

Demanda



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
Consejo Superior de la Judicatura

DATOS PARA RADICACIÓN DEL PROCESO

JURISDICCIÓN: Contencioso Administrativa

Grupo/Clase de Proceso:  Accion Popular

No. Cuadernos: 2 Folios Correspondientes en original: \_\_\_\_\_

No. de traslados 8

DEMANDANTE(S)

Nombre(s) I<sup>a</sup> Apellido 2<sup>a</sup> Apellido No. C.C o Nit

Dirección Notificación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

APODERADO

Nombre(s) I<sup>a</sup> Apellido 2<sup>a</sup> Apellido No. C.C

No. T.P

DEMANDADO(S)

Min. Salud y otros  
Nombre(s) I<sup>a</sup> Apellido 2<sup>a</sup> Apellido No. C.C o Nit

Dirección Notificación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

ANEXOS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE RADICACIÓN DEL JUZGADO



Honorables Magistrados,  
**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**  
**SECCIÓN PRIMERA**  
E. S. D.

1

**Demandante:** OMAIRA JIMENEZ DIAZ

**Demandados:** Nación – Ministerio de Salud /  
Superintendencia Nacional de Salud / Nueva Empresa  
Promotora de Salud S.A. / Cruz Blanca E.P.S. S.A. /  
E.P.S. Famisanar S.A.S. / Saludvida EPS S.A. /  
Cooimeva E.P.S S.A.

**Asunto:** DEMANDA – ACCIÓN POPULAR

OMAIRA JIMENEZ DIAZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.235.516 de Bogotá, D.C., domiciliado en la ciudad de Bogotá, obrando en mi calidad de ciudadana colombiana. Mediante el presente escrito interpongo demanda de **ACCIÓN POPULAR** en contra de (i) la **Nación – Ministerio de Salud**, entidad del orden nacional, representada por el señor Ministro Juan Pablo Uribe Restrepo o quien haga sus veces, domiciliada en la ciudad de Bogotá (el "Ministerio"); (ii) la **Superintendencia Nacional de Salud**, entidad adscrita al Ministerio de Salud pero con personería jurídica, representada por el Superintendente Fabio Aristizábal o quien haga sus veces, domiciliada en la ciudad de Bogotá (la "Superintendencia"); (iii) la **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.**, sociedad domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con NIT 900.156.264-2, representada legalmente por José Fernando Cardona Uribe identificado con la C.C. 79'267.821 o quien haga sus veces ("NUEVA EPS"); (iv) **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.** sociedad domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con NIT 830.009.783- 0, representada legalmente por Ana Leonor Arroyave Ortega identificada con la C.C. 43'575.355 o quien haga sus veces ("CRUZ BLANCA"); (v) **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S.** sociedad domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con NIT 830.003.564-7, representada legalmente por Mauricio Olivera González identificado con C.C. 79'481.221 o quien haga sus veces ("FAMISANAR"); (vi) **SALUDVIDA EPS S.A.** sociedad domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con NIT 830.074.184-5, representada legalmente por Juan Pablo Silva Ochoa identificado con la C.C. 72.345.973 o quien haga sus veces ("SALUDVIDA"); (vii) **COOMEVA EPS S.A.** sociedad domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con NIT 805.000.427-1 Representada por Angela María Cruz Libreros, o quien haga sus veces, quienes conjuntamente serán los "Demandados" o los "Accionados". Como responsables de la vulneración al derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, -conforme al artículo 1º de la Ley 1751 de 2015-, sin perjuicio de que el H. Despacho decida vincular de oficio a otra persona o entidad. Para que en ejercicio del **MEDIO DE CONTROL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS COLECTIVOS**, y una vez surtidas las etapas procesales contempladas en la Ley 472 de 1998 y la Ley 1437 de 2011–mediante sentencia que ponga fin al proceso– se hagan las declaraciones, órdenes y condenas que

solicito en el capítulo de pretensiones, en aras de garantizar el derecho colectivo de acceso a la salud que se está viendo vulnerado y conforme los hechos que señalo en el capítulo correspondiente.

## I. PRETENSIONES

Al H. Tribunal solicito acceda a las siguientes pretensiones en protección de los derechos colectivos vulnerados:

**PRIMERA:** Que se declare que **NUEVA EPS, CRUZ BLANCA, FAMISANAR, COOMEVA EPS y SALUDVIDA** (las "EPS Accionadas") junto con la **NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD** y la **Superintendencia Nacional de Salud**, vulneraron el derecho e interés colectivo de acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

**SEGUNDA:** Que como consecuencia de lo anterior, se ampare el derecho e interés colectivo de acceso al servicio público a la seguridad social en salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

**TERCERA:** Que como consecuencia de las declaraciones anteriores se ordene a el **MINISTERIO DE SALUD; la SUPERINTENDENCIA DE SALUD; NUEVA EPS; CRUZ BLANCA; FAMISANAR, COOMEVA EPS y SALUDVIDA**, en el término perentorio de 3 meses, tomar todas las medidas idóneas y necesarias para garantizar una prestación eficiente y oportuna del derecho colectivo al acceso al servicio público de la salud, incluso de ser necesario revocar la habilitación como EPS del régimen contributivo así se haga, como la redistribución de los usuarios en EPS que a la fecha cumplan las condiciones técnicas y financieras, para realizar el aseguramiento en salud.

**CUARTA:** Que dentro de las medidas ordenadas a la Accionadas, se ordene que el **MINISTERIO** y la **SUPERINTENDENCIA** se **ABSTENGAN** de emitir actos administrativos de carácter particular y/o general donde se remitan, redistribuyan y/o asignen afiliados a las **EPS Accionadas**, y éstas a su vez se abstengan de recibirlos, mientras no cumplan con los estándares mínimos para una prestación eficiente y oportuna del acceso al servicio público de la salud y garanticen la no afectación al derecho colectivo.

**QUINTA:** Que se ordene la prestación de la totalidad de los servicios de salud, de forma oportuna, eficaz y eficiente, hasta que se adopten las medidas por parte de los entes de control competentes, de tal forma, que no se deje desprotegidos a los usuarios.

**SEXTA:** Que se condene en costas a las Demandadas.

## II. HECHOS

Las anteriores pretensiones las sustento en los siguientes hechos:

**Hecho 1.** Las EPS Accionadas han sido habilitadas como EPS del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, algunas con

habilitación específica para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado, como es el caso de NUEVA EPS y SALUD VIDA EPS, algunas otras en aseguramiento mixto, en razón a factores de movilidad.

Así pues, (i) Nueva EPS fue habilitada a través de la Resolución No. 371 de 2008 de la Superintendencia; (ii) FAMISANAR fue habilitada a través de la Resolución 509 de 1995; (iii) CRUZ BLANCA fue habilitada a través de la Resolución 945 de 1995; (iv) SALUDVIDA fue autorizada mediante la Resolución 1231 de 2001; (v) COOMEVA fue habilitada a través de la Resolución 0396 de 12 de junio de 1995.

**Hecho 2.** Las EPS Accionadas están al límite de su capacidad de afiliación y en casi todos los casos se encuentran con medida de vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o con limitación a la recepción de afiliados. Dicha situación ha generado una inadecuada, limitada y restringida prestación de servicios de salud de sus afiliados, lo que genera la vulneración a los derechos colectivos, respecto de los cuales se busca su protección.

Aunado a lo anterior, las EPS accionadas, no se encuentran cumpliendo las condiciones de habilitación y permanencia, especialmente las referidas con las condiciones (i) financieras, (ii) técnica y (ii) científicas.

**Hecho 3.** Las EPS accionadas, han sido objeto de procedimientos administrativos, razón por las cuales, se le han impuesto medidas de vigilancia o restricción de la afiliación. De hecho, en octubre de 2018 la Superintendencia de Salud ordenó a 16 EPS limitar el número de afiliados y aceptar traslados a otras EPS. Entre ellas se encuentran: Servicio Occidental de Salud, SOS, Capital Salud, Coomeva, Medimás, Savia Salud, Capresoca, Cruz Blanca, Emdisalud, Emssanar, Comfasucre, Comfachocó, Comfamiliar Huila, Comparta, Ambug, Comfamiliar Cartagena y Comfacor.

**Hecho 4.** De la mano con lo anterior, 22 EPS en Colombia están con medida de vigilancia especial, lo cual implica que la mitad de las EPS en el país están limitadas respecto a su capacidad de recibir afiliaciones. Donde se reiteran el caso de CRUZ BLANCA y SALUD VIDA.

**Hecho 5.** Además, algunas de las EPS Accionadas han sido constantemente sancionadas por no garantizar la atención en salud a los usuarios. Por ejemplo, Nueva EPS fue sancionada por la Superintendencia con 219 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes en 2018 (COP \$161'000.000) por no garantizar los servicios de salud otorgados.

**Hecho 6.** Entre las EPS Accionadas, -según sus informes de rendición de cuentas de 2018-, tienen aproximadamente SIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL AFILIADOS (7'250.000), destacándose que NUEVA EPS y FAMISANAR cuentan con 4'638.684 y 2'147.471 afiliados respectivamente.

**Hecho 7.** Las vigilancias especiales y las sanciones son solo un atisbo de la crisis que atraviesan las EPS Accionadas, pues además de ello, la crisis de las EPS se refleja en la cantidad de acciones de tutela que recibe cada EPS.

Por ejemplo, atendiendo a las rendiciones de cuenta de 2018 entregadas por cada EPS, se observa que:

- (i) Para el caso de NUEVA EPS fueron recibidas 21.981 acciones de tutela con pretensión de servicios de salud, por lo que recibe en promedio 60 acciones de tutela al día.
- (ii) En el caso de FAMISANAR recibieron aproximadamente 2,1 tutelas por cada 1.000 afiliados, esto es un aproximado de 4.500 tutelas en el año, donde en el 57% se ordenó tutelar.

**Hecho 8.** Las EPS Accionadas, están al límite de su capacidad afiliados por lo que con independencia de si se encuentren en vigilancia especial o no, la realidad es que no prestan un servicio de salud eficiente, -como se observa de las sanciones impuestas y el número de tutelas recibidas-, y por ende difícilmente están en capacidad de recibir más afiliados.

Sobre este punto debo destacar:

- (i) NUEVA EPS cuenta con una capacidad máxima habilitada de afiliación de 4'901.627 atendiendo a la Resolución 8684 de 2018, resaltando que acorde a su último reporte de rendición de cuentas tiene 4'638.684 afiliados, por lo que a pesar de no estar en su máxima capacidad de afiliados, claramente no está en condiciones de recibir más afiliados, al punto que fue sancionada en 2018 por la Superintendencia por no garantizar los servicios de salud otorgados y porque recibe en promedio 60 acciones de tutela al día.
- (ii) FAMISANAR cuenta con una capacidad máxima habilitada de afiliación de 2'159.717, conforme lo indica la Resolución 8678 de 2018, mientras que en su rendición de cuentas de 2018 dicha EPS indica contar con 2'147.471 afiliados, por lo que está muy cerca de estar en su máxima capacidad de afiliados, resaltando que a pesar de no estar al 100% de capacidad, también tiene falencias en el acceso de la prestación del servicio de la salud, al punto que conforme indica en su reporte, el 57% de las acciones de tutela han sido falladas amparando los derechos.

**Hecho 9.** Por otro lado, respecto de CRUZ BLANCA la Superintendencia de Salud, tiene limitada la capacidad de dicha EPS de realizar nuevas afiliaciones desde la Resolución 2975 de 2012. Además, a través de la Resolución 10091 de 2018 se le otorgaron términos perentorios a esa EPS para cumplir con los indicadores de solvencia, cobertura de

red, tasa de incidencia, experiencia de atención y gestión de riesgo, so pena de llegar a perder la autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia.

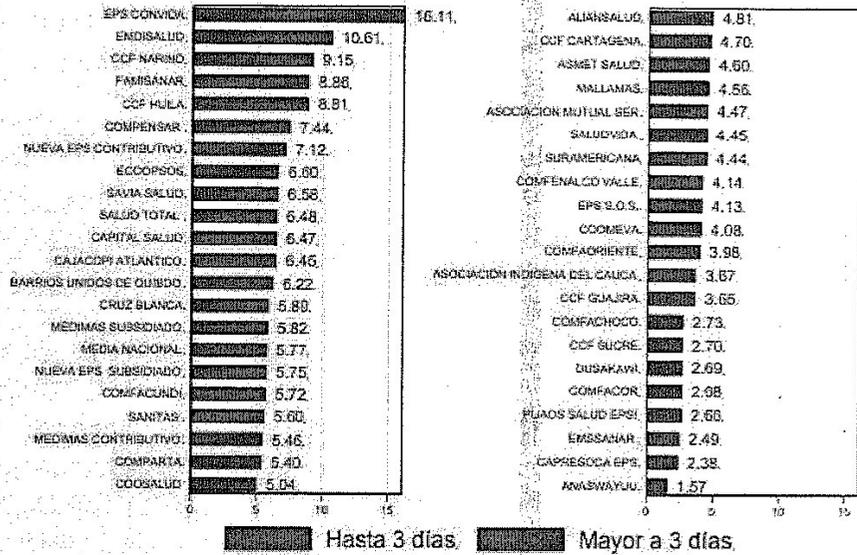
**Hecho 10.** Situación parecida ocurre en SALUDVIDA, donde la Superintendencia desde el año 2015 de manera preventiva, limitó la capacidad de esa EPS de realizar nuevas afiliaciones y aceptar traslado, lo que evidencia la grave situación en la que se encuentra. Pero además de ello, mediante Resolución 8114 de 2018 le ordenó realizar reportes periódicos donde mejore sus indicadores de gestión y coordinación de la oferta de servicios, tasas de incidencias de peticiones, gestión del riesgo, accesibilidad de la prestación del servicio de salud, condiciones financieras y de solvencia. Además, en la misma Resolución se designó como contralor designado para la medida preventiva a la firma AUDITORIA Y CONSULTORIA DE NEGOCIOS S.A.S. Todo lo anterior evidencia que, la EPS SALUDVIDA está en una grave crisis que afecta el derecho colectivo de acceso al servicio a la salud de forma eficiente y oportuna.

