



La salud  
es de todos

Minsalud

## PAPELES EN SALUD

Edición No. 20

Noviembre de 2019

Bogotá D.C.

# Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS

PENSEMOS LA SALUD: EVIDENCIA, ANÁLISIS Y DECISIÓN



**JUAN PABLO URIBE RESTREPO**  
Ministro de Salud y Protección Social

**DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA**  
Viceministra de Protección Social

**IVAN DARÍO GONZALEZ ORTIZ**  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de  
Servicios

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
Secretario General

**WILSON FERNANDO MELO VELANDIA**  
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios  
Sectoriales



Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el  
SGSSS

© Ministerio de Salud y Protección Social

**Documento elaborado por**

**JAIRO ALBERTO BETANCOURT MALDONADO**

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios Sectoriales y de  
Evaluación de Política Pública

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES  
GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y DE EVALUACIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA  
GRUPO DE COMUNICACIONES**

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (En línea)  
Documento de trabajo No. 20



## Siglas

BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DP	Defensoría del Pueblo
DROASRL	Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficio
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPS-S	Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado
GESEPP	Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública
INCAS	Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OASS	Organizaciones para la Articulación de Servicios de Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PQRD	Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIC	Sistema de Información para la Calidad
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad



## Contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Antecedentes .....</b>	<b>10</b>
<b>2. Justificación .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Metodología .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Marco legal .....</b>	<b>17</b>
<b>5. Marco conceptual .....</b>	<b>21</b>
<b>6. Marco situacional .....</b>	<b>27</b>
6.1 Contexto de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias de los usuarios de salud contra las EPS ante la SNS .....	31
6.2 Cobertura del aseguramiento en salud .....	34
6.2.1 Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Contributivo por Oferta EPS en Municipios .....	39
6.2.2 Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - <u>Régimen Subsidiado</u> por Oferta EPS-S en Municipios.....	40
6.2.3 Acciones de la SNS para garantizar el derecho a la salud de los afiliados y la oferta de EPS a nivel territorial para el ejercicio de la Libre Escogencia de EPS. - Medidas de Vigilancia Especial en 2019.....	41



6.3 La Libre Escogencia de EPS en las evaluaciones o ranking de los Servicios de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y otras fuentes.....43

**7. Acciones recientes del Ministerio de Salud y Protección Social previas a una nueva estrategia para el fortalecimiento y divulgación de la libre escogencia de EPS... 61**

**Conclusiones ..... 62**

**Recomendaciones ..... 64**

**Bibliografía ..... 66**

**Web grafía ..... 68**



## RESUMEN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptado en Colombia, se inscribe en un modelo económico de libre mercado, permitiendo la participación del sector privado en la atención y provisión de los servicios de salud a cargo del Estado, donde la competencia es uno de los atributos del modelo; articulando a los agentes del sector salud en torno a la calidad de la atención en salud y donde la información debe apoyar la libre elección de los usuarios.

Desde el Pluralismo Estructurado, el modelo pretende un equilibrio entre la facultad del individuo para movilizarse dentro del sistema en un ambiente de libre competencia y la protección de éste, como usuario de los servicios de salud; es así como el sistema de salud colombiano estableció la Libre Escogencia de Empresa Promotora de Salud, como un principio rector que hace parte del régimen de protección al usuario, una característica del sistema y fundamento del servicio público de salud, estableciendo la prohibición de prácticas y conductas que atenten contra la Libre Escogencia, que en su desarrollo normativo y jurisprudencial, es elevada a la categoría de derecho.

El presente diagnóstico basado en fuentes secundarias, evidencia que los instrumentos de información para la orientación en la toma de decisiones de los afiliados y usuarios en esta materia son complejos, además de no contar con la difusión suficiente para fortalecer la Libre Escogencia de EPS y presenta recomendaciones para afianzar el ejercicio de este derecho.

**Palabras clave:** Libre Escogencia, Libre Elección, Modulación, Decisiones Racionales, Asimetría de Información, Libre Competencia, Protección al Usuario en Salud, Derecho a la salud.

**Códigos JEL:** I11.Análisis de los mercados de salud; I18 Política gubernamental • Regulación • Salud pública; H44 Bienes públicos: mercados mixtos; D43 Oligopolio y otras formas de imperfección del mercado; D8 Información, conocimiento e incertidumbre; D82 Información asimétrica y privada • Diseño de mecanismos; L13Oligopolio y otros mercados imperfectos.



## ABSTRACT

The health system implemented in Colombia is developed in a free market economic model, allowing the participation of the private sector in the provision of the health services. In this type of model, where competition is one of its main attributes, the information that users poses when choosing between health insurance companies should to improve the quality in the services supply.

From the “Pluralismo Estructurado”, the model pretends an equilibrium between, the capacity of the individual to move within the system in an environment of free competition and its own protection as an user of the health services; that is how the Colombian health system established the Free Choice of the Health Insurance Company, as the ruling principle that takes part in the users protection regime, a characteristic of the system and foundation of the public health service, establishing the prohibition of practices and conducts that attack the free will, whose normative and jurisprudential development, is elevated to the category of right.

The following diagnosis based in secondary sources, showcases that the instruments of information for the decision taking orientation of the users and affiliates in this matter are complex, additionally they do not count with enough diffusion to strength the free choice of the Health Insurance Company and it presents recommendations to encourage the execution of this right

**Keywords:** Free choice; Modulation; Rational decisions; Asymetric information; Free competition; Health user protection; Right to health.

**JEL codes:** I11 Analysis of Health Care Markets; I18 Government Policy • Regulation • Public Health; H44 Publicly Provided Goods: Mixed Markets; D43 Oligopoly and Other Forms of Market Imperfection; D8 Information, Knowledge, and Uncertainty; D82 Asymmetric and Private Information • Mechanism Design  
L13 Oligopoly and Other Imperfect Markets.



## Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– colombiano, además del sector público, cuenta con la participación del sector privado en la provisión de los servicios de salud a cargo del Estado y la atención en salud de los ciudadanos, bajo un modelo económico de libre competencia. Las Entidades Promotoras de Salud –EPS– como agentes del sistema, entre otras funciones, tiene la de asegurar el riesgo por las contingencias en salud de sus afiliados, actuando como agente articulador que representa al afiliado<sup>1</sup> ante la red de prestadores de servicios de salud y los profesionales de la salud que debe garantizar la EPS, para que su representado acceda a dichos servicios.

Respecto de las referidas entidades, entre el año 2018 y con corte a mayo de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud -SNS- recibió 1'433.775 peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de información. Restadas las solicitudes de información, las PQRD fueron 823.109, de las cuales el 92,2% correspondieron a situaciones presentadas por los usuarios contra las EPS, incluyendo 45.606 quejas por restricción en la Libre Escogencia de EPS, conducta que atenta contra una de las garantías del SGSSS; las EPS que acumulan más PQRD son las que cuentan con medida de vigilancia especial por parte de la SNS.

Por su parte, las encuestas de evaluación de los servicios de las EPS que publica anualmente el MSPS– registran algún grado de barreras, manifestadas en falta de oportunidad al indicar que el tiempo para acceder a los servicios de salud es largo o muy largo, la atención es incompleta o se presenta dificultades para la atención. De manera contradictoria, al indagársele al usuario “si recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?”, el 81% probablemente sí o definitivamente si la recomendaría y el 77% no ha pensado cambiarse de EPS.

A su turno, las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”<sup>2</sup>, respecto de las dificultades relacionadas con la calidad de los servicios, señala que: “*Los rankings de IPS y EPS no son una herramienta efectiva para la libre elección de los usuarios en función de la calidad*”; que existe “*Ausencia del desarrollo de incentivos a la calidad y carencia de criterios de excelencia para las EPS*” y “*Desarticulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC- con otros sistemas de gestión*”.

Ante la problemática y contradicción descrita, la Libre Escogencia de EPS parece ser indiferente o desconocida por los usuarios de salud, presentándose desligada de la

---

<sup>1</sup> Representación del afiliado: facultad de la EPS de actuar en nombre del afiliado ante los demás actores del Sistema, para lograr que este obtenga una atención integral en salud, asequible, oportuna, pertinente, segura y continua, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Artículo 2.5.2.3.1.3. del Decreto 682 de abril 18 de 2018.

<sup>2</sup> BASES DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018-2022- Pacto por Colombia, Pacto por La Equidad. Departamento Nacional de Planeación, 2019. Pg. 262.



calidad y la satisfacción del servicio de salud que ellos mismos reclaman. El presente diagnóstico basado en fuentes secundarias, evidencia que los instrumentos de información para la orientación en la toma de decisiones de los afiliados y usuarios en esta materia, son complejos y no adecuados, además de no contar con la difusión suficiente para fortalecer el ejercicio de la Libre Escogencia de EPS.

El propósito de la actual administración incorporado en el Plan Nacional de Desarrollo – PND- “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad 2018-2022” es el de articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad de la atención en salud, donde la información deberá apoyar la libre elección de los usuarios; alineado con las metas y objetivos estratégicos del MSPS condensados en la Triple Meta que contempla: i) alcanzar mejores desenlaces en salud y mayor bienestar ; ii) satisfacer las expectativas de pacientes, familias y comunidades; y iii) Lograrlo con mayor eficiencia en el uso de los recursos y responsabilidad financiera: y los Ejes Orientadores trazados que corresponden a: i) Visión de largo plazo; ii) Calidad; iii) Salud Pública; iv) Talento humano en salud y v) Sostenibilidad Financiera, en especial, los que propenden por eliminar los desequilibrios, y fomentar la equidad y la calidad en los servicios de salud que brindan las EPS.

Por lo tanto, en relación con la Libre Escogencia de EPS como elemento para incentivar la calidad y la satisfacción del usuario, se requiere revisar los instrumentos y mecanismos de medición y divulgación, seleccionar un número razonable de indicadores pertinentes que sean del interés propio de los usuarios de salud, para hacer efectivo el derecho a la información, fortalecer y afianzar el derecho a la libre elección de EPS y generar condiciones de oferta local de EPS.

## 1. Antecedentes

El régimen de protección al usuario del SGSSS, contempla la libertad de escogencia como uno de los principios rectores del sistema de salud, como una característica del sistema y como un fundamento del servicio público; entendiéndola ésta, como la facultad que tienen los afiliados de escoger entre las diferentes EPS para que le administren la prestación de los servicios de salud, derivados del Plan de Beneficios [Antes denominado, Plan Obligatorio de Salud], apremiando por optimizar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud para los afiliados y usuarios del sistema.

En las discusiones de la reforma al sistema de salud en la década de los 90, los principios rectores del sistema contemplaron la libre escogencia, la cual por su alcance generaba el reto de ser reglamentada, indicando que se debía buscar un equilibrio entre la facultad del individuo para movilizarse dentro del sistema en un ambiente de libre competencia y la protección de éste como usuario, lo que debe caracterizar al sistema como un todo<sup>3</sup>. En los postulados de dichos principios para la protección al usuario, se estipuló que “Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, frente a las EPS,

---

<sup>3</sup> MINISTERIO de Salud (1994). La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Tomo 1: Antecedentes y Resultados Capítulo III del Libro décimo. *Protección del Usuario – Principios Rectores...* - Santafé de Bogotá, Primera edición. 280.



la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes entidades promotoras, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio de Salud<sup>4</sup>” y agregó que: “Del ejercicio de esta derecho sólo podrá hacerse uso una vez al año, contado a partir de la fecha de afiliación de la persona, salvo cuando se presenten casos de mala prestación<sup>5</sup>”. Igualmente contempla la prohibición de las conductas que atenten contra la Libre Escogencia.

En torno a esta discusión, a continuación se hace un análisis y se cita algunos apartes y conclusiones registrados en documentos técnicos publicados por el Ministerio de Salud y otras instancias, donde tratan el presente tema de diagnóstico; en primera instancia es preciso mencionar que el Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID de la Universidad Nacional de Colombia en 2005 señaló que *“En el desarrollo de los trabajos, no se encuentra evidencia de estudios que apoyen la evidencia (sic) de correlación entre elección de aseguradores en salud por parte de los ciudadanos afiliados al sistema de salud y niveles de información. Esto es apenas entendible, en tanto no ha habido en el país experiencias de medición y divulgación de resultados consistente a través de los años que ha venido funcionando el sistema después de 1993. Pero también, porque en la práctica el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante su reglamentación y el establecimiento de tiempos mínimos por afiliado a cada asegurador, no ha permitido que operen (sic) mecanismo de mercado”*<sup>6</sup>.

La Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 indicó que *“La libertad de escogencia es pues, 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 les permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad”*<sup>7</sup>.

El Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas 2009” reseñó que: *“Una de las principales estrategias para garantizar la calidad dentro del sistema de salud planteada por la Ley 100, es la de la libre escogencia de la entidad promotora de salud por parte de los usuarios. El cambio de entidad promotora de salud puede ser considerado en una importante proporción de los casos, como la expresión de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. La monitorización de este indicador permitirá determinar, a través del comportamiento de los usuarios, su nivel de*

---

<sup>4</sup> Op. cit., 281.

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> MINISTERIO de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. – Consultoría del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia (2005). Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud” INFORME FINAL. Bogotá D.C. Pg. 43.

<sup>7</sup> SENTENCIA T.760 de 2008. Numeral 4.2.6. del aparte 4.2. Pertenencia al Sistema y garantía de la prestación de servicios de salud, del Capítulo 4. El acceso a servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz, garantizado por el derecho fundamental a la salud. Pg. 73.



*satisfacción con la atención y servicios prestados por la entidad promotora de salud*<sup>8</sup>; para su medición, en el diseño metodológico propuso el indicador “Tasa global de traslados desde la EAPB” [Entidad Administradora de Planes de Beneficio] y en consecuencia, basado en el Sistema de Información de Calidad – SIC registra que se debe elaborar un ranking que oriente a los usuarios en la escogencia de la EPS con base en la calidad.

El diseño de la “Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS”<sup>9</sup> elaborada por la Oficina de Calidad del MSPS y publicada en noviembre de 2012, en el capítulo 9 sobre Ordenamiento, contempla que “en respuesta al mandato de la Corte Constitucional<sup>10</sup>, el Ministerio de Salud y Protección Social se propuso construir un ranking de EPS que estuviera desarrollado de acuerdo a la observación y análisis de diferentes dimensiones. En este sentido, la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS es uno de los insumos requeridos para la construcción del ranking”; no obstante, en las dimensiones para la evaluación de la EPS, desde el punto de vista del usuario, no contempló la Libre Escogencia de EPS.

El documento “Ordenamiento por desempeño EPS 2014” del MSPS, plantea que “La importancia del ordenamiento por desempeño de EPS radica en que ofrece a usuarios y empresas del sector un contexto de comparación inmediato con respecto a sus similares

---

<sup>8</sup> MINISTERIO de la Protección Social (2006). Resolución No. 1446 de 8 de mayo de 2006. Pp. 76-77. En MINISTERIO de la Protección Social (2009). 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud –INCAS 2009. Pg. 317.

<sup>9</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social – Oficina de Calidad. (2012). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS., Bogotá D.C.

<sup>10</sup> El ordinal vigésimo octavo de la parte resolutoria de la sentencia T-760 del año 2008. - “Vigésimo octavo.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información, (i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981) y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda. (ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia. - El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespeta el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1º) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional”. En MINISTERIO de Salud y Protección Social - Oficina de Calidad. (2012). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. Bogotá D.C. Pg. 34.



*permitiéndoles saber si la EPS a la cual están afiliados está haciendo bien las cosas o tiene un margen para mejorarlas. La sencillez en la presentación y la selección de un conjunto de indicadores se convierte en el éxito de un ranking, de ahí que para este Ministerio esas dos premisas fueron clave para desarrollar este trabajo<sup>11</sup>. Aceptar que el objetivo del ordenamiento es apoyar al usuario promedio en la elección de su EPS, exige considerar los supuestos teóricos y fácticos que fundamentan la construcción de una herramienta de este tipo. En este sentido, la teoría de la elección racional se utiliza para entender y modelar formalmente el comportamiento social y económico de las personas cuando toman decisiones. Supone que el individuo al elegir tiende de manera intuitiva a maximizar su utilidad o beneficio y a reducir los costos o riesgos, es decir prefieren optimizar y mejorar sus condiciones”<sup>12</sup>.*

De facto, en relación con la calidad, la Encuesta de Calidad de Vida publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE indaga, entre otros temas, sobre el bienestar de las personas de 15 años y la satisfacción con su vida. Algunos resultados para 2018<sup>13</sup> contrastan con los aspectos referido anteriormente, pues, en cuanto a la opinión sobre la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas en salud, el 81,4% de las personas opinaron que la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas es buena o muy buena.

Por otra parte, se encuentra que los usuarios de salud interpusieron 763.070 PQRD contra las EPS ante la SNS, entre el año 2018 y mayo de 2019, donde los tres primeros motivos acumulan el 32.2% así: Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, 20.6%; Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No-POS 6,1% y Restricción en la libre escogencia de EPS 5.5%, práctica que atenta contra este derecho de los afiliados del SGSSS. Los restantes motivos corresponden a falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel, en la entrega de medicamentos POS y en la programación de cirugía, además de la demora en la referencia o contrarreferencia, en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos, en la autorización de consultas médicas especializadas y en la autorización de cirugía POS, situación que evidencia fallas en los servicios de las EPS a los usuarios del sistema; este análisis se ampliará en el capítulo de marco situacional.

Finalmente, se destaca la apreciación de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) publicada en noviembre de 2018 donde registra que Colombia es el país de América Latina con la cobertura más alta en salud, superando el 95% de su población; sin embargo, el 70% de los afiliados está insatisfecho con el servicio<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2014). Ordenamiento por Desempeño EPS 2014. Pg. 3.

<sup>12</sup> Op. Cit., 7.

<sup>13</sup> Fuente: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2018>, Cuadro 18.

<sup>14</sup> Revista Dinero 01/11/2018. ¿Qué pasa con la calidad del sistema de salud en Colombia? - Consultado en: <https://www.msn.com/es-co/noticias/otras/%C2%BFqu%C3%A9-pasa-con-la-calidad-del-sistema-de-salud-en-colombia/ar-BBPckcr>. Julio 2 de 2019 14:57.



## 2. Justificación

Una EPS debe tener conocimiento sobre estado de salud de sus afiliados, así como procurar que éstos no se enfermen, pero si finalmente se llegan a enfermar deben garantizar que reciban el tratamiento adecuado y oportuno dadas sus condiciones<sup>15</sup>. El reto es entonces *-además de robustecer los sistemas de información-*, propiciar las condiciones de mercado que estimulen la calidad y la competencia en favor de los resultados positivos en salud sobre los afiliados del SGSSS y que éstos estén adecuada y oportunamente informados, que contemplen el derecho que tienen de cambiar de EPS en el caso que consideren que su atención en salud es deficiente y no satisfactoria, para que finalmente decidan un cambio o no de EPS, en relación con los servicios recibidos por parte de estas.

Ante la ambigüedad presentada entre los niveles de satisfacción de los usuarios de salud respecto de los servicios que le brinda su EPS, las inconformidades manifestadas por falta de acceso, oportunidad, trato, etc., y las cifras de medición asociadas a la Libre Escogencia de EPS, surgen los siguientes interrogantes: ¿la Libre Escogencia de EPS ha sido relevante para los afiliados al SGSSS? ¿Esta ha contribuido a la competencia entre EPS por la calidad?; cuestionamientos que motivan a identificar mediante un diagnóstico, el estado de este principio y derecho del sistema de salud.

