

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN

Bogotá, D.C., 52016 - 000773

31 AGO 2016

REFERENCIA: NURC: 1-2015-064800
 DEMANDANTE: MARLENY RAMÍREZ MUÑOZ
 DEMANDADO: EPS FAMISANAR LTDA. – COLSUBSIDIO

La Superintendente Delegada para la función Jurisdiccional y de Conciliación, en uso de sus facultades legales y en especial, de las que le confiere el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, literal b), procede a emitir **FALLO** dentro del proceso de la referencia, con base en los siguientes:

1. ANTECEDENTES.

1.1. PRETENSIÓN.

La señora MARLENY RAMÍREZ MUÑOZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.765.117 de Bogotá, pretende que EPS FAMISANAR LTDA. - COLSUBSIDIO, le reconozca y pague la suma de \$5'319.216, gastos en los que incurrió por atención de urgencias en la Clínica Partenón, según los siguientes

1.1.1.1. HECHOS.

- 1.1.1.2. Narra la demandante que el 25 de noviembre de 2014, llegó a la Clínica Partenón con dolores abdominales, luego de haber tenido desmayos, vómitos y problemas intestinales en casa.
- 1.1.1.3. En el área de urgencias de la Clínica Partenón fue dejada en observación, a la vez que se suministraron sueros y medicamentos como consta en la historia clínica.
- 1.1.1.4. Al día siguiente el médico tratante ordenó cirugía de vesícula general que le fue practicada el 26 de 2014, siendo posteriormente hospitalizada sin alimentos y con medicamentos hasta el 27 de noviembre de 2014.
- 1.1.1.5. El 27 de noviembre de 2014, abandonó la sede de la Clínica Partenón, no sin antes tener que cancelar por los servicios prestados, ya que el pago realizado por su EPS no se había cargado al sistema.
- 1.1.1.6. La demandante se acercó en el mes de diciembre a realizar las solicitudes de reembolso ante EPS FAMISANAR- COLSUBSIDIO, sin embargo, por vacancia de la persona que tramita las solicitudes no fue posible tramitar dicha solicitud.
- 1.1.1.7. En el mes de enero de 2015, radicó solicitud de reembolso ante EPS FAMISANAR-COLSUBSIDIO, sin respuesta alguna.

| | | | | |
|---|----------------|---|----------------|--------|
|  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

1.2. TRÁMITE PROCESAL.

La demanda fue admitida por auto del trece (13) de julio de dos mil quince (2015)¹, mediante el cual se ordenó correr traslado a la demandada, requerir pruebas documentales a la Clínica Partenón Ltda., y notificar a las partes².

1.3. PRUEBAS.

Las vistas a folios 4-17 del expediente.

Previas las consideraciones del caso es menester que el despacho admite las pruebas que fueron aportadas al expediente, a las que se les dará el valor que en derecho corresponden en la medida en que no fueron tachadas de falsedad y se presume su legalidad.

1.4. RESPUESTA DE EPS FAMISANAR LTDA. –COLSUBSIDIO.

El doctor JAIRO ANTONIO MORENO MONSALVE, apoderado judicial de FAMISANAR LTDA. - COLSUBSIDIO EPS, identificado con cédula de ciudadanía No. 79'599.250 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 156.625 del Consejo Superior de la Judicatura, contestó, en término, la demanda, en la forma que se indica más adelante.

1.5. RESPUESTA DE CLINICA PARTENÓN.

El doctor LUIS ENRIQUE GÓMEZ ARCINIEGAS, en calidad de representante legal de la CLÍNICA PARTENON, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.480.138 de Cúcuta, contestó el requerimiento, tal como se señalará más adelante.

2. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

2.1. PROBLEMA JURÍDICO.

Se circunscribe a dilucidar si es procedente el reembolso deprecado por el demandante por parte de EPS FAMISANAR LTDA. – COLSUBSIDIO, por concepto de atención de urgencias y gastos quirúrgicos.

2.2. CONSIDERACIONES GENERALES.

Sea lo primero señalar que en los precisos términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, los usuarios del Subsistema General de Seguridad Social en Salud pueden pretender mediante un procedimiento judicial, preferente y sumario, el reembolso de los gastos médicos que hayan hecho por su cuenta.

De la misma manera se destaca que el Sistema de Seguridad Social Integral en Salud (SGSSIS) es uno solo, cuya característica principal es que es administrado por unas entidades aseguradoras (EPS) creadas para ese fin, y en esa medida, en tratándose de la atención de urgencias, el mismo Sistema ha previsto que toda persona puede acceder a su cobertura a través de cualquier institución prestadora de servicios de salud (PSS), sin que

¹ Folio 19.

² Folio 19.

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

su inclusión o no en la red de prestadores de salud de la entidad aseguradora, menoscabe la garantía de atención.

Conforme a los derechos y garantías que prevé el artículo 159 de la Ley 100 de 1993, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se les debe asegurar la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud y de urgencias en todo el territorio nacional, así como la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y profesionales entre las opciones que cada entidad ofrezca dentro de su red de servicios.

Por su parte, el artículo 168 de ese mismo conjunto normativo, en relación con la atención inicial de urgencias establece que debe ser prestada en forma obligatoria por las entidades que presten servicios de salud, sin que para ello se requiera que medie un contrato o exista una orden previa.

Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro, según el artículo 168 Ley 100 de 1993, el artículo 67 de la Ley 715 de 2001, el Acuerdo 029 de la CRES, el artículo 16 del Decreto 806 de 1998, el artículo 12 del Decreto 783 de 2000, el artículo 10° de la Resolución 5261 de 1994, y la Resolución 2816 de 1998.

El incumplimiento de estas disposiciones, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Ahora, según se colige de las normas seguidas en líneas precedentes, se configuran tres supuestos fácticos para el reconocimiento del reembolso, a saber:

- (i) Atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS;
- (ii) Cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica; y
- (iii) En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud.

2.3. ASEGURAMIENTO EN SALUD.

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la Ley 100 de 1993-³.

Como tal, las Entidades Promotoras de Salud cumplen la función de aseguradoras en salud.

³ Artículo 177, Ley 100 de 1993.

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

Los aseguradores en salud son los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud y quienes deben responder por toda falla, falta, lesión o enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que en concordancia con el inciso 1° del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y el numeral 2 de la Circular Externa 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, se entiende por aseguramiento en salud:

1. La administración del riesgo financiero.
2. La gestión del riesgo en salud,
3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo,
4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y
5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo que exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, este es, la salud y la vida del usuario afiliado.

Por lo que, conforme a la definición del aseguramiento en salud, **LAS ASEGURADORAS EN SALUD** son las responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, las que responderán por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida del asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Los aseguradores en salud deben coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudente en todos los contratos, y, además, actuar con buena fe; si esto se aplica no tiene por qué presentarse problemas en la atención de los servicios de salud. Lo que sí no se puede es desplazar la falta de diligencia al paciente para que pague, ya que todos somos pacientes potenciales, y lo que se está haciendo es proteger a la sociedad.

Los aseguradores en salud deberán exigirles a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen. Se entiende que toda actividad, procedimiento e intervención en salud tienen un protocolo y si estos se siguen disminuyen las responsabilidades y establecen una forma de salir a la defensa, en estos casos. El deber no es solo hacer la actividad, procedimiento o intervención, sino también todo lo correspondiente para que sea exitosa.

Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, los aseguradores en salud incorporaran, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de los aseguradores en salud de acuerdo con lo definido en el artículo 50 del Decreto 1011 de 2006.

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador no el prestador, todo esto derivado de la responsabilidad contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida del asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del CONTRATO DE ASEGURAMIENTO.

La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable CONTRACTUAL, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el ASEGURADOR, los elementos clave de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad, o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud.

De esta manera, las aseguradoras en salud, son las directamente responsables en la garantía de la prestación del servicio médico asistencial, en virtud del contrato de aseguramiento.

2.4. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO.

Narra la señora Marleny Ramírez Muñoz que el 25 de noviembre de 2014, llegó a la Clínica Partenón, con fuerte dolor abdominal, después de haber tenido desmayo, vómito y soltura en casa, siendo atendida en urgencias y dejado en observación, colocándole suero y medicamentos. Al día siguiente le practicaron cirugía general de vesícula, permaneciendo hospitalizada hasta el 27 de noviembre de 2014. Los costos de la cirugía y hospitalización le fueron cobrados por la mencionada Clínica al momento de egresar, toda vez que la EPS no pagó dicho servicio.

Al descorrer el traslado de la demanda, el apoderado de Famisanar Ltda., se opuso a la solicitud de la peticionaria, manifestó, en síntesis, lo siguiente respecto de los hechos de la demanda:

- (i) No le constan los hechos narrados por la demandante, por lo que se atiene a lo que aparezca en la historia clínica;
- (ii) La usuaria se afilió el veinticinco (25) de noviembre de 2014, por lo que contaba con cobertura de urgencias sólo a partir del veintiséis (26) del mismo mes y año, tal y como lo señala el artículo 74 del Decreto 806 de 1998;

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

- (iii) No procede el reembolso por haberse radicado la solicitud superando el término de ley;
- (iv) La usuaria se afilió como dependiente del empleador José David Álvarez Higuera, el 25 de noviembre de 2014, misma fecha de ingreso por atención de urgencias a la IPS Clínica Partenón, razón por la cual el pago de los aportes a salud sería realizado por el empleador al mes siguiente de la fecha de la afiliación;
- (v) Revisado el sistema de referencia y contra referencia no se encontró petición alguna por parte de la Clínica Partenón;
- (vi) Propone como excepción de fondo el cobro de lo no debido, y la no vulneración de la garantía de acceso para la prestación de los servicios de salud de acuerdo a lo establecido normativa y legalmente.

Por su parte, la Clínica Partenón contestó el requerimiento efectuado de oficio por este Despacho, señalando lo siguiente:

- (i) La paciente ingresó a la Clínica Partenón el día veinticinco (25) de noviembre de dos mil catorce (2014) por el servicio de urgencias; anexa epicrisis y nota de ingreso por urgencias.
- (ii) La Clínica Partenón Ltda., realizó el proceso de verificación de derechos del usuario, identificando que la paciente figuraba retirada de la EPS FAMISANAR LTDA., según comunicación con la EPS (Janeth Cuenca), paciente retirada desde el 24 de septiembre de 2014, sin derecho a protección laboral, al momento de informar al familiar manifiestan que tienen una afiliación del 25 de noviembre de 2014, pero indican que quedará activa después de tres días de afiliación, se le indica que debe cancelar como particular.
- (iii) Se informó a EPS FAMISANAR LTDA., quien mediante la funcionaria Janeth Cuenca refiere que la paciente fue retirada desde el 24 de septiembre de 2014, sin derecho a protección laboral.
- (iv) La IPS no realizó el trámite de remisión del paciente ya que se contaba con la capacidad para atenderlo.
- (v) Los costos de los servicios médicos prestados al paciente ascendieron a la suma de \$5.351.766,00.

Vista la historia clínica de la paciente Marleny Ramírez Muñoz, es evidente que el ingreso de la misma a la Clínica Partenón Ltda., de Bogotá, el 25/11/2014, se dio por un cuadro clínico de 3 días de evolución de dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho que se asocia a múltiples episodios eméticos, lo cual constituye una urgencia, tal y como lo informó la Clínica Partenón.

Ahora bien, claro es que el debate jurídico en este evento se centra en determinar si EPS FAMISANAR LTDA., está obligada a reconocer y pagar a la usuaria los gastos que ella canceló a la Clínica Partenón por la atención por la hospitalización hasta el 27 de noviembre de 2014 y cirugía practicada el 26 del mismo mes y año, teniendo en cuenta que, al verificar los derechos de la usuaria, la EPS FAMISANAR LTDA.. comunicó al prestador que la señora Marleny se encontraba retirada desde el 24 de septiembre de 2014, sin

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

derecho a protección laboral, situación que les fue informada a los familiares, quienes manifestaron que tenían una afiliación de ese mismo día (25 de noviembre de 2014).

Por "atención de urgencias" y "atención inicial de urgencias", se entiende, según la definición traída por el artículo 8° de la Resolución 5521 de 2013, norma vigente para la época de los hechos, lo siguiente:

"5. Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

(...)

7. Atención inicial de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

a) La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.

b) La realización de un diagnóstico de impresión.

c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia".

Como bien se sabe, la atención inicial de urgencias debe ser brindada en forma obligatoria por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud sean estas públicas y privadas y su cobertura debe ser asumida por las Entidades Promotoras de Salud.

De acuerdo a las definiciones, la atención inicial de urgencias comprende las acciones realizadas a una persona con una patología de urgencia que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido para recibir su tratamiento posterior definitivo.

La estabilización de signos vitales implica realizar al paciente las acciones *tendientes* a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación y quien puede determinar hasta qué momento los signos vitales están con el mínimo riesgo de muerte o complicación es el médico tratante, quien por su conocimiento técnico científico y por la evaluación integral del paciente puede determinarlo; por lo tanto, a quien le corresponde establecer hasta dónde va la atención inicial de urgencia es al médico tratante.

Ahora bien, respecto a la cobertura de la atención de urgencias, se debe precisar que, con relación al trabajador dependiente, el ingreso de un aportante o de un afiliado, tendrá efectos para la entidad administradora que haga parte del Sistema desde el día siguiente a

| | | | | |
|---|----------------|---|----------------|--------|
|  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

aquél en el cual se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta, debidamente diligenciado, el formulario de afiliación, según lo contemplado por el inciso 1° artículo 74 del Decreto 806 de 1998, y el inciso 1° del artículo 41 del Decreto 1406 de 1999. Mientras no se entregue el formulario a la administradora, el empleador asumirá los riesgos correspondientes, de conformidad con el inciso 2° del artículo 41 del Decreto 1406 de 1999.

Durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, conforme a lo establecido por el inciso 1° artículo 74 del Decreto 806 de 1998, el inciso 3° del artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, y el inciso 1° del artículo 12 del Decreto 783 de 2000, modificatorio del artículo 10° del Decreto 047 de 2000. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva, tal y como lo establece el inciso 1° artículo 74 del Decreto 806 de 1998, y el inciso 3° del artículo 41 del Decreto 1406 de 1999.

En el caso concreto es evidente que la Clínica Partenón realizó la atención inicial de urgencias de la señora Marleny Ramírez Muñoz, procediendo a la estabilización de sus signos vitales, la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato, tal y como se desprende de la historia clínica en donde se avizora que, tras la realización de una serie de procedimientos médicos, se le determinó la necesidad de hospitalizarla y realizarle una cirugía, la cual se programó y realizó el 26 de noviembre de 2014.

En este punto del análisis es pertinente señalar que, conforme a lo normado en los artículos 11, 12 y 13 del Decreto 4747 de 2007, las IPS está en el deber de verificar los derechos de los usuarios, esto es, determinar la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad; una vez efectuado tal procedimiento, deberá informar a la entidad responsable del pago, el ingreso del paciente al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención.

Para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto.

Así las cosas, advierte este Despacho que, en el *sub júdice*, no resulta procedente el reembolso deprecado por la accionante, toda vez que la EPS solamente estaba obligada a cubrir la atención inicial de urgencias durante los primeros treinta (30) días de afiliación, no así la hospitalización y posterior cirugía programada que se debe entender como un servicio posterior a la atención inicial de urgencias, situación que le fue comunicada a la EPS, quien se negó a autorizarla teniendo en cuenta que la usuaria tan solo se afilió a dicha EPS el mismo día que acudió de urgencia a la Clínica Partenón.

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS | CÓDIGO | PJFL02 |
| | FORMATO | FALLO EXP. J-2015-0712 | VERSIÓN | 1 |

3. DECISIÓN.

En mérito de lo expuesto, la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

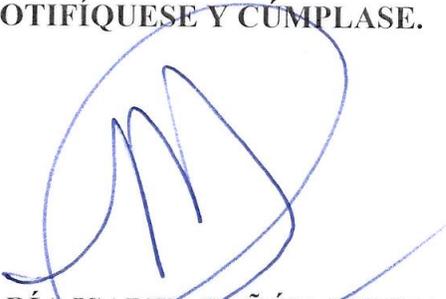
PRIMERO: RECONOCER PERSONERÍA para actuar al doctor JAIRO ANTONIO MORENO MONSALVE, identificado con cédula de ciudadanía No. 79'599.250 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 156.625 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderado judicial de FAMISANAR LTDA. - COLSUBSIDIO EPS.

SEGUNDO: NO ACCEDER a la pretensión incoada por la señora MARLEN RAMÍREZ MUÑOZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 40.765.117, en contra de EPS FAMISANAR LTDA. -COLSUBSIDIO, por los argumentos expuestos en la parte considerativa de la presente providencia.

TERCERO: IMPUGNACIÓN. Contra la presente providencia procede el recurso de apelación por ante la SALA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL correspondiente al domicilio del apelante, el cual deberá presentarse en este Despacho, dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de la notificación, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 126 de la Ley 1438 de 2011.

CUARTO: NOTIFICAR la presente decisión por el medio más expedito, al representante legal o quien haga sus veces de EPS FAMISANAR LTDA. - -COLSUBSIDIO, y a la señora MARLEN RAMÍREZ MUÑOZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 40.765.117.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



MARÍA ISABEL CAÑÓN OSPINA
SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y
DE CONCILIACIÓN

Proyectó: SMA
 Revisó y corrigió: Simón Bolívar Valbuena 

