

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008

### AUTO 1089 de 2022

**Referencia:** Valoración de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Ranquin de EPS e IPS.

**Magistrado Sustanciador:**  
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., tres (3) de agosto de dos mil veintidós (2022).

La Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 conformada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las órdenes generales establecidas 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 impartió una serie de mandatos dirigidos a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>1</sup>, con el fin de que se tomaran las acciones pertinentes para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados.

La sentencia estructural evidenció, entre otros problemas generales, la negación y demora en el suministro de servicios incluidos en el entonces POS<sup>2</sup>, práctica que para la Corte era una violación del derecho a la salud. En consecuencia, señaló que el Estado dejaba de proteger esta prerrogativa fundamental cuando permitía la obstaculización en el acceso a los servicios de salud a los que la población tenía derecho. De igual manera, encontró que no existía un recaudo y flujo adecuado de información que le permitiera a las personas ejercer su libertad de afiliación. En esa medida, resultaba imperante contar con datos suficientes para que los usuarios

---

<sup>1</sup> En adelante SGSSS.

<sup>2</sup> Plan Obligatorio de Salud.

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. Al respecto, indicó 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 aras de superar tales obstáculos, específicamente en la orden vigésima la Corte impartió al Ministerio de Salud<sup>3</sup> y a la Superintendencia Nacional de Salud<sup>4</sup> lo siguiente:

*“[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. En atención a lo expuesto, el Ministerio de Salud y la Superintendencia presentaron el 24 y el 30 de octubre de 2008, informes relacionados con dicha orden.

3. Asimismo, entre el 17 y el 28 de octubre de 2008, varias entidades privadas solicitaron su reconocimiento como grupo de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008. Como consecuencia, la Sala decidió correr traslado de los informes mencionados a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI- y al Proyecto Así Vamos en Salud, para que se pronunciaran sobre su contenido.

4. Mediante auto 044 de 2012, la Sala Especial de Seguimiento valoró el cumplimiento de la orden vigésima y encontró que respecto a la identificación de las EPS e IPS que incurrieran frecuentemente en prácticas violatorias del derecho a la Salud: (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 porque en ciertas ocasiones 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

---

<sup>3</sup> En adelante MSPS, Ministerio, cartera de salud y ente ministerial.

<sup>4</sup> En adelante Supersalud, Superintendencia y SNS.

el único indicador que debía considerarse en virtud de que no toda vulneración conllevaba a la interposición de la acción de amparo; (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 y; (e) las sanciones podían esclarecer las EPS e IPS que frecuentemente realizaban acciones violatorias del derecho, siempre que se identificaran las prácticas en que habían incurrido.

Adicionalmente, puntualizó que los informes no cumplían con los parámetros constitucionales señalados en la sentencia T-760 de 2008, dado que no individualizaban las prácticas violatorias del derecho a la salud establecidas en los capítulos 4º y 8º del fallo estructural. En consecuencia, la Sala insistió 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.”*

5. En esa medida, 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. De la misma forma, dispuso que en adelante los ránquines tendrían que realizarse anualmente y ser presentados 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 adoptaran las medidas necesarias a fin de que se cumpliera con lo establecido en la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

6. Las directrices impartidas fueron ratificadas mediante auto 260 de 2012, en el que se decretó el cumplimiento parcial de la orden vigésima y se ratificó la obligación dirigida al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud de seguir elaborando anualmente el ranquin 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<sup>5</sup>.

7. Mediante auto 412 de 2015, la Sala Especial de Seguimiento reconoció que los 14 parámetros establecidos en el auto 044 de 2012 no eran aplicables a las IPS debido a que sus funciones se relacionan con la prestación de servicios.

En consecuencia, convocó a los peritos constitucionales voluntarios para que determinaran si el número de prestadoras incluidas era suficiente y/o pertinente y definirían, de ser necesario, la metodología más apropiada para cumplir los objetivos del mandato teniendo en cuenta las restricciones manifestadas por el Ministerio y la Superintendencia, así como los parámetros definitivos para identificar las IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas. Igualmente, ordenó a estas últimas a emitir resultados respecto la implementación de la propuesta para la elaboración del ranquin de IPS.

8. Más adelante, por medio del auto 591 de 2016, la Sala Especial de Seguimiento valoró una vez más el cumplimiento de la orden vigésima en la que declaró un grado de acatamiento medio para el ranquin de EPS y bajo en relación con el de IPS.

Respecto al ranquin de EPS analizó el informe elaborado para la vigencia 2015<sup>6</sup> y el nuevo esquema de valoración a partir de la actualización de los 14 criterios vulneradores de cara a la Ley 1751 de 2015. Concluyó que este, se desarrolló atendiendo algunos parámetros de clasificación, que además de los criterios vulneradores establecidos por la Corte, incluyó otras dimensiones de medición (indicador financiero, indicador de calidad e indicador de peticiones, quejas y

---

<sup>5</sup> En el Auto 249 de 2013 la Sala llamó la atención de las autoridades concernidas para que presentaran un acatamiento pleno del fallo estructural.

<sup>6</sup> El cual se analizó conforme a los parámetros de negación de acceso al sistema.

reclamos -PQR-). Así, reconoció que era positivo añadir nuevas medidas de valoración<sup>7</sup>.

Sin embargo, consideró que aunque la categorización de los indicadores realizada permitía 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 plan se requieren con necesidad; la imposición de cargas administrativas o interrupciones abruptas en la atención en salud. Por consiguiente, estimó que la metodología presentada no establecía con claridad las promotoras que se encontraban en un rango crítico, o en estado de alarma, aceptabilidad y superioridad. Y tampoco cumplía con el objetivo de que su publicación fuese sencilla, didáctica y/o ilustrativa para los usuarios.

En lo referente al ranquin de IPS aseveró que la división de las prestadoras por categorías según el servicio y la percepción del usuario, no permitía distinguir cuántas y de qué tipo eran las violaciones al derecho a la salud que se presentaban.

Igualmente, afirmó que no existía un mecanismo adecuado para que los pacientes ejercieran de manera efectiva el derecho a la libre escogencia, teniendo en cuenta que la herramienta utilizada en su momento no resultaba de fácil acceso, y tampoco facilitaba la consulta de un ranquin de desempeño, debido a que era eminentemente comparativo.

En suma, la Corte profirió las siguientes directrices:

*“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 violatoria 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*

---

<sup>7</sup> Indicador financiero, de calidad y de peticiones quejas y reclamos.

*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).

9. Posteriormente, la Sala Especial de seguimiento mediante auto 358 de 2020 valoró el cumplimiento de la orden vigésima al efectuar el análisis de los ránquines de las vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019.

El análisis del ranquin de EPS se dividió en: (i) el estudio de las sesiones técnicas respectivas, (ii) el examen de los ránquines 2016, 2017, 2018 y 2019 de acuerdo con los criterios utilizados, la forma de clasificación y la determinación de las entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho fundamental, y (iii) la herramienta construida para su publicación.

En relación con las sesiones técnicas para la reconstrucción de los criterios de evaluación, la Corte consideró que no se dio cumplimiento a la directriz contenida en el auto 591 de 2016. Lo anterior, toda vez que de las reuniones llevadas a cabo no fue posible corroborar que se hubiese evaluado, medido y/o cuantificado adecuadamente los 14 criterios definidos por esta Corporación. En concreto, la Supersalud y el Ministerio no demostraron 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 ranquin.

Sobre los criterios de información empleados para los ránquines en estudio, la Sala vislumbró que no se actualizaron en atención a las variaciones ocurridas en el sistema como consecuencia de la expedición de la Ley 1751 de 2015, los parámetros de la sentencia C-313 de 2014 y lo considerado en el auto 591 de 2016. De manera que, los criterios no se adecuaron al nuevo sistema de exclusiones, se continuó con las referencias inexactas relativas al Comité Técnico Científico, tampoco se crearon parámetros referentes al sistema Mipres, ni se hizo una evaluación de las EPS en cuanto a la negación de los servicios.

En adición, ningún ranquin clasificó a las EPS dentro de un rango crítico, de alarma, aceptabilidad o superioridad. Aunque para la Corte, la clasificación efectuada en los años 2018 y 2019 estuvo cerca del objetivo al definir en orden descendente las promotoras que más realizaban prácticas vulneradoras según el número de casos y el total de datos reportados, incluir otros criterios desdibujó los

resultados de la medición. En consecuencia, para la Sala Especial de seguimiento las autoridades correspondientes no demostraron una intención real de seguir las directrices realizadas previamente por este tribunal para el cumplimiento de la orden vigésima. Especialmente, cuando los mismos inconvenientes ya habían sido advertidos cuatro años atrás en el auto 591 de 2016, sin evidenciarse avances significativos ni acciones concretas para superarlos.

Por último, en relación con la construcción de la herramienta para la consulta del ranquin de EPS, el Ministerio publicó el informe en la plataforma del Observatorio Nacional de Calidad, así como en la aplicación ClicSalud. No obstante, el enlace en la plataforma del Observatorio no fue de fácil acceso porque no estaba en la página principal de la cartera de salud y para acceder se debían seguir otros tres enlaces adicionales. Mientras que, para el aplicativo, únicamente era posible acceder a través de móviles inteligentes, dejando por fuera a la población que no usa esa tecnología. Por lo que, para la Corte los anteriores no se catalogaron como mecanismos idóneos y eficaces de consulta.

En la evaluación de las medidas adoptadas en relación con el ranquin de IPS, la Corte adelantó el análisis con los insumos allegados por las entidades correspondientes a los años 2016, 2017 y 2019. Para ello, dividió el estudio a partir de los criterios, la metodología, los datos y los resultados entregados.

La Sala observó que los únicos criterios que se tuvieron en cuenta para la medición fueron los de: (a) la oportunidad en cita de medicina general y (b) de urgencia *triage II*. Para la Corte los indicadores fueron insuficientes y dejaron por fuera 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 otros servicios que pueden medir el funcionamiento de las IPS, lo que dificultó revisar el universo de prácticas violatorias del derecho a la salud en que pueden incurrir las diferentes prestadoras.

Además, los datos obtenidos fueron entregados por las mismas IPS sumado a que varias prestadoras no presentaron ningún reporte, lo que afectó la confiabilidad y veracidad de la información. En efecto, se encontró que los ránquines no abarcaron la mayoría de las IPS habilitadas porque: (i) del indicador de oportunidad del *triage II* casi la mitad de las prestadoras no reportaron información, y (ii) en la oportunidad de cita de medicina general más del 80% de las IPS no registraron los datos. De modo que, se desconoció el comportamiento de aquellas IPS que no cumplieron con su obligación de efectuar el reporte.

Ahora bien, del análisis de las medidas adoptadas en relación con las entidades que incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, la Sala corroboró que si bien, la Superintendencia impuso sanciones económicas contra las EPS, dichas decisiones no desestimularon la negación de los servicios en salud a las que los usuarios tienen derecho. A su vez, no se probó que se adoptase ninguna acción sancionadora contra la IPS.

En ese contexto, reiteró los niveles de cumplimiento determinados en el auto 591 de 2016, esto es, medio en cuanto al ranquin de EPS y bajo respecto al ranquin de

IPS. Por lo anterior y con el propósito de avanzar en la superación de las fallas estructurales que le dieron origen a la orden vigésima, la Sala insistió en la ejecución de las siguientes órdenes al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud: (i) establecer nuevos criterios de valoración con ocasión a los cambios introducidos por la Ley 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014, 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 ranquin de IPS que permita identificar a todo el universo de prestadoras a nivel nacional que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud cuyos indicadores sean definidos por consenso con los actores del sistema; (iv) publicar en los sitios web del Ministerio, la Superintendencia de Salud y las promotoras de salud, el ranquin anual, además de ser allegado a la Procuraduría, Defensoría y a esta Corporación. Este debe tener un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población; (v) adoptar y reportar las acciones en contra de las IPS que han incurrido en prácticas violatorias del derecho a la salud, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Para ejercer el seguimiento de estas directrices la Sala ordenó allegar un cronograma de trabajo dentro de los 45 días siguientes a la notificación del auto de valoración, y en un término máximo de seis (6) meses acreditar los resultados concretos de las sesiones realizadas para la elaboración de cada ranquin.

10. El 5 de julio de 2021, la Superintendencia Nacional de Salud adjuntó el ranquin de EPS para la vigencia 2020.

Las auditorías se presentaron en 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 del plan de mejoras propuesto por cada vigilada y, (iii) se hizo una revisión de las prácticas señaladas en los capítulos 4° y 8° de la sentencia T-760 de 2008 y los autos 044 y 260 de 2012.

Para el ranquin de EPS de 2020, la SNS requirió información a 47 vigiladas y dispuso de dos bases de datos (autorizaciones / prestaciones, y quejas) en las que se especificó la estructura de cada uno de los campos de las bases y el instrumento de transmisión de archivos. Después, analizó de manera integral a las EPS, teniendo en cuenta los criterios establecidos en la sentencia T-760 de 2008 e indicadores por PQR, calidad, financiero y medidas especiales. Estudio que arrojó el siguiente resultado:

<b>Grupo</b>	<b>Régimen contributivo</b>	<b>Régimen subsidiado</b>
1 (vulnerabilidad baja)	Salud Mía	Mutual Ser*
	Aliansalud EPS	Comfaoriente
	Sanitas S.A.	COOSALUD S.A.*
		ASMET SALUD EPS
		Salud ESS Cajacopi Atlántico
2 (vulnerabilidad media)	Salud Total	Ecoopsos Savia
	Compensar EPS	Salud EPS SAS

	Suramericana EPS	Emssanar Capresoca
	Comfenalco Valle	Comfachocó
	Famisanar Nueva EPS S.A.*	Comfasucre
3 (vulnerabilidad alta)		Comfahuila
	Coomeva EPS	Comfanariño
	Servicio Occidental De Salud S.A. SOS	Capital Salud
		Comparta EPS-S
	Medimás EPS S.A.*	Comfaguajira
		Convida EPS

11. Posteriormente, tanto el Ministerio de Salud y Protección Social como la Superintendencia Nacional de Salud remitieron de manera independiente el cronograma de trabajo para llevar a cabo las actividades ordenadas en el auto 358 de 2020. Por lo anterior, mediante auto 689 del 20 de septiembre de 2021<sup>8</sup>, la Sala Especial les ordenó a ambas autoridades presentar de manera conjunta y en un solo documento, el cronograma de trabajo para cada uno de los ránkines, de acuerdo con lo dispuesto en los autos 591 de 2016 y 358 de 2020, en un término máximo de diez (10) días hábiles.

12. El 17 de septiembre de 2021 la Defensoría del Pueblo allegó a esta Corporación el XII Informe de Seguimiento respecto del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y sus correspondientes autos de seguimiento.

Sobre el ranquin de EPS indicó que, el Ministerio le informó que, con base en la información de tutelas de la muestra de 2020, así como del informe elaborado para la orden trigésima, las EPS que más vulneraban el derecho a la salud, son aquellas con el mayor número de tutelas, en su orden, Medimás EPS, Nueva EPS y Coomeva EPS. Por su parte expuso que la Superintendencia le reportó, que el último ranquin se encontraba en proceso de análisis con base en la información suministrada por 34 EPS, después de efectuar una auditoría en febrero y mayo de 2019, donde se evidenció que no hubo “cargue” de 20 EPS. En este sentido, informó sobre la imposición de sanciones administrativas contra promotoras de salud para la vigencia 2020 por infracciones relacionadas con medidas cautelares por valor de \$1.475.147.910,00.

12.1 En cuanto al ranquin de IPS, el Ministerio señaló que su elaboración más reciente tuvo en cuenta como fuente de información, el reporte del anexo técnico MCA195MOCA (reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud por IPS), en virtud de lo establecido por la Resolución No. 256 de 2016. Así, los indicadores fueron: (a) el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general y, (b) tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como *triage II* en el servicio de urgencias. Con base en ello, detectaron como las principales IPS vulneradoras, el Hospital San Juan de Dios<sup>9</sup>, el Hospital Emiro Quintero Cañizales<sup>10</sup> y la IPS Medicol SAS<sup>11</sup>.

12.2 Con la información descrita, la Defensoría del Pueblo concluyó que no ha

<sup>8</sup> Notificado el 8 de junio de 2021.

<sup>9</sup> El MSPS no especificó a que departamento o municipio corresponde.

<sup>10</sup> En el municipio de Ocaña.

<sup>11</sup> En la ciudad de Bogotá.

habido avances respecto a ninguno de los ránquines, pues el “*de EPS, no se ha realizado y el de IPS, no cumple con los parámetros establecidos por la Corte Constitucional*”. Como retrocesos evidenciados, destacó que del informe de IPS no se percibió la implementación de acciones específicas que promovieran el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud y que garantizaran su goce efectivo.

En específico, encontró que persistían los incumplimientos para el tiempo máximo de atención de urgencias en la clasificación de *triage* II, en las entidades territoriales de Bogotá, Quindío, Arauca y Vaupés, donde se evidenciaban tiempos superiores a 30 minutos. Adicionalmente, los departamentos de Quindío, Bolívar, Caldas, Valle del Cauca, Tolima, Risaralda, Archipiélago de San Andrés, Atlántico, Cundinamarca, Bogotá y Cesar, continuaban incumpliendo los tiempos de asignación para citas de medicina general.

También resaltó como obstáculo, que no todas las IPS remitieran la información para la elaboración del ranquin, lo que impidió contar con datos completos a nivel nacional.

13. El 27 de octubre de 2021, la Superintendencia allegó el cronograma remitido a la Corte y las sesiones realizadas a la fecha, incluida la propuesta de metodologías y su socialización en mesa de trabajo con delegaturas de IPS, aseguramiento y protección al usuario e innovación.

14. El 3 de noviembre de 2021, la Superintendencia informó que había recibido un total de 582.327 PQRD contra EPS e IPS por demora, negación y falta de oportunidad en servicios médicos. Se identificaron nueve entidades a las que se les aprobó planes de mejoramiento, cinco entidades en proceso de reiteración por no emitir respuesta, y trece entidades a las que no le fueron aprobados los planes de mejoramiento, y que se trasladaron a la delegada para investigaciones administrativas para las acciones de competencia.

15. El 10 de diciembre de 2021, la Procuraduría General de la Nación relató que la cartera ministerial<sup>12</sup> allegó informe de cumplimiento de la orden vigésima así: (i) entregó el cronograma de trabajo para la construcción de la propuesta metodológica de ranquin de IPS en los términos en que fue solicitado; (ii) realizó reunión de socialización de la propuesta con la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), y (iii) se encontraba en la primera etapa del cronograma.

16. El 18 de enero de 2022, el Ministerio y la Supersalud anexaron el cronograma conjunto para la realización de las sesiones técnicas y la creación de la nueva metodología para la elaboración de los ránquines de EPS e IPS en cumplimiento del auto 689 de 2021. El plan de trabajo presentado fue el siguiente:

*a) Ranquin de EPS*

---

<sup>12</sup> el 2 de noviembre de 2021









22. El 7 de junio de 2022, la Asociación de Pacientes de Alto Costo refirió que desde 2017 no había sido invitada a ninguna sesión técnica para establecer nuevos criterios de valoración de las EPS y las IPS. Asimismo, las reuniones a las que ha sido convocada, *“no estuvieron abiertos a escuchar y ajustar de acuerdo con las opiniones de los actores, y consideramos que fue más un formalismo para cumplir con el concepto de participación que en realidad querer construir variables de calidad y acceso al derecho de la salud para poder establecer clasificaciones”*. Además, señaló que no le fue posible acceder a los ránquines de EPS e IPS por ninguna de las páginas web del Ministerio o la Supersalud, únicamente encontrando publicado un ranquin de IPS de 2018<sup>13</sup>.

Sobre la metodología para el ranquin de IPS consideró que no se podía evaluar el desempeño de las prestadoras únicamente con el estudio de dos variables. Mientras que en relación con el ranquin de EPS de 2020 identificó que: (i) no todas las EPS reportan datos que no son confiables sobre servicios negados, (ii) no se tuvo en cuenta la variable de entrega de medicamentos a domicilio para pacientes con patologías de mayor riesgo para Covid-19 ni se midió la atención por canales virtuales durante la pandemia, (iii) no se incluyó un soporte de resumen de la ponderación de cada factor y el puntaje que tiene cada EPS para su ubicación en los percentiles, entre otros.

Por último, consideró que la Superintendencia no había tenido en cuenta los 14 criterios de vulneración al derecho a la salud para abrir investigaciones y emitir sanciones, pues únicamente contempló la viabilidad financiera de las EPS y no las vulneraciones en el acceso al servicio de salud.

23. El 8 de junio de 2022, la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social presentaron el informe de avance de los cronogramas para la elaboración de los informes de IPS y EPS de 2021.

Detallaron que el cronograma para el ranquin de EPS sufrió ajustes con ocasión de cambios en los indicadores propuestos y la solicitud de inclusión de otros que permitieran analizar de manera amplia a estas entidades. Con ello, se evidenció la necesidad de llevar a cabo un piloto de recolección de información, definir ajustes y la respectiva modificación. Como resultado, adjuntaron una nueva propuesta de actualización de actividades y etapas del cronograma.

24. El 14 de junio de 2022<sup>14</sup>, la Sala Especial de Seguimiento requirió a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación, y a los peritos constitucionales voluntarios. Asimismo, resolvió la solicitud de prórroga presentada por ACEMI.

25. El 5 de julio de 2022, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales -ACESI- dio respuesta a los interrogantes formulados por la Corte. Afirmó que no fue convocada para participar en ninguna sesión técnica para criterios de evaluación de EPS y/o IPS.

---

<sup>13</sup> Para ello, anexaron imágenes de pantalla de las búsquedas realizadas en ambas páginas web.

<sup>14</sup> Notificado el 23 de junio de 2022.

Del ranquin de las EPS adujo que este no establece si las entidades se encuentran en margen crítico, de alarma o aceptabilidad, *“no maneja la parte financiera ni es complementada con las EPS que presentan más tutelas, información que debería ser unificada con los informes emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo para así lograr una información más completa y real para el usuario”*. A pesar de ello, aseguró que el informe fue presentado en un lenguaje sencillo y comprensible y es de fácil acceso para el usuario. Sobre el ranquin de IPS se limitó a referir que este debería manejar *“información global y no establecerse en forma exclusiva una fuente de información”*.

Finalmente indicó que la labor sancionadora de la Superintendencia resultaba insuficiente, pues no se han ejecutado acciones ante reiteradas violaciones al derecho a la salud por varias de las EPS reflejadas en los informes de la Defensoría del Pueblo. Además, a su parecer, el sistema de PQR de la Supersalud es ineficiente y poco resolutivo a las necesidades del usuario.

## II. CONSIDERACIONES

### 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 1991<sup>15</sup>, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

### Metodología de la valoración

2. Para estos efectos analizará, de conformidad con los niveles de cumplimiento establecidos paulatinamente a partir del auto 411 de 2015<sup>16</sup> y lo mencionado por esta Sala en diferentes ocasiones, en relación con la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas<sup>17</sup>, las medidas reportadas por el ente ministerial, dirigidas a acatar las directrices impartidas en la sentencia estructural y los autos 044 de 2012, 260 de 2012, 591 de 2016 y 358 de 2020, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente.

---

<sup>15</sup> *“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.”*

<sup>16</sup> 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. También se hizo alusión en el auto 186 de 2018 dentro del marco de valoración de la orden vigesimocuarta, y el 470 A de 2019 dentro de la orden vigesimocuarta, entre otros.

<sup>17</sup> Cfr. autos 140 y 470 A de 2019.

3. Respecto de la metodología para determinar la observancia de las órdenes en el desarrollo de las labores de seguimiento, esta Corte ha indicado que es válida la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas<sup>18</sup>. Lo expuesto, sin perjuicio de que esta Corporación pueda valerse de los indicadores diseñados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.<sup>19</sup> Es preciso señalar que el empleo de niveles en el desarrollo del seguimiento que realiza esta Sala Especial no es óbice para que el Ministerio de Salud diseñe unos indicadores que contribuyan a medir la obediencia y la continuidad de la política pública, particularmente el impacto de la misma en el acceso real y efectivo a los servicios de salud.<sup>20</sup>

4. Con base en las anteriores precisiones, para el análisis de la directriz bajo examen, la Sala Especial (i) evaluará las medidas adoptadas en relación con el ranquin de EPS 2020; (ii) verificará el trabajo realizado a partir de las órdenes emitidas en el auto 358 de 2020 y 689 de 2021 para el ranquin de EPS 2021; (iii) revisará las medidas adoptadas en relación con el ranquin de IPS 2020; (iv) analizará el trabajo realizado a partir de las órdenes emitidas en el auto 358 de 2020 y 689 de 2021 para el ranquin de IPS 2021; (v) 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 (vi) valorará el cumplimiento del mandato vigésimo de la sentencia T-760 de 2008.

#### **(i) Evaluación de las medidas adoptadas en relación con el ranquin de EPS para la vigencia 2020**

5. Para la evaluación correspondiente se corroborarán la práctica de las sesiones técnicas respectivas, 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<sup>21</sup>.

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

<sup>18</sup> Sentencia T-388 de 2013; auto 008 de 2009; auto 373 de 2016.

<sup>19</sup> 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](https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf)

<sup>20</sup> 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.*

<sup>21</sup> De acuerdo con el estudio realizado en el auto 358 de 2020 de los ránquines de 2016, 2017, 2018 y 2019.

6. Mediante auto 591 de 2016<sup>22</sup> la Sala Especial de Seguimiento ordenó al Ministerio y la Superintendencia de Salud adelantar 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.

7. En particular, la Superintendencia Nacional de Salud indicó que para el acatamiento de dicha directriz realizó auditorías documentales a las EPS. Así, recolectó la información de conformidad con las bases de auto reporte de las EPS y verificó las prácticas contempladas en los capítulos 4 y 8 de la sentencia T-760 de 2008, “*a través de casos trazadores obtenidos de la información allegada por el vigilado mediante el requerimiento efectuado por esta Superintendencia*”. No obstante, no presentó ningún documento de soporte de la ejecución de dichas auditorías documentales para la recolección de información. Asimismo, este ejercicio únicamente se centró en datos para la elaboración del ranquin. Sin que se llevara a cabo ninguna mesa técnica tendiente a al debate y modificación de los criterios de evaluación para el ranquin.

8. Al revisar los pronunciamientos de los peritos constitucionales en relación con este mandato, Así Vamos en Salud no hizo referencia a ninguna participación de los actores del sistema para la elaboración del ranquin ni el desarrollo de mesas técnicas.

En términos similares, la asociación de Pacientes de Alto Costo expresó que la última vez que fue convocada para participar en una mesa técnica, fue en enero a mayo de 2017. Aseguró que en esa oportunidad, Minsalud y la Supersalud “*no estuvieron abiertos a escuchar y ajustar de acuerdo con las opiniones de los actores, y consideramos que fue más un formalismo para cumplir con el concepto de participación que en realidad querer construir variables de calidad y acceso al derecho de la salud para poder establecer clasificaciones*”.

9. Por lo tanto, es dable concluir que los actores del sistema no han sido convocados a sesiones técnicas en aras a determinar nuevos criterios de evaluación para el ranquin de EPS. En tal sentido, la Sala observa que a pesar del tiempo transcurrido desde la expedición del auto 591 de 2016, no se han realizado las sesiones ordenadas.

#### *(ii) Ranquin 2020*

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 ranquin de EPS.

---

<sup>22</sup> En el numeral tercero de la parte resolutive, en concordancia con el numeral 6.1 de las consideraciones.

*Criterios de información empleados*

10. El ranquin de 2020 utilizó los mismos criterios del ranquin de 2019, de cara a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud, tanto para las EPS del régimen contributivo como del subsidiado; como detalla la Supersalud en la siguiente tabla:

Criterios violatorios del derecho a la salud	Metodología	Fuente de información
Criterio 1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS	<p>Para evaluar la autorización, se realizó el cálculo entre las fechas de radicación de la solicitud (a partir del día siguiente) y la fecha de autorización del servicio. Para análisis de esta Superintendencia se calculó el número de casos que excedan 5 días calendario.</p> <p>Referente a la prestación del servicio, se realizó cálculo entre la fecha de autorización y la de prestación, para determinar aquellos casos que sobrepasaron los 90 días calendario, los no posfechados y los posfechados de acuerdo con el número de entregas posfechadas y sus fechas respectivas (Decreto 2106 de 2019).</p>	Base de datos autorizaciones/prestaciones <sup>23</sup>
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	<p>Para evaluar la autorización (respuesta), se calculó diferencia entre las fechas de radicación de la solicitud (a partir del día siguiente) y la fecha de autorización del servicio. Los tiempos de respuesta no deben sobrepasar los 2 días (a partir del día siguiente) de la prescripción para los servicios y población priorizados y para los servicios no priorizados, los 5 días calendario a partir de la prescripción. (Resolución 2438 de 2018 y modificatorias, Resolución 1885 de 2018 y modificatorias, Decreto 2106 de 2019).</p> <p>Referente a la prestación, se realizó el cálculo entre la fecha de autorización y la fecha de prestación, para determinar el incumplimiento dado por aquellos que sobrepasaron los 90 días calendario, los no posfechados y los posfechados de acuerdo con el número de entregas posfechadas y sus fechas respectivas.</p> <p>No se tuvo en cuenta los relacionados con listas UNIRS ni lo relacionado con Juntas Profesionales.</p>	Base de datos autorizaciones de servicios 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 ante el Comité Científico (CTC) Técnico	Se tomó como fuente el “ <i>archivo de información del registro negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS que serán enviados por las EPS o EOC</i> ”.	Base de datos reportada a la Superintendencia según Resoluciones 2064 de 2017 y 3539 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social

<sup>23</sup> Se da continuidad al proceso que viene surtiéndose desde el año 2013, la Superintendencia Nacional de Salud partiendo de las catorce (14) prácticas violatorias del derecho a la salud definidas por la Corte Constitucional ajustó la forma de verificar dichas prácticas, consolidando las bases de datos en dos (2) estructuras que permiten una visión integrada de la información, esto es, (i) una base de datos quejas y (ii) base de datos de autorizaciones y prestaciones.

<p>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</p>	<p>Diferencia entre la fecha de radicación de la solicitud (a partir del día siguiente) y la fecha de autorización del servicio para procedimientos, laboratorios o medicamentos. Se establece como hallazgo la autorización mayor a 5 días calendario.</p> <p>Para la prestación se calculó la diferencia entre la fecha de autorización del procedimiento, laboratorio o medicamento y la fecha de prestación efectiva del servicio de salud, cada una de manera independiente. Para procedimientos y laboratorios se establece como hallazgo la prestación mayor a 90 días calendario. Los no posfechados y los posfechados de acuerdo con el número de entregas posfechadas y sus fechas respectivas, y para medicamentos 30 días.</p> <p>Para el análisis se verificó el número de autorización frente a cada uno de los servicios (procedimiento, laboratorio y medicamento), para lo cual la entidad debía reportar de manera independiente cada uno de los servicios en la base establecida por esta Superintendencia. De esta forma, el análisis de la información contenida en esta base de datos buscó confirmar si los procedimientos que se encuentran en el Plan de Beneficios en Salud fueron prestados con sujeción al principio de integralidad.</p>	<p>Base de datos autorizaciones/ prestaciones</p>
<p>Criterio 5. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente</p>	<p>Diferencia entre la fecha de radicación de la solicitud ordenado por médico no adscrito a la red de la entidad (a partir del día siguiente) y la fecha de autorización del servicio. Se establece como hallazgo la autorización mayor a 5 días calendario.</p> <p>Para la prestación, se calculó la diferencia entre la fecha de autorización del servicio y la fecha de prestación efectiva del mismo, se establece como hallazgo la prestación mayor a 90 días calendario.</p>	<p>Base de datos autorizaciones/ prestaciones</p>
<p>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</p>	<p>Para el análisis, se realizó verificación entre la fecha de la prestación de la manutención versus la fecha de la prestación efectiva del servicio de salud. Se establece el hallazgo cuando existan fechas diferentes.</p> <p>Para el análisis de Transporte, se calculó diferencia entre la fecha de prestación de transporte y la fecha de prestación efectiva del servicio de salud. Para el análisis propio de esta Superintendencia se evidenció el hallazgo en las fechas diferentes<sup>24</sup>.</p>	<p>Base de datos autorizaciones/ prestaciones</p>

<sup>24</sup> Ver artículos 4, 6 y 10 de la Ley 1751 de 2015; artículo 11 de la Resolución 6408 de 2016; artículos del 23 al 26 de la Resolución 3951 de 2016, Sentencia T-317 de 2018 y Sentencia T-737 de 2018.

<p>Criterio 7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos</p>	<p>Para el análisis, se seleccionó de la base de datos los afiliados mayores de 18 años con diagnóstico de alto costo.</p> <p>Diferencia entre la fecha de radicación de la solicitud (a partir del día siguiente) y la fecha de autorización del servicio. Se establece como hallazgo la autorización mayor a 5 días calendario.</p> <p>Para la prestación, se realizó el cálculo de la diferencia entre la fecha de autorización y la fecha de prestación efectiva del servicio. Se establece como hallazgo la prestación mayor a 90 días calendario. Los no posfechados y los posfechados de acuerdo con el número de entregas posfechadas y sus fechas respectivas.</p> <p>Así, la medición de oportunidad en los términos establecidos en la ley para el caso concreto de alto costo (pacientes con cáncer, VIH/SIDA, enfermedad renal crónica y otras patologías consideradas catastróficas), contribuyó a determinar de forma precisa lo establecido por la Corte Constitucional en el criterio 7, que busca verificar el acceso a los servicios de salud oportunos, para el caso especial de personas con especial protección constitucional.</p>	<p>Base de datos autorizaciones/ prestaciones</p>
<p>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, cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación</p>	<p>Para el análisis de este criterio, se seleccionó de la base de datos los afiliados menores de 18 años.</p> <p><b>PBS (Anterior POS)</b></p> <p>Para evaluar la autorización, se calculó diferencia entre la fecha de radicación de la solicitud (a partir del día siguiente) y la fecha de autorización del servicio. Para análisis de esta Superintendencia se calculó el número de casos que sobrepasan 5 días calendario.</p> <p>Referente a la prestación, se realizó el cálculo entre la fecha de autorización y la fecha de prestación, para determinar el incumplimiento dado por aquellos que sobrepasaron los 90 días calendario. Los no posfechados y los posfechados de acuerdo con el número de entregas posfechadas y sus fechas respectivas (Decreto 2106 de 2019).</p> <p><b>NO PBS (Anterior No POS)</b></p> <p>Para evaluar la autorización (respuesta), se realizó el cálculo entre la fecha de radicación de la solicitud (a partir del día siguiente) y la fecha de autorización del servicio. Los tiempos de respuesta no deben sobrepasar los 2 días a partir del día siguiente de la prescripción teniendo en cuenta que es población priorizada.</p> <p>Referente a la prestación, se realizó el cálculo entre la fecha de autorización y la fecha de</p>	<p>Base de datos autorizaciones/ prestaciones</p>

	prestación, para determinar el incumplimiento dado por aquellos que sobrepasaron los 90 días calendario. Los no posfechados y los posfechados de acuerdo con el número de entregas posfechadas y sus fechas respectivas.	
Criterio 9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora	<p>Con el fin de evaluar la negación de servicios por barreras como el pago de cuotas moderadoras y la prestación de servicios limitada al pago de éstas, se tomó como insumo el cruce de las bases de datos de autorizaciones y quejas, con el objetivo de evaluar cobros para los servicios exentos. Lo anterior, teniendo en cuenta que la Sentencia T-760 de 2008, estableció como subregla constitucional que “Los pagos, además de ser razonables, no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud para quienes no tienen la capacidad económica de sufragarlos”.</p> <p>Esta metodología, permitió verificar el cumplimiento específico del artículo 7 del Acuerdo 260 de 2004 y el artículo 14 de la Ley 1122, en los que se señala a quienes no se les puede cobrar cuotas moderadoras o copagos. Es de aclarar que el mencionado Acuerdo tiene una jerarquía normativa superior a la Resolución 3512 de 2019, por lo que esta verificación, permitió comprobar si las entidades están creando barreras de acceso a los servicios, basadas en el cobro de cuotas a quienes no pueden y no deben sufragarlos. Y en el caso de la población gestante, se pudo verificar la existencia o no de barreras económicas a una población que también cuenta con especial protección constitucional.</p>	Base de datos autorizaciones/ prestaciones
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	<p>Se realizó análisis de frecuencias de los registros que se reconozcan con Licencia de Incapacidad, estableciendo como hallazgo el no reconocimiento de la incapacidad de licencia.</p> <p>El análisis de este criterio no aplica para las EPS del régimen subsidiado.</p>	Base de datos autorizaciones/ prestaciones
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	<p>Evaluación de los motivos expuestos para la negación de afiliaciones, generando un análisis de frecuencias de lo reportado en este campo y así, identificar los motivos de negación de afiliación relacionados con el hecho de tener un familiar que padezca una enfermedad catastrófica o de alto costo y sus respectivos porcentajes.</p> <p>Según los resultados obtenidos, de haber un valor mayor a 0%, la entidad se negaría a realizar afiliaciones por motivos relacionados con la existencia de un integrante del grupo familiar que posea una enfermedad catastrófica o de alto costo.</p>	Base de datos autorizaciones/ prestaciones
Criterio 12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la	Se filtraron los motivos de queja relacionados con la interrupción del suministro de salud por haber transcurrido un mes luego que la persona dejó de cotizar, para este caso sólo se tuvo en cuenta los motivos de quejas asociados a lo anterior, que	Base de datos autorizaciones/ prestaciones

persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.	estuvieran clasificadas en la modalidad de atención de urgencias.	
Criterio 13. Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo	<p>Se identificaron los copagos (cuotas de recuperación) cobradas a pacientes con diagnósticos de enfermedades de alto costo. Con lo que se logró identificar aquellos casos, en los cuales se efectuaron cobros o en efecto pagos, por parte de pacientes que cuentan con especial protección del Estado, y están exentos del pago de este tipo de prestaciones. Para el análisis de este criterio se tomaron como procedimientos trazadores la quimioterapia, la hemodiálisis, la diálisis y lo relacionado al diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.</p> <p>Se establece como hallazgo los casos cobrados siendo exentos por tratarse de servicios de alto costo.</p> <p>Esta metodología, permitió establecer el cumplimiento específico del artículo 7 del Acuerdo 260 de 2004 y el artículo 14 de la Ley 1122, en los que se señala a quienes no se les puede cobrar cuotas moderadoras o copagos. Es de aclarar que la jerarquía normativa del mencionado Acuerdo es superior a la Resolución 5857 de 2018, por lo que esta verificación permite comprobar si las entidades están creando barreras de acceso a los servicios, basadas en el cobro de cuotas a quienes no pueden y no deben sufragarlos. Y en el caso de la población gestante, se pudo verificar la existencia o no de barreras económicas a una población que también cuenta con especial protección constitucional. Aplica igualmente a poblaciones vulnerables de conformidad con el Decreto 4800 de 2011, que implementa la Ley 1448 de 2011</p>	Base de datos autorizaciones/ prestaciones
Criterio 14. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela	<p>Se filtraron los fallos de tutela que fueron asumidos por la entidad, se verificó que la entidad haya prestado el servicio de salud.</p> <p>Para los casos de traslados de afiliados con tutela previa, la entidad debía diligenciar en el ítem de fecha de fallo de tutela la fecha de afiliación. Si la fecha de fallo y de afiliación es igual, se entiende que la tutela es previa de otra entidad.</p>	Base de datos autorizaciones/ prestaciones

11. Al revisar los criterios empleados para el informe de 2020 la Sala observa que estos corresponden a los establecidos en la sentencia T- 760 de 2008 y, en los autos 044 y 260 de 2012. Ahora bien, se evidencian algunos ajustes con los años anteriores 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. No obstante, esta adaptación de la información no se presenta en todos los criterios que resultan insuficientes de acuerdo con la legislación actual, de manera similar a como se advirtió en el auto 358 de 2020.

En primer lugar, en los *criterios 1 y 2* la Supersalud continúa refiriéndose a la negativa de autorizar oportunamente servicios de salud incluidos y excluidos en el POS, cuando en virtud de la expedición de la sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1751 de 2015, el modelo de los planes de beneficios cambió a implícito. Esto es, que todos los servicios y tecnologías se deben considerar incluidos, salvo los expresamente excluidos por Minsalud. Por lo tanto, ya no existe la noción de servicios incluidos y no incluidos. Igualmente, cabe precisar que la denominación no es de servicios POS sino PBS, por lo que la terminología empleada en los *criterios 1 y 2*, debe ajustarse al actual SGSSS. En contraste con en el *criterio 8* que sí hace esa diferenciación entre POS y PBS, a pesar de que erróneamente hace alusión a servicios excluidos<sup>25</sup>. Adicionalmente, en el *criterio 2*<sup>26</sup> de manera confusa se advierte que la medición se hace respecto de la oportunidad de respuesta de servicios y tecnologías PBS no UPC (prescritos por MIPRES).

En conclusión, los criterios actualmente utilizados combinan sin exactitud las variaciones en el sistema derivadas de la ley estatutaria y la Resolución 3951 de 2016, siendo imperante su modificación para que, desde el rector de la política pública y los órganos de vigilancia no se siga generando confusión en los usuarios del sistema.

En segundo lugar, al igual que en informes anteriores, el *criterio 3* utiliza el concepto de servicios negados con el argumento de que las personas no presentaron la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-. Tal y como se advirtió en el auto 358 de 2020, este criterio debe ser reemplazado de manera que estudie posibles negaciones por la imposición de cargas administrativas innecesarias, como barreras en el acceso surgidas con ocasión de las autorizaciones efectuadas por las Juntas de Profesionales de la Salud.

En tercer lugar, la Sala encuentra que los *criterios 9 y 12* no serían aplicables al régimen subsidiado. El noveno, por cuanto tal régimen no exige el pago de cuota moderadora y el décimo segundo, dado que en este régimen no existe cotizaciones al sistema. Esta diferenciación, sí se hace correctamente en el *criterio 10*, pues para que una persona pueda estar afiliada en el régimen subsidiado no debe tener una vinculación laboral.

12. Bajo esa óptica, aunque se realizaron algunas modificaciones positivas en comparación a ránquines anteriores como la precisión de la terminología en algunos criterios, la Sala llega a la misma conclusión advertida en el auto 358 de 2020, según la cual, los criterios utilizados para la elaboración del ranquin no están acordes a las implicaciones del nuevo esquema del actual sistema de 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.

---

<sup>25</sup> La Ley 1751 de 2015 contempla un modelo de exclusión expresa cumpliendo lo señalado en la Sentencia C-313 de 2014. Todo servicio y tecnología que no esté expresamente excluido, se entiende incluido en el PBS.

<sup>26</sup> Indicador de criterios T-760 Supersalud: “El criterio 2 calcula la oportunidad de respuesta de MIPRES en días y se utiliza el estándar legal de 24 horas. Al igual que el criterio 1, se calcula la diferencia entre la brecha de oportunidad con el estándar legal de los casos que lo superan y la brecha de aquellos casos por debajo del estándar, ajustado por el total de registros”.

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

13. El auto 591 de 2016 ordenó identificar específica y numéricamente las prestadoras que en mayor medida incurrieron en prácticas violatorias del derecho a la salud y clasificar a las EPS dentro de los rangos críticos, de alarma, aceptabilidad o superioridad.

14. En su intervención, ACESI aseguró que el ranquin de EPS no cumplía con esta directriz. Por su parte, la asociación de Pacientes de Alto Costo advirtió que no todas las EPS allegan información y si lo hacen, reportan datos que no son confiables sobre servicios negados por lo que se debería clasificar en un nivel bajo a aquellas promotoras que no envían reportes o dejan criterios sin reportar. Tampoco se incluyó un soporte de resumen de la ponderación de cada factor y el puntaje que tiene cada EPS para su ubicación en los percentiles.

Así Vamos en Salud aseveró que los criterios para la medición y el cálculo para cada indicador de desempeño de las EPS en la atención al usuario y de desempeño financiero resultan confusos.

15. Para el ranquin de 2020, en cada criterio se clasificaron las EPS que incurrieron en prácticas violatorias del derecho a la salud; teniendo en cuenta los casos que superan el estándar, los datos reportados y el porcentaje de incumplimiento; de manera que fueron numeradas de acuerdo con el porcentaje de incumplimiento de mayor a menor. A continuación, con el fin de ilustrar lo descrito, se presentan las tablas utilizadas para el *criterio 1* relacionadas con las autorizaciones para ambos regímenes:

**Tabla 2A. Resultados Criterio 1 – Autorizaciones régimen contributivo**

No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Sura EPS S.A.	17.457.763	58.855.963	29,66%
2	Servicio Occidental de Salud SOS S.A.	46.888	2.674.071	1,75%
3	Nueva EPS S.A.	55.509	10.636.904	0,52%
4	Coomeva EPS	21.460	11.427.898	0,19%
5	Comfenalco Valle EPS	99	64.860	0,15%
6	Famisanar EPS	5.751	4.908.991	0,12%
7	Sanitas EPS	2.671	11.383.106	0,02%
8	Aliansalud EPS	293	1.305.451	0,02%
<b>TOTAL CRITERIO</b>		<b>17.590.434</b>	<b>101.257.244</b>	<b>17,37%</b>

**Tabla 2B. Resultados Criterio 1 – Prestaciones régimen contributivo**

No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Sanitas	365.939	3.432.251	10,66%
2	Salud Total	728.537	24.511.038	2,97%
3	Coomeva EPS	102.643	15.735.009	0,65%
4	Servicio Occidental de Salud SOS S.A.	9.997	2.589.991	0,39%
5	Nueva EPS	20.675	6.971.910	0,30%
6	Famisanar EPS	7.450	4.489.677	0,17%
7	Comfenalco Valle EPS	1	66.412	0,00%

8	Aliansalud EPS	16	1.291.240	0,00%
9	Compensar EPS	6	7.133.651	0,00%
<b>TOTAL CRITERIO</b>		<b>1.235.354</b>	<b>66.221.179</b>	<b>1,87%</b>

**Tabla 16A. Resultados Criterio 1 – Autorizaciones régimen subsidiado**

No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Comfanariño	122.101	174.304	70,05%
2	Savia Salud EPS	172.895	1.154.987	14,97%
3	Emssanar EPS	74.237	641.062	11,58%
4	Comfachocó	9.732	105.219	9,25%
5	Comfahuila	26.767	295.806	9,05%
6	AIC	12.698	264.053	4,81%
7	ASMET Salud	25.521	588.664	4,34%
8	CAJACOPI	47.608	1.413.585	3,37%
9	Medimas EPS	8.743	299.876	2,92%
10	Ecoopsos	11.920	470.451	2,53%
11	Comparta	265	46.137	0,57%
12	Nueva EPS	4.011	1.293.109	0,31%
13	Pijaos Salud EPSI	315	104.560	0,30%
14	Capital Salud	1.808	5.712.451	0,03%
<b>TOTAL CRITERIO</b>		<b>518.621</b>	<b>12.564.264</b>	<b>4,13%</b>

**Tabla 16B. Resultados Criterio 1 – Prestaciones régimen subsidiado**

No.	Entidad	Casos que superan el estándar	Datos reportados	Porcentaje de incumplimiento
1	Savia Salud EPS	32.648	183.270	17,81%
2	Comfanariño	1.805	26.130	6,91%
3	Comfahuila	10.931	166.238	6,58%
4	Emssanar EPS	22.748	402.327	5,65%
5	Ecoopsos	4.584	205.964	2,23%
6	Pijaos Salud EPSI	1.204	56.517	2,13%
7	Cajacopi	20.025	1.167.491	1,72%
8	Comparta	251	23.762	1,06%
9	Convida	1.819	177.274	1,03%
10	Asmet Salud	1.930	328.222	0,59%
11	Comfachocó	253	52.947	0,48%
12	Nueva EPS	2.128	629.913	0,34%
13	Medimas EPS	394	135.419	0,29%
14	Capital Salud	11.881	5.603.724	0,21%
15	Comfasucre	17	26.708	0,06%
16	Anas Wayuu EPSI	1	30.631	0,00%
<b>TOTAL CRITERIO</b>		<b>112.619</b>	<b>9.216.537</b>	<b>1,22%</b>

16. La Sala observa que se enlistaron las EPS teniendo en cuenta los tiempos promedio en relación con el porcentaje de negación. De la misma forma que el ranquin de 2019, en cada criterio definió en orden descendente las promotoras que más realizaban prácticas vulneradoras agregando el número de casos con el total de datos reportados, para contrastar cada EPS de acuerdo con su número de afiliados. Con ello, se presenta de manera sencilla el porcentaje de incumplimiento de cada una. Además, se muestra una clasificación final, que tiene como fuente el porcentaje de incumplimiento de las EPS para cada uno de los 14 criterios. Empero, no se presentó una categorización general respecto de las prácticas

violatorias del derecho a la salud que clasifique a las EPS dentro de los rangos críticos, de alarma, aceptabilidad o superioridad.

Como resultado, este ranquin se aproxima al objetivo de la orden vigésima, que es establecer las entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud. No obstante, al tomarse en cuenta otros criterios diferentes a aquellos que permiten determinar las EPS que más niegan los servicios de salud<sup>27</sup>, se desdibuja el objeto del ranking estipulado 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 los autos 591 de 2016 y 358 de 2020 al valorar esta directriz, indicaron que, aunque era positiva la iniciativa de incluir nuevas variables para efectos del cumplimiento del mandato vigésimo, los criterios deberían circunscribirse a los factores relativos a las violaciones del derecho a la salud.

Cabe agregar que la información presentada para este ranquin no es confiable. En efecto, las EPS presentaron reportes incompletos, de manera que algunas dieron datos para todos los criterios mientras que otras solamente para dos o tres<sup>28</sup>. Sin embargo, ni las tablas para cada criterio o el informe general dan cuenta de lo descrito. Ante esa situación, la Supersalud no hace ningún llamado de atención sobre las EPS que no allegaron lo solicitado, ni analiza cómo ello repercute en su clasificación general.

17. En ese sentido, para la Sala Especial se presentan pocos avances en lo que respecta al uso de indicadores, pues el ranquin de 2020 no 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, y que es la finalidad de la decisión vigésima de la sentencia T-760 de 2008. En específico, (i) implementa criterios inaplicables con la expedición de la Ley Estatutaria de Salud, (ii) incluye variables de medición que no se relacionan con la negación de servicios, y (iii) no garantiza la información completa en la presentación del reporte al no tener en cuenta en la medición la falta de datos de algunas EPS.

#### *Construcción de la herramienta para consulta del ranquin de EPS*

18. Desde el auto 260 de 2012, la Sala Especial ha insistido en que la información contenida en el ranquin debe ser pública, es decir, que el acceso a la misma ha de ser fácil y suficiente, en aras a que todos los habitantes del territorio, en especial los más vulnerable puedan hacer uso de ella.

---

<sup>27</sup> En el Anexo 1 del informe de la Supersalud vigencia 2020, se indicó que para esa anualidad los ámbitos desempeño se acopiaron en 5 indicadores: 1. Indicador de PQR, 2. Indicador de Calidad, 3. Indicador Financiero, 4. Indicador Criterios T-760 de 2008 e 5. Indicador de Medidas Especiales.

<sup>28</sup> Mediante informe sobre las acciones adoptadas en virtud de la orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento vigencia 2020, a folio 72 la SNS refirió: “El informe se realizó de acuerdo con las entidades que presentaron cargue exitoso de las bases de datos para análisis, sin embargo se observan criterios respecto de los cuales algunas entidades no reportan datos, hecho por el cual se presume un posible incumplimiento con la entrega de información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud, vulnerando así lo establecido en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 31 del Decreto 1485 de 1994”.

19. Por tal razón, la Corte ha indicado que (i) los informes se deben elaborar anualmente y ser remitidos a la Procuraduría y a la Defensoría del Pueblo antes del 30 de abril de cada año. (ii) Asimismo, que es obligación de las autoridades construir una herramienta adecuada, didáctica y con fines pedagógicos que permita la publicación actualizada del ranquin en sus páginas web, en términos sencillos para todos los usuarios del sistema, sin importar que no tengan conocimientos técnicos sobre la materia.

20. En relación con esta directriz, Así Vamos en Salud aseveró que el ranquin de EPS no está disponible de manera fácil en la página web de la Superintendencia de Salud.

21. La Asociación de Pacientes de Alto Costo presentó mediante capturas de pantalla, la búsqueda del ranquin en la página web de la Supersalud. A partir de ese ejercicio es posible vislumbrar las dificultades que conllevan la búsqueda del ranquin de EPS. Al respecto, afirmó que *“realmente no es fácil tener acceso a esta información, no es exactamente un ranquin de EPS e IPS, solo son bodegas de información con buscador y con mucha información e incompleta, por lo cual consideramos que no se ha llegado a cumplir el objetivo de informar a la ciudadanía”*.

22. Contrario a lo descrito, ACESI afirmó que ambas entidades cuentan con la información en su página web y es de fácil acceso.

23. Ahora bien, al revisar las páginas web de la cartera de salud y la Supersalud, se evidencia que la plataforma del Observatorio Nacional de Calidad en Salud no ha tenido modificaciones desde la valoración realizada en el auto 358 de 2020. Así, en el enlace *“Ordenamiento de EPS (Ranking)-ordenamiento desempeño que deben publicar las EPS en sus cartas de desempeño”*, la última publicación continúa siendo de un ranquin de 2018, con información de 2017 denominado *“Sistema de evaluación y calificación de actores: ranking de satisfacción EPS 2018 Oficina de Calidad”*<sup>29</sup>.

24. En consecuencia, la Corte llega a similares conclusiones que las advertidas en el último auto de valoración, y que se resumen así:

(i) El ranquin para la vigencia 2020 no se encuentra publicado en el sitio web de la cartera de salud. Tampoco fue allegado en el plazo establecido a la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación.

(ii) Los ránquines publicados en el sitio web de la cartera de salud están desactualizados. El último corresponde al año 2018, en el que se evalúa la labor de las EPS en 2017. En esa medida, los usuarios carecen de información actualizada de los últimos cuatro años sobre el comportamiento de las entidades promotoras de salud. En relación con la Superintendencia Nacional de Salud se evidencia que no se encuentra publicada información relacionada con el Ranquin de EPS.

---

<sup>29</sup> Revisión realizada el 30 de junio de 2022. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/Publicaciones.aspx>.

(iii) El Ministerio y la Superintendencia no han cumplido con la obligación de publicar en su página web una herramienta que permita a los usuarios consultar de forma sencilla el ranquin ordenado en la directriz vigésima.

(iv) El aplicativo móvil ClicSalud aunque sigue en funcionamiento, no ha sido actualizado desde el año 2017; además, sigue sin tener difusión y promoción suficiente para que los usuarios del sistema lo utilicen. Finalmente, tampoco se conocen otras campañas realizadas por el Ministerio y/o la Supersalud que presenten y/o publiciten la consulta del ranquin de EPS.

25. En suma, la Sala evidencia que, para el ranquin de EPS, el Ministerio y la Superintendencia no cumplieron con las órdenes emitidas en el auto 591 de 2016. En efecto, 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 Ley Estatutaria de Salud y la sentencia C-313 de 2014. Con tal omisión se continuaron desatendiendo las características específicas de cada uno de los regímenes para la realización de un ranquin de EPS enfocado a las negaciones del derecho a la salud.

Adicionalmente, el ranquin no ha sido publicado y/o actualizado en las páginas web u otros canales del MSPS y la SNS, ni se ha presentado de manera sencilla y accesible para los usuarios. Además, no tuvo la promoción suficiente de manera que resulte útil para los usuarios. Por consiguiente, desobedece la orden vigésima que pretende promover la libertad de escogencia con la presentación de información suficiente sobre el desempeño de cada una de las instituciones de salud y a su vez, incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho.

26. Como resultado, la Sala Especial reitera que la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social no acataron las órdenes dispuestas en los numerales cuarto y quinto de la parte resolutive del auto 591 de 2016, emitidas por esta Corporación desde hace más de cinco (5) años. Además, se observa que durante el transcurso de las últimas vigencias<sup>30</sup> no se han implementado medidas conducentes para avanzar en el nivel de cumplimiento medio decretado desde 2016.

**(ii) Verificación de los avances al cumplimiento del cronograma ordenado en los autos 358 de 2020 y 689 de 2021 para la elaboración del ranquin de EPS para la vigencia 2021**

27. Con el fin de examinar el avance en la ejecución del cronograma de EPS, primero se hará una descripción de las actividades y etapas presentadas hasta la fecha por la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social (ver *supra*, numeral 17).

---

<sup>30</sup> Ver ránquines 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020.

Posteriormente se desarrollará la evaluación del cumplimiento de lo ordenado en el auto 358 de 2020, con la revisión de los siguientes aspectos: a) cuándo se llevó a cabo cada etapa del cronograma, b) las entidades o actores que fueron convocadas, junto con los avances y resultados en cada etapa del cronograma, c) si la etapa no se ha surtido, las dificultades para su implementación y las medidas tomadas para superarlas, y d) sobre la remisión del ranquin de EPS, cuándo y a qué entidades se enviaron los informes, así como su publicación a los usuarios del servicio de salud.

(i) *Definición de nuevos criterios sobre prácticas vulneradoras del derecho a la salud*

(a) Socialización del auto 358 de 2020

28. La Supersalud llevó a cabo reunión de socialización del auto de valoración, el 13 de agosto de 2021, con la participación de representantes de 16 promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Para ello, la Dirección de Inspección y Vigilancia para las Entidades de Aseguramiento en Salud trató los siguientes temas: antecedentes, efectos de la sentencia, órdenes, acciones realizadas desde la dirección y posibles acciones a realizar.

29. La Superintendencia adjuntó la lista de asistentes y una presentación sobre la sentencia T-760 de 2008, que resume los avances respecto de cada orden de maneral general. Sin embargo, de los documentos allegados, no le queda claro a la Sala Especial la manera en que la Supersalud hizo referencia específica de las órdenes impartidas en el auto 358 de 2020 y las acciones a seguir para su cumplimiento.

(b) Revisión de las fuentes de información y selección preliminar de indicadores requeridos para la evaluación de las EPS.

30. Durante los meses de octubre y noviembre de 2021, realizó una propuesta preliminar de indicadores que podrían ser parte de la evaluación para la identificación de las EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud que fueron presentados en tres tablas:

*Tabla 1. Propuesta inicial indicadores compuestos para la medición del criterio de Oportunidad en la evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08*

<b>Indicador compuesto</b>
Oportunidad en la asignación de consultas médicas y odontológicas generales
Oportunidad en la asignación de consultas por otros profesionales de la salud
Oportunidad en la asignación de consultas médicas y odontológicas especializadas
Oportunidad procedimientos quirúrgicos ambulatorios y de alta complejidad programados
Oportunidad procedimientos quirúrgicos mayores y críticos
Oportunidad en la realización de imágenes diagnósticas Oportunidad en el inicio de tratamiento

*Tabla 2. Propuesta inicial indicadores compuestos para la medición del criterio de Integralidad en la evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08*

<b>Indicador compuesto</b>
Integralidad en la atención del binomio madre-hijo
Integralidad en la atención de PVVIH e hijos de madres VIH

Cobertura actividades promoción y mantenimiento de la salud
Integralidad en la atención de cáncer de mama
Integralidad en la atención de cáncer - Linfoma Hodgkin
Integralidad en la atención de cáncer - Linfoma No Hodgkin
Integralidad en la atención de cáncer - LLA Adultos
Integralidad en la atención de cáncer - Melanoma
Integralidad en la atención de cáncer de colon y recto
Integralidad en la atención de cáncer de cuello uterino
Integralidad en la atención de cáncer de estómago
Integralidad en la atención de cáncer de próstata
Integralidad en la atención de cáncer de pulmón
Integralidad en la atención de ERC y sus precursores
Integralidad en la atención de Artritis Reumatoide

Tabla 3. Propuesta inicial indicadores o variables planteados para la medición del criterio de Inconformidad en la evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08

Indicador o variable
PQRD presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud asociadas a la restricción en los servicios de salud
PQRD presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud asociadas a la deficiencia en la atención en los servicios de salud
PQRD presentadas ante las EPS asociadas a la restricción en los servicios de salud
PQRD presentadas ante las EPS asociadas a la deficiencia en la atención en los servicios de salud
Tutelas interpuestas ante la Corte asociadas a la restricción de los servicios de salud o a la deficiencia en la prestación de estos

Tabla 4. Propuesta inicial indicadores o variables planteados para la medición del criterio de accesibilidad a servicios complementarios en la evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) – Sentencia T760/08

Indicador o variable
PQRD asociados a negación por servicio de transporte para atención en un municipio diferente al de residencia
PQRD asociados a negación por servicio de alimentación para atención en un municipio diferente al de residencia
PQRD asociados a negación por servicio de estadía para atención en un municipio diferente al de residencia
Tutelas asociadas a negación por servicio de transporte para atención en un municipio diferente al de residencia
Tutelas asociadas a negación por servicio de alimentación para atención en un municipio diferente al de residencia
Tutelas asociadas a negación por servicio de estadía para atención en un municipio diferente al de residencia

31. Para cada variable se utilizaron criterios en términos de oportunidad e integralidad de la prestación del servicio de salud, además de los PQRD para la medición de “*inconformidad y accesibilidad a servicios complementarios*” por parte de los usuarios del sistema.

(c) Estructuración propuesta inicial “Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08”

32. El 9 de diciembre de 2021 la Supersalud allegó como propuesta preliminar, cuatro criterios a tener en cuenta para la evaluación de las EPS, en la que detalló la fuente de recolección de datos y la manera en que realizaría la evaluación correspondiente para cada uno. Asimismo, en documento posterior expuso los

mismos criterios, haciendo una breve definición de cada uno. Lo descrito, se sintetiza en la siguiente tabla que agrupa toda la información presentada:

Tabla 5. Propuesta inicial Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08

<b>Criterios</b>	<b>Definición</b>	<b>Fuente</b>	<b>Forma de evaluación</b>
<b>Oportunidad en la prestación de servicios de salud a grupos de riesgos priorizados</b>	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	i) Reporte información Circular Única ii) Cuenta de alto costo iii) Reporte de Resoluciones 256 y 4505 del MSPS	A través de la información reportada a la Supersalud por las EPS, en los Archivos Tipo de la Circular Única, reporte de indicadores de la Cuenta de Alto Costo e indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social, de las Resoluciones 256 de 2016 y 4505 de 2012 y sus modificatorias, se verifica la oportunidad en la prestación de servicios de salud a los usuarios de las EPS de grupos de riesgos priorizados por patologías, curso de vida o vulnerabilidad. En caso de que, los resultados en salud, y riesgos de la población asegurada cambien, es posible que las fuentes de información y los grupos priorizados varíen en el tiempo.
<b>Integralidad de la atención en salud de grupos de riesgos priorizados</b>	Se entiende por integralidad que el paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad, de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de tal forma que los pacientes reciban toda la atención necesaria, sin que haya que acudir al ejercicio de acciones legales de manera reiterada y prolongada en el tiempo para tal efecto.	i) Reporte información Circular Única ii) Cuenta de alto costo iii) Registro de tutelas y desacatos (Corte Constitucional)	A través de las rutas Integrales de Atención en Salud y Guías de Práctica Clínica establecen estándares de atención en salud que buscan obtener los resultados deseados en salud. Se realizará la evaluación a través de la información reportada a la Superintendencia por las EPS, en los Archivos Tipo de la Circular Única, y la Cuenta de Alto Costo teniendo en cuenta grupos de riesgos priorizados por patologías, curso de vida o vulnerabilidad Por otra parte, de acuerdo con el registro de tutelas y desacatos de la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo, se verificará la continuidad de los servicios de salud (desacatos)
<b>Inconformidades o denuncias de los usuarios frente a una no adecuada prestación del servicio a la salud<sup>31</sup>/Negación de servicios de salud<sup>32</sup></b>	Acciones presentadas por los usuarios donde se identifica la negación o no adecuada prestación del servicio de salud.	i) Informe trimestral de servicios de negados del MSPS ii) Reporte información Circular Única	Por medio del informe trimestral del Ministerio de Salud y Protección Social, que contiene el análisis de los servicios negados por las EPS, reportados a través de la Plataforma de Intercambio de información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y de las quejas interpuestas en la Superintendencia Nacional de Salud, se realiza el análisis del comportamiento de negación de servicios de salud por parte de las EPS a su población afiliada. Adicionalmente, se realizará un seguimiento específico a las negaciones de servicios de salud relacionadas con la atención de patologías de alto costo, a través de peticiones, quejas, reclamos y

<sup>31</sup> Informe de ejecución cronograma de EPS allegado el 10 de junio de 2022.

<sup>32</sup> Informe del 9 de diciembre de 2021

			denuncias presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, incluyendo el seguimiento efectuado, con el fin de determinar la prestación efectiva del servicio de salud requerido en pro de la garantía del derecho fundamental a la salud.
<b>Accesibilidad a servicios complementarios a la atención en salud (sitio de atención diferentes al de residencia)</b>	Posibilidad que tiene el usuario o cuidador para utilizar servicios complementarios (manutención o transporte) que se requieren para poder acceder a los servicios de salud de acuerdo con lo establecido por la normativa.	i) Reporte información Circular Única ii) Registro de tutelas y desacatos (Corte Constitucional).	A través de la información reportada a la Superintendencia por las EPS, en los Archivos Tipo de la Circular Única, con referencia a los servicios de salud que requieran manutención y/o transporte. Asimismo, mediante la medición de tutelas y desacatos relacionadas con manutención y/o transporte.

(d) Validación propuesta inicial “Criterios Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08”

33. Se trabajó mediante el “*proceso de Delphi*” consistente en: (a) una primera evaluación por parte del grupo de expertos, mediante un formulario que califica el nivel de pertinencia de cada criterio y cada indicador en una escala de 1 a 6, siendo 6 muy pertinente y 1 nada pertinente, (b) el análisis de resultados de la primera ronda, (c) retroalimentación de los resultados a los participantes, (d) una segunda evaluación por parte del grupo de expertos, mediante un segundo formulario en el que se reevalúan los criterios o indicadores que quedaron en una zona de duda en la primera ronda de evaluación, (e) el estudio de resultados de la segunda ronda y, (f) el ajuste a la propuesta de criterios a evaluar y preselección de indicadores o variables.

34. La validación con ambos grupos se llevó a cabo entre el 1º de marzo y el 24 de mayo del año en curso. Los equipos de trabajo se dividieron entre el Ministerio y la Supersalud, por un lado, y las EPS por el otro. Para el caso de la evaluación por parte de los grupos de trabajo del Ministerio y la Superintendencia, el proceso fue agotado hasta el tercer punto, toda vez que los resultados de evaluación de la primera ronda por parte de Minsalud y la Superintendencia mostraron que todos los criterios e indicadores eran pertinentes.

35. En el proceso de validación con los representantes de las EPS<sup>33</sup> se surtieron todas las etapas al encontrar impertinentes algunos criterios e indicadores presentados en la propuesta. En concreto, los de inconformidad y accesibilidad no cumplieron con las condiciones de aprobación. Dado que, de este último, ninguno de los cinco indicadores de medición propuestos cumplió con las condiciones para considerarlo aprobado por el grupo de expertos, que comprende la información disponible de PQR de la Supersalud y sentencias de tutela. Desde la primera fase, se optó por la eliminación temporal del criterio “*hasta que se tenga una*

<sup>33</sup> Contó con la participación de 49 personas que representaron a 30 de las 32 EPS que se encontraban activas en el momento de la aplicación. Dentro del análisis realizado, se consideró que los criterios e indicadores que no debían ser reevaluados eran aquellos en los que más del 60% de los participantes calificara con nivel de pertinencia 5 o 6 y adicionalmente su media de calificación fuese al menos 4,5.

*información disponible a partir de la cual puedan construirse indicadores más precisos para este criterio”.*

36. La Corte observa que, sobre este punto, no queda claro si se incluirá el debate de estos indicadores en la discusión de mesas de trabajo que permita llegar consensos sobre su definición, más allá de eliminar el criterio de accesibilidad para la elaboración del ranquin. Más aún cuando, según Minsalud y la Supersalud, este criterio comprende la *“posibilidad que tiene el usuario o cuidador para utilizar servicios complementarios (manutención o transporte) que se requieren para poder acceder a los servicios de salud de acuerdo con lo establecido por la normativa”*.

Para la Sala, el criterio de accesibilidad resulta relevante para la clasificación de las EPS porque mide la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS. Así, aunque no se consideran en sí mismos prestaciones médicas, posibilitan a los usuarios recibir el diagnóstico, acudir a las citas y realizar los exámenes que requieren, y en esa medida su ausencia puede llegar a afectar la materialización del derecho fundamental. Por consiguiente, no sería apropiada su eliminación sin antes realizar una mesa de trabajo en la que se pueda llegar a acuerdos en conjunto para su perfeccionamiento.

37. En la segunda ronda ninguno de los cinco indicadores propuestos del criterio de inconformidad cumplió con las condiciones planteadas para considerarse aprobados. Como consecuencia, el Ministerio y la Superintendencia estimaron conveniente establecer una mesa interna con los equipos de trabajo que determine si es importante la inclusión de ellos o no en la evaluación.

Sobre el particular, anunciaron que estas se realizarían entre el 31 de mayo y 7 de junio de 2022, sin que se hayan presentado los resultados de estas.

(ii) *Construcción de la metodología concertada para el establecimiento del nivel de vulneración del Derecho a la Salud por parte de las EPS*

(a) Acercamientos y mesas de trabajo con diferentes actores para la obtención de la información requerida para la evaluación de las EPS

38. La cartera ministerial y la Supersalud aseguraron que entre el 1º de marzo al 27 de abril del año en curso, convocaron a mesas de trabajo para solicitar la información relacionada con los indicadores de la Resolución 256 de 2016, indicadores de PEDT<sup>34</sup> e indicadores de Aihospital contigo<sup>35</sup>, *“en los cuales se aclararon dudas frente a la forma en la que estos fueron dispuestos, en la interpretación de estos y de algunas inconsistencias encontradas”*. Adicionalmente, la Superintendencia solicitó información y apoyo al Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (CAC) y sostuvieron una reunión con sus representantes el 18 de mayo de 2022.

<sup>34</sup> Indicador de Protección Específica y Detección Temprana.

<sup>35</sup> Aplicativo lanzado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2020, mediante el cual se busca que los ciudadanos conozcan las intervenciones en salud y se realice un seguimiento de procesos de promoción y prevención en los territorios.





		recolectada otras fuentes no disponibles)	Protección Social																	
3	<b>Implementación metodología para el establecimiento del nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS</b>	Primera medición del nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS (metodología de evaluación V1)	Superintendencia Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social	2																
		Remisión informe evaluación nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS.	Superintendencia Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social	1																
		Socialización resultados de la evaluación de las EPS (metodología de evaluación V1)	Superintendencia Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Promotoras de Salud (EPS)	0	<b>Se considera eliminar y presentar los resultados finales de la primera medición con los ajustes a la propuesta metodológica que se realice posterior a la socialización de esta.</b>															
		Segunda medición del nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS (metodología de evaluación V2)	Superintendencia Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social	2																
		Socialización resultados del nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS (metodología de evaluación V2)	Superintendencia Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Promotoras de Salud (EPS)	1																

\*Modificaciones en azul

(iii) *Evaluación*

41. Al analizar el desarrollo que ha tenido el cronograma para la elaboración del ranquin de EPS hasta la fecha, la Sala evidencia lo siguiente:

(a) Ejecución del programa en los periodos establecidos por Minsalud y la Superintendencia Nacional de Salud

42. Las actividades de socialización del auto 358 de 2020 y de revisión de fuentes de información y selección preliminar de indicadores, se concretaron en los tiempos establecidos en el cronograma. Empero, no se puntualizó la fecha de la estructuración de la propuesta inicial de los “Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08”. A partir de allí, la actividad de

validación dio inicio tres (3) meses por fuera de los tiempos establecidos y se ha extendido al menos tres (3) meses más, sin que se haya confirmado su culminación.

De igual forma, las actividades de (i) acercamientos y mesas de trabajo con diferentes actores para la obtención de la información requerida para la evaluación de las EPS, (ii) la estructuración de instrumentos - recolección de información y (iii) la gestión de la información disponible, se dieron entre marzo y mayo de 2022, cuando según lo dispuesto, debían cumplirse entre diciembre del año anterior a febrero del año en curso. Aunado a que, de la segunda etapa de ese grupo está pendiente la realización del piloto de recolección de información.

43. Paralelamente, no se dieron razones que justificaran los retrasos anotados en cada una de las actividades, tampoco las medidas adoptadas para superarlas. Si bien, es entendible que el cronograma esté sujeto a variaciones, lo cierto es, que siempre que haya demoras en el desarrollo de una actividad estas deberían ser advertidas a la Sala Especial, explicando las razones que llevaron a desconocer los tiempos previamente previstos. Alteraciones en el cronograma que, en todo caso, no tendrían por qué modificar el término de entrega de resultados establecido en el auto 358 de 2020.

(b) Autoridades participantes, avances y resultados

44. Sobre este aspecto, para la socialización del auto 358 de 2020, la revisión de fuentes de información, la selección preliminar de indicadores requeridos para la evaluación de las EPS y la estructuración de la propuesta inicial “Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T-760/08”, se sortearon los avances definidos en el cronograma sin contratiempos. La Corte anota que para la actividad de socialización no concertó la participación de todos los actores del sistema, en concreto se dejó por fuera a las asociaciones de usuarios. Tampoco se presentaron datos sobre las EPS que fueron convocadas y el listado de las promotoras ausentes en la reunión informativa.

45. Ahora bien, para la validación de la propuesta inicial de los “Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08” se implementó la técnica *Delphi* como metodología de investigación para la construcción de los criterios. Este método cualitativo se define como un proceso sistemático encaminado a la obtención de las opiniones y, si es posible, el consenso, de un grupo de expertos con tres características esenciales: anonimato, respuesta numérica y retroalimentación<sup>36</sup>.

46. Respecto de la aplicación práctica de este método, la Sala observa que, aunque el diseño del formulario para los expertos se rige bajo los términos del proceso, no sucede lo mismo con la selección de los participantes. De acuerdo con esta metodología<sup>37</sup>, el grupo de expertos debe seguir unos criterios de selección

<sup>36</sup> Landeta, J. El método Delphi, una técnica de previsión del futuro. Barcelona: Ariel S.A. Año 1999.

<sup>37</sup> Ortega F. El método Delphi, prospectiva en ciencias sociales a través del análisis de un caso práctico. Revista EAN No. 64: septiembre-diciembre de 2008 p.31-54.

como lo son: el nivel de conocimientos y experiencia, la capacidad predictiva, la afectación al objeto de investigación, el grado de motivación, el ámbito geográfico y la pertenencia al sector de referencia<sup>38</sup>. No obstante, únicamente fueron incluidos representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y de las EPS. No se convocaron a otros grupos relevantes como las asociaciones de pacientes, asociaciones gremiales y/o universidades que diversificaran y permitieran una participación más amplia.

Asimismo, para este proceso se contempló la división de los expertos en dos grupos. Por un lado, (i) los representantes del Ministerio y la Supersalud, y por el otro, (ii) los representantes de las EPS. El primer equipo aprobó los criterios en la ronda inicial, mientras que el grupo de las EPS generó discusión en torno a ellos, surtiéndose una segunda ronda, ideal en el método *Delphi* para incentivar una retroalimentación que logre facilitar la intercomunicación entre todos los miembros de expertos.

47. De acuerdo con estos resultados, se concluyó que era necesario revisar, mediante una mesa de trabajo con los equipos del Ministerio y de la Supersalud, aquellos indicadores que seguían en una zona de duda respecto a su inclusión en la medición. Esto teniendo en cuenta que, aunque inicialmente no se cumplieron las condiciones de aprobación propuestas, la mayoría de los participantes los consideraban pertinentes.

48. La Corte quiere hacer énfasis en que el método *Delphi* pretende valorar alternativas de decisión y llegar a un consenso sobre un tema indefinido, como lo es en este caso, los criterios de evaluación para el ranquin de EPS. En ese sentido, este debía agregar un análisis de variación entre tandas (grupo1/grupo2) que permitiese ver la variación global e individual del proceso y llegar a un nivel de estabilidad razonable entre ambos grupos<sup>39</sup>. Para la Sala, no resulta adecuado que la definición de los criterios se diera finalmente con la participación exclusiva de los equipos del Ministerio y la Superintendencia, se dejase de lado la metodología propuesta – *Delphi*- y se excluyera de participar una nueva ronda de discusión al equipo de las EPS, que al final fue el grupo que, desde la crítica y la experiencia, realizó aportes en la elaboración conjunta de los indicadores. Sobre todo, porque el objetivo que se planteó para la elaboración de los ránquines estaba dirigido a incentivar los escenarios de participación por medio de mesas técnicas.

49. La Sala Especial de Seguimiento reitera que “(...) *es indispensable tener en cuenta que la sentencia C-313 de 2014 la Corte Constitucional estableció que la participación a la que se refiere el Art. 12 implica que los agentes del sistema en el marco del modelo democrático cuentan con el derecho a participar de manera efectiva, continua, activa, fijar prioridades, evaluar resultados, participar en las decisiones sobre exclusión de servicios y tecnologías, participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud y, en fin, involucrarse ciertamente en los programas y estrategias propias del derecho a la salud*”<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Ibidem.

<sup>40</sup> Auto 591 de 2016.

50. En concordancia, este tribunal encuentra contradictorio que se presente el ajuste de la propuesta “Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T760/08”, cuando de acuerdo con lo informado por la Superintendencia<sup>41</sup>, aún no se ha llevado a cabo la mesa de trabajo para la concreción de los criterios no aprobados.

51. Finalmente, sobre la obtención de la información requerida para la evaluación de las EPS, se han consultado los insumos de acuerdo con los indicadores de la Resolución 256 de 2016, indicadores PEDT y los de Aihospital. Además de solicitar el apoyo del Fondo Colombiano de enfermedades de Alto Costo (CAC), sin que se haya notificado a esta Corte qué promotoras de salud u otras entidades y/o actores asistieron a las mesas de trabajo, la hoja de ruta para llevarlas a cabo o los resultados de cada una. Al no contar con la información descrita, la Corte carece de elementos para evaluar (i) la fiabilidad que se le ha dado a los insumos de acuerdo con los indicadores de la Resolución 256 de 2016, indicadores PEDT y los de Aihospital para recabar información, (ii) las particularidades de la colaboración prestada por el Fondo Colombiano de enfermedades de Alto Costo (CAC) para orientar el proceso, (iii) y la participación efectiva de otros actores del sistema de salud como elemento indispensable para la definición de los criterios.

(c) Actividades y etapas sin ejecutar, dificultades para su implementación y medidas tomadas para superarlas

52. El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud presentaron ajustes en la propuesta del cronograma teniendo en cuenta los retrasos previamente analizados en las actividades iniciales.

53. Mediante auto 358 de 2020 la Sala ordenó un término máximo de seis (6) meses para acreditar los resultados del cronograma y emitir el ranquin correspondiente.

54. En ese entendido, la SNS y el MSPS están obligadas a cumplir con el programa que de manera conjunta concertaron. La Corte considera que, en caso de haber tenido inconvenientes y/o retrasos en su implementación, era su deber notificar a la Sala Especial sobre las dificultades que tuvieron para adelantar cada actividad, así como las estrategias para sortearlas<sup>42</sup>. Por el contrario, la cartera ministerial y a la Supersalud optaron por guardar silencio sin solicitar una ampliación concreta del periodo inicialmente otorgado y se limitaron a excusarse en que el cronograma podía estar sujeto a modificaciones. Así lo señalaron al llegar el cronograma conjunto el 18 de enero de 2022, y lo reiteraron el 10 de junio, al presentar el informe requerido por la Corte.

---

<sup>41</sup> Informe Ejecución de Cronograma Evaluación EPS allegado por correo electrónico a la Sala el 10 de junio de 2022, pág. 17.

<sup>42</sup> De manera similar la Sala advirtió sobre la ausencia de reportes sobre el cumplimiento de la orden treinta en el Auto 440 de 2021. Ver numerales 49 a 52.

La Sala no encuentra justificación para el proceder de la cartera ministerial y la Supersalud, pues sin perjuicio de los cambios que pudiese sufrir el cronograma durante su implementación, era menester que las autoridades entregaran los resultados del ranquin en el término máximo de seis (6) meses, so pena de desatender diáfananamente el plazo otorgado.

55. Con todo, la Sala advierte que, a la fecha de recibir este informe de cumplimiento, esto es, el 10 de junio de 2022, las autoridades no habían superado ninguna de las etapas del cronograma del ranquin de EPS de lo que se deduce un incumplimiento de lo ordenado en el auto 358 de 2020.

56. En concordancia, es dable aclarar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que los escritos que eleva ante esta Sala, como el cronograma de actividades y sus modificaciones, no justifican de ningún modo que alguna de sus competencias en el cumplimiento de la orden vigésima quede suspendida o a la espera de una decisión de fondo de esta Corporación.

(d) Sobre la remisión del ranquin de EPS, cuándo y a qué entidades se enviaron los informes, así como su publicación a los usuarios del servicio de salud

57. Pese a que esta Sala encuentra comprensible la necesidad variar el cronograma, considera que estas deben supeditarse al cumplimiento del plazo concedido por esta Corporación. Lo anterior, so pena de incurrir en el incumplimiento de la directriz emitida por la Sala Especial de Seguimiento en la valoración de la orden vigésima. Particularmente, (i) la entrega anual del ranquin de EPS establecida desde el auto 044 de 2012<sup>43</sup>, (ii) la publicación para consulta de los usuarios del sistema de salud según lo dispuesto en el auto 591 de 2016<sup>44</sup>, y la remisión de copia a la Procuraduría y a la Defensoría del Pueblo de acuerdo con el auto 044 de 2012<sup>45</sup>.

58. La Corte continua a la espera de que la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social publiquen el ranquin de EPS 2021, inclusive cuando este debió haber sido allegado a esta Sala el 8 de diciembre de 2021<sup>46</sup>.

59. En este orden de ideas, la ejecución del cronograma para la elaboración del ranquin no ha alcanzado el objetivo de la orden vigésima, que es establecer las entidades promotoras que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias

---

<sup>43</sup> Primer numeral del resuelve. De manera anual a partir del auto 260 de 2012, según el numeral tercero de dicha providencia.

<sup>44</sup> Quinto numeral del resuelve en el que se especifica “[o]rdenar 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”.

<sup>45</sup> Directrices primera y segunda del resuelve según las cuales “[e]l 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 (...) Dicho ranking deberá ser allegado a estas entidades antes del 30 de abril de cada año”.

<sup>46</sup> Seis meses contados a partir de la notificación del auto 358 de 2020, el 8 de junio de 2021.

del derecho a la salud, debido a que: *(i)* no se valió de la participación de todos los actores del sistema de salud para la definición de los criterios de evaluación; *(ii)* ha sufrido demoras en la ejecución de cada una de sus actividades, restando más de siete (7) por cumplir hasta su culminación, sin que se haya completado ninguna de las cuatro (4) etapas establecidas; y *(iii)* no se han elaborado estrategias para publicar el ranquin de EPS 2021 durante el término dispuesto por la Corte Constitucional.

### **(iii) Evaluación de las medidas adoptadas en relación con el ranquin de IPS para la vigencia 2020**

60. Para el análisis de este ranquin, se verificará si se generaron espacios con los diferentes actores en aras de establecer un plan de trabajo con el fin de estructurar los indicadores que lo componen, para a continuación, evaluar los criterios, metodología, datos y resultados del mismo.

#### *(i) Definición de los indicadores y criterios de evaluación para el ranquin de IPS*

Mediante el auto 591 de 2016<sup>47</sup> la Sala Especial de Seguimiento ordenó al Ministerio y la Superintendencia de Salud definir un instrumento con indicadores específicos que pudiesen identificar las prácticas violatorias del derecho por parte de las IPS, así como, efectuar auditorías que permitieran la verificación en terreno de la información a través de diversos mecanismos de validación.

61. Sobre el particular, Así Vamos en Salud informó que fue partícipe de la mesa técnica para definir los criterios de evaluación el ranquin de IPS realizada en 2016. Empero, aseguró que dicha reunión fue informativa porque no se discutieron los criterios de evaluación. Posterior a ello, no hubo otras invitaciones.

Por su parte, la asociación de Pacientes de Alto Costo expresó que la última vez que fue convocada para participar en una mesa técnica fue de enero a mayo de 2017. Resaltó que de la misma manera que ocurrió con el ranquin de EPS, las autoridades no tuvieron en cuenta las inquietudes y/o sugerencias de los actores convocados. Sobre la metodología para el ranquin considera que la calificación debe hacerse específicamente por cada servicio habilitado, debido a que cada uno tiene variables de calidad diferentes de manera que se pueda establecer qué servicio es mejor en cada IPS. Igualmente, ACESI aseguró no haber sido convocada para la discusión y/o definición de indicadores para la elaboración del ranquin.

En resumen, desde la reunión realizada en 2017 con algunos de los actores del sistema, no se realizaron sesiones técnicas para definir los estándares de metodología.

#### *(ii) Criterios, metodología, datos y resultados de los ranquin de IPS 2020*

##### **(a) Criterios**

---

<sup>47</sup> En el numeral tercero de la parte resolutive, en concordancia con el numeral 6.1 de las consideraciones.

62. El ranquin de 2020 acogió el mismo grupo de indicadores de los últimos cuatro años, consistentes en evaluar la dimensión de acceso de las IPS respecto de oportunidad de cita de medicina general y de urgencia *triage II*, cuyos resultados fueron presentados en dos tablas. La primera consiste en un listado de las IPS de acuerdo a la oportunidad de cita de medicina general, y la segunda de un catálogo de acuerdo con la oportunidad de ingreso en urgencia *triage II*.

(b) Metodología y resultados

63. El posicionamiento de IPS se hizo en un listado que las muestra, de menor a mayor, de acuerdo con el resultado del indicador. Los datos utilizados para los dos indicadores tuvieron como fuente de información los reportes de las IPS al Ministerio conforme la Resolución 256 de 2016, sin que se presentara el anexo técnico de la información correspondiente.

64. El Ministerio indicó que para ambos listados las prestadoras se encuentran ordenadas por departamento. Sin embargo, las tablas no concretan esta información por lo que impide identificar a qué departamento pertenece cada IPS.

Lo descrito en contraste con los ránquines de 2016, 2017 y 2019 que mostraban una columna en la que relacionaban el departamento en el que se encontraba ubicada cada IPS. Igualmente, a diferencia de los informes de 2016 y 2017, lo que realmente muestra el listado es una clasificación a nivel general acorde con los resultados obtenidos de cada indicador (días para la asignación de cita de medicina general y minutos para atención en urgencias *triage II*).

(iii) Evaluación

65. La Sala observa que persisten las dificultades evidenciadas en el auto 358 de 2020. En concreto, los indicadores no evalúan el universo de prácticas violatorias del derecho a la salud en que pueden incurrir las diferentes prestadoras. Al respecto, la Corte reitera que la finalidad de la orden vigésima consiste en identificar a las IPS que con mayor frecuencia se niegan a proveer oportunamente servicios de salud para que los usuarios del sistema tengan de manera constante información que refleje con suficiencia la realidad del desempeño de las IPS y escojan con argumentos de calidad en el servicio. Sin embargo, este objetivo no se concreta con el ranquin presentado por la SNS y el Ministerio en la medida que:

66. En primer lugar, las mediciones seleccionadas para llevar a cabo el listado de IPS no cubren mínimamente con el propósito de evaluar la efectiva prestación de los servicios de salud en términos de oportunidad y calidad. Para obtener resultados fehacientes sobre el comportamiento de las prestadoras, resulta importante incluir otros indicadores de ponderación, como lo son, por ejemplo, las consultas de medicina general, odontología general y medicina especializada; así como los exámenes de laboratorio, imagenología, y otros procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los usuarios que corresponda para la especialización y servicios que presta cada IPS.

67. En segundo lugar, los listados no hacen ninguna comparación que determine el rendimiento de las IPS a nivel departamental o su posicionamiento en el orden nacional. La Sala insiste<sup>48</sup> que el informe allegado por el Ministerio apenas presenta una versión parcial del desempeño de dichas entidades y por tanto priva a los usuarios de tener anualmente una clasificación que mida las IPS que más incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud.

68. También debe destacarse como aspecto negativo, que a diferencia de informes anteriores, existe inclusive menos certeza sobre los datos obtenidos para la elaboración del ranquin. Aunque el documento afirma que estos se obtuvieron de información suministrada por las IPS, la cartera ministerial no presentó (i) el universo de entidades habilitadas para reportar, (ii) las entidades que reportaron, (iii) las entidades que reportaron información válida, y (iv) el porcentaje de entidades consideradas en el ranquin.

Ello conlleva, tal y como se anotó en el auto 358 de 2020, a que el registro no comprenda la totalidad de IPS y no reflejen el panorama real de su comportamiento dentro del territorio nacional. Es más, imprecisiones de ese tipo pueden promover interpretaciones erróneas para los usuarios, como por ejemplo; catalogar como las peores IPS, a entidades que sí reportaron información en contraposición con aquellas prestadoras que ni siquiera cumplieron con su obligación de efectuar el reporte respectivo.

69. Por último, la Sala no puede desconocer que la mayoría de los peritos refirieron que el ranquin de IPS no está disponible para la población en general. En efecto, se pudo verificar que este no ha sido publicado en ninguna de las páginas web del MSPS o la SNS, y en esa medida, resulta inoperante como herramienta informativa para que los pacientes ejerzan el uso efectivo del derecho a la libre escogencia.

70. Igualmente, este ranquin tampoco fue remitido a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, en contravía con lo ordenado por esta Corte desde el auto 260 de 2012.

La Defensoría del Pueblo<sup>49</sup> indicó que a 2022 “*no ha[bía] recibido los informes del ranquin de EPS e IPS correspondiente a los años 2020 y 2021*”. Por tanto, para emitir los informes de seguimiento tuvo que solicitar al Ministerio y a la Supersalud información sobre el cumplimiento de la orden vigésima. Así, la cartera ministerial le respondió que “*el ranquin de EPS estaba a cargo de la SNS (Delegada para la Supervisión Institucional), mientras el ranquin de IPS está a cargo de ellos (oficina de calidad). (...) la SNS se encontraba en proceso de construcción del ranquin de EPS y del informe correspondiente, pero que, con base en la información de tutelas muestra 2020 y del informe elaborado para el cumplimiento de la orden trigésima, las EPS con el mayor número de tutelas, en su orden, eran, Medimás, Nueva EPS y Coomeva*”. Por su parte, en la misma fecha, la Superintendencia le indicó que no podía allegar el ranquin, pues se encontraba en fase de elaboración.

---

<sup>48</sup> Ver auto 358 de 2020.

<sup>49</sup> Informe allegado mediante correo electrónico del 9 de junio de 2022.

71. Así las cosas, la Sala concluye que el ranquin de 2020 presenta un retroceso en comparación con años anteriores porque, además de las falencias identificadas por la Sala en valoraciones previas: (i) elimina datos relevantes de los listados por indicador, como el departamento al que pertenece cada IPS dificultando la interpretación de los datos presentados, (ii) carece de información concreta sobre el universo de IPS incluidas en el ranquin, las no incluidas y las que no reportaron al Minsalud, y (iii) el ranquin no está disponible en ningún canal físico y/o virtual para consulta de los usuarios y/o actores del sistema de salud.

**(iv) Verificación de los avances al cumplimiento del cronograma ordenado en los autos 358 de 2020 y 689 de 2021 para la elaboración del ranquin de IPS para la vigencia 2021**

72. Para corroborar el avance en la ejecución del cronograma, a continuación, se describen las actividades y etapas desarrolladas hasta la fecha por la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social (ver *supra*, numeral 17).

Para luego, analizar el cumplimiento de lo ordenado en el auto 358 de 2020, con la revisión de las siguientes cinco exigencias: a) cuándo se llevó a cabo cada etapa del cronograma, b) las entidades o actores que fueron convocadas, junto con los avances y resultados en cada etapa del cronograma, c) si la etapa no se ha surtido, las dificultades para su implementación y las medidas tomadas para superarlas, y d) sobre la remisión del ranquin de IPS, cuándo y a qué entidades se enviaron los informes, así como su publicación a los usuarios del servicio de salud (ver *supra*, numeral 32).

*(i) Socialización actores involucrados y validación de fuentes internas*

73. La etapa consta de una sola actividad, relativa al encuentro con las Asociaciones de Clínicas y Hospitales para la socialización del Auto 358 de 2020, que de acuerdo con el informe presentado para esta valoración se llevó a cabo el 13 de agosto de 2021.

En el encuentro “*se expuso que resultaba inadecuado realizar un Ranking de IPS en los términos planteados por la Corte Constitucional, toda vez que la elaboración de un ordenamiento de IPS debe estar estructurada en términos de calidad y segregar a dichas instituciones conforme a su nivel de acreditación, habilitación y nivel de atención, pues de lo contrario se elaboraría un “Ranking de Infractores” mas no de IPS, resaltando el sesgo conceptual que se tendría al momento de obtener la información. Dicha asociación, manifiesta de entrada que elaborar un Ranking a la luz de prácticas violatorias resultaría injusto para las IPS*”. Lo anterior fue considerado por el Ministerio y la Supersalud para realizar la metodología de estudio y análisis para la construcción del ranquin de IPS.

Acto seguido, en reunión del 21 de octubre de 2021, se procedió a la validación de fuentes internas del Ministerio que se resumen en: el informe de tutelas 2020, la selección en las cuales resulta accionada una IPS, la base de datos de registro

de medidas de seguridad impuestas a las IPS y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

(ii) *Identificación de Fuentes de información y prácticas vulneradoras*

74. Conforme al cronograma de trabajo entregado a la Corte Constitucional, esta etapa tiene un período de ejecución comprendido entre el 1 de febrero y el 30 de junio de 2022, motivo por el cual aún se encuentra en ejecución.

(a) Identificación de fuentes para el ranquin de IPS

75. Durante la revisión de fuentes, el Ministerio y la Supersalud concluyeron que la selección de indicadores debe caracterizarse por tener un carácter multidimensional, dadas las ponderaciones y el desempeño de los proveedores en cada indicador de calidad. Así, durante el proceso de validación de fuentes se encontró que los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, presentan las atenciones que un usuario del sistema recibe por parte de las IPS y las PQRD con motivos específicos que midan prácticas vulneradoras de salud.

(b) Identificación de prácticas vulneradoras del derecho a la salud de las IPS

76. El MSPS y la Superintendencia definieron que la vulneración al goce efectivo al derecho de la salud por las IPS debe entenderse como, “*la práctica en donde a un paciente durante las fases de promoción, prevención, atención de la enfermedad, rehabilitación de sus secuelas y paliación, haya presentado una inadecuada atención desde los elementos esenciales de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, esto es: oportunidad, efectividad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad*”.

77. En consecuencia, se planteó que las categorías para medir a las prestadoras de salud deben estar en el marco de los elementos esenciales mencionados, a los cuales le fueron agregadas subcategorías que permitieran ampliar el concepto y especificar lo que abordan, así:

Categoría	Subcategoría	Definición
<b>Disponibilidad</b>	Talento humano	Talento humano suficiente para atención en salud para la atención a los usuarios.
	Capacidad instalada	Capacidad instalada suficiente para la atención a los usuarios.
<b>Aceptabilidad</b>	Enfoque diferencial	Atención digna sin distinción de etnia, cultura, raza, género, ciclo de vida, población víctima de conflicto armado, población migrante, condición socioeconómica, nivel educativo, etc.
	Trato digno	Percepción del usuario o familiar frente a la atención brindada por el personal administrativo y asistencial, además, considerada como derecho de pacientes.

<b>Accesibilidad</b>	Acceso a los servicios de salud	Facilidad de acceso a los diferentes servicios de salud prestados por la IPS.
	Infraestructura	Infraestructura adecuada en los servicios de salud prestados por las IPS. Ejemplo: carencia o rampas en mal estado, estado de los baños, adecuación de las salas de espera.
<b>Calidad e idoneidad profesional SOGCS<sup>50</sup></b>	Oportunidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
	Seguridad	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
	Pertinencia	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Ahora bien, en relación con una de las subcategorías definidas en el componente de aceptabilidad, esto es, la de trato digno, la Sala estima pertinente aclarar que, si bien en principio podría advertirse allí un aspecto de subjetividad en este parámetro, aquél se desdibuja en la medida en que (i) la Ley 1751 de 2015 en el artículo 10, numeral f) refiere que esta figura se encuentra ligada al respeto de creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan los pacientes sobre los procedimientos; (ii) la sentencia C-313 de 2014 estableció que dicho derecho se aviene con el contenido fijado respecto a la aceptabilidad en la observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y (iii) que lo anterior, es congruente con lo preceptuado en el numeral 1.5 y 5.1 de la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, y con lo establecido en el principio 10 literal a) y el principio 11 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, lo cual deriva más en un lineamiento objetivo en virtud de ese marco normativo.

Sobre lo anterior, la Sala considera que para superar el aspecto de subjetividad que podría estar presente en la subcategoría de trato digno, el marco normativo antes mencionado, no impide que se pueda acudir al contraste con fuentes de información para su análisis, como, por ejemplo, la encuesta de validación de motivos de PQRD, realizada en el marco de la siguiente etapa.

<sup>50</sup> Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

*(iii) Construcción metodológica, técnica y operativa*

78. Sin dar por concluida la segunda etapa del cronograma, se inició la técnica del levantamiento de la información. Al respecto, el Minsalud y la Superintendencia encontraron necesario contar con un sistema de información en donde se consoliden las quejas de los usuarios en contra de la IPS. Para ello, se reunieron con siete entidades departamentales<sup>51</sup> y un miembro de una asociación de usuarios sin especificar<sup>52</sup>, con el objeto de conocer el manejo que le dan a las PQRD.

79. En los encuentros se realizaron las siguientes actividades: *(i)* definición de medidas de seguridad y sanción de IPS habilitadas asociadas a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud, *(ii)* reuniones para el estudio de la experiencia y validación de categorías con el fin de explorar el sistema de PQRD, y *(iii)* una encuesta de validación de motivos de PQRD, con el objetivo de identificar las prácticas vulneradoras del derecho a la salud en el marco de la prestación de servicios.

*(iv) Evaluación*

80. Con todo, al evaluar el desarrollo que ha tenido el cronograma para la elaboración del ranquin de IPS, la Sala observa los siguiente:

*(a) Ejecución del programa en los periodos establecidos por Minsalud y la Superintendencia Nacional de Salud*

81. Todas las actividades del cronograma han sido llevadas a la práctica en los términos dispuestos. Sin embargo, el tiempo estipulado para la elaboración del ranquin es de un (1) año y tres (3) meses, periodo que supera en creces al plazo otorgado por la Corte Constitucional.

*(b) Autoridades participantes, avances y resultados*

82. Sobre las autoridades participantes en cada actividad del cronograma, el Ministerio y la Superintendencia afirmaron que para la socialización del auto 358 de 2020 convocaron a las asociaciones de clínicas y hospitales. Empero, a diferencia de las demás actividades<sup>53</sup>, no presentaron los anexos que corroboraran estas reuniones. Además, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales -ACESI- afirmó no haber participado en ninguna mesa técnica y/o encuentro reciente.

---

<sup>51</sup> Se consolidó la participación de los departamentos del Cesar, Valle del Cauca, Meta, Huila, Amazonas, Arauca y de la ciudad de Bogotá.

<sup>52</sup> Informe Ejecución de Cronograma *Ranking* de IPS, remitido por correo electrónico el 10 de junio de 2022, pág. 11.

<sup>53</sup> Para las etapas de identificación de fuentes de información y prácticas vulneradoras, y construcción metodológica, técnica y operativa; el Ministerio y la Supersalud allegaron los anexos correspondientes para cada actividad realizada con las Secretarías de Salud de los entes territoriales participantes.

83. Ahora bien, en cuanto a la identificación de fuentes de información y prácticas vulneradoras, así como la construcción metodológica de los indicadores, se han realizado diversos encuentros para: (i) la revisión de literatura, (ii) el estudio de fuentes del Minsalud y fuentes externas, (iii) la definición de las categorías y subcategorías sobre PQRD, (iv) la presentación de encuestas de motivos de PQRD de las prácticas vulneradoras de las IPS, y (v) el sistema de información de PQRD y clasificación por parte de las entidades territoriales.

84. La Corte debe precisar que el análisis descrito es de vital importancia, pues por años ha insistido que este proceso debe contar con la participación de representantes de clínicas y hospitales, agremiaciones, usuarios, academia e instituciones privadas. Sin embargo, únicamente observa la inclusión de un número reducido de representantes de entidades territoriales para las mesas de trabajo, aun cuando en el cronograma se anota que la Asociación de Clínicas y Hospitales y Centros de Pensamiento (Academia) harían parte como actores involucrados.

85. La Sala reitera que la labor de la elaboración del ranquin no debe estar limitada a recibir datos. En el caso del MSPS, como responsable de la política pública, le corresponde tomar medidas conducentes para garantizar un acceso efectivo de los derechos de la salud de los usuarios; y la Supersalud con los datos recogidos sobre las prácticas vulneradoras de las IPS, está obligada adoptar las medidas correspondientes.

86. Con todo, y para materializar de manera efectiva la orden vigésima, la Supersalud y la cartera en salud no aclararon en su informe de avance las razones metodológicas para incluir únicamente la participación reducida de un número concreto de entidades territoriales dentro de estas mesas de trabajo. Para la Sala hubiese sido más fructífero contar con la participación de todas las Secretarías de Salud del país en representación de cada ente territorial, ACESI y/o otras asociaciones y gremios, así como miembros de la academia.

*(c) Actividades y etapas sin ejecutar, dificultades para su implementación y medidas tomadas para superarlas*

87. El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud no han presentado ajustes a la propuesta del cronograma. Actualmente se encuentran al día en el cumplimiento de cada una de las actividades que la componen. Sin perjuicio de lo anterior, no han presentado argumentos que sustenten la amplitud de dicho calendario de trabajo en contra posición con lo ordenado por la Sala Especial de Seguimiento en el auto 358 de 2020, como se profundizará a continuación.

*(d) Sobre la remisión del ranquin de IPS, cuándo y a qué entidades se enviaron los informes, así como su publicación a los usuarios del servicio de salud*

88. La Corte advierte que el cronograma presentado no cumplió con los estándares establecidos en el auto 358 de 2020. En concreto, la Sala ordenó al

Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud en el ordinal (iii) del numeral segundo del resuelve, lo siguiente:

*“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”.*

89. De la información allegada, se observa que desde que el auto 358 de 2020 fue proferido y notificado<sup>54</sup>, el MSPS y la Superintendencia no han dado por concluidas las etapas del cronograma de ranquin de IPS. Por el contrario, el cronograma presentado duplicó el tiempo concedido por esta Corporación para la elaboración del ranquin, extendiendo los términos exigidos hasta por nueve (9) meses más. Esto, al disponer como fecha de publicación del informe 2021, el mes de diciembre del año en curso.

90. En consecuencia, la Sala encuentra que no se ha dado cabal cumplimiento a esta directriz. En lo atinente, se observa que se han creado espacios de trabajo con algunos actores del sistema para crear una metodología e indicadores definidos dentro de los parámetros del consenso. A pesar de ello, (i) para dichos espacios no se convocó a todos los agentes del sistema. (ii) Se incumplió con el plazo máximo de seis (6) meses ordenados por la Sala de Seguimiento para esa labor. Es más, el cronograma abiertamente supera los términos dispuestos por la Corte sin que se hayan considerado estrategias u otro tipo de actividades que permitieran acomodarse dentro del periodo ordenado. (iii) Tampoco se ha publicado el ranquin de IPS que permita identificar a las prestadoras a nivel nacional que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud. (iv) Por último, se desconoce la manera en que se publicará el ranquin en el sitio web del Ministerio y la Superintendencia de Salud.

**(v) 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**

*EPS*

91. Al revisar el ranquin de EPS 2020, la Sala observa que la Superintendencia Nacional de Salud impuso 25 sanciones y cuenta con 13 investigaciones en curso en contra de las entidades que incurrieron en prácticas violatorias del derecho a la salud por (i) incumplimiento de las EPS respecto a la obligación de entregar los registros trimestrales sobre negación de servicios al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud y (ii) negaciones injustificadas de procedimientos y PBS, determinadas luego del análisis de la información remitida trimestralmente por cada EPS. En virtud de los anteriores motivos, la Supersalud impuso multas a las EPS por los siguientes valores:

---

<sup>54</sup> El auto fue notificado el 28 de junio de 2021.

<b>Vigilado</b>	<b>Valor de la multa</b>
Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira “DUSAKAWI A.R.S.I.”	\$43.890.150
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	\$43.890.150
Asociación Mutual Ser Empresa	\$131.670.450
Coomeva EPS. S.A.	\$1.053.363.600
Coomeva EPS. S.A.	\$763.688.610
Caja de Compensación Familiar de Cartagena “COMFAMILIAR CARTAGENA”	\$263.340.900
Famisanar LTDA.	\$175.560.600
Medimás EPS S.A.S. Subsidiado	\$219.450.750
Medimás EPS S.A.S. Subsidiado	\$526.681.800
Coomeva EPS. S.A.	\$245.784.840
Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Solidaria de Salud Comparta Salud LTDA. “ESS COMPARTA”	\$1.141.143.900
Cruz Blanca Entidad Promotora de Salud S.A.	\$43.890.150
Caja de Compensación Familiar de Cartagena “COMFAMILIAR CARTAGENA”	\$193.116.660
Caja de Compensación Familiar de la Guajira Comfaguajira	\$87.780.300
Nueva Empresa Promotora de Salud S.A.	\$324.787.110
Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Solidaria de Salud Comparta Salud Ltda. “ESS COMPARTA”	\$94.802.724
Nueva Empresa Promotora De Salud S.A.	\$877.803.000
Caja de Compensación Familiar de Cartagena “COMFAMILIAR CARTAGENA”	\$105.336.360
Caja De Compensación Familiar de Boyacá - Comfaboy	\$57.057.195
Coomeva EPS. S.A.	\$263.340.900
Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Solidaria de Salud Comparta Salud Ltda. “ESS COMPARTA”	\$43.890.150
Asmet Salud EPS SAS	\$105.336.360
Caja De Compensación Familiar De Sucre - Comfasucre	\$65.835.225
Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca	\$52.668.180
Medimás EPS S.A.S. Subsidiado	\$438.901.500
<b>TOTAL</b>	<b>\$7.363.011.564</b>

92. De la misma forma, adoptó medidas cautelares de cesación provisional de las acciones que pusieron en riesgo la integridad física o la vida de los pacientes, así:

<b>Resolución</b>	<b>Entidad</b>	<b>No. de PQRD</b>	<b>Estado investigación</b>
695 del 20 de febrero de 2020	Coomeva EPS	197	Investigación administrativa contra Coomeva EPS S.A.S.
696 del 20 de febrero de 2020	Medimás EPS SAS	93	Investigación administrativa contra representante legal
2018 del 17 de abril de 2020	Coomeva EPS	3.861	Sanción en notificación
2019 del 17 de abril de 2020	Medimás EPS SAS	7.248	Investigación. Modificación en notificación.
2023 del 20 de abril de 2020	Comparta	579	Sanción
2024 del 20 de abril de 2020	Savia Salud	327	Sanción en notificación
2025 del 20 de abril de 2020	Convida	1.952	Sanción
2048 del 21 de abril de 2020	Ambuq	568	Sanción en notificación
8972 del 17 de julio de 2020	Ambuq	143	En estudio para inicio de investigación administrativa sancionatoria
8973 del 17 de julio de 2020	Capital Salud	755	En estudio para inicio de investigación administrativa sancionatoria
8974 del 17 de julio de 2020	Coomeva	3.637	Proyecto de apertura de investigación en revisión
8975 del 17 de julio de 2020	Emssanar	68	N/A
8976 del 17 de julio de 2020	SOS	523	En estudio para inicio de investigación administrativa sancionatoria
8977 del 17 de julio de 2020	Savia Salud	3.761	Proyecto de apertura de investigación en revisión
8978 del 17 de julio de 2020	Convida	822	Proyecto de apertura de investigación en revisión
8979 del 17 de julio de 2020	CCF Cartagena	69	Proyecto de apertura de investigación en revisión
8980 del 17 de julio de 2020	Medimás EPS SAS	2.772	En estudio para inicio de investigación administrativa sancionatoria

93. 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 incurriendo en tales conductas, como dan cuenta las acciones de amparo que reclaman tecnologías PBS al ser la primera causa por la que se radican el mayor número de tutelas en el país con un 66%<sup>55</sup>; lo que conlleva a la Sala a concluir, al igual que en el auto 358 de 2020, que las

<sup>55</sup> Ver auto 440 de 2021 que valoró el cumplimiento de la orden trigésima, considerando 31.

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.

### *IPS*

94. En cuanto a las medidas adoptadas en contra de las IPS que de manera injustificada han negado servicios y tecnologías, la Sala Especial llega a la misma conclusión que en el auto 358 de 2020. En efecto, encuentra que no se han reportado acciones por parte de la Superintendencia, debido a que en el informe de 2020 no se indica ninguna medida adoptada para proteger el derecho a la salud de sus usuarios frente a las prácticas violatorias de las prestadoras.

### **(vi) Valoración de la orden vigésima en relación con los ránquines de EPS e IPS**

95. De acuerdo con la metodología de evaluación fijada paulatinamente desde el auto 411 de 2015<sup>56</sup>, la Sala procederá a determinar: (i) las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud respecto del seguimiento realizado a la orden vigésima; (ii) su conducencia y, (iii) los resultados y avances obtenidos.

### *EPS*

96. En la sentencia estructural se dispuso que el Ministerio de Salud y la Superintendencia debían adoptar las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud que con mayor frecuencia se negaban a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Para ello designó la elaboración de un ranquin que clasificara porcentualmente de mayor a menor a aquellas que menos niegan servicios sucesivamente hasta llegar a la EPS que a partir de la evaluación correspondiente registrase más reportes negativos.

97. En particular, la Sala evidencia un retroceso en el cumplimiento del mandato vigésimo.

98. En la valoración realizada mediante el auto 358 de 2020 la Sala Especial reiteró lo dispuesto en el auto 591 de 2016. En concreto, identificó que, aunque las autoridades habían adoptado medidas para identificar las entidades promotoras de salud que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias al derecho a la salud, los avances frente a 2016 no eran significativos. En esa medida, emitió órdenes específicas para progresar en el perfeccionamiento del ranquin de EPS, de manera que, al mediano plazo fuese posible obtener resultados dirigidos a superar la falla estructural.

99. Una vez cumplido el término otorgado, la Sala Especial de Seguimiento concluye que las directrices impartidas en los últimos dos autos de valoración, no

---

<sup>56</sup> Cfr. Considerando 15.

han sido acatadas por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

100. En primer lugar, se observa que a pesar que las autoridades contaron con cinco (5) años para avanzar en la ejecución de este mandato, el ranquin de 2020 presenta las mismas deficiencias identificadas en los autos 591 de 2016 y 358 de 2020.

101. Particularmente, se emplearon los mismos criterios de evaluación de los ránquines de 2017, 2018 y 2019. Esto es, los parámetros determinados desde la sentencia T-760 de 2008 con indicadores generales y globales, los cuales no reflejan los cambios establecidos por la Ley Estatutaria de Salud. Además, el ranquin no ha sido difundido en ninguna de las páginas web del Ministerio o la Supersalud donde continúa publicado un informe de desempeño desactualizado<sup>57</sup> diferente al allegado a la Sala Especial de Seguimiento.

La Corte reconoce que el ranquin presenta un listado que clasifica de mayor a menor a las EPS que van desde las más vulnerables a las menos vulnerables, para determinar esta agrupación sí se tuvo en cuenta los criterios los 14 criterios definidos por este tribunal. Lo anterior es un contraste positivo frente al listados anteriores en los que se había realizado la clasificación con base en los criterios adicionales como lo son los factores de calidad, financieros, de interposición de quejas y reclamos, y que no permiten identificar las EPS que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud o que se requieran con necesidad

102. Sin perjuicio del anterior progreso, las autoridades siguen sin cumplir a cabalidad con los fines de la orden vigésima que pretende promover la libertad de escogencia de los usuarios del sistema con la presentación de información suficiente sobre el desempeño de cada una de las instituciones en salud.

Al respecto, resulta evidente que si la Superintendencia y el MSPS no dan a conocer públicamente mediante el ranquin la información relacionada con las promotoras de salud que más vulneran el derecho fundamental, las acciones realizadas para su elaboración se quedan en un ámbito formal y no se avanza en los objetivos propuestos para superar las fallas estructurales evidenciadas por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008.

103. En segundo lugar, en lo relacionado con la valoración del mandato vigésimo a partir de la notificación del auto 328 de 2020, la Sala evidencia un rezago en la ejecución de lo allí ordenado. Si bien se constata que las autoridades obligadas buscaron adoptar algunas acciones al formular el cronograma para la creación de nuevos criterios de valoración y la elaboración de un nuevo ranquin, observa las siguientes dificultades:

104. Las sesiones técnicas únicamente han sido integradas por la Superintendencia, el Ministerio, las EPS y el Fondo Colombiano de enfermedades

---

<sup>57</sup> Del año 2018.

de Alto Costo (CAC), dejando de lado a otros agentes del sistema. Sumado a ello, estos espacios de discusión actualmente se encuentran inconclusos, sin que a la fecha se hayan definido los criterios que permitan iniciar con la medición del ranquin de 2021.

105. Como resultado, corrida la primera mitad del año 2022, los usuarios no cuentan con un ranquin reciente que determine numérica y específicamente las entidades que con frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho fundamental a la salud mediante la clasificación por grupos dentro de los rangos críticos, de alarma, aceptabilidad y superioridad. Lo anterior repercute negativamente en la labor de la Supersalud consistente en adoptar las medidas correspondientes, que desincentiven que las EPS nieguen a las personas el acceso a los servicios a los cuales tienen derecho.

106. Tampoco se ha dispuesto de una herramienta adecuada, con fines pedagógicos que permita a los usuarios consultar de manera sencilla y clara el ranquin de las EPS en materia de negación de servicios. La Sala insiste en que la última publicación del ranquin en el sitio web del Ministerio continúa siendo del año 2018, esto es, un informe de hace cuatro años y en la página de la Superintendencia Nacional de Salud no se encuentra información relacionada.

107. En ese orden de ideas, la Sala Especial considera que si bien se han fomentado medidas para la elaboración de un nuevo ranquin estas no han acreditado resultados para lograr el objetivo, pues no se ha presentado el informe entrada la mitad de esta anualidad.

108. Más aún, progresivamente la SNS y el MSPS han relegado del término de entrega del ranquin que deben hacer a la Corte, a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación. En términos generales, la Corte hace un llamado sobre el incumplimiento reiterado en la entrega del ranquin de EPS en los últimos tres años. Desde el auto 044 de 2012 la directriz consiste en que tienen el deber de allegar el informe a estas autoridades antes del 30 de abril de cada año.

El 30 de abril de 2020, la Superintendencia Nacional de Salud expresó que con ocasión de la emergencia en salud pública por la pandemia Covid-19 tuvo que suspender de manera temporal el reporte de la información para el ranquin de 2019. Por ello, solicitó una ampliación hasta el 26 de mayo para entregar el respectivo informe. La Corte accedió a la prórroga de manera excepcional dadas las particularidades anotadas<sup>58</sup>. Para el año siguiente presentó el ranquin de manera extemporánea<sup>59</sup> sin solicitar la concesión de prórroga.

Finalmente, para esta vigencia las autoridades únicamente presentaron un informe sobre el progreso del cronograma para la elaboración del ranquin por requerimiento de la Corte superando el término del 30 de abril y el concedido en

---

<sup>58</sup> La Corte anotó que “*si bien las entidades que hacen parte del sistema de salud deben continuar atendiendo todas las obligaciones, sus esfuerzos están concentrados en contener la propagación del virus y tomar las medidas necesarias para la atención de las personas afectadas por el Covid-19. En este orden de ideas, considera la Sala que se encuentra justificada la solicitud de ampliación del término otorgado para la presentación del informe de la orden vigésima, el cual se basa en información remitida por las EPS a la Superintendencia*”.

<sup>59</sup> En julio de 2021.

el auto 358 de 2020 para la presentación de resultados. Lo descrito muestra como progresivamente han empezado a desobedecer el término dispuesto para la entrega anual del ranquin de EPS. Situación que guarda similitud respecto de la presentación del ranquin de IPS como se verá más adelante.

109. En suma, la Sala Especial observa que respecto del ranquin de EPS (i) no existe un esquema metodológico definido para su elaboración, (ii) la concreción de los criterios de evaluación a partir de sesiones trabajo, no ha incluido a todas las partes que componen el sistema de salud, (iii) tampoco se ha dispuesto y/o fortalecido una herramienta que permita a los usuarios consultar de manera ágil y sencilla el ranquin, y (iv) las autoridades pretenden seguir ampliando unilateralmente los términos concedidos por la Corte para la entrega del ranquin, sin concertar estrategias para superar los contratiempos en la implementación del cronograma, en detrimento de los derechos a la información y la libre escogencia de los usuarios del sistema.

110. La Corte reitera a modo de advertencia, que las providencias que emite no son de acatamiento formal. Desde 2013 se ha insistido en que para la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, “[l]a acción gubernamental no puede limitarse a presentar oportunamente un documento de ordenación de EPS o un informe de análisis de observaciones y propuestas, sino que los mismos deben evidenciar el acatamiento pleno a lo ordenado en el fallo estructural”<sup>60</sup>.

111. Como resultado, la Sala Especial de Seguimiento concluye que, aunque se han iniciado acciones con el fin de elaborar un nuevo ranquin ajustado a nuevos criterios que respondan a lo establecido en la Ley 1751 de 2015, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud apenas han acreditado resultados parciales correspondientes al proceso de elaboración del ranquin, los cuales no pueden ser tenidos en cuenta como un avance para el acatamiento de la orden vigésima. Por el contrario, denotan una regresión respecto de las últimas valoraciones realizadas por la Corte para el cumplimiento de esta directriz.

112. En este contexto, se decretará **el nivel de cumplimiento bajo** para la elaboración del ranquin de EPS.

### *IPS*

113. En el auto 412 de 2015, se aceptó la inaplicabilidad de los 14 criterios establecidos por la Corte para definir el escalafón de IPS en virtud del mandato vigésimo de la sentencia T-760 de 2008. En esa medida, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a la Superintendencia Nacional de Salud la implementación de una propuesta para su definición.

114. Desde entonces, la Sala Especial de Seguimiento constató que las medidas adoptadas para la formulación de los criterios del ranquin de IPS han sido insuficientes<sup>61</sup>; situación que, en atención a lo analizado, persiste. Lo anterior,

---

<sup>60</sup> Auto 249 de 2013.

<sup>61</sup> Ver autos 591 de 2016 y 358 de 2020.

impide avizorar la posibilidad de superación de la problemática estructural que dio origen al mandato judicial vigésimo y por el contrario evidencia falta de compromiso por parte de los responsables del acatamiento de la directriz bajo examen.

115. En específico, la Sala evidencia que para el ranquin de 2020 el Ministerio y la Superintendencia continuaron utilizando los mismos indicadores de años anteriores, sin contar con el universo de servicios y prácticas constitutivas de una violación del derecho a la salud por parte de las prestadoras. Adicionalmente, el listado de IPS no hace ninguna comparación que determine su rendimiento a nivel departamental o su posicionamiento en el orden nacional.

Cabe agregar que el informe de la vigencia 2020 se caracteriza por tener mayores deficiencias en comparación con los de años anteriores<sup>62</sup> porque: (i) suprime de los listados el departamento al que pertenece cada IPS, lo que hace más compleja la interpretación de los datos presentados, (ii) carece de información concreta sobre el universo de IPS incluidas, las no incluidas y las que no reportaron al Minsalud, y (iii) el ranquin no está disponible en ningún canal físico y/o virtual para consulta de los usuarios y actores del sistema de salud.

En ese orden de ideas, al igual que en 2016, 2017 y 2019 no se presentó progreso conforme a las directrices emitidas en el auto 591 de 2016, que pretendió como primer paso, propiciar la generación de espacios de trabajo con los actores de sistema para que se adelantará el proceso de construcción de los indicadores para estructurar el ranquin de las IPS.

116. Además, el informe mencionado no fue allegado a la Corte, la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación en abril de 2021 incumpliendo con lo ordenado por la Sala en múltiples valoraciones<sup>63</sup>. Para cumplir con la labor de seguimiento, este tribunal tuvo que requerir mediante auto del 18 de mayo de 2022<sup>64</sup> la entrega del informe. La Sala Especial reprueba el comportamiento de las autoridades concernidas, que allegaron el ranquin de IPS 2020 un (1) año y (1) mes por fuera del término establecido en los autos 044 de y 260 de 2012. Para finalizar, resulta preocupante que no se acreditara la publicación del ranquin en ningún medio electrónico y/o similar para consulta. Lo anterior, desconociendo el deber de la SNS y el MSPS de garantizar los derechos de información y libre escogencia de los usuarios del sistema.

117. Respecto del ranquin de IPS, la Sala hace énfasis en que el cumplimiento de lo ordenado en el mandato vigésimo no se trata solamente de hacer un reporte para este tribunal. Implica que los usuarios puedan ejercer plenamente su derecho a la salud, pues *“permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que les permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los*

---

<sup>62</sup> Valorados en el auto 358 de 2020.

<sup>63</sup> Ver autos 044 de 2012, 260 de 2012, 591 de 2016 y 358 de 2020.

<sup>64</sup> El ranquin de IPS 2020 fue allegado mediante correo electrónico el 26 de mayo de 2022.

*servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad*<sup>65</sup>. Asimismo, promueve la labor de vigilancia de la Superintendencia contra las IPS que han incurrido en negación de los servicios de salud. Obligación estrictamente relacionada con la orden decimosexta, en concreto lo relativo a “(i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales”<sup>66</sup>.

118. La Sala reitera que la constante vulneración del derecho a la salud reseñada en otras valoraciones, como las efectuadas en los autos 584 y 496 de 2022 así como en sede de revisión, pone de manifiesto la necesidad de “*que se haga público no solo cuáles son las IPS que con mayor frecuencia violan los derechos de los usuarios, sino las responsabilidades directas que éstas han asumido por esa situación e indirectamente las que surgen para los aseguradores por integrar a sus redes de prestadores con este tipo de instituciones*”<sup>67</sup>.

119. Ahora bien, en lo atinente al cumplimiento de la orden a partir de la notificación del auto 358 de 2020, la Sala encuentra que se han puesto en marcha medidas que de alguna manera buscan conducir a una nueva metodología y de elaboración de indicadores para la entrega del ranquin de IPS. Sin embargo, la información verificada no permite concluir que se haya alcanzado dicha meta y que el cronograma allegado no se adecuó a las directrices sentadas por la Corte en la última valoración de seguimiento.

Así, al presentar el plan metodológico dirigido al ranquin de IPS a la Sala, la Supersalud y el Ministerio dictaminaron el desarrollo de las actividades en un (1) año y tres (3) meses. Lo anterior, en contravía de lo dispuesto en el ordinal (iii) del numeral segundo del resuelve del auto 358 de 2020 en el que se concedió un término máximo de seis (6) meses para acreditar los resultados de las sesiones realizadas, sin aducir las razones concretas que permitieran a la Sala analizar la necesidad de sobrepasar por más del doble, el término otorgado para el cumplimiento de las directrices emitidas.

En concordancia, publicar el ranquin IPS de 2021 en el mes de noviembre de 2022 restringe la garantía plena del derecho a la libre información y a la libre elección de los usuarios. Para la Sala la extensión unilateral del plazo anotado implica privar a la ciudadanía de información certera, actual y contrastada sobre el comportamiento de las prestadoras dentro del territorio nacional. Esta Corporación considera injustificado que a catorce (14) años de proferida la sentencia T-760 de 2008 y diez (10) años de ordenada por primera vez la entrega anual del ranquin de IPS, la ciudadanía no conozca cuáles son las prestadoras que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud. Sumado a que las autoridades obligadas afirman que el cronograma de IPS también puede estar sujeto a modificaciones aun no previstas.

---

<sup>65</sup> Sentencia T-760 de 2008.

<sup>66</sup> Ibidem.

<sup>67</sup> Auto 412 de 2015.

En resumen, la Corte advierte que no se está cumpliendo de manera íntegra con los parámetros del cronograma que las mismas SNS y MSPS concertaron. Concretamente con la convocatoria de los actores a participar en las diferentes actividades de cada etapa, pues de la descripción de las actividades y lo llevado a cabo no se evidencia un proceso dialógico y participativo de todos los actores del sistema.

120. Así las cosas, frente al ranquin de IPS, una vez revisado el estado actual de la orden, es dable concluir que persisten las falencias en las medidas creadas e implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para superar la problemática estructural que dio origen al mandato en valoración. Por ende, la Corte considera que en cuanto al ranquin de IPS debe calificarse el **cumplimiento bajo**.

Particularmente, la Sala Especial observa que las autoridades no han adoptado medidas realmente eficaces y significativas para generar los resultados previstos en los mandatos de las últimas dos valoraciones para diseñar los criterios metodológicos del ranquin de IPS, y que constituyen el primer paso para conjurar la problemática evidenciada en la orden vigésima.

### **Directrices por impartir**

121. De acuerdo con 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, en primer lugar, se reiterarán<sup>68</sup> las siguientes órdenes a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social, proferidas en los autos 591 de 2016 y 358 de 2020:

(i) Establecer criterios de valoración que permitan identificar las EPS e IPS 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.<sup>69</sup>

(ii) Elaborar los ránquines que permitan identificar a las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud. Los informes deberán continuar presentándose anualmente, con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación y ser allegados a estas entidades antes del 30 de abril de cada año<sup>70</sup>.

(iii) Publicar en el sitio web del Ministerio y la Superintendencia de Salud el ranquin anual de las EPS e IPS enfocado a las practicas violatorias del derecho a la salud antes del 30 de mayo de cada año. Se reitera que este reporte debe ser

---

<sup>68</sup> Autos 591 de 2016 y 358 de 2020.

<sup>69</sup> Auto 591 de 2016. Numeral 3.

<sup>70</sup> Auto 044 y 260 de 2012. Numerales 2 y 3 respectivamente.

elaborado en un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población sin importar su grado de instrucción, debe ser de fácil acceso y estar actualizado<sup>71</sup>.

(iv) Adoptar y reportar las acciones en contra de las IPS que han incurrido en prácticas violatorias del derecho a la salud, así como las medidas concretas y específicas tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud<sup>72</sup>.

122. Adicionalmente, en atención a los retrasos evidenciados en el cumplimiento de lo ordenado en el auto 358 de 2020 para la elaboración de los informes de 2021, se ordenará a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social:

(i) Ejecutar hasta su conclusión los cronogramas tendientes a construir los ránquines de EPS e IPS de 2021. Las sesiones técnicas por completar involucrarán a todos los actores del sistema en virtud de los retrasos evidenciados para la publicación por parte de la Superintendencia y el Ministerio de Salud.

En cumplimiento de lo establecido en cada cronograma, el ranquin de EPS deberá presentarse antes del 31 de agosto de 2022 y el de IPS antes del 30 de noviembre de 2022, con remisión de copia a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo.

(ii) Notificar a la Sala Especial de Seguimiento la ocurrencia de retrasos adicionales en la ejecución de las actividades de cada cronograma. En el informe correspondiente, las autoridades explicarán detalladamente las dificultades para la implementación de la actividad, las medidas tomadas para superarlas y los nuevos términos para su cumplimiento. Los cambios en el cronograma no podrán extender el término ya establecido para la entrega de cada ranquin.

123. Adicionalmente, en relación con los ránquines de EPS e IPS de la vigencia de 2022, se ordenará a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social:

(i) Elaborar los informes con la participación dialógica de las agremiaciones de EPS e IPS, los grupos de los usuarios, los pacientes y/o los profesionales de la salud, de manera que se promuevan escenarios para integrar las pretensiones de todos los actores del sistema en la definición de la metodología y los criterios para cada ranquin.

(ii) Presentar los ránquines con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación antes del 30 de abril de 2023.

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

### III. RESUELVE

---

<sup>71</sup> Numeral 5 del Auto 591 de 2016 y ordinal (iv) numeral 2 del auto 358 de 2020.

<sup>72</sup> Ordinal (v) numeral 2 del auto 358 de 2020.

**PRIMERO: DECLARAR** el nivel de cumplimiento bajo de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, en cuanto al ranquin de EPS, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

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

**TERCERO: REITERAR** al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los autos 044 de 2012, 591 de 2016 y 358 de 2020, que:

(i) Establezcan criterios de valoración que permitan identificar las EPS e IPS 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.

(ii) Elaboren los ránquines que permitan identificar a las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud. Los informes deberán continuar presentándose anualmente, con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación y ser allegados a estas entidades antes del 30 de abril de cada año.

(iii) Publiquen en el sitio web del Ministerio y la Superintendencia de Salud el ranquin anual de las EPS e IPS enfocado a las practicas violatorias del derecho a la salud antes del 30 de mayo de cada año. Se reitera que este reporte debe ser elaborado en un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población sin importar su grado de instrucción, debe ser de fácil acceso y estar actualizado.

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

**CUARTO: ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que:

(i) Ejecuten hasta su conclusión los cronogramas tendientes a construir los ránquines de EPS e IPS de 2021. Las sesiones técnicas por completar involucrarán a todos los actores del sistema. En atención a los retrasos evidenciados para la publicación por parte de la Superintendencia y el Ministerio de Salud.

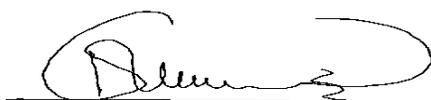
En cumplimiento de lo establecido en cada cronograma, el ranquin de EPS deberá presentarse antes del 31 de agosto de 2022 y el de IPS antes del 30 de noviembre de 2022, con remisión de copia a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo.

(ii) Notifiquen a la Sala Especial de Seguimiento la ocurrencia de retrasos adicionales en la ejecución de las actividades de cada cronograma. En el informe correspondiente, las autoridades explicarán detalladamente las dificultades para la implementación de la actividad, las medidas tomadas para superarlas y los nuevos términos para su cumplimiento. Los cambios en el cronograma no podrán extender el término ya establecido para la entrega de cada ranquin.

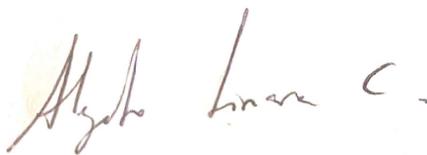
**QUINTO: ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que elaboren los ránquines de 2022 con la participación dialógica de las agremiaciones de EPS e IPS, los grupos de los usuarios, los pacientes y/o los profesionales de la salud, de manera que se promuevan escenarios para integrar las pretensiones de todos los actores del sistema en la definición de la metodología y los criterios para cada ranquin. Los informes deberán ser presentados a esta Corporación con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación antes del 30 de abril de 2023.

**SEXTO:** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a **LIBRAR** las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este auto.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.



JOSE FERNANDO REYES CUARTAS  
Magistrado



ALEJANDRO LINARES CANTILLO  
Magistrado  
Con aclaración y salvamento parcial de voto



ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO  
Magistrado



MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12  
Código de verificación: **d6ec056bce5bc36c949f27af76526b98428698c6b6eb75d50644d34820526252**

Verifique este documento electrónico en: <https://siicor.corteconstitucional.gov.co/firmaelectronica/validararchivo.php>