Este documento de diagnóstico, como insumo orientador, plantea a las autoridades competentes y demás agentes del SGSSS el reto fortalecer el ejercicio de la Libre Escogencia de EPS y el empoderamiento de los afiliados del SGSSS, mediante herramientas adecuadas de información, transparencia y divulgación para la toma de decisiones, cuando éstos perciban que su EPS no cumple con las expectativas o necesidades en el marco de los derechos y las condiciones que deben garantizarles la EPS. Lo anterior, teniendo en cuenta que este derecho gira en torno a la calidad, donde la información deberá apoyar a los afiliados en la Libre Escogencia de EPS, mediante un lenguaje claro y accesible a la población general, y en concordancia con lo que se propone las Bases del nuevo PND<sup>16</sup>, las metas y objetivos estratégicos del MSPS que se hallan condensados en la Triple Meta: i) alcanzar mejores desenlaces en salud y mayor bienestar ; ii) **satisfacer las expectativas de pacientes, familiar y comunidades**; y iii) Lograrlo con mayor eficiencia en el uso de los recursos: y los Ejes Orientadores trazados que corresponde a: i) Visión de largo plazo; ii) **Calidad**; iii) Salud pública; iv) Talento humano y v) Sostenibilidad financiera, en especial, acabar con los desequilibrios, y fomentar la equidad y la calidad de los servicios de salud que brindan las EPS, referidos en la introducción del presente documento.

<sup>15</sup> Op. Cit., 13.

<sup>16</sup> DEPARTAMENTO Nacional de Planeación. (2019). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. 274.



### 3. Metodología

El diagnóstico sobre la Libre Escogencia de EPS parte de la revisión normativa y reglamentaria, seguida de una búsqueda exhaustiva de documentos técnicos y académicos que para el caso de Colombia, versan sobre este tema, incluyendo un aparte de la jurisprudencia emanada de la Sentencia T-760 de 2008 y de las encuestas de satisfacción de usuarios de la salud que sirvieron de base para el análisis cualitativo basado en fuentes secundarias. Igualmente, el marco conceptual está fundamentado por las fuentes secundarias referidas en los textos base; “Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios en el régimen contributivo y subsidiado” versiones 2012, 2014 y 2015<sup>17</sup>, publicados por el MSPS y el “Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud” de 2005<sup>18</sup>, entre los más relevantes. Igualmente se revisaron las PQRD y solicitudes de información de los usuarios contra las EPS ante la SNS de los periodos 2018 y 2019.

Con el fin de determinar las condiciones de oferta de mercado para que los afiliados puedan ejercer la Libre Escogencia de EPS, se abordó un análisis cuantitativo, integrando las bases de datos de i) Población Total Nacional y por municipios [Proyección 2018-DANE]<sup>19</sup>, ii) capacidad autorizada de afiliados por régimen, EPS y

---

<sup>17</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social - Oficina de Calidad. (2012). Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, -, Bogotá D.C.; - MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2014). Informe de Resultados- Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado, y - MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). Informe de Resultados- Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado.

<sup>18</sup> MINISTERIO de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. – Consultoría del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia. (2005). Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud” INFORME FINAL. Bogotá D.C.

<sup>19</sup> DEPARTAMENTO Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE. (2019) Las series de proyecciones de población aquí presentadas, están sujetas a ajustes de acuerdo con la disponibilidad de nueva información. -Fecha de actualización de la serie: jueves 12 de mayo de 2011. (1) Incluye los nuevos municipios creados con posterioridad al Censo 2005, los cuales han generado cambios en la distribución cabecera-resto a nivel departamental y nacional. - Guachené, segregado de Caloto (Cauca), mediante Decreto 0653 de Diciembre 19 de 2006. -Norosí, segregado de Rioviejo (Bolívar), mediante Decreto 699 de Diciembre 20 de 2007. - Tuchín, segregado de San Andrés de Sotavento (Córdoba), mediante Ordenanza 02 del 2011. -San José de Uré, segregado de Montelíbano (Córdoba); el DANE tiene conocimiento que en la actualidad, la ordenanza No 011 del 21 de diciembre de 2007 que dio origen al municipio fue suspendida provisionalmente por el Tribunal Departamental de Córdoba y ratificada por el Consejo de Estado el 11 de Agosto de 2011. En espera del fallo definitivo. (2) Según fallo del Consejo de Estado del 22 de noviembre de 2007, Exp 2001-00458, la ordenanza 011 del 2000 de la Asamblea Departamental del Chocó fue



municipio con corte a marzo de 2019 el cual registra el respectivo acto administrativo, focalizando los casos donde algunas EPS cuentan con medida de vigilancia especial<sup>20</sup> y iii) consulta realizada al cubo de la Base de Datos Única de Afiliados–BDUA, por departamento, municipio, régimen y EPS; con corte a marzo de 2019, ratificada por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones-DROASRLP del MSPS, confluyendo en un análisis estadístico descriptivo que aporta al diagnóstico. De forma complementaria se revisó el efecto sobre las EPS con medidas de vigilancia especial impuestas por la SNS, condición que afecta la afiliación, los traslados y los cupos de afiliación, con el fin de determinar la oferta real de EPS por régimen a nivel de municipios.

El método de análisis se basó en la triangulación entre la revisión teórica del modelo de salud, el método estadístico descriptivo, y la literatura referida a la Libre Escogencia de EPS que corresponde a la Serie del Ranking del MSPS (2012-2018), las Encuestas de la Defensoría del Pueblo (2003, 2005 y 2009), el Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud -INCAS- (2009, 2015, 2017) y demás textos académicos que versan sobre la libre escogencia en general. Igualmente se revisó el marco legal que se detalla en el siguiente capítulo. El capítulo del marco conceptual sobre la libertad de escogencia se adelantó mediante una revisión de literatura fundamentada en los conceptos teóricos del modelo de salud colombiano y la libertad de elegir -como conceptos centrales que giran en torno a la Libre Escogencia de EPS-, como se grafica en la nube de palabras del respectivo capítulo, referidos en la literatura de base proporcionada principalmente por los estudios del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se precisa que con excepción de las evaluaciones sobre las EPS realizadas por el MSPS y la Defensoría del Pueblo, en los demás textos consultados, los autores no realizan mediciones sobre la Libre Escogencia de EPS, solo se refieren a ésta como un derecho [*Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud*] informe final – Ministerio de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. – Consultoría del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia – Bogotá D.C., 2005] y en otros casos presentan resultados de fuentes secundarias [*Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud –INCAS*] el cual fue concebido como un instrumento que hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud –SOGC– del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, en sus versiones 2009 y 2015].

---

declarada nula. - Actualmente persisten controversias sobre los límites departamentales entre Chocó y Antioquia, que están siendo revisados por las autoridades competentes. Una vez se diriman dichas divergencias limítrofes el DANE hará los ajustes poblacionales pertinentes. (3) Las series de población para total y resto presentan saltos en años correspondientes a la creación de municipios, de acuerdo con las Leyes 136/1994 y 617/2000. (ANM) Areas no Municipalizadas.

<sup>20</sup> SUPERINTENDENCIA Nacional de Salud. Delegada Para la Supervisión Institucional. (2019) Base de Datos de Capacidad Autorizada de Afiliación para las EPS de ambos regímenes del SGSSS.



## 4. Marco legal

El propósito central del SGSSS está en generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, pues entre sus objetivos está el de crear las condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud; así, uno de los objetivos del sistema es mejorar la salud de la población mediante un servicio de calidad, pertinente y oportuno<sup>21</sup>. Entre las características del sistema se cuenta con la afiliación, la cual es de carácter obligatoria para todos los residentes en Colombia y la Libre Escogencia de EPS, condiciones que garantizan la protección al usuario de salud. [Art 152 L-100-93]

El desarrollo normativo y reglamentario de la Libre Escogencia de EPS se origina en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 que en su texto registra:

*“4. Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley”.* (Subraya fuera de texto) [ARTÍCULO 153. FUNDAMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO – LEY 100 de 1993] Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, cuyo texto es el siguiente: Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

*“3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo”<sup>22</sup>.*

De manera complementaria el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 que trata sobre las características básicas del SGSSS, entre otros aspectos contempla:

*“b) Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del*

<sup>21</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social - Oficina de Calidad. (2012) Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. Bogotá D.C. Pg. 4.

<sup>22</sup> Concordancias: Ley 1751 de 2015; Art. 6 Inc. 2o. Lit. h).

Concordancias al texto original del principio de "Libre escogencia"

Ley 100 de 1993, Art 159; Decreto 3047 de 2013- Movilidad entre regímenes; Decreto 806 de 1998, Art. 45; Decreto 1485 de 1994; Art. 14 Num 4; Decreto 695 de 1994; Art. 2; Circular MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 18 de 2015; Circular SNS 3 de 2003



subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios

g) Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas”. (Subraya fuera de texto) [ARTÍCULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- LEY 100 DE 1993]

Dentro de las garantías de organización y prestación del sistema a los afiliados, en relación con el objeto de estudio, el artículo 159 de la Ley 100 de 1993 contempla:

“3. La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el gobierno nacional dentro de las condiciones previstas en esta Ley”. (Subraya fuera de texto) [ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS - LEY 100 DE 1993]

“PARÁGRAFO 2o. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”<sup>23</sup>.

Entre los deberes de los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, como integrantes del SGSSS, la Ley 100 de 1993 señala:

“1. Inscribir en alguna Entidad Promotora de Salud a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea ésta, verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la Entidad Promotora de Salud a la cual prefiera afiliarse, de conformidad con el reglamento”. (Subraya fuera de texto) [ARTÍCULO 161. DEBERES DE LOS EMPLEADORES]<sup>24</sup>

Para ejercer la Libre Escogencia de EPS es necesario advertir algunas reglas concomitantes que se derivan del artículo 178 de la Ley 100 de 1993 donde trata sobre las funciones de las EPS que entre otros aspectos indica; i) la función y obligación de las EPS de aceptar a toda persona que solicite afiliación; ii) independiente que la afiliación

<sup>23</sup> Concordancias: Decreto 2969 de 2010, Procedimiento especial para el retiro voluntario de EPS-S de una entidad territorial; derogado por el Decreto 3045 de 2013, compilado en el Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” artículo 2.1.11.3.; Decreto 4248 de 2007; Decreto 47 de 2000; Art. 16: Decreto 882 de 1998; Art. 3; Art. 4 y Decreto 806 de 1998; Art. 54; Art. 55; Art. 56

<sup>24</sup> Concordancias: Decreto 1703 de 2002; Art. 30



se realice de manera colectiva, no se pierde el derecho a la libre elección y iii) excepcionalmente se contempla la limitación temporal y proporcional para garantizar la continuidad en el aseguramiento mediante la asignación de afiliados por retiro o liquidación voluntaria, revocatoria de la habilitación o de la autorización o intervención forzosa administrativa para liquidar una EPS, como se transcribe de la norma.

*“Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones*

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

.....

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”. (Subraya fuera de texto) [ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD].

En lo citado anteriormente, se pueden identificar funciones y responsabilidades que tienen las EPS en correspondencia con características o atributos de los servicios de salud que deben ser garantizados por las EPS para sus afiliados y usuarios, de los cuales, estos deben tener conocimiento e información plena, para tomar decisiones.

Igualmente, el derecho a la afiliación individual o colectiva, no coarta el derecho a la libre escogencia como se estipula a continuación:

*“PARÁGRAFO 2o. La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud”. (Subraya fuera de texto) [ARTÍCULO 157. TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – LEY 100 DE 1993]<sup>25</sup>*

En cuanto a la limitación temporal y proporcional de la libre escogencia para garantizar la continuidad en el aseguramiento, se señala lo siguiente:

*“Artículo 2.1.11.3 Procedimiento de asignación de afiliados. Una vez ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria o revocan la autorización o habilitación, o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, el liquidador o el representante legal de la EPS procederá a realizar*

---

<sup>25</sup> Concordancias: Decreto Nacional 3615 de 2005 - Afiliación de los trabajadores independientes de manera colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral que derogó el Decreto 516 de 2004 y Resolución 2228 de 2004 MinprotecciónSocial



la asignación de los afiliados entre las demás EPS habilitadas o autorizadas en cada municipio, teniendo en cuenta los siguientes términos y procedimientos:

*Si el acto administrativo queda ejecutoriado o es notificado, según corresponda, dentro de los últimos quince (15) días del mes, la asignación de afiliados debe realizarse en los primeros quince (15) días del mes siguiente; en los demás casos la asignación de afiliados debe realizarse en el mismo mes de ejecutoria o notificación del acto administrativo. En todo caso las EPS que asignan los usuarios serán responsables del aseguramiento hasta el último día del mes en el cual se realiza la asignación. A partir del primer día del mes siguiente las Entidades Promotoras de Salud que reciben los usuarios asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los usuarios asignados.*

*Transcurridos noventa (90) días calendario, los afiliados asignados podrán escoger libremente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio de su residencia y que administren el régimen al cual pertenecen*. (Subraya fuera de texto) [ARTÍCULO 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - (Art. 3 del Decreto 3045 de 2013)]

En lo relativo a la prohibición de restringir o falsear el juego de la libre escogencia, se encuentra lo siguiente:

*“ARTÍCULO 183. PROHIBICIONES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.*

...

*PARÁGRAFO 2o. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”<sup>26</sup>.*

También, la normativa en relación con la libre escogencia contempla sanciones a los empleadores que impidan o atenten el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la Entidad Promotora de Salud, así:

*“ARTÍCULO 210. SANCIONES PARA EL EMPLEADOR. Se establecerán las mismas sanciones contempladas en los artículos 23 y 271 de la presente Ley para los empleadores que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la Entidad Promotora de Salud a la cual desee afiliarse.*

<sup>26</sup> Concordancias: Ley 1438 de 2011; Art. 53 ; Art. 55; Decreto 3511 de 2009; Decreto 2699 de 2007; Decreto 47 de 2000; Art. 9; Decreto 882 de 1998; Art. 2; Art. 3; Decreto 806 de 1998; Art. 85; Decreto 1613 de 1995; Art. 1; Decreto 1663 de 1994; Art. 1; Art. 2; Art. 3; Art. 4; Art. 5; Art. 6; Art. 7; Art. 8.



*También le son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el pago de los aportes”. (Subraya fuera de texto) [Ley 100 de 1993]*

Se destacan las responsabilidades que la ley le otorga al Ministerio de Salud y Protección Social en materia del fortalecimiento del sistema de información para la calidad con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

*“107.3. El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección”. (Subraya fuera de texto) [Numeral 107.3 del artículo 107 de la Ley 1438 de 2011]*

*“Artículo 108. INDICADORES EN SALUD. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores de salud tales como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores”. (Subraya fuera de texto) [Numeral 107.3 del artículo 107 de la Ley 1438 de 2011]*

La ley que regula el derecho fundamental a la salud conocida como la Ley Estatutaria en Salud<sup>27</sup>, entre los elementos esenciales e interrelacionados, categoriza el fundamento de la “libre escogencia” que trata la Ley de Seguridad Social Integral<sup>28</sup> como principio de la libre elección, indicando que “Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación”. [Literal h del Artículo 6º. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud., Ley 1751-15 Estatutaria en Salud]

## 5. Marco conceptual

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– adoptado a partir de la primera mitad de la década de los noventa en Colombia, se inscribe en el modelo económico de libre mercado, permitiendo –además de la provisión del sector público- la participación del sector privado en la atención en salud y la provisión de los servicios de salud a cargo del Estado, donde la competencia es uno de los atributos del modelo. En su desarrollo e implementación, este mercado se estructura como una organización industrial de competencia monopolística compuesta por diversos mercados que confluyen en el sector salud (*Relaciones entre Entidades Promotoras de Salud que funcionan como aseguradores, Prestadores de Servicios de Salud de diversa naturaleza jurídica y nivel de complejidad, Industria farmacéutica y demás proveedores de insumos*

<sup>27</sup> LEY 1751 de 2015 - Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>28</sup> Artículo 153 de la ley 100 de 1993.



*y materiales asociados a la prestación de servicios y los mismos afiliados o consumidor final).*

Las características de esta forma de organización están dadas por la concentración de los mercados, la integración vertical y la conformación de mercado de dos lados, donde las Entidades Promotoras de Salud –EPS- actúan como agente articulador que representa al afiliado como cliente<sup>29</sup> y a la vez, tiene la responsabilidad de conformar la red de prestadores de servicios de salud para que su representado acceda a dichos servicios, en donde las decisiones de cada lado afectan los resultados del otro. En este sentido, las EPS, además de su función de asegurador como administrador del riesgo en salud, tiene el papel de mitigar las distorsiones de mercado generadas por la presencia de asimetrías de información que acentúan los problemas de competencia en el sector salud.

Con el propósito de moderar las fallas de mercado propias del sector salud manifestada en problemas de competencia, la reforma adelantada en la década de los noventa bajo el innovador modelo de Pluralismo Estructurado (Frenk y Londoño, 1997) constituyó el sistema de salud como una organización que propende por la competencia. El régimen de protección al consumidor de este modelo acogido por el SGSSS, contempló la libertad de escogencia como uno de los principios rectores del sistema de salud, es así como la Libre Escogencia de EPS, además de ser un derecho de los afiliados al SGSSS, normativamente está definida como una característica, un fundamento y un principio del sistema. Igualmente, en el modelo de salud adoptado en Colombia bajo el Pluralismo Estructurado, es considerada como un atributo, por lo tanto este marco conceptual abarca el modelo de salud, el cual está inmerso en una economía de mercado cuyos atributos interrelacionados son la competencia, la calidad, la información, la transparencia y la libre elección. (Ver Gráfico N° 1)

---

<sup>29</sup> Representación del afiliado: facultad de la EPS de actuar en nombre del afiliado ante los demás actores del Sistema, para lograr que este obtenga una atención integral en salud, asequible, oportuna, pertinente, segura y continua, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Artículo 2.5.2.3.1.3. del Decreto 682 de abril 18 de 2018.



Gráfico N° 1

Nube de palabras en torno a la Libre Escogencia de EPS



Fuente: Elaboración GESEPP

El documento “*Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*”<sup>30</sup> de los investigadores Londoño y Frenk publicado por el BID en 1997, se elaboró con el propósito de desarrollar opciones para reestructurar los sistemas de salud hacia nuevos modelos conceptuales y prácticos<sup>31</sup>, buscando mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud, pues en su criterio, “*las deficiencias y los problemas de los sistemas de salud requerían enfoques cabales para abordar el sistema de salud en su conjunto*”<sup>32</sup>. - En razón de observar los problemas comunes de los sistemas de salud, los investigadores identifican que “*América Latina enfrentaba muchos de los problemas que descontrolaban a los sistemas más desarrollados, tales como la escalada de costos, la existencia de incentivos inadecuados, la inseguridad financiera, la insatisfacción de los consumidores, la expansión tecnológica y en general, problemas asociados con la gerencia del sistema en su conjunto, que se contemplaron en los retos planteados en el pluralismo creciente, que exigiría una mejor estructuración mediante la integración de redes de proveedores y la definición de reglas claras*”<sup>33</sup>. Bajo un marco coherente proponen un diseño con enfoque sistemático [*metodología de hacer las cosas*] analizando cada elemento dentro de un marco coherente y sistémico [*conjunto de elementos que interactúan para el logro de un objetivo*], otorgando un énfasis particular a las relaciones entre sus principales componentes, proponiendo “*una visión dinámica de los sistemas de salud como un*

<sup>30</sup> LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353.

<sup>31</sup> Op. cit., 3.

<sup>32</sup> Ibidem.

<sup>33</sup> Op. cit., 6



*conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones*<sup>34</sup>.

Aseguran los investigadores que, *“los retos a los que se enfrenta el desarrollo institucional a la luz del pluralismo estructurado, se refiere al fomento de modalidades eficientes y equitativas de transacción entre los agentes públicos y privados*<sup>35</sup>, basado en un *“sistema de contratos explícitos para el desempeño de funciones que puede producir un control sobre el cumplimiento más eficiente y menos autoritario*<sup>36</sup>. Ahora bien, en este modelo estructurado, *“La operación de muchos procedimientos regulatorios puede delegarse a organizaciones de la sociedad civil, siempre y cuando se cuente con dispositivos adecuados que impidan que el proceso regulatorio sea capturado por intereses particulares. La meta final debe ser la creación de condiciones estructurales para mejorar la calidad de la atención a la salud*<sup>37</sup>. Otro elemento esencial de este nuevo desarrollo institucional es el suministro de información, de forma que los actores puedan tomar decisiones racionales y los demás puedan conocerlas.

