



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
DE BOGOTÁ D.C. SALA LABORAL**

MAGISTRADO PONENTE: RAFAEL MORENO VARGAS

Trece (13) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

**PROCESO SUMARIO adelantado por MIGUEL SENÉN CUESTA LOZANO
contra la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
SOCIAL Y OTROS. RAD. 11001 22 05 000 2021 01015 01.**

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede la Sala Cuarta de Decisión a resolver los recursos de apelación interpuestos por las demandadas, en contra la sentencia del veinticuatro (24) de agosto de 2020, dictada por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

ANTECEDENTES

El señor **MIGUEL SENÉN CUESTA LOZANO**, pretende se condene a la **FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL**, a pagar la suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS (\$4'441.680), por concepto de gastos en los que incurrió por compra de medicamentos ordenados por el médico tratante y que fueron solicitados ante la IPS accionada, la cual no los despachó.

Como fundamento de sus pretensiones, explicó en síntesis que, padece enfermedad que le produce una incontrolable picazón en todas partes del cuerpo, la cual le causa múltiples descamaciones y laceraciones sangrantes; que a raíz de dicha patología, le fue prescrito por el especialista tratamiento con el medicamento “Acitretina”, el cual debe tomar diariamente y no debe ser suspendido, pues su suspensión acarrearía reiniciar el tratamiento, más el agravante de que se prolongarían los efectos que produce tal medicina, como es altos niveles de azúcar, triglicéridos, colesterol, hipertensión, ácido úrico, entre otros.

Agregó que, por tratarse de una persona mayor, al ver que la demandada **FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL**, no le despachaba los medicamentos, tuvo que comprarlos por sus propios medios y a través de préstamos (fls. 1-3).

La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud, mediante auto del veintiséis (26) de octubre de 2018, admitió la presente demanda, y ordenó vincular a la **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** y al **MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, concediéndoles el termino de tres (03) días para su contestación (fls. 32).

CONTESTACION DE LA DEMANDA

La demandada **FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL**, se opuso a las pretensiones del accionante, manifestando que éste no presentó las cargas previstas en el manual del usuario, que indican que si la IPS no hace entrega de los medicamentos formulados dentro de las veinticuatro (24) horas, el beneficiario podrá comprarlo, y el valor deberá ser reembolsado por el contratista; pero que, para el pago del reembolso, deberá presentar recobro con copia de la formula médica, con el pendiente de farmacia y la factura original, teniendo que informar dentro de los ocho (08) días siguientes a la no entrega del medicamento, y radicar solicitud de reembolso a los quince (15) días siguientes a la no entrega oportuna del mismo. Es así que señaló que, en el presente caso, únicamente procedía el reconocimiento por el medicamento “Icetetrina 10mg capsulas”, por cuanto evidenció que el actor realizó trámite de reembolso en marzo de 2017. Para finalizar, arguyó que, al usuario se le otorgaron los tratamientos idóneos para sus dolencias, los cuales no fueron aceptados por él y además no agotó el debido proceso. Propuso las excepciones denominadas: **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A REEMBOLSAR NI A SUMINISTRAR, EXCEPCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 281 C.G.P.** (Cd a folios 48).

Por su parte, el vinculado **MINISTERIO DE EDUCACIÓN – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.**, dio contestación a la demanda, aduciendo que no es el llamado a responder por los inconvenientes ocasionados por los servicios de salud que se le presta a los docentes y beneficiarios del Magisterio, dado que dicha

responsabilidad ha sido trasladada a las Uniones Temporales contratadas para prestar tal servicio, y que por lo tanto, son esos entes los que deben brindar respuesta y solución a los inconvenientes del demandante. Propuso como excepciones las siguientes: FALTA DE CAPACIDAD JURÍDICA y PRINCIPIO DE BUENA FE (Cd a folios 48).

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El veinticuatro (24) de agosto de 2020, la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda del actor MIGUEL SENÉN CUESTA LOZANO, y en consecuencia, ordenó a la demandada FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, reconocer y pagar al demandante la suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO VEINTE PESOS (\$2'961.120), en el término de cinco (05) días, contados a partir de la ejecutoria de la presente providencia. Adicionalmente, ordenó a la vinculada FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., en su calidad de vocera y administradora de los recursos del FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, a cuyo cargo están las prestaciones de los servicios medico asistenciales de los docentes y sus beneficiarios, que en el caso que la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, no realice el pago dentro de los términos señalados, proceda a descontar dicha suma del contrato suscrito con esta, y efectuando el reconocimiento y pago de la suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO VEINTE PESOS (\$2'961.120) en favor del demandante, igualmente, dentro de los cinco (05) días siguientes.

Para llegar a la anterior conclusión, señaló en primer lugar que tanto el MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, como la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., están llamadas a responder por las pretensiones del actor. Señaló que la dilación injustificada en la entrega de medicamentos, vulnera los derechos fundamentales de los usuarios a la salud, la integridad personal, dignidad humana y a la vida, y a su vez desconoce los principios de integralidad y continuidad en la prestación del servicio de salud, de manera que el demandante al haber solicitado la entrega de medicamentos de manera oportuna el 29 de marzo de 2017, y al haber solicitado el reembolso el 14 de noviembre del mismo año, cumpliendo con el requisito señalado por la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL. Por lo tanto, consideró que la demandada, faltó a su deber de

diligencia y oportunidad en las actuaciones administrativas de gestionar y llevar a cabo el suministro de medicamentos ordenados por el médico tratante, incumpliendo igualmente, su deber de aseguramiento en salud.

En cuanto a la responsabilidad de la FIDUPREVISORA S.A., manifestó que como entidad vocera y administradora del FOMAG, en caso de que la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL no realice el pago al demandante, deberá realizar el descuento sobre el contrato suscrito con esta, con la finalidad de responder por la obligación dineraria que se encuentra a cargo del FOMAG (fls. 49-58).

RECURSO DE APELACIÓN

La vinculada **FIDUPREVISORA S.A.**, inconforme con la anterior decisión, solicitó fuera revocada la misma, manifestando que no es la legitimada para la prestación de los servicios de salud ni la llamada a realizar los pagos al demandante, como quiera que no está dentro de sus funciones ya que la misma está reservada para las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las empresas sociales del estado y demás entidades del Estado que conforman el sistema de seguridad social en salud en Colombia. Así entonces, señaló que en la actualidad hay una imposibilidad material para realizar el descuento ordenado como quiera que el contrato no se encuentra vigente, pues está en liquidación.

Al respecto, explicó que la FIDUPREVISORA S.A. suscribió contrato de prestación de servicios con FOMAG, el día 30 de abril de 2012, el cual se dio por terminado el 22 de noviembre de 2017, por lo que existe imposibilidad de la FIDUPREVISORA S.A. como vocera y administradora del FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, siendo entonces la responsabilidad únicamente respecto de la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL (fls. 68-70).

Asimismo, la demandada **FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL**, presentó recurso de apelación, donde en síntesis manifestó que el paciente siempre fue atendido de manera oportuna, eficaz y eficiente por parte de la IPS, autorizando todas las órdenes, traslados, hospitalizaciones medicamentos, y que no existe prueba alguna que indique que se le hayan negado autorización

alguna. Referente al medicamento, señaló que el reembolso no es procedente como quiera que la decisión del paciente de adquirirlo fue por cuenta propia.

Por lo anterior, solicitó revocar la sentencia de primera instancia, al considerar que el demandante no cumplió con la presentación del recobro ante la entidad, situación que el actor conocía porque ya había solicitado reembolsos anteriormente en marzo de 2017 (fls. 76-77).

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico que habrá de resolver la Sala se circunscribe a establecer si procede el reembolso de los dineros en que incurrió el demandante MIGUEL SENÉN CUESTA LOZANO, como consecuencia de no recibir, oportunamente, medicamentos esenciales. Asimismo, se estudiará si las condenas impuestas, en caso de no ser satisfechas por la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, deberán ser canceladas por la FIDUPREVISORA S.A., como vocera y administradora del FOMAG, previo descuento a la fundación demandada.

CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, pues en virtud del artículo 116 constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud fue investida de funciones jurisdiccionales por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por la ley 1949 de 2019, (artículo 6) disponiéndose para estos efectos, el procedimiento establecido en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998, modificado por el artículo 52 de la Ley 510 de 1999, tal y como fue decidido por la Corte Constitucional en sentencia C 119 de 2008.

Así mismo, considera la Sala de Decisión que si bien el presente proceso es de carácter sumario y cuya competencia ha sido otorgada a la Superintendencia de Salud por disposición de la Ley 112 de 2007, estas condiciones especiales no son óbice para desconocer la aplicación de las normas procesales establecidas en el CGP y aplicables al caso, por cuanto recordemos que el artículo 13 de la norma en comento ha establecido que las normas procesales son de orden público y, por consiguiente, de obligatorio cumplimiento; y a su turno el artículo 117 ibídem consagra que los términos son perentorios e improrrogables.

Pues bien, descendiendo al caso bajo estudio para dirimir la controversia traída a los estrados, observa la Sala de Decisión que el apoderado de la demandada FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, en su escrito de impugnación señaló que al demandante se le prestaron los servicios de manera oportuna, y que no existe prueba de que se le hayan negado, igualmente, señala que el señor CUESTA LOZANO, no solicitó los reembolsos que en esta oportunidad pretende, hechos que no permiten acceder a su petitum en atención a que no cumple con los requisitos establecidos en la Guía del usuario de FOMAG, tal como pasa de verse:

“En caso de no entregar los medicamentos dentro de las 24 horas, el afiliado o sus beneficiarios, lo podrán comprar y el valor del mismo deberá ser reembolsado por el prestador de salud.

Para el pago del reembolso por parte del Prestador de salud, el afiliado al FNPSM o el beneficiario, deberá presentarse recobro soportado con copia de la fórmula médica expedida por cualquier IPS o médico que pertenece a la red del prestador, con el pendiente de la farmacia y la factura original.

El usuario deberá informar en forma directa o a través de terceras personas, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la no entrega del medicamento. Así mismo, deberá radicar la solicitud de reembolso dentro de los quince (15) días siguientes a la no entrega oportuna del medicamento.

Este valor del reembolso a los afiliados y beneficiarios deberá ser cancelado dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta. En caso que el prestador de salud no realice el pago respectivo será descontado en el mes siguiente de la capitación al prestador de salud.

Requisitos para la solicitud de reembolsos

- *Carta de solicitud*
- *Original de la factura*
- *Copia de la historia clínica del caso*
- *Demás soportes que considere pertinentes.”*

Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala de Decisión procedió a verificar el material probatorio aportado por las partes encontrando que el señor MIGUEL ZENÉN CUESTA LOZANO, se encuentra afiliado al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO FOMAG-, que el médico tratante DR. JONATHAN ARGUELLO, ordenó tratamiento con el medicamento “ACITETRINA 10mg”, debido a la patología “PITIRIASIS RUBRA PILARIS”, la cual le provoca intenso picazón con laceraciones y heridas en la piel; no obstante lo anterior, señaló el demandante que estos medicamentos no fueron entregados oportunamente, situación que puso en riesgo la evolución de su recuperación, ya que al abandonar el tratamiento por un largo tiempo, deberá volver a empezarlo, además, que dicho medicamento puede llegar a producir alza en los niveles de azúcar,

triglicéridos, colesterol, ácido úrico, y producir hipertensión, al ser ingerido prolongadamente. Que como consecuencia de ello, se vio en la obligación de adquirir los medicamentos de manera particular, para lo cual realizó dos compras, una en marzo de 2017 y otra en julio del mismo año, por valor de UN MILLÓN CUATROCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS (\$1'480.560) cada una, para un total de DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO VEINTE PESOS (\$2.961.120)

De lo anterior, es claro para la Corporación que el demandante padece enfermedad denominada "PITIRIASIS RUBRA PILARIS", y que para el tratamiento de dicha patología, le fueron formulados los siguientes medicamentos: 180 capsulas de NEOTIGASÓN (Acitetrina 10mg), protector solar, 9 tubos de UREADIN RX10 PLUS, 1 tubo de BARIDERM LABIOS, y 1 UMECTA GEL SINDEY; medicamentos que no fueron entregados al actor por parte de la FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, sin justificación válida, lo que conllevó a que el los sufragara de su propio peculio, situaciones que permiten inferir que la pasiva ha incumplido con su obligación de prestar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y de calidad, tal y como lo ha considerado la Corte Constitucional en sentencia T 163 de 2013, en la que indicó lo siguiente:

"Las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran. Por esta razón, ha dicho que una entidad viola el derecho a la salud en cualquiera de los regímenes previstos en la Ley 100 de 1993, si se constata que ha negado la autorización de un servicio incluido en el plan obligatorio, o un servicio excluido de él. En este último caso, ello se justifica en las ocasiones en que el servicio ha sido ordenado por el médico tratante, su realización implica la vida y la integridad de quien lo requiere, y no puede ser sustituido por otro que haga parte del plan obligatorio. La prestación del servicio de salud debe ser oportuna, eficiente y de calidad.

*Estos componentes del derecho a la salud se desconocen principalmente cuando el servicio ha sido autorizado por la entidad prestadora de salud pero la persona no tiene acceso material a él, en el momento y las condiciones necesarias para que contribuyan efectivamente a la recuperación o control de la enfermedad. La Corte ha dicho que **el servicio debe prestarse en un tiempo y modo conveniente. De lo contrario se amenaza gravemente la salud de la persona que deberá someterse, por ejemplo, a un intenso dolor o al deterioro de su patología.**" (Negrilla de la Sala)*

En el mismo sentido se pronunció la misma Corporación en sentencia T 195 de 2010, en la que razonó lo siguiente:

"4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud que se requieran, con calidad, eficacia y oportunidad

Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.

Por consiguiente, “si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.”

Ahora bien, este derecho que tienen los usuarios del sistema de seguridad social en salud, implica que el acceso al servicio se realice de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Así, en los eventos en los que un servicio médico que se requiera - incluido en el POS – haya sido reconocido por la entidad en cuestión pero su prestación no se garantizó oportunamente, generando efectos tales en la salud, como someter a una persona a intenso dolor, se presenta una violación del derecho a la salud y el mismo debe ser objeto de tutela por parte del juez constitucional. En ese sentido, cuando “el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente.”

De forma similar, esta Corporación ha enfatizado en que los servicios de salud que se presten a los usuarios deben ser de calidad.

(...)

El principio de integralidad, desarrollado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, ha sido asociado con la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante. Al respecto ha dicho esta Corporación que “(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”

(...)

La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que

demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas. (Negrilla de la Sala)."

Así pues, es claro para la Sala de Decisión que con las pruebas aportadas al proceso se ha logrado acreditar la negligencia por parte de la FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, en la autorización y entrega de los medicamentos NEOTIGASÓN (Acitetrina 10mg), protector solar, UREADIN RX10 PLUS, BARIDERM LABIOS y UMECTA GEL SINDEY, que debía proporcionar al señor MIGUEL ZENÉN CUESTA LOZANO, como beneficiario y afiliado, pues se vio obligado a comprar los medicamentos con su propio dinero, dado que la demandada no entregó los mismos dentro de la oportunidad pertinente.

Aunado a ello, se evidencia que el 14 de noviembre de 2017, el demandante envió memorial solicitando el reembolso por los medicamentos que se vio obligado a comprar de manera particular, ante la FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, remitido vía correo terrestre INTERRAPIDÍSMO, tal como se observa a folios 40-43. Dicho lo anterior, no es cierto que el paciente no haya solicitado el reembolso por la compra de las medicinas que le habían sido formuladas por su médico tratante ni que las haya comprado por capricho, pues contrario a ello, al encontrarse desprotegido y en recuperación por la enfermedad antes mencionada, ejecutó las acciones oportunas que cualquier paciente dentro de su urgencia hubiese hecho ante una enfermedad que debía ser atendida de manera prioritaria.

Conforme a ello, es claro entonces que la FUNDACIÓN MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, no actuó con la suficiente diligencia al dejar de entregar los medicamentos en las oportunidades descritas, incluso en la misma Guía del Usuario (CD a folio 48, contestaciones), siendo la IPS traída a juicio la responsable de tal urgencia y de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios suministrados al paciente, así como de la entrega de medicamentos, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional.

En esa dirección, debe señalarse que a juicio de esta Sala de Decisión, resulta más que incomprensible que ante los padecimientos de salud del demandante, además de su avanzada edad, la demandada no hiciera la entrega de los medicamentos, ni cumpliera con los deberes que se le han impuesto como prestadora del servicio de salud, tal circunstancia derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio

prestado por ella, por lo que no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, fundando su defensa en que el demandante nunca informó del retardo en la entrega ni solicitó el reembolso que hoy se pide.

De igual forma, debe precisarse, que la Guía del Usuario allegada como prueba con las contestaciones de demanda (CD folio 48), señala que se deberán reconocer los gastos en que haya incurrido el usuario por cuenta propia, es decir, que dicha norma establece que el reembolso corresponde a los gastos totales que acredite en debida forma el usuario, que para el caso bajo estudio se demuestran con las facturas de aportadas por la demandante dentro del plenario (fls. 14, 20, 45), en donde se avizora que incurrió en gastos médicos por la suma total de DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO VEINTE PESOS (\$2'961.120), pues se itera, la entidad no actuó conforme a los principios de oportunidad, eficiencia, eficacia, accesibilidad y continuidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; y en esa medida entiende la Sala de Decisión que dichos gastos médicos fueron debidamente soportados, razón por la cual siendo esta la suma sufragada por el usuario, es procedente que se efectuó su devolución íntegra, el cual se derivó de la omisión e incumplimiento de la IPS, al no dar el tratamiento adecuado a su paciente, máxime que la demandada dentro del trámite de este juicio sumario no demostró la autorización y entrega de los medicamentos, y no aportó prueba alguna que así lo evidenciara, carga incumplida que conlleva a que se aplique el sucedáneo procesal en su contra (artículo 167 del CGP).

En cuanto a la inconformidad presentada por parte de la FIDUPREVISORA S.A. como vocera y administradora del FOMAG, ante la condena impartida por el juez de primera instancia referente a que en el caso que la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, no realice el pago dentro de los términos señalados, proceda a descontar dicha suma del contrato suscrito con esta, y efectuando el reconocimiento y pago de la suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO VEINTE PESOS (\$2'961.120) en favor del demandante, igualmente, dentro de los cinco (05) días siguientes.

Para fundamentar su inconformidad, el apoderado de la vinculada FIDUPREVISORA S.A., señaló que existía una imposibilidad jurídica para cumplir con lo ordenado, como quiera que el contrato suscrito con la UNIÓN TEMPORAL MAGISTERIO REGIÓN 4, se encontraba finalizado desde el 22 de noviembre de 2017 y en estado de liquidación, situación que le impedía realizar el descuento a la

FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL para posteriormente pagar al demandante; sin embargo, de las pruebas allegas al plenario en su debida oportunidad procesal, no se observa que haya sido remitido copia de Liquidación del Contrato No. 20190182896901 del 18 de diciembre de 2019, como adujo el apoderado, situación que no permite a esta Corporación corroborar la información por el aducida, y en consecuencia, tal argumento no es válido.

Ahora bien, a fin de establecer la responsabilidad de la vinculada en el pago de las condenas aquí impuestas, se procedió a la verificación de la Guía del Usuario visible en el cd de contestaciones a folio 48 del paginario, de donde se desprende que en efecto en la misma se dispuso que ante el incumplimiento por parte de la IPS en los pagos dentro de los términos oportunos, debería intervenir la FIDUPREVISORA S.A., realizando el pago correspondiente, previo descuento a la Institución Prestadora del Servicio de Salud, tal como pasa de verse:

“Para efectos de pago, el prestador de salud se obliga a cancelar dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la factura, los valores correspondientes a la atención. Queda entendido, y así lo autoriza el Prestador de salud con la suscripción del contrato, que FIDUPREVISORA S.A. descontará la suma facturada cuando se supere el plazo establecido.”

Es por esto, que para esta Sala de Decisión no es de recibo lo manifestado por el apoderado de la vinculada, ya que conforme fue explicado por la Juez de primera instancia, en atención a lo señalado en la Guía de Usuario FOMAG, ante el no pago por parte de la IPS demandada, le corresponderá a la FIDUPREVISORA S.A. en su calidad de vocera y administradora asumir el pago, a fin de responder por la obligación dineraria que se encuentra a cargo del FOMAG.

Corolario de todo lo anterior, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso la devolución en favor de la parte actora de los gastos en que incurrió para la compra de medicamentos, obligación que se encontraba en cabeza de la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, y asimismo, se logró establecer la responsabilidad de la FIDUPREVISORA S.A. como vocera y administradora del FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, razón por la cual se confirma la decisión impugnada.

Sin costas en esta instancia por considerar que no se causaron.

DECISIÓN

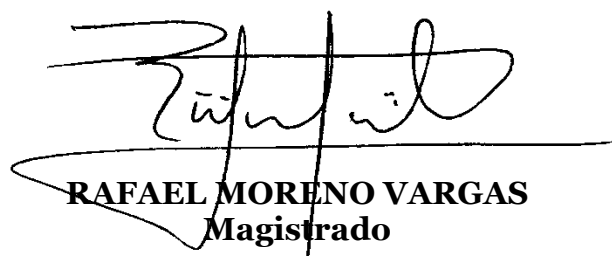
En mérito de lo expuesto, la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, administrando justicia, en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la decisión recurrida, proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud, de fecha veinticuatro (24) de agosto de 2020, de conformidad con razones expuestas en la parte motiva de la sentencia.

SEGUNDO: Sin costas en ésta instancia por considerar que no se causaron.

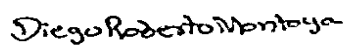
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



RAFAEL MORENO VARGAS
Magistrado



DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO
Magistrado



DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN
Magistrado

Firmas escaneadas según artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo de 2020