**Hecho 11.** Por su parte COOMEVA EPS ha sido objeto de medidas especiales desde el año 2012, cuando mediante Resolución 2628 del 24 de agosto de 2012, se adoptó medida cautelar de vigilancia especial por el término de seis (6) meses. Posteriormente, mediante resolución 003287 del 4 de noviembre de 2016, se ordenó *Medida Cautelar Preventiva de Vigilancia Especial* por el término de seis (6) meses, la cual fue prorrogada por primera vez, mediante resolución 1576 del 19 de mayo de 2017. El 18 de mayo de 2018, se realizó nueva prórroga de la medida especial por el término de un (1) año.

**Hecho 12.** Como es de conocimiento público, el sistema de salud se encuentra en grave crisis, lo cual es responsabilidad compartida de las EPS y de los órganos regulatorios, de vigilancia y control como la Superintendencia y el Ministerio de Salud. Sobre este punto es de total relevancia reflejar algunos indicadores de las EPS que evidencian la magnitud del problema.

Por ejemplo, el informe del Ministerio de Salud en oportunidad de citas de medicina general, evidencia que casi todas están por encima de los indicadores, lo cual afecta la efectividad del servicio:

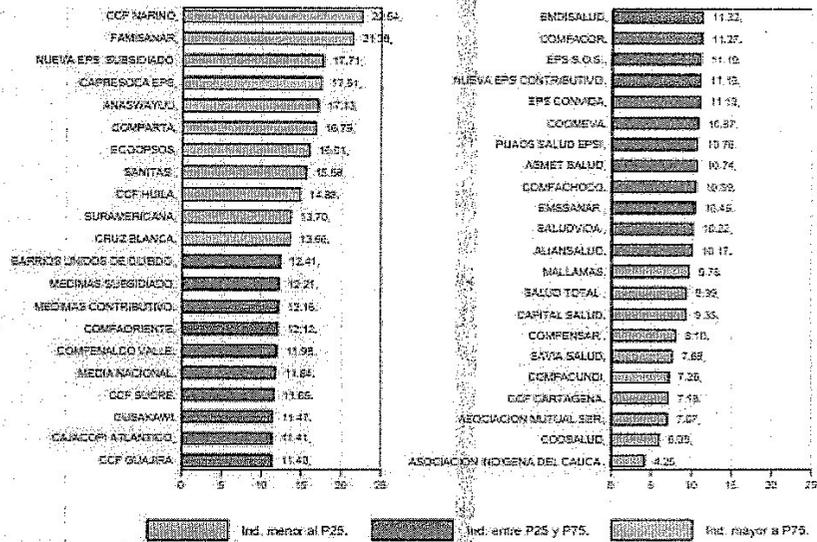
Opportunidades citas: Medicina general



Fuente: Encuesta de Evaluación de las EPS 2018

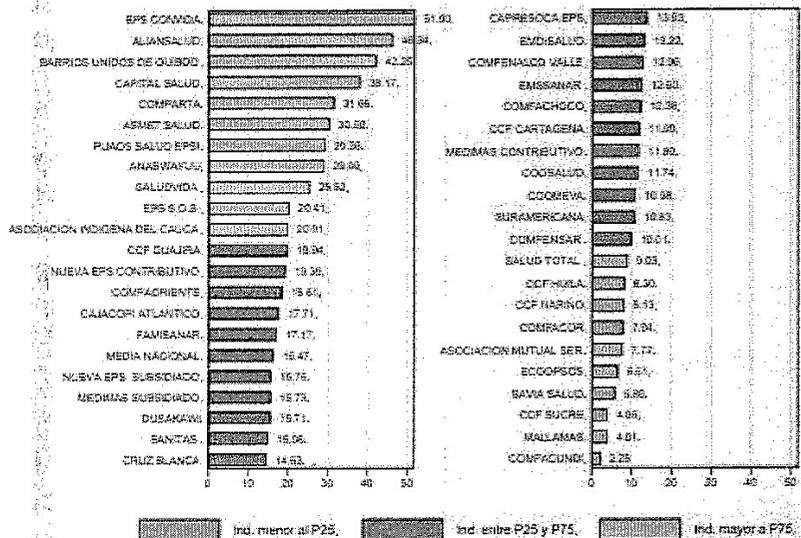
Lo mismo se evidencia con los indicadores en tiempo promedio de autorización con especialistas los cuales señalan:

Tramitología: Tiempo promedio para la autorización de citas con especialistas



Fuente: Encuesta de Evaluación de las EPS 2018

Misma circunstancia se evidencia en el tiempo promedio para autorización de cirugías:



Fuente: Encuesta de Evaluación de las EPS 2018

**Hecho 13.** Los indicadores en rojo, las sanciones y el número de tutelas que se realizan en contra de las EPS Accionadas, evidencian la grave vulneración al derecho colectivo de acceso al servicio público a la salud y a una prestación eficiente y oportuna del servicio, lo cual conlleva necesariamente a que el Ministerio y la Superintendencia tomen medidas serias y contundentes en el asunto que no conlleven a agravar el servicio para los afiliados, como sería un traslado masivo de pacientes o como emitir ordenes que conlleven a un detrimento en los indicadores.

**Hecho 14.** Pese a la existencia de múltiples medidas de vigilancia o sanciones contras las EPS accionadas, el Ministerio y la Supersalud, no han tomado acciones efectivas que permitan garantizar la protección de los usuarios, ya que, ha permitido que se continúe con la afiliación de usuarios, pese al riesgo en salud que las mismas se encuentran causando, lo que muestra la ausencia de aplicación de los mecanismos jurídicos establecidos en el ordenamiento jurídico, pero especialmente, la complacencia en la permisibilidad de la habilitación, pese al incumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación y de prestación de los servicios, lo que se reitera está poniendo en riesgo la vida y salud de los usuarios.

**Hecho 15.** De otra parte, la EPS Accionadas no cuentan en la totalidad de los Municipios, con la mínima red de prestación de servicios, lo que está generando que los usuarios para que se les preste los servicios de salud, deban trasladarse a Municipios distintos a los de su residencia, circunstancia que también vulnera el acceso al servicio de salud.

Sumado a esto, no se están entregando la totalidad de medicamentos que se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios definido por el Sistema General de Seguridad Social, lo que conlleva a que los

usuarios inicien acciones de tutela, para que se satisfaga prestaciones por las cuales las EPS Accionadas, sí están recibiendo las Unidades de Pago por Capitación.

- Hecho 16.** El hecho de que las EPS Accionadas estén al tope de su capacidad o no estén autorizadas a recibir más afiliados, no es otra muestra de la afectación al derecho colectivo y a la falta de mecanismos eficientes tomados por la Superintendencia, resaltando que las EPS no pueden ni deben tener más afiliados de los que está autorizado conforme indica la Circular 49 de 2008.
- Hecho 17.** Es públicamente conocido, las deudas que tienen las EPS Accionadas, con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como con su red de prestación de servicios, lo que sistemáticamente genera que a los usuarios no se les suministre servicios de salud, por cierre de servicios por factores económicos, así mismo, también es conocido que los usuarios deban estar en un constante cambio de médico tratante, por impago de parte de las Accionadas, lo que atenta de manera flagrante contra el acceso al servicio público de salud, y la libertad de escogencia de los afiliados.
- Hecho 18.** El incumplimiento de las EPS al pago de las cuentas o facturas por parte de la red de prestación de servicios, está generando un riesgo a la efectiva prestación del servicio y continuidad en el tratamiento de los usuarios.
- Hecho 19.** De no tomarse medidas urgentes por parte del Ministerio, la Superintendencia y las EPS Afiliadas, el derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud, seguirá afectándose, más aún cuando las EPS están al tope de su capacidad y no están prestando un servicio eficiente y oportuno, por lo cual todos los Accionados están en obligación de mejorar dicha circunstancia y evitar que el servicio se deteriore.

### **III. DERECHO O INTERÉS COLECTIVO AMENAZADO O VULNERADO**

Conforme a las situaciones que se pasan a exponer, podrá observarse una sistemática vulneración del derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, -conforme al artículo 1º de la Ley 1751 de 2015- de los derechos de los usuarios que se encuentran afiliados a estas aseguradoras, situación que ha sido ampliamente expuesta en medios de comunicación y por los mismos entes de control:

Para concretar la vulneración a que se hace referencia, basta con observar aspectos relacionados con la función de aseguramiento, en razón a su sistemático incumplimiento, ante la inobservancia de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, a las normas establecidas para el Sistema General de

Seguridad Social en Salud, entre ellas, la Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2006, Ley 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016, Decreto 2117 de 2016, Decreto 682 de 2018/

Si bien es cierto, con el material probatorio que se aporta y que se solicitará se decrete con el presente Medio de Control, se demuestra y demostrará la existencia de la vulneración colectiva repudiada, por parte de las Entidades Promotoras de Salud accionadas, prima facie, se puede observar la materialización de dicha vulneración, especialmente, es aspecto relacionados con el déficit e incumplimiento en el aseguramiento y prestación de servicios de salud a los afiliados de las accionadas, con base en información de público conocimiento.

#### a) PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS

De acuerdo a las cifras de peticiones quejas, reclamos y denuncias, de la estadística oficial que reporta la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se puede consultar en el siguiente link, <https://www.supersalud.gov.co/es-co/vigilados/estadisticas>, las inconformidades por parte de los usuarios, que a su vez, se traducen en vulneraciones al servicio público de salud, se traducen en las siguientes para el mes de Abril del 2019 (Se resaltan las EPS accionadas):

#### Régimen Contributivo

EPS	TOTAL AFILIADOS	PQRD ABRIL 2019	NÚMERO DE QUEJAS POR CADA 1.000 AFILIADOS*
CRUZ BLANCA	366,736	1,865	5.1
COOMEVA	2,021,545	6,010	3.0
MEDIMÁS	2,795,234	6,658	2.4
SALUDVIDA	70,814	157	2.2
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	885,425	1,793	2.0
FAMISANAR	2,224,523	3,546	1.6
COMFENALCO VALLE	232,453	358	1.5
FUNDACION SALUD MIA	12,048	17	1.4
NUEVA EPS	3,719,587	4,889	1.3
COMPENSAR	1,538,439	1,816	1.2
SALUD TOTAL	2,912,088	3,236	1.1
SANITAS	2,755,400	2,264	0.8
ALIANSA SALUD	220,933	174	0.8
EPS SURA	3,314,930	2,003	0.6
COOSALUD	1,256	68	0.0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>23,071,411</b>	<b>34,854</b>	<b>PROMEDIO = 1,8</b>

\* Tasa: número de quejas por cada 1.000 afiliados se calcula: PQRD/número afiliados por 1.000.

\* No se calcula tasa de Coosalud en el mes de abril en razón al número de afiliados

## Régimen Subsidiado

EPS	TOTAL AFILIADOS	PQRD ABRIL 2019	NÚMERO DE QUEJAS POR CADA AFILIADOS* DE POR 1.000
CCF CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"	159,678	312	2.0
CAPITAL SALUD	1,139,188	2,085	1.8
MEDIMÁS	1,035,320	1,590	1.5
CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"	573,327	657	1.1
CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	999,220	973	1.0
ECOOPSOS	322,592	302	0.9
EMDISALUD	451,708	399	0.9
CONVIDA	541,354	460	0.8
SALUBVIDA	1,100,209	868	0.8
SAVIA SALUD EPS	1,690,239	1,316	0.8
COMPARTA	1,707,807	1,255	0.7
NUEVA EPS	1,296,213	943	0.7
AMBUQ (BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ)	795,373	539	0.7
ASMET SALUD	1,887,050	1,202	0.6
EMSSANAR	1,902,593	983	0.5
CCF DE SUCRE	116,584	59	0.5
COOSALUD	2,203,178	919	0.4
MUTUAL SER	1,856,380	610	0.3
CCF CHOCÓ "COMFACHOCÓ"	172,406	54	0.3
CCF CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	157,212	41	0.3
CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"	130,228	29	0.2
PIJAOS SALUD (EPS-I)	87,065	18	0.2
CCF DE LA GUAJIRA	226,441	39	0.2
CCF DE NARIÑO	184,532	30	0.2
CAPRESOCA	175,894	26	0.1
AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	481,360	66	0.1
MALLAMAS (EPS-I)	312,853	27	0.1
ANAS WAYUU (EPS-I)	191,477	14	0.1
DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	222,064	16	0.1
CCF CÓRDOBA "COMFACOR"	0	40	0.0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>22,119,545</b>	<b>15,872</b>	<b>PROMEDIO = 0,6</b>

\* Tasa: número de quejas por cada 1.000 afiliados se calcula: PQRD/número afiliados por 1.000.

\*\*Estos valores no contienen información de los regímenes especiales.

\*\*\* CCF Boyacá "COMFABOY", Manexka (EPS-I ZENU), y CCF Norte de Santander porque están en proceso de liquidación

6

Por su parte, al realizar una consulta del acumulado de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias, de acuerdo al "PQRD y Solicitudes de información abril 2019", el cual puede ser consultado en el siguiente link <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/EstadisticasPQRD/PQRD%20y%20Solicitudes%20de%20informaci%C3%B3n%20%20abril%202019.xlsx>, demuestra la gravísima situación de las Entidades Promotoras de Salud sobre la que se pide la protección de los derechos sociales y colectivos, especialmente el derecho a la salud.

▪ **PQRD por EPS régimen contributivo**

EPS	ENE	FEB	MAR	ABR	TOTAL AÑO 2.019	AFILIADOS ABRIL 2.019	TASA ACUMULADA
CRUZ BLANCA	1.969	1.97	1.898	1.865	7.702	366.736	21.0
COOMEVA	4.589	5.767	6.074	6.01	22.44	2.021.545	11.1
MEDIMÁS	5,82	6,515	6,312	6,658	25,305	2,795,234	9.1
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	1,847	2,007	2,218	1,793	7,865	885,425	8.9
SALUDVIDA	122	148	163	157	590	70.814	8.3
COMFENALCO VALLE	324	364	416	358	1,462	232,453	6.3
FAMISANAR	2.522	2.972	3.398	3.546	12.438	2,224.523	5.6
NUEVA EPS	3,863	4,348	4,8	4,889	17,9	3,719,587	4.8
COMPENSAR	1,243	1,535	1,611	1,816	6,205	1,538,439	4.0
SALUD TOTAL	2,334	2,914	3,124	3,236	11,608	2,912,088	4.0
FUNDACIÓN SALUD MIA	5	8	17	17	47	12,048	3.9
ALIANSA SALUD	145	146	173	174	638	220,933	2.9
SANITAS	1,603	1,947	2,1	2,264	7,914	2,755,400	2.9
EPS SURA	1,572	1,821	2,024	2,003	7,42	3,314,930	2.2
COOSALUD	0	0	0	68	68	1,256	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>27,958</b>	<b>32,462</b>	<b>34,328</b>	<b>34,854</b>	<b>129,602</b>	<b>23,071,411</b>	<b>PROMEDIO 6,8</b>

\*Tasa acumulada: número de PQRD recibidas en el periodo por cada 1.000 afiliados (total pqr en el periodo/ número de afiliados por 1.000)

Tabla 8. PQRD por EPS régimen contributivo.

Fuente: Base de datos SNS año 2019 (enero-abril)

▪ **PQRD por EPS régimen subsidiado**

EPS	ENE	FEB	MAR	ABR	TOTAL AÑO 2.019	AFILIADOS ABRIL 2.019	TASA ACUMULADA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	190	272	289	312	1,063	159,678	6.7
MEDIMÁS	1,168	1,458	1,426	1,59	5,642	1,035,320	5.4

EPS	ENE	FEB	MAR	ABR	TOTAL AÑO 2.019	AFILIADOS ABRIL 2.019	TASA ACUMULADA
CAPITAL SALUD	980	1,407	1,725	2,085	6,197	1,139,188	5.4
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR	490	565	642	657	2,354	573,327	4.1
CONVIDA	499	565	580	460	2,104	541,354	3.9
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD - EMDISALUD	258	565	447	399	1,669	451,708	3.7
ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA - ECOOPSOS	243	271	336	302	1,152	322,592	3.6
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO	552	682	887	973	3,094	999,22	3.1
SALUDVIDA	740	765	736	868	3,109	1,100,209	2.8
SAVIA SALUD EPS	935	1,138	1,24	1,316	4,629	1,690,239	2.7
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA - COMPARTA	889	1,113	1,225	1,255	4,482	1,707,807	2.6
NUEVA EPS	603	719	688	943	2,953	1,296,213	2.3
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ - AMBUQ	285	418	444	539	1,686	795,373	2.1
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	628	878	954	1,202	3,662	1,887,050	1.9
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR	666	842	923	983	3,414	1,902,593	1.8
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA - COOSALUD	730	687	838	919	3,174	2,203,178	1.4
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ -COMFACHOCÓ	49	47	46	54	196	172,406	1.1
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	20	22	29	59	130	116,584	1.1
CCF CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	32	48	51	41	172	157,212	1.1
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD	307	395	597	610	1,909	1,856,380	1.0
CAPRESOCA	68	41	29	26	164	175,894	0.9

EPS	ENE	FEB	MAR	ABR	TOTAL AÑO 2.019	AFILIADOS ABRIL 2.019	TASA ACUMULADA
PIJAOS SALUD (EPS-I)	13	21	16	18	68	87,065	0.8
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ORIENTE "COMFAORIENTE"	14	25	26	29	94	130,228	0.7
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO	17	41	34	30	122	184,532	0.7
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA	26	30	34	39	129	226,441	0.6
AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	40	68	73	66	247	481,36	0.5
MALLAMAS (EPS-I)	29	42	43	27	141	312,853	0.5
ANAS WAYUU (EPS-I)	17	15	8	14	54	191,477	0.3
DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	12	11	13	16	52	222,064	0.2
COMFACOR	217	603	768	40	1,628	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>10,717</b>	<b>13,754</b>	<b>15,147</b>	<b>15,872</b>	<b>55,49</b>	<b>22,119,545</b>	<b>PROMEDIO 2,2</b>

\*Tasa acumulada: número de PQRD recibidas en el periodo por cada 1.000 afiliados (total PQRD en el periodo/ número de afiliados por 1.000)

\*\* No se tiene en cuenta las PQRD de CCF Boyacá "COMFABOY", MANEXKA (EPS-I ZENU), COMFACOR y CCF NORTE DE SANTANDER porque están en proceso de liquidación.

Tabla 9. PQRD por EPS régimen subsidiado.

Fuente: base de datos SNS año 2019 (enero-abril)

## b) NOTICIAS PÚBLICAS DE INCUMPLIMIENTO A LAS FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO POR PARTE DE LAS DEMANDADAS

Ahora, frente a las noticias que se han publicado en los medios de comunicación, que tal como lo ha avalado este Tribunal, se considera un medio idóneo de convicción para la Protección de Derechos Colectivos, se encuentran:

<http://www.redmas.com.co/salud/cuales-eps-reciben-denuncias-reclamos/>

### "¿CUÁLES SON LAS EPS QUE RECIBEN MÁS DENUNCIAS Y RECLAMOS?"

02/11/2018 3:53 pm

RED+ Noticias Bogotá Salud Red+

En septiembre, la Superintendencia de Salud recibió 54.000 quejas y reclamos por el mal servicio de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Una cifra que cada mes aumenta más.

Las entidad con más reclamos, quejas y denuncias dentro del régimen contributivo fueron **Medimás**, con 6.265 denuncias; seguida por **Coomeva**, con 5.685; **Nueva EPS** con 5.277 y **Famisanar**, con 3.428.

Por su parte, las EPS con más quejas, peticiones, denuncias y reclamos por parte del régimen subsidiado fueron: **Capital Salud**, con 1.942; **Medimás** con 1.308 y **Savia Salud** con 1.467"

<https://www.elespectador.com/noticias/bogota/personeria-de-bogota-pide-supersalud-poner-lupa-la-eps-cruz-blanca-articulo-829904>

## **"PERSONERÍA DE BOGOTÁ PIDE A SUPERSALUD PONER LUPA A LA EPS CRUZ BLANCA**

Bogotá

18 Dic 2018 - 3:21 PM

-Redacción Bogotá - [bogota@elespectador.com](mailto:bogota@elespectador.com)

*El ente de control ha recibido más de 530 quejas por fallas en la prestación del servicio, y en el 13% de los casos, los pacientes llegan a esperar más de 100 días en recibir respuesta.*



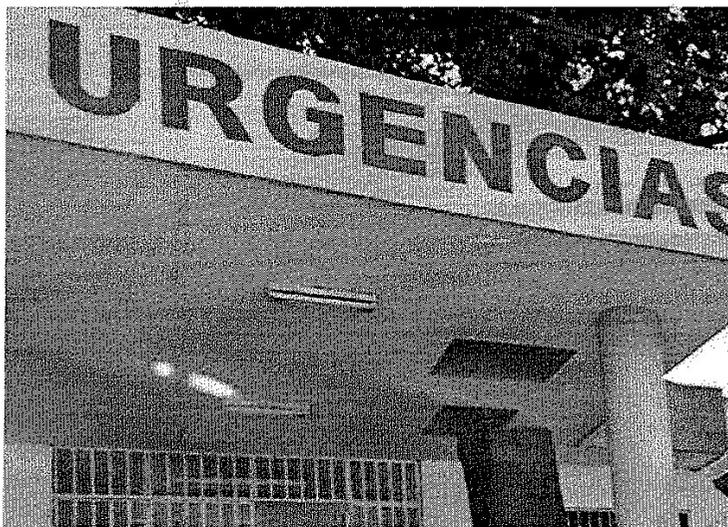
*Este martes la **Personería de Bogotá** realizó una solicitud a la **Superintendencia de Salud** con el fin de que tome medidas urgentemente frente a las recurrentes quejas que reciben de los pacientes de la **EPS Cruz Blanca** debido al **servicio deficiente** que se les presta.*

*La mayoría de irregularidades corresponden a fallas en la entrega de medicamentos, demora en la asignación de citas con especialistas, déficit de profesionales para realización de procedimientos quirúrgicos y dificultad en el proceso de remisión de pacientes, debido a que algunas IPS no aceptan usuarios vinculados con esta EPS.*

*De acuerdo con el ente de control en lo corrido del año **han recibido más de 533 quejas** por irregularidades en el servicio, y en el 13% de los casos, **los pacientes han llegado a esperar más de 100 días para recibir una respuesta** al respecto.*

*Además, los reclamos de los usuarios no es lo único habría impulsado a realizar el requerimiento, sino que también la falta de cumplimiento de los compromisos pactados en mesas de trabajo y visitas de la Personería que dictaban que la entidad debía presentar evidencias en la mejora de la prestación de los servicios, y que no se ha recibido respuesta a las solicitudes del Ministerio Público distrital.*

*Concluyen en la solicitud que lo que se busca es alertar sobre estas situaciones con el fin cesar la vulneración a los derechos de los pacientes y salvaguardar el interés público”.*



Blu Radio / Referencia Centro asistencial/ Foto: AFP.

*Ya se hizo público el listado con más peticiones, quejas y denuncias a las EPS del país en el primer semestre.*

Por: Santiago Ángel, Blu Radio

La **Superintendencia de Salud** publicó el listado de las EPS de las que más se quejan los pacientes en el país. En el régimen contributivo, la EPS que encabeza la lista es **Cruz Blanca que tiene 467.587 afiliados y 1.819 peticiones, quejas y denuncias en los primeros seis meses**. Aunque esta no es la EPS con más quejas, el promedio se establece con la cantidad de denuncias en comparación con el número de afiliados que tiene cada entidad. Cruz Blanca tiene un total de 3,9 quejas por cada 1.000 afiliados.

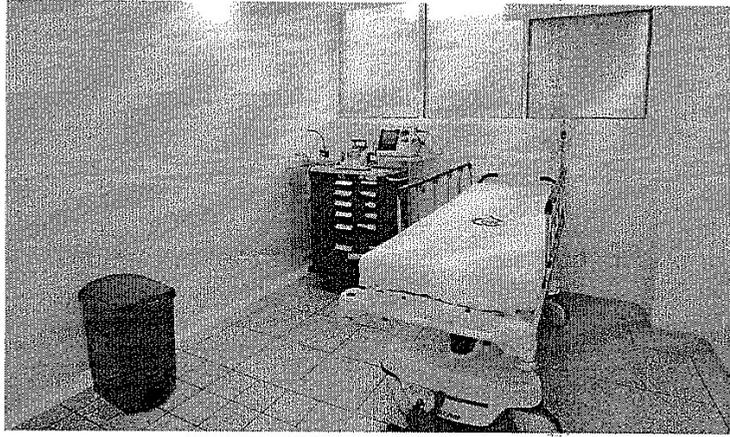
La segunda de la que más se quejan los pacientes es Coomeva. Esta tiene en el régimen contributivo 2.328.260 afiliados y tuvo en seis meses 5.229 peticiones y quejas. Obtuvo un promedio de 2,2 quejas por cada 1.000 afiliados.

En el tercer lugar en el contributivo está Servicios Occidental de Salud que tiene cerca de un millón de afiliados y tuvo 1.863 quejas. En el quinto lugar en el régimen contributivo, es decir el de quienes aportan al sistema de seguridad social, está Medimás, que en el mismo periodo obtuvo 5.163 quejas con 3.142.153 afiliados.

Sin embargo, Medimás aparece en el listado de ambos regímenes. En el subsidiado ocupa el mismo quinto lugar con 1.063 quejas y 1.068.373 de afiliados. Esto quiere decir que Medimás en total tiene 4.210.526 afiliados en la actualidad.”

[https://caracol.com.co/radio/2018/04/18/internacional/1524067648\\_157176.html](https://caracol.com.co/radio/2018/04/18/internacional/1524067648_157176.html)

**“PACIENTES DENUNCIAN INCUMPLIMIENTOS DE COOMEVA EPS DICEN QUE EL ACCESO A UN SERVICIO OPORTUNO ES CADA VEZ MÁS DIFÍCIL.**



### CARACOL RADIO

18/04/2018 - 11:07 COT

Ana Rosa Rincón es de Valledupar. Sus familiares agotan todos los esfuerzos porque la mujer requiere una cirugía para corregir una escoliosis, que **aparentemente está autorizada**, pero que no se practica porque, según sostienen, Coomeva EPS no ha entregado los insumos necesarios.

En Santa Marta, se encuentra el caso de un menor de tan solo 15 años, quien fue diagnosticado con una Leucemia Mieloide y que debe ser trasladado para **unos estudios previos trasplante**, pero desde enero está a la espera de que sean autorizados.

A estas historias, se suma la de Martha Uribe de Molano, 72 años, padece de escoliosis y **también requiere una intervención quirúrgica**. Sin embargo, a pesar de las órdenes judiciales, no se habría podido completar el tratamiento.

El director de la Organización Defensa del Paciente, Francisco Castellanos, **cuestionó la calidad del servicio** que estarían recibiendo algunos pacientes afiliados a Coomeva Eps.

"Cada vez es peor la atención (...) Muchos de ellos son pacientes crónicos con **enfermedades graves como el cáncer**, enfermedades autoinmunes, cardiovasculares, personas adultas mayores o niños en condiciones de discapacidad", dijo

#### **La respuesta de Coomeva**

Caracol Radio consultó cada una de estas situaciones con la gerente nacional de salud de Coomeva, Andrea Liscano, quien precisó que estos pacientes "están siendo atendidos con ayudas diagnósticas, exámenes prequirúrgicos y toda la atención por parte de nosotros, cada uno tiene una particularidad en la logística y el proceso de atención que ya estamos coordinando".

Además, tras ser consultada por las barreras para la entrega de medicamentos, mencionó que "hay una brecha para la realización de procesos especialmente en el sur occidente del país, pero que se está trabajando al respecto".

"Hemos hecho un fortalecimiento de la entrega de medicamentos y hemos **trabajado con nuestros operadores logísticos** para garantizar la entrega de lo formulado por los profesionales", finalizó."

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-confirio-sancion-a-nueva-EPS-por-no-garantizar-la-atencion-en-salud-a-sus-usuarios>

**"Supersalud confirmó sanción a Nueva EPS por no garantizar la atención en salud a sus usuarios"**

---

Comunicado de Prensa Número 28 de 2018

- La decisión se produjo como resultado del seguimiento realizado por la entidad al aseguramiento en el archipiélago de **San Andrés, Providencia y Santa Catalina** y otras regiones del país.
- La **Supersalud** identificó que al menos 190 usuarios de esta EPS tuvieron que acudir a la acción de tutela para acceder a los servicios de **salud**.

**Bogotá, 13 de junio de 2018.** El Superintendente Nacional de Salud, Luis Fernando Cruz Araújo, ratificó en segunda instancia una sanción impuesta a **NUEVA EPS** por no garantizar los servicios de

salud otorgados, a través de fallos de tutela, a 190 de sus afiliados. La multa asciende a más de \$161 millones (219 SMMLV).

9

En estos casos, tanto en la primera como en la segunda instancia, se evidenció que los afiliados tuvieron que acudir a la acción de tutela como mecanismo alternativo para acceder a los servicios de salud que su EPS no les estaba garantizando, generando así, dilaciones, barreras y cargas administrativas inadmisibles, pues ésta no debe ser la vía para que un afiliado pueda acceder a la prestación efectiva de los servicios de salud que deben ser garantizados en primer momento por su asegurador", aseguró el Superintendente Cruz Araújo.

Los fallos de tutela promovidos corresponden en un 50% a afiliados ubicados en el departamento de San Andrés Providencia y Santa Catalina, el otro 50% a usuarios en otras regiones del país, y fueron remitidos a esta Superintendencia con el ánimo de que se les garantizara la prestación efectiva de los servicios de salud requeridos.

Las barreras que son impuestas a los usuarios tienen que terminar, por eso mi llamado insistente para que tanto aseguradores como prestadores cumplan a cabalidad con sus obligaciones frente a los usuarios", puntualizó el Superintendente Cruz.

La investigación dejó en evidencia que, en los aproximadamente 190 casos remitidos a esta entidad, se presentaron barreras de acceso en la asignación de citas médicas con especialista, autorización de cuidadores, suministro de pañales, otorgamiento de sillas de ruedas, suministro de viáticos y gastos de acompañante, reconocimiento de enfermedades de origen laboral y libre elección de la IPS, entre otros."

<https://www.rcnradio.com/colombia/region-central/aumentan-las-quejas-de-los-ibaguereños-contra-las-eps>

#### **"Aumentan las quejas de los ibaguereños contra las EPS"**

Las denuncias se relacionan con dificultades para acceder a servicios médicos al igual que a la entrega de medicamentos.



Paciente atendido en un centro hospitalario, en Colombia.

#### **AFP**

La Secretaría de Salud de Ibagué reveló que en los últimos tres años han incrementado las quejas de los ciudadanos ante esta dependencia, por la deficiencia en la prestación de servicios por parte de las EPS.

Entre el 2016 y el 2019, la cartera de salud municipal ha recibido aproximadamente 4.300 formatos de preguntas, quejas y reclamos (PQR) debido a las barreras que se presentan para brindar atención oportuna en medicina general, citas con especialistas y entrega de medicamentos.

**Lea también:** Gobierno pone límite a precio de 50 medicamentos que cobran las EPS

**Johana Barbosa, secretaria de Salud de Ibagué,** informó que en 2017 se recibieron 975 denuncias, en 2018 fueron 2.400, mientras que en lo que va de 2019 se han presentado más de 500 casos.

*“Este año son cerca de 528 quejas que se han recepcionado en los puntos por el derecho a la salud de la ciudad (...) esa es la realidad de los ibaguereños para acceder a servicios básicos y especializados”, manifestó Barbosa.*

*Según la funcionaria, los reportes por las deficiencias en la atención son principalmente contra cuatro EPS, tanto de usuarios del régimen contributivo como del régimen subsidiado.*

*“Las EPS con las que nosotros hemos tenido más inconvenientes son Salud Vida, Comparta, Nueva EPS y Medimás, cada uno en diferente proporción, siendo más aguda la problemática en algunas del subsidiado frente al contributivo”, agregó.*

**PUBLICIDAD**

*inRead invented by Teads*

*Por su parte Ancizar Rodríguez, defensor de los derechos de la salud en el Tolima, aseguró que la mayoría de irregularidades en la prestación de servicios se registra en las EPS Medimás y Salud Vida.*

*Le podría interesar: Fumigación en cultivos de arroz provocó intoxicación a menores en Tolima*

*“Medimás está funcionando a media marcha. Las tutelas no se aplican, los medicamentos no POS no los están entregando, aquellos medicamentos que tienen tratamiento priorizado los entregan cuando ellos creen conveniente entregarlos (...) Medimás y Salud Vida son las más críticas que hoy tenemos en cuanto atención de los usuarios”, manifestó Rodríguez.*

*Las autoridades a nivel local solicitan a la Superintendencia Nacional de Salud mayor claridad en las políticas para la mediación de recursos, deudas de EPS, barreras administrativas para la atención de pacientes, entre otros.”*

<https://www.elpaisvallenato.com/politica/>

**“Cooimea, Nueva EPS, Saludvida y Comfacor con más bajos puntajes en Valledupar**

Feb 27, 2019 Anqélica Marina Local 0

La Secretaría Local de Salud presentó el ranking de las EPS 2018 en la capital del Cesar, tras un seguimiento y evaluación al régimen subsidiado para ello supervisa la prestación de servicios de salud a la población afiliada.

En el régimen subsidiado, las EPS Dusakawi, Coosalud y Cajacopi obtuvieron los puntajes más altos, mientras que la Nueva EPS, Saludvida y Comfacor los más bajos.

En el régimen contributivo las peores son Coomeva, porque presenta el mayor número de quejas por mala prestación del servicio y Comfacor, que ya fue liquidada por la Superintendencia de Salud.

Basados en los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, durante el año 2018, cada dos meses se realizaron unas auditorías a las EPS, cuyos resultados sirvieron para generar un ranking, de manera que los usuarios y otros actores estén informados y sirva para la toma de decisiones sobre cuál entidad de salud escoger.

“Espero que los resultados del Ranking sean útiles a las empresas prestadoras del servicio de salud, para que evalúen sus resultados y los comparen con las otras EPS, cumplan con los planes de mejoras y esto beneficiará a los usuarios”, dijo Elba Ustariz, secretaria de Salud del Municipio.

La evaluación se hace teniendo en cuenta las peticiones, quejas, reclamos, tutelas y derechos de peticiones de las empresas del régimen subsidiado, siendo Dusakawi EPS obtuvo el mayor puntaje con el 93%; le sigue Coosalud con el 92%, Cajacopi con el 91%, Asmet Salud con el 90%, Ambuq con el 88%, Comparta con 87%, Nueva EPS con el 83%, Saludvida con 82% y Comfacor con el 81%.

En cuanto al régimen contributivo, Sanitas tuvo un resultado del 99%, le sigue Famisanar con 93%, luego Saludtotal y Medimas con el 90% y Coomeva con el 74%.

Durante el año 2018, en el Servicio de Atención a la Comunidad, SAC de la Secretaría Local de Salud, se recibieron 399 quejas y reclamos, 24 tutelas y 33 derechos de petición, para un total de 456; la EPS que tuvo más queja, fue Coomeva con 103, luego Nueva EPS con 61 y Saludvida con 56. El mayor número de Tutelas (12) y derechos de petición (10) fue contra la Nueva EPS.

En las auditorías para el ranking, se tienen en cuenta los componentes de aseguramiento, prestación

del servicio, salud pública, satisfacción del usuario y discapacidad y víctimas, que sumados deben dar el 100% de los cumplimientos. En salud pública se tiene una lista de chequeo que cubren las dimensiones de Convivencia Social y Salud Mental, seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y condiciones no transmisibles; vida saludable y enfermedades transmisibles. Se aclara que el 60% de la calificación corresponde a la auditoría y el 40% a peticiones, quejas, reclamos, tutelas y derechos de petición.

10

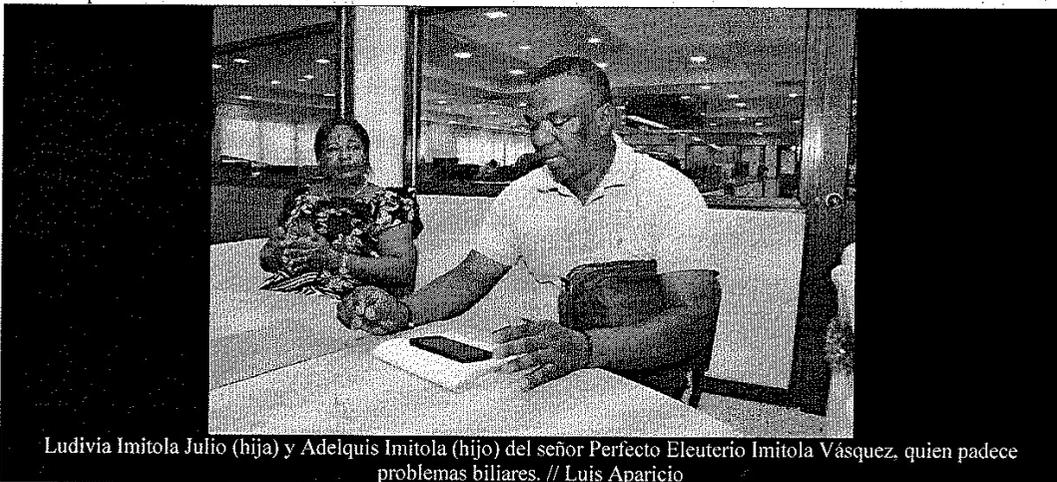
Rubiela Quintero de las Veedurías de Salud Departamental, enfatizó que el Ranking estuvo acorde con la realidad en cuanto a las EPS que fueron evaluadas, por ello las entidades cada día deben tratar de ser mejor y atender bien a los usuarios."

<https://www.eluniversal.com.co/cartagena/familia-de-paciente-con-problemas-biliares-se-queja-de-nueva-eps-288124-NUEU405392>

#### "Familia de paciente con problemas biliares se queja de Nueva EPS

[LIBIA PAOLA DOMÍNGUEZ GÓMEZ@EIUniversalCtg](mailto:LIBIA_PAOLA_DOMINGUEZ_GOMEZ@EIUniversalCtg)

21 de septiembre de 2018 12:03 AM



Ludivía Imitola Julio (hija) y Adelquis Imitola (hijo) del señor Perfecto Eleuterio Imitola Vásquez, quien padece problemas biliares. // Luis Aparicio

Desde el 29 de diciembre del 2017 comenzó a desmejorar en su salud el señor Perfecto Eleuterio Imitola Vásquez, ese día fue hospitalizado, se le diagnosticó un problema biliar, le practicaron una resonancia y hallaron cálculos.

"Estando hospitalizado le hicieron una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, se abrevia CPRE (estudio diagnóstico y terapéutico del páncreas y la vía biliar, combina la endoscopia con los Rayos X para su realización). Le dieron de alta y dijeron que cada tres meses tocaba hacerle el procedimiento porque lo necesitaba", dice su hija, Ludivina Imitola Julio.

Sus familiares relatan que a los tres meses siguientes presentó quebrantos de salud el señor Perfecto, se llevó a otra clínica en marzo y le hicieron la CPRE porque se estaba infectando.

"Se le ordenó el procedimiento Litotrisia con laser con spyglass, que era lo único que le podían hacer porque los cálculos están muy grandes, pero hasta la fecha la Nueva EPS 'le ha bailado el indio'", sostiene su hija Ludivina.

"La EPS dio la preautorización inicialmente para Bogotá, se ubicó la clínica pero dijeron que ellos no prestaban ese servicio. Después se dio una orden para Cali, pero sucedió lo mismo, que no lo realizaban allá. Nuevamente la EPS hizo un enlace con Bogotá y parece que sí hay una sola clínica, pero no ha habido nada concreto", argumenta Adelquis Imitola, hijo del señor Perfecto.

"No ha habido respuesta, llevamos 10 meses en este proceso, queremos una respuesta del por qué no se le hace el procedimiento, es algo dilatorio. Mi padre tuvo que ser hospitalizado otra vez durante 8 días, es un señor de 82 años y cada día se deteriora más", dice Adelquis.

Sus familiares dicen que respecto a los medicamentos como no son de alto costo, ellos los compran por su cuenta pero que el cirujano lo valoró el 14 de agosto y dijo que es urgente el procedimiento porque el señor Perfecto se puede complicar.

## **Acción de tutela**

*Se presenta una acción de tutela el 05 de julio de 2018, fue admitida por el Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Cartagena el día 06 de julio de 2018, el Juzgado falla a favor el 17 de julio de 2018, al no cumplir la EPS se presenta Incidente de Desacato el 31 de julio de 2018, el Juez Segundo Laboral del Circuito de Cartagena el 28 de agosto de 2018 declara en desacato a la representante legal Ángela María Espitia y al gerente Regional, Humberto Vengoechea. El Tribunal Superior de Distrito Judicial Sala Laboral el 10 de septiembre confirma el desacato.*

*"La no realización del procedimiento ordenado el señor Perfecto coloca en peligro su vida, la Nueva EPS desatiende el fallo. Casos como este suelen ser frecuentes; se trata de un sujeto de especial protección, anciano, a quien se le debe garantizar la efectividad de sus derechos fundamentales", dice el abogado de la familia, José Fabián Roca Franco.*

## **Habla Nueva EPS**

*"El procedimiento es bastante especializado y solo se hace en dos partes en Colombia pero Nueva EPS ha hecho toda la gestión para darle la atención al señor. Se agotaron todas las IPS y todas las rutas para conseguir el procedimiento. Se procedió a la cotización, no hemos obtenido aún respuesta del especialista en Bogotá, sin embargo de Cali enviaron la cotización este lunes", enfatiza la gerente zonal Bolívar de Nueva EPS, Ángela Espitia.*

*La EPS dice que ya se hizo la gestión de generación de autorizaciones y que hay que realizar un pago anticipado para reprogramar al paciente lo antes posible.*

*"Se está haciendo toda la gestión para darle atención prioritaria al señor y a la espera que la clínica programe al señor para el procedimiento, el señor es prioridad para nosotros", finalizó la gerente zonal Espitia."*

<http://www.lapatria.com/salud/siguen-las-denuncias-coomeva-no-levanta-cabeza-435486>

## **"Siguen las denuncias: Coomeva no levanta cabeza**

Martes, Abril 16, 2019

*Las quejas del servicio continúan. Los pacientes temen por su futuro. Seguimiento.*

**Elizabeth R. Rojas**

## **LA PATRIA | Manizales**

*Jhon Freddy Vallejo, padre de Daniel Stiven, se siente impotente con la condición de salud de su hijo. El menor de dos años es beneficiario en Coomeva y, desde los cuatro meses de vida, le gestionan una cita con un alergólogo, para la que siempre contestan que no hay agenda.*

*Se conoció que el infante es intolerante a los lácteos. Vallejo informó que, en al menos seis oportunidades, la pediatra ha remitido al niño a este especialista que diagnostica algunas patologías autoinmunes.*

*"Daniel se brota cuando toma algún lácteo. Tratamos de no darle nada que contenga leche. Eliana lo alimentó, pero ella no podía consumir nada de leche en ese tiempo. Para poderlo ingresar al jardín necesitamos un documento donde el alergólogo certifique la condición del niño. La alimentación de él debe ser aparte de la que le hagan a los demás", subrayó Vallejo.*

*El padre indicó que le proporciona a su hijo leche de soya, pero le urge el examen de un profesional, para evitar otras condiciones a largo plazo.*

*"El niño también sufre de otitis (inflamación del oído), que trató un otorrinolaringólogo. Desde diciembre tiene la orden para valoración de un audiólogo (profesional que corrige las alteraciones relacionadas con la audición) y la semana pasada, cuando preguntaron por la agenda, respondieron que las suspendieron por este mes", añadió.*

Cooameva indicó que desde la regional están gestionando las citas para el pequeño, pues -según ellos- la oferta de esa especialidad es muy limitada en la región.

### **Crisis**

La denuncia de este padre de familia se suma a otras reportadas en LA PATRIA (ver recuadro De promesa en promesa) y que ejemplifican la crisis que atraviesa la EPS en Caldas y Colombia. A la fecha, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) mantiene, sobre la EPS, una medida preventiva de vigilancia especial, que podrá ser renovada o entrar con más severidad en mayo.

Para agosto del 2017, la SNS autorizó el retiro voluntario de la EPS en 223 municipios del país. En Caldas, se retiró de 14 municipios y solo en Manizales.

La semana pasada, el mismo organismo revocó la habilitación para la prestación de servicios de la EPS en el Meta, Cundinamarca y Cauca. Con ello se da -además- la orden de interrumpir los procesos de afiliación a nuevas personas en esas jurisdicciones.

Lo anterior se dio por las quejas por incumplimientos. La EPS podrá apelar y en tanto no quede en firme la decisión, Coomeva deberá garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud a sus afiliados.

### **Local**

José Norman Salazar, director del Centro Nacional de Derecho Médico, explicó que el retiro de una EPS en un departamento se puede dar de manera voluntaria, cuando cree que no tiene red suficiente; o por orden de la SNS, entidad que valora si esta tiene o no suficiente red para garantizar los servicios a los afiliados.

"La intervención de la Supersalud no solo es con Coomeva, también sucede con otras EPS. En Manizales, la EPS está atendiendo las contingencias y, en el futuro próximo, no se evidencia ninguna dificultad. Hoy tampoco tienen una medida con relación al flujo de recursos que el Adres le gira a los prestadores, como sí sucede con Medimás. Eso va a afectar la oportunidad en la atención, en Caldas perjudicará la red de hospitales públicos", agregó.

### **De promesa en promesa**

A Paola Andrea Álvarez Herrera, la paciente que solicitó la aplicación de un botox y la administración de Naratriptán (cápsulas) para el tratamiento de sus migrañas, aún le incumplen. Desde hace dos años no le dan los fármacos que necesita para disipar su malestar.

En ese momento, Coomeva EPS informó que tendría cita el 11 de abril con un neurólogo; sin embargo, la paciente informó ayer que nunca fue citada con el especialista como lo indicó la EPS.

Al cuestionar a la EPS, respondió que la cita se perdió porque no lograron establecer comunicación con la usuaria. Que la llamaron a su teléfono celular y fijo y que esta nunca contestó.

La cita la reasignaron para el próximo lunes a las 5:30 p.m. y le piden reclamar el fármaco en Condrogas (sede contigua a La Clínica de La Presentación) el lunes de 1:00 p.m. a 5:00 p.m. Deberá llevar una nevera de icopor especial.

<https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/piden-vigilancia-especial-para-coomeva-eps-297754>

Resulta entonces un hecho público, notorio, contundente y ACTUAL, que **NUEVA EPS, CRUZ BLANCA, FAMISANAR, COOMEVA EPS y SALUDVIDA**, a diario están presentando violaciones del derecho colectivo al "ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y A QUE SU PRESTACIÓN

SEA EFICIENTE Y OPORTUNA”, agravio que resulta de la palmar insuficiencia por parte de dicha EPS, de médicos, personal de salud, clínicas, hospitales y demás centros de prestación de servicios de salud, con los cuales garantizar el goce efectivo de derecho a fundamental a la salud para sus afiliados, gravísima situación que ocurre con la tolerancia y autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

#### IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO – VULNERACIÓN A LOS DERECHOS COLECTIVOS

1. Las Demandadas han violado el derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y su prestación de manera eficiente y oportuna, al no prestar, ni garantizar un servicio adecuado, al punto de estar algunas de ellas en circunstancias de vigilancia especial o ser sancionadas por la Superintendencia, sin que la Superintendencia o el Ministerio hayan tomado medidas conducentes e idóneas para garantizar la no vulneración del derecho colectivo.
2. Sobre este punto es importante indicar que el artículo 88 de la Constitución Política establece que la Ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos e intereses colectivos *“relacionados con el patrimonio, la seguridad y la salubridad públicas, la moral administrativa, el ambiente, la libre competencia económica y otros de similar naturaleza”*.
3. En ese orden de ideas, la Ley 472 de 1998 dio alcance a lo dispuesto en dicho artículo, indicando de forma precisa los derechos e intereses colectivos susceptibles de ser salvaguardados, junto con las acciones y procedimientos en torno a la protección de los mismos.
4. Así, el artículo 4 literal j) de la Ley 472 de 1998 establece como derecho colectivo susceptible de ser protegido, en los términos de la misma Ley, el *“acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna”*.
5. En relación con el derecho colectivo a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna, la jurisprudencia colombiana ha dicho:

*“El derecho de acceso a los servicios públicos en este sentido, está esencialmente constituido por la capacidad que detentan los miembros de una comunidad en usuarios o receptores o beneficiarios de aquellas actividades susceptibles de catalogarse como servicios públicos.”*

*Esta sola condición, sin embargo, no basta, a esta capacidad debe agregársele el cumplimiento de unos requisitos que deben cumplir los prestadores de estos servicios: eficiencia y oportunidad. Por eficiencia, que como se anotó es un imperativo constitucional de los servicios públicos, debe*

12

entenderse la prestación de estos utilizando y disponiendo del mejor modo posible los instrumentos o recursos necesarios para cumplir los fines propuestos; por oportunidad, en cambio, se debe entender la respuesta dentro de un plazo razonable que debe tener un usuario cuando requiera estos servicios, así como la permanencia de la prestación de los mismos.

La vulneración de este derecho colectivo entonces se manifiesta cuando se lesione el interés subjetivo de la comunidad a que se le presten servicios públicos de manera eficiente y oportuna. Para ello se hace necesario una acción o una omisión frente al requerimiento de la comunidad de convertirse en usuario del respectivo servicios, también acciones precisas pueden atentar contra los atributos de eficiencia y oportunidad que debes caracterizar a los servicios públicos.”<sup>1</sup> (Subrayado fuera del texto)

6. Así las cosas, no cabe duda que, el derecho colectivo al acceso de servicios públicos y a su prestación eficiente y oportuna, se refiere de manera específica al interés que tiene la comunidad en la prestación del servicio en particular y a que el mismo sea dado en condiciones adecuadas para cada usuario.
7. Ahora bien, en relación con el servicio público de salud, la Ley 1751 de 2018 ha establecido que el mismo resulta ser un servicio público esencial y un derecho colectivo autónomo, en los siguientes términos

“Artículo 2. *“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. // Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.”*

8. Así las cosas, la Ley es clara en determinar que el servicio de salud debe ser oportuno, eficaz y con calidad, ello es que las condiciones de su prestación deben estar enmarcadas por esas 3 directrices, de manera que se asegure que la comunidad que accede a dicho servicio lo hagan de manera adecuada y en óptimas condiciones.

---

<sup>1</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 19 de abril de 2007. C.P. Alier Eduardo Hernández Enriquez. Rad. No. 54001-23-31-000-2003-00266-01 (AP).

9. De igual manera, jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido que el servicio público de salud debe cumplir determinadas condiciones en su prestación. Al respecto ha indicado:

*“A propósito de lo último, esta Corporación ha precisado que el derecho a la salud implica, no solo su reconocimiento sino la prestación continua, permanente, y sin interrupciones de los servicios médicos y de recuperación en salud. Al respecto, la jurisprudencia ha sostenido que las entidades públicas y privadas que prestan el servicio público de salud deben “procurar la conservación, recuperación y mejoramiento del estado de sus usuarios, así como (...) el suministro continuo y permanente de los tratamientos médicos ya iniciados.””<sup>2</sup> (Subrayado fuera del texto original).*

10. De esta manera queda claro que el servicio público de salud, además de ser eficiente y oportuno, debe ser continuo, ello es que se garantice la prestación del servicio a la comunidad sin interrupciones.
11. De igual forma, los demandantes han vulnerado lo expresamente establecido por la Ley 1438 de 2011, en especial en su artículo 24, que dispone:

**“ARTÍCULO 24. REQUISITOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.** El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.”

Pese a que las Entidades Promotoras de Salud, se encuentran en la obligación de cumplir con unas condiciones mínimas, los entes de Regulación y control, han permitido que las Accionadas, los pasen por alto y no han adoptado las medidas necesarias para su efectivo cumplimiento, lo que a todas luces está generando una vulneración a los derechos colectivos de los pacientes.

12. La totalidad de las Accionadas, también se encuentran incumpliendo las normas especiales de habilitación y permanencia, más concretamente, la Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2006, Ley 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016, Decreto 2117 de 2016, Decreto 682 de 2018, pues no están cumpliendo con las condiciones de habilitación y permanencia, pero más grave aún, con las condiciones establecidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; dichas infracciones se concretan con:

- No entrega de medicamentos, servicios y tecnologías incluidos y no en el Plan de Beneficios establecido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

---

<sup>2</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-196 de 2018. M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

- 13
- Mora en la prestación de los servicios de salud, lo que obliga a los afiliados a interponer acciones de tutela
  - Ausencia de domiciliación de los medicamentos, insumos y tecnologías que no son entregados en oportunidad
  - Ausencia, limitación y/o inexistencia de red de prestación de servicios de salud
  - No acceso a especialidades médicas o mora en la prestación de los servicios
  - Falta de red de prestación de servicios básicos en cada Municipio
  - No contar con la totalidad de las Reservas Técnicas
  - No pago a la red de prestación de servicios
  - Ausencia del pago de la totalidad de las incapacidades y licencias.

13. En el presente caso, es claro que las Demandadas han incurrido en una vulneración flagrante del derecho colectivo de acceso al servicio de salud y a su prestación eficiente y oportuna, no sólo por el no cumplimiento de las condiciones mínimas en que el mismo debe ser prestado, sino porque a pesar de las medidas tomadas por la Superintendencia, las mismas no han resultado suficientes para salvaguardar el acceso a la salud de los afiliados, lo cual va de la mano con que las EPS Accionadas están al máximo de su capacidad y no están cumpliendo con el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, establecido por el Ministerio de Salud.

14. A continuación, expongo como cada una de las Accionadas es responsable por la vulneración del derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y a su prestación oportuna y eficiente:

**A. Responsabilidad del Ministerio de Salud en la vulneración del derecho colectivo:**

15. El Ministerio de Salud es responsable por la vulneración del derecho colectivo al no cumplir con sus funciones constitucionales, legales y reglamentarias relacionadas con el servicio de salud y ante la evidente prestación ineficiente que están haciendo algunas EPS, como las EPS accionadas.

16. En primer lugar, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, indica el deber de intervención del Estado en la Salud, de la siguiente forma:

**“ARTÍCULO 154. INTERVENCIÓN DEL ESTADO.** *El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 <366, 367, 368, 369> de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:*

*a) Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos 2 y 153 de esta Ley.*

b) *Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;*

c) *Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;*

d) *Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;*

e) *Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley;*

f) *Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad;*

g) *Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes;*

h) *Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.*

**PARÁGRAFO. Todas las competencias atribuidas por la presente Ley al Presidente de la República y al gobierno nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.**

(Resaltas fuera de texto)

17. Por su parte el Parágrafo Primero del artículo 230 de la misma Ley 100 de 1993, indica:

**“PARÁGRAFO 1o.** *El Gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente Ley, protegiendo la confianza pública en el sistema.”*

18. En ese sentido, es evidente la función reglamentaria que tiene el Ministerio de Salud, en la materia, con unas competencias específicas para garantizar la prestación eficiente del servicio de salud indicado en la Ley 100 de 1993.

19. Pues bien, el hecho de que el Ministerio haya permitido que las EPS accionadas llegaran al máximo de su capacidad de afiliados con una prestación totalmente deficiente en el servicio, evidencia la falta de intervención del Estado en el servicio, pues no de otra forma se puede explicar que a las EPS se les permita abordar el total de capacidad de sus afiliados sin que se cumplan los indicadores que el mismo Ministerio fija.
20. En efecto, el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, creo el Sistema de Evaluación y Calificación de direcciones territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud el cual es desarrollado por el Ministerio, al respecto dicho artículo indica:

**“ARTÍCULO 111. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD.** Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1o) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

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

*Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario.*

*El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la SNS para que obre de acuerdo a su competencia”*

21. Teniendo presentes los artículos citados, es totalmente claro que el Ministerio tiene a su cargo la intervención en el sistema de salud, para garantizar una prestación eficiente del servicio, pero además de ello tiene un sistema de evaluación de las EPS, para mantener unos estándares mínimos de calidad en la prestación del servicio, los cuales claramente no se están cumpliendo por parte de las EPS Accionadas.
22. En otras palabras, si la Constitución y la Ley dotan al Ministerio de Salud de herramientas para garantizar el derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y la prestación eficiente y oportuna del servicio, al punto que se creo un sistema de evaluación a través de indicadores para las EPS, ¿cómo puede

el Ministerio permitir que las EPS Accionadas lleguen al límite en capacidad de afiliados a pesar de no cumplir con dichos indicadores?

23. Permitir que las EPS rebocen su límite de afiliados, con indicadores que no son óptimos evidencia una falta de cumplimiento de las funciones del Ministerio en materia de intervención de la salud, pues de hacerlo claramente no permitiría la habilitación a algunas EPS a continuar prestando el servicio con el máximo de su capacidad sin el cumplimiento de los indicadores fijados, como es el caso de las EPS Accionadas, que están en situación de vigilancia especial, con medidas preventivas y/o han sido sancionadas por no prestar de manera eficiente el servicio.
24. Por lo anterior el Ministerio debe ser declarado responsable en la vulneración del derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y la prestación eficiente y oportuna del servicio.

**B. Responsabilidad de la Superintendencia en la vulneración del derecho colectivo:**

25. En la misma línea con el Ministerio, la Superintendencia también es responsable por la vulneración al derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y la prestación eficiente y oportuna del servicio, pues la entidad de inspección, vigilancia y control de las EPS.
26. Sobre este punto el artículo 68 de la Ley 715 de 2001 señala lo siguiente:

**“Artículo 68. Inspección y vigilancia. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá como competencia realizar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo.**

**Las organizaciones de economía solidaria que realicen funciones de Entidades Promotoras de Salud, administradoras de régimen subsidiado o presten servicios de salud y que reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estarán sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.**

*La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, en relación con el cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del sector salud. Los procesos de liquidación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, privadas serán de competencia de la Superintendencia de Sociedades, con excepción de las fundaciones, corporaciones y demás entidades de utilidad común sin ánimo de lucro, siempre y cuando no hayan*

manejado recursos públicos o de la Seguridad Social en Salud.

15

Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la jurisdicción coactiva, realizará el cobro de las tasas, contribuciones y multas a que hubiere lugar.

**La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos, cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud, en los términos de la ley y los reglamentos.**

La intervención de la Superintendencia de Salud a las Instituciones Prestadoras de Salud tendrá una primera fase que consistirá en el salvamento.

Sin perjuicio de la responsabilidad fiscal, disciplinaria y penal, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, y previa solicitud de explicaciones, impondrá a los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, multas hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la expedición del acto administrativo, a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía, por incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El pago de las multas debe hacerse con recursos de su propio peculio, y en consecuencia no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen." (Negrillas y subrayas fuera de texto)

27. Bajo la norma anterior es evidente que quien ejerce las funciones de inspección vigilancia y control sobre las EPS del país es la Superintendencia de Salud, lo cual esta ampliamente detallado en el artículo 6° del Decreto 2462 de 2013, donde su primera función es "dirigir, coordinar y ejecutar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud."
28. Teniendo en cuenta el marco normativo citado, es evidente que la Superintendencia tienen un amplio paquete de medidas que deberían evitar que las EPS lleguen al máximo de su capacidad de afiliados sin cumplir los

estándares mínimos de calidad y eficiencia en la prestación del servicio como ocurre con las EPS Accionadas.

29. Sobre este punto, en reciente jurisprudencia del mismo H. Tribunal Administrativo de Cundinamarca, la cual constituye un precedente horizontal para el H. Despacho, se indicó lo siguiente:

**“La primera de las medidas (capacidad máxima de afiliación) tiene como propósito racionalizar la utilización del sistema, en función de las posibilidades reales de cada asegurador como garante de una adecuada prestación del servicio público de salud a sus afiliados, de manera que este cumpla en condiciones de acceso, eficiencia y oportunidad que corresponden a los estándares fijados por la ley.**

**La segunda de ellas (medida de vigilancia especial) persigue que facetas particulares del aseguramiento, tales como las condiciones financieras de patrimonio y margen de solvencia en las que se encuentra el asegurador respectivo, permiten esperar de su parte una respuesta, también ajustada a la ley, y que por tales motivos no se vayan a generar situaciones de riesgo en la atención que le corresponde a sus afiliados.”<sup>3</sup> (Resaltas propias)**

30. Con base en el aparte citado de una sentencia reciente del H. Tribunal, es evidente que la Superintendencia debe autorizar la capacidad máxima del número de afiliados, atendiendo a las capacidades reales de cada EPS para prestar de manera adecuada el servicio de manera eficiente y oportuna, pero al no hacerlo genera riesgos en la prestación del servicio los cuales conllevan necesariamente a la vulneración del derecho colectivo.
31. Dicho de otra forma, la Superintendencia al permitir que las EPS Accionadas alcancen su máxima capacidad de afiliados, sin que estén en condiciones reales de atender tal cantidad de pacientes, -tal como reflejan los indicadores, las sanciones impuestas y las tutelas contras dichas EPS-, vulnera de manera flagrante el derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y a la prestación eficiente y oportuna del servicio.

#### **C. Responsabilidad de las EPS Accionadas en la vulneración al derecho colectivo:**

32. Finalmente, respecto las EPS Accionadas también son responsables por la vulneración al derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y la prestación eficiente y oportuna al mismo, lo cual se evidencia en los indicadores señalados por el Ministerio de Salud, las Resoluciones de la Superintendencia y las rendiciones de cuentas del año 2018 de las mismas EPS.

---

<sup>3</sup> Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, Subsección A. Sentencia del 10 de abril de 2019. M.P. Luis Manuel Lasso Lozano. Exp No. 2500023410002016-01314-00.

- 16
33. Ciertamente, las pruebas aportadas con esta acción popular evidencian como las EPS no están cumpliendo con los indicadores fijados por el Ministerio, pero aún así siguen operando con el máximo de su capacidad de afiliados habilitada por la Superintendencia o muy cerca de ella.
34. En ese sentido, el hecho de que las EPS reciban sanciones, estén en vigilancia especial, no cumplan con los indicadores y/o tengan medidas preventivas impuestas evidencian que éstas vulneran el derecho colectivo a una prestación eficiente y oportuna al servicio de salud, pero con la gravedad de que lo hacen operando al máximo de su capacidad habilitada, -lo cual no obedece a las condiciones reales en que se encuentran las EPS-, conlleva necesariamente a que las EPS también estén vulnerando los derechos colectivos de sus afiliados.
35. Sobre este punto, el mismo H. Tribunal ha señalado lo siguiente:

*“En este sentido, aprecia la presente Sala de decisión, que para que una sociedad pueda obtener la habilitación que le permita operar como EPS, **debe estar en capacidad de asumir obligaciones a fin de garantizar a los usuarios el acceso real y efectivo a una red de instituciones y profesionales con la capacidad técnica y científica necesaria para prestar los servicios de salud de forma oportuna, eficaz, con calidad y continuidad.**”<sup>4</sup> (Negrillas y subrayas fuera del texto)*

36. En este punto, cobran total relevancia el número de acciones de tutela que se le han interpuesto a las EPS Accionadas, pues el hecho de que algunas de ellas reciban hasta 60 tutelas diarias y que a otras le sean tuteladas el 57% de las acciones constitucionales interpuestas por los afiliados, es otra prueba irrefutable de que el servicio de salud no está siendo prestado en condiciones óptimas y de forma continua, lo cual también conlleva a la vulneración del derecho colectivo.
37. Sobre este punto, nuevamente el H. Tribunal en un precedente reciente afirmó:

*“Se advierte así mismo, que una de las principales características del servicio público de seguridad en salud, es la **continuidad del servicio**, el cual supone una prestación **ininterrumpida, constante y permanente**, por la circunstancia de que se encuentran involucrados de manera directa e inmediata los derechos a **la salud y la vida** de cada uno de los afiliados, que han confiado de manera libre y voluntaria en el servicio prestado por la EPS.*

*Sin embargo, en el caso de las EPS CAFESALUD y MEDIMÁS, conforme a los elementos de prueba que obran en el expediente, se ha vulnerado de modo significativo este principio -la continuidad-, en la medida en que no ha sido constante la prestación de servicios de salud, pues, como*

---

<sup>4</sup> Ídem.

*quedó establecido, los afiliados han tenido que acudir de manera constante ante los Jueces de la República en acción de tutela, en peticiones, quejas y reclamos ante la Superintendencia Nacional de Salud e, incluso, a la denuncia pública para satisfacer las necesidades del servicio.*<sup>5</sup>  
(Negrillas propias del texto)

38. Atendiendo a la sentencia citada del H. Tribunal, se torna evidente que el hecho que las EPS reciban excesivas tutelas, quejas y reclamos ante los Jueces de la República o la misma Superintendencia, hace notoria la vulneración a la prestación continua y eficiente del servicio, lo que no es otra cosa que la vulneración al derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud.
39. En esas condiciones, el hecho de que una EPS opere con un número de usuarios superior al que esta en capacidad real de recibir, esto es a aquel donde pueda garantizar un prestación real, efectiva, eficiente, continua y oportuna del servicio de salud, claramente conlleva a que se esté vulnerando el derecho colectivo al acceso al servicio público a la salud y a la prestación efectiva y oportuna del mismo.

## V. COMPETENCIA

Conforme a lo establecido en el artículo 152 numeral 16 del CPA y CA, corresponde a los Tribunales Administrativos, en primera instancia, el conocimiento de las Acciones de Protección de Derechos e Intereses Colectivos que se dirijan contra las autoridades del orden nacional, en este caso la Superintendencia Nacional de Salud, cuya sede se encuentra en la ciudad de Bogotá.

En aplicación del "Fuero de Atracción" ese Tribunal es competente dado que "cuando se formula una demanda, de manera concurrente contra una entidad estatal, cuyo conocimiento corresponde a la jurisdicción contenciosa administrativa y contra un sujeto cuyo juzgamiento corresponde a la jurisdicción ordinaria, aquélla adquiere competencia para definir la responsabilidad de todos los demandados. Es decir, que la jurisdicción contenciosa administrativa atrae en términos de competencia a las personas privadas o públicas en asuntos no sometidos a esta jurisdicción y se vuelve competente para proferir sentencia en contra de éstas."<sup>6</sup>

## VI. REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD.

Conforme a lo establecido artículo 161 y en el artículo 144 del CPACA, se establece como requisito de procedibilidad, el previamente requerir a la autoridad pública o al

---

<sup>5</sup> *Ídem.*

<sup>6</sup> Consejo De Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio Bogotá, noviembre 11 de 2009 Radicación: 19001212331000199607003-01 (17.380)

particular, para que se adopten las medidas necesarias para cesar la vulneración a los derechos colectivos, así:

17

*“Artículo 161. Requisitos previos para demandar. La presentación de la demanda se someterá al cumplimiento de requisitos previos en los siguientes casos:*

....

4. Cuando se pretenda la protección de derechos e intereses colectivos se deberá efectuar la reclamación prevista en el artículo 144 de este Código”.

Por su parte, el artículo 144 de la citada codificación, establece:

**“Artículo 144. Protección de los derechos e intereses colectivos.** *Cualquier persona puede demandar la protección de los derechos e intereses colectivos para lo cual podrá pedir que se adopten las medidas necesarias con el fin de evitar el daño contingente, hacer cesar el peligro, la amenaza, la vulneración o agravio sobre los mismos, o restituir las cosas a su estado anterior cuando fuere posible.*

*Cuando la vulneración de los derechos e intereses colectivos provenga de la actividad de una entidad pública, podrá demandarse su protección, inclusive cuando la conducta vulnerante sea un acto administrativo o un contrato, sin que en uno u otro evento, pueda el juez anular el acto o el contrato, sin perjuicio de que pueda adoptar las medidas que sean necesarias para hacer cesar la amenaza o vulneración de los derechos colectivos.*

*Antes de presentar la demanda para la protección de los derechos e intereses colectivos, el demandante debe solicitar a la autoridad o al particular en ejercicio de funciones administrativas que adopte las medidas necesarias de protección del derecho o interés colectivo amenazado o violado. Si la autoridad no atiende dicha reclamación dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación de la solicitud o se niega a ello, podrá acudir ante el juez. **Excepcionalmente, se podrá prescindir de este requisito, cuando exista inminente peligro de ocurrir un perjuicio irremediable en contra de los derechos e intereses colectivos, situación que deberá sustentarse en la demanda.”** (Negrilla propia)*

En tal sentido, el requisito de procedibilidad es excepcionalmente prescindible, cuando exista inminente peligro de ocurrir un perjuicio irremediable, en contra de los derechos e intereses colectivos.

Para el presente caso, se considera que existe un RIESGO INMINENTE que está poniendo en riesgo la vida de los pacientes, la ausencia de cumplimiento por parte de las EPS Accionadas, que inclusive está poniendo en riesgo la vida de los usuarios, pero por aún, esa falta de cumplimiento por parte de las EPS Accionadas, ya tuvo la fatal potencialidad de que se concretara en la presunta muerte de usuarios. Para ratificar la anterior aseveración, basta con observar lo siguiente:

<https://www.bluradio.com/sociedad/mujer-con-cancer-le-llego-la-cita-con-la-eps-cuando-la-estaban-velando-pcfo-215410-ie4370686>

*“Publicado: 24 de mayo de 2019 - 06:49 a.m.*

## ***A mujer con cáncer le llegó la cita de la EPS cuando la estaban velando***

***Familiares de la paciente denuncian que interpusieron varios derechos de petición pero que nunca hubo respuesta.***

*Hay un sentimiento de dolor, indignación y rechazo en medio de los familiares y amigos de Mercedes Giraldo, una mujer de 64 años que falleció esperando que la EPS Coomeva le autorizara una cita prioritaria con el oncólogo.*

*Según cuentan sus familiares, a Mercedes le diagnosticaron cáncer en el estómago el pasado 13 de marzo, el 24 de abril ingresó a urgencias de la Clínica Farallones en el sur de Cali y con el paso de los días su situación empeoró cada vez más.*

***Le puede interesar: Capturan a hombre que habría arrojado a su esposa a un caño de Cali***

*A la señora le recetaron dos órdenes médicas, una cita con un especialista por oncología prioritaria y otra por cirugía prioritaria oncológica, sin embargo, aseguran los familiares de Mercedes que Coomeva nunca lo autorizó.*

*“Mandamos derechos de petición, pusimos tutelas, hablamos con el defensor del paciente, él nos ayudó, pero nada, nunca nos respondieron”, dijo Liliana Ospina, mejor amiga de Mercedes.*

***Entérese de: Bebé de 18 meses resultó herida tras ser mordida por un perro pitbull***

*Ante esta falta de respuesta, Mercedes y su amiga grabaron un video que fue difundido en una página de denuncias ciudadanas. En las imágenes se puede apreciar cómo la mujer rogaba por atención.*

*“Hasta el momento no me solucionan nada, ayuda”, decía.*

*Después de luchar contra el sistema de salud, Mercedes no se pudo aferrar más a la vida y falleció a las 3:50 del pasado 21 de mayo. No obstante, la cita que tanto esperó llegó cuando la estaban velando.*

*“Esa mañana, cuando estábamos en la sala de velación, nos llamaron de Coomeva y nos dijeron que ya estaba la cita, pero, ¿ya para qué? Ella estaba muerta”, dijo Liliana.”*

Con lo anterior, se puede evidenciar que tal como lo ha manifestado este mismo Tribunal, no se garantizó el real y efectivo acceso a los servicios de salud, de forma oportuna, eficaz y con calidad, en los siguientes términos

**“En este sentido, aprecia la presente Sala de decisión, que para que una sociedad pueda obtener la habilitación que le permita operar como EPS, debe estar en capacidad de asumir obligaciones a fin de garantizar a los usuarios el**

18

acceso real y efectivo a una red de instituciones y profesionales con la capacidad técnica y científica necesaria para prestar los servicios de salud de forma oportuna, eficaz, con calidad y continuidad.<sup>7</sup> (Negrillas y subrayas fuera del texto)

Lo que queda evidentemente demostrado, en que la presunta mora en la prestación de los servicios de salud, pudo bien ser el causante o el que aceleró el deceso de la paciente o el que no permitió el tratamiento, generando una clara y reprochable violación a derechos de carácter colectivo, que deben ser protegidos de inmediato por parte del Juez Constitucional, ante la inactividad y permisibilidad de los órganos de control, pese a la posibilidad de imposición de medidas.

Adicional a lo anterior, se considera la ausencia de necesidad de agotamiento del requisito de procedibilidad, dado el Riesgo Inminente de los usuarios, los siguientes:

- No entrega de medicamentos, servicios y tecnologías incluidos y no en el Plan de Beneficios establecido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Mora en la prestación de los servicios de salud, lo que obliga a los afiliados a interponer acciones de tutela, especialmente, cuando existe riesgo a la vida del paciente
- Ausencia, limitación y/o inexistencia de red de prestación de servicios de salud
- No acceso a especialidades médicas o mora en la prestación de los servicios
- Falta de red de prestación de servicios básicos en cada Municipio
- No pago a la red de prestación de servicios

A lo anterior, se le debe adicionar de forma específica, que la mayoría de las EPS, tienen medidas de vigilancia o limitación a su afiliación, lo que demuestra claramente que tienen inconvenientes en el aseguramiento.

De otra parte, para el caso de COOMECA EPS, se observa que inclusive la Procuraduría como veedora de los derechos, en ejercicio como Ministerio Público, ya advirtió la grave crisis de esta EPS, que a su juicio la tiene al borde del colapso, como se observa en seguida:

### ***“Procuraduría alerta por estado crítico de la EPS Coomeva***

*La EPS, con más de 2 millones de afiliados, está al borde del colapso, sostiene la Procuraduría.*

*Por: Unidad Investigativa*

*26 de noviembre 2018, 10:14 a.m.*

***“La cartera acumulada de Coomeva EPS en el periodo marzo-junio de 2018 supera los 294.000 millones de pesos; sin embargo, el acumulado de cuentas por pagar es superior a los 1,8 billones de pesos, de los cuales más de la mitad corresponde a cuentas por pagar a prestadores y proveedores del sistema”.***

*Con advertencias de ese calibre, la Procuraduría acaba de pedirle a la Superintendencia de*

---

<sup>7</sup> Ídem.

*Salud que le imponga vigilancia especial a la EPS Coomeva, que atiende a 2'217.567 usuarios en todo el país y está inmersa en una crisis que la tiene al borde del colapso. La solicitud, fechada el 22 de noviembre, argumenta que luego de una extensa radiografía de sus finanzas y funcionamiento se logró establecer que esta EPS, con presencia en 217 municipios de 25 departamentos, prácticamente es inviable y no cumple con las condiciones de permanencia.*

*En el documento, firmado por el procurador Fernando Carrillo y conocido por EL TIEMPO, se advierte que esta EPS afronta un desorden administrativo que solo en 2017 la llevó a incumplir el 91,87 por ciento de los compromisos de pago que tenía durante esa anualidad.*

*Dice la Procuraduría que, para ese mismo año, Coomeva registraba activos por 1.398 millones de pesos, pasivos por 1.894 millones y un patrimonio negativo de 495.670 millones de pesos. La propia EPS –al analizar las cifras– ha reconocido “un riesgo de inviabilidad del negocio extremo”.*

*Comeva tiene medidas preventivas desde 2012 y, de forma ininterrumpida, ha estado bajo vigilancia especial, pero no obstante los compromisos e intentos de saneamiento, la Procuraduría enfatiza que su situación ha empeorado en los últimos seis años.*

*Por eso le dice a la Supersalud que esto no se puede prolongar por más tiempo y que empiece a remover a los funcionarios encargados de las finanzas para nombrar un supervisor que revise la contabilidad y priorice los pagos, entre otras medidas urgentes.*

Los anteriores argumentos, sumados a todas las violaciones que se hicieron palpables en el numeral III de este libelo demandatorio “**DERECHO O INTERÉS COLECTIVO AMENAZADO O VULNERADO**”, muestran la coherencia, pero especialmente la excepcionalidad de prescindir del requisito de procedibilidad establecido en el artículo 144 del CPACA, razón por la cual, se solicitará se proceda a su admisión.

Pese a lo anterior, conjunto con la presente acción, con la que se inicia este medio de control, se procederá a solicitar las correspondiente Medidas Cautelares, ante la clara y flagrante violación a los derechos colectivos invocados, que están generando un Riesgo Inminente a la vida de los usuarios, y que inclusive ya los lesionó de forma fatal, razones de peso, para que este Tribunal ordene la admisión y trámite excepcional de este Medio de Control.

## V. PRUEBAS

Solicito al H. Tribunal se sirva tener como pruebas las siguientes:

### A. DOCUMENTALES:

1. Comunicado de la Superintendencia de Salud del 5 de octubre de 2018, donde le ordenó a 16 EPS la limitación de nuevas afiliaciones y aceptar traslados visto en <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-ordena-limitar-afiliaciones-a-16-EPS-del-regimen-contributivo-y-subsidiado>

- 19
2. Noticia del periódico el Colombiano "La mitad de las EPS está con medida de vigilancia especial" visto en <https://www.elcolombiano.com/colombia/la-mitad-de-las-eps-esta-con-medida-de-vigilancia-especial-NJ10808702>
  3. Comunicado de prensa número 28 de 2018 por el cual se confirma sanción a NUEVA EPS por no garantizar los servicios de salud otorgados visto en <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-confirmando-sancion-a-nueva-EPS-por-no-garantizar-la-atencion-en-salud-a-sus-usuarios>.
  4. Rendición de cuentas para 2018 de NUEVA EPS.
  5. Rendición de cuentas para 2018 de FAMISANAR.
  6. Rendición de cuentas para 2018 de CRUZ BLANCA.
  7. Copia de la Resolución 8684 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se actualiza la autorización de funcionamiento de NUEVA EPS.
  8. Copia de la Resolución 8678 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se actualiza la autorización de funcionamiento de FAMISANAR.
  9. Copia de la Resolución 10091 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se establecieron condiciones y plazos para actualizar la autorización de funcionamiento de CRUZ BLANCA.
  10. Copia de la Resolución 8114 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se prorroga el término de la medida preventiva de SALUDVIDA.
  11. Copia de la Resolución 5098 del 18 de mayo de 2018, por medio de la cual se prorroga el término de la medida preventiva de COOMEVA EPS.
  12. Copia del Sistema de Evaluación y calificación de Actores: Difusión indicadores 2019. Oficina de calidad del Ministerio de Salud del 28 de febrero de 2019.

## B. DOCUMENTALES MEDIANTE OFICIO

Se solicita que en virtud de la facultad oficiosa de este H. Tribunal, se ordenen las siguientes pruebas documentales mediante oficio:

**Justificación:** Estas pruebas pretenden demostrar que las Entidades Promotoras de Salud, no cuentan con las condiciones mínimas de habilitación, en sus componentes técnicos, financieros, de experiencia y gestión del riesgo; lo que está generando una vulneración al derecho colectivo que se pretenden proteger, pero más aún, está generando un Riesgo Inminente a los afiliados, toda vez que, en los términos de este H. Tribunal las EPS Accionadas "debe estar en capacidad de

**asumir obligaciones a fin de garantizar a los usuarios el acceso real y efectivo a una red de instituciones y profesionales con la capacidad técnica y científica necesaria para prestar los servicios de salud de forma oportuna, eficaz, con calidad y continuidad**", lo cual no está ocurriendo, por el incumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación y permanencia, más concretamente, por no garantizar los servicios de salud que requieren los afiliados, como se demuestra y más adelante se ratificará.

Sumado a lo anterior, que el incumplimiento por parte de estas EPS a sus proveedores, está generando un riesgo para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto en el componente económico, como en el técnico asistencial.

**1. A la Superintendencia Nacional de Salud, para que certifique o informe:**

- i) Relación individualizada con copia de los expedientes administrativos, de:
  - o Procesos administrativos para la imposición de cualquier tipo o clase de medida de vigilancia, limitación a la afiliación o cualquier otra clase de medida en ejercicio de las facultades de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, para las EPS Accionadas, que se encuentren en firme o estén en trámite.
  - o Procesos sancionatorio en trámite y en firme que se hayan o estén tramitando en contra de las EPS Accionadas, por incumplimiento en las funciones de aseguramiento, en la prestación de servicios de salud o relacionadas con las obligaciones de las EPS
  - o Procesos de reorganización o reestructuración que se estén tramitando o se hayan tramitado respecto de las accionadas.
- ii) Reporte de la Peticiones, Quejas y Reclamos que se han radicado en esa Superintendencia para las NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A, donde se identifique:
  - o Reporte histórico y por clase para los años 2016 a lo corrido del 2019, donde se identifique el tipo, la clase y el Municipio.
  - o Reporte de quejas SIS o casos donde se encuentre o hayan identificado que existe riesgo a la vida, a la salud o la integridad del paciente para los años 2016 a lo corrido del 2019, donde se identifique el tipo, la clase y el Municipio
- iii) Copia de los Informes de Visitas de Habilitación o visitas inspectivas, que se hayan realizado a NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A.
- iv) Certificación para las siguientes EPS, NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A, donde se identifique:
  - ✓ indicadores de solvencia

- ✓ cobertura de red
- ✓ tasa de incidencia
- ✓ experiencia de atención
- ✓ gestión de riesgo

20

Lo anterior para el año 2016 a lo corrido del 2019.

- v) Certificación donde se haga constar las Acciones de Tutela que se hayan interpuesto en contra de NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A, para el periodo 2016 a lo corrido del 2019, identificando causas y tipos.
- vi) Certificación de las deudas o pasivos que NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A, hayan reportado a la Supersalud para el periodo 2016 a lo corrido del 2019, con su red de prestación de servicios y proveedores.
- vii) Certifique a cuantas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que hacen parte de la red de prestación de servicios de NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A, se ha investigado o sancionado, como consecuencia de la suspensión de servicios por aspectos económicos, en virtud de la Circular 013 de 2016.
- viii) Quejas y reclamos que se han recibido para NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS por parte de la superintendencia, identificándolas por clase o tipo, y especialmente identificando las quejas SIS o que se encuentra en riesgo la vida del paciente.
- ix) Porcentaje de cobertura de cada una de las EPS accionadas, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, su grado de afiliación en cada Régimen.

**2. AL MINISTERIO DE SALUD, para que certifique:**

- i) Certificación de las deudas o pasivos que NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A, hayan reportado a la Supersalud para el periodo 2016 a lo corrido del 2019, con su red de prestación de servicios.

**3. A NUEVA EPS; FAMISANAR EPS; CRUZ BLANCA EPS; SALUDVIDA EPS y, COOMEVA EPS S.A**

- i) Informe los Municipios donde tienen habilitado el aseguramiento en salud, de las Accionadas, identificando:
  - Capacidad máxima habilitada
  - Número de usuarios afiliados por municipio
  - Porcentaje restante para llegar al límite de afiliación

- ii) Informen la Red de prestación de servicios, con que cuenta cada EPS accionada:
  - o Nivel de complejidad por Municipio
  - o Municipios donde no cuenta con red básica o primaria
  - o Municipios donde los usuarios se deben desplazar a otros municipios por ausencia de red
  - o Certificación de capacidad instalada de cada prestador, en comparación con el número de usuarios por Municipio.
- iii) Certificación del cumplimiento o incumplimiento del Patrimonio técnico superior al patrimonio adecuado.
- iv) Certificación del porcentaje de inversión permanente de la reserva técnica
- v) Certificación del valor de las Reservas Técnicas
- vi) Certificación de las inversión del 100% de las Reservas técnicas, y el o los portafolios donde se encuentran invertidas,
- vii) Certificación de cumplimiento o no de las Reservas Técnicas, conforme a las condiciones técnicas del Decreto 780 de 2016.
- viii) Certificación del Revisor Fiscal de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado
- ix) Certificación por parte del director financiero o quien haga sus veces, de la metodología para el cálculo de las reservas técnicas y régimen de inversión de las mismas.
- x) Certificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que hacen parte de su red de prestadores, que durante las vigencias del año 2016 a lo corrido del año 2019, han suspendido o cerrado la prestación de los servicios de salud, en razón al no pago de los servicios o cuentas de salud, identificando cuales y en que periodos.
- xi) Relación detallada del *Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD)*, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 1755 de 2015, donde se identifique.-
  - o Número de PQRSD por mes
  - o Clasificación por tipo de las PQRSD
  - o Clasificación por Departamento y Municipio de las PQRSD
  - o Quejas donde se encuentre en riesgo la vida del paciente

Lo anterior, para las vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019.

- xii) Informes de rendición de cuentas realizada para los años 2016 a 2018
- x) Certificación donde se haga constar las Acciones de Tutela que se hayan interpuesto en, para el periodo 2016 a lo corrido del 2019, identificando causas y tipos, así como, las que se hayan resuelto en forma desfavorable a la EPS.

#### 4. INTERROGATORIOS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 211 del C.P.A.C.A., y el artículo 198 del C.G.P., solicito se cite a los representantes legales de: (i) NUEVA EPS; (ii) FAMISANAR; (iii) CRUZ BLANCA; (iv) SALUDVIDA EPS, (v) COOMEVA EPS S.A. o quienes hagan sus veces, para absuelvan interrogatorio que verbalmente se les formulará relacionado con este proceso.

#### 5. PRUEBA POR INFORME

Conforme a lo establecido en el artículo 275 del CGP, se solicita se ordene oficio al Ministro de Salud y al Superintendente Nacional de Salud, para que rindan informe bajo la gravedad del juramento, respecto de lo siguiente:

- i) Situación económica de las EPS Accionadas
- ii) Situación General del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
- iii) Impacto de las EPS Accionadas en el SGSSS
- iv) Riesgo en el sistema ante revocatoria o retiro de las EPS Accionadas
- v) Deudas o cuentas por pagar en salud de las EPS Accionadas, e impacto por su impago ante las entidades que conforman el SGSSS.
- vi) Medidas reglamentarias y de vigilancia que se han adoptado para evitar el incumplimiento de las condiciones de habilitación de las EPS Accionadas.

Lo anterior, para que se rinda en el término que para el efecto determine el Despacho.

#### VI. ANEXOS

Se aportan como anexos a la presente Demanda:

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de NUEVA EPS.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de FAMISANAR EPS.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de CRUZ BLANCA EPS.
4. Certificado de Existencia y Representación Legal de SALUDVIDA EPS.
5. Lo contenido en el acápite de pruebas.
6. Nueve (9) copias de la Demanda en físico, junto con los anexos de la Demanda para el traslado de los Accionados, el Ministerio Público, la ANDJE y el archivo del Tribunal.
7. CD con la Demanda en PDF.

#### VII. NOTIFICACIONES

- La suscrita recibe notificaciones en la secretaría de su despacho o en la carrera 87 D No. 48-03 Sur, Interior 172, Tel. 3203865028, de Bogotá D. C., correo electrónico omairis33@hotmail.es
- El Ministerio de Salud recibe notificaciones en la Cra. 13 # 32-76 ubicada en Bogotá, D.C. y al email notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co.

- La Superintendencia Nacional de Salud recibe notificaciones en la Av. Ciudad de Cali No. 1-66, Local 10 ubicada en Bogotá, D.C. y al correo electrónico [notificacionesjudiciales@supersalud.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@supersalud.gov.co).
- La NUEVA EPS recibe notificaciones en la Cra. 85K No. 46A – 66, piso 2, ubicada en Bogotá, D.C. y al mail [secretaria.general@nuevaeps.com.co](mailto:secretaria.general@nuevaeps.com.co).
- FAMISANAR EPS recibe notificaciones en la Calle 78 No. 13A-07, ubicada en Bogotá, D.C., y al correo electrónico [notificaciones@famisanar.com.co](mailto:notificaciones@famisanar.com.co).
- CRUZ BLANCA EPS recibe notificaciones en la Calle 77 No. 16A - 23, ubicada en Bogotá, D.C., y al mail [requerimientos@cruzblanca.com.co](mailto:requerimientos@cruzblanca.com.co).
- EPS SALUDVIDA recibe notificaciones en la Cra. 7 No. 48-32 ubicada en Bogotá, D.C.
- COOMEVA EPS recibe notificaciones en la KR 100 # 11 - 60 LC 250 Y 14 de Cali, o al mail:

[https://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/juridico/eps\\_notificacionJudicial.php](https://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/juridico/eps_notificacionJudicial.php).

Atentamente,

  
OMAIRA JIMENEZ DIAZ,  
C.C. No. 52.235.516 de Bogotá, D.C.