Advierten *“que el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para la reforma*<sup>38</sup>. *Lo que ofrece es una opción “centrista” que evita los extremos y al mismo tiempo, permite una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida. Al hacerlo, otorga una atención cuidadosa al establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema*<sup>39</sup>, contemplando que *“las OASS*<sup>40</sup> *tienen que alcanzar un delicado balance entre los incentivos para la contención de costos, implícito en los pagos por capitación y el imperativo de satisfacer a los consumidores, alentado por la libertad de elección”*.

En relación con las funciones de regulación por parte del Estado, el Pluralismo Estructurado identifica y propone que *“Al lado de las dos funciones tradicionales de financiamiento y prestación, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término “modulación”, concepto más amplio que el de regulación*<sup>41</sup>. La modulación propuesta por el Pluralismo Estructurado incluye cinco funciones específicas: El desarrollo del sistema; la coordinación; diseño financiero; la regulación propiamente dicha y la protección al consumidor<sup>42</sup>.

De esta última se indica que *“La importante asimetría que existe en la información, característica del mercado de la atención a la salud, hace necesaria la formulación de una estrategia explícita para la protección del consumidor. En este sentido, un primer instrumento consiste en ofrecer información pública acerca del desempeño de los*

---

<sup>34</sup> Op. cit., 7.

<sup>35</sup> Op. cit., 19.

<sup>36</sup> Ibidem.

<sup>37</sup> Op. cit., 20.

<sup>38</sup> Op. cit., 24.

<sup>39</sup> Op. cit., 23

<sup>40</sup> Organizaciones para la Articulación de Servicios de Salud – OASS-. Estas organizaciones son homólogas en funciones y responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>41</sup> Op. cit., 8.

<sup>42</sup> Op. cit., 19-20.



aseguradores y los prestadores de servicios. Poner este tipo de información a la disposición de los consumidores y las OASS (como agentes en la compra de servicios de salud) servirá para impulsar una competencia efectiva. - Por supuesto, la mera difusión de la información no basta para corregir por completo el desequilibrio de poder que existe entre aseguradores, prestadores y consumidores. También se requiere desarrollar un esfuerzo deliberado –hasta ahora bastante incipiente– encaminado a la protección de los derechos humanos y la mediación de conflictos. - En suma, el tipo de modulación que requiere el pluralismo no coloca obstáculos al mercado de los servicios de salud, sino que representa una condición necesaria para que éste funcione de manera transparente y eficiente. Para tal propósito, la función de articulación también resulta crucial.<sup>43</sup>

En su función de articulación, “las OASS pueden garantizar el acceso a un paquete de intervenciones para una población predefinida. Para lograrlo, organizan diferentes tipos de proveedores con base en los incentivos diseñados para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta frente a los clientes. Al mismo tiempo, actúan en beneficio de los consumidores, de forma que éstos puedan ejercer una mayor libertad de elección en la búsqueda de continuidad y calidad en la atención”<sup>44</sup>. (Negrillas y subrayado fuera de texto).

También, los autores refieren que: “En el caso del modelo público unificado, sería necesario convertir a la regulación burocrática en auténtica modulación, separar el financiamiento de la prestación y volver explícita la función de articulación. En el otro modelo polar, también sería necesario modular la operación de los mercados de seguros y servicios, así como establecer entidades articuladoras, las cuales competirían a fin de que la libertad de elección fuera una realidad para toda la población. El aumento de la movilidad de la población también sería una prioridad en el modelo segmentado, y ello podría lograrse separando funciones y abriendo cada segmento de manera competitiva. El modelo de contrato público requeriría que la función de articulación se hiciera explícita y competitiva mediante su separación del financiamiento. Además, (...) todos los modelos existentes requerirían un fortalecimiento de la modulación”<sup>45</sup>. –“En suma, el pluralismo estructurado ofrece una respuesta que puede adaptarse a las diversas condiciones prevalecientes en un país determinado, al tiempo que mantiene la movilidad de todos los grupos a medida que éstos convergen hacia una cobertura integral acompañada de protección financiera y libertad de elección”<sup>46</sup>. (Subraya fuera de texto).

De acuerdo con lo anterior, se colige que la libertad de escogencia tiene una estrecha relación con el modelo de salud adoptado, el cual se desarrolla en el marco de un mercado competitivo. Una de las premisas de la libertad de mercado y la competencia según Adam Smith y expresada por Milton Friedman es que “La libertad económica es un requisito esencial de la libertad política”<sup>47</sup>. La combinación de la libertad política y económica propició en el siglo XIX una edad de oro tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos. Para Friedman, una economía predominantemente basada en el

<sup>43</sup> Op. cit., 20.

<sup>44</sup> Op. cit., 22.

<sup>45</sup> Op. cit., 22.

<sup>46</sup> Op. cit., 25.

<sup>47</sup> FRIEDMAN, Milton & Rose. (1979). Libre para elegir. Vermont.



intercambio voluntario, tiene dentro de sí el potencial para promover tanto la prosperidad como la libertad humana al referirse sobre el poder del mercado, y continúa indicando que ninguna sociedad ha logrado la prosperidad y la libertad a menos que el intercambio voluntario haya sido el principio dominante de su organización por cuanto el intercambio voluntario es una condición necesaria tanto para la prosperidad como para la libertad<sup>48</sup>. Más adelante concluye que *“Las restricciones sobre nuestra libertad económica inevitablemente afectan a nuestra libertad en general, incluso en áreas tales como la libertad de expresión y de prensa<sup>49</sup>”*.

Específicamente sobre el mercado de los servicios de salud, de manera previa a lo expresado por Friedman, Kenneth *“Arrow (1963) sostenía que otra especificidad de este mercado es definida por las características de los bienes que la componen. Son bienes que ocasionan fallas de mercado al punto de provocar ineficiencia en la asignación de recursos si se los deja al libre juego de las fuerzas del mercado. Entre tales características se destacan: la asimetría de información y su condición de demanda derivada. - Respecto a la primera, el desnivel radica en que el manejo de la información se convierte en una ventaja inmediata en el lado de la oferta de servicios. En torno a la segunda, se afirma que en este mercado el consumo no es un fin en sí mismo y puede registrar diferentes formas<sup>50</sup>. - Además, la demanda por atención médica no es unidimensional. En principio la demanda estaría ligada a las necesidades y a la utilización efectiva. Pero la demanda es un concepto distinto al de necesidad, y los consumidores podrían solicitar un servicio que no necesitan o necesitarlo y no demandarlo; de igual manera, el servicio ofrecido puede diferir del solicitado o del necesitado. En general, la demanda por servicios de salud sería una demanda inducida por la oferta. [Musgrove 1985]<sup>51</sup>”*.

En relación con lo anterior, se extrae una de las fallas del mercado de la salud que corresponde a los vacíos de información existentes, los cuales generan asignaciones no óptimas en el mercado, en tanto que las elecciones que analizan los ciudadanos no premian la calidad en la prestación de los servicios, tal como se señala en el trabajo de Cárdenas, Diana (2004) *“Estrategia para superar el problema de asimetría de información en el Régimen Subsidiado”<sup>52</sup>*. La teoría de la agencia, libertad de elección, asimetrías de información y costos de transacción en el sector salud, la tratan ampliamente los autores Arrow (1963), Enthoven (1993), Londoño y Frenk (1997) y Rodríguez (2002)<sup>53</sup>. (Subraya fuera de texto).

---

<sup>48</sup> Op. cit., 12.

<sup>49</sup> Op. cit., 49.

<sup>50</sup> Tomado de: MINISTERIO de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. – Consultoría del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia. (2005). “Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud” INFORME FINAL -- Bogotá D.C. 15.

<sup>51</sup> Op. cit., 15.

<sup>52</sup> CÁRDENAS, Diana (2004). Estrategia para superar el problema de asimetría de información en el Régimen Subsidiado. Tesis de Grado para Optar por el Título de magíster en Economía. Universidad de los Andes. Mimeo.

<sup>53</sup> “Diseño y cálculo... 37.



En conclusión, la información que se genere y divulgue en el marco del Sistema de Información de la Calidad-SIC, deberá permitir que las EAPB e IPS puedan desarrollar su capacidad competitiva basada en prestigio por calidad<sup>54</sup>, impulsada por la libertad de elección, la cual permite la oportunidad y la autonomía de un individuo para realizar una acción seleccionada de al menos dos opciones disponibles, sin restricciones por parte de terceros. De igual manera, como lo describe el primer informe de calidad en salud “*El cambio de EPS puede ser considerada en una importante proporción de los casos, como la expresión de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. La monitorización de este indicador permitirá determinar, a través del comportamiento de los usuarios, su nivel de satisfacción con la atención y servicios prestados por la entidad promotora de salud*”<sup>55</sup>. Ello permitirá a los afiliados y usuarios del Sistema de Salud, tomar decisiones informadas. Los indicadores de eficiencia relativa servirán para transmitir información que permita a los afiliados elegir su asegurador sobre la base de criterios objetivos, impulsando por esta vía la competencia entre EPS, como lo expresa la Superintendencia de Industria y Comercio en un documento sobre competencia en el sector salud<sup>56</sup>.

El informe de calidad de 2015 complementa que los indicadores de calidad en la atención de los servicios de salud “*tienen el propósito de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad, lo que permite materializar los incentivos de prestigio del SGSSS*” y que “*los nuevos enfoques de calidad han avanzado, en la medida en que ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino que todos los integrantes del SGSSS intervienen en los resultados. De esta manera, los nuevos planteamientos se orientan a modelos de gestión de la excelencia del Sistema en su conjunto*”. (Subraya fuera de texto).

## 6. Marco situacional

En este capítulo se describe las inconformidades de los usuarios de salud manifestadas mediante peticiones, quejas, reclamos y denuncias –PQRD- contra las EPS ante la SNS, la cobertura del aseguramiento en salud por régimen, EPS y el margen de cupos para ejercer la libertad de escogencia de EPS, observando el efecto sobre la oferta agregada de cupos y potenciales afiliados debido a las medidas de vigilancia especial impuesta por la SNS a las EPS, pues estas limitan la afiliación y los traslados. El análisis de cobertura y oferta de EPS a nivel de municipios se centra en identificar la concentración

---

<sup>54</sup> MINISTERIO de la Protección Social. (2009). 1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas Colombia 2009”. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. 30.

<sup>55</sup> MINISTERIO de la Protección Social. (2009) 1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas Colombia 2009”. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Bogotá, D.C. Colombia. 318

<sup>56</sup> SUPERINTENDENCIA de Industria y Comercio - Competencia en el Sector Salud. En [http://www.sic.gov.co/recursos\\_user/documentos/promocion\\_competencia/Estudios\\_Economicos/Estudio%20de%20salud.pdf](http://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/promocion_competencia/Estudios_Economicos/Estudio%20de%20salud.pdf). Pg. 6.



de cupos y afiliados por categorización de municipios con oferta única o plural de EPS por régimen. La población total por municipio se toma como referencia de cobertura. Igualmente se analizan los resultados de las encuestas que han medido la libertad de escogencia de EPS y los estudios que se ha referido al tema.

Con base en el censo de Población Total Nacional y por municipios proyectado a 2018 del DANE<sup>57</sup>, en desarrollo del presente diagnóstico se identificó que la afiliación al régimen subsidiado de salud de setenta municipios, supera la población total del respectivo municipio en 117.526 afiliados; situación que, si bien es pertinente contemplar las dinámicas migratorias poblacionales al interior del país, conlleva a reflexionar respecto de los recursos por UPC más sus respectivos factores diferenciales por localización, destinados para la cobertura de la población pobre y vulnerable, los cuales se estiman en \$98 mil millones (Ver Tabla N° 1). En este sentido, es pertinente que con la actualización y formalización del CENSO 2018 se revise la metodología de asignación de recursos para la cobertura del régimen subsidiado a nivel municipal, articulando una dinámica entre el Censo (que corresponde a un dato estático de referencia) y la encuesta Sisben, estableciendo una periodicidad ajustada a las dinámicas de migración interna del país.

---

<sup>57</sup> DEPARTAMENTO Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE. (2019) Las series de proyecciones de población aquí presentadas, están sujetas a ajustes de acuerdo con la disponibilidad de nueva información. -Fecha de actualización de la serie: jueves 12 de mayo de 2011.



**Tabla N° 1**  
**Municipios con cobertura en Régimen Subsidiado superior al 100% de su población y estimación de recursos. (Ordenada por porcentaje de afiliación)**

MUNICIPIOS CON COBERTURA SUPERIOR AL 100%	Nº	Población por Municipio (Py 2018) 1/	Afiliación RS por municipio 2/	Diferencia	Porcentaje de Afiliación RS	Recursos estimados por UPC 2019 3/
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>1.202.016</b>	<b>1.319.542</b>	<b>- 117.526</b>		<b>97.805.944.155</b>
<b>META</b>	<b>2</b>	<b>25.087</b>	<b>34.745</b>	<b>- 9.658</b>	<b>138,5%</b>	
EL CASTILLO		6.184	6.236	- 52	100,8%	45.636.949
PUERTO GAITAN		18.903	28.509	- 9.606	150,8%	8.430.548.648
<b>VAUPES</b>	<b>1</b>	<b>952</b>	<b>1.271</b>	<b>- 319</b>	<b>133,5%</b>	
TARAIRA		952	1.271	- 319	133,5%	279.965.128
<b>PUTUMAYO</b>	<b>1</b>	<b>15.380</b>	<b>19.033</b>	<b>- 3.653</b>	<b>123,8%</b>	
PUERTO LEGUIZAMO		15.380	19.033	- 3.653	123,8%	3.205.995.650
<b>ATLANTICO</b>	<b>4</b>	<b>47.526</b>	<b>58.596</b>	<b>- 11.070</b>	<b>123,3%</b>	
CAMPO DE LA CRUZ		15.206	23.608	- 8.402	155,3%	6.615.123.134
CANDELARIA		12.554	14.278	- 1.724	113,7%	1.357.352.093
SANTA LUCIA		11.296	11.732	- 436	103,9%	343.274.659
SUAN		8.470	8.978	- 508	106,0%	399.962.218
<b>ANTIOQUIA</b>	<b>3</b>	<b>30.262</b>	<b>35.495</b>	<b>- 5.233</b>	<b>117,3%</b>	
FRONTINO		15.703	18.565	- 2.862	118,2%	2.253.330.446
VEGACHI		8.949	9.967	- 1.018	111,4%	801.499.090
VIGIA DEL FUERTE		5.610	6.963	- 1.353	124,1%	1.187.438.301
<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>1</b>	<b>8.236</b>	<b>9.506</b>	<b>- 1.270</b>	<b>115,4%</b>	
EL DOVIO		8.236	9.506	- 1.270	115,4%	1.114.594.710
<b>NORTE DE SANTANDER</b>	<b>5</b>	<b>66.849</b>	<b>77.146</b>	<b>- 10.297</b>	<b>115,4%</b>	
CACOTA		1.763	2.358	- 595	133,7%	468.459.684
CONVENCION		12.765	16.030	- 3.265	125,6%	2.865.473.801
EL TARRA		11.025	16.669	- 5.644	151,2%	4.443.674.717
SILOS		4.198	4.280	- 82	102,0%	64.560.830
TIBU		37.098	37.809	- 711	101,9%	559.789.639
<b>CHOCO</b>	<b>6</b>	<b>45.572</b>	<b>52.567</b>	<b>- 6.995</b>	<b>115,3%</b>	
ACANDI		9.335	10.298	- 963	110,3%	845.161.186
BAGADO		7.937	9.932	- 1.995	125,1%	1.750.879.092
BAHIA SOLANO		9.400	9.711	- 311	103,3%	272.944.059
BOJAYA		10.113	12.487	- 2.374	123,5%	2.083.502.237
CARMEN DEL DARIEN		5.548	6.285	- 737	113,3%	646.815.985
JURADO		3.239	3.854	- 615	119,0%	539.744.682
<b>GUAINIA</b>	<b>1</b>	<b>20.312</b>	<b>23.092</b>	<b>- 2.780</b>	<b>113,7%</b>	
INIRIDA		20.312	23.092	- 2.780	113,7%	2.439.821.491
<b>CESAR</b>	<b>8</b>	<b>182.154</b>	<b>205.183</b>	<b>- 23.029</b>	<b>112,6%</b>	
AGUSTIN CODAZZI		49.654	50.042	- 388	100,8%	305.482.954
BECERRIL		13.261	15.002	- 1.741	113,1%	1.370.736.655
CHIRIGUANA		18.852	23.410	- 4.558	124,2%	3.588.637.378
CURUMANI		23.360	30.236	- 6.876	129,4%	5.413.661.827
LA JAGUA DE IBIRICO		22.372	22.808	- 436	101,9%	343.274.659
PAILITAS		17.462	18.185	- 723	104,1%	569.237.566
PUEBLO BELLO		23.985	30.181	- 6.196	125,8%	4.878.279.331
SAN DIEGO		13.208	15.319	- 2.111	116,0%	1.662.047.719
<b>RISARALDA</b>	<b>1</b>	<b>13.817</b>	<b>14.968</b>	<b>- 1.151</b>	<b>108,3%</b>	
PUEBLO RICO		13.817	14.968	- 1.151	108,3%	1.010.156.308



MUNICIPIOS CON COBERTURA SUPERIOR AL 100%	Nº	Población por Municipio (Py 2018) 1/	Afiliación RS por municipio 2/	Diferencia	Porcentaje de Afiliación RS	Recursos estimados por UPC 2019 3/
<b>CASANARE</b>	<b>2</b>	<b>34.266</b>	<b>37.067</b>	- 2.801	<b>108,2%</b>	
PAZ DE ARIPORO		26.357	28.781	- 2.424	109,2%	2.127.383.919
PORE		7.909	8.286	- 377	104,8%	330.867.878
<b>BOYACA</b>	<b>2</b>	<b>8.026</b>	<b>8.662</b>	- 636	<b>107,9%</b>	
CUBARA		6.739	7.332	- 593	108,8%	520.436.742
PISBA		1.287	1.330	- 43	103,3%	37.738.246
<b>BOLIVAR</b>	<b>4</b>	<b>56.535</b>	<b>60.983</b>	- 4.448	<b>107,9%</b>	
CICUCO		11.138	11.875	- 737	106,6%	580.260.146
CORDOBA		12.317	14.386	- 2.069	116,8%	1.815.823.980
SAN JACINTO		21.635	22.585	- 950	104,4%	833.751.948
TALAIGUA NUEVO		11.445	12.137	- 692	106,0%	544.830.422
<b>SANTANDER</b>	<b>5</b>	<b>19.418</b>	<b>20.872</b>	- 1.454	<b>107,5%</b>	
CERRITO		5.532	6.044	- 512	109,3%	403.111.526
CONCEPCION		5.110	5.533	- 423	108,3%	333.039.406
GALAN		2.139	2.469	- 330	115,4%	259.817.976
JORDAN		1.089	1.157	- 68	106,2%	53.538.250
VILLANUEVA		5.548	5.669	- 121	102,2%	95.266.591
<b>TOLIMA</b>	<b>1</b>	<b>20.349</b>	<b>21.832</b>	- 1.483	<b>107,3%</b>	
ROVIRA		20.349	21.832	- 1.483	107,3%	1.167.606.238
<b>LA GUAJIRA</b>	<b>1</b>	<b>164.424</b>	<b>174.337</b>	- 9.913	<b>106,0%</b>	
MAICAO		164.424	174.337	- 9.913	106,0%	8.699.982.173
<b>SUCRE</b>	<b>8</b>	<b>189.873</b>	<b>200.386</b>	- 10.513	<b>105,5%</b>	
CHALAN		4.401	4.451	- 50	101,1%	43.881.681
COLOSO		5.731	6.615	- 884	115,4%	775.828.129
LOS PALMITOS		19.224	20.156	- 932	104,8%	817.954.543
MAJAGUAL		33.811	35.701	- 1.890	105,6%	1.658.727.560
OVEJAS		20.906	22.203	- 1.297	106,2%	1.138.290.818
SAMPUES		38.339	39.376	- 1.037	102,7%	910.106.074
SAN ONOFRE		51.536	55.482	- 3.946	107,7%	3.463.142.303
SAN PEDRO		15.925	16.402	- 477	103,0%	418.631.241
<b>MAGDALENA</b>	<b>8</b>	<b>178.684</b>	<b>186.488</b>	- 7.804	<b>104,4%</b>	
CERRO DE SAN ANTONIO		7.734	8.316	- 582	107,5%	458.224.430
CHIVOLO		15.793	17.601	- 1.808	111,4%	1.423.487.578
CONCORDIA		9.260	9.544	- 284	103,1%	223.600.925
EL BANCO		55.949	56.519	- 570	101,0%	448.776.504
FUNDACION		57.527	59.528	- 2.001	103,5%	1.575.441.727
PEDRAZA		8.095	8.344	- 249	103,1%	218.530.774
SALAMINA		6.758	8.236	- 1.478	121,9%	1.163.669.602
SAN SEBASTIAN DE BUENAVISTA		17.568	18.400	- 832	104,7%	730.191.180
<b>NARIÑO</b>	<b>6</b>	<b>74.294</b>	<b>77.313</b>	- 3.019	<b>104,1%</b>	
ALDANA		5.855	7.048	- 1.193	120,4%	939.281.350
ANCUYA		6.572	6.604	- 32	100,5%	25.194.470
CUASPUD		8.727	9.035	- 308	103,5%	242.496.778
EL TABLON DE GOMEZ		12.388	12.517	- 129	101,0%	101.565.209
GUACHUCAL		15.269	16.136	- 867	105,7%	682.612.682
LA UNION		25.483	25.973	- 490	101,9%	385.790.328
<b>MUNICIPIOS CON UPC DIFERENCIAL POR ZONAS ESPECIALES DE DISPERSION GEOGRAFICA</b>						

Fuentes:

1/ Estimaciones de Población 1985 - 2005 Y Proyecciones De Población 2005 - 2020 Total Municipal por Área - Dane

2/ Afiliados\_EPS\_aMzo2019 - BDU - Consulta del martes, 13 de mayo de 2019, 10:12:27

3/ Estimado con base en el Valor de la UPC del RS establecida en la Resolución 5858 del 26 de Diciembre de 2018 -Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación- UPC que financia los servicios y las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2019 y se dictan otras disposiciones.



## 6.1 Contexto de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias de los usuarios de salud contra las EPS ante la SNS

El organismo de control del SGSSS representado por la SNS, recibió 1'433.775 peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de información entre el 2018 y mayo de 2019 (Ver Tabla N°2). Las PQRD ascendieron a 823.109, de las cuales el 92,2% correspondieron a situaciones presentadas por los usuarios contra las EPS.

**Tabla N° 2**  
**P.Q.R.D. y Solicitudes de Información radicadas ante la Supersalud Total Nacional**

CLASIFICACIÓN	2.018	2.019	TOTAL PERIODO
PETICIONES, QUEJAS RECLAMOS O DENUNCIAS*	549.991	273.118	823.109
SOLICITUD DE INFORMACIÓN	380.816	229.850	610.666
<b>TOTAL</b>	<b>930.807</b>	<b>502.968</b>	<b>1.433.775</b>

\*PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS O DENUNCIAS: DE AHORA EN ADELANTE PQRD  
TABLA 1. TOTAL NACIONAL POR TIPO DE RADICACIÓN

Fuente: SNS. Base de Datos (Enero-Noviembre 2018) (Enero-Mayo 2019)

Las PQRD presentan un comportamiento creciente, pues al comparar los cortes a mayo de cada año, en el régimen contributivo se incrementan el 21.6% y en el subsidiado el 24,1%. (Ver Tabla N°3)

**Tabla N° 3**  
**P.Q.R.D. por Régimen radicadas ante la Supersalud Corte a Mayo de cada año**

Régimen \ año	2018	2019	Var %
Régimen Contributivo	144.028	175.103	21,6%
Régimen Subsidiado	61.179	75.900	24,1%
<b>Total SGSSS</b>	<b>207.225</b>	<b>253.022</b>	<b>22,1%</b>

Fuente: SNS. Base de Datos (Enero-Noviembre 2018) (Enero-Mayo 2019)

El ordenamiento de las PQRD por EPS se presenta por la tasa acumulada 2018, en razón que este es un periodo completo. La tasa acumulada 2019 no es comparable respecto de la tasa acumulada 2018, dados los periodos de corte del reporte.

Las EPS que operan el régimen contributivo que acumulan más PQRD en 2018 son las que cuentan con medida de vigilancia especial por parte de la SNS. Comfenalco Valle sin medida especial de vigilancia, supera el promedio (Ver Tabla N° 4).



**Tabla N° 4**  
**P.Q.R.D. por EPS del Régimen Contributivo radicadas ante la Supersalud Total Nacional**

EPS	TOTAL AÑO 2.018	AFILIADOS NOVIEMBRE 2.018	TASA ACUMULADA 2018	TOTAL AÑO 2.019	AFILIADOS MAYO 2.019	TASA ACUMULADA 2109
CRUZ BLANCA	22.295	429.215	51,9	10.243	352.570	29,1
COOMEVA	57.063	2.185.824	26,1	30.309	2.003.554	15,1
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	21.327	922.195	23,1	10.078	881.999	11,4
MEDIMÁS	66.597	3.050.842	21,8	35.908	2.734.770	13,1
SALUDVIDA	1.518	71.676	21,2	826	70.664	11,7
COMFENALCO VALLE	4.724	235.004	20,1	1.897	231.413	8,2
FAMISANAR	33.194	2.193.938	15,1	16.686	2.238.346	7,5
NUEVA EPS	52.132	3.659.748	14,2	23.880	3.763.651	6,3
SALUD TOTAL	36.405	2.818.345	12,9	15.503	2.939.391	5,3
COMPENSAR	18.443	1.496.112	12,3	8.319	1.545.049	5,4
SANITAS	22.229	2.566.236	8,7	10.664	2.814.773	3,8
ALIANSALUD	1.522	217.429	7,0	804	221.684	3,6
EPS SURA	17.910	3.090.609	5,8	9.762	3.380.180	2,9
FUNDACIÓN SALUD MIA	4	4.860	0,8	74	13.411	5,5
COOSALUD				150	1.264	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>355.363</b>	<b>22.942.033</b>	<b>PROMEDIO 15,5</b>	<b>175.103</b>	<b>23.192.719</b>	<b>PROMEDIO 7,5</b>

\*TASA ACUMULADA: NÚMERO DE PQRD RECIBIDAS EN EL PERIODO POR CADA 1.000 A FILIADOS (TOTAL PQRD EN EL PERIODO/ NÚMERO DE AFIL

TABLA 8. PQRD POR EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2018 (ENERO-NOVIEMBRE) y AÑO 2019 (ENERO-MAYO)

EPS CON MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL

Fuente: SNS. Base de Datos año 2018 (Enero-Noviembre) y año 2019 (Enero-Mayo)

En el régimen subsidiado, tres EPS-S sin medida de vigilancia especial en el año 2018 presentan una tasa acumulada superior al promedio ponderado (Cajacopi-Atlántico, Pijao Salud y Nueva EPS). (Ver Tabla N° 5)

Las PQRD están clasificadas en 287 motivos específicos, donde los tres primeros motivos acumulan el 32,2% así: Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, 20,6%; Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No-POS 6,1% y Restricción en la libre escogencia de EPS 5,5% con 45.606 quejas por este motivo. (Ver Tabla N° 6). Los siguientes motivos relevantes corresponden a falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel, en la entrega de medicamentos POS y en la programación de cirugía, además de la demora en la referencia o contrarreferencia, en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos, en la autorización de consultas médicas especializada y en la autorización de cirugía POS, situación que evidencia fallas en los servicios de las EPS a los usuarios del sistema.



**Tabla N° 5**  
**P.Q.R.D. por EPS del Régimen Subsidiado radicadas ante la Supersalud**  
**Total Nacional**

EPS	TOTAL AÑO 2.018	AFILIADOS NOVIEMBRE 2.018	TASA ACUMULADA	TOTAL AÑO 2.019	AFILIADOS MAYO 2.019	TASA ACUMULADA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	2.575	117.648	21,9	1.471	165.058	8,9
ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA - ECOOPSOS	4.950	313.102	15,8	1.586	321.921	4,9
CAPITAL SALUD	17.665	1.154.969	15,3	8.706	1.135.654	7,7
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO	11.449	884.589	12,9	4.196	1.007.525	4,2
MEDIMÁS	13.442	1.058.282	12,7	8.263	1.031.173	8,0
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR	5.104	574.838	8,9	3.279	572.256	5,7
CONVIDA	4.821	544.339	8,9	2.704	541.209	5,0
SAVIA SALUD EPS	14.480	1.702.184	8,5	6.041	1.684.438	3,6
PIJAOS SALUD (EPS-I)	698	84.826	8,2	94	87.186	1,1
NUEVA EPS	8.702	1.104.018	7,9	4.066	1.336.019	3,0
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD - EMDISALUD	3.563	456.174	7,8	2.126	453.589	4,7
SALUDVIDA	7.564	1.116.408	6,8	4.276	1.096.205	3,9
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ - AMBUQ	5.460	810.558	6,7	2.255	794.484	2,8
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	740	118.279	6,3	204	116.410	1,8
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA - COMPARTA	10.445	1.711.463	6,1	6.242	1.610.653	3,9
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA - COMFACOR	3.209	542.842	5,9	1.650	0	0,0
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	9.113	1.884.250	4,8	5.038	1.886.954	2,7
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR	9.140	1.919.493	4,8	4.663	1.904.368	2,4
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD	7.179	1.622.414	4,4	2.620	1.886.306	1,4
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA - COOSALUD	8.383	2.071.551	4,0	4.370	2.254.189	1,9
CAPRESOCA	584	178.897	3,3	205	175.343	1,2
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCO	481	175.235	2,7	260	172.151	1,5
CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"	439	163.775	2,7	268	155.720	1,7
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA	481	225.627	2,1	195	225.262	0,9
CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"	256	127.750	2,0	155	131.315	1,2
MALLAMAS (EPS-I)	527	315.912	1,7	219	321.823	0,7
AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	701	479.846	1,5	404	484.112	0,8
CCF DE NARIÑO	263	182.915	1,4	190	185.106	1,0
DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	158	215.174	0,7	74	224.509	0,3
ANAS WAYUU (EPS-I)	132	187.880	0,7	80	193.538	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>152.704</b>	<b>22.045.238</b>	<b>PROMEDIO 6,9</b>	<b>75.900</b>	<b>22.154.476</b>	<b>PROMEDIO 3,4</b>

\*TASA ACUMULADA: NÚMERO DE PQRD RECIBIDAS EN EL PERIODO POR CADA 1.000 AFILIADOS (TOTAL PQRD EN EL PERIODO/ NÚMERO DE AFILIADOS POR 1.000)

\*\* NO SE TIENE EN CUENTA LAS PQRD DE CCF BOYACÁ COMFABOY, MANEXKA Y CCF NORTE DE SANTANDER POR QUE TIENEN MEDIDA ESPECIAL.

TABLA 9. PQRD POR EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO

FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2018 (ENERO-NOVIEMBRE) y AÑO 2019 (ENERO-MAYO)

EPS CON MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL

Fuente: SNS. Base de Datos año 2018 (Enero-Noviembre) y año 2019 (Enero-Mayo)



**Tabla N° 6**  
**Cinco primeros motivos de P.Q.R.D. formuladas por los usuarios del SGSSS contra las EPS ante de la Supersalud - Total Nacional**

MOTIVOS	2.018	2019 (Mayo)	TOTAL PERIODO	Part %
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	111.694	57.718	169.412	20,6%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS	31.173	18.956	50.129	6,1%
RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOGENCIA DE EPS	33.096	12.510	45.606	5,5%
FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	29.037	12.576	41.613	5,1%
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	22.547	14.388	36.935	4,5%
<b>TOTAL DE TODOS LOS MOTIVOS</b>	<b>549.991</b>	<b>273.118</b>	<b>823.109</b>	<b>100%</b>

Fuente: Comportamiento de Peticiones, Quejas, Reclamos o Denuncias (PQRD) y Solicitudes de Información. Tabla 7. PQRD por Motivos Específicos. – Superintendencia Nacional de Salud. 2018- Enero-Mayo 2019.

## 6.2 Cobertura del aseguramiento en salud

Teniendo en cuenta las proyecciones de población realizadas por el DANE, con base en los datos del Censo de Población 2005, Colombia cuenta con una población total nacional de 49,8 millones de habitantes a 2018<sup>58</sup>. La cobertura del aseguramiento en salud conformada mediante los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS asciende al 90,3% de la población total nacional, de los cuales 22,3 millones de afiliados pertenecen al régimen contributivo y 22,8 millones al régimen subsidiado. (Ver Tabla N°7).

Las EPS encargadas de operar los regímenes contributivo y subsidiado de salud, integran el SGSSS y entre las diversas funciones que les faculta la ley, además del aseguramiento de los riesgos en salud, tienen a cargo la afiliación de los usuarios, quienes elegirán libremente la EPS de su preferencia (*como se expone ampliamente en el capítulo del marco legal y reglamentario*); se desataca que estas entidades deben promover la afiliación con la obligación de aceptar a toda persona que la solicite y cumpla con los requisitos establecidos por las normas reglamentaria<sup>59</sup>.

<sup>58</sup> Este estudio no contempla la población del Censo realizado en 2018, en razón que no se han publicado las tablas finales en el sitio WEB oficial del DANE.

<sup>59</sup> Artículo 156, L-100-93 - Características Básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, literales e - g; Artículo 178, L-100-93 - Funciones de las Entidades Promotoras de Salud, numerales 2 y 3



**Tabla N° 7**  
**Cobertura del Aseguramiento en Salud - SGSSS**

COBERTURA	POBLACION	Part %
Población Total Nacional <sup>1/</sup>	49.834.240	
Afiliados al SGSSS <sup>2/</sup>	45.156.771	90,3%
Afiliados al RC	22.326.410	49,4%
Afiliados al RS	22.830.361	50,6%

Fuentes:

1/ Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipal por área - DANE

2/ Afiliados\_EPS\_aMzo2019 - BDUA - Consulta del martes, 13 de mayo de 2019, 10:12:27

Refiere la norma que para el cumplimiento de esta función, la SNS autorizará como EPS a entidades de naturaleza pública, privada o mixta que tengan como objetivo la afiliación y registro de la población al SGSSS, acreditando periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados, de manera tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo<sup>60</sup>.

Con corte a mayo 31 de 2019<sup>61</sup>, la SNS registra un total de 40 EPS con 95'349.599 cupos de afiliación aprobados así: 45'338.441 para 15 EPS que operan el régimen contributivo y 50'011.158 para 29 EPS que operan el régimen subsidiado de salud, presentando un incremento del 54.4% en relación con los cupos de autorización a diciembre de 2018 (61.736.248 cupos totales; 28'071.480 en el régimen contributivo y 33'664.768 en el régimen subsidiado), con origen en autorizaciones de ampliación de capacidad de afiliación y autorización de operación en el régimen contributivo a Coosalud y a Mutual Ser<sup>62</sup>. Es de contemplar que cuatro EPS operan conjuntamente los regímenes contributivo y subsidiado [Saludvida E.P.S. S.A., Nueva EPS S.A., Medimas EPS y Coosalud] [Ver Tablas N° 8 y 9] y que todas las EPS están autorizadas para aplicar el mecanismo de movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) en un momento dado, permitiéndole permanecer en su misma EPS así sus condiciones socioeconómicas cambien temporalmente [Art. 35 Ley 1438/11 y Decreto 3047 de 2013].

<sup>60</sup> Artículo 180, L-100-93 - Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud, numerales 3 y 5

<sup>61</sup> Base de Datos con corte a Mayo 31 de 2019, remitida por la Superintendencia Delegada Para La Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en Junio 7 de 2019.

<sup>62</sup> Bitácora de Ajustes de la Base de Datos con corte a Mayo 31 de 2019 con origen al Superintendencia Delegada Para La Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud, remitida el 7 de Junio de 2019.



De las 40 EPS autorizadas para operar el SGSSS, 15 operan el régimen contributivo y 29 el régimen subsidiado, de las cuales 4 están autorizadas para operar ambos regímenes conjuntamente. A la fecha, la SNS ha impuesto y mantiene medida de vigilancia especial sobre 21 EPS, de las cuales 3 operan el RC, 16 el RS y 2 ambos regímenes, condición que les impide nuevas afiliaciones o traslados a favor de ellas.

Las cinco EPS del régimen contributivo con medida de vigilancia especial cuentan con 5'473.900 de afiliados que corresponde al 24,5% de afiliados de dicho régimen, en tanto que las dieciséis EPS del régimen subsidiado cuentan con 14'073.293 que representan el 61,6%, observando un mayor riesgo en este régimen, en caso que ninguna de estas EPS supere las condiciones que dieron origen a la medida y se decrete su liquidación.

En las tablas 10 y 11, se presenta la cobertura de afiliación y cupos autorizados para cada régimen, la primera columna registra la categorización que realizada por número de EPS que cuentan con cupos autorizados de afiliación por municipio así: cero, un, dos y tres y más municipios con autorización de afiliación por EPS. La segunda columna registra el número de municipios donde operan las EPS, la sexta columna registra el número de cupos autorizados y la octava el número de afiliados. Lo anterior, con el fin de observar la oferta de cupos de afiliación en un número determinado de municipios por categoría de EPS.



**Tabla N° 8**  
**EPS AUTORIZADAS PARA OPERAR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – Con y sin medida especial de vigilancia**

	Autorizadas	Con Medida Especial -SNS	Lbre de Medidas
<b>Régimen Contributivo</b>	15 1. SURA 2. SALUD TOTAL 3. SANITAS 4. FAMISANAR 5. COOMEVA 6. COMPENSAR 7. S.O.S. 8. CRUZ BLANCA 9. COMFENALCO VALLE 10. ALIANSALUD 11. SALUD MIA	11 1. COOMEVA 2. S.O.S. 3. CRUZ BLANCA	3 8 1. SURA 2. SALUD TOTAL 3. SANITAS 4. FAMISANAR 5. COMPENSAR 6. COMFENALCO VALLE 7. ALIANSALUD 8. SALUD MIA
<b>Ambos Regimenes</b>	4 1. NUEVA EPS 2. MEDIMAS 3. SALUDVIDA 4. COOSALUD	2 1. MEDIMAS 2. SALUDVIDA	2 1. NUEVA EPS 2. COOSALUD
<b>Régimen Subsidiado</b>	29 1. ASMET SALUD 2. EMSSANAR 3. COMPARTA 4. SAVIA SALUD 5. MUTUAL SER 6. CAPITAL SALUD 7. CAJACOPI 8. BARRIOS UNIDOS 9. COMFAMILIAR HUILA 10. CONVIDA 11. AIC 12. EMDISALUD 13. ECOOPSOS 14. MALLAMAS 15. CCF GUAJIRA 16. DUSAKAWI 17. ANASWAYUU 18. COMFAMILIAR NARIÑO 19. COMFACHOCO 20. CAPRESOCA 21. COMFAMILIAR CARTAGENA 22. COMFAORIENTE 23. COMFASUCRE 24. COMFACUNDI 25. PIJAOS SALUD	25 1. ASMET SALUD 2. EMSSANAR 3. COMPARTA 4. SAVIA SALUD 5. CAPITAL SALUD 6. BARRIOS UNIDOS 7. COMFAMILIAR HUILA 8. CONVIDA 9. EMDISALUD 10. ECOOPSOS 11. DUSAKAWI 12. COMFACHOCO 13. CAPRESOCA 14. COMFAMILIAR CARTAGENA 15. COMFASUCRE 16. COMFACUNDI	16 9 1. CAJACOPI 2. AIC 3. MALLAMAS 4. CCF GUAJIRA 5. ANASWAYUU 6. COMFAMILIAR NARIÑO 7. COMFAORIENTE 8. MUTUAL SER 9. PIJAOS SALUD
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>19</b>

Nota: Además de la reciente autorización de afiliar Régimen Contributivo en 12 departamentos y Bogotá D.C., Coosalud contaba con autorización RC para modelo Guainía.

Fuente: Base capacidad autorizada RC RS a mayo 31 de 2019. Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional – Superintendencia Nacional de Salud - Construcción propia



**Tabla N° 9**  
**Cupos autorizados y afiliación por EPS y Régimen, y referencia de afectación por medidas especiales**

CODIGO EPS	EPS	CUPOS AUTORIZADOS	LIMITACION DE AFILIACIÓN	MEDIDAS ESPECIALES	AFILIADOS	Part%	Part % Acum
<b>RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>							
EPS037	NUEVA EPS S.A.	6.995.942	NO	NO	3.425.302	15,3%	15,3%
EPS010	EPS   SURA.	7.513.000	NO	NO	3.127.497	14,0%	29,3%
EPS002	SALUD TOTAL S.A. EPS	9.519.942	NO	NO	2.724.517	12,2%	41,6%
EPS005	SANITAS S.A. E.P.S.	4.390.000	NO	NO	2.664.137	11,9%	53,5%
EPS044	MEDIMAS	3.637.808	SI	SI	2.403.133	10,8%	64,2%
EPS017	FAMISANAR LTDA. E.P.S.	2.898.509	NO	NO	2.045.633	9,2%	73,4%
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	2.637.104	SI	SI	1.849.992	8,3%	81,7%
EPS008	COMPENSAR E.P.S.	3.628.100	NO	NO	1.506.954	6,7%	88,4%
EPS018	S.O.S. EPS	1.853.642	SI	SI	813.166	3,6%	92,1%
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	1.478.000	SI	SI	352.161	1,6%	93,7%
EPS012	E.P.S. COMFENALCO VALLE	271.500	NO	NO	221.965	1,0%	94,7%
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	240.000	NO	NO	220.698	1,0%	95,6%
EPS033	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	125.624	SI	SI	55.448	0,2%	95,9%
EPS046	FUNDACION SALUD MIA EPS	70.000	NO	NO	10.807	0,0%	95,9%
EPS046	COOSALUD	79.270	NO	NO	1.183	0,0%	96,0%
	Afiliados en Movilidad RC y EAS				903.817	4,0%	100,0%
<b>SUB- TOTAL RC</b>		<b>45.338.441</b>			<b>22.326.410</b>	<b>100,0%</b>	
	SIN LIMITACIÓN DE AFILIACIÓN	35.606.263					
	CON LIMITACIÓN DE AFILIACIÓN	9.732.178					
<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>							
		<b>CUPOS AUTORIZADOS</b>	<b>LIMITACION DE AFILIACIÓN</b>	<b>MEDIDAS ESPECIALES</b>	<b>AFILIADOS</b>	<b>Part%</b>	<b>Part % Acum</b>
EPS046	COOSALUD	8.212.580	NO	NO	2.094.581	9,2%	9,2%
ESS062	ASMET SALUD	5.484.680	SI	SI	1.835.052	8,0%	17,2%
ESS118	EMSSANAR	3.344.036	SI	SI	1.801.875	7,9%	25,1%
ESS207	MUTUALSER	7.004.684	NO	NO	1.737.889	7,6%	32,7%
ESS133	COMPARTA	1.923.022	SI	SI	1.647.309	7,2%	39,9%
EPSS40	SAVIA	1.757.000	SI	SI	1.577.844	6,9%	46,8%
EPS044	MEDIMAS	2.577.070	SI	SI	1.482.276	6,5%	53,3%
EPS037	NUEVA EPS S.A.	3.657.400	NO	NO	1.278.658	5,6%	58,9%
EPSS34	CAPITAL SALUD	1.082.728	SI	SI	1.078.798	4,7%	63,7%
EPS033	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	1.953.959	SI	SI	1.067.092	4,7%	68,3%
CCF055	CAJACOPI	626.500	NO	NO	950.025	4,2%	72,5%
ESS076	AMBUQ	2.520.000	SI	SI	776.152	3,4%	75,9%
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	520.426	SI	SI	556.440	2,4%	78,3%
EPS022	CONVIDA	530.163	SI	SI	522.863	2,3%	80,6%
EPSI03	AIC EPSI	1.200.926	NO	NO	472.890	2,1%	82,7%
ESS002	EMDISALUD	1.521.670	SI	SI	441.460	1,9%	84,6%
ESS091	ECOOPSOS	1.324.177	SI	SI	314.407	1,4%	86,0%
EPSI05	MALLAMAS	1.461.100	NO	NO	300.374	1,3%	87,3%
CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA	601.000	NO	NO	221.347	1,0%	88,3%
EPSI01	DUSAKAWI	353.700	SI	SI	219.747	1,0%	89,3%
EPSI04	ANASWAYUU	131.706	NO	NO	188.331	0,8%	90,1%
CCF027	COMFAMILIAR NARIÑO	209.000	NO	NO	176.587	0,8%	90,9%
CCF102	COMFACHOCO	160.000	SI	SI	167.127	0,7%	91,6%
EPS025	CAPRESOCA	242.611	SI	SI	165.190	0,7%	92,3%
CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA	688.000	SI	SI	158.574	0,7%	93,0%
CCF053	COMFACUNDI	424.000	SI	SI	148.514	0,7%	93,7%
CCF050	COMFAORIENTE	226.860	NO	NO	127.798	0,6%	94,2%
CCF033	COMFAMILIAR SUCRE	160.000	SI	SI	112.573	0,5%	94,7%
EPSI06	PIJAO SALUD	112.160	NO	NO	85.190	0,4%	95,1%
	Afiliados en Movilidad RS -más 1257 Comfacor				1.122.141	4,9%	100,0%
<b>SUB- TOTAL DE RS</b>		<b>50.011.158</b>			<b>22.830.361</b>	<b>100,0%</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>95.349.599</b>			<b>45.156.771</b>		
	SIN LIMITACIÓN DE AFILIACIÓN	23.443.916					
	CON LIMITACIÓN DE AFILIACIÓN	26.567.242					
<b>EPS CON LIMITACION DE AFILIACIÓN POR MEDIDA ESPECIAL por parte de la SNS</b>							

Fuentes: Base capacidad autorizada RC RS junio 2019. Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional – Superintendencia Nacional de Salud y Consulta BDUAFiliaciónMzo2019.



## 6.2.1 Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Contributivo por Oferta EPS en Municipios

En la sección superior de la Tabla N° 10 se registra la información de cobertura y cupos por EPS categorizadas, sin descontar los cupos autorizados con ocasión de las medidas de vigilancia especial por parte de la SNS. En esta sección se observa la oferta de 2 o más EPS en 807 municipios (72% del total nacional) con el 99,6% de cupos totales de afiliación y cuentan con una afiliación del 99,4% sobre el total nacional de afiliados a este régimen. Se detalla que en 310 municipios (27,6% del total nacional) se cuenta con oferta de afiliación de una sola EPS que cubre el 0,7% de los afiliados totales a este régimen con una oferta del 0,4% de los cupos.

**Tabla N° 10**  
**Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Contributivo por Oferta EPS en Municipios**

Número de EPS-RC	Número de Municipios	Part %	Población	Part %	Cupos autorizados	Part %	Afiliados	Part %
-	5	0,4%	11.515	0,02%	-	0,0%	191	0,0%
1	310	27,6%	3.375.215	6,77%	109.232	0,4%	150.629	0,7%
2	436	38,9%	7.860.528	15,77%	842.295	3,0%	884.173	4,0%
3 y más	371	33,1%	38.586.982	77,43%	27.119.953	96,6%	21.294.858	95,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1.122</b>		<b>49.834.240</b>	<b>100,0%</b>	<b>28.071.480</b>	<b>100,0%</b>	<b>22.329.851</b>	<b>100,0%</b>

1/ Única Oferta: NUEVA EPS en 303 y COOSALUD en 7 municipios de Guainía

2/ NUEVA EPS en 434 municipios con **MEDIMAS** en 228; **SALUDVIDA** 169; **COOMEVA** 13; **SOS** 11; **SALUD TOTAL** 5; **SANITAS** 2; **COMPENSAR** 1.

**(Limitación a la Afiliación por Medidas Especiales de la SNS)**

Número de EPS-RC	Número de Municipios	Part %	Población	Part %	Cupos autorizados	Part %	Afiliados	Part %
-	5	0,4%	11.515	0,02%	-	0,0%	191	0,0%
1	815	72,6%	13.034.913	26,16%	533.532	2,5%	1.260.519	5,6%
2	181	16,1%	6.524.815	13,09%	1.223.901	5,8%	1.887.639	8,5%
3 y más	121	10,8%	30.262.997	60,73%	19.462.229	91,7%	19.181.502	85,9%
<b>TOTAL</b>	<b>1.122</b>		<b>49.834.240</b>	<b>100,0%</b>	<b>21.219.662</b>	<b>100,0%</b>	<b>22.329.851</b>	<b>100,0%</b>

1/ única Oferta NUEVA EPS en 806 y COOSALUD en 9 en Guainía

2/ NUEVA EPS en 181 municipios con: **FAMISANAR** en 51; **SALUD TOTAL** en 48; **COMPENSAR** en 35; **SANITAS** EPS en 24; **SURA** EPS en 12; y **COMF VALLE** en 11.

Fuente: Elaboración GESEPP

Eliminando 6'851.818 cupos autorizados de afiliación de las EPS con medida especial de vigilancia por parte de la SNS, se recompone la oferta y la afiliación real por EPS y municipios, que se registra en la sección inferior de la tabla N° 9, donde se registra que en 302 municipios (505 menos respecto del análisis anterior), operan dos o más EPS del régimen contributivo sin limitación a la afiliación o traslados a favor, por medidas especiales por parte de la SNS, en estos municipios reside el 94,4% de los afiliados a



este régimen y se cuenta con el 97,5% de los cupos autorizados. (Ver la segunda sección de la Tabla N°10)

El 26,2% que se encuentran afiliados a las 5 EPS del RC con medida especial por parte de la SNS que están en riesgo que su EPS se liquide, hacen parte del 94,4% de afiliados que pueden ejercer la Libre Escogencia de EPS trasladándose a las restantes 10 EPS autorizadas, observando que se conserva un número plural de EPS en su municipio de afiliación.

### 6.2.2 Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Subsidiado por Oferta EPS-S en Municipios

En la sección superior de la Tabla N°11, se registra la información de cobertura y cupos por EPS categorizadas, sin descontar los cupos autorizados con ocasión de las medidas de vigilancia especial por parte de la SNS. En esta sección se observa la oferta de 2 o más EPS en 1087 municipios (96,9% del total nacional) con el 99,7% de cupos totales de afiliación y cuentan con una afiliación del 98,2% sobre el total nacional de afiliados a este régimen. Se observa que en 35 municipios (3,1% del Total Nacional) se cuenta con oferta de afiliación de una sola EPS que cubre el 1,8% de los afiliados totales a este régimen, con una oferta del 1,3% de cupos.

**Tabla N° 11**  
**Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Subsidiado por Oferta EPS-S en Municipios**

Número de EPS-RC	n de Municipios	Part %	Población	Part %	Cupos autorizados	Part %	Afiliados	Part %
-	-	0,0%	-	0,00%	-	0,0%	-	0,0%
1	35	3,1%	705.756	1,42%	423.426	1,3%	404.349	1,8%
2	73	6,5%	1.806.496	3,63%	1.081.981	3,2%	966.684	4,3%
3 y más	1.014	90,4%	47.321.988	94,96%	32.159.361	95,5%	21.254.017	93,9%
<b>TOTAL</b>	<b>1.122</b>		<b>49.834.240</b>	<b>100,0%</b>	<b>33.664.768</b>	<b>100,0%</b>	<b>22.625.050</b>	<b>100,0%</b>
<b>(Limitación a la Afiliación por Medidas Especiales de la SNS)</b>								
Número de EPS-RC	n de Municipios	Part %	Población	Part %	Cupos autorizados	Part %	Afiliados	Part %
-	147	13,1%	3.985.902	8,00%	1.025.743	5,2%	1.783.551	7,9%
1	416	37,1%	11.621.214	23,32%	3.265.106	16,6%	4.956.090	21,9%
2	322	28,7%	21.335.304	42,81%	7.507.179	38,1%	7.533.462	33,3%
3 y más	237	21,1%	12.891.820	25,87%	7.893.131	40,1%	8.351.947	36,9%
<b>TOTAL</b>	<b>1.122</b>		<b>49.834.240</b>	<b>100,0%</b>	<b>19.691.159</b>	<b>100,0%</b>	<b>22.625.050</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración GESEPP

Eliminando 13'973.609 cupos autorizados de afiliación de las EPS con medida especial de vigilancia por parte de la SNS, se recompone la oferta y la afiliación real por EPS y municipios, que se registra en la sección inferior de la Tabla N° 10, donde se registra que en 559 municipios (528 menos respecto del análisis anterior), operan dos o más EPS del régimen contributivo sin limitación a la afiliación o traslados a favor, por medidas



especiales por parte de la SNS, en estos municipios reside el 70,2% de los afiliados a este régimen y se cuenta con el 78,2% de cupos autorizados. (Ver la segunda sección de la Tabla N°11)

El 61,6% que se encuentran afiliados a las 18 EPS-S del RS con medida especial por parte de la SNS que están en riesgo que su EPS se liquide, hacen parte del 70,2% de afiliados que potencialmente pueden ejercer la Libre Escogencia de EPS trasladándose a las restantes 7 EPS-S autorizadas, verificando la ubicación geográfica de la EPS-S y la capacidad de afiliación, pues no se cuenta con la posibilidad de traslado a 4 EPS indígenas, dado su perfil de especial afiliación.

### 6.2.3 Acciones de la SNS para garantizar el derecho a la salud de los afiliados y la oferta de EPS a nivel territorial para el ejercicio de la Libre Escogencia de EPS. - Medidas de Vigilancia Especial en 2019<sup>63</sup>

Con el fin ampliar o mantener la oferta de cupos de afiliación por régimen y EPS a nivel de municipios, por efecto de las medidas de vigilancia especial impuestas por la SNS a las EPS en lo corrido del año, este organismo de vigilancia ha autorizado el funcionamiento de dos EPS solidarias que operan el régimen subsidiado, para operar el régimen contributivo en municipios que presentaban limitación de oferta.

**MUTUAL SER EPS-S:** Mediante la Resolución 5611 de 2019, la SNS autorizó a la Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud EPS-S para funcionar como EPS del régimen contributivo en 19 municipios pertenecientes a los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba y Sucre. En este sentido, Mutualser EPS-S tendrá una capacidad de afiliación autorizada para 158.811 usuarios.

**COOSALUD EPS:** La SNS autorizó a Coosalud EPS S.A., para que opere en el régimen contributivo en 28 municipios de 12 departamentos y en Bogotá, para una población máxima de 45.610 personas. La solicitud de autorización para operar en el régimen contributivo la presentó la EPS el 22 de mayo de 2018, para 42 municipios. Esta entidad atiende en el régimen subsidiado a 1'974.786 afiliados con corte a 28 de febrero de 2019, en 19 departamentos y en Bogotá.

En lo que va corrido del año y en tanto se adelantó el presente diagnóstico, la SNS emitió diversas medidas contra las EPS que atentan contra el derecho a la salud de sus afiliados, alterando las condiciones de oferta del mercado de aseguramiento en salud. A continuación se presentan las razones por las cuales fue objeto de las respectivas medidas especiales y en algunos casos, el tiempo transcurrido de la medida y el potencial de afiliados afectados.

<sup>63</sup> SUPERINTENDENCIA Nacional de Salud. (2019). <https://www.supersalud.gov.co/es-co/noticias>. ... consultada en julio 11 de 2019.



**COMFACOR- Caja de Compensación Familiar de Córdoba:** Después de dos años y medio de intervención y tres prórrogas, COMFACOR no logró superar lo ordenado en la medida preventiva especial de vigilancia impuesta desde el 4 de agosto de 2016, conllevando a que la Superintendencia Nacional de Salud decretara la revocatoria total de autorización de funcionamiento del programa de salud de la referida Caja de Compensación Familiar; entidad que dejó de prestar servicios en los 74 municipios de los departamentos de Córdoba, Atlántico, Magdalena, Cesar, Bolívar y Sucre; donde contaba con 540.303 afiliados, de ellos 528.855 del régimen subsidiado y 11.448 del contributivo, los cuales al 1º de abril debió dar traslado a las EPS receptoras sobre las que no hay ninguna medida de vigilancia especial.

**COMFAHUILA Y COMFASUCRE:** A través de las resoluciones 4706 y 4708 del 26 de abril de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud levantó la medida preventiva del Programa de Recuperación que tenían los Programas de Salud de las Cajas de Compensación Familiar Comfamiliar Huila y Comfasucre y ordenó medida preventiva de vigilancia especial inmediata por un año, manteniendo la limitación de capacidad para realizar nuevas afiliaciones y para aceptar traslados.

**COOMEVA EPS:** La Superintendencia Nacional de Salud revocó parcialmente la autorización de funcionamiento de COOMEVA EPS para los departamentos de Meta, Cauca y Cundinamarca, mediante la resolución 3796 de abril 3 de 2019, debido al mal servicio que estaba dando en estos tres departamentos.

**COMPARTA EPS:** Al no superar las condiciones que dieron lugar a la medida especial de vigilancia desde el 2016, el 25 de abril la Superintendencia Nacional de Salud revocó la autorización de funcionamiento a la COMPARTA EPS en Cundinamarca, Huila y Bolívar a partir del 31 de mayo. Sus 137 mil afiliados a 1º de junio, fueron trasladados a otras EPS.

**SAVIASALUD EPS:** El Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud recomendó prorrogar la vigencia de la Resolución 002573 del 4 de agosto de 2017 por seis meses y mantener la limitación para que la Entidad Promotora de Salud Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S. "Savia Salud EPS" realice nuevas afiliaciones y acepte traslados, decisión que se tomó el 5 de abril del presente año.

**AMBUC – Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó:** El 10 de julio del presente, mediante la Resolución 6267 de 2019 la SNS decretó la revocatoria parcial de autorización de funcionamiento de AMBUC a partir del 1º de agosto de 2019 en 29 municipios de los departamentos Valle del Cauca, Magdalena y Córdoba que obliga a iniciar proceso de asignación de 157 mil afiliados a las EPS receptoras autorizadas que operan en la región, sobre las que no hay ninguna Medida de Vigilancia Especial, en razón que no ha superado las condiciones que dieron origen a la imposición de la Medida de Vigilancia Especial del 4 de agosto de 2016, incumpliendo los indicadores financieros, técnico-científicos y jurídicos que generan un riesgo en la prestación de los servicios de salud a la población afiliada.



**MANEXKA EPS:** Mediante la Resolución 0052 del 8 de enero de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud dio continuidad al proceso de intervención forzosa administrativa para liquidar la Asociación de Cabildos Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba y Sucre, Manexka EPSI, que se adelantaba desde 2017, al identificar una defraudación al sistema de salud. Esta entidad operaba en 18 municipios de los departamentos de Córdoba y Sucre.

La población que se encontraba afiliada a esta EPS es atendida desde el 1º de abril de 2017 por 5 EPS receptoras, de acuerdo con las indicaciones de la Corte Constitucional la cual señaló que la reasignación de los usuarios a una o varias EPS deberá ser objeto de una consulta previa que deberá adelantarse con la participación, tanto de la comunidad indígena Zenú, como de los representantes de la Supersalud, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación y el Ministerio del Interior desde su Dirección de Consulta Previa.

### 6.3 La Libre Escogencia de EPS en las evaluaciones o ranking de los Servicios de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y otras fuentes

En una revisión de instrumentos que han medido el ejercicio de la libre escogencia, se identificaron: i) la “Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS” realizada por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2012, la cual posteriormente se denominó “Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado”, en la serie 2012-2018; ii) la “Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud.- Índice de Vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de Aseguramiento” de la Defensoría del Pueblo; versiones 2003, 2005 y 2009.

La Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS que institucionalizó el Ministerio de Salud y Protección Social con una periodicidad anual a partir del 2012 ha presentado cambios en la firma ejecutora, cada una en su momento ha realizado ajustes metodológicos que afectan la comparación de los resultados de la Libre Escogencia de EPS.

El documento técnico de la encuesta de evaluación para el año 2012, en relación con la Libre Escogencia de EPS, hace referencia al ordinal vigésimo octavo de la Sentencia T 760 de 2008 que trata sobre la carta de derechos del paciente y la carta de desempeño de las EPS, cartas que la Corte Constitucional instruye que, se deben entregar a toda persona al momento de afiliarse<sup>64</sup>. De esta última enfatiza que “*El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia*”, y que el Ministerio de Salud y Protección Social debe adoptar “*las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespeta el*

---

<sup>64</sup> Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, Oficina de Calidad - Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C., Noviembre de 2012. Pg 34.



*derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud’.*

El referido documento técnico del MSPS registra que se propuso construir un ranking de EPS que estuviera desarrollado de acuerdo a la observación y análisis de diferentes dimensiones, donde se consideró suplida la dimensión de la libre escogencia al indagar si su EPS le ofrece a usted la posibilidad de escoger<sup>65</sup>: Médico General<sup>66</sup>, Especialistas; Hospitales y Clínicas, y Centros Médicos/centros de salud, resultado que hizo parte de la Dimensión Respeto a los Derechos.

El Ordenamiento (Ranking) de EPS 2013 presentado en un documento conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Defensoría del Pueblo, utiliza la encuesta de calificación de los servicios de las EPS publicada en Noviembre 2012<sup>67</sup>. En este ordenamiento, la dimensión más cercana a la característica de la Libre Escogencia del SGSSS es el tema “Promoción del Empoderamiento” de la encuesta y que indaga sobre: i) información sobre sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes) y el desempeño de su EPS (carta de desempeño); además de las preguntas directas sobre: ii) ¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS? y iii) ¿Ha pensado en cambiarse a otra EPS?<sup>68</sup> (Ver Tabla N° 13). En este sentido, bajo esta metodología e instrumentos no se indagó en concreto sobre la Libre Escogencia de EPS como lo ordenó la Corte Constitucional y que es la finalidad del este documento.

A partir del 2014 el “Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado<sup>69</sup>” indaga: “En el momento de afiliarse a la Seguridad Social, ¿Usted escogió libremente su EPS?”, los resultados se muestran en la Tabla N° 12. La evaluación 2015<sup>70</sup> conservó la metodología del año anterior, incorporando una pregunta complementaria que indaga sobre la razón por la cual no escogió libremente su EPS a la cual los usuarios respondieron en muy baja proporción: “i) por no tener otra alternativa, ii) por ser oferta única en el territorio y iii) la seleccionó el cotizante o por unificación familiar.

Para el año 2016, la medición de satisfacción de los usuarios del sistema de salud surtió un cambio respecto de las anteriores metodologías, en especial frente al ranking 2015.

<sup>65</sup> Op. cit., 47.

<sup>66</sup> Op. cit., 51.

<sup>67</sup>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RANKING-DESEMPENO-2013.pdf>. Filmina 5. Consultado en Mayo 8 de 2019.

<sup>68</sup>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2013.pdf>

<sup>69</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2014). Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado. Informe. Infométrika- Consultores en Información.

<sup>70</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado. Informe. Infométrika- Consultores en Información.



El equipo técnico revisa y realiza un ajuste técnico mediante un análisis pormenorizado de las tres dimensiones y sus respectivas preguntas, identificando las bondades y limitaciones, de las cuales registra son irreconciliables entre sí y cuestionando, si estos indicadores altamente técnicos “son de interés para el usuario final y lo ayudan a tomar una decisión informada<sup>71</sup>”. Es así como se formula un nuevo ranking que contempla las dimensiones y atributos de la percepción de calidad de EPS: Acceso, oportunidad, buen trato e información, efectividad, satisfacción global y corresponsabilidad del usuario, como herramienta que promueva el mejoramiento continuo de la calidad en salud. Igualmente el documento destaca que *“Este ranking tiene el objetivo de: orientar el comportamiento de la población en la elección de su EPS; referenciar las EPS más competitivas del sector –en lo que concierne a la satisfacción del usuario; y estimular competencia por calidad entre las EPS”*.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> MATAJIRA Gaitán, Camilo y Otros. (2016) Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016. Ministerio de Salud y Protección Social - Oficina de Calidad. 6.

<sup>72</sup> Op. cit., 2.



**Tabla N° 12**  
**Calificación y Porcentaje de usuarios que ejercieron la Libre Escogencia de EPS**

		2003	2005	2009	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Defensoría del Pueblo</b>											
Pregunta >			Escogió libremente su EPS actual? Calificación.								
Total Afiliados	N.A.		Si. 76.34	Si. 69.9%							
R. Contributivo	N.A.		Si. 79.81	Si. 77.3%							
R Subsidiado	N.A.		Si. 66.97	Si. 64.3%							
			Ha pensado cambiar de EPS?								
Total Afiliados	N.A.		No. 79.5%	No. 80.54%							
R. Contributivo	N.A.		No. 77.01%	No. 79.11%							
R Subsidiado	N.A.		No. 86.01%	No. 81.61%							
Fuente: Serie “Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005 - Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud – ISUS-. Defensoría del Pueblo. Bogotá, D.C. 2003, 2005 y 2009											
<b>Ministerio de Salud y Protección Social</b>											
		2003	2005	2009	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pregunta >							En el momento de afiliarse a la Seguridad Social, ¿Usted escogió libremente su EPS?		La última vez que se afilió a la seguridad social ¿Usted escogió libremente su EPS?		
Total Afiliados					N.D.	N.D.	Si 74%	Si 78%	Si 85%	Si 82%	Si 63.2%
R. Contributivo					N.D.	N.D.	Si 76%	Si 79%	Si. 63.2%	Si. 64%	Si. 58.4%
R. Subsidiado					N.D.	N.D.	Si 72%	Si 76%	N.D.	N.D.	N.D.
EPS-Indígenas					N.D.	N.D.	Si 78%	Si 78%	N.D.	N.D.	N.D.

Fuente: Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado. MSPS, 2012-2018 y Oficina de Calidad del MSPS.

N.A. = No Aplica

N.D. = No Disponible



**Tabla N° 13**  
**Resumen de resultados**  
**Encuesta de Evaluación de los Servicios de la EPS – 2013**

Temas de Encuesta 2013	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total
Distribución de la Muestra. (Encuestas) n=	6.926	11.765	18.691
Confiabilidad y error de estimación	95% y 3.5%		
Conoce la Carta de Derechos y deberes?	Si 18%	Si 16%	
Conoce la carta de desempeño de su EPS?	Si 4%	Si 2%	
Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?	Si 75%	Si 84%	
Ha pensado en cambiarse a otra EPS?	Si 19%	Si 10%	

Fuente: Elaboración GESEPP a partir de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS -2013. MSPS- Oficina de Calidad. Mayo 2014.

En 2017, el “Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado, “ENCUESTA A USUARIO”, adelantada en el segundo semestre de 2017 por la firma SIGMADOS-Bioestadística para el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>73</sup>, no indagó sobre la Libre Escogencia de EPS a los afiliados al régimen subsidiado<sup>74</sup>. En 2018, la encuesta precisa que *“la experiencia de los usuarios de salud incluye percepciones subjetivas influidas por condiciones propias de los usuarios y determinantes socioeconómicas que afectan las expectativas y percepciones que tienen los usuarios respecto de los servicios recibidos del sistema de salud”*<sup>75</sup>.

La otra entidad que ha medido el ejercicio de la Libre Escogencia de EPS es la Defensoría del Pueblo. Para los años 2003<sup>76</sup>, 2005 y 2009, la Defensoría del Pueblo elaboró la “Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud”, sustentada en lo que denominó para el año 2003, el “Índice de Vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de Aseguramiento”, y para los años 2005 y 2009 denominó “Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud – ISUS-“. En la evaluación del 2003, la Defensoría refiere la Libre Escogencia como una regla o fundamento *“para el positivo ejercicio de la autonomía de*

<sup>73</sup> Formulario en físico aportado por la Oficina de Calidad del MSPS.

<sup>74</sup> TABLAS EPS MINSALUD FEBRERO 11 DE 2019 – Aportadas por la Oficina de Calidad del MSPS.

<sup>75</sup> MINISTERIO de Protección Social. (2018). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS – 2018. Informe de resultados. Filmina 13.

<sup>76</sup> MEJÍA Villegas, Darío y Otros. (2003). Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud.- Índice de Vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de Aseguramiento. Bogotá, D.C.



*la voluntad se deben ofrecer opciones plurales en la utilización de instituciones prestadoras de salud*<sup>77</sup>, asociándola con el criterio interrelacionado y complementario de la “disponibilidad” que hace parte de los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud y el cual consiste en asegurar un número suficiente de establecimientos, bienes, programas y servicios de salud para la comunidad<sup>77</sup> limitando el análisis en el nivel asistencial.

En las versiones 2005<sup>78</sup> y 2009<sup>79</sup>, la evaluación de la Defensoría incluyó la medición de la Libre Escogencia de EPS, advirtiendo en ambos periodos, que esta variable no hace parte del índice general de libre escogencia, por cuanto no depende directamente de los servicios que brinda la entidad<sup>80-81</sup>. A juicio de los investigadores, en relación con la selección de EPS o ARS<sup>82</sup> en la evaluación de 2005, consideraron que con un índice de 76,34 en un escala de 0-100 y una aceptabilidad mínima de 60<sup>83</sup>, este guarismo corresponde a un nivel medio de aceptabilidad<sup>84</sup>. Para la versión del 2009, el porcentaje de usuarios que escogió libremente su EPS se redujo en 6,4 puntos porcentuales, en tanto que, respecto del cambio de EPS, el indicador se incrementó en 1,05 puntos porcentuales. De manera complementaria la Defensoría indagó respecto de “ha pensado cambiar de EPS/ARS?”, donde los resultados se presentan junto con la libre escogencia, en la Tabla N° 12.

De otra parte y como otras fuentes se consultó El Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud –INCAS el cual fue concebido como un instrumento que hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud –SOGC– del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, el cual incluye el Sistema de Información para la Calidad SIC, cuya finalidad es el monitoreo periódico que incentive el control y mejoramiento del desempeño de los actores del sistema. En su concepción, se planteó que la información que se genere y divulgue periódicamente, deberá permitir que las EAPB e IPS desarrollen su capacidad competitiva basada en prestigio por calidad<sup>85</sup>, a partir de ejercicios de referenciación y que fuera posible monitorear y evaluar los resultados en calidad de la atención en salud dispuesta para los ciudadanos,

<sup>77</sup> Op. cit., 11.

<sup>78</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2005). Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005 - Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud – ISUS-. Bogotá, D.C.

<sup>79</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2010). Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009 - Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud – ISUS-. Bogotá, D.C.

<sup>80</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2005)... 61.

<sup>81</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2010)... 46.

<sup>82</sup> Para el año 2005, las denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado–ARS, por disposición del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 las denominó Entidades Promotoras de Salud de Régimen Subsidiado.

<sup>83</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2005)... 50.

<sup>84</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2005)... 61.

<sup>85</sup> MINISTERIO de la Protección Social. (2009). 1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas Colombia 2009”. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Bogotá, D.C. Colombia. 16.



con el propósito que estos puedan ejercer la Libre Escogencia, tanto de EPS como de IPS, en razón de sus necesidades y expectativas de atención, además de poder hacer uso con mayor plenitud de los derechos que le otorga el sistema.<sup>86</sup>

El Ministerio de la Protección Social – *Hoy Ministerio de Salud y Protección Social*–, tuvo la intención que este informe se constituyera como el instrumento periódico que permitiera la realización de una valoración de la situación de la calidad de los servicios de salud en el país y entre otros propósitos, que permitiera a los ciudadanos y los diversos actores, tener una visión de conjunto mediante una valoración integral del grado en el que el sistema de salud va evolucionando en el mejoramiento continuo de la calidad.<sup>87</sup>

INCAS cuenta con las versiones publicadas los años 2009, 2015 y 2017. Las tres, presentaron radicales cambios metodológicos. El informe 2009 se basó en fuentes secundarias externas<sup>88</sup> tales como: *la Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005* de la Defensoría del Pueblo y la *Encuesta Nacional de Salud 2007*, pero las referencias de libre escogencia corresponden a los servicios de salud y no a la escogencia de EPS<sup>89</sup>. Los informes INCAS 2009 y 2015 reiteran que “*Una de las principales estrategias para garantizar la calidad dentro del sistema planteada por la Ley 100, es la de la libre escogencia de la entidad promotora de salud por parte de los usuarios*”<sup>90 - 91</sup>, sin embargo, a través de fuentes secundarias, estos informes tratan sobre la libre escogencia de servicios de salud y no de EPS.

La versión 2015 se basa en fuentes de información producidas por el MSPS que se registran en la Tabla 1 del informe de 2015, sobre fuentes de información [INCAS 2015],<sup>92</sup> donde se destacan los “Análisis de la Situación de la Salud en Colombia-ASIS” y el “Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado” que realizó la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social durante 2014. Si bien, esta fuente no contempla la Libre Escogencia de EPS, esta característica del SGSSS se infiere de la Tasa Global de Traslados, pues registra que: “*el cambio de entidad promotora de salud puede ser considerada en una importante proporción de los casos, como la expresión de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. La monitorización de este indicador permitirá determinar, a través del comportamiento de los usuarios, su nivel de satisfacción con la atención y servicios prestados por la entidad promotora de salud*”<sup>93 - 94</sup>. Igualmente indica que “*este informe pretende convertirse en una herramienta de primer orden para promover el fortalecimiento de la gestión de los agentes del sector salud, para gerenciar y orientar la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de*

<sup>86</sup> Ibidem.

<sup>87</sup> Op. cit., 17.

<sup>88</sup> Op. cit., 285.

<sup>89</sup> Op. cit., 311 §.

<sup>90</sup> Op. cit., 317.

<sup>91</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). ... 185

<sup>92</sup> Op. cit., 42

<sup>93</sup> MINISTERIO de la Protección Social. (2009). ... 317.

<sup>94</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). ... 185



*la calidad en salud para el país*<sup>95</sup> pero no se identifica la participación de los afiliados o usuarios del SGSSS como actores en la medición de la calidad.

Es de precisar que la Tasa Global de Traslados puede expresar la insatisfacción de usuarios, pero no responde al ejercicio de la Libertad de Escogencia de EPS, por cuanto, además de la mencionada insatisfacción, los traslados pueden surtir por diversas causas tales como la asignación forzosa por la salida de una EPS de algún municipio, por falta de oferta en los municipios o por su liquidación. El Informe INCAS 2017, no se ocupa de la libre escogencia en ninguna dimensión. En el capítulo 7, temática de experiencia de la atención, refiere a la Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS, la cual se ubica en 72,9 y la Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos con un indicador de 79,5<sup>96</sup>.

Finalmente, el documento de informe “*Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud - Ministerio de Protección Social - Programa de Apoyo a la Reforma 2005*”<sup>97</sup>, si bien denota la importancia de la libre escogencia, reseña el Decreto 1485 de 1994 que contiene el régimen de Libre Escogencia de EPS<sup>98</sup> y precisa, que para garantizar la calidad en la prestación de servicios de los distintos agentes, es de trascendental importancia la disponibilidad de información elevada a la categoría de bien público, para la configuración de un ranking; es labor del Estado desarrollar herramientas que permitan la libre escogencia<sup>99</sup>. A pesar de estas precisiones, en la dimensión “Representación del usuario”; tema: Acceso y Oportunidad del documento, incorpora las preguntas: ¿Pudo escoger libremente?, orientadas a: la consulta con médico general y cita con especialista<sup>100</sup>, limitando la medición de la libre escogencia al campo asistencial.

De la evaluación y análisis de estas cuatro fuentes de información, dos de las que realizan una medición de la libre escogencia, se concluye que los afiliados y usuarios del SGSSS, han ejercido satisfactoriamente la Libre Escogencia de EPS, situación que infiere que la insatisfacción por parte de los usuarios no radica propiamente en la escogencia de EPS, más bien estas cifras conllevan a analizar la insatisfacción de los usuarios con el SGSSS y su EPS desde otras perspectivas, dado que a pesar de no lograr la satisfacción plena, igualmente, no consideren un traslado de EPS en ejercicio de la libre escogencia.

---

<sup>95</sup> Op. cit., 27.

<sup>96</sup> MINISTERIO de la Protección Social – Oficina de Calidad. (2017). Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas Colombia 2017. 27.

<sup>97</sup> MINISTERIO de Protección Social- Programa de Apoyo a la Reforma (2005). Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud.

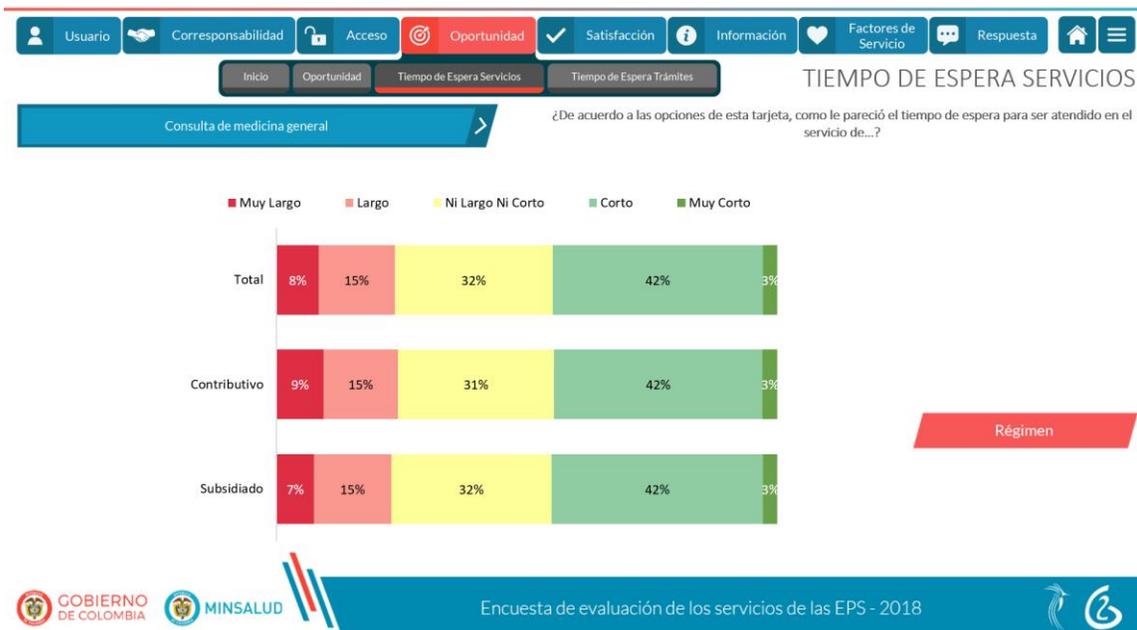
<sup>98</sup> Op. cit., 11.

<sup>99</sup> Op. cit., 53.

<sup>100</sup> MINISTERIO de Protección Social- Programa de Apoyo a la Reforma (2005). Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud. 90 y 91.

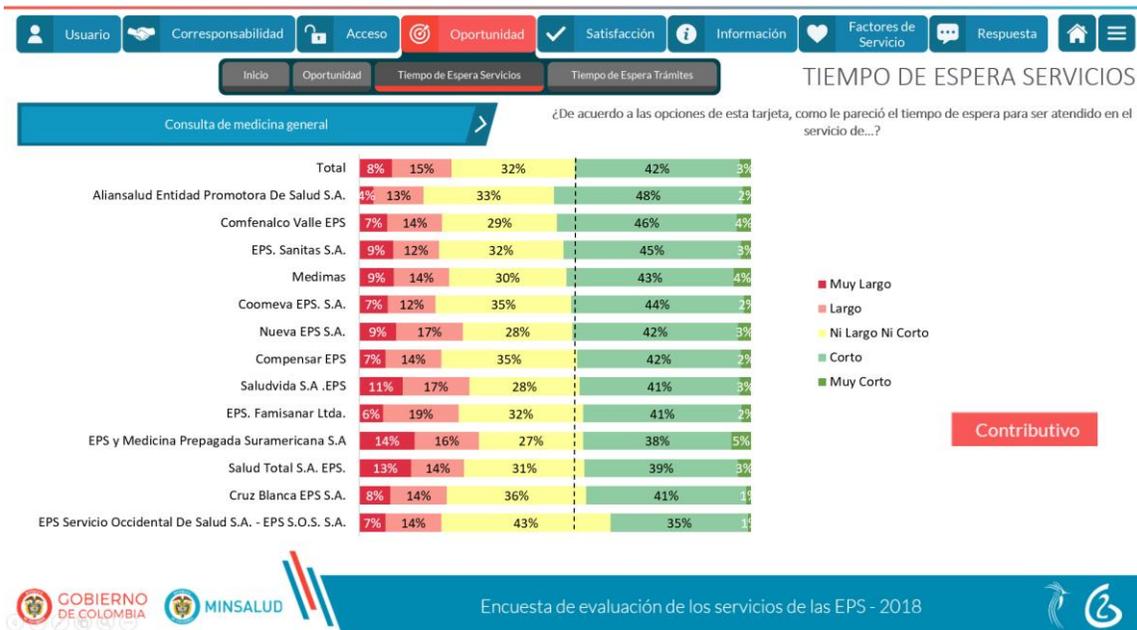


### Gráfico N° 2 Tiempo de espera de servicios Consulta de Medicina General



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 784

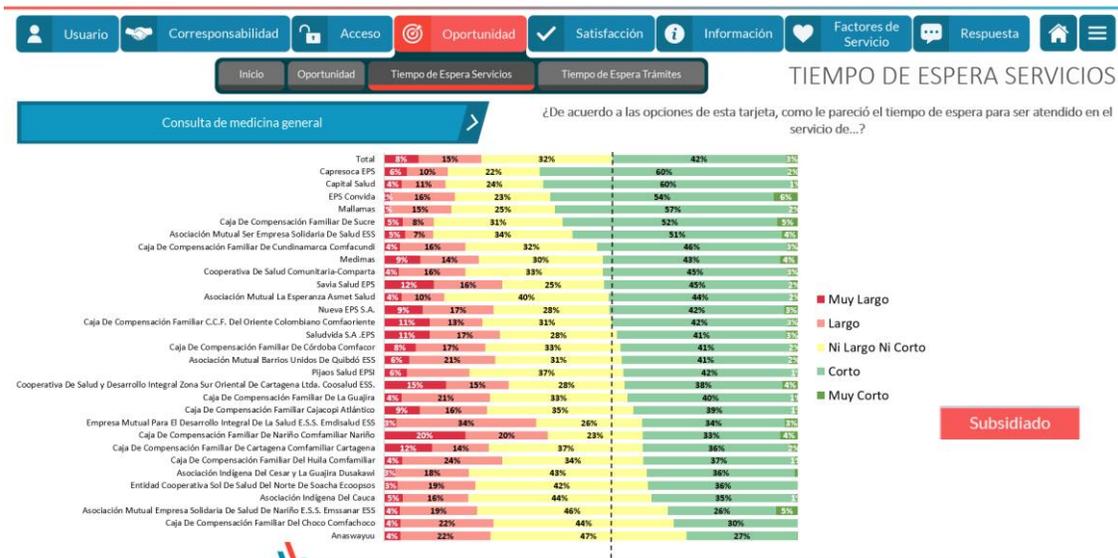
### Gráfico N° 3 Tiempo de espera de servicios Consulta de Medicina General – Régimen Contributivo



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 785



**Gráfico N° 4**  
**Tiempo de espera de servicios**  
**Consulta de Medicina General – Régimen Subsidiado**



Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - 2018



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 786

**Gráfico N° 5**  
**Tiempo de espera de servicios**  
**Cirugía General**



Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - 2018



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 804

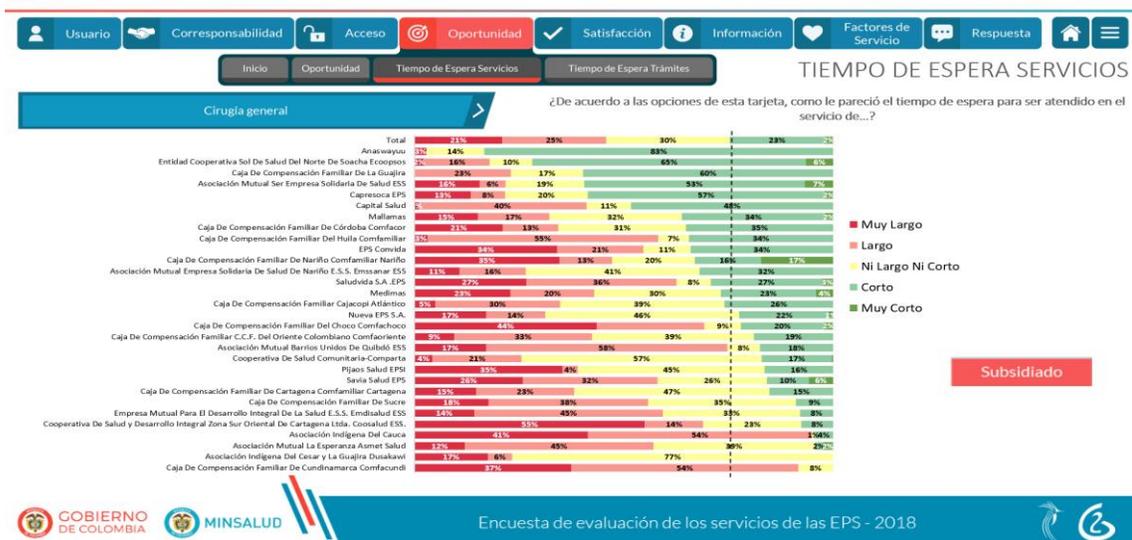


### Gráfico N° 6 Tiempo de espera de servicios Cirugía General – Régimen Contributivo



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 805

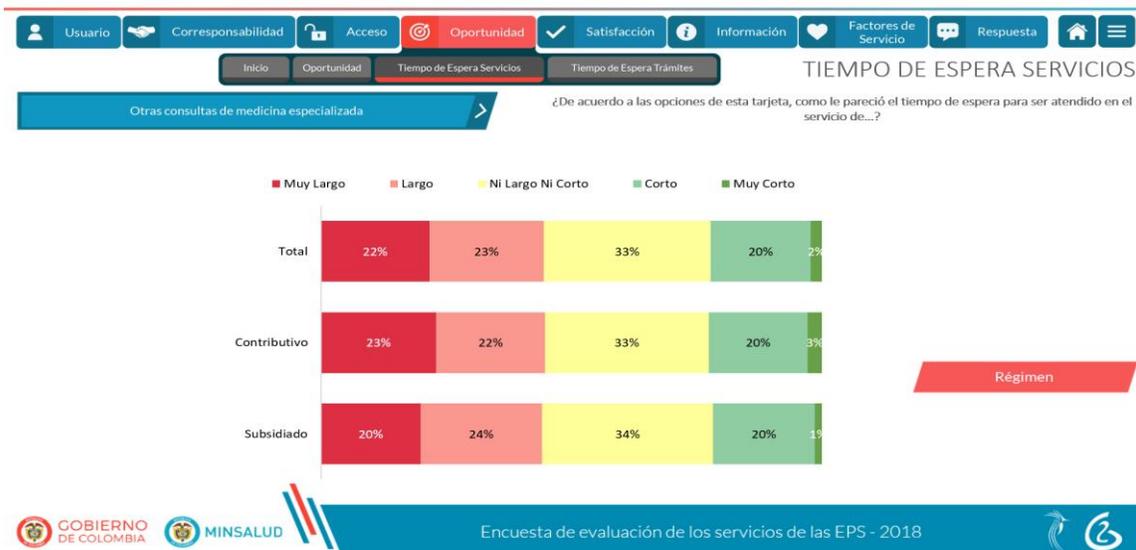
### Gráfico N° 7 Tiempo de espera de servicios Cirugía General – Régimen Subsidiado



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 806

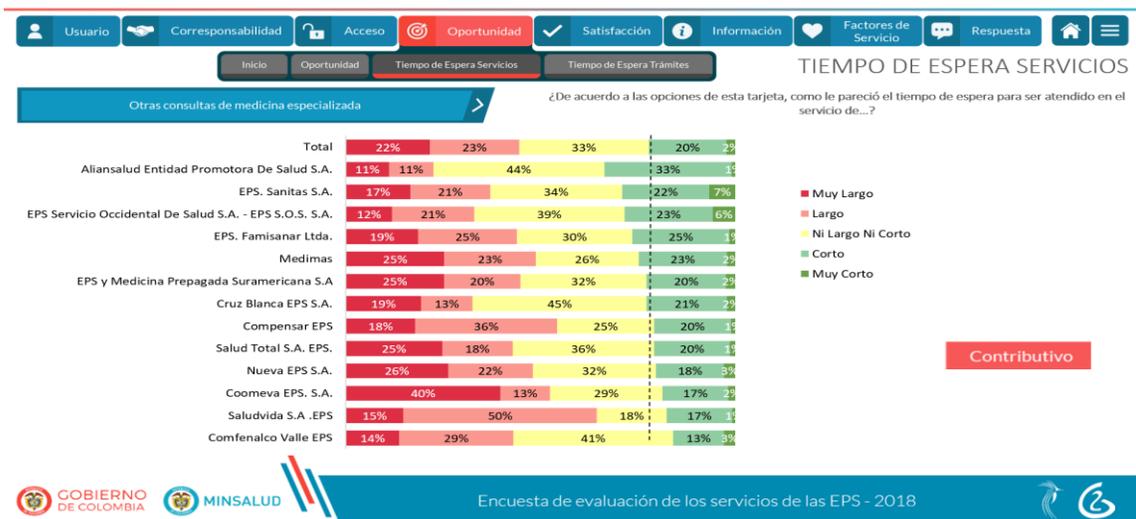


### Gráfico N° 8 Tiempo de espera de servicios Otras consultas de Medicina Especializada



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 808

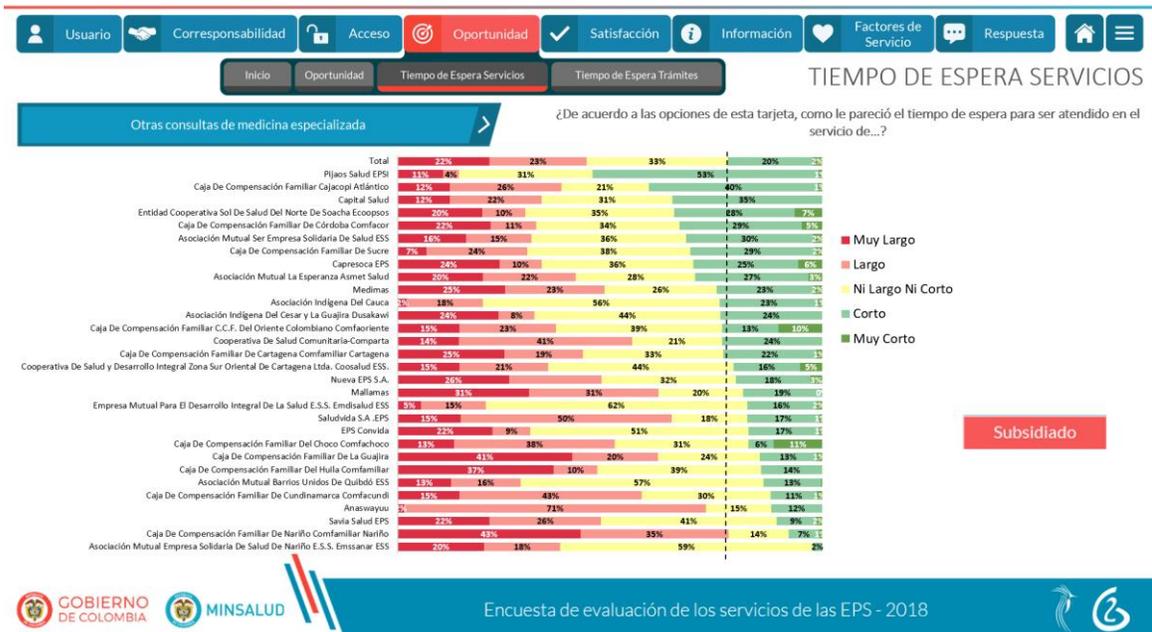
### Gráfico N° 9 Tiempo de espera de servicios Otras consultas de Medicina Especializada – Régimen Contributivo



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 809



**Gráfico N° 10**  
**Tiempo de espera de servicios**  
**Otras consultas de Medicina Especializada – Régimen Subsidiado**



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 810

Por EPS del régimen contributivo, los tiempos de espera para consulta general son largos y muy largos para el 30% de los usuarios de SURA, el 28% de Saludvida y el 26% de la Nueva EPS. (Ver Gráfico N° 3). En el régimen subsidiado, con una percepción más negativa, los tiempos de espera para consulta general son largos o muy largos para el 40% de los usuarios de Comfanariño, el 37% de Emdissalud y el 30% de los usuarios de Coosalud (Ver Gráfico N° 4).

El 46% de los usuarios encuestados considera que los tiempos de espera para cirugía general son largos y muy largos, igualmente sin diferencia significativa por régimen. (Ver Gráfico N° 5)

El 45% de los usuarios encuestados considera que los tiempos de espera para otras consultas de medicina especializada son largos y muy largos, sin diferencia significativa por régimen. (Ver Gráfico N° 8). Por EPS del régimen contributivo, los tiempos de espera para otras consultas de medicina especializada son largos y muy largos para el 65% de los usuarios de Saludvida, el 54% de Compensar EPS y el 48% de la Medimas. (Ver Gráfico N° 9). En el régimen subsidiado, con una percepción más negativa, los tiempos de espera para otras consultas de medicina especializada son largos o muy largos para el 78% de los usuarios de Comfanariño, el 73% de Anaswayuú y el 65% de los usuarios de Saludvida (Ver Gráfico N° 10).



Si bien las encuestas de satisfacción registran algún grado barreras de acceso, falta de oportunidad, atención incompleta o dificultades para la atención que aspiran los usuarios, a manera de ejemplo se presentan algunos resultados de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Es de anotar que los usuarios están conformes, pues a la pregunta, “Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?”, el 81% probablemente sí o definitivamente si la recomendaría, sin que se presente diferencia significativa entre ambos regímenes (Ver Gráficos N° 11, 12 y 13); respuesta que guarda relación con el resultado de la pregunta ¿ha pensado cambiarse de EPS?, donde el 77% no lo ha pensado porque está conforme<sup>101</sup>. Ahora, del 1% que manifestó que si deseaban cambiarse, pero no lo han hecho, el 41% argumenta que “no hay diferencia entre las EPS”, el 31% “por falta de tiempo” y el 27% indica que el “trámite es muy complicado o largo”.<sup>102</sup>

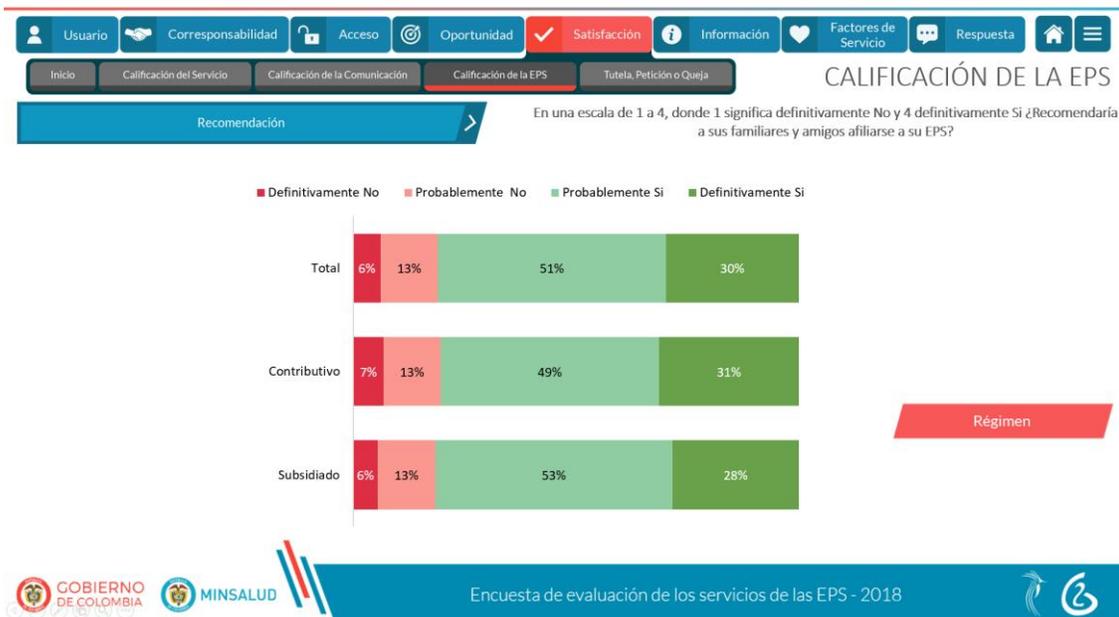
---

<sup>101</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social (2018) Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS 2018 - Informe de Resultados - Filmina 1096.

<sup>102</sup> Ibid. Filmina 1104.

