nuevos criterios de valoración que permitan identificar las EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud de acuerdo con el actual Sistema de Salud, con ocasión a los cambios introducidos por la Ley Estatutaria en Salud y la sentencia C-313 de 2014, los cuales deben atender las características específicas de cada uno de los regímenes. Lo anterior deberá realizarse a través de sesiones técnicas en las que participen los diferentes actores del sistema.
- (ii) Definir la posición de las EPS, especificando si se encuentran en un margen crítico, de alarma, aceptabilidad y superioridad.
- (iii) Elaborar un ranking de IPS que permita identificar a las prestadoras a nivel nacional que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, el cual debe contar con el universo de prestadoras. Para ello se deberá continuar con los espacios de trabajo con los actores del sistema en el que la metodología y los indicadores definidos sean producto de un consenso.
- (iv) Publicar en el sitio web del Ministerio, la Superintendencia de Salud y las promotoras de salud, el ranking anual de las EPS e IPS enfocado a las prácticas violatorias del derecho a la salud. Este reporte debe ser elaborado en un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población sin importar su grado de instrucción, debe ser el mismo al allegado a la Procuraduría, Defensoría y a esta Corporación, ser de fácil acceso⁷⁵ y estar actualizado.
- (v) Adoptar y reportar las acciones en contra de las IPS que han incurrido en prácticas violatorias del derecho a la salud, así como medidas concretas y específicas tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008,

III. RESUELVE

PRIMERO. Reiterar los niveles de cumplimiento de la directriz vigésima de la sentencia T-760 de 2008 determinados en el auto 591 de 2016, esto es, **medio en cuanto al ranking EPS y, bajo respecto al ranking de IPS**, por los motivos expuestos en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO. Reiterar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que:

- (i) Establezcan nuevos criterios de valoración que permita identificar las EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud de acuerdo con el actual Sistema de Salud, con ocasión a los cambios introducidos por la Ley Estatutaria en Salud y la sentencia C-313 de 2014, los cuales deben atender las características específicas de cada uno de los

⁷⁵ El enlace que lleve a esta información, debe estar visible en la página principal de las distintas entidades.

regímenes. Lo anterior deberá realizarse a través de sesiones técnicas en las que participen los diferentes actores del sistema. Para el acatamiento de esta directriz deberá allegarse a la Sala un cronograma de trabajo dentro de los 45 días siguientes a la notificación de la presente providencia y en un término máximo de seis (6) meses acreditarse resultados concretos de las sesiones efectuadas.

(ii) Determinen las EPS por rangos, especificando si se encuentran en un margen crítico, de alarma, aceptabilidad y superioridad.

(iii) Elaboren un ranking de IPS que permita identificar a las prestadoras a nivel nacional que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, el cual debe contar con el universo de prestadoras. Para ello se debe continuar con los espacios de trabajo con los actores del sistema en el que la metodología y los indicadores deben ser producto de un consenso. Para el acatamiento de este mandato deberá allegarse a la Sala un cronograma de trabajo dentro de los 45 días siguientes a la notificación de la presente providencia, y en un término máximo de seis (6) meses acreditarse resultados concretos de las sesiones realizadas.

(iv) Publiquen en el sitio web del Ministerio, la Superintendencia y las promotoras, el ranking anual de las EPS e IPS enfocado a las prácticas violatorias del derecho a la salud. Este reporte debe ser elaborado en un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población sin importar su grado de instrucción, estar acorde con el allegado a la Procuraduría, Defensoría y a esta Corporación, ser de fácil acceso⁷⁶ y estar actualizado.

(v) Adopten y reporten las acciones en contra de las IPS que han incurrido en prácticas violatorias del derecho a la salud, así como medidas concretas y específicas tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

TERCERO. Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este auto.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Ponente

ALEJANDRO LINARES CANTILLO
Magistrado
Con Salvamento parcial de voto

⁷⁶ Debe ser publicado en la página principal de las distintas entidades.

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General