

Sentencia T- 341/13

SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES-Finalidad/SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES-Prestaciones y derechos asistenciales derivadas de la ocurrencia de accidente de trabajo o del diagnóstico de enfermedad profesional

DETERMINACION DEL ORIGEN DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL-Constituye trascendental importancia para determinar cuál es la entidad responsable de asumir las prestaciones asistenciales y económicas a que tiene derecho el trabajador

Para establecer si una persona tiene derecho al reconocimiento de alguna de las prestaciones asistenciales o económicas, se requiere de la calificación de la pérdida de capacidad laboral, entendida como un mecanismo que permite fijar el porcentaje de afectación del “conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual”. El derecho a la valoración de la disminución de dicha capacidad se encuentra regulado básicamente en las mismas leyes y decretos que desarrollan el SGRP, con mayor énfasis en la Ley 100 de 1993, el Decreto 917 de 1999 y el Decreto 2463 de 2001 en lo que tiene que ver con el procedimiento respectivo.

DERECHO A LA VALORACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL-No depende de un periodo de tiempo específico, sino de las condiciones reales de salud, grado de evolución de la enfermedad o el proceso de recuperación o rehabilitación

Puede ocurrir que en un primer momento la afectación padecida, ya sea producida por un accidente o enfermedad específica, no genere incapacidad alguna. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, se pueden presentar secuelas que tornan más grave la situación de salud de la persona, lo que podría dar lugar a la valoración de su pérdida de capacidad laboral, con el fin de establecer, precisamente, las verdaderas causas que originaron la disminución de su capacidad de trabajo y el eventual estado de invalidez. En consecuencia, el derecho a la valoración de la pérdida de capacidad laboral no se encuentra sujeto a un término perentorio para su ejercicio, en tanto que la idoneidad del momento en que el afiliado requiere la definición del estado de invalidez o la determinación del origen de la

misma, no depende de un período de tiempo específico, sino de sus condiciones reales de salud, el grado de evolución de la enfermedad o del proceso de recuperación o rehabilitación que le hayan suministrado. Así, el simple paso del tiempo no puede constituirse en barrera para el acceso al dictamen técnico que permitirá establecer las prestaciones económicas causadas por el advenimiento del riesgo asegurado, sin importar que éste derive su origen de una enfermedad profesional, accidente laboral o de una afección de origen común. De otra parte, ha de entenderse que del ejercicio del derecho a la valoración de la pérdida de capacidad laboral depende la efectividad de otras garantías fundamentales de raigambre constitucional, indefectiblemente relacionadas a la dignidad humana, como la seguridad social, en sus dos dimensiones, el derecho a la vida digna y al mínimo vital.

SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES-Protección del derecho a la seguridad social de los trabajadores que sufren accidente de trabajo o enfermedad profesional

DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR-Garantías y prestaciones asistenciales y económicas por incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, invalidez

TRAMITE ANTE JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ-Procedimiento regido por el principio de buena fe, dignidad humana y debido proceso

Teniendo en cuenta la importancia que revisten los dictámenes expedidos por las juntas de calificación, pues determinan el derecho de una persona a acceder a las prestaciones económicas previstas en el SGRP y dirimen las controversias que surjan sobre la determinación de origen o fecha de estructuración, la jurisprudencia ha señalado que el cumplimiento de las normas que reglamentan las funciones y deberes de estos organismos, los cuales, cumplen funciones públicas relacionadas con el derecho fundamental a la seguridad social, es considerado como parte integrante del derecho fundamental al debido proceso de las personas que están surtiendo ante las mismas los trámites para la calificación de su invalidez. De esa forma, esta Corte ha indicado que se vulnera el derecho al debido proceso de una persona que solicita el trámite de la calificación de invalidez, cuando las juntas de calificación en sus dictámenes determinan el porcentaje de la pérdida de capacidad laboral, el origen de la invalidez o la fecha de estructuración, sin suficiente

fundamento fáctico ni probatorio.

JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ-Está facultada para solicitar antecedentes e informes a las EPS, ARL, AFP para realizar una adecuada calificación

DERECHO A LA VALORACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL-Vulneración por ARL al negarse a valoración de la pérdida de capacidad, con el argumento que transcurrió mucho tiempo entre el accidente y la solicitud de valoración

La ARL demandada no discute la existencia del accidente de trabajo ocurrido en abril 4 de 2007 y reportado por el empleador. En realidad, su negativa a la valoración de pérdida de capacidad laboral se relaciona con el tiempo transcurrido entre el accidente y la solicitud de valoración de tal disminución, así como la ausencia de determinación del origen común o profesional del riesgo, lo que, en su opinión, implicó la prescripción del derecho a ser calificado y la pérdida de la cobertura que brinda el sistema general de riesgos profesionales. Razones por las que trasladó toda la responsabilidad a la EPS. Esa situación, analizada frente a la jurisprudencia constitucional sobre la determinación del origen del riesgo y el grado de invalidez, envuelve un incontestable desconocimiento al precedente que ha erigido la clasificación de la pérdida de capacidad laboral, como un derecho que tiene toda persona y de cuyo ejercicio depende la garantía y protección de otros derechos fundamentales como la salud, la seguridad social y el mínimo vital, en la medida que permite establecer a qué tipo de prestaciones tiene derecho quien es afectado por una enfermedad o accidente, producido con ocasión o como consecuencia de la actividad laboral, o por causas de origen común.

DERECHO A LA VALORACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL-Orden a ARL califique la pérdida de capacidad laboral para determinar el origen común o profesional del accidente, grado de invalidez y fecha de estructuración

Referencia: expediente T-3766402

Acción de tutela instaurada por el señor Jairo Ruiz Narváez, contra Positiva Compañía de Seguros S. A..

Procedencia: Tribunal Superior de Buga, Sala Penal.

Magistrado sustanciador: Nilson Pinilla Pinilla

Bogotá, D. C., trece (13) de junio dos mil trece (2013).

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Nilson Pinilla Pinilla, Jorge Ignacio Pretelt Chaljub y Alberto Rojas Ríos, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

## SENTENCIA

En la revisión del fallo dictado en segunda instancia por el Tribunal Superior Buga, Sala Penal, en diciembre 13 de 2012, dentro de la acción promovida por Jairo Ruiz Narváez, contra Positiva Compañía de Seguros S. A..

El expediente llegó a la Corte Constitucional por remisión que hizo la Secretaría de la Sala Penal, en virtud de lo ordenado por el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991. La Sala de Selección N° 9 de la Corte, en auto de septiembre 27 de 2012, eligió el asunto de la referencia para su revisión.

## I. ANTECEDENTES

El señor Jairo Ruiz Narváez, promovió acción de tutela en septiembre 25 de 2012, contra Positiva Compañía de Seguros S. A., en adelante Positiva S. A., solicitando la protección de los derechos fundamentales a la salud, la seguridad social, la vida digna y al mínimo vital, según los hechos que a continuación son resumidos.

### A. Hechos y relato contenido en el expediente

1. En febrero de 2007, el señor Jairo Ruiz Narváez de 48 años de edad, inició labores como operario de construcción con el ingeniero Enrique Lourido Caicedo, quien estaba realizando una obra de edificación y mantenimiento para el Instituto Agropecuario Colombiano (ICA).
2. En abril 4 de 2007, cuando el accionante estaba realizando labores de labrado con un cincel, sufrió un accidente de trabajo que comprometió seriamente la funcionalidad del ojo derecho (f. 1 cd. inicial).
3. El actor afirmó que para el restablecimiento de su capacidad visual, fue sometido a siete

procedimientos quirúrgicos; pero en abril 17 siguiente, el médico tratante diagnóstico “glaucoma absoluta” en el ojo afectado (íd.).

4. Afirmó que presentó una solicitud de “calificación de pérdida de la capacidad laboral” a Positiva S. A., como administradora de riesgos profesionales hoy ARL, petición resuelta desfavorablemente en abril 3 de 2012, invocando la presunta prescripción de los derechos laborales y asistenciales reclamados.