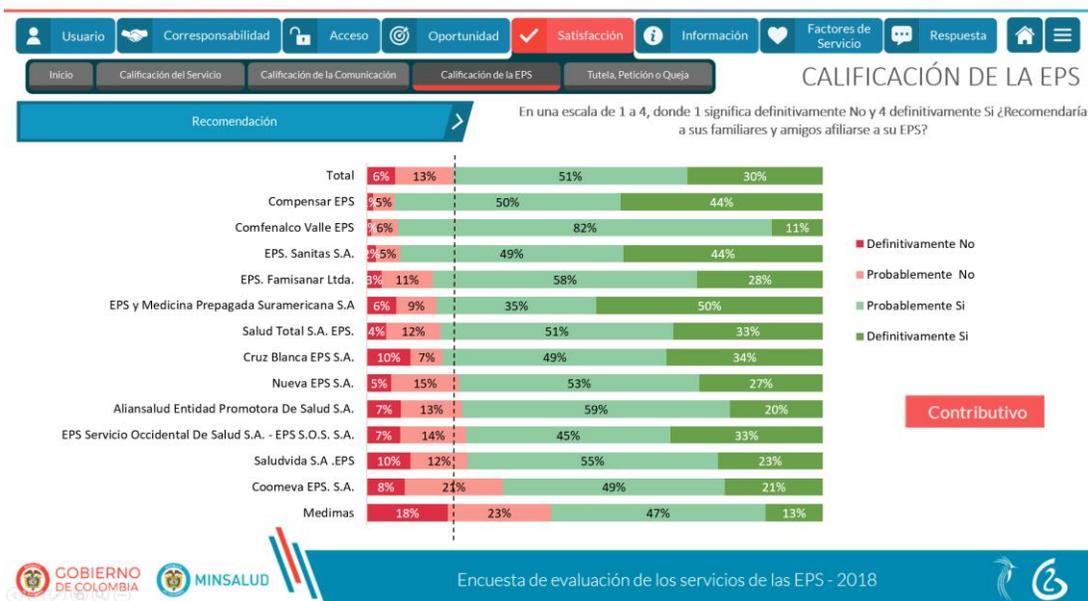


**Gráfico N° 11**  
**Satisfacción**  
**Recomendación de su EPS**



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 1013

**Gráfico N° 12**  
**Satisfacción**  
**Recomendación de su EPS – Régimen Contributivo**



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 1014



### Gráfico N° 13 Satisfacción Recomendación de su EPS – Régimen Subsidiado



GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - 2018

Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 1015

Contando que actualmente la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS realizada por el MSPS es la única fuente de información oficial, se evidencia que el SGSSS no cuenta con los canales permanentes de información y accesibles a la población; tampoco cuenta con un índice adecuado que oriente las decisiones de los afiliados y usuarios en materia de Libre Escogencia de EPS, pues consultar los resultados, si bien tiene información relevante, realizarlo es muy complejo.

Un ejemplo de ello es la aplicación informática “ClicSalud”, una APP gratuita, lanzada por el MSPS el 16 de mayo de 2016 para calificar la atención en salud<sup>103</sup>. Este canal de comunicación se desarrolló para promover la transparencia en el sector de la salud, para facilitar el acceso a información pública de calidad, contribuir a la toma de decisiones, y promover el diálogo y la confianza entre los ciudadanos, el MSPS y la SNS. De acuerdo a la información del sitio web del MSPS, ésta aplicación permite conocer cuáles son las EPS y las IPS que prestan mejores servicios, dice brindar la posibilidad de saber cuáles son las EPS y las IPS mejor calificadas; calificar la atención recibida, y permanecer informados sobre diversas enfermedades. Los resultados de consulta del enlace “Calidad de la EPS del Sistema” tienen dos fuentes de información i) la “Encuesta de percepción de usuarios” de la cual se ha tratado en este documento y “MinSalud”, esta última es alimentada por los indicadores del Sistema de Información de Calidad normados en la Resolución 256 de 2016, con una periodicidad semestral, obteniendo indicadores de efectividad, seguridad de la atención y experiencia de la atención.

Con el fin de indagar sobre la información de las EPS que arroja el aplicativo, enfocada a identificar los indicadores de calidad que orienten la Libre Escogencia de EPS, se

103 <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ClicSalud-nueva-app-para-ahorrar-en-medicamentos.y-calificar-la-atencion-en-salus.aspx>. Consultada en agosto 22 de 2018: 8:31 a.m.



revisó el aplicativo que entre otros aspectos presenta un enlace denominado “Calidad EPS”, el cual contiene: “Mi EPS” invitando a conocer la calidad de la atención que ofrece la EPS de acuerdo con los tiempos de espera reportados y la satisfacción de los usuarios; presenta el “Ranking Global de EPS” que permite conocer los resultados del índice de desempeño de EPS y “Calidad de la EPS en el Sistema” exponiendo a las EPS con las mejores tasas de satisfacción según sus usuarios, cuáles manejan mejores tiempos de espera para asignación de citas, entre otros aspectos de calidad de la atención en salud.

En la consulta de Ranking Global, se presenta el puesto obtenido por la EPS en su respectivo régimen, pero no contiene una métrica de puntaje asignado. Al pulsar la EPS deseada, se despliegan tres razones y el color correspondiente al grado de satisfacción o insatisfacción de quienes calificaron, siendo verde el de mejor satisfacción, amarillo de satisfacción media y rojo de ninguna satisfacción. Las razones son: ¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger mi salud y evitar que me enferme?; ¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiero? y ¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafilarme y moverme dentro del sistema de salud?

En el enlace “Calidad de la EPS del Sistema” al consultar por “Encuesta de percepción de usuarios”, no genera información. Al consultar por “MinSalud”, se presentan los resultados de tiempos de espera de la cita odontológica, pero la escala está invertida, a más días de espera se presenta verde y a menos días de espera se presenta en rojo. Este es el único indicador que permite seleccionar.

Este aplicativo no está actualizado ni se encuentra en línea, pues contiene 45 EPS de las cuales 6 ya no están en el mercado<sup>104</sup>. En síntesis, el aplicativo requiere de una revisión por parte de su administrador y la actualización para su adecuado funcionamiento, en razón del fin trazado.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS [serie 2012-2018] como única fuente de información anual y la cual contiene información

relevante; sin embargo, esta fuente de información es compleja para ser consultada por los usuarios de salud. Además, la esta encuesta no es muy útil en la forma que se presenta en el aplicativo ClicSalud, como herramienta de orientación a los usuarios del sistema.

---

<sup>104</sup> 1. CAFAM, Caja de Compensación que entregó en RS que administraba; 2. Cafesalud, EPS que administraba ambos regímenes y fue vendida a Medimás, esta última obtuvo resolución de habilitación a mediados del año 2017 y que no está registrada en esta APP; 3. Caprecom, EPS que administraba el RS y se decretó su liquidación en noviembre de 2015; 4. Manexka, EPS Indígena a la que le formalizaron el proceso de liquidación a inicio de este año, después de haber estado bajo intervención forzosa para liquidación desde 2017; 5. Comfaboy, EPS del RS que entró en liquidación voluntaria en 2018 y 6. Comfacor entidad que entró en liquidación a partir de este año. Al parecer, la entidad registrada como “Centro Oriente Movilidad Subsidiado EPS corresponde a la EPS-S Comfaoriente, la cual se recomienda revisar.



Finalmente, desde marzo de 2018 con la implementación del **Sistema de Afiliación Transaccional – SAT**, el SGSSS cuenta con un nuevo instrumento que hace parte del Portal WEB [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co)<sup>105</sup>, el cual permite el ejercicio de la Libre Escogencia de EPS mediante la opción de traslado de EPS. Este es un medio para ejercerla, pero sin indicadores para el usuario que orienten su decisión de manera informada.

A marzo de 2019, esta herramienta informática, con un año de implementación,<sup>106</sup> contaba con 1'106.982 ciudadanos registrados (al 27 de marzo de 2019), 6.126 empleadores jurídicos y 15.047 empleadores naturales y registra el traslado de 533.607 personas; estos traslados corresponden al 48% de la totalidad de los traslados de la Base de Datos Única de Afiliados - BDU<sup>107</sup>.

Se requiere diseñar una estrategia de campaña para promocionar y fortalecer la Libre Elección de EPS, considerando el perfil del afiliado al SGSSS y los medios de acceso con que cuentan, pues a manera de evidencia se cuenta que para solicitar la cita médica, el 77% de los usuarios del régimen contributivo lo hace por teléfono en tanto que el 79% de los usuarios del régimen subsidiado la solicita personalmente<sup>108</sup>.

A pesar que se da un buen nivel de libre escogencia de EPS, los usuarios deben estar informados y apoyarse en la calidad y los indicadores para ejercer la libre escogencia en función de la calidad y las garantías que le debe brindar la EPS. Un incentivo puede ser liberar los copagos y cuotas moderadoras con techos, además de otros atributos de la calidad dispuestos en una batería de datos y una amplia difusión de este derecho que tiene los afiliados y usuarios del SGSSS.

Este diagnóstico coteja lo establecido en las normas y las condiciones de mercado al interior del SGSSS, toda vez que esta característica, supone ejercitar la competitividad entre EPS y optimizar la calidad de los servicios de salud que deben garantizar las EPS a sus usuarios.

---

<sup>105</sup> Es un portal web creado con el propósito de facilitar a los ciudadanos el reporte de novedades relacionadas con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Como afiliado tiene disponible la consulta del estado actual de su afiliación, el historial de inscripciones que haya realizado a diferentes EPS, el reporte de traslado de EPS para usted y todo su grupo familiar, la inclusión y exclusión de beneficiarios, la actualización de datos complementarios y del documento de identidad, entre otras

<sup>106</sup>La entrada en operación del SAT se efectuó mediante la Resolución 768 de 2018.

<sup>107</sup> Memorando de Radicado N° 201931200058333 de la DROASRL al Viceministerio de Protección Social del 26 de marzo de 2019., en respuesta al radicado N° 201911200043583 "CONVOCATORIA A SESIÓN TÉCNICA EN EL MARCO DEL SEGUIMIENTO A LA ORDEN VIGÉSIMO CUARTA DE LA SENTENCIA T- 760 DE 2008.

<sup>108</sup>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2013.pdf>. Págs. 23 y 24.



## 7. Acciones recientes del Ministerio de Salud y Protección Social previas a una nueva estrategia para el fortalecimiento y divulgación de la libre escogencia de EPS

El Ministerio de Salud y Protección Social durante el presente gobierno, ha promovido la Libre Escogencia de EPS en aras de elevar los niveles de calidad y satisfacción de los afiliados al SGSSS, para lo cual ha desplegado una campaña a través del sitio WEB<sup>109</sup> - 110



<sup>109</sup> <https://intranet.minsalud.gov.co/actualizate/boletininterno/boletin-interno-079.aspx>

<sup>110</sup> [https://intranet.minsalud.gov.co/Actualizate/\\_layouts/15/videoembedplayer.aspx](https://intranet.minsalud.gov.co/Actualizate/_layouts/15/videoembedplayer.aspx).



## Conclusiones

En el ámbito de los derechos se concluye que:

Según las encuestas que han indagado sobre la Libre Escogencia de EPS, los usuarios del SGSSS han ejercido este derecho que les brinda el sistema.

A pesar de manifestar problemas con la oportunidad, el acceso, el trato y demás situaciones negativas con los servicios de su EPS, ante estas inconformidades los afiliados y usuarios del SGSSS no contemplan trasladarse de EPS.

Entre las razones por las cuales los afiliados y usuarios del SGSSS no hacen uso de la libre escogencia de EPS se registra, de una parte, que estar afiliado a cualquier EPS les parece lo mismo, o en otras palabras les es indiferente. Otras personas manifiestan que al cambiar de EPS se pierden derechos.

En relación con la calidad se concluye que:

Ante las inconformidades con los servicios prestados por la EPS, los usuarios del SGSSS no asocian estas fallas con la calidad que éstas le deben garantizar; por lo tanto no ejercen la libre escogencia en busca de una entidad con mejor desempeño.

Respecto de la oferta se concluye que:

El efecto de las medidas de vigilancia especial impuestas por la SNS a las 21 EPS, no afecta de manera relevante la oferta para el ejercicio de la libre elección de EPS por parte de los afiliados y usuarios del SGSSS.

El país cuenta con oferta local de EPS en los regímenes contributivo y subsidiado de salud para que los usuarios ejerzan el derecho a la libre escogencia de EPS, entendida ésta en la condición que; pluralidad es a partir de dos o más oferentes del aseguramiento a nivel local.

El 94,4% de los afiliados al régimen contributivo y el 70,2% de los afiliados al régimen subsidiado cuentan localmente con oferta plural para elegir EPS.

En los aspectos relacionados con la información y la tecnología se concluye que:

La desconfianza e incertidumbre en el SGSSS y en la gestión de las EPS no radica de manera central en el ejercicio de la libre elección de EPS, sino más bien en una amplia divulgación al afiliado y usuario del SGSSS que ante el incumplimiento o insatisfacción de los servicios brindados por su EPS, se tiene el derecho de elegir una de su preferencia, dada una información confiable que le debe garantizar el sistema.



El Sistema de Afiliación Transaccional–SAT con un año de implementación, ya contaba con 1'106.982 ciudadanos registrados y 533.607 traslados de EPS en ejercicio de la libre elección de EPS.

Sobre las competencias de gobierno se concluye que:

El MSPS ha invertido en iniciativas para la observancia de la calidad trazándose que estas sean de carácter periódico y permanente, pero no se cumple con este propósito. Esto se evidencia con los informes INCAS (2009-2015 y 2017) y ClicSalud.

Entendiendo la dinámica de migración poblacional interna, en el marco del presente diagnóstico se identificó que la afiliación al régimen subsidiado de salud de setenta municipios supera la población total del respectivo municipio en 117.526 afiliados; situación que afecta la destinación de recursos para la cobertura de dicho régimen.



## Recomendaciones

En los ámbitos de: los derechos, la calidad y la tecnología, se recomienda:

- Fortalecer el conocimiento en los usuarios; que el derecho a la libre escogencia de EPS se puede ejercer por lo menos cada año o en cualquier momento ante la insatisfacción o negativa de servicios por parte de la EPS a la que pertenece, usando entre otros, el Sistema de Afiliación Transaccional –SAT, como una herramienta informática efectiva y a su alcance.

Respecto de la oferta se recomienda:

- Incentivar la oferta de EPS de ambos regímenes en municipios donde exista menos de dos EPS sin afectación en la afiliación por medidas de vigilancia especial, por parte de la SNS, alineada con incentivos a la calidad.
- Delegar en las Secretarías Municipales y Distritales de Salud la responsabilidad de divulgar ampliamente la oferta de EPS de ambos regímenes en su municipio o distrito.

En los aspectos relacionados con la información y la tecnología se recomienda:

- Revisar los indicadores de calidad vigentes y adecuar una herramienta pertinente y sencilla, al alcance de todos los usuarios del sistema de salud, que sea de fácil comprensión para que tomen decisiones en relación con la libre escogencia de EPS.
- Diseñar una estrategia de divulgación de amplia cobertura, para fortalecer y posicionar el derecho de los usuarios y afiliados al SGSSS a ejercer la Libre Escogencia de EPS.
- Fortalecer los sistemas de información existentes, donde se permita que los afiliados registren sus quejas e inconformidades (PQRD) con su EPS y que éste pondere automáticamente un indicador de calidad, acorde con los elementos esenciales del goce efectivo del derecho a la salud. Este puede incorporarse en el módulo “tu voz en el sistema” de ClicSalud.



- Actualizar de manera permanente los contenidos de la herramienta informática ClicSalud, lo cual va en concordancia con las anteriores recomendaciones, pues el módulo, “elijo saber” contiene indicadores que orientan al usuario sobre el desempeño de su EPS en relación con las demás del régimen al que pertenece.

Sobre las competencias de gobierno se recomienda:

- Instar a las Entidades Promotoras de Salud que se encuentran con medidas de vigilancia especial por parte de la SNS, para que superen las condiciones que conllevaron a dicha medida por parte de este organismo de control del sistema.
- Estudiar el alcance legal y el clima de inversión, para que las EPS de cualquier naturaleza, ofrezcan sin distingo alguno los regímenes contributivo y subsidiado de salud, dada la unificación del Plan de Beneficios, conservando las reglas de financiación en el origen de los recursos y la aplicación de cuotas moderadoras y copagos para cada régimen, pues éstas responden a las condiciones socio-económicas de los afiliados y su correspondiente capacidad de pago.
- Revisar la metodología de asignación de recursos para la cobertura del régimen subsidiado a nivel municipal, articulando una dinámica entre el Censo (que corresponde a un dato estático de referencia) y la encuesta SISBEN, estableciendo una periodicidad ajustada a las dinámicas de migración interna del país, con el fin de mantener un control adecuado en la asignación de recursos del SGSSS.



## Bibliografía

- CÁRDENAS, Diana. (2004). Estrategia para superar el problema de asimetría de información en el Régimen Subsidiado., Tesis de Grado para Optar por el Título de magíster en Economía. Universidad de los Andes. Mimeo.
- DEPARTAMENTO Nacional de Planeación. (2019). Bases del Plan Nacional de Desarrollo - 2018-2022- Pacto por Colombia pacto por la equidad.
- DEFENSORÍA del Pueblo. (2005). Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005 - Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud – ISUS-. Bogotá, D.C.
- DEFENSORÍA del Pueblo. (2010). Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009 - Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud – ISUS-. Bogotá, D.C.
- LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina; Documento de Trabajo 353. Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe.- publicación por Health Policy.
- MATAJIRA Gaitán, Camilo y Otros. (2016). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016. MINISTERIO de Salud y Protección Social - Oficina de Calidad.
- MEJÍA Villegas, Darío y Otros. (2003). Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud.- Índice de Vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de Aseguramiento,. Bogotá, D.C.
- MILTON & Rose Friedman. (1979). Libre para elegir.
- MINISTERIO de Salud. (1994). La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Tomo 1: Antecedentes y Resultados, Capítulo III del Libro décimo. Santafé de Bogotá, Primera edición.
- MINISTERIO de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. – Consultoría del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia. (2005). Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud” INFORME FINAL. Bogotá D.C.



MINISTERIO de la Protección Social. (2009). 1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas Colombia 2009”. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Bogotá, D.C. Colombia.

MINISTERIO de Salud y Protección Social - Oficina de Calidad. (2012). Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, -, Bogotá D.C.

MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2014). Informe de Resultados- Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado.

MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2014). Ordenamiento por Desempeño EPS 2014.

MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). Informe de Resultados- Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado.

MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, 2015. Bogotá, D. C., Colombia.

MINISTERIO de Salud y Protección Social - Oficina de Calidad. (2017). Informe Nacional de Calidad en Salud - INCAS 2017.

MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2018). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS – 2018. Informe de Resultados.

Memorando de Radicado N° 201931200058333 de la DROASRL al Viceministerio de Protección Social, en respuesta al radicado N° 201911200043583 “CONVOCATORIA A SESIÓN TÉCNICA EN EL MARCO DEL SEGUIMIENTO A LA ORDEN VIGÉSIMO CUARTA DE LA SENTENCIA T– 760 DE 2008, del 26 de marzo de 2019.

### **Normas Consultadas**

Decreto 682 de abril 18 de 2018, artículo 2.5.2.3.1.3.

Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751 de 2015 - Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

Resolución No. 1446 de 8 de mayo de 2006.

Sentencia T-760 del año 2008. Ordinal Vigésimo Octavo.



## Web grafía

Competencia en el Sector Salud. – Superintendencia de Industria y Comercio -  
[http://www.sic.gov.co/recursos\\_user/documentos/promocion\\_competencia/Estudios\\_Economicos/Estudio%20de%20salud.pdf](http://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/promocion_competencia/Estudios_Economicos/Estudio%20de%20salud.pdf)

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2013.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RANKING-DESEMPENO-2013.pdf>. Consultado en Mayo 8 de 2019.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-triple-meta-de-Juan-Pablo-Uribe-al-mando-de-MinSalud.aspx>. Consultado el 13 de Mayo de 2019: 10:23 a.m.

¿Qué pasa con la calidad del sistema de salud en Colombia?. Dinero 01/11/2018-  
Consultado en: <https://www.msn.com/es-co/noticias/otras/%C2%BFqu%C3%A9-pasa-con-la-calidad-del-sistema-de-salud-en-colombia/ar-BBPckcr>. Julio 2 de 2019 14:57.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-sistema-de-seguridad-social-del-pais-modelo-en-la-region.aspx>

<https://intranet.minsalud.gov.co/actualizate/boletininterno/boletin-interno-029.aspx>  
<https://www.supersalud.gov.co/es-co/noticias>. ... consultada en julio 11 d 2019.