



La salud  
es de todos

Minsalud

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

**Bogotá D.C. Marzo de 2020**



La salud  
es de todos

Minsalud

## **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Fernando Ruiz Gómez

**Ministro de Salud y Protección Social**

Iván Darío González Ortiz

**Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios**

Diana Isabel Cárdenas Gamboa

**Viceministra de Protección Social**

Gerardo Burgos Bernal

**Secretario General**

Wilson Fernando Melo Velandia

**Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales**

### **Agradecimiento especial:**

Al Doctor Juan Pablo Uribe Restrepo, que durante su administración fue desarrollado el estudio.



La salud  
es de todos

Minsalud

**Dirección y elaboración del documento:**

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

Wilson Fernando Melo Velandia

**Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales**

Maritza Silva Vargas

**Coordinadora Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública**

**Elaboración del documento<sup>1</sup>:**

Jairo Alberto Betancourt Maldonado  
Contratista

**Agradecimientos:**

A los profesionales y contratistas del Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Políticas Públicas, Gladys Barragán, Martha Eugenia Vanegas, Raúl Molina Espitia, Patricia Rozo Lesmes, Nicolle Cárdenas García, David Eduardo Gómez Lizarazú y Oscar Sánchez Jiménez; a Javier Ricardo Bohórquez Gelvez de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, todos, por su exhaustiva revisión y recomendaciones de ajuste al documento. A Eric Arturo Barney Iglesias y Wilman Carlos Bonett Molina de la Oficina de Calidad del MSPS por su apoyo en la consecución de la serie de encuestas de evaluación de los servicios de las EPS.

---

<sup>1</sup> Las opiniones expresadas en este documento pertenecen al autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista del Ministerio de Salud y Protección Social.



La salud  
es de todos

Minsalud

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	6
1. ANTECEDENTES .....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. METODOLOGÍA.....	12
4. MARCO LEGAL.....	14
5. MARCO CONCEPTUAL .....	34
6. MARCO SITUACIONAL .....	40
6.1 Contexto de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias de los usuarios de salud contra las EPS ante la SNS.....	43
6.2. Cobertura del aseguramiento en salud.....	47
6.2.1. Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Contributivo por Oferta EPS en Municipios.....	51
6.2.2. Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Subsidiado por Oferta EPS-S en Municipios.....	53
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.....	54
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. ....	56
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.....	74
CONCLUSIONES .....	75
RECOMENDACIONES .....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
Web grafía .....	80



La salud  
es de todos

Minsalud

## Siglas

BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DURSSPS	Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
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
SAT	Sistema de Afiliación Transaccional
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



La salud  
es de todos

Minsalud

## 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>2</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, ¿en la encuesta 2018 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>3</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*”.

<sup>2</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>3</sup> BASES DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018-2022- Pacto por Colombia, Pacto por La Equidad. Departamento Nacional de Planeación, 2019. Pg 262.



La salud  
es de todos

Minsalud

Ante la problemática y contradicción descrita, el ejercicio al derecho de la Libre Escogencia de EPS parece ser indiferente o desconocida por los usuarios de salud, presentándose desligada de la calidad y la satisfacción del servicio de salud que ellos mismos reclaman. El presente diagnóstico basado en fuentes secundarias, evidencia que a pesar de los avances del sistema de información implementado en relación con la actualización de las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud<sup>4</sup> y la implementación del Sistema de Afiliación Transaccional SAT<sup>5</sup>, estos instrumentos de información son complejos para la orientación en la toma de decisiones de los afiliados y usuarios en esta materia, 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.

---

<sup>4</sup> Decreto 682 de Abril 18 de 2018.

<sup>5</sup> Portal creado por el Ministerio de Salud y Protección Social con el propósito de facilitar a los ciudadanos la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los afiliados el reporte de sus novedades. 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 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. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/afiliacion-transaccional-sat.aspx>



## 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; entendiendo 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>6</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, 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”* 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>8</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*

<sup>6</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.

<sup>7</sup> Op. cit., 281.

<sup>8</sup> Ibidem.



La salud  
es de todos

Minsalud

*afiliado a cada asegurador, no ha permitido que operen (sic) mecanismo de mercado”<sup>9</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>10</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 satisfacción con la atención y servicios prestados por la entidad promotora de salud”<sup>11</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>12</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>13</sup>, el Ministerio de Salud y Protección Social se propuso*

<sup>9</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>10</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.

<sup>11</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>12</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social – Oficina de Calidad. (2012). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS., Bogotá D.C.

<sup>13</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



La salud  
es de todos

Minsalud

*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 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>14</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>15</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>16</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.

La Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia publicada por el Banco Mundial en julio de 2019, indica que “El sistema de atención en salud de Colombia fue diseñado para permitir que las personas elijan libremente su aseguradora en función de la calidad de la atención. En

---

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 irrespete 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 (1°) 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.

<sup>14</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2014). Ordenamiento por Desempeño EPS 2014. Pg. 3.

<sup>15</sup> Op. Cit., 7.

<sup>16</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.



La salud  
es de todos

Minsalud

teoría, esto debería crear un canal directo de rendición de cuentas por el cual las aseguradoras se sientan obligadas a mejorar la calidad para evitar perder clientes... Sin embargo, ... los sitios web de reportes públicos e informes son muy técnicos y difíciles de interpretar para el usuario. En conclusión, la evaluación registra que: "este mecanismo es débil porque la información divulgada públicamente es difícil de usar"<sup>17</sup>.

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>18</sup>.

## 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>19</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

<sup>17</sup> World Bank Group – International Finance Corporation. (2019) Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia - Public Disclosure Authorized. Pg 56.

<sup>18</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.

<sup>19</sup> Op. Cit., 13.



La salud  
es de todos

Minsalud

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? ¿ésta 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>20</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.

### 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

<sup>20</sup> DEPARTAMENTO Nacional de Planeación. (2019). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. 274.



La salud  
es de todos

Minsalud

usuarios en el régimen contributivo y subsidiado” versiones 2012, 2014 y 2015<sup>21</sup>, publicados por el MSPS y el “Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud” de 2005<sup>22</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>23</sup>, ii) capacidad autorizada de afiliados por régimen, EPS y 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>24</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-

<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.; - 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>22</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>23</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 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>24</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.



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*].

#### 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” [*Aparte del Art 152 L-100-93*], 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>25</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.

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*

<sup>25</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.



La salud  
es de todos

Minsalud

*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]*

Este artículo fue modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, cuyo texto es el siguiente:

*"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>26</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 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]*

<sup>26</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



La salud  
es de todos

Minsalud

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]*

Como parte de esa organización, se estipuló un régimen general y un periodo mínimo de permanencia contados a partir del momento de la inscripción en una misma EPS para poder ejercer un traslado dentro del mismo régimen del sistema, además de cumplir con otras condiciones de orden administrativo y financiero; reglamentación compilada en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016<sup>27</sup> (en adelante, DURSSPS), del cual se transcriben los apartes relacionados.

*"El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:*

*...*

*3. Prácticas no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre escogencia del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran: (Subraya fuera de texto)*

*a. Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, tales como tratamientos anticipados o especiales al usuario, bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad;*

*b. Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios;*

*c. Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:*

<sup>27</sup> Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016.-actualización: 31 de enero de 2020.



La salud  
es de todos

Minsalud

*i) solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;*

*ii) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;*

*iii) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa o engañosa;*

*iv) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; y*

*d. Cualesquiera otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como efecto afectar la libre escogencia del usuario.<sup>28</sup> (Subrayas fuera de texto)*

...

*5. Alianzas de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan, de conformidad con la ley, sobre la base de empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la capacidad negociadora, la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Subrayas fuera de texto)*

*Los afiliados que hagan parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre escogencia, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación”<sup>29</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.5.2.1.1.6 Régimen general de la libre escogencia]*

No obstante, de lo establecido sobre la permanencia mínima en una EPS para optar por un traslado, en aras de la protección al usuario se reglamentó una excepción relevante, que inhabilita dicha condición.

*“La condición de permanencia para ejercer el derecho al traslado establecida en el artículo 2.1.7.2 de la presente Parte, no será exigida cuando se presente alguna de las situaciones que se describen a continuación: (Subrayas fuera de texto)*

...

<sup>28</sup>Art. 14 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995.

<sup>29</sup>Ibídem.



La salud  
es de todos

Minsalud

4. Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud<sup>30</sup>. [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.7.3 Excepciones a la regla general de permanencia]

*Para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones:*

...

2. *Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario.*

...

*Cuando se trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones previstas en el presente artículo, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS del otro régimen. (Subrayas fuera de texto)*

*Cuando el afiliado del régimen subsidiado adquiere la condición de cotizante por el inicio de un vínculo laboral o contractual con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término. Hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad. (Subrayas fuera de texto)*

*Cuando el afiliado perteneciente al régimen subsidiado adquiere un vínculo laboral con una duración inferior a doce (12) meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad. Este control se efectuará a través del Sistema de Afiliación Transaccional. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.7.2 Condiciones para el traslado entre entidades promotoras de salud]*

<sup>30</sup> Art. 51 del Decreto 2353 de 2015.



La salud  
es de todos

Minsalud

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>31</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 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].*

Legalidad compilada en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social así:

<sup>31</sup> Concordancias: Decreto 1703 de 2002; Art. 30



La salud  
es de todos

Minsalud

*"Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:*

*a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios<sup>32</sup>. (Subrayas fuera de texto) [Artículo 2.5.2.1.1.2 Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud del DURSSPS 780-16].*

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:

*"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" 33. (Subraya fuera de texto) [PARÁGRAFO 2o. del ARTÍCULO 157. TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – LEY 100 DE 1993].*

En esta materia, la reglamentación expresa:

*Son deberes de las agremiaciones y asociaciones autorizadas para afiliar colectivamente trabajadores independientes, los siguientes:*

...

*2. Garantizar a sus afiliados la libre elección de las entidades administradoras de los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Pensiones<sup>34</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 3.2.6.6. Deberes de la entidad autorizada para la afiliación colectiva].*

<sup>32</sup> Art. 2 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995.

<sup>33</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

<sup>34</sup> Art. 8 del Decreto 3615 de 2005 modificado por artículo 4 del Decreto 2313 de 2006.



La salud  
es de todos

Minsalud

El traslado y movilidad supone que si el afiliado al hacer uso de estas garantías del SGSSS mediante el Sistema de Afiliación Transaccional -SAT, no realiza cambio de EPS, esta decisión es una manifestación satisfacción en el ejercicio del derecho a la Libre Escogencia de EPS.

*El trabajador será responsable, al momento de la vinculación laboral, de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, si aún no se encuentra afiliado, y de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También será responsable de registrar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y utilizará los medios que se dispondrán para tal fin.*

*El empleador será responsable de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación, sin perjuicio de su reporte a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. Lo previsto en el presente inciso aplica a las Entidades Administradoras del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar contratadas por el ICBF en calidad de empleadores.*

*Si el trabajador no aparece inscrito en alguna EPS y no manifiesta el nombre de la entidad a la cual desea inscribirse, corresponderá al empleador, al efectuar la inscripción, registrar tal circunstancia y el Sistema de Afiliación Transaccional asignará la EPS en la cual quedará inscrito como mínimo por el término de tres (3) meses, de lo cual informará al trabajador.*

*Serán de cargo del empleador las prestaciones económicas y los servicios de salud a que tenga derecho el trabajador dependiente y su núcleo familiar durante el tiempo que transcurra entre la vinculación laboral y el registro de la novedad.*

*Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente artículo serán reportadas por los empleadores y los trabajadores, en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Cuando hubiere lugar a la selección de EPS por la ausencia de información del empleado, la hará el empleador.<sup>35</sup> (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.6.2 Reporte de novedades para trabajadores dependientes].*

<sup>35</sup> Art. 44 del Decreto 2353 de 2015



La salud  
es de todos

Minsalud

*"Los trabajadores dependientes e independientes son responsables de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional, todas las novedades que se presenten en la condición de sus beneficiarios; también lo harán respecto de sus afiliados adicionales, si se hace uso de la figura prevista en el artículo 2.1.4.5. de la presente Parte.*

*Los beneficiarios serán responsables de registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.*

*Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente artículo se reportarán por los responsables directamente a la EPS"<sup>36</sup>. [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.6.4 Reporte de novedades en la condición de los beneficiarios].*

*"La novedad de movilidad prevalecerá sobre la novedad del traslado en las siguientes situaciones:*

...

*4. Cuando un beneficiario en el régimen contributivo pierda tal calidad y no haya cumplido el término de permanencia para el traslado, deberá mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el régimen subsidiado, siempre y cuando se cumplan las condiciones para la movilidad. Para el efecto, el afiliado cotizante y el beneficiario deberán registrar las novedades de exclusión de beneficiario y de movilidad, respectivamente. (Subrayas fuera de texto).*

*Cuando se acredite el período mínimo de permanencia, el afiliado, en ejercicio del derecho a la libre escogencia, podrá permanecer en la misma EPS o ejercer el traslado de EPS entre regímenes diferentes.<sup>37</sup> (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.7.14 Prevalencia de la movilidad sobre el traslado].*

Ahora, cuando una EPS se retire de manera voluntaria total o parcialmente, debe informar a los usuarios con la debida antelación y garantizar la Libre Escogencia de EPS a sus afiliados, de ello, la norma establece:

*"Las EPS podrán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro total o parcial de la autorización, siempre y cuando hayan operado el aseguramiento en salud de forma continua por un (1) año en el ámbito territorial autorizado del cual deseen retirarse y hayan informado su intención a dicha Superintendencia, a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados, con al menos cuatro (4) meses de antelación. Durante el proceso de retiro, dichas entidades están obligadas a garantizar la continuidad de los*

<sup>36</sup> Art. 46 del Decreto 2353 de 2015

<sup>37</sup> Art. 62 del Decreto 2353 de 2015.



La salud  
es de todos

Minsalud

*afiliados en el Sistema y la prestación correcta y oportuna de los servicios hasta tanto se realice el traslado efectivo de los mismos.*

*El retiro voluntario parcial procede en uno o varios de los departamentos, distritos o municipios en los que la EPS esté autorizada para funcionar. La Superintendencia Nacional de Salud en aras de garantizar la continuidad y adecuada prestación del servicio, así como el derecho a la libre elección de los afiliados, podrá negar el retiro voluntario o condicionar a una transición con plazos diferentes a los previamente establecidos<sup>38</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.5.2.3.5.5. Retiro voluntario].*

Como mecanismo excepcional para controlar la evasión y la elusión, el SGSSS cuenta a través de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP) con la afiliación transitoria, sin afectar la garantía de la Libre Escogencia de EPS, la cual aplica para personas naturales sin vinculación laboral, ni beneficiarios de pensión, pero cuentan con capacidad de pago y se determinan como Obligados Aportantes u omisos afiliados a alguno o algunos de los subsistemas de la protección social y además no atienden la invitación a afiliarse, para lo cual el Ministerio de Hacienda y Crédito Público reglamentó:

*"La afiliación transitoria es un mecanismo excepcional a cargo de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), en los casos de omisos que no se encuentran afiliados a alguno o algunos de los subsistemas de la protección social y no atiendan la invitación a afiliarse, haciendo uso del derecho de elección, dentro de los ocho (8) días siguientes al envío de dicha invitación. (Subrayas fuera de texto)*

*En tal evento, la UGPP procederá a efectuar la afiliación y presentará a nombre del aportante el formulario de afiliación a una administradora pública, que se entenderá efectiva en la fecha de recibo de la solicitud por parte de la administradora, quien deberá informar al afiliado tal condición dentro de los cinco (5) días calendario siguientes.*

*PARÁGRAFO 1o. En caso de no existir una administradora pública, la afiliación transitoria deberá ser efectuada a una administradora con participación accionaria estatal así no sea mayoritaria y en su defecto, a una administradora de naturaleza privada seleccionada de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto establezca la UGPP mediante resolución, consultando los principios de transparencia, igualdad y eficiencia, que deberá ser publicada en la página web de la Unidad.*

<sup>38</sup> Sustituido por el artículo 1 del Decreto 682 de 2018.



La salud  
es de todos

Minsalud

PARÁGRAFO 2o. Los afiliados transitorios podrán ejercer su derecho al traslado a otra administradora, una vez cumplan con el periodo mínimo de permanencia exigido por las disposiciones legales vigentes<sup>39</sup>. (Subrayas fuera de texto) [ARTÍCULO 2.12.1.6. SELECCIÓN DE LA ADMINISTRADORA EN EL CASO DE REQUERIRSE AFILIACIÓN TRANSITORIA del DECRETO 1068 DE 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público].

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

*"La asignación de afiliados para garantizar la continuidad del aseguramiento es un mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud que se trata en el artículo 2.1.7.1 del DURSSPS 780-16 en el Título 7 sobre Traslados y Movilidad - (Sustituido por el artículo 1 del Decreto 1424 de 2019). En los eventos relacionados, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES realizará la asignación y determinará el número y distribución de los afiliados a asignar por EPS, teniendo en cuenta las reglas de obligatorio cumplimiento establecidas en el artículo 2.1.11.3 del DURSSPS 780-16 sobre el procedimiento de asignación de afiliados.*

No obstante, la norma establece que:

*Transcurridos noventa (90) días calendario, los afiliados asignados podrán escoger libremente entre las EPS que operen en el municipio de su residencia y que se exceptúa de este plazo, los casos en los cuales algún miembro del grupo familiar quede asignado en una EPS distinta a la del cotizante o cabeza de familia, evento en el cual se podrá realizar el traslado de forma inmediata a la EPS en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia.* (Subrayas fuera de texto) [Numeral 3, Artículo 2.1.11.3 Procedimiento de asignación de afiliados del DURSSPS 780-16].

Entre las obligaciones de las EPS receptoras se tiene:

*"Además de las obligaciones propias de la organización del aseguramiento, las EPS que reciban los afiliados a través del mecanismo de asignación previsto en el presente título, a partir del primer día hábil siguiente a la recepción de los afiliados, deberán:*

<sup>39</sup> Art. 6 Decreto 3033 de 2013). Concordancias: Resolución UGPP 1310 de 2017.



La salud  
es de todos

Minsalud

1. Disponer, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación: a) Los números telefónicos; b) Las direcciones electrónicas; c) El sitio web; d) La dirección de las sedes de la EPS donde pueden contactarse los afiliados; e) La fecha a partir de la cual la entidad se hará responsable de la prestación de los servicios de salud; y f) El derecho que le asiste al usuario de hacer uso de la libre elección después de noventa (90) días calendario contados a partir de la efectividad de la asignación<sup>40</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.11.6 Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud receptoras].

En relación con la capacidad de afiliación de la EPS receptora y la vigilancia y control por parte de la SNS, la norma establece que:

"Las EPS que con ocasión de la asignación de afiliados de que trata el presente Título reciban afiliados de un régimen diferente del que se encuentre autorizada, podrán administrar el otro régimen hasta un treinta por ciento (30%) del total de sus afiliados, sin que le sea exigible el cumplimiento de los requisitos para la operación de dicho régimen y el capital mínimo adicional en el marco de la normatividad vigente. [Artículo 2.1.11.11 De las Entidades Promotoras de Salud que reciben afiliados. DURSSPS 780-16].

La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo establecido en el presente Título y podrá imponer las sanciones correspondientes en el marco de sus competencias". [Artículo 2.1.11.12 Vigilancia y control del mecanismo de asignación de afiliados del DURSSPS 780-16] (Sustituido por el artículo 1 del Decreto 1424 de 2019).

Las normas de Libre Escogencia de EPS que rigen para el régimen subsidiado y poblaciones especiales son:

"Son obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

1. Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario<sup>41</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.3.1.8 Obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado].

En el Régimen Subsidiado la elección de la EPS para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados censales, se realizará por las siguientes entidades:

<sup>40</sup> Sustituido por el artículo 1 del Decreto 1424 de 2019)

<sup>41</sup> Art. 4 del Decreto 1804 de 1999.



La salud  
es de todos

Minsalud

1. Las entidades responsables de la elaboración de los listados censales cuando se trate de población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y personas incluidas en el programa de protección a testigos y la población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales.

2. Las entidades responsables del cuidado de la población infantil bajo protección de instituciones diferentes al ICBF y los adultos mayores de escasos recursos residentes en centros de protección.

3. Los afiliados pertenecientes a la población ROM lo harán de manera libre e independiente manteniendo la composición de su núcleo familiar. (Subrayas fuera de texto)

4. Los desmovilizados y las víctimas del conflicto armado escogerán libremente su EPS, sin perjuicio de lo dispuesto en el literal i) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y lo dispuesto en el artículo 2.2.6.1.1. del Decreto 1084 de 2015. (Subrayas fuera de texto)

*"i. La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente periodo de traslado. El Gobierno Nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta". (Subrayas fuera de texto) [Literal i) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007].*

*El Ministerio de Salud y Protección Social, cruzará el registro único de víctimas a que hace referencia el artículo 154 de la Ley 1448 de 2011, que certifique la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, con la base de datos única de afiliados, BDUA, o la que haga sus veces, y con las bases de datos de los regímenes especiales. La población que se identifique como no afiliada, será reportada a la entidad territorial de manera inmediata para que se proceda a su afiliación a la entidad promotora de salud del régimen subsidiado, preservando la libre escogencia por parte de la víctima, de acuerdo con la presencia regional de estas, según la normatividad vigente, en desarrollo del artículo 52 de la Ley 1448 de 2011, siempre y cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiario de dicho régimen. Esto último se garantizará mediante la aplicación de la encuesta Sisbén por parte de la entidad territorial. ... "* <sup>42</sup>  
(Subrayas fuera de texto) [TÍTULO 6 - Medidas de asistencia y atención. - CAPÍTULO 1.- Asistencia en salud, del Decreto 1084 de 2015. Artículo

<sup>42</sup> Decreto 4800/2011, artículo 87.



La salud  
es de todos

Minsalud

2.2.6.1.1. Afiliación de víctimas al sistema general de seguridad social en salud].

*Parágrafo 1. Las entidades responsables de elaborar los listados censales y/o responsables por la atención de la población señalada en los numerales 1 y 2 del presente artículo deberán definir lineamientos internos homogéneos para la elección de EPS, que tenga en cuenta la utilización de indicadores de calidad, la cobertura territorial de la EPS y la red prestadora adscrita, entre otros. (Subrayas fuera de texto)*

En relación con la Libre Escogencia de EPS para Población Privada de la Libertad se reglamentó:

*"Parágrafo 2. La atención en salud de la población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal o a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC se garantizará conforme a lo dispuesto en el Capítulo 11, Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan". (Parágrafo 2 del Artículo 42 del Decreto 2353 de 2015<sup>43</sup>; Parágrafo del Artículo 1° del Decreto 2245 de 2015, modificado por los Artículos 1<sup>44</sup> y 345 del Decreto 1142 de 2016). - [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.5.3 Libre elección de entidad promotora de salud del régimen subsidiado para poblaciones especiales].*

*Cuando la población de internos afiliada al Régimen Subsidiado en los términos y condiciones del presente Capítulo sea puesta en libertad, o sea revocada o suspendida la medida de aseguramiento en su contra, el municipio o distrito en donde dicha población esté domiciliada deberá revisar su*

<sup>43</sup> La atención en salud de la población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal o a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) se garantizará conforme a lo dispuesto en el Decreto 2245 de 2015 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

<sup>44</sup> Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.1.11.1.1. Objeto y ámbito de aplicación. ... la población privada de la libertad que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, conservará su afiliación y la de su grupo familiar mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para pertenecer a dichos regímenes en los términos definidos por la ley y sus reglamentos y podrá conservar su vinculación a un Plan Voluntario de Salud.

<sup>45</sup> Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.1.11.1.3. Atención en salud de las personas en prisión domiciliaria. La atención en salud de las personas en prisión domiciliaria será prestada atendiendo las siguientes reglas: 1. Las personas que cumplan con las condiciones para pertenecer al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán mantener la afiliación al mismo, en condición de beneficiarios o cotizantes. - 2. Las personas que cumplan con las condiciones para pertenecer a un régimen especial o de excepción en salud mantendrán la afiliación al mismo, cumpliendo con los requisitos respectivos para pertenecer al régimen correspondiente. - 3. Las personas que no pertenezcan al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a un régimen especial o de excepción, serán cubiertas por el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Atendiendo las reglas previamente señaladas, el Inpec llevará el control de las personas que cumplan con lo dispuesto en el presente artículo, y remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social la información necesaria de dichas poblaciones, en los términos que este defina. Parágrafo. La población indígena recluida en centros de armonización, conservará su afiliación al régimen subsidiado en salud, bajo las condiciones de la normativa vigente".



La salud  
es de todos

Minsalud

*clasificación en el Sisbén o el instrumento que haga sus veces y, de ser una persona objeto de subsidio, deberá continuar su afiliación conforme a las reglas del Régimen Subsidiado. En todo caso, se garantizará la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud (EPS) por parte de la persona puesta en libertad. - (Art. 8 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación) (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.9.2.3.8 Continuidad en el acceso a la prestación de servicios de salud de la población a cargo del INPEC puesta en libertad].*

La Libre Escogencia de EPS para las Comunidades Indígenas tiene las siguientes reglas:

*"El periodo de permanencia de los afiliados a las EPS indígenas será mínimo de 360 días, sin perjuicio de lo previsto en el Acuerdo número 415 de 2009 del entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Circular número 000016 del 30 de diciembre de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás disposiciones vigentes que garantizan a los afiliados su derecho de traslado a otra EPS.*

*Parágrafo. La libre elección, afiliación y traslado de comunidades indígenas entre EPS indígenas, se podrá realizar solamente a través de listados censales en los lugares donde estén habilitadas. Sin embargo, sus afiliados se podrán trasladar a otras EPS del Régimen Subsidiado, en caso de que no exista otra EPS Indígena que les garantice los servicios de salud en su territorio, sin perjuicio de la facultad otorgada a las autoridades indígenas en el artículo 2.5.2.4.2.12 del presente decreto<sup>46</sup>. (Subrayas fuera de texto) [Artículo 2.5.2.4.2.18. Periodo mínimo de permanencia de los afiliados a las EPS Indígenas- DURSSPS 780-16].*

En relación con garantizar la continuidad en el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas que dejaron de ser Madres Comunitarias, mediante la definición como población especial y su consecuente vinculación al régimen subsidiado de salud se reglamentó:

*"Para efectos de la afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las personas de que trata el artículo anterior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar las identificará mediante listado censal que remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual verificará que son beneficiarias activas de la Subcuenta de Subsistencia.*

<sup>46</sup> Artículo 1 del Decreto 1848 de 2017



La salud  
es de todos

Minsalud

*El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la estructura de datos del listado censal que permita la identificación plena de las personas que dejen de ser madres comunitarias y se encuentren en las condiciones de que trata el presente Capítulo, por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.*

*Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente Capítulo y ello las haga potenciales afiliadas al régimen contributivo, así lo informarán a la EPS respectiva, quien deberá reportar al ICBF lo pertinente para la actualización del listado censal.*

*Parágrafo. Sin perjuicio del derecho a la libre elección y con el propósito de garantizar el derecho a la movilidad de las personas de que trata este Capítulo, las Entidades Administradoras del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, contratadas por el ICBF, en calidad de empleadores, informarán de su retiro a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo a las que se encuentren afiliadas, para que a su vez estas entidades reporten la novedad de movilidad al administrador de la BDUA. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro a la EPS del valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen subsidiado para el afiliado, a partir de la novedad de movilidad, en los términos de la normativa vigente<sup>47</sup>. (Subrayas fuera de texto) [Artículo 2.9.2.2.3 De la continuidad en el aseguramiento en salud - DURSSPS 780-16].*

Respecto de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, para garantizar el aseguramiento, mediante su definición como población especial y prioritaria, consecuente con la afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud se reglamentó:

*"La persona cabeza de familia elegirá la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado dentro de las que se encuentren autorizadas para operar en el municipio de residencia, a la que se afiliará junto con su núcleo familiar.*  
*(Subrayas fuera de texto)*

*Con el fin de facilitar el proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, las entidades territoriales municipales y distritales deberán convocar a todas las EPS-S que se encuentren autorizadas para operar en el correspondiente municipio o distrito, las cuales deberán concurrir en forma obligatoria, para que se adelanten*

<sup>47</sup> Art. 3 del Decreto 2487 de 2014.



La salud  
es de todos

Minsalud

campañas de afiliación y se ejerza el derecho a la libre escogencia en los albergues en los cuales se encuentran dichas personas. Las entidades territoriales deberán supervisar las campañas de afiliación que se lleven a cabo, con el fin de garantizar que no exista selección adversa, ni vulneración a la libre elección de EPS-S<sup>48</sup>. (Subrayas fuera de texto)

*La Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar, para que se garantice el derecho a la libre escogencia, así como el aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, conforme a lo establecido en el presente decreto<sup>49</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.9.2.5.7 Inspección, vigilancia y control].*

Ahora, contemplando que la seguridad social es un derecho constitucional irrenunciable, para aquellas personas que por su condición socio-económica clasifiquen al régimen subsidiado y rehúsan afiliarse, la norma establece:

*"En el evento de que la persona cumpla los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado<sup>50</sup> y rehúse afiliarse, la entidad territorial procederá a inscribirla de oficio en una EPS de las que operan en el municipio dentro de los cinco (5) primeros días del mes y le comunicará dicha inscripción. Sin embargo, la persona podrá en ejercicio del derecho a la libre escogencia trasladarse a la EPS de su elección dentro de los dos (2) meses siguientes, sin sujeción al período mínimo de permanencia"<sup>51</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.5.1. - Parágrafo 3].*

<sup>48</sup> Art. 4 del Decreto 1768 de 2015.

<sup>49</sup> Art. 7 del Decreto 1768 de 2015.

<sup>50</sup> Son afiliados al Régimen Subsidiado las personas que sin tener las calidades para ser afiliados en el Régimen Contributivo o en el Régimen Especial o de Excepción, cumplan las siguientes condiciones: 1. Personas identificadas en los niveles I y II del Sisbén ... 2. Personas identificadas en el nivel III del Sisbén ... 3. Personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, ... 4. Población infantil a cargo del ICBF y aquella perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ... 5. Menores de edad desvinculados del conflicto armado. ... 6. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. ... 7. Comunidades indígenas. ... 8. Población desmovilizada. ... 9. Adultos mayores en centros de protección. ... 10. Población Rom. ... 11. Personas incluidas en el Programa de Protección a Testigos. ... 12. Víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 .... 13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal ... 14. Población migrante colombiana repatriada o que ha retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y su núcleo familiar. ... 15. Población habitante de calle. ... 16. Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpo de bomberos, así como su núcleo familiar, ... 17. Personas con discapacidad en centros de protección. ... [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.5.1.]

<sup>51</sup> Art. 40 del Decreto 2353 de 2015, modificado por el artículo 1 del Decreto 2083 de 2016, por el artículo 1 del Decreto 2228 de 2017 y por el artículo 2 del Decreto 2058 de 2018



La salud  
es de todos

Minsalud

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

*"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>52</sup>. [ARTÍCULO 183. PROHIBICIONES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, Ley 100 de 1993].*

En relación con esta materia, el gobierno reglamentó lo siguiente:

*"Las EPS no podrán negar la inscripción a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación según lo dispuesto en la presente Parte. - Todas las acciones orientadas a negar la inscripción o desviarla a otra Entidad Promotora de Salud, así como promover el traslado de sus afiliados se considerarán como una práctica violatoria al derecho de la libre escogencia"<sup>53</sup>. (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.1.1.6 Prohibición de selección de riesgo por parte de las EPS].*

Independiente de la modificación del artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 al artículo 153 de la Ley 100 de 1993 que eliminó el aparte de las sanciones por atentar contra el mandato de la Libre Escogencia de EPS, se transcribe las normas sustitutivas y complementarias vigentes que contemplan dichas sanciones.

*"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. También le son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el*

<sup>52</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>53</sup> Art. 6 del Decreto 2353 de 2015,



La salud  
es de todos

Minsalud

pago de los aportes. (Subrayas fuera de texto) [ARTICULO 210. SANCIONES PARA EL EMPLEADOR - L100-93].

El empleador, y en general cualquier persona natural o jurídica que impida o atente en cualquier forma contra el derecho del trabajador a su afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral se hará acreedor, en cada caso y por cada afiliado, a una multa impuesta por las autoridades del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social o del Ministerio de Salud en cada caso, que no podrá ser inferior a un salario mínimo mensual vigente ni exceder cincuenta veces dicho salario. El valor de estas multas se destinará al Fondo de Solidaridad Pensional o a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respectivamente. La afiliación respectiva quedará sin efecto y podrá realizarse nuevamente en forma libre y espontánea por parte del trabajador. <La competencia asignada en este artículo al Ministerio de Salud, será ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud. Ver Notas de Vigencia> (Subrayas fuera de texto) [ARTÍCULO 271. SANCIONES PARA EL EMPLEADOR].

La Superintendencia Nacional de Salud revocará la autorización de funcionamiento de las entidades destinatarias de las disposiciones previstas en el presente Capítulo, cuando se verifique la existencia de alguna de las siguientes causales contempladas en la normatividad vigente:

...

i) Vulnerar a los afiliados el derecho a la libre elección de las entidades de salud, en los términos previstos en la ley. (Subrayas fuera de texto) [Artículo 2.5.2.3.5.3. Condiciones para la revocatoria de la autorización de funcionamiento - DURSSPS 780-16].

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.

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]

"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



La salud  
es de todos

Minsalud

*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) [Artículo 108. INDICADORES EN SALUD de la Ley 1438 de 2011]*

La ley que regula el derecho fundamental a la salud conocida como la Ley Estatutaria en Salud<sup>54</sup>, entre los elementos esenciales e interrelacionados, categoriza el fundamento de la "libre escogencia" que trata la Ley de Seguridad Social Integral<sup>55</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]

Otros aspectos normativos relacionados con la Libre Escogencia de EPS indican que:

*"Las confederaciones, las federaciones y las organizaciones sindicales de primer grado, y los empleadores, podrán asesorar a los trabajadores en las decisiones de libre escogencia que correspondan a cada uno de estos, relativas a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral. ... (Subrayas fuera de texto) [L100-93. - ARTICULO 274. ASESORIA Y ELECCION A TRAVES DE LAS ORGANIZACIONES SINDICALES].*

Concordante con lo regulado para las asociaciones de usuarios así:

*"Las Asociaciones de Usuarios tendrán las siguientes funciones:*

*1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la Entidad Promotora de Salud, 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"<sup>56</sup> (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.10.1.1.13. Funciones de las asociaciones de usuarios].*

En relación con la libre y leal competencia dentro del mercado de los servicios de salud, la reglamentación dispone:

*"Las normas contenidas en los artículos siguientes se aplicarán con el objeto de lograr las siguientes finalidades:*

...

<sup>54</sup> LEY 1751 de 2015 - Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>55</sup> Artículo 153 de la ley 100 de 1993.

<sup>56</sup> Art. 14 del Decreto 1757 de 1994.



La salud  
es de todos

Minsalud

*2. Garantizar la efectividad del principio de la libre escogencia de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>57</sup> (Subrayas fuera de texto) [DURSSPS 780-16. - Artículo 2.5.6.2 Finalidades].*

## 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 fungen como aseguradores, Prestadores de Servicios de Salud de diversa naturaleza jurídica y nivel de complejidad, Industria farmacéutica y demás proveedores de insumos 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>58</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 manifestadas 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

---

<sup>57</sup> Art. 2 del Decreto 1663 de 1994.

<sup>58</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.

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).

**Gráfico N° 1**  
**Nube de palabras en torno a la Libre Escogencia de EPS**



Fuente: Elaboración del GESEPP

El documento *“Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”*<sup>59</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>60</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>61</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*

<sup>59</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>60</sup> Op. cit., 3.

<sup>61</sup> Ibídem.



La salud  
es de todos

Minsalud

*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>62</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 conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones”<sup>63</sup>.*

Aseguran los investigadores que, “los retos a los que se enfrenta el desarrollo institucional a la luz del pluralismo estructurado se refieren al fomento de modalidades eficientes y equitativas de transacción entre los agentes públicos y privados”<sup>64</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>65</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>66</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>67</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>68</sup>, contemplando que “las OASS”<sup>69</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”.

---

<sup>62</sup> Op. cit., 6

<sup>63</sup> Op. cit., 7.

<sup>64</sup> Op. cit., 19.

<sup>65</sup> Ibidem.

<sup>66</sup> Op. cit., 20.

<sup>67</sup> Op. cit., 24.

<sup>68</sup> Op. cit., 23

<sup>69</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.



La salud  
es de todos

Minsalud

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>70</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>71</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 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>72</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>73</sup>. (negritas 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*

<sup>70</sup> Op. cit., 8.

<sup>71</sup> Op. cit., 19-20.

<sup>72</sup> Op. cit., 20.

<sup>73</sup> Op. cit., 22.



La salud  
es de todos

Minsalud

*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>74</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>75</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>76</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 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>77</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>78</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.*

---

<sup>74</sup> Op. cit., 22.

<sup>75</sup> Op. cit., 25.

<sup>76</sup> FRIEDMAN, Milton & Rose. (1979). Libre para elegir. Vermont.

<sup>77</sup> Op. cit., 12.

<sup>78</sup> Op. cit., 49.



La salud  
es de todos

Minsalud

*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>79</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>80</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>81</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>82</sup>. (Subraya fuera de texto).

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>83</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>84</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

<sup>79</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>80</sup> Op. cit., 15.

<sup>81</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>82</sup> "Diseño y cálculo ... 37.

<sup>83</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>84</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



La salud  
es de todos

Minsalud

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>85</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 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 2018 de Población Total Nacional y por municipios proyectado a 2019 del DANE<sup>86</sup>, en desarrollo del presente diagnóstico se identificó que la afiliación al régimen contributivo del municipio de Rionegro Antioquia supera en 102.4% la cobertura del total de la población, hallazgo atribuible a la población flotante que desarrolla su actividad económica con vínculo laboral formal y a su vez conforma núcleos de cobertura familiar, no siendo residentes en dicho municipio. (Ver Tabla N° 1).

<sup>85</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.

<sup>86</sup> DEPARTAMENTO Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE.- Serie de proyecciones de población con desagregación nacional, departamental, municipal, y cabecera – resto (centros poblados y rural disperso), actualización de la serie: Última actualización: 24 de enero de 2020.



La salud  
es de todos

Minsalud

**Tabla N° 1**  
**Municipio con cobertura en Régimen Contributivo superior al 100% de su población - 2019**

Departamento	Municipio	Población Total - 2019	AFILIACION RC	AFILIACION RS	TOTAL ASEG	Part % RC	Part % RS	Cobertura TOT
Antioquia	Rionegro	139.553	142.880	22.593	165.473	102,4%	16,2%	118,6%

Veinticuatro municipios cuentan con afiliación al régimen subsidiado que supera el 100% de la población proyectada DANE 2019 en 32.713 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 \$26 mil millones (Ver Tabla N° 2).

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.



La salud  
es de todos

Minsalud

**Tabla N° 2**  
**Municipios con cobertura en Régimen Subsidiado superior al 100% de su población (Ordenada por porcentaje de afiliación)- 2019**

Departamento	Municipio	Población Total - 2019	AFILIACION RS	Part % RS	Diferencia Absoluta
Antioquia	Mutató	14.196	18.867	132,9%	4.671
Norte de Santander	Puerto Santander	8.938	11.314	126,6%	2.376
Nariño	Cumbitara	5.843	7.000	119,8%	1.157
Nariño	Policarpa	9.827	11.536	117,4%	1.709
Huila	Acevedo	25.046	28.607	114,2%	3.561
Caquetá	Curillo	7.683	8.594	111,9%	911
Caquetá	Solita	6.280	6.949	110,7%	669
Cesar	Pueblo Bello	28.298	31.233	110,4%	2.935
Nariño	Potosí	10.197	11.247	110,3%	1.050
Sucre	San Onofre	50.423	54.917	108,9%	4.494
Valle del Cauca	El Dovio	8.711	9.464	108,6%	753
Antioquia	Necoclí	43.257	46.782	108,1%	3.525
Huila	Saladoblanco	10.502	11.314	107,7%	812
Bolívar	Tiquisio	18.584	19.399	104,4%	815
Meta	San Juanito	1.266	1.318	104,1%	52
Atlántico	Campo de La Cruz	23.230	24.167	104,0%	937
Tolima	Planadas	25.785	26.822	104,0%	1.037
Córdoba	Canalete	15.385	15.981	103,9%	596
Chocó	Sipí	3.202	3.258	101,7%	56
Tolima	Rovira	21.556	21.868	101,4%	312
Chocó	Bojayá	12.212	12.340	101,0%	128
La Guajira	Maicao	178.832	178.983	100,1%	151
Cauca	Florencia	5.254	5.256	100,0%	2
Antioquia	Tarazá	27.517	27.521	100,0%	4
<b>TOTAL</b>		<b>523.220</b>	<b>546.020</b>	<b>104,4%</b>	<b>32.713</b>

Fuentes:

1/ Censo 2018 de Población Total Nacional y por municipios proyectado a 2019 del DANE

2/ Afiliados\_EPS\_a Dic2019 - BDUA - Consulta del 3 de febrero de 2020, 4:35: p.m.



## 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 3'230.496 peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de información entre el 2017 y 2019. Las PQRD ascendieron a 1'824.662, de las cuales el 92,4% correspondieron a situaciones presentadas por los usuarios contra las EPS. (Ver Tablas N°3 y 4)

**Tabla N° 3**  
**P.Q.R.D. y Solicitudes de Información radicadas ante la Supersalud**  
**Total Nacional 2017-2019**

Clasificación	2017		2018			2019			TOTAL	
	PQRD	Part%	PQRD	Part%	Var%	PQRD	Part%	Var%	PQRD	Part%
Peticiones, Quejas, Reclamos o Denuncias*	483.431	62,1%	588.244	58,9%	21,7%	752.987	51,8%	28,0%	1.824.662	56,5%
Solicitudes de Información	294.717	37,9%	411.050	41,1%	39,5%	700.067	48,2%	70,3%	1.405.834	43,5%
<b>TOTAL</b>	<b>778.148</b>		<b>999.294</b>			<b>1.453.054</b>			<b>3.230.496</b>	

\*PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS O DENUNCIAS: DE AHORA EN ADELANTE PQRD

TABLA 1. TOTAL NACIONAL POR TIPO DE RADICACIÓN

	FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2017 (ENERO-DICIEMBRE)	FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2018 (ENERO- DICIEMBRE)	FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2019 (ENERO - DICIEMBRE)		
--	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--	--

Fuente: SNS. Base de Datos (Enero-Diciembre 2017 -2019)

Las PQRD presentan un comportamiento creciente en ambos regímenes, manifestándose mayor inconformidad en el régimen subsidiado (Ver Tabla N° 4)

**Tabla N° 4**  
**P.Q.R.D. por Régimen radicadas ante la Supersalud**  
**2017-2019**

Régimen \ Año	2017		2018			2019			Total	
	PQRD	Part%	PQRD	Part%	Var%	PQRD	Part%	Var%	PQRD	Part%
EPS del Régimen Contributivo	325.581	72,2%	380.002	69,9%	16,7%	467.413	67,6%	23,0%	1.172.996	69,6%
EPS del Régimen Subsidiado	125.364	27,8%	163.548	30,1%	30,5%	223.640	32,4%	36,7%	512.552	30,4%
<b>Total SGSSS</b>	<b>450.945</b>		<b>543.550</b>			<b>691.053</b>			<b>1.685.548</b>	
<b>Participación sobre el Total de PQRD</b>	<b>93,3%</b>		<b>92,4%</b>			<b>91,8%</b>			<b>92,4%</b>	

Fuente: SNS. Base de Datos (Enero-Diciembre 2017 -2019)



La salud  
es de todos

Minsalud

El ordenamiento se presenta por las PQRD total de la serie contra EPS. Las dos primeras EPS que acumulan más PQRD en el régimen contributivo están afectadas con medida de vigilancia especial por parte de la SNS y perdido afiliados, pues pasaron de tener conjuntamente el 26,3% en el 2017 al 16.1% de afiliados en 2019. Es de notar que todas las EPS presentan una tasa acumulada de PQRD por cada mil afiliados creciente año a año, excepto Salud Total para el periodo 2018 y Comfenalco Valle para 2019. (Ver Tabla N° 5).

**Tabla N° 5**  
**P.Q.R.D. por EPS del Régimen Contributivo radicadas ante la**  
**Supersalud**  
**Total Nacional 2017-2019**

EPS	TOTAL AÑO 2.017	AFILIADOS DICIEMBRE 2.017	TASA ACUMULADA	TOTAL AÑO 2.018	AFILIADOS DICIEMBRE 2.018	TASA ACUMULADA	TOTAL AÑO 2.019	AFILIADOS DICIEMBRE 2.019	TASA ACUMULADA	TOTAL 2017-2019
MEDIMÁS	37.266	3.490.599	10,7	72.407	2.994.146	24,2	96.310	2.122.727	45,4	205.983
COOMEVA	46.778	2.423.211	19,3	60.824	2.137.889	28,5	70.235	1.730.183	40,6	177.837
NUEVA EPS	46.631	3.497.762	13,3	55.362	3.684.302	15,0	68.721	4.279.013	16,1	170.714
SALUD TOTAL	36.931	2.649.593	13,9	38.489	2.801.557	13,7	46.201	3.292.652	14,0	121.621
FAMISANAR	19.777	2.062.551	9,6	35.328	2.134.662	16,5	43.648	2.373.669	18,4	98.753
SANITAS	18.380	2.242.311	8,2	23.825	2.559.388	9,3	32.392	3.353.647	9,7	74.597
EPS SURA	14.030	2.768.146	5,1	19.159	3.110.483	6,2	30.170	3.718.738	8,1	63.359
COMPENSAR	16.854	1.415.807	11,9	19.605	1.498.350	13,1	24.511	1.708.610	14,3	60.970
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	15.234	913.697	16,7	22.848	918.745	24,9	22.879	835.834	27,4	60.961
CRUZ BLANCA	15.575	496.363	31,4	23.832	412.194	57,8	21.418	-	-	60.825
CAFESALUD	51.815	-								51.815
COMFENALCO VALLE	3.686	241.216	15,3	5.028	234.418	21,4	4.822	241.526	20,0	13.536
SALUDVIDA	1.285	79.113	16,2	1.632	71.590	22,8	3.180	18	-	6.097
ALIANSA SALUD	1.339	211.194	6,3	1.659	219.012	7,6	2.286	238.995	9,6	5.284
COOSALUD	-	-		-	-		381	25.554	14,9	381
FUNDACIÓN SALUD MÍA				4	6.630	0,6	259	29.714	8,7	263
<b>TOTAL</b>	<b>325.581</b>	<b>22.491.563</b>	<b>PROMEDIO 12,7</b>	<b>380.002</b>	<b>22.783.366</b>	<b>PROMEDIO 18,7</b>	<b>467.413</b>	<b>23.950.880</b>	<b>PROMEDIO 19,0</b>	<b>1.172.996</b>

EPS QUE CUENTAN CON MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL POR PARTE DE LA S.N.S.

\*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)

TABLA 8. PQRD POR EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
** NO SE CALCULA TASA PARA CAFESALUD PORQUE A PARTIR DE AGOSTO DE 2017 SUS AFILIADOS SE TRASLADARON A MEDIMÁS.		** NO SE TIENEN EN CUENTA LAS PQRD DE LAS EPS CRUZ BLANCA Y SALUDVIDA, EN EL CÁLCULO DE LA TASA, POR QUE SE
FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2017 (ENERO- DICIEMBRE)	FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2018 (ENERO- DICIEMBRE)	FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2019 (ENERO - DICIEMBRE)

Fuente: SNS. Base de Datos (Enero-Diciembre 2017 -2019)



La salud es de todos

Minsalud

En el régimen subsidiado, tres EPS-S sin medida de vigilancia especial presentan una alta variación incremental en la tasa acumulada de PQRD por mil afiliados durante el periodo 2017-2019 (Pijao Salud, Caja De Compensación Familiar De Nariño y AIC - Asociación Indígena del Cauca). Igualmente, Coosalud sin medida de vigilancia especial presenta incrementos año a año en dicha tasa. Pijao Salud corrige de manera significativa la tasa para el 2019, pasando de 1,2 (2017); 8,4 (2018) a 3,5 (2019). Medimás, que cuenta con medida de vigilancia especial es la EPS-S que presenta los incrementos más altos en los tres años observados. (Ver Tabla N° 6)

**Tabla N° 6**  
**P.Q.R.D. por EPS del Régimen Subsidiado radicadas ante la Supersalud Total Nacional 2017-2019**

EPS	TOTAL AÑO 2.017	A FILIADOS DICIEMBRE 2.017	TASA ACUMULADA	TOTAL AÑO 2.018	A FILIADOS DICIEMBRE 2.018	TASA ACUMULADA	TOTAL AÑO 2.019	A FILIADOS DICIEMBRE 2.019	TASA ACUMULADA	TOTAL 2017-2019
CAPITAL SALUD	14.447	1.160.941	12,4	18.818	1.154.887	16,3	27.031	1.106.306	24,4	60.296
MEDIMÁS	5.231	1.062.298	4,9	14.888	1.052.115	14,2	25.840	989.155	26,1	45.959
SAVIA SALUD EPS	12.467	1.716.249	7,3	15.225	1.700.593	9,0	17.453	1.666.225	10,5	45.145
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA - COMPARTA SALVIDA	9.717	1.756.577	5,5	11.180	1.724.504	6,5	15.239	1.544.007	9,9	36.136
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	9.954	834.890	11,9	11.967	887.517	13,5	11.067	1.137.548	9,7	32.988
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	5.924	1.922.950	3,1	9.711	1.886.618	5,1	15.591	1.881.317	8,3	31.226
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSANAR	6.864	1.922.429	3,6	9.811	1.913.626	5,1	13.390	1.911.258	7,0	30.065
NUEVA EPS	6.919	972.794	7,1	9.497	1.115.416	8,5	13.550	1.934.665	7,0	29.966
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA - COOSALUD	6.360	2.009.854	3,2	8.992	2.076.271	4,3	13.728	2.505.678	5,5	29.080
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD	4.983	1.540.080	3,2	7.444	1.628.602	4,6	7.705	2.068.301	3,7	20.132
CÓNVIDA	4.694	554.959	8,5	5.255	548.249	9,6	8.026	529.397	15,2	17.975
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR	3.538	570.664	6,2	5.499	573.079	9,6	7.968	565.542	14,1	17.005
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO - AMBUO	3.936	850.374	4,6	5.804	806.206	7,2	6.544	778.098	8,4	16.284
ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD DEL NORDE DE SOACHA - ECOOPSOS	2.506	297.536	8,4	5.256	316.232	16,6	4.372	324.127	13,5	12.134
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD - EMDISALUD	2.648	462.780	5,7	3.861	455.410	8,5	5.213	0	0,0	11.722
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	1.775	131.190	13,5	2.736	118.077	23,2	3.956	183.130	21,6	8.467
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CÓRDOBA - COMFACOR	4.450	569.174	7,8	3.446	541.663	6,4				7.896
AIC - ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	452	474.818	1,0	761	479.917	1,6	1.484	529.420	2,8	2.697
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	646	118.877	5,4	787	118.177	6,7	585	114.212	5,1	2.038
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO - COMFACHOCO	511	168.690	3,0	520	174.730	3,0	774	176.896	4,4	1.805
CCF CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	516	185.493	2,8	475	162.263	2,9	806	140.513	5,7	1.797
CAPRESOCA	437	178.520	2,4	629	178.298	3,5	664	172.121	3,8	1.720
MALLAMAS (EPS-I)	333	311.197	1,1	673	310.562	2,2	664	329.363	2,0	1.670
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	439	223.198	2,0	510	226.284	2,3	521	241.770	2,2	1.470
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO	196	184.135	1,1	294	183.218	1,6	805	184.296	4,4	1.295
PUAJOS SALUD (EPS-I)	96	81.606	1,2	716	85.316	8,4	316	90.599	3,5	1.128
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ORIENTE "COMFAORIENTE"	247	116.101	2,1	275	127.325	2,2	467	178.641	2,6	989
DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	229	197.535	1,2	178	217.525	0,8	189	231.859	0,8	596
ANAS WAYUUI (EPS-I)	181	180.786	1,0	147	189.031	0,8	219	202.623	1,1	547
<b>TOTAL</b>	<b>118.068</b>	<b>21.937.793</b>	<b>PROMEDIO 4,8</b>	<b>183.648</b>	<b>22.084.974</b>	<b>PROMEDIO 7,9</b>	<b>223.840</b>	<b>21.717.898</b>	<b>PROMEDIO 8,3</b>	<b>505.256</b>

EPS QUE CUENTAN CON MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL POR PARTE DE LA S.N.S.

\*TASA ACUMULADA: NUMERO DE PQRD RECIDIVAS EN EL PERIODO POR CADA 1.000 AFILIADOS (TOTAL PQRD EN EL PERIODO) NUMERO DE AFILIADOS POR 1.000

\*\* NO SE CALCULA TASA PARA COF BOYACA COMFASOY, MANOXA Y COF NORTE DE SANTANDER. "TAMBSALUD COMFAORIENTE" TIENEN MEDIDA ESPECIAL EN LIQUIDACION

\*\*\* NO SE CALCULA TASA PARA CAFESALUD PORQUE A PARTIR DE AGOSTO DE 2017 SUS AFILIADOS SE TRASLADARON A MEDIMÁS

\*\*\* NO SE TIENE EN CUENTA LAS PQRD DE COF CÓRDOBA "COMFACOR", COF BOYACA COMFASOY, MANOXA Y COF NORTE DE SANTANDER POR QUE TIENEN MEDIDA ESPECIAL

\*\*\* NO SE TIENE EN CUENTA LAS PQRD DE EMDISALUD REDE SALVIDA PARA CALCULAR LA TASA, POR QUE SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE LIQUIDACION

Tabla 9. PQRD por EPS Régimen Subsidiado

FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2017 (ENERO - DICIEMBRE)

FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2018 (ENERO - DICIEMBRE)

FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2019 (ENERO - DICIEMBRE)

Fuente: SNS. Base de Datos (Enero-Diciembre 2017 -2019)



La salud  
es de todos

Minsalud

De las 27 EPS-S que continúan operando el régimen subsidiado, 6 redujeron su tasa de PQRD entre el 2018 al 2019 no significativamente y 2 lo hacen significativamente (Pijao Salud y Cajacopi-Atlántico). En síntesis, 19 EPS-S presentaron incremento sostenido en la tasa de PQRD por cada mil afiliados de año a año.