5. Concluido el tratamiento y proceso de rehabilitación, el especialista tratante dictaminó en agosto 24 siguiente, “pérdida irreversible de la visión del ojo derecho” y ordenó su remisión a medicina laboral para “valoración de discapacidad” (íd.).

6. Solicitó al juez de tutela proteger sus derechos a la salud, la seguridad social, la vida digna y el mínimo vital y, en consecuencia, ordenar a Positiva S. A. calificar la pérdida de su capacidad laboral, sin ningún costo.

B. Documentos relevantes cuya copia obra dentro del expediente.

1. Solicitud de evaluación y valoración de condiciones de salud (f. 3 ib.).

2. Oficio de Positiva S.A (f. 4 ib.).

3. Historia clínica (f. 5 a 12 ib.).

4. Remisión a medicina laboral emitida en febrero 12 de 2012 (f. 12 ib.).

5. Hoja de evolución de abril 17 de 2012, donde el galeno tratante reportó “pérdida total de la agudeza visual en el ojo derecho” (f. 12 ib.).

C. Actuación procesal y respuesta de la entidad accionada.

Mediante auto de septiembre 26 de 2012, el Juzgado Tercero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Palmira, Valle del Cauca, admitió la acción de tutela y corrió traslado a Positiva S.A., para que en el término de 2 días siguientes a la notificación, ejerciera su derecho de defensa.

En cumplimiento de lo anterior, la entidad demandada mediante apoderada, presentó

escrito en octubre 8 de 2012, solicitando negar el amparo de los derechos invocados por el peticionario, al no haber sido vulnerados, pues en el asunto bajo estudio obró la figura de la prescripción.

Argumentó que “el término máximo de reclamación respecto de la calificación (de origen de un accidente y/o pérdida de capacidad laboral) se causa desde el mismo momento de la ocurrencia del evento y hasta dentro de los tres años siguientes se podrá reclamar su calificación” (f. 17 ib.).

Aclaró que el accidente se reportó en abril 4 de 2007, pero solo hasta mayo de 2012 presentó la solicitud de valoración, por tanto ya se había generado la prescripción de los derechos, de acuerdo a los artículos 488 del Código Sustantivo del Trabajo y 151 del Código de Procedimiento Laboral, que establecen que los derechos laborales y sociales prescriben en el término de 3 años, contados desde que la respectiva obligación se haga exigible.

Indicó que no existe dictamen de calificación del origen de la patología por parte de la EPS, que especifique el carácter laboral del accidente reportado; contrariando lo señalado en el Decreto 2463 de 2001, según el cual “el origen del accidente o de la enfermedad, causante 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”.

Agregó que en ausencia de un concepto sobre el evento, que lo catalogue como un accidente de trabajo o enfermedad profesional, éste permanecerá como uno de origen común, en virtud de lo previsto en el artículo 12 del Decreto Legislativo 1295 de 1994[1]. Así, resulta improcedente que Positiva S. A. asuma la contingencia del demandante, pues las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de una afección de origen común deben ser reconocidas y pagadas por la entidad promotora de salud[2] (f. 19 ib.).

D. Decisiones objeto de revisión.

1. Sentencia de primera instancia.

En fallo de octubre 9 de 2012, el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Palmira negó el amparo solicitado, indicando que no se cumplen los presupuestos de procedibilidad de la acción de tutela, al tiempo que la entidad demandada no vulneró los derechos del

accionante.

Expuso que no se cumple el presupuesto de la inmediatez en el ejercicio de la acción de tutela, en tanto que el presunto accidente profesional acaeció en abril de 2007, y la solicitud de calificación se presentó 6 años después; situación que evidencia: (i) falta de diligencia para agenciar la exigibilidad de las garantías fundamentales; (ii) prescripción de los derechos sociales y asistenciales reclamados; y (iii) el carácter residual del mecanismo tutelar, manifiesto en la posibilidad que tenía el actor de accionar mecanismos de defensa judicial idóneos y expeditos ante la jurisdicción laboral.

En escrito de noviembre 15 de 2012, el actor impugnó la decisión del a quo, reiterando lo expuesto en la demanda (f. 44 ib.).

### 3. Sentencia de segunda instancia.

En fallo de diciembre 13 de 2012, la Sala Penal del Tribunal Superior de Buga, confirmó la decisión, señalando que la ARL Positiva S.A. no era la entidad facultada para la calificar el evento, pues la determinación del origen del accidente debía efectuarse, en primera instancia, por la empresa promotora de salud, acorde con el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994.

Agregó que el accionante “deberá dirigir la petición incoada a la ARP Positiva, ante la EPS a la cual se encuentra afiliado en el régimen de seguridad social en salud, y seguir el trámite dispuesto en el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994, en caso de presentarse controversia en torno al origen del accidente sufrido el 4 de abril de 2007” (f. 80 ib.).

### 4. Pruebas solicitadas por la Sala de Revisión.

1. En auto de febrero 25 de 2013[3], la Sala de Revisión ordenó vincular a la Compañía de Seguros de Vida Aurora S. A., y a Servicio Occidental de Salud EPS, para que se pronunciaran respecto de los hechos expuestos en la demanda y realizaran la actuación que estimaran pertinente, presentando los elementos de comprobación que sustentaran lo que consideraran necesario.

Igualmente, para que indicaran qué conducta asumieron ante el reporte del accidente de trabajo sufrido por el peticionario, en particular: (i) si realizaron calificación o clasificación

del origen de la afección del demandante, si no la practicaron exponer por qué no se llevó a cabo; (ii) qué actuaciones desplegaron luego del reporte del accidente de trabajo; (iii) si efectuaron evaluación de la pérdida de capacidad laboral, de no haberla efectuado explicaran por qué no se practicó; (iv) las actuaciones administrativas desplegadas desde la ocurrencia del evento hasta la manifestación del concepto médico desfavorable de recuperación; (v) si tramitaron solicitud de calificación de pérdida de la capacidad laboral y el período de afiliación del actor a las referidas entidades; y (vi) qué empresa promotora de salud o administradora de riesgos laborales[4] suministró las prestaciones asistenciales y económicas requeridas por aquél.

De otra parte, se ordenó oficiar al señor Enrique Lourido Caicedo, quién para la época del evento fungía como empleador del accionante, para que indicara lo que le constara respecto a los hechos objeto de estudio y su participación en las actuaciones administrativas surtidas con motivo del accidente de trabajo, así como la fecha en que reportó la ocurrencia del mismo.

A su vez, se ofició a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, para que indicara si tramitó solicitud de valoración por pérdida de capacidad laboral respecto a la situación de salud del accionante, e informara si clasificó el origen de su afección. A su vez, para que remitiera los dictámenes emitidos, todas las actuaciones administrativas, las peticiones, los recursos y las decisiones sobre los mismos.

2. De conformidad con la pruebas recaudadas por la Corte y los fundamentos de hecho de la demanda, el Magistrado sustanciador ordenó vincular como accionada a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, para que por intermedio de sus integrantes, se pronunciara respecto a los hechos expuestos en la demanda de la referencia, contravirtiera los asertos y los medios de convicción allegados. Igualmente para que indicara:

(i) Si al momento de calificar la pérdida de capacidad laboral y clasificar el origen de la afección accionante tuvieron en cuenta la historia clínica que sustentaba el alegado deterioro que él presuntamente venía sufriendo en su estado de salud, como consecuencia de un accidente de trabajo de abril 4 de 2007; (ii) indicaran a qué personas o instituciones solicitaron el envío de la historia clínica y demás documentos médicos pertinentes para la evaluación; (iii) precisaran de qué forma cumplieron lo previsto en el artículo 26 del Decreto



2463 de 2001; (iv) informaran cuáles fueron los documentos médicos de mayor antigüedad que tuvieron en cuenta en su estudio, así como las fechas de todos los acopiados; (v) qué valoración dieron a dichos elementos de juicio y qué incidencia tuvieron en la decisión adoptada sobre el concepto de invalidez, la clasificación del origen y la fecha de estructuración; y (vi) manifestaran si realizaron examen físico sobre la humanidad de la persona evaluada. En caso negativo, señalaran las razones por que no lo hicieron.

#### A. Respuesta de Servicio Occidental de Salud SOS-EPS.

En escrito de mayo 7 de 2013, la directora de la sede Bogotá de la entidad indicó que efectuado el registro en el sistema de información de la empresa, se halló que el actor está afiliado como cotizante a SOS-EPS y su vinculación está activa desde mayo 6 de 2006. Reseñó que en abril 4 de 2007, el actor sufrió un trauma ocular en el ojo derecho originado en un accidente de trabajo, “reportado por la empresa a la ARL ISS” (f. 88 cd. Corte).

Aseveró que en abril de 2009, la Junta Regional de Calificación de Invalidez emitió dictamen por pérdida de capacidad laboral equivalente al 34.7% y calificó el origen del evento como de carácter laboral, decisión que fue controvertida por la ARL ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, instancia que no ha resuelto el recurso de apelación formulado.

Manifestó que mientras no sea revocada la determinación de origen profesional del evento sufrido por el accionante, la responsabilidad en el pago de las prestaciones económicas derivadas del mismo estará a cargo de Positiva S. A., como administradora de riesgos laborales.

Tratándose de los servicios asistenciales originados por el accidente laboral, sostuvo que SOS-EPS suministró plenamente los servicios médicos requeridos, acompañó al paciente en el proceso de reincorporación laboral mediante las valoraciones realizadas en mayo 10 de 2012 por medicina laboral, emitió recomendaciones para su reintegro, y proporcionó asesoría para solicitar la determinación de secuelas o la pérdida de capacidad laboral.

Finalmente, solicitó desvincular a la entidad del trámite del presente proceso, al no existir incumplimiento de las obligaciones relativas al reconocimiento de las prestaciones asistenciales causadas con el accidente laboral. Junto con el escrito, allegó oficio de recomendaciones dirigido al actual empleador del demandante para su reintegro, y formato

del informe para accidente de trabajo del empleador, e historia clínica del actor (fs. 88 a 91 ib.).

B. Respuesta de ARL Aurora S. A., Compañía de Seguros de Vida.

En comunicación de mayo 3 de 2013, el representante legal de la entidad manifestó que el actor estuvo afiliado a Aurora S. A. desde mayo 2 hasta octubre 5 de 2008, por lo tanto el accidente laboral ocurrido en abril 4 de 2007 no coincide con el término de afiliación a dicha sociedad. De ahí que, esa sociedad no efectuó calificación de la disminución de su capacidad laboral, derivada del accidente reportado en el 2007(fs. 106 a 126 ib.).

Expuso que la Asociación Mutual Futuro Solidario, empleador que afilió al demandante a la ARL, reportó en agosto 8 de 2008 un presunto accidente ocurrido en junio 4 del mismo año, sobre el cual fue investigado por la junta médica interdisciplinaria de la entidad para determinar su origen.

Reseñó que analizada y cotejada la historia clínica de urgencias e incapacidades, allegada por el empleador en octubre 23 de 2008, se dictaminó que las secuelas del actor no procedían de un accidente laboral, porque “no existió relación de causalidad entre las labores realizadas y el estado actual de salud presentado por el señor Jairo Ruiz Narváez”. Este dictamen fue notificado a la Asociación Mutual Futuro Solidario en noviembre 19 de 2008.

Manifestó que en julio 27 de 2009, la entidad formuló solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, con motivo de la evaluación realizada en julio 27 de 2009, por el área de medicina laboral de la EPS SOS, en la que se acreditó que el accidente sufrido por el actor tenía origen laboral.

Agregó que en julio 30 siguiente, la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca emitió dictamen en el que estableció un porcentaje de 34.70% de pérdida de capacidad laboral, derivada de un accidente de trabajo. Establecido dicho origen, la ARL demandada presentó recurso de apelación, resuelto mediante dