

Sentencia T-125/07

ADMINISTRADORA DEL REGIMEN PROFESIONAL-Hace parte integrante del sistema de seguridad social integral

ADMINISTRADORA DEL REGIMEN PROFESIONAL-Tiene derecho a objetar el origen de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales

Las ARP obviamente tienen derecho a objetar el origen de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que les han sido reportados y que, si agotado el procedimiento establecido en la ley y decidido por las autoridades competentes (Juntas de Calificación Regionales y Junta Nacional de Invalidez), se determina el origen común de la enfermedad o accidente, pueden dejar de prestar los servicios asistenciales y económicos que la ley establece a su cargo. Sin embargo, en el caso en estudio tal procedimiento no se ha agotado, pues se está a la espera de un pronunciamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, en virtud de la apelación interpuesta por la ARP del Seguro Social.

DEBIDO PROCESO-Vulneración por suspensión del servicio médico asistencial y económico al peticionario como consecuencia de un accidente de trabajo/DERECHO A LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL-Vulneración por suspensión del servicio médico asistencial y económico como consecuencia de un accidente de trabajo

Es claro que la ARP dejó de prestarle los servicios médicos al actor y de pagarle la prestación por incapacidad, sin que se hubiera finalizado el trámite que definirá si se debe tramitar una pensión de invalidez o no. Ese acto unilateral vulneró el debido proceso del actor en la actuación administrativa (C.P., Art. 29) y, en consecuencia, desconoció el principio de la continuidad en la prestación de la seguridad social, y, en particular, en la atención en salud; aspecto éste que adquiere relevancia, comoquiera que el actor no está en condiciones de trabajar, como consecuencia del accidente que sufrió, para proporcionarse su propio sustento y el de su familia dependiente de él. En conclusión: para la Sala de Revisión, la ARP del Seguro Social le vulneró al actor, en primer lugar, el derecho fundamental al debido proceso, y, como consecuencia de ello, se le vulneraron los derechos a la salud y a la seguridad social en conexidad con la vida, al adoptar la decisión unilateral y arbitraria de suspender los servicios asistenciales y económicos que venía prestándole, con base en la auto calificación del origen del accidente que sufrió y desconociendo la decisión de la Junta Regional de

Calificación de Invalidez.

ADMINISTRADORAS DE REGIMEN PROFESIONAL-Deberá continuar con la prestación de los servicios médicos y pago del subsidio por incapacidad temporal del accionante

Referencia: expediente T-1478228

Acción de tutela instaurada por DIDIMO MUÑOZ BADILLO contra la ARP del Seguro Social - ISS-

Magistrado Ponente:

Dr. ALVARO TAFUR GALVIS

Bogotá, D. C., veintidós (22) de febrero de dos mil siete (2007).

La Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Clara Inés Vargas Hernández, Jaime Araújo Rentería y Álvaro Tafur Galvis, en ejercicio de su competencia constitucional y legal, ha proferido la siguiente

## SENTENCIA

en el proceso de revisión de la decisión adoptada por el Juzgado Quinto Penal del Circuito de Bucaramanga, dentro de la acción de tutela instaurada por Dirimo Muñoz Badillo contra la ARP del Seguro Social-ISS-.

### I. ANTECEDENTES

#### 1. La demanda de tutela

De conformidad con las pruebas que obran en el expediente, los hechos en que se fundamentó la solicitud de tutela dentro del proceso en referencia fueron los que a continuación se sintetizan.

El 25 de septiembre de 2006, el señor Didimo Muñoz Badillo instauró acción de tutela contra el Departamento de Riesgos Profesionales del Seguro Social, al estimar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y al trabajo, como consecuencia

de la omisión en la prestación de los servicios de salud requeridos. (Fls. 1-3)

El actor manifestó que está vinculado al Sistema de Seguridad Social a través del Seguro Social desde el 12 de enero de 2004. El 23 de enero de 2006 sufrió

“un accidente de trabajo que consistió en la caída de un tablón sobre el cuello”, cuando laboraba como auxiliar de construcción para el señor Rafael Mora Álvarez. El hecho se informó el mismo día al Seguro Social.

El 25 de enero se presentó a la Clínica Metropolitana de Bucaramanga, remitido de la ARP del Seguro Social, donde le prestaron los servicios médicos y asistenciales, durante 45 días, que incluyeron la realización de una cirugía. Fue dado de alta y se le autorizó regresar a sus actividades laborales, previa certificación médica.

El 3 de mayo del mismo año volvió a trabajar, realizando la misma actividad, pero con otra persona; según afirmó, ese primer día de trabajo, “cuando transportaba un bulto de cemento al hombro sorpresivamente sentí un dolor en la parte afectada por el accidente que me hizo caer y de inmediato se me inflamó el cuello en un tamaño de bastante consideración”. Por lo tanto, fue trasladado a la Clínica Carlos Ardila Lülle, donde le ordenaron la realización de otra cirugía que se llevó a cabo el 5 de mayo “sin que a la fecha se haya dado ninguna mejoría y por el contrario mi estado de salud se vea (SIC) cada día más agravado con la pérdida del funcionamiento total de la extremidad superior derecha”.

En esas condiciones, la entidad accionada continuó expidiendo las correspondientes incapacidades laborales, prestando los servicios médico-asistenciales y suministrando los medicamentos y terapias requeridos.

El 12 de julio de 2006 la Junta de Cirugía de Mano de la FOSCAL -Fundación Oftalmológica de Santander, Clínica Carlos Ardila Lülle- realizó al actor un control médico y determinó lo siguiente:

“Se presenta paciente, se revisa historia clínica, se examina encontrando que presenta un claro déficit C5 y C6 funcionalmente afectando flexión de codo (braquial anterior, bíceps), ABC hombro (deltoides) y rotación externa (supra e infraespinoso). El reporte de patología se describe como neuroma de origen traumático. La (SIC)

Se considera que es importante aclarar mejor la etiología de su lesión aunque no altera la conducta a seguir en este momento.

Se decide que el paciente debe ser llevado a cirugía para reconstrucción del plejo braquial en su déficit de C5 y C6 por neurotizaciones e injertos. Queda como segunda opción dependiendo de su recuperación la utilización de transferencias musculares.

Este procedimiento debe ser realizado por su entidad aseguradora.

Guillermo Varón Plata.

Nota: En este momento no tenemos ningún vínculo laboral directo con dicha empresa por lo que debe acordar previamente la tarificación de la misma.

DX Lesión plejo braquial derecho C5-6

FIRMADO

Herman Francisco Monroy Z. Cirujano mano FOSCAL

FIRMADO

Guillermo Varón Plata

Cirujano de mano FOSCAL”

El anterior dictamen se le notificó al actor el mismo 25 de agosto de 2006 y se le informó que “[a] partir de esta fecha el interesado tendrá cinco días hábiles para presentar por escrito su controversia contra este Dictamen (SIC) Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Invalidez por intermedio y a cargo de la ARPISS (Art. 5 Dto 2346/01).”

El actor apeló el referido dictamen el mismo 25 de agosto de 2006 y solicitó la remisión de su caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, la cual valoró al actor y, mediante dictamen del 31 de agosto de 2006, determinó que el origen de su pérdida de capacidad laboral sí era por el accidente de trabajo y la calificó en un 50,16 %. El Jefe del Departamento de Riesgos Profesionales del Seguro Social interpuso los recursos de reposición y en subsidio de apelación contra esa decisión y para la fecha en que el actor instauró la demanda de

tutela, el 25 de septiembre de 2006, no se habían resuelto.

El 31 de agosto de 2006 el actor elevó una petición al Seguro Social mediante la que expuso su situación personal y solicitó se certificaran los motivos en que se fundamentó la suspensión de los servicios médico-asistenciales y económicos y, mediante oficio GRL No. 004596 del 18 de septiembre del mismo año, el Jefe del Departamento de Riesgos Laborales del Seguro Social le respondió explicándole que a la ARP no le correspondía brindarle las prestaciones que reclamaba porque del accidente que sufrió el 23 de enero de 2006 “no persisten secuelas, habiéndose dado por concluido el tratamiento desde este punto de vista” y “las secuelas que usted presenta hoy, y acerca de las cuales requiere prestaciones asistenciales y económicas, corresponden a una enfermedad de origen común, lo cual supera la responsabilidad de Protección Laboral (SIC) Seguro Social”.

Luego del relato de los hechos, el actor sostuvo que “[e]n este estado nos encontramos y sin saber por cuanto tiempo, porque mientras me resuelven esta situación puede pasar un término superior a un año sin que se me este (SIC) suministrando la atención médica requerida, viéndose cada vez mas (SIC) agravado mi problema de salud y en consecuencia sin poder realizar ningún tipo de labor, viéndose gravemente afectado el mínimo vital para mi sustento y el de mi familia conformada por mi compañera permanente, mi hijo y mis padres mayores adultos, quienes se encuentran bajo mi tutela.”

Por lo tanto, solicitó i.) se ordenara realizarle la tercera cirugía que le fue ordenada el 12 de julio de 2006 y que “según el diagnóstico es la solución para la recuperación de [su] extremidad superior derecha”; ii.) se le suministren los servicios médico asistenciales, terapéuticos, medicamentos y demás, requeridos “para la evolución tendiente a [su] recuperación” y iii.) la continuidad de la incapacidad laboral remunerada, desde el 4 de septiembre de 2006, “para efectos de cubrir el mínimo vital requerido para [su] sostenimiento personal y el de [su] familia, hasta tanto se de (SIC) una solución definitiva a la valoración médica en la Junta Nacional y por efectos de la apelación surtida”.

## 2. Trámite de instancia

El Juzgado Quinto Penal del Circuito de Bucaramanga, mediante Auto del 26 de septiembre de 2006, admitió la demanda y ordenó correrle traslado al Seguro Social para que se pronunciara sobre la misma e informara lo concerniente a los hechos planteados por el actor

respecto al procedimiento quirúrgico requerido y ordenado el 12 de julio de 2006, así como sobre la incapacidad laboral del 4 de septiembre del mismo año. (Fl. 44)

### 3. Contestación de la demanda

Mediante oficio DRLSPE 005828, recibido el 29 de septiembre de 2006, el Jefe del Departamento de Riesgos Profesionales del Seguro Social contestó la demanda y solicitó se denegara la tutela impetrada, con fundamento en las consideraciones que a continuación se sintetizan. (Fls. 47-52)

Luego de hacer un recuento de los hechos, indicó que consultado el sistema de información de recepción de incapacidades se verificó el pago de ciento cincuenta y cuatro (154) días de incapacidad al actor, correspondiente a períodos interrumpidos, desde el 23 de enero hasta el 4 de septiembre de 2006.

Citó las normas que regulan el Sistema General de Riesgos Profesionales, entre ellas el Decreto 1295 de 1994 y la Ley 776 de 2002, y señaló que el procedimiento para calificar el origen de la enfermedad profesional está dispuesto en la Ley 100 de 1993 y la reglamentación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez en el Decreto 2463 de 2001. Señaló que esas Juntas son entes autónomos, de carácter privado, sin personería jurídica y creados por ley, que tienen como función básica la de resolver las controversias que se presenten sobre las calificaciones de la pérdida de capacidad laboral y su origen y que, en el caso en estudio, la ARP del Seguro Social fue notificada de la decisión de la Junta Regional, la cual apeló.

Por lo tanto, a la fecha, se encuentra a la espera de la decisión de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, sin que la ARP esté “facultada para el reconocimiento de las prestaciones tanto asistenciales como económicas que demande el tutelante”. También afirmó que “[l]a Institución dará cumplimiento a lo que determine la Junta Nacional de Invalidez, según lo regla el Artículo 11 del Decreto ibídem y proceder al reconocimiento tanto de las prestaciones tanto (SIC) asistenciales, como económicas”.

De otra parte, con fundamento en las sentencias T-262 de 1993; T-456 y T-458 de 1996; T-038, T-388, T-506 y T-644 de 1997 y T-999 de 2001 de la Corte Constitucional, que trae en cita, afirmó que al momento de proferirse el fallo “se deben tener en cuenta los límites de

competencia para no dirimir la controversia surgida en el origen de la enfermedad que presenta el señor DIDIMO MUÑOZ BADILLO, por cuanto existe un procedimiento administrativo que se tiene que agotar, para de esa forma, si la autoridad competente lo dispone, es decir, determine el origen como profesional (SIC) procederá la Administradora de Riesgos Profesionales a la prestación de los servicios que se generen e incluso, estaría en la facultad legal de calificar la pérdida de capacidad laboral del tutelante”. -Negrilla original-

Igualmente, señaló que en el presente caso la ARP no está facultada legalmente para el “reconocimiento del pago de las incapacidades”, porque a la fecha la incapacidad laboral determinada por la Junta Regional le asigna el derecho a una pensión de invalidez, pero no es posible cobrar simultáneamente de prestaciones por incapacidad temporal y pensión de invalidez, según el artículo 10° de la Ley 776 de 2002. Además, si el paciente no se recupera o rehabilita dentro del término establecido para el efecto, se debe iniciar el procedimiento para determinar el estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez y “hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARP continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal”, según el artículo 3° de la misma norma, pero el accionante no se encuentra dentro de las previsiones del artículo 2°, que define la incapacidad temporal. -Negrilla original-

En ese orden de ideas, la ARP concluyó que, teniendo en cuenta que la patología que actualmente presenta el actor es de origen común, hasta que la Junta Nacional no se pronuncie “esta Institución no se encuentra en la facultad de legal de asumir las prestaciones tanto asistenciales, como económicas que se generen por la patología que presenta el accionante, en caso contrario, estaría avocado quien ordene dicho tratamiento y pago de prestaciones, a sanciones de tipo penal y disciplinario, por la calidad que ostenta el Instituto de Seguros Sociales como Empresa Industrial y Comercial del Estado.”

#### 4. Pruebas

##### 4.1. Aportadas por el demandante

\* Fotocopia de la cédula de ciudadanía No. 91.515.490 del Bucaramanga, del señor Muñoz Badillo -fecha de nacimiento 21/01/ 83-. (Fl. 5)

- \* Fotocopia del carné de afiliación al sistema de seguridad social en salud en “RedSalud E.P.S.”, en calidad de cotizante, del señor Muñoz Badillo, con prestación de servicios desde el 12/11/2004 y los siguientes datos: “SEXO M, ESTR. A, DISCAP N”. (Fl. 6)
- \* Fotocopia de una certificación, expedida por la Oficina de Afiliación y Registro de la Seccional Santander del Seguro Social, el 23 de enero de 2006, de la calidad de cotizante del actor en riesgos profesionales desde el 12/11/2004 y en estado activo. (Fl. 7)
- \* Fotocopia del formato de “SOLICITUD DE VINCULACIÓN DEL TRABAJADOR AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES” en el Seguro Social, diligenciado para vincular al señor Muñoz Badillo, sin fecha. (Fl. 8)
- \* Fotocopia del “FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE” No. 0657055 diligenciado a nombre del señor Muñoz Badillo, el 23 de enero de 2006, recibido por el Seguro Social en la misma fecha. (Fl. 9)
- \* Fotocopia de varios documentos relativos a la atención médica integral prestada por la E.P.S. RedSalud al señor Muñoz Badillo. (Fls. 10-33)
- \* Fotocopia del Dictamen suscrito por la doctora Myriam Barbosa Zárate, “MD LABORAL RESPONSABLE”, de la Vicepresidencia Protección de Riesgos Laborales del Seguro Social, del 25 de agosto de 2006, en la que se decidió que el accidente del señor Muñoz Badillo era de origen común y calificado con cero% (0%) de pérdida de la capacidad laboral, notificado en la misma fecha al señor Muñoz Badillo. (Fl. 34)
- \* Fotocopia del derecho de petición elevado por el señor Muñoz Badillo, el 31 de agosto de 2006, al Jefe del Departamento de Riesgos Laborales del Seguro Social, en el que manifiesta la necesidad de continuar con el tratamiento, la atención médica y terapéutica y solicita certificación por escrito de los “motivos determinantes y de ley que fundamenten la suspensión de los derechos anteriormente enunciados toda vez que [su] salud en lugar de mejorar cada día empeora.” (Fl. 36)
- \* Fotocopia del formulario de dictamen para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y determinación de la invalidez, suscrito por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander, en la que se determinó una pérdida de capacidad laboral del 50,16%

y se calificó el origen como laboral, desde el 23 de enero de 2006. (Fls. 37 y 38)

\* Fotocopia del oficio GRL No. 004596 del 18 de septiembre de 2006, suscrito por el Jefe del Departamento de Riesgos Laborales de la ARP del Seguro Social Santander, en el que responde la petición del señor Muñoz Badillo del 31 de agosto de 2006, informándole que a la ARP no le corresponde prestarle los servicios requeridos. (Fls. 39 y 40)

\* Fotocopia del oficio JRCIS: 1961 del 13 de septiembre de 2006, suscrito por el Secretario de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander informándole al señor Muñoz Badillo que contra el dictamen de esa entidad el Seguro Social interpuso los recursos de reposición y, en subsidio, de apelación. (Fl. 41)

#### 4.2. Aportadas por el Seguro Social

\* Original de una planilla del registro de subsidios de la ARP del Seguro Social, impresa el 28 de septiembre de 2006, en la que se reconoce el pago de 9 incapacidades entre el 23 de enero y el 4 de septiembre de 2006, a nombre del señor Muñoz Badillo, por un valor de \$2'116.704.00, cuyo IBC es de \$408.000 y se aclara que las cuatro últimas incapacidades fueron pagadas ininterrumpidamente entre el 5 de mayo y el 4 de septiembre de 2006, inclusive. (Fl. 53)

#### 5. Decisión objeto de revisión

El Juzgado Quinto Penal del Circuito de Bucaramanga, mediante providencia del cinco (5) de octubre de 2006, declaró la improcedencia de la tutela considerando que, según afirmó lo ha sostenido la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en las sentencias T-279 y T-349 de 1993, T-061 (no especifica de qué año) y T-077 de 1995, “la-tutela no procede cuando se busca obtener resultados de derechos litigiosos y el demandante cuenta con otro medio de defensa judicial idóneo que para el caso en estudio bien puede recurrir a la jurisdicción privada (SIC) a hacer valer sus derechos”. (Fls. 54-59)

En efecto, a su juicio, cuando el asunto se relaciona con hechos de índole laboral, la acción deviene improcedente, pues no puede constituirse en una instancia paralela a la jurisdicción ordinaria.

Para finalizar, justificó sus breves consideraciones teniendo en cuenta que a la fecha está pendiente que se agote el “procedimiento administrativo”, con la decisión de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, “quien en últimas será la encargada de determinar el origen de la enfermedad que padece el señor DIDIMO MUÑOZ BADILLO, ya que de confirmarse el dictamen de la Junta Regional, el actor tendrá derecho a sus prestaciones asistenciales y económicas desde el mismo momento en que se dictaminó su pérdida de capacidad laboral, y de no ser así, aún le quedaría como alternativa recurrir a la jurisdicción ordinaria”.

## II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

### 1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar las providencias de tutela reseñadas, con base en la Constitución Política (arts. 86 y 241-9), en concordancia con el Decreto 2591 de 1991 (arts. 33 al 36) y en cumplimiento del Auto del veintiocho (28) de noviembre del año 2006, proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Once (11) de esta Corporación.

### 2. Objeto de la revisión y materia sometida a examen

En esta oportunidad corresponde a la Corte revisar el fallo proferido por el Juzgado Quinto Penal del Circuito de Bucaramanga, para verificar si la decisión de negar la tutela, porque el actor cuenta con otro medio de defensa judicial idóneo para la protección de los derechos invocados y porque está pendiente el agotamiento del “trámite administrativo”, fue adecuado a las normas superiores y la jurisprudencia constitucional sobre la materia objeto de examen.

Lo que se debate es si la Administradora de Riesgos Profesionales -ARP- del Seguro Social le ha violado al actor los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social, en conexidad con la vida, al no pagarle las incapacidades laborales y no prestarle los servicios médicos que requiere para recuperar su salud y su capacidad laboral, si se tiene en cuenta que el proceso de recuperación de un accidente de trabajo, por el que venía siendo atendido por esta ARP no había culminado, con el argumento de que no es responsable legalmente de atender las prestaciones asistenciales y económicas a que tiene derecho el actor, en razón del accidente que sufrió el día 23 de enero de 2006, cuando se le cayó un tablón en el cuello,

mientras laboraba como auxiliar de construcción, pues estimó que las secuelas que presenta a la fecha son de origen de una enfermedad común.

Una vez reportado por el empleador el hecho a la ARP del Seguro Social, ésta le prestó los servicios médico asistenciales, le suministró medicamentos y asistencias terapéuticas y expidió las correspondientes incapacidades laborales al actor, hasta cuando la ARP determinó el origen común del accidente y calificó con cero (0) el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y, en consecuencia, no continuó prestando la asistencia médica y económica.

El actor apeló esa decisión de la ARP y la Junta Regional de Calificación de Invalidez, previa valoración al mismo, dictaminó que el origen del accidente sí era de trabajo y calificó su pérdida de capacidad laboral en un 50,16%. Contra esta decisión la ARP interpuso los recursos de reposición y en subsidio de apelación, sin que se hayan resuelto por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Dada la suspensión en la prestación de los servicios médico asistenciales y económicos, el accionante elevó una petición ante la ARP solicitando una certificación de las razones para tal suspensión y obtuvo como respuesta que del accidente sufrido no persistían secuelas y que las que tiene son consecuencia de una enfermedad de origen común, por lo que la ARP le manifestó que no es responsable de prestarle esa asistencia.

En esas circunstancias, el actor instauró la acción de tutela para que se ordenara a la ARP del Seguro Social que le prestara la asistencia médica integral y económica que requiere, hasta que se dé una solución definitiva a la valoración médica en la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, pues es incierto el tiempo que se demora ese trámite y, mientras tanto, su salud sigue empeorando, lo cual le impide desarrollar actividades de tipo laboral, con la consecuente afectación del mínimo vital para sus sustento y el de su familia que depende económicamente de él.

En ese orden de ideas, esta Sala de Revisión considera que el punto a examinar radica en determinar si existe violación de los derechos fundamentales invocados por el demandante, por la decisión de la ARP de suspender la atención médica y económica que estaba prestando al actor, en virtud del nuevo criterio sobre el origen del accidente.

Para adelantar el estudio respectivo, la Sala se referirá a la jurisprudencia sobre el papel de las ARP dentro del Sistema Integral de Seguridad Social, el debido proceso en las decisiones

que ponen fin al reconocimiento y pago de prestaciones médico asistenciales y económicas a cargo de las ARP y se analizará el caso concreto bajo esos presupuestos, constitucionales, legales y jurisprudenciales.

3. Las ARP forman parte del Sistema de Seguridad Social Integral Colombiano y deben someterse a las disposiciones constitucionales y legales.

De conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política la seguridad social i.) es “un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”; ii.) es un “derecho irrenunciable” que se garantiza a todos los habitantes del país; iii.) comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley y iv.) “podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”.

Por su parte, el artículo 49 superior estableció que i.) la atención en salud, que es uno de los regímenes que conforma en Colombia la Seguridad Social, es un servicio público a cargo del Estado; ii.) que “[s]e garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”; iii.) que al Estado le corresponde “organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes (...) conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (...)” así como iv.) “establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control” y v.) “establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares”.

De otro lado, la Constitución Política estableció en su artículo 365 que “[l]os servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional” y, en el artículo 366 ibídem que “[e]l bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.” (Art. 366 ibídem)

Con fundamento en las disposiciones constitucionales antes relacionadas y transcritas, se concluye que el objetivo expresado en la Constitución Política es que todas las personas puedan acceder al servicio público de Seguridad Social y que, bajo la dirección, coordinación

y control del Estado, las entidades encargadas de su prestación, bien sean públicas o privadas, actúen como un sistema armónico, que permita hacer real el principio del acceso y la continuidad del servicio público de la seguridad social y, en particular, el acceso a la atención salud. Así mismo, se atribuye al legislador la competencia para desarrollar los principios enunciados.

En efecto, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993 que, junto con otras como la Ley 776 de 2002 que la modificó, constituyen el desarrollo legal del Sistema de Seguridad Social Integral garantizado por la Constitución. La Ley 100, en su artículo 8° señaló expresamente que el Sistema de Seguridad Social es integral y está compuesto por los regímenes generales de pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios definidos en la misma ley y que estos regímenes conforman un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos.

Por su parte, la Ley 776 de 2002, estableció en su artículo 1°, sobre el derecho a las prestaciones, que “[t]odo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto 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 las que se refiere el Decreto-ley 1295 de 1994 y la presente ley.”

De manera pues que, sobre el Sistema General de Riesgos Profesionales se pueden hacer las siguientes afirmaciones: i.) hace parte del Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia, ii.) puede ser prestado por entidades públicas o privadas; iii.) el servicio que prestan las ARP es público; iv.) las ARP hacen parte de un sistema integral y armónico y deben cumplir la garantía del acceso y la continuidad en la prestación del servicio y si son particulares, los que presten este servicio, no puede sustraerse del cumplimiento de los principios rectores fijados por la Constitución y la ley en la atención armónica del servicio de seguridad social; v.) las ARP deben prestar una atención asistencial y económica integral y deben cumplir las reglas mínimas del debido proceso, en toda decisión que pueda afectar a los afiliados al Sistema de Riesgos Profesionales, lo que excluye la posibilidad de que puedan adoptar decisiones unilaterales o decisiones de aquellas en las que el afectado no pueda defenderse.

Las prestaciones a las que deben hacerse cargo las ARP son i.) las prestaciones asistenciales (Decreto Ley 1295 de 1994, Art. 5°), que corresponden a la asistencia médica, quirúrgica, terapéutica, farmacéutica, los servicios de hospitalización, los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, el suministro de medicamentos y la rehabilitación física y profesional, entre otros, y ii.) las prestaciones económicas (Decreto Ley 1295 de 1994, Art. 7°).

Y cuando se trata de una incapacidad temporal, la prestación económica de la que debe hacerse cargo la ARP es el pago del subsidio por incapacidad temporal, que corresponde al 100% del salario base de cotización del trabajador y que debe ser pagado “desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte”.<sup>2</sup>

En ese orden de ideas, esta Sala analizará si el procedimiento que siguió la ARP del Seguro Social, para dejar de prestar los servicios asistenciales y económicos al actor, fue adecuado al debido proceso que le correspondía acatar por pertenecer al Sistema de Seguridad Social Integral.

4. Mientras no exista decisión definitiva sobre el origen de un accidente, la ARP no puede interrumpir la seguridad social, pues tal decisión involucra el debido proceso y, en consecuencia, puede vulnerar los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social en conexidad con la vida del afiliado.

De las pruebas que obran en el expediente, es claro que desde el momento en que el la ARP tuvo conocimiento del accidente sufrido por el actor, el veintitrés (23) de enero de dos mil seis (2006), se hizo cargo de la atención médico asistencial y del pago de las incapacidades al actor.

En efecto, la ARP del Seguro Social anexó a la contestación de la demanda una planilla del registro de los subsidios que había prestado al actor, en la que se aprecia el reconocimiento y pago de nueve (9) incapacidades, interrumpidas, entre el veintitrés (23) de enero y el cuatro (4) de septiembre de dos mil seis (2006), por un valor total de \$2'116.704.00, cuyo IBC es de \$408.000 a favor del actor y aclaró que las últimas cuatro (4) incapacidades fueron pagadas ininterrumpidamente entre el cinco (5) de mayo y el cuatro (4) de septiembre de dos mil seis

(2006).

En cuanto a la prestación de los servicios médico asistenciales, obran en el expediente copias de documentos en los que se acredita que la E.P.S. RedSalud atendió al actor referido por la ARP del Seguro Social, hasta el 4 de septiembre de 2006, fecha en que se venció la última incapacidad.

Luego de la calificación por parte de la ARP del Seguro Social<sup>3</sup>, según la cual el accidente es de origen común y se calificó con cero (0) el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, el actor apeló la decisión y el caso fue remitido a la Junta Regional de Invalidez de Santander, la que valoró al actor y dictaminó el origen laboral del accidente y calificó la pérdida de capacidad laboral en un 50,16%. Esa decisión fue apelada por la ARP y hasta el momento de instaurar la demanda de tutela no se conocía la decisión definitiva.

El actor relató que, en virtud de esta decisión de objetar el origen del accidente, la ARP le suspendió toda la atención médica integral y el pago de incapacidades. Sobre su salud, el demandante señaló que se encuentra incapacitado para trabajar y que está pendiente de realizarse una cirugía que no fue autorizada. Estas afirmaciones del demandante sobre la suspensión de los servicios y su estado de salud, no fueron desvirtuadas por la ARP en la respuesta que suministró al juez de tutela. Al contrario, se ratificó en que no le correspondía asumir esas obligaciones, pues no tiene tal facultad legal, así como que esperaría hasta que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez se pronuncie al respecto, de modo que si se determina el origen profesional del accidente, entonces la ARP procedería a prestar los servicios.

La anterior decisión la sustentó en lo dispuesto en el artículo 10º de la Ley 776 de 2002, pues consideró que la incapacidad laboral determinada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander le daría derecho al actor a obtener una pensión de invalidez, comoquiera que se calificó la pérdida de capacidad laboral por encima del 50% y por debajo del 66%, de manera que no se pueden cobrar dos prestaciones simultáneamente, es decir, la correspondiente a la incapacidad temporal y la de la pensión de invalidez.

Así las cosas, es claro que la interrupción de la atención médica y económica a cargo de la ARP se produjo realmente y que es igualmente real la necesidad de atención médica del demandante, por estar afectada su salud. Surge entonces la pregunta de si la ARP podía

objetar el origen del accidente y suspender la atención que venía prestado al actor, de la manera que lo hizo.

Al respecto es pertinente aclarar que las ARP obviamente tienen derecho a objetar el origen de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que les han sido reportados y que, si agotado el procedimiento establecido en la ley y decidido por las autoridades competentes (Juntas de Calificación Regionales y Junta Nacional de Invalidez), se determina el origen común de la enfermedad o accidente, pueden dejar de prestar los servicios asistenciales y económicos que la ley establece a su cargo.

Sin embargo, en el caso en estudio tal procedimiento no se ha agotado, pues se está a la espera de un pronunciamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, en virtud de la apelación interpuesta por la ARP del Seguro Social. Además, las normas en materia laboral deben interpretarse de manera favorable al trabajador, de manera que cuando la norma establece que “hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARP continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal”, es claro que se incluye en este término el tiempo que se requiera para definir la situación del afiliado a la ARP. En este caso, el tiempo para que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez resuelva el recurso interpuesto por la ARP del Seguro Social.

Teniendo en cuenta que no existe otro mecanismo judicial disponible que garantice pronta y efectivamente el cumplimiento de las obligaciones de la ARP del Seguro Social, antes señaladas y que proteja los derechos fundamentales del accionante a salud y a la seguridad social en conexidad con la vida, esta acción de tutela es procedente.

## 5. El caso concreto

De conformidad con el Decreto 2463 de 20014 corresponde a las ARP “calificar el grado de pérdida de la capacidad laboral en caso de accidente o enfermedad” “sólo cuando se requiera determinar la incapacidad permanente parcial de sus afiliados” (Art. 3º, inc. 4º). Para el efecto, las ARP adelantarán el procedimiento por intermedio de un equipo interdisciplinario (Art. 6º) Y comunicarán su decisión, en un máximo de treinta (30) días, “siempre y cuando se haya terminado el proceso de rehabilitación integral o posterior al tiempo de incapacidad temporal según lo establecido en las normas vigentes”<sup>5</sup>. Los notificados de esa decisión pueden presentar reclamación o inconformidad, dentro de los

cinco (5) días siguientes a la notificación, debiéndose enviar el caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez. “La entidad calificadora no podrá adelantar trámite diferente al que está obligado para la remisión del caso ante la junta de calificación de invalidez.” (Art. 5º).

Adicionalmente, el artículo 6º de la Ley 776 de 2002, señala que la declaración de la incapacidad permanente parcial, la evaluación, revisión, grado y origen serán determinados por una comisión médica interdisciplinaria.

Con fundamento en el artículo 126 del Decreto 1295 de 1994 la ARP del Seguro Social determinó el origen común del accidente sufrido por el actor y la comisión médica interdisciplinaria<sup>7</sup> calificó con cero por ciento (0%) la pérdida de capacidad laboral, según formulario diligenciado para el efecto, suscrito el 25 de agosto de 2006. En esa misma fecha le fue notificada la decisión al actor, quien presentó por escrito la controversia contra el dictamen y solicitó se remitiera el caso a la Junta Regional de Invalidez de Santander.

De conformidad con lo establecido en los artículos 41 y siguientes de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 2463 de 2001 a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, les corresponde “calificar el grado de pérdida de la capacidad laboral en caso de accidente o enfermedad”, en primera instancia, entre otros casos, “[c]uando se presenten controversias relacionadas con los conceptos o dictámenes sobre incapacidad permanente parcial, emitidos por las entidades administradoras de riesgos profesionales” (D. 2463 de 2001, Art. 3º, num. 5º, inc. b.) y a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez “cuando se haya interpuesto recurso de apelación contra los dictámenes emitidos por las juntas regionales de calificación de invalidez” en segunda instancia (D. 2463 de 2001, Art. 3º, num. 6º).

El Parágrafo 4º del Artículo 6º del Decreto 2463 de 2001 señala que “Cuando se haya determinado en primera instancia el origen de la contingencia, el pago de la incapacidad temporal deberá ser asumido por la entidad (...) administradora de riesgos profesionales respectiva (...)” y que el incumplimiento de esta obligación dará lugar a la imposición de sanciones, conforme lo dispuesto en el artículo 91 del Decreto 1295 de 1994.

En este caso, la ARP reconoció la prestación económica durante nueve (9) meses, desde el veintitrés (23) de enero hasta el cuatro (4) de septiembre de dos mil seis (2006), fecha en que se venció la última incapacidad y en la que ya existía el dictamen de la ARP, quien suspendió, además, los servicios asistenciales que le venía proporcionando al actor, sin que

existiera el pronunciamiento definitivo, que le corresponde a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, sobre el origen del accidente que aquel sufrió.

En efecto, la ARP inició el procedimiento para determinar el estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez del actor, sin considerar lo establecido en el artículo 3º de la Ley 776 de 2002 que es del siguiente tenor:

“ARTÍCULO 30. MONTO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL. Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente el que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario.

Para la enfermedad profesional será el mismo subsidio calculado desde el día siguiente de iniciada la incapacidad correspondiente a una enfermedad diagnosticada como profesional.

El período durante el cual se reconoce la prestación de que trata el presente artículo será hasta por ciento ochenta (180) días, que podrán ser prorrogados hasta por períodos que no superen otros ciento ochenta (180) días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación.

Cumplido el período previsto en el inciso anterior y no se hubiese logrado la curación o rehabilitación del afiliado, se debe iniciar el procedimiento para determinar el estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez. Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARP continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal.

PARÁGRAFO 1o. Para los efectos de este sistema, las prestaciones se otorgan por días calendario.

PARÁGRAFO 2o. Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán asumir el pago de la cotización para los Sistemas Generales de Pensiones y de Seguridad Social en Salud, correspondiente a los empleadores, durante los períodos de incapacidad temporal y hasta por un ingreso base de la cotización, equivalente al valor de la incapacidad. La

proporción será la misma establecida para estos sistemas en la Ley 100 de 1993.

PARÁGRAFO 3o. La Administradora de Riesgos Profesionales podrá pagar el monto de la incapacidad directamente o a través del empleador. Cuando el pago se realice en forma directa la Administradora deducirá del valor del subsidio por incapacidad temporal el porcentaje que debe cotizar el trabajador a los otros subsistemas de Seguridad Social, valor que deberá trasladar con el aporte correspondiente del empleador señalado en el párrafo anterior, a la EPS o Administradora de Pensiones a la cual se encuentre afiliado el trabajador en los plazos previstos en la ley.”

En efecto, según la norma en cita, la prestación económica será reconocida por un período de hasta ciento ochenta (180) días que podrán ser prorrogados “hasta por períodos que no superen otros ciento ochenta (180) días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación.”

Es claro que la ARP no consideró la posibilidad de prorrogar el reconocimiento de esta prestación, en términos de la norma citada, sino que la atendió sólo por 154 días, por un valor total de dos millones ciento dieciséis mil setecientos cuatro pesos (\$2.116.704,00) M/Cte., discriminados de la siguiente manera (siendo la fecha del accidente e123 de enero de 2006):

IBC

FECHA DESDE

FECHA HASTA

DIAS I

DIAS R

VALOR

408.000,00

23-ene-06

24-ene-06

2

1

\$14.688,00

25-ene-06

29-ene-06

5

5

\$73.440,00

408.000,00

30-ene-06

18-feb-06

20

20

\$293.760,00

408.000,00

19-feb-06

22-fe-06

4

4

\$58.752,00

408.000,00

23-feb-06

25-feb-06

3

3

\$44.064,00

408.000,00

05-may-06

30

30

\$408.000,00

408.000,00

07-jun-06

06-jul-06

30

30

\$408.000,00

408.000,00

07-jul-06

05-ago-06

30

30

\$408.000,00

408.000,00

06-ago-06

04-sep-06

30

30

\$408.000,00

Efectivamente, la ARP está facultada para realizar la prórroga cuando sea “necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación”, pero en el presente asunto, la ARP suspendió el servicio médico asistencial, no obstante existir un concepto de la junta de cirugía de mano de la FOSCAL (del 12 de julio de 2006) en el que se determinó la existencia de una “[l]esión plejo braquial derecho C5-6”, por la cual “el paciente debe ser llevado a cirugía para reconstrucción del plejo braquial en su déficit de C5 y C6 por nuerotizaciones e injertos. Queda como segunda opción dependiendo de su recuperación la utilización de transferencias musculares”, con la anotación de que “este procedimiento debe ser realizado

por su empresa aseguradora” porque “en este momento no tenemos ningún vínculo laboral directo con dicha empresa por lo que debe acordar previamente la tarificación de la misma.” (Fl. 32)

Posteriormente, el 28 de julio de 2006, mediante oficio DRLS -ML No. 003754, el Jefe del Departamento de Riesgos Profesionales del Seguro Social solicitó a la FOSCAL una Junta Médica Quirúrgica (Cod. 39144) “para continuar con el tratamiento del señor DIDIMO MUÑOZ (...) por accidente de trabajo ocurrido el 23 de enero de 2006 (...)”. De los resultados de esta

Junta no obra prueba en el expediente, pero es claro que la cirugía que estaba pendiente de realizarse, nunca se llevó a cabo y que a los pocos días se tomó la decisión por la ARP de adelantar el procedimiento para determinar el origen común del accidente que sufrió, como se explicó anteriormente. -Negrilla fuera de texto-

Así las cosas, es claro que la ARP dejó de prestarle los servicios médicos al actor y de pagarle la prestación por incapacidad, sin que se hubiera finalizado el trámite que definirá si se debe tramitar una pensión de invalidez o no.

Ese acto unilateral vulneró el debido proceso del actor en la actuación administrativa (C.P., Art. 29) y, en consecuencia, desconoció el principio de la continuidad en la prestación de la seguridad social, y, en particular, en la atención en salud; aspecto éste que adquiere relevancia, comoquiera que el actor no está en condiciones de trabajar, como consecuencia del accidente que sufrió, para proporcionarse su propio sustento y el de su familia dependiente de él.

De otra parte, aunque al Juez de tutela no le corresponde calificar el origen del accidente, pues no tiene competencia para tal fin, no sobra señalar que el asunto debatido no es de fácil resolución, pues no es evidente que el origen del accidente que sufrió el accionante sea de origen común, ni los argumentos de la ARP dejaran ver que hubiere habido mala fe o falsa información en los hechos reportados, antes al contrario, la propia ARP trató la afección del accionante como consecuencia de un accidente de trabajo, como, por ejemplo, cuando solicitó la Junta Médica para continuar con su tratamiento “por accidente de trabajo”, justo antes de su determinación, como se anotó anteriormente. Además, el hecho de haber adelantado el trámite correspondiente para que se dirimiera la controversia ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez no implicaba que suspendiera los servicios al actor y el reconocimiento de sus incapacidades, pues la interpretación que hizo de las normas para sustentar esa decisión la hizo en forma desfavorable para el mismo.

En conclusión: para la Sala de Revisión, la ARP del Seguro Social le vulneró al señor Muñoz, en primer lugar, el derecho fundamental al debido proceso, y, como consecuencia de ello, se le vulneraron los derechos a la salud y a la seguridad social en conexidad con la vida, al adoptar la decisión unilateral y arbitraria de suspender los servicios asistenciales y económicos que venía prestándole, con base en la auto calificación del origen del accidente

que sufrió y desconociendo la decisión de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander, según la cual el origen laboral del accidente sufrido por el accionante y la calificación del 50,16% de pérdida de capacidad laboral, con lo cual se encuentra incapacitado para trabajar y proporcionarse su sustento, como ya se anotó.

Por lo tanto, para efectos del cumplimiento de la protección que se otorga, se ordenará que la ARP continúe prestando todos los servicios que la ley le obliga hasta que se produzca la decisión definitiva de la autoridad competente, sea judicial o administrativa, sobre la incapacidad o invalidez, y el origen de la misma. Si la decisión determina que el accidente es de origen común, la ARP podrá suspender los servicios que ha venido prestando y repetir contra la entidad de seguridad social que debía asumirlos. Pero si la autoridad competente determina que el accidente es de trabajo o con ocasión del mismo, la ARP está obligada de asumir esta contingencia en los términos que establece la ley, en lo correspondiente a las prestaciones asistenciales integrales y económicas.

En ese orden de ideas, se revocará el fallo proferido por el Juzgado Quinto Penal del Circuito de Bucaramanga, que negó la tutela considerando que existe otro medio de defensa, ya que, si bien es cierto se está adelantando el trámite administrativo correspondiente, la entidad demandada vulneró los derechos del actor al dejarlo desprotegido en la prestación de los servicios de salud y de prestaciones económicas, y en su lugar concederá la tutela, mientras se resuelve definitivamente el caso.

Por lo tanto, la Sala ordenará a la ARP del Seguro Social que, dentro del término de 48 horas, contadas a partir de la notificación de esta providencia, disponga lo necesario para que el médico tratante del señor Didimo Muñoz Badillo revise el estado actual de su lesión, se le practiquen los exámenes requeridos y en un término no superior al señalado por dicho médico, se inicie el servicio médicamente ordenado, necesario para la completa recuperación de la lesión de su miembro superior derecho, el cual podrá comprender la realización de la cirugía que estaba pendiente de realizarse al momento de instaurarse la demanda de tutela.

Así mismo, se ordenará a la ARP del Seguro Social que dentro del término de 48 horas, contadas a partir de la notificación de esta providencia, reanude el pago del subsidio por incapacidad temporal al accionante. Este pago deberá hacerlo hasta que el señor Muñoz

logre la completa recuperación de la lesión de su miembro superior derecho, teniendo en cuenta los límites temporales establecidos en el inciso 3º del Artículo 3º de la Ley 776 de 2002.

En el evento que el proceso de rehabilitación de la lesión exceda el tiempo establecido en el inciso 3º del Artículo 3º de la Ley 776 de 2002, la ARP del Seguro Social deberá prolongar el pago del subsidio por incapacidad temporal hasta por un periodo de tiempo igual al comprendido entre el 5 de septiembre de 2006 y la fecha en la que se reanude efectivamente el pago del subsidio.

La eventual prolongación del periodo máximo de pago del subsidio se ordena teniendo en cuenta que la lentitud en la recuperación de la salud del accionante ha obedecido en gran medida a la tardanza de la ARP del Seguro Social en realizarle la cirugía que está pendiente desde julio de 2006, que fue ordenada por su médico tratante, y que la ARP estaba obligada a cubrir.

De igual manera, le ordenará a la ARP del Seguro Social que, dentro de los 15 días calendario siguientes a la notificación del fallo, le pague al señor Didimo Muñoz Badillo el subsidio por incapacidad temporal correspondiente al periodo comprendido entre el 5 de septiembre de 2006 y la fecha en la que efectivamente se reanude el pago del subsidio, según lo establecido en esta sentencia.

Esta orden se da teniendo en cuenta que, de acuerdo con las circunstancias específicas de este caso, durante los casi seis meses que han transcurrido desde que la ARP del Seguro Social dejó de pagarle al señor Muñoz el subsidio por incapacidad temporal, era imposible que el accionante obtuviera por sí mismo, ingresos suficientes para sostenerse él y a su familia, si se tiene en cuenta que con su brazo lesionado le era imposible que desempeñara el trabajo como obrero, que conoce y al que se ha dedicado.

Sin perjuicio de todo lo anterior, el actor queda obligado a atender, en los términos establecidos en la ley, todo lo relacionado para que las autoridades competentes evalúen y determinen el origen del accidente, si se presentó incapacidad o invalidez, el grado, si es permanente, etc., con el fin de establecer en cabeza de cuál entidad del Sistema de Seguridad Social quedan a cargo las prestaciones asistenciales y económicas.

Finalmente, de acuerdo con lo expuesto en esta sentencia, se observó que la ARP del Seguro Social violó el procedimiento establecido para suspender la atención asistencial y económica que venía prestando al actor. Esta actuación debe ser puesta en conocimiento del Ministerio de la Protección Social y de la Superintendencia Bancaria, para los efectos del artículo 84 del Decreto 1295 de 1994, en lo relativo a la vigilancia y control de las Aseguradoras de Riesgos Profesionales. Para tal efecto, se ordenará remitir copia de esta providencia a tales entidades.

### III. DECISION

#### RESUELVE:

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Quinto Penal del Circuito de Bucaramanga, del 5 de octubre de 2006, que negó la tutela dentro del proceso de la referencia.

SEGUNDO.- CONCEDER la tutela de los derechos fundamentales al debido proceso, a la salud y a la seguridad social en conexidad con la vida del señor DIDIMO MUÑOZ BADILLO, que fueron vulnerados por la Administradora de Riesgos Profesionales -ARP- del Seguro Social y ORDENAR a esta ARP que dentro del término de 48 horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, disponga lo necesario para que el médico tratante del accionante revise el estado actual de su lesión, se le practiquen los exámenes requeridos y en un término no superior al señalado por dicho médico, se inicie el servicio médicamente ordenado, necesario para la completa recuperación de la lesión de su miembro superior derecho, el cual podrá comprender la realización de la cirugía que estaba pendiente de realizarse y las que sean necesarias para la completa recuperación de la salud del actor.

TERCERO.- ORDENAR a la ARP del Seguro Social que dentro del término de 48 horas, contadas a partir de la notificación del fallo, reanude el pago del subsidio por incapacidad temporal al señor DIDIMO MUÑOZ BADILLO. El pago deberá hacerlo hasta que el señor Muñoz logre la completa recuperación de la lesión de su miembro superior derecho, teniendo en cuenta los límites temporales establecidos en el inciso 3º del Artículo 3º de la Ley 776 de 2002.

En el evento que el proceso de rehabilitación de la lesión exceda el tiempo establecido en el

inciso 3º del Artículo 3º de la Ley 776 de 2002, la ARP del Seguro Social deberá prolongar el pago del subsidio por incapacidad temporal hasta por un periodo de tiempo igual al comprendido entre el 5 de septiembre de 2006 y la fecha en la que se reanude efectivamente el pago del subsidio, de acuerdo con lo establecido en esta sentencia.

CUARTO.- ORDENAR a la ARP del Seguro Social que, dentro los 15 días calendario siguientes a la notificación del fallo, le pague al señor DIDIMO MUÑOZ BADILLO el subsidio por incapacidad temporal correspondiente al periodo comprendido entre el 5 de septiembre de 2006 y la fecha en la que se reanude el pago del subsidio.

QUINTO.- Para los efectos del artículo 84 del Decreto 1295 de 1994, en lo relativo a la vigilancia y control, se ordena poner en conocimiento del Ministerio de la Protección Social y de la Superintendencia Bancaria esta providencia, para que examinen la actuación de la ARP del Seguro Social, según lo expuesto en esta providencia.

SEXO.- Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

ALVARO TAFUR GALVIS

Magistrado Ponente

JAIME ARAUJO RENTERIA

Magistrado

CLARA INES VARGAS HERNANDEZ

Magistrada

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

1 “por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales”.

2 Ley 776 de 2002, Art. 3, Inc. 1.

3 Procedimiento que se adelantó de conformidad con lo establecido en el Decreto 1295 de 1994 según el cual “ARTICULO 12. ORIGEN DEL ACCIDENTE DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE. Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.

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, estas 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.”

4 “por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez”.

5 Ley 776 de 2002, “ARTICULO 2º INCAPACIDAD TEMPORAL. Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado”.

6 “ARTICULO 12. ORIGEN DEL ACCIDENTE DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE. Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se considera de origen común.

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 el 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, estas 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.”

7 Con fundamento en los artículos 6º y 9º de la Ley 776 de 2002.

8 A partir del 4 de septiembre de 2006, la ARP del Seguro Social dejó de pagarle al accionante el subsidio por incapacidad temporal.