Las PQRD están clasificadas en 286 motivos específicos, donde en el agregado 2017-2019, los primeros seis motivos acumulan el 42,6%. Se detalla los tres primeros motivos así: i) Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, que en cada año ocupa el primer lugar, presentando un crecimiento constante. ii) Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No-POS, el cual, a pesar de la implementación de MIPRES que entró regir a partir del 1 de enero de 2020 mediante la Resolución 3512 de 2019 para cubrir las tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC, presenta igualmente un crecimiento constante que lo ubica en el segundo lugar en 2019, después haber ostentado el tercero en los dos años anteriores. iii) La tercera posición es ocupada por "Restricción en la libre escogencia de EPS", motivo central del presente estudio, pasando de la segunda posición en los años 2017 y 2018 a la quinta en el 2019, atribuido en parte a la implementación y apropiación de Sistema de Afiliación Transaccional. (Ver Tabla N°7)

**Tabla N° 7**  
**Seis primeros motivos de P.Q.R.D. formuladas por los usuarios del SGSSS contra las EPS ante de la Supersalud - Total Nacional 2017-2019.**

Posición	MOTIVOS \ AÑO	2017			2018			2019			2017-2019	
		PQRD	Posición	% Participación	PQRD	Posición	% Participación	PQRD	Posición	% PARTICIPACIÓN	PQRD	% PARTICIPACIÓN
1	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	77.029	1	15,9%	119.145	1	20,3%	163.037	1	21,7%	359.211	19,7%
2	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS	25.322	3	5,2%	34.705	3	5,9%	48.634	2	6,5%	108.661	6,0%
3	RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOGENCIA DE EPS	32.017	2	6,6%	35.157	2	6,0%	26.927	5	3,6%	94.101	5,2%
4	FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	21.364	4	4,4%	31.043	4	5,3%	28.531	4	3,8%	80.938	4,4%
5	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	15.988	6	3,3%	24.871	5	4,2%	35.204	3	4,7%	76.063	4,2%
6	DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO O DIAGNÓSTICOS	16.132	5	3,3%	19.316	7	3,3%	23.104	7	3,1%	58.552	3,2%
	<b>TOTAL</b>	<b>483.431</b>		<b>100,0%</b>	<b>588.244</b>		<b>100,0%</b>	<b>752.987</b>		<b>100,0%</b>	<b>1.824.662</b>	
FUENTE: TABLA 7. PQRD POR MOTIVOS ESPECÍFICOS 2017-2019		FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2017 (ENERO-DICIEMBRE)			FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2018 (ENERO-DICIEMBRE)			FUENTE: BASE DE DATOS SNS AÑO 2019 (ENERO-DICIEMBRE)				

Fuente: SNS. Base de Datos (Enero-Diciembre 2017 -2019)



La salud  
es de todos

Minsalud

Los siguientes motivos corresponden a falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel, en la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos POS y en la en la demora autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos. Por fuera de la tabla le sigue la demora en la referencia o contrarreferencia, la falta de oportunidad en la programación de cirugía, además de 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.

## 6.2. Cobertura del aseguramiento en salud

Teniendo en cuenta las proyecciones de población 2019 realizadas por el DANE, con base en los datos del Censo de Población 2018<sup>87</sup>, Colombia cuenta con una población total nacional de 49,4 millones de habitantes. La cobertura del aseguramiento en salud conformada mediante los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS asciende al 92,6% de la población total nacional, de los cuales 22,9 millones de afiliados pertenecen al régimen contributivo y 22,8 millones al régimen subsidiado. (Ver Tabla N°8).

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>88</sup>.

<sup>87</sup> Censo 2018 de Población Total Nacional y por municipios proyectado a 2019 del DANE - DEPARTAMENTO Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE.- Serie de proyecciones de población con desagregación nacional, departamental, municipal, y cabecera – resto (centros poblados y rural disperso), actualización de la serie: Última actualización: 24 de enero de 2020.

<sup>88</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



La salud  
es de todos

Minsalud

**Tabla N° 8**  
**Cobertura del Aseguramiento en Salud – SGSSS 2019**

COBERTURA	POBLACION	Part % SGSSS	Part % Total Nacional
Poblacion Total Nacional <sup>1</sup>	49.395.678		
Afiliados al SGSSS <sup>2</sup>	45.718.609	100,0%	92,6%
Afiliados al RC	22.909.679	50,1%	46,4%
Afiliados al RS	22.808.930	49,9%	46,2%
Regimenes de Excepción	2.127.827		4,3%

Fuentes: 1/ Censo 2018 de Población Total Nacional y por municipios proyectado a 2019 del DANE  
2/ Afiliados\_EPS\_a Dic 2019 - BDUA - Consulta del 3 de febrero de 2020, 4:35: p.m.

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>89</sup>.

Con corte a diciembre 31 de 2019<sup>90</sup>, la SNS registra un total de 37 EPS con 57'407.155 cupos de afiliación aprobados así: 29'127.715 para 14 EPS que operan el régimen contributivo y 28'279.440 para 27 EPS que operan el régimen subsidiado de salud. Es de contemplar que cuatro EPS operan conjuntamente los regímenes contributivo y subsidiado [Medimas EPS, Nueva EPS S.A., Coosalud y Mutual Ser]. Ante la salida de varias EPS del SGSSS y la limitación de afiliación en ambos regímenes, la SNS autorizó la ampliación de capacidad de afiliación y autorización de operación en el régimen contributivo a Coosalud y a Mutual Ser<sup>91</sup>. [Ver Tabla N° 9]

<sup>89</sup> Artículo 180, L-100-93 - Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud, numerales 3 y 5

<sup>90</sup> Base de Datos con corte a Diciembre 31 de 2019, remitida por la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud a la DROARLP. Febrero 2020.

<sup>91</sup> Bitácora de Ajustes de la Base de Datos con corte a Diciembre 31 de 2019 con origen en la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud SNS, remitida por la DROARLP el 24 de febrero de 2020.



La salud  
es de todos

Minsalud

**Tabla N° 9**  
**EPS autorizadas para operar el Sistema General de Seguridad Social en Salud**  
**Cupos autorizados y afiliación 2019 por Régimen y EPS, y referencia de afectación por medidas de vigilancia especial**

	Código EPS	EPS	Cupos Autorizados	Afiliados	% Cupos Utilizados	Part %	Part % Acum	
Régimen Contributivo - RC	EPS010	EPS   SURA.	4.552.000	3.548.135	77,9%	15,5%	15,5%	
	EPS005	SANITAS S.A. E.P.S.	2.800.000	3.211.202	114,7%	14,0%	29,5%	
	EPS002	SALUD TOTAL S.A. EPS	5.402.900	3.005.332	55,6%	13,1%	42,6%	
	EPS017	FAMISANAR	3.783.817	2.130.464	56,3%	9,3%	51,9%	
	EPS008	COMPENSAR E.P.S.	2.641.100	1.664.088	63,0%	7,3%	59,2%	
	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	240.000	237.608	99,0%	1,0%	60,2%	
	EPS012	E.P.S. COMFENALCO VALLE	271.500	229.194	84,4%	1,0%	61,2%	
	EPS046	FUNDACION SALUD MIA EPS	35.000	24.694	70,6%	0,1%	61,3%	
	EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	2.406.767	1.524.040	63,3%	6,7%	68,0%	
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	931.236	744.614	80,0%	3,3%	71,2%		
Ambos Regímenes	EPS044	MEDIMAS	2.032.229	1.726.333	84,9%	7,5%	78,8%	
	EPS037	NUEVA EPS S.A.	3.820.745	3.783.252	99,0%	16,5%	95,3%	
	EPS042	COOSALUD	51.610	25.540	49,5%	0,1%	95,4%	
	EPS048	MUTUAL SER	158.811	2.952	1,9%	0,0%	95,4%	
		Afiliados en MOVILIDAD y EAS (Saludvida 2 Afiliado)		1.052.231		4,6%	100,0%	
		Sin Limitacion de Afiliación	23.757.483	17.862.461	75,2%	78,0%	78,0%	
		Con Limitacion de Afiliación	5.370.232	3.994.987	74,4%	17,4%	95,4%	
		Afiliados en MOVILIDAD y EAS (Saludvida 2 Afiliado)		1.052.231	n.a.	4,6%	100,0%	
		<b>TOTAL R-C.</b>	<b>29.127.715</b>	<b>22.909.679</b>	<b>78,7%</b>	<b>100,0%</b>		
	RS	EPSS41	NUEVA EPS	1.828.700	1.893.130	103,5%	8,3%	8,3%
ESS024		COOSALUD	4.276.790	2.377.827	55,6%	10,4%	18,7%	
ESS207		MUTUALSER	3.643.179	1.918.135	52,7%	8,4%	27,1%	
EPSS45		MEDIMAS	1.288.535	1.385.549	107,5%	6,1%	33,2%	
		<b>TOTAL R-S.</b>	<b>10.037.194</b>	<b>7.574.671</b>	<b>75,5%</b>	<b>100,0%</b>		
Régimen Subsidiado - RS	CCF055	CAJACOPI	626.500	1.077.396	172,0%	4,7%	37,9%	
	CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA	300.500	232.469	77,4%	1,0%	39,0%	
	CCF027	COMFAMILIAR NARIÑO	209.000	174.852	83,7%	0,8%	39,7%	
	CCF050	COMFAORIENTE	113.430	173.262	152,7%	0,8%	40,5%	
	ESS062	ASMET SALUD	2.742.340	1.818.851	66,3%	8,0%	48,5%	
	ESS118	EMSSANAR	1.672.015	1.794.343	107,3%	7,9%	56,3%	
	EPSS40	SAVIA	1.757.000	1.538.998	87,6%	6,7%	63,1%	
	ESS133	COMPARTA	1.833.654	1.479.690	80,7%	6,5%	69,6%	
	EPSS34	CAPITAL SALUD	1.082.728	1.044.880	96,5%	4,6%	74,1%	
	ESS076	AMBUQ	883.000	756.378	85,7%	3,3%	77,5%	
	CCF024	COMFAMILIAR HUILA	520.426	542.487	104,2%	2,4%	79,8%	
	EPS022	CONVIDA	530.163	494.365	93,2%	2,2%	82,0%	
	ESS091	ECOOPSOS	1.347.290	313.526	23,3%	1,4%	83,4%	
	CCF102	COMFACHOCO	160.000	172.099	107,6%	0,8%	84,1%	
	CCF053	COMFACUNDI	424.000	165.804	39,1%	0,7%	84,9%	
	EPS025	CAPRESOCA	242.611	160.546	66,2%	0,7%	85,6%	
	CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA	688.000	140.513	20,4%	0,6%	86,2%	
	CCF033	COMFAMILIAR SUCRE	160.000	109.312	68,3%	0,5%	86,7%	
	EPS-I	EPSI03	AIC EPSI	600.463	514.889	85,7%	2,3%	88,9%
		EPSI05	MALLAMAS	751.550	315.913	42,0%	1,4%	90,3%
		EPSI04	ANASWAYUU	131.706	196.521	149,2%	0,9%	91,2%
		EPSI06	PIJAO SALUD	112.160	87.723	78,2%	0,4%	91,5%
		EPSI01	DUSAKAWI	353.700	228.820	64,7%	1,0%	92,5%
			Afiliados en MOVILIDAD y (Saludvida 3 Afiliados)		1.700.652		7,5%	100,0%
			Sin Limitacion de Afiliación	12.593.978	8.962.117	71,2%	39,3%	39,3%
			Con Limitacion de Afiliación	15.685.462	12.146.161	77,4%	53,3%	92,5%
			Afiliados en MOVILIDAD y (Saludvida 3 Afiliados)		1.700.652	n.a.	7,5%	100,0%
			<b>TOTAL R-S.</b>	<b>28.279.440</b>	<b>22.808.930</b>	<b>80,7%</b>	<b>100,0%</b>	
	<b>TOTAL SGSSS</b>			<b>57.407.155</b>	<b>45.718.609</b>			

EPS con limitación de afiliación por medida especial de vigilancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Fuentes: Base capacidad autorizada RC RS a 31 de Diciembre de 2019. Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional – Superintendencia Nacional de Salud - DROARLP y Consulta BDUAFiliaciónDic2019 - Construcción propia



La salud  
es de todos

Minsalud

Igualmente por mandato de la Ley 1438 de 2011 y previa reglamentación, todas las EPS tienen autorización 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 Artículo 2.1.1.3 Decreto 780 de 2016 Actualizado a 31 de Enero de 2020 que compiló el Artículo 3 del Decreto 2353 de 2015].

De las 37 EPS autorizadas para operar el SGSSS, 14 operan el régimen contributivo y 27 el régimen subsidiado, de las cuales 4 están autorizadas para operar ambos regímenes conjuntamente. A la fecha, la SNS mantiene medida de vigilancia especial sobre 18 EPS, de las cuales 2 operan el RC, 15 el RS y 1 ambos regímenes, condición que les impide nuevas afiliaciones o traslados a favor de ellas.

Las tres EPS del régimen contributivo con medida de vigilancia especial cuentan con 3'994.987 de afiliados que corresponde al 17,4% de afiliados de dicho régimen, en tanto que las dieciséis EPS del régimen subsidiado cuentan con 12'146.161 que representan el 53,3%, 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.

Sánitas S.A. es la única EPS del régimen contributivo que supera su capacidad de autorización de afiliación en 114,7% y la Nueva EPS se haya al 99,0%. En tanto que ocho EPS-S del régimen subsidiado han superado su capacidad de autorización de afiliación; cuatro sin medida especial de vigilancia superan en 144,4% en promedio (Nueva EPS 103,5%, Cajacopi 172,0%, Comfanorte 152,7% y Anaswayuú 149,2%) y las otras cuatro con medida de vigilancia especial la han superado en menor proporción, 106,7% en promedio (Medimás 107,5%, Emssanar 107,3%, Caomfamiliar Huila 104,2% y Comfachocó 107,6%).

Las tablas de la siguiente sección presentan los cupos autorizados por la SNS a las EPS por régimen y afiliados, agrupando el número de municipios según oferta de EPS. La primera columna registra la categorización realizada por el número de EPS que cuentan con cupos autorizados de afiliación por municipio así: Cero (0) para municipios que no cuentan con oferta de EPS por régimen; uno (1), para municipios que cuentan con una única EPS de oferta por régimen; dos (2) para municipios donde operan máximo dos EPS que ofertan el mismo régimen y tres y más (3 y Más) para municipios que cuentan con una oferta plural de más de tres EPS por régimen. La segunda columna registra el número de municipios dada la categorización referida, con su respectiva participación respecto del total nacional de municipios (1.122), la cuarta columna registra la población total de



La salud  
es de todos

Minsalud

los municipios agrupados con su respectiva participación respecto de la población total nacional; la sexta columna registra el número de cupos autorizados y la octava el número de afiliados. Lo anterior, con el fin de determinar la oferta de cupos de afiliación en un número determinado de municipios por categoría de EPS y régimen; observando el margen que tienen los afiliados para ejercer la Libre Escogencia de EPS.

### 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 de afiliación y cupos por EPS categorizadas, sin descontar los cupos autorizados con ocasión de las medidas de vigilancia especial por parte de la SNS. En consideración que pluralidad se estima a partir de dos o más oferentes del aseguramiento a nivel local, en esta sección se observa la oferta de 2 o más EPS en 637 municipios (56,8% del total nacional) donde reside el 89,2% de los habitantes del país, contando con el 90,6% de cupos totales de afiliación<sup>92</sup> y 98,8% de la afiliación total nacional a este régimen.

**Tabla N° 10**  
**Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Contributivo por Oferta EPS en Municipios – 2019**

Número de EPS RC	Número de Municipios	Part%	Población	Part %	Cupos Autorizados	Part %	Afiliados	Part %
0	5	0,4%	7.456	0,02%	-	0,0%	-	0,0%
1	480	42,8%	5.311.445	10,8%	166.920	0,6%	276.163	1,2%
2	360	32,1%	7.396.575	15,0%	1.023.708	3,5%	1.031.237	4,5%
3 y Más	277	24,7%	36.680.202	74,3%	25.352.798	87,0%	21.601.884	94,3%
Asignación Global por Departamento					2.584.289	8,9%	395	0,0%
<b>Total</b>	<b>1.122</b>	<b>100,0%</b>	<b>49.395.678</b>	<b>100,0%</b>	<b>29.127.715</b>	<b>100,0%</b>	<b>22.909.679</b>	<b>100,0%</b>
<b>Limitación a la Afiliación por Medida de Vigilancia Especial de la SNS</b>								
Número de EPS RC	Número de Municipios	Part%	Población	Part %	Cupos Autorizados	Part %	Afiliados	Part %
0	5	0,4%	7.456	0,02%	-	0,0%	-	0,0%
1	793	70,7%	11.954.349	24,2%	508.358	2,1%	1.245.507	5,4%
2	192	17,1%	5.880.747	11,9%	1.156.881	4,9%	1.391.319	6,1%
3 y Más	132	11,8%	31.553.126	63,9%	21.813.944	91,8%	20.272.458	88,5%
Asignación Global por Departamento					278.300	1,2%	395	0,0%
<b>Total</b>	<b>1.122</b>	<b>100,0%</b>	<b>49.395.678</b>	<b>100,0%</b>	<b>23.757.483</b>	<b>98,8%</b>	<b>22.909.679</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración GESEPP

<sup>92</sup> Con la asignación Global por departamento de 2.6 millones (8,9%), los cupos ascienden al 99,4%, pero no se identifica el impacto sobre la oferta por municipios.



La salud  
es de todos

Minsalud

La tabla detalla que en 480 municipios (42,8% del total nacional) se cuenta con la oferta de una sola EPS que cubre el 1,2% de afiliados a este régimen, sobre el 0,6% de cupos ofertados. Esta afiliación corresponde a la Nueva EPS en 473 municipios y Coosalud en 7 municipios de Guainía (Barranco Minas, Mapiripana, San Felipe, Puerto Colombia, La Guadalupe, Cacahual Y Morichal).

Con oferta de dos EPS por municipio, se cuenta con la presencia de la Nueva EPS en 358 municipios alternando con Medimás en 263, Famisanar en 26 municipios de Cundinamarca, Salud Total en 18, Mutua Ser con 15 municipios de los departamentos de Bolívar, Córdoba y Sucre, Coomeva en 14 municipios de diversos departamentos, SOS EPS en 12 municipios del Cauca, Sánitas 7 municipios de la Guajira más San Andrés Islas y Leticia, Compensar en 2, Balboa Cauca y Fúquene Cundinamarca; y Sura en Tubará Atlántico. Coosalud alterna con Medimás en Inírida y Pana Pana en Guainía.

En 277 municipios se cuenta con oferta de más de tres y más EPS. En estos reside el 74,3% de la población en Colombia, con una cobertura de afiliación del 94,3% en este régimen. Los 7.456 afiliados donde no se registra oferta de EPS residen en La Victoria y Puerto Alegría en Amazonas y en Pacoa, Papunahua y Yavaté en Vaupes, municipios con autorización global por departamento a la Nueva EPS.

Eliminando 5'370.232 de cupos autorizados de afiliación de las EPS con medida de vigilancia especial 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 324 municipios (313 menos respecto del análisis anterior), operan dos o más EPS del régimen contributivo sin limitación a la afiliación o traslados a favor, al hallarse libres de medidas especiales por parte de la SNS. En estos municipios reside el 94,6% de los afiliados a este régimen y se cuenta con el 96,7% de los cupos autorizados. (Ver la segunda sección de la Tabla N°10)

El 17,4% que se encuentran afiliados a las 3 EPS del RC con medida especial por parte de la SNS que están en riesgo que su EPS se liquide, hacen parte del 94,6% de afiliados que pueden ejercer la Libre Escogencia de EPS trasladándose a las restantes 11 EPS autorizadas, observando que se conserva un número plural de EPS en su municipio de afiliación.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 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 de afiliación y cupos por EPS categorizadas, sin descontar los cupos autorizados con ocasión de las medidas de vigilancia especial por parte de la SNS. Igualmente, para este régimen se considera que pluralidad de oferta en el aseguramiento en salud es a partir de dos o más EPS-S a nivel local. En esta sección se observa la oferta de 2 o más EPS en 1075 municipios (95,8% del total nacional) donde reside el 98,1% de los habitantes del país, contando con el 66,9% de cupos totales de afiliación y 97,2% de la afiliación total nacional a este régimen. Es de considerar que el 31,0% de los cupos autorizados están asignados de manera global por departamento.

Eliminando los 15'685.462 cupos autorizados de afiliación de las EPS-S con medida especial de vigilancia por parte de la SNS, se recompone la oferta real de EPS-S por municipio, que se registra en la sección inferior de la Tabla N° 11, donde se registra que en 575 municipios (500 menos respecto del análisis anterior), operan dos o más EPS-S del régimen subsidiados sin limitación a la afiliación o traslados a favor, por medidas especiales por parte de la SNS. Estos municipios cuentan con el 71,8% de los afiliados a este régimen y con el 81,6% de cupos autorizados. (Ver la segunda sección de la Tabla N°11)

**Tabla N° 11**  
**Cobertura de Afiliación y Cupos Autorizados - Régimen Subsidiado por Oferta EPS-S en Municipios -2019**

Número de EPS RS	Número de Municipios	Part%	Población	Part %	Cupos Autorizados	Part %	Afiliados	Part %
0	2	0,2%	26.329	0,05%	-	0,0%	14.663	0,1%
1	45	4,0%	889.299	1,8%	569.049	2,0%	588.608	2,6%
2	177	15,8%	4.992.423	10,1%	1.436.854	5,1%	2.074.802	9,1%
3 y Más	898	80,0%	43.487.627	88,0%	17.494.766	61,9%	20.096.754	88,1%
Asignación Global por Departamento					8.778.771	31,0%	34.103	0,1%
<b>Total</b>	<b>1.122</b>	<b>100,0%</b>	<b>49.395.678</b>	<b>100,0%</b>	<b>28.279.440</b>	<b>100,0%</b>	<b>22.808.930</b>	<b>100,0%</b>
<b>Limitación a la Afiliación por Medida de Vigilancia Especial de la SNS</b>								
Número de EPS RC	Número de Municipios	Part%	Población	Part %	Cupos Autorizados	Part %	Afiliados	Part %
0	147	13,1%	4.086.028	8,27%	-	0,0%	1.777.895	7,8%
1	400	35,7%	10.931.248	22,1%	1.154.749	9,2%	4.610.632	20,2%
2	321	28,6%	20.127.806	40,7%	3.093.542	24,6%	7.445.985	32,6%
3 y Más	254	22,6%	14.250.596	28,8%	7.189.334	57,1%	8.940.315	39,2%
Asignación Global por Departamento					1.156.353	9,2%	34.103	0,1%
<b>Total</b>	<b>1.122</b>	<b>100,0%</b>	<b>49.395.678</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.593.978</b>	<b>90,8%</b>	<b>22.808.930</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración GESEPP



La salud  
es de todos

Minsalud

El 53,3% que se encuentran afiliados a las 16 EPS-S del RS con medida especial por parte de la SNS que están en riesgo que su EPS se liquide, hacen parte del 71,8% 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>93</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>93</sup> SUPERINTENDENCIA Nacional de Salud. (2019). <https://www.supersalud.gov.co/es-co/noticias>. ... consultada en julio 11 de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

**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



La salud  
es de todos

Minsalud

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.



**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>										
<b>Pregunta &gt;</b>		¿Escogió libremente su EPS actual? Calificación.								
<b>Total Afiliados</b>	N.A.	Si. 76.34	Si. 69.9%							
<b>R. Contributivo</b>	N.A.	Si. 79.81	Si. 77.3%							
<b>R Subsidiado</b>	N.A.	Si. 66.97	Si. 64.3%							
		Ha pensado cambiar de EPS?								
<b>Total Afiliados</b>	N.A.	No. 79.5%	No. 80.54%							
<b>R. Contributivo</b>	N.A.	No. 77.01%	No. 79.11%							
<b>R Subsidiado</b>	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
<b>Pregunta &gt;</b>						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?		
<b>Total Afiliados</b>				N.D.	N.D.	Si 74%	Si 78%	Si 85%	Si 82%	Si 63.2%
<b>R. Contributivo</b>				N.D.	N.D.	Si 76%	Si 79%	Si. 63.2%	Si. 64%	Si. 58.4%
<b>R. Subsidiado</b>				N.D.	N.D.	Si 72%	Si 76%	N.D.	N.D.	N.D.
<b>EPS-Indígenas</b>				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



La salud  
es de todos

Minsalud

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>94</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 irrespete 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”*.

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>95</sup>: Médico General<sup>96</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>97</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>98</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.

<sup>94</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.

<sup>95</sup> Op. cit., 47.

<sup>96</sup> Op. cit., 51.

<sup>97</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>98</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2013.pdf>



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

<b>Temas de Encuesta 2013</b>	<b>Régimen Contributivo</b>	<b>Régimen Subsidiado</b>	<b>Total</b>
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: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS -2013. MSPS- Oficina de Calidad. Mayo 2014.  
Elaboración del GESEPP.

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>99</sup> indaga: "En el momento de afiliarse a la Seguridad Social, ¿Usted escogió libremente su EPS?", los resultados se muestran en la Tabla N° 6. La evaluación 2015<sup>100</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. 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>101</sup>. Es así como se formula un nuevo ranking que contempla las dimensiones y atributos de la percepción de calidad de EPS: Acceso,

<sup>99</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>100</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.

<sup>101</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.



La salud  
es de todos

Minsalud

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>102</sup>

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>103</sup>, no indagó sobre la Libre Escogencia de EPS a los afiliados al régimen subsidiado<sup>104</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>105</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>106</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 la voluntad se deben ofrecer opciones plurales en la utilización de instituciones prestadoras de salud”*, 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>107</sup> limitando el análisis en el nivel asistencial.

<sup>102</sup> Op. cit., 2.

<sup>103</sup> Formulario en físico aportado por la Oficina de Calidad del MSPS.

<sup>104</sup> TABLAS EPS MINSALUD FEBRERO 11 DE 2019 – Aportadas por la Oficina de Calidad del MSPS.

<sup>105</sup> MINISTERIO de Protección Social. (2018). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS – 2018. Informe de resultados. Filmina 13.

<sup>106</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.

<sup>107</sup> Op. cit., 11.



La salud  
es de todos

Minsalud

En las versiones 2005<sup>108</sup> y 2009<sup>109</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>110-111</sup>. A juicio de los investigadores, en relación con la selección de EPS o ARS<sup>112</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>113</sup>, este guarismo corresponde a un nivel medio de aceptabilidad<sup>114</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° 13.

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>115</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, 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>116</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

<sup>108</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>109</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>110</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2005)... 61.

<sup>111</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2010)... 46.

<sup>112</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>113</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2005)... 50.

<sup>114</sup> DEFENSORÍA del Pueblo. (2005)... 61.

<sup>115</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.

<sup>116</sup> Ibidem.



La salud  
es de todos

Minsalud

mediante una valoración integral del grado en el que el sistema de salud va evolucionando en el mejoramiento continuo de la calidad.<sup>117</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>118</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>119</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>120 - 121</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>122</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>123 - 124</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 la calidad en salud para el país”*<sup>125</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

<sup>117</sup> Op. cit., 17.

<sup>118</sup> Op. cit., 285.

<sup>119</sup> Op. cit., 311 §.

<sup>120</sup> Op. cit., 317.

<sup>121</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). ... 185

<sup>122</sup> Op. cit., 42

<sup>123</sup> MINISTERIO de la Protección Social. (2009). ... 317.

<sup>124</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). ... 185

<sup>125</sup> Op. cit., 27.



surtirse 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 la liquidación de una EPS.

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>126</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>127</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>128</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>129</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>130</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.

A manera de sustentación, se ha considerado algunos gráficos de los resultados de la encuesta 2018 del MSPS<sup>131</sup>, donde se establecen grados de insatisfacción con los servicios prestados a los usuarios por parte de las EPS. El 23% de los

<sup>126</sup> MINISTERIO de la Protección Social – Oficina de Calidad. (2017). Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "Incas Colombia 2017. 27.

<sup>127</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>128</sup> Op. cit., 11.

<sup>129</sup> Op. cit., 53.

<sup>130</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.

<sup>131</sup> MINISTERIO de Protección Social. (2018). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS – 2018. Informe de resultados.



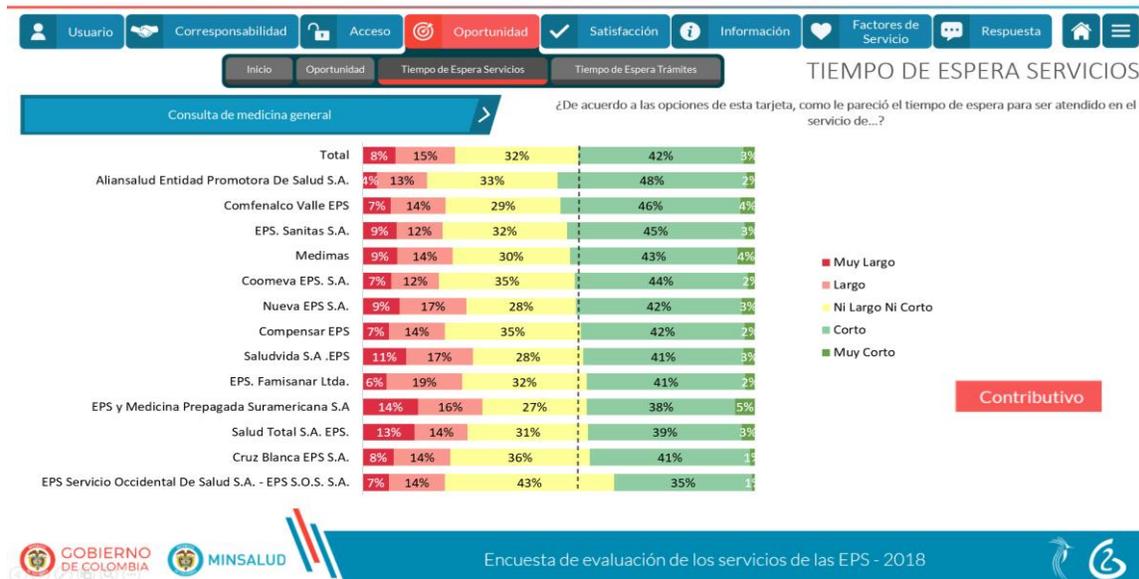
usuarios encuestados considera que los tiempos de espera para consulta general son largos y muy largos, sin diferencia significativa por régimen. (Ver Gráfico N° 2).

**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

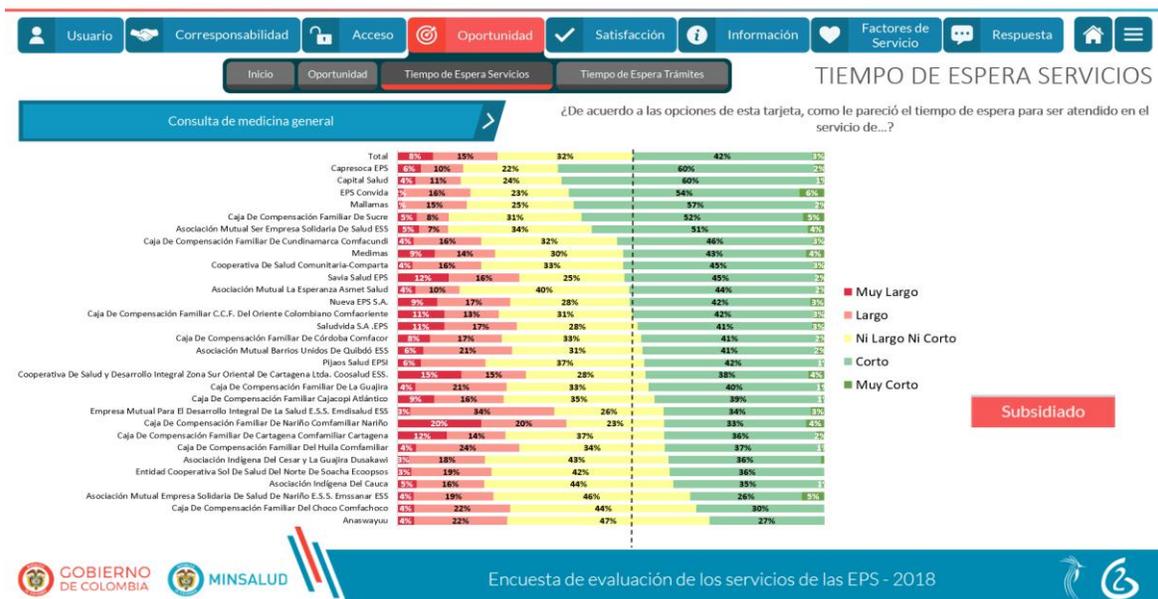


La salud es de todos

Minsalud

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).

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



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

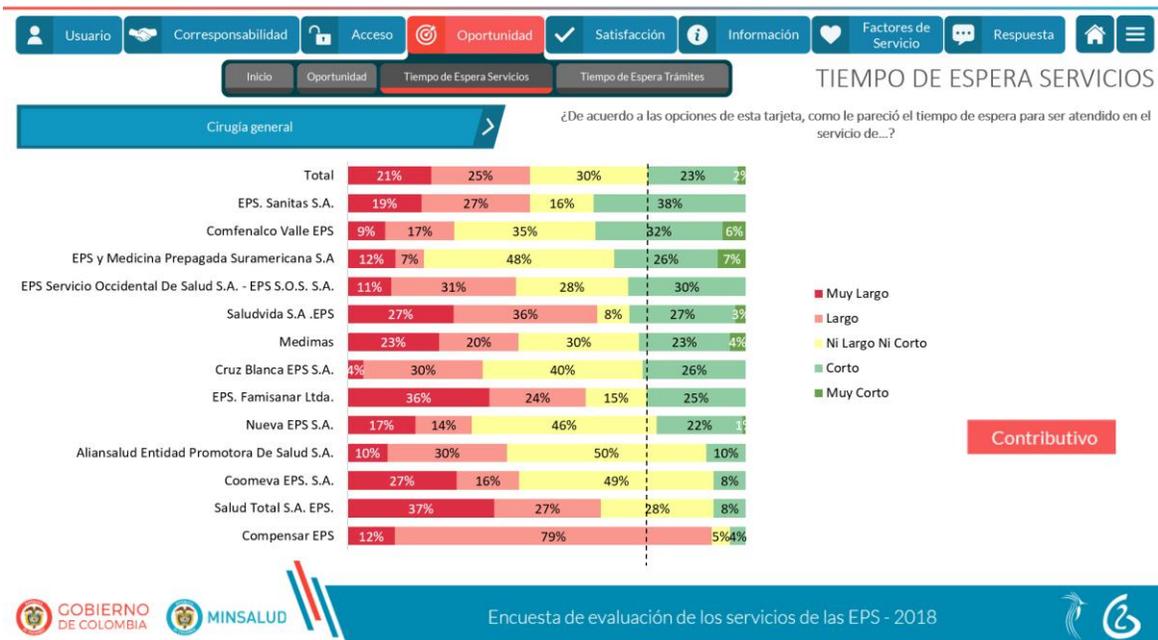
El 46% de los usuarios encuestados considera que los tiempos de espera para cirugía general son largos y muy largos, igualmente sin diferencia significativa por régimen. (Ver Gráfico N° 5); no obstante, el 79% de los encuestados de Compensar EPS, entidad que opera el régimen contributivo y se haya libre de medida de vigilancia especial por parte de la SNS, consideraron que el tiempo de espera para cirugía general es largo y el 12% muy largo, para un 91% de insatisfacción, superando ampliamente la media en esta medición. A juicio de los encuestados, Sura es la EPS que presenta el mejor desempeño. (Ver Gráfico N° 6). En el régimen subsidiado, la Asociación Indígena del Cauca y Comfacundi presentan alta insatisfacción, pues más del 90% de encuestados consideraron que el tiempo de espera para cirugía general es largo y muy largo (Ver Gráfico N° 7).

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



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**



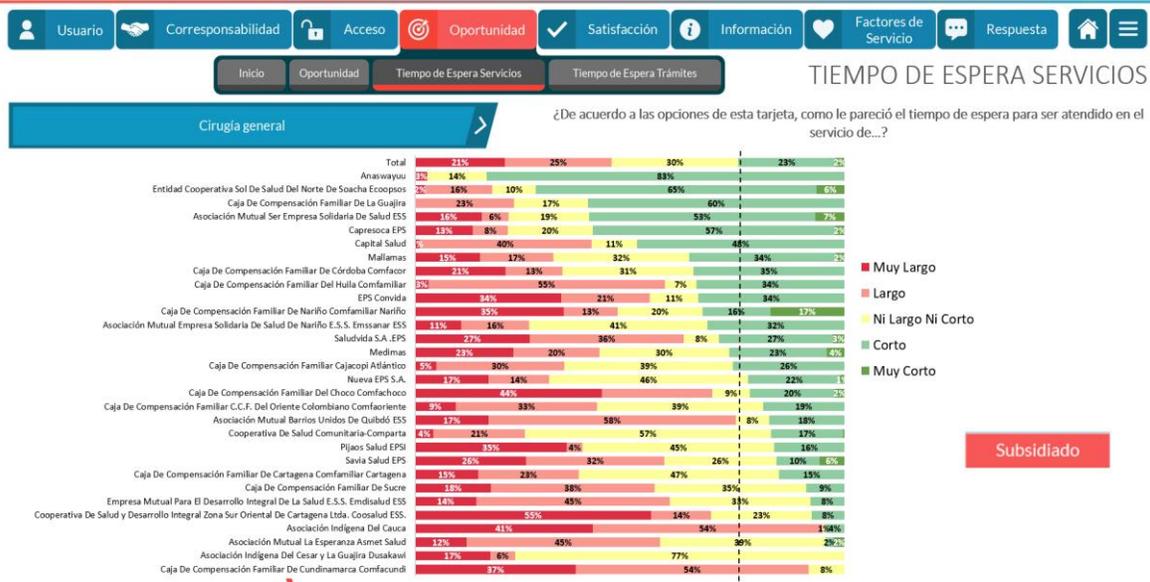
Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 805



La salud es de todos

Minsalud

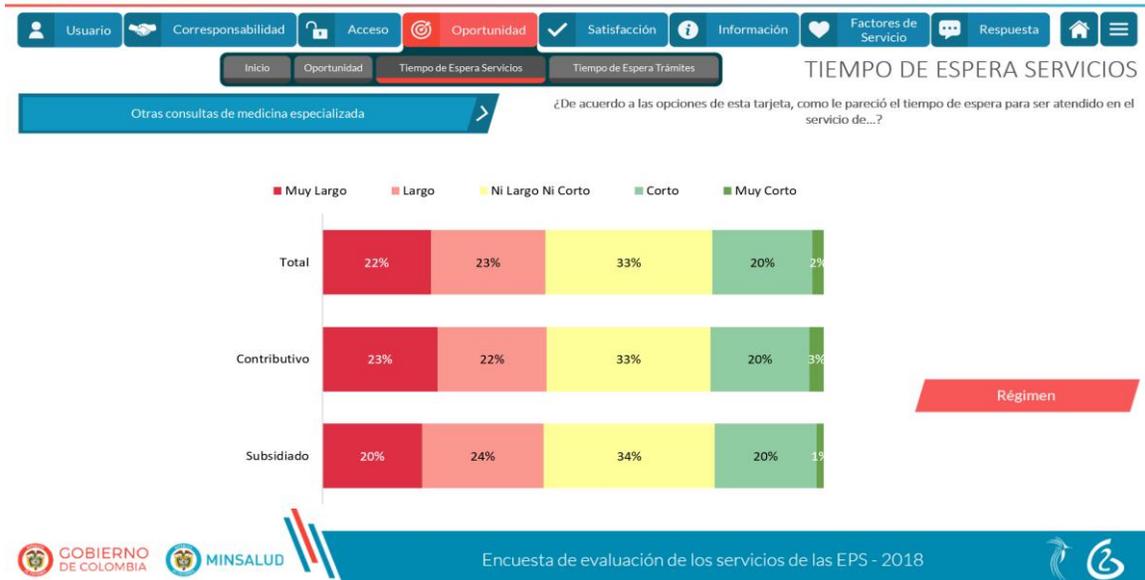
### Gráfico N° 7 Tiempo de espera de servicios Cirugía General – Régimen Subsidiado



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

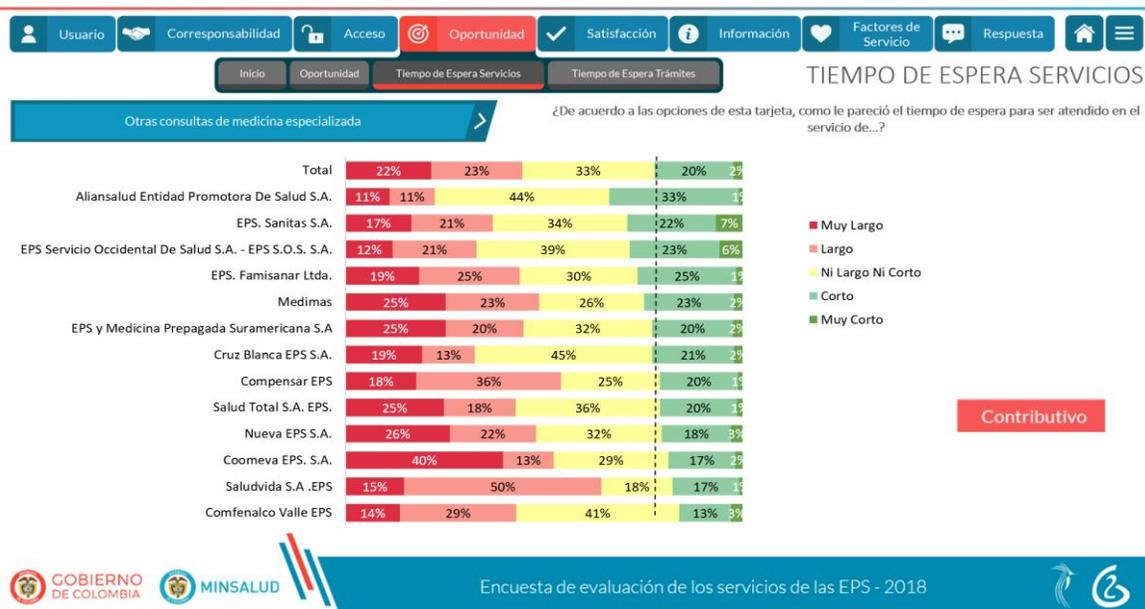
El 45% de los usuarios encuestados considera que los tiempos de espera para otras consultas de medicina especializada son largos y muy largos, sin diferencia significativa por régimen. (Ver Gráfico N° 8). Por EPS del régimen contributivo, los tiempos de espera para otras consultas de medicina especializada son largos y muy largos para el 65% de los usuarios de Saludvida, el 54% de Compensar EPS y el 48% de la Medimás. (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).

**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**

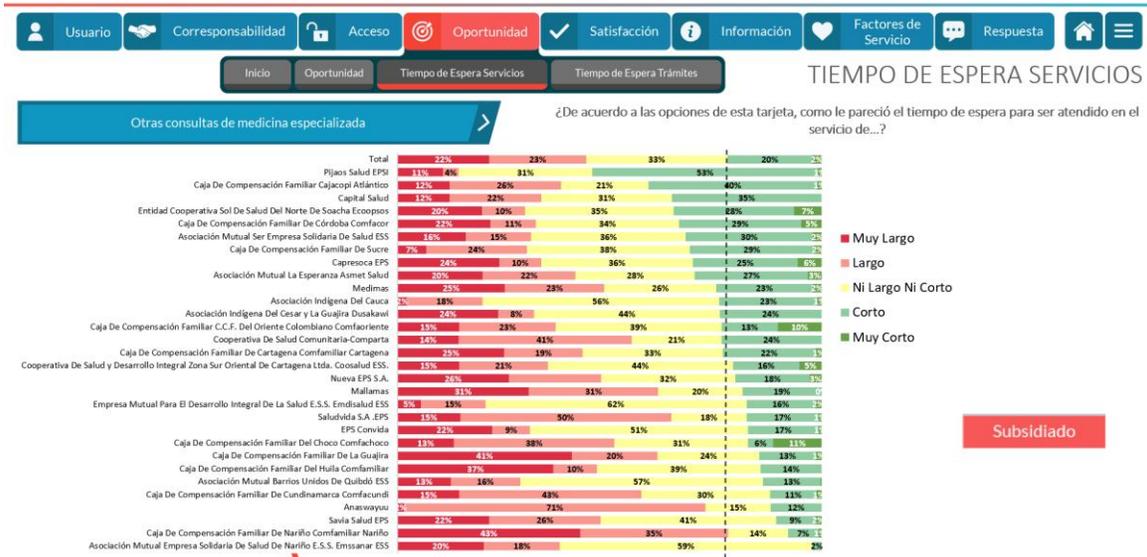


Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2018. Informe de Resultados. Diapositiva N° 809

## 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

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>132</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>133</sup>

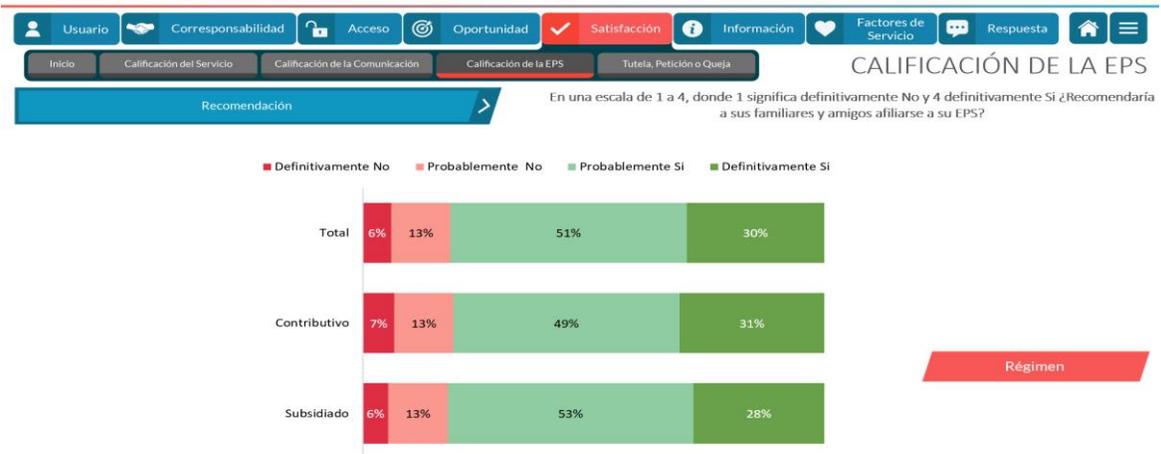
<sup>132</sup> MINISTERIO de Salud y Protección Social (2018) Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS 2018 - Informe de Resultados - Filmina 1096.

<sup>133</sup> Ibid. Filmina 1104.

## Gráfico N° 11

### Satisfacción

### Recomendación de su EPS



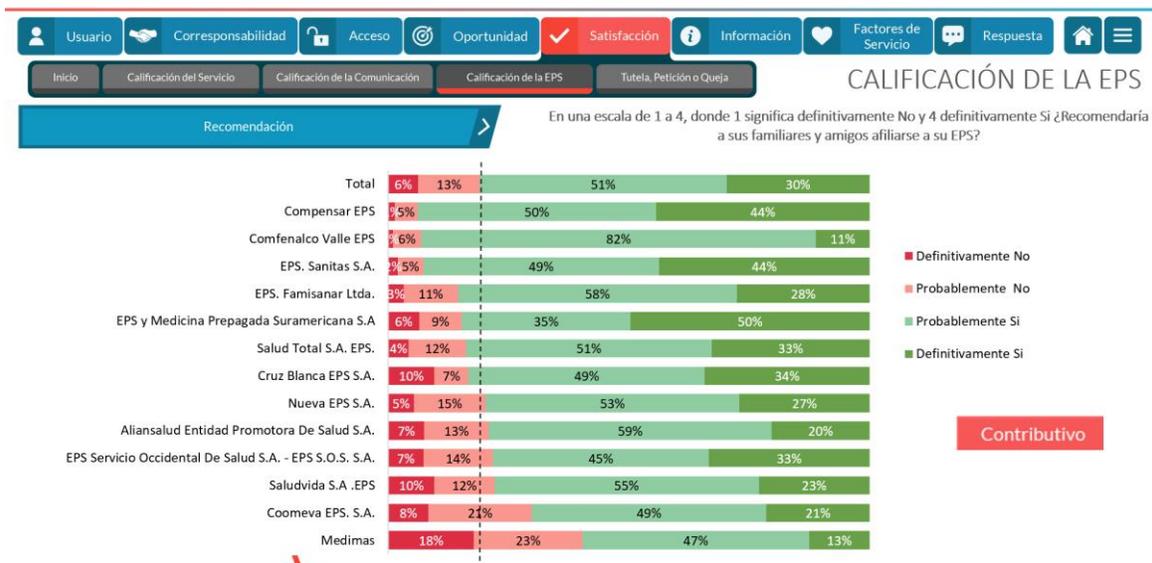
GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - 2018

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

## Gráfico N° 12

### Satisfacción

### Recomendación de su EPS – Régimen Contributivo



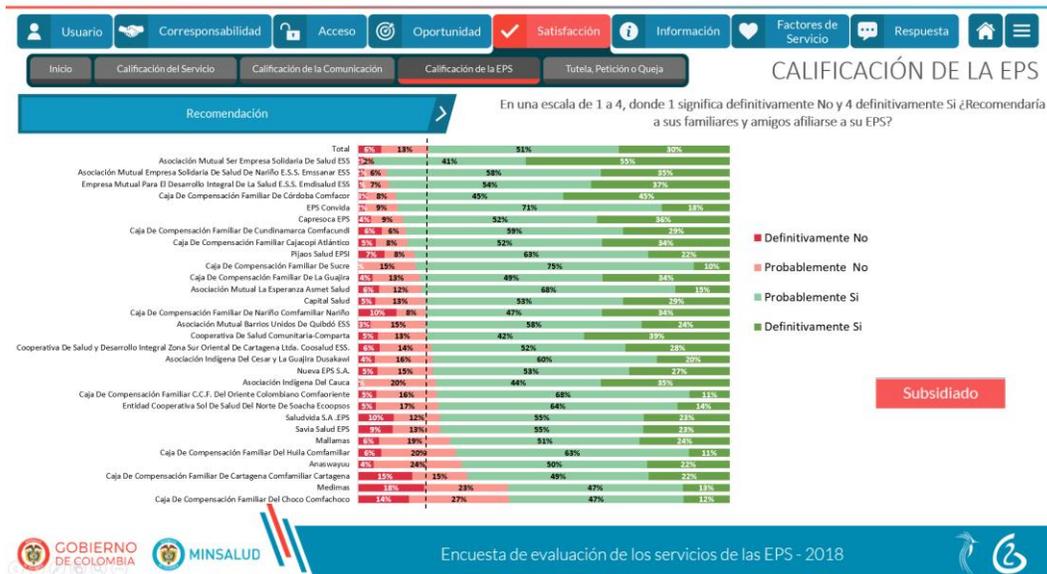
GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - 2018

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

## Gráfico N° 13

### Satisfacción

### Recomendación de su EPS – Régimen Subsidiado



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>134</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

<sup>134</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ClicSalud-nueva-app-para-ahorrar-en-medicamentos.y-calificar-la-atencion-en-salud.aspx>. Consultada en agosto 22 de 2018: 8:31 a.m.



La salud  
es de todos

Minsalud

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 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, desafiliarme 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>135</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

<sup>135</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 Comfaorienta, la cual se recomienda revisar.



La salud  
es de todos

Minsalud

encuesta no es muy útil en la forma que se presenta en el aplicativo ClicSalud, como herramienta de orientación a los usuarios del sistema.

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), el cual permite el ejercicio de la Libre Escogencia de EPS mediante la opción de traslado, como uno de los beneficios, pues reduce las posibilidades de que le sea negado; éste es un medio para ejercerla, sin embargo no cuenta con indicadores para el usuario que orienten su decisión de manera informada. Con un año y nueve meses de implementación,<sup>136</sup> a diciembre de 2019 esta herramienta informática contaba con 1'985.180 ciudadanos registrados, de los cuales el 85% pertenecen al régimen contributivo y el restante al subsidiado, de los cuales 1'383.858 gestionaron efectivamente su traslado de EPS en el año 2019.

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>137</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>136</sup>La entrada en operación del SAT se efectuó mediante la Resolución 768 de 2018.

<sup>137</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2013.pdf>. Págs. 23 y 24.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 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>138</sup> - <sup>139</sup>



<sup>138</sup> <https://intranet.minsalud.gov.co/actualizate/boletininterno/boletin-interno-079.aspx>

<sup>139</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 18 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 94,6% de los afiliados al régimen contributivo y el 71,8% de los afiliados al régimen subsidiado cuentan localmente con oferta plural para elegir EPS.



La salud  
es de todos

Minsalud

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 y nueve meses de implementación, cuenta con 1'985.180 ciudadanos registrados y 1'383.858 traslados de EPS durante el año 2019 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 veinticuatro municipios supera la población total del respectivo municipio en 32.713 afiliados; situación que afecta la destinación de recursos para la cobertura de dicho régimen.



La salud  
es de todos

Minsalud

## RECOMENDACIONES

En materia de fortalecimiento para el **ejercicio del Derecho** a la Libre Escogencia:

- Afianzar el conocimiento en los usuarios; que este derecho 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.

En materia de **Calidad**:

- 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 ejerzan la libre escogencia de EPS.

En relación con la **Oferta**:

- 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 distinción 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 socioeconómicas de los afiliados y su correspondiente capacidad de pago.

En materia de **Información y Tecnología**:

- Diseñar un sistema de información que permita que los afiliados registren sus quejas e inconformidades y que éste automáticamente pondere un indicador de calidad, acorde con los elementos esenciales del goce efectivo del derecho a la salud.
- 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.

En relación con **Competencias de Gobierno**:

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.



La salud  
es de todos

Minsalud

## **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.



La salud  
es de todos

Minsalud

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.



La salud  
es de todos

Minsalud

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-DESEMPEÑO-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.