

Sentencia T-029/08

ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES-Obligaciones

ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES-Calificación de patologías

DERECHO DE PETICION-La empresa aseguradora le informó al peticionario que la atención asistencial para su diabetes deberá ser prestada por la EPS a la cual está afiliado y no por la ARS

En relación con la alegada violación del derecho de petición, encuentra la Sala que durante el trámite de la acción de tutela la entidad demandada demostró que sí le dio respuesta dentro de los términos legales a la solicitud formulada por el accionante. La Directora Nacional de Cuidado Integral de dicha entidad le informó al peticionario que la atención asistencial que demanda para tratar su enfermedad, debe ser brindada por la empresa prestadora de servicios de salud a la cual se encuentra afiliado, ya que la diabetes mellitus no es una contingencia que se encuentre cubierta por el sistema de riesgos profesionales. La respuesta dada por la accionada cumple con los requisitos exigidos por la jurisprudencia constitucional en materia de resolución de derechos de petición, estos son, el hecho de que ella debe contener una decisión “de fondo, clara, precisa y de manera congruente con lo solicitado”.

DERECHO A LA SALUD-Del acervo probatorio no se desprende que el actor sufra de ninguna patología que guarde relación con el accidente de trabajo que sufrió hace varios años

ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES-Ha brindado al actor toda la atención médica requerida para tratar las consecuencias del accidente de trabajo sufrido hace varios años

La entidad accionada no ha vulnerado con su actuación los derechos fundamentales del actor, ya que le ha brindado toda la atención médica que ha requerido para tratar las consecuencias del accidente de trabajo que sufrió en el año dos mil tres (2003), sin que presente en la actualidad nuevas secuelas que se encuentre obligada a atender, por lo que no existe razón alguna que justifique que mediante la acción de amparo constitucional se le ordene a la entidad accionada el cubrimiento de la asistencia en salud que el actor ahora demanda.

INDEMNIZACION DE PERJUICIOS-Improcedencia de tutela

Referencia: expediente 1.460.058

Accionante: Luis José Martínez Puche.

Demandado: Liberty Seguros de Vida S.A.

Magistrado Ponente:

Dr. RODRIGO ESCOBAR GIL

Bogotá, D.C., veintitrés (23) de enero de dos mil ocho (2008).

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Rodrigo Escobar Gil, Mauricio González Cuervo y Marco Gerardo Monroy Cabra, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente,

SENTENCIA

en el proceso de revisión del fallo de tutela proferido por el Juzgado Octavo Penal Municipal de Barranquilla, en relación con la acción de amparo constitucional instaurada por Luis José Martínez Puche contra Liberty Seguros de Vida S.A.

I. ANTECEDENTES.

1. La solicitud.

El señor Luis José Martínez Puche presentó acción de tutela contra Liberty Seguros de Vida S.A., por considerar que esta entidad vulneró sus derechos fundamentales a la seguridad social y de petición.

2. Hechos relevantes.

2.1. El accionante, quien en la actualidad tiene 34 años de edad, sufrió un accidente de trabajo en el mes de marzo del año 2002, que le conllevó una fractura en los dedos 3°, 4° y 5° de su mano izquierda.

2.2. La Junta Regional de Calificación de Invalidez, mediante Dictamen No. 2080 del primero (01) de abril de dos mil tres (2003), determinó que el actor presentaba una pérdida de capacidad laboral del diecisiete punto ochenta y ocho por ciento (17.88%).

Sin embargo, apelada dicha decisión por el accionante, la Junta Nacional de Calificación de Invalidez a través de Dictamen No. 3325 de treinta (30) de septiembre de dos mil tres (2003), estableció que la pérdida de capacidad laboral del accionante es de un quince punto tres por ciento (15.3%).

2.3. La Administradora de Riesgos Profesionales Liberty, atendió en su oportunidad las prestaciones asistenciales y económicas a que tenía derecho el accionante, lo que incluyó tanto servicios de diagnóstico, asistencia quirúrgica y programas de rehabilitación, como una indemnización por incapacidad permanente parcial por la suma de dos millones ciento ochenta mil novecientos cuarenta y nueve pesos (\$2.180.949).

2.4. Según afirma el accionante, las lesiones de su mano izquierda se han visto agravadas debido a que sufre de diabetes, razón por la cual el quince (15) de mayo de dos mil seis (2006) presentó derecho de petición a la entidad accionada para solicitar los servicios médicos asistenciales que requiere. Sin embargo, el actor manifiesta que hasta la fecha en que interpuso la acción de tutela, la entidad accionada no ha dado respuesta a su petición.

3. Fundamentos de la acción.

El demandante manifiesta que las heridas que presenta en su mano izquierda como secuelas del accidente de trabajo que sufrió, se han visto agravadas por su condición de diabético, razón por la cual en este momento se encuentran gravemente infectadas y, en consecuencia, está en riesgo de perder los dedos “por gangrena”, razón por la cual requiere con urgencia que la entidad accionada le brinde la atención en salud que su condición demanda.

Adicionalmente, en el escrito de tutela el demandante afirma que la entidad accionada no dio repuesta al derecho de petición que presentó el día quince (15) de mayo de dos mil seis (2006).

4. Pretensiones del demandante.

El demandante solicita al juez de tutela que le sean amparados los derechos fundamentales

invocados, de tal manera que se ordene a la entidad accionada que “en un tiempo no mayor de 48 horas atienda el estado de mi mano, la cual puedo perder ya que además de las heridas sufro de diabetes”1.

5. Oposición a la demanda de tutela.

En respuesta al requerimiento judicial, el Gerente Regional de la Zona Norte de Liberty Seguros S.A. sostuvo que el día primero (1°) de junio de dos mil seis (2006) se le dio respuesta al derecho de petición formulado por el accionante, a través del Oficio JURIDP 100072-889, en el cual la Directora Nacional de Cuidado Integral de la ARP Liberty le informó al actor que la atención en salud que demanda para el tratamiento de la diabetes mellitus que lo aqueja debe ser prestada por la E.P.S. a la que se encuentra afiliado y no por la entidad que representa, ya que se trata de un padecimiento que no está relacionado con el evento reportado en el mes de marzo del año dos mil tres (2003) y, por tanto, se trata de una patología de origen común, no profesional.

Por tal razón, afirma que la presente acción de tutela es improcedente, en tanto la entidad que representa dio respuesta a todas las solicitudes presentadas por el actor.

Adicionalmente, sostiene que la razón social ARP Liberty -a la cual el demandante dirigió la presente acción- no existe, ya que el servicio de riesgos profesionales es un producto adscrito a la compañía Liberty Seguros de Vida S.A., razón por la cual, en este asunto, no existe legitimación en la causa por pasiva.

II. DECISIÓN JUDICIAL QUE SE REVISA.

1. Decisión de primera instancia.

El Juzgado Octavo Penal Municipal de Barranquilla, mediante sentencia del treinta (30) de junio de dos mil seis (2006), decidió “declarar que en el transcurso de la presente demanda de tutela ha existido allanamiento de la parte pasiva de la acción ARP LIBERTY, a las pretensiones de respuesta del derecho de petición formulado (...)”2.

Así, en criterio del a quo, en el presente caso existe una carencia actual de objeto, como

quiera que la entidad accionada dio respuesta al derecho de petición formulado por el accionante, mediante una comunicación que resuelve de fondo la solicitud impetrada.

2. Ninguna de las partes impugnó esta decisión.

3. Material probatorio relevante en este caso.

Dentro del expediente contentivo de la presente acción de tutela, se encuentran como pruebas relevantes las siguientes:

a. Fotocopia del Oficio JUIDP 100072-889, de 1° de junio de 2006, mediante el cual la Directora Nacional de Cuidado Integral de la entidad accionada, dio respuesta al derecho de petición referido en el numeral anterior.

III. ACTUACIÓN ADELANTADA EN SEDE DE REVISIÓN

Por Auto de veintiocho (28) de febrero de dos mil siete (2007), para mejor proveer, el Magistrado ponente ordenó oficiar a la Dirección Regional del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con sede en la ciudad de Barranquilla, al representante legal de la compañía Liberty Seguros de Vida S.A. y al señor Luis José Martínez Puche, con el fin de que informaran a esta Corporación algunos datos necesarios para verificar los supuestos de hecho que originaron la acción de tutela de la referencia.

A la Dirección Regional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se la requirió para que, luego de practicados los exámenes médicos que considerara convenientes al señor Martínez Puche, emitiera un dictamen de estado de salud del paciente en el que se determinara lo siguiente:

i. El tipo de lesiones que sufre el actor en sus manos;

i. La fecha aproximada en que se produjeron las mismas;

i. La eventual relación que existe entre las lesiones que presenta en este momento y el accidente de trabajo que el actor afirma haber sufrido en el año 2003;

i. La forma en que su condición de diabético ha podido agravar dichas lesiones;

i. El estado de gravedad que reviste su situación actual.

Por su parte, a la entidad accionada se le solicitó información, por un lado, respecto de la relación del señor Martínez Puche con dicha entidad en materia de riesgos profesionales y, por el otro, con relación a la naturaleza específica de las prestaciones asistenciales y económicas que se le reconocieron al accionante en razón del accidente de trabajo que sufrió en su mano izquierda.

Finalmente, al señor Luis José Martínez Puche se le pidió informar:

i. Qué edad tiene y cuál es su estado de salud en este momento, en relación con las lesiones que alega presentar en sus manos.

i. Si se encuentra trabajando, para qué entidad y desde hace cuanto tiempo.

i. Si en este momento se encuentra afiliado a la compañía Liberty Seguros de Vida S.A. en materia de riesgos profesionales.

i. A que régimen general de salud pertenece, esto es, si está afiliado a una Empresa

Prestadora de Servicios de Salud - E.P.S. (régimen contributivo), a una Administradora del Régimen Subsidiado - A.R.S. (régimen subsidiado) o si su participación en el sistema se da en calidad de vinculado. En caso de que se encuentre afiliado a una E.P.S. o a una A.R.S., indique el nombre de la entidad y el tiempo de antigüedad en la misma.

i. Si desde el momento en que interpuso la acción de tutela, ha recibido algún tipo de atención médica para tratar las lesiones de sus dedos y, en caso afirmativo, qué entidad le prestó dicha atención y en qué consistió.

Al respecto, el Director de la Seccional Atlántico del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Norte, mediante escrito de marzo siete (7) de dos mil siete (2007)³, solicitó a esta Corporación que se le remitiera “copia del expediente del caso del señor Luis Martínez Puche que contenga historia clínica completa” y que se le ordenara al accionante que se presentara en las instalaciones de dicha entidad para efectuar los exámenes pertinentes.

De la misma manera, solicitó que, teniendo en cuenta los procedimientos que se deben seguir en estos casos, se concediera la “ampliación de términos para emitir concepto”. Frente a dicha petición, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional concedió la ampliación de términos solicitada y remitió copia simple del expediente contentivo de esta acción de tutela.

Posteriormente, el día veintiocho (28) de marzo de dos mil siete (2007) se recibió en la Secretaría de esta Corporación el Informe Técnico Médico Legal 2007C-02010102767, en el que consta el examen efectuado al señor Martínez Puche y las conclusiones a las que llegó el médico forense que realizó el mismo.

Los interrogantes planteados por esta Corporación fueron absueltos por la autoridad en mención de la siguiente manera:

i. La lesión que sufre el accionante es deformidad física y limitación funcional de los dedos 3, 4 y 5 de la mano izquierda, probablemente debido a fracturas múltiples.

i. En cuanto a la fecha en que se produjeron las mismas y la eventual relación que existe entre las lesiones que presenta en este momento y el accidente de trabajo sufrido por el actor, sostiene que estos cuestionamientos solamente pueden ser absueltos con fundamento en la historia clínica completa del actor y en la copia del reporte del accidente de trabajo, documentos que no fueron aportados al momento de efectuar el examen.

i. Con relación a la forma en que la condición de diabético del actor ha podido agravar dichas lesiones, sostiene que “no hay ninguna relación entre su posible condición de diabético y las lesiones actuales sufridas en su mano izquierda”⁴.

i. Finalmente, afirma que “no existe ningún estado de gravedad actual que ponga en peligro su vida o su miembro”⁵.

Por su parte, mediante comunicación de seis (6) de marzo de dos mil siete (2007), el representante legal de Liberty Seguros de Vida S.A. dio respuesta al requerimiento judicial, allegando diversos documentos que resuelven los interrogantes planteados.

En efecto, consta certificación expedida por la Directora Administrativa de dicha entidad, en la que se establece que el señor Luis José Martínez Puche estuvo afiliado desde el diecisiete (17) de diciembre de dos mil uno (2001) hasta el treinta (30) de abril de dos mil cuatro (2004). Así también, se aporta un listado de las prestaciones asistenciales que le fueron otorgadas al accionante, entre las cuales se encuentran servicios auxiliares de diagnóstico, asistencia médica quirúrgica, terapéutica y farmacéutica y gastos de traslado entre otros, servicios que fueron prestados entre el mes de abril del año dos mil dos (2002) hasta julio de dos mil tres (2003). En dicho documento consta, además, el pago de la incapacidad permanente parcial que la entidad realizó a favor del demandante, el cual ascendió a la suma de dos millones ciento ochenta mil novecientos cuarenta y nueve pesos (\$2.180.949) y fue cancelado el día once (11) de noviembre del año dos mil tres (2003).

Por último, mediante comunicación de veintisiete (27) de marzo de dos mil siete (2007), el

accionante respondió los interrogantes planteados. En dicha comunicación, sostuvo que:

i. Tiene 34 años de edad.

i. En la actualidad se encuentra trabajando en CAPITALIZAMOS S.A., empresa que era su empleador al momento del accidente.

i. Se encuentra afiliado a Liberty Seguros de Vida S.A. en materia de riesgos profesionales, entidad que se niega a prestarle la atención solicitada.

i. Pertenece al régimen contributivo de salud y está afiliado a la empresa prestadora de servicios de salud SANITAS desde hace seis años.

i. No ha recibido ninguna atención médica para tratar su dolencia actual.

El actor anexa además copia del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez el 18 de marzo de 2003, en el que se estableció que sufre una pérdida de capacidad laboral valorada en un diecisiete punto ochenta y ocho por ciento (17.88%).

IV. FUNDAMENTOS JURÍDICOS.

1. Competencia.

A través de esta Sala, la Corte Constitucional es competente para revisar la sentencia proferida en el proceso de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241 numeral 9º de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema Jurídico.

De conformidad con lo expuesto en el acápite de antecedentes, se le atribuye a la empresa Liberty Seguros de Vida S.A. la vulneración de los derechos fundamentales a la seguridad social y de petición del accionante, como consecuencia de la no prestación de la atención médica que el actor requiere para tratar las secuelas del accidente de trabajo que sufrió en el año 2002 y debido a la falta de respuesta a la solicitud presentada por el señor Martínez Puche para estos efectos.

Con el fin de establecer si se configuran las violaciones alegadas, esta Sala se referirá a las obligaciones de las administradoras del sistema general de riesgos profesionales, frente a la ocurrencia de las contingencias cubiertas por este régimen, para luego, con fundamento en ello, entrar a resolver el caso concreto.

3. Las obligaciones que deben asumir las Administradoras de Riesgos Profesionales; trámite de calificación de patologías.

El Sistema General de Riesgos Profesionales, como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social, tiene por objeto lograr la cobertura de las contingencias que ocurran en razón de las actividades del trabajo y que comprometen la capacidad laboral de las personas; dichas contingencias se encuentran definidas en los artículos 9 y 11 del Decreto 1295 de 1994 y son específicamente:

i. Los accidentes de trabajo, los cuales se definen como “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que sobrevenga en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte”, o aquel que ocurra “durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo” o, finalmente, el que se produzca “durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador”, y

Este sistema se encuentra regulado en la Ley 100 de 1993, en el Decreto 1295 de 1994 y en

la Ley 776 de 2002, normas en las cuales se consagra la obligación a cargo de los empleadores -tanto del sector público como del privado- de afiliar a todos los trabajadores vinculados por contrato de trabajo o a los empleados públicos al sistema de riesgos profesionales. La dirección del sistema se encuentra a cargo de las Administradoras de Riesgos Profesionales (A.R.P.), entidades que se encargan de adelantar la afiliación de los trabajadores dependientes por parte de sus empleadores, del manejo de sus aportes y del reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas a las que haya lugar.

De acuerdo con el artículo 1° de la ley 776 de 2002, “todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto - ley 1295 de 1994, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas a los que se refieren el Decreto - ley 1295 de 1994 y la presente ley”.

Así las cosas, la afiliación a este sistema genera para los trabajadores el derecho a recibir dos tipos de prestaciones específicamente: (i) las asistenciales, las cuales se refieren a la atención médica necesaria para tratar el daño en la salud sufrido por el trabajador, lo que incluye la asistencia médica, quirúrgica, terapéutica, farmacéutica, hospitalización, odontología, medicamentos, prótesis, órtesis, y reparación y reposición en casos de deterioro o desadaptación profesional⁶, y (ii) las económicas, relacionadas con el pago de la indemnización que corresponda por la pérdida de la capacidad laboral que sufra el afectado o por la ocurrencia de la muerte, tales como el pago de subsidio por incapacidad temporal, la indemnización por incapacidad permanente parcial, la pensión de invalidez, la pensión de sobrevivientes y el auxilio funerario⁷. Cabe señalar que, de acuerdo con el artículo 1 de la Ley 776 de 2002⁸, las administradoras de riesgos profesionales deben responder íntegramente por todas las prestaciones a que haya lugar como consecuencia de una contingencia de origen profesional, tanto en el momento inicial como frente a sus secuelas, independientemente de que el trabajador se encuentre afiliado o no a esa administradora al exigirse la prestación.

Ahora bien, para que las Administradoras de Riesgos Profesionales procedan a efectuar el reconocimiento de tales prestaciones, las normas que regulan el régimen establecen un procedimiento previo a través del cual es posible determinar si efectivamente la contingencia

que se presentó debe ser cubierta por el sistema de riesgos profesionales o si, por tratarse de un evento de origen no profesional sino común, ésta debe ser asumida por las entidades del sistema general de seguridad social en salud, es decir, por las empresas prestadoras de servicios de salud - E.P.S. En este sentido, la calificación del origen del accidente o de la enfermedad que presenta el afectado resulta de vital importancia, en tanto a partir de ella es posible establecer cuál es la entidad responsable de asumir las prestaciones asistenciales o económicas a que hubiere lugar.

Dicho procedimiento se encuentra establecido en el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994 - desarrollado por el artículo 6 del Decreto 2463 de 20019- el cual dispone:

“(...) La calificación del origen del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional será calificado, en primera instancia por la institución prestadora de servicios de salud que atiende al afiliado.

El médico o la comisión laboral de la entidad administradora de riesgos profesionales determinará el origen en segunda instancia.

Cuando surjan discrepancias en el origen, éstas serán resueltas por una junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y de riesgos profesionales.

De persistir el desacuerdo, se seguirá el procedimiento previsto para las juntas de calificación de invalidez definido en los artículos 41 y siguientes de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos.”

Así las cosas, la calificación del origen de la contingencia debe realizarse de conformidad con el procedimiento establecido en las normas señaladas, el cual debe desarrollarse en el término de treinta (30) días calendario; una vez finalice dicho proceso, se debe comunicar la decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados.

No obstante lo anterior, es importante señalar que, de acuerdo con la jurisprudencia reiterada de esta Corporación, el hecho de que la calificación de la contingencia resulte indispensable para establecer a qué entidad le corresponde asumir la responsabilidad por la cobertura de las prestaciones a que haya lugar, ello no significa que la indeterminación en

este aspecto o la existencia de controversias respecto del mismo entre las E.P.S. y las A.R.S involucradas puedan constituir un obstáculo para que el afectado reciba la atención médica que requiera, ya que este tipo de conflictos administrativos no pueden afectar los derechos a la salud, a la vida y a la integridad física del trabajador. Ello, además, por cuanto de acuerdo con el artículo 5 del decreto 1295 de 1994, “los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, serán prestados a través de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, por lo que independientemente de cuál sea la entidad que deba asumir finalmente el pago por los servicios prestados, lo cierto es que las empresas prestadoras de servicios de salud deben brindar la atención médica que el afectado requiera, aún cuando exista controversia respecto de la asunción de los gastos que ella genere.

En efecto, sobre el particular la Corte Constitucional ha establecido:

“Debe recordarse que tanto la Ley 776 de 2002, como los Decretos 1295 de 1994 y 2463 de 2001, establecen los lineamientos que se deben seguir a fin de garantizar la pronta y eficiente determinación, calificación o clasificación de la enfermedad o accidente en que se ha visto involucrado un trabajador, situación que no es óbice para que la atención médica requerida por dicha persona se pueda prestar por parte de la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado el trabajador, para que, luego de calificada la contingencia que afecta su salud, y quede establecida el origen de la patología o accidente, se determine la responsabilidad en cabeza de la A.R.P. o de la E.P.S. correspondiente. Con todo, si existe discrepancia en la calificación hecha, las entidades interesadas deberán establecer una junta compuesta por miembros de ambas instituciones que diriman sus diferencias y califiquen adecuadamente la enfermedad o el accidente como de origen común o profesional. Pero, si aún así, las diferencias persisten, podrán acudir directamente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez.”¹⁰ (Se resalta)

Así las cosas, la protección de los derechos de los afectados exige que, en todo caso, los trabajadores que han visto afectada su salud puedan acudir a las empresas prestadoras de servicios de salud a las que se encuentren afiliados con el fin de obtener de ellas la asistencia médica que requieran, aun cuando con posterioridad se establezca que la responsabilidad de asumir los gastos que ella genere deben correr por cuenta de la entidad administradora de riesgos profesionales respectiva.

4. Caso concreto.

Tal como se estableció en el acápite de antecedentes de la presente providencia, a través de esta acción de tutela el señor Luís José Martínez Puche solicita la protección de sus derechos fundamentales de petición -en tanto, según afirma, la empresa Liberty Seguros de Vida S.A. no ha dado respuesta a la solicitud por él formulada el día quince (15) de mayo de dos mil seis (2006)- y de su derecho a la seguridad social, en la medida en que la no prestación de los servicios médicos que requiere para tratar la herida que presenta en la mano izquierda, agravada por su condición de diabético, lo pone en riesgo de perder sus dedos por amputación.

En este escenario, en aras de establecer si efectivamente la entidad accionada incurrió con su actuación en una conducta violatoria de los derechos fundamentales alegados por el demandante, la Sala encuentra necesario efectuar el análisis por separado de las supuestas vulneraciones de las garantías constitucionales que plantea el actor, tal y como se pasa a establecer.

- Así, en primer lugar y en relación con la alegada violación del derecho de petición, encuentra la Sala que durante el trámite de la acción de tutela la entidad demandada demostró que sí le dio respuesta dentro de los términos legales a la solicitud formulada por el accionante el quince (15) de mayo del año dos mil seis (2006). En efecto, Liberty Seguros de Vida S.A. aportó al proceso copia del oficio JUIDP 100072-889, de primero (1º) de junio de dos mil seis (2006), mediante el cual la Directora Nacional de Cuidado Integral de dicha entidad le informó al peticionario que la atención asistencial que demanda para tratar su enfermedad, debe ser brindada por la empresa prestadora de servicios de salud a la cual se encuentra afiliado, ya que la diabetes mellitus no es una contingencia que se encuentre cubierta por el sistema de riesgos profesionales.

La respuesta dada por la accionada cumple con los requisitos exigidos por la jurisprudencia constitucional en materia de resolución de derechos de petición, estos son, el hecho de que ella debe contener una decisión "de fondo, clara, precisa y de manera congruente con lo solicitado"¹¹. En efecto, la respuesta que Liberty Seguros de Vida S.A. le dio a la solicitud presentada por el actor, resuelve de manera específica la materia particular sometida a su consideración, a pesar de que la decisión haya sido adversa a los intereses del demandante.

En este sentido, debe recordarse que no solamente aquellas respuestas que implican la aceptación de lo solicitado satisfacen el núcleo esencial del derecho de petición, por lo que a pesar de que se niegue lo pretendido y siempre que la respuesta cumpla con los requisitos atrás señalados, debe concluirse que éste se ha visto satisfecho.

En consecuencia, para esta Sala, en el presente caso la entidad accionada no ha vulnerado el derecho fundamental de petición del señor Luis José Martínez Puche, ya que él obtuvo una respuesta clara, precisa y congruente a la solicitud que formuló en el mes de mayo del año dos mil seis (2006).

- Ahora bien, en segundo lugar y con relación a la alegada vulneración del derecho a la seguridad social del señor Martínez Puche, como consecuencia de la no prestación de los servicios médicos que demanda el actor por parte de la administradora de riesgos profesionales accionada, esta Sala encuentra necesario efectuar las siguientes precisiones.

Para empezar, debe señalarse que a pesar de que el accionante manifestó en la demanda de tutela que en la actualidad presenta una infección en los dedos que, eventualmente, puede ocasionar el cercenamiento de los miembros “por gangrena”, en el expediente contentivo de la presente acción no existía ningún elemento probatorio que evidenciara en qué consiste de manera específica la patología que el actor aduce tener, ni tampoco la gravedad de dichas lesiones y la forma en que amenaza el estado de salud del accionante. Así, el actor no aportó al presente trámite ningún concepto médico que avalara tanto la veracidad como la exactitud de sus afirmaciones. Por tal razón, esta Sala de Revisión ofició al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para que le practicaran un examen físico al actor, que permitiera determinar tanto la gravedad de las lesiones que aduce tener como la relación de causalidad entre éstas y el accidente de trabajo que sufrió el accionante en el año dos mil tres (2003).

Efectuado el examen físico al actor, Medicina Legal concluyó que a pesar de que el accionante efectivamente presenta una deformidad física y una alteración funcional de los dedos 3, 4 y 5 de la mano izquierda, así como una micosis ungueal¹² de los dedos 4 y 5, no existe ninguna patología adicional que ponga en inminente riesgo su salud, ni tampoco algún tipo de secuela del referido accidente de trabajo que deba ser objeto de tratamiento. Así las cosas, el médico forense sostuvo que “no existe ningún estado de gravedad actual que

ponga en peligro su vida o su miembro”, razón por la cual la única recomendación que realiza es que “si [al] examinado en algún tiempo se le encontró la glicemia alta, se sugiere se ponga en manos de su médico familiar para su respectiva valoración, tratamiento y seguimiento”, lo que se relaciona con el hecho de que el paciente sufre de diabetes y no con la alteración física y funcional que se produjo en su mano izquierda como consecuencia del accidente de trabajo ocurrido en el año dos mil tres (2003).

Adicionalmente, interrogado el actor por esta Sala respecto de cuál es su estado de salud en este momento en relación con las lesiones que alega presentar en sus manos, éste no dio una respuesta específica y concreta al punto, sino que se limitó a remitir la copia del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez en el mes de abril del año dos mil tres (2003), dictamen que, tal y como se demostró en el trámite del presente asunto, no se encuentra en firme, ya que fue apelado por el propio actor y revocado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, autoridad que modificó el porcentaje de pérdida de capacidad laboral establecido en primera instancia en un diecisiete punto ochenta y ocho por ciento (17.88%), por una nueva valoración que lo determina en un quince punto tres por ciento (15.3%).

Así las cosas, del material probatorio que esta Sala obtuvo en el trámite de revisión del presente asunto, se concluye que el accionante no sufre en realidad de ninguna patología que guarde relación con el accidente de trabajo que sufrió en el año dos mil tres (2003) y que comprometa de manera inminente su estado de salud. Lo que sí se encuentra en el expediente, es una serie de documentos que demuestran que la administradora de riesgos profesionales accionada cubrió todos los gastos por atención médica que requirió el señor Martínez Puche al momento en que se produjo el accidente tantas veces referido y hasta el mes de julio del año dos mil tres (2003), los cuales incluyeron la asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica, los servicios auxiliares de diagnóstico, la rehabilitación física y profesional del actor y los gastos de traslado. De igual forma, de acuerdo con la calificación de pérdida de capacidad laboral que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez determinó, la entidad le pagó al accionante por concepto de incapacidad permanente parcial la suma de dos millones ciento ochenta mil novecientos cuarenta y nueve pesos (\$2.180.949), con lo cual la accionada cumplió con la prestación económica a que tenía derecho el actor.

Debe señalarse, además, que actualmente el demandante se encuentra afiliado a la empresa prestadora de servicios de salud SANITAS E.P.S. en calidad de cotizante dependiente, tal y como él mismo lo informó a esta Corporación, razón por la cual el accionante tiene asegurada la cobertura necesaria para atender los requerimientos en salud que eventualmente demande.

Por lo anterior, esta Sala concluye que la entidad accionada no ha vulnerado con su actuación los derechos fundamentales del actor, ya que le ha brindado toda la atención médica que ha requerido para tratar las consecuencias del accidente de trabajo que sufrió en el año dos mil tres (2003), sin que presente en la actualidad nuevas secuelas que se encuentre obligada a atender, por lo que no existe razón alguna que justifique que mediante la acción de amparo constitucional se le ordene a la entidad accionada el cubrimiento de la asistencia en salud que el actor ahora demanda.

Finalmente, la Sala encuentra necesario resaltar el hecho de que al ser interrogado el actor por el médico forense de Medicina Legal respecto del motivo de la consulta, éste afirmó que “entabla una tutela, porque se siente mal indemnizado, ya que lo que le dieron no es lo que merece, teniendo en cuenta que laboralmente tiene siete dedos”. Sobre el particular, necesario es recalcar el hecho de que, de acuerdo con el artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela es un mecanismo de protección inmediata de derechos de rango fundamental y, en este sentido, riñe con su naturaleza el pretender satisfacer por esta vía intereses de tipo meramente económico, tales como la obtención de una indemnización de perjuicios.

En consecuencia, la Sala revocará la decisión adoptada por el juez de instancia, en tanto en ella se declaró que se había producido el “allanamiento de la parte pasiva de la acción ARP LIBERTY a las pretensiones de respuesta del derecho de petición formulado (...)”, para, en su lugar, negar la solicitud de amparo del derecho fundamental de petición por cuanto la entidad no incurrió en ninguna conducta violatoria del mismo. En igual sentido, esta Sala negará la acción de tutela en relación con la supuesta vulneración del derecho fundamental a la seguridad social por las razones expuestas en la presente providencia.

V. DECISIÓN.

En mérito de lo expuesto, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional,

administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero. LEVANTAR la suspensión de términos ordenada en el presente proceso.

Segundo. REVOCAR la sentencia de tutela proferida por el Juzgado Octavo Penal Municipal de Barranquilla el día treinta (30) de junio de dos mil seis (2006), dentro de la acción de tutela promovida por el señor Luís José Martínez Puche contra la empresa Liberty Seguros de Vida S.A., para, en su lugar, NEGAR el amparo tutelar solicitado por las razones expuestas en la presente providencia.

Tercero. Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los fines allí contemplados.

Notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado Ponente

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Folio 1 del cuaderno No.1.

2 Folio 48 del cuaderno No.1.

3 Folio 32 del cuaderno No.2.

4 Folio 52 del cuaderno No. 2.

5 Ídem.

6 Artículo 5 del Decreto 1295 de 1994.

7 Artículo 7 del Decreto 1295 de 1994.

8 “(...) Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación.

(...) La Administradora de Riesgos Profesionales en la cual se hubiere presentado un accidente de trabajo, deberá responder íntegramente por las prestaciones derivadas de este evento, tanto en el momento inicial como frente a sus secuelas, independientemente de que el trabajador se encuentre o no afiliado a esa administradora.” (Se resalta).

9 El Artículo 6° del Decreto 2463 de 2001 establece: “Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte. El origen del accidente o de la enfermedad, causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud que atendió a la persona por motivo de la contingencia en primera instancia y por la entidad administradora de riesgos profesionales en segunda. Cuando se presenten discrepancias por el origen, estas serán resueltas por la junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y riesgos profesionales.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades promotoras de salud, deberán conformar una dependencia técnica o grupo interdisciplinario que adelante el procedimiento de determinación del origen y registrarla ante las Secretarías de Salud. Las administradoras de riesgos profesionales adelantarán el procedimiento por intermedio del grupo interdisciplinario previsto en el artículo 5° del presente decreto.

Cada una de las citadas entidades, así como la junta integrada por las entidades promotoras de salud y administradoras de riesgos profesionales, contarán con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para cumplir el procedimiento descrito y comunicar su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados.

Parágrafo 1°. Las controversias que surjan con ocasión de los conceptos o dictámenes emitidos sobre el origen o fecha de estructuración, serán resueltas por las juntas regionales de calificación de invalidez.

Parágrafo 2°. El costo de los honorarios que se debe sufragar a las juntas de calificación de invalidez, será asumido por la última entidad administradora de riesgos profesionales o fondo de pensiones al cual se encuentre o se encontraba afiliado el trabajador y podrá repetir el costo de los mismos contra la persona o entidad que resulte responsable del pago de la prestación correspondiente, de conformidad con el concepto emitido por las juntas de calificación de invalidez.

Parágrafo 3°. Cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud no emitan el concepto sobre determinación de origen y la persona sujeto de la calificación estima que se trata de un evento de origen profesional, podrá dirigir su solicitud directamente a la entidad administradora de riesgos profesionales o a la empresa promotora de salud. Si dichas entidades no inician el trámite correspondiente podrá acudir directamente a la junta regional de calificación de invalidez, según el procedimiento previsto por el presente decreto.

Parágrafo 4°. Cuando se haya determinado en primera instancia el origen de una contingencia, el pago de la incapacidad temporal deberá ser asumido por la entidad promotora de salud o administradora de riesgos profesionales respectiva, procediéndose a efectuar los reembolsos en la forma prevista por la normatividad vigente.

El incumplimiento de la obligación de que trata el presente artículo dará lugar a imposición de sanciones, de conformidad con lo previsto en el artículo 91 del Decreto-ley 1295 de 1994”.

10 Sentencia T-555 de 2006, Magistrado Ponente: Humberto Sierra Porto.

11 Al respecto se pueden consultar, entre muchas otras, las sentencias T-452 de 1992, M.P. Fabio Morón Díaz; T-150 de 1998, M.P. Alejandro Martínez Caballero; T-807 de 2000, M.P. Alfredo Beltrán Sierra y T-422 de 2003, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

12 La micosis ungueal se define como la afectación de la uña por hongos. (RASSNER, Manual y Atlas de Dermatología, quinta edición, editorial Harcourt, Pág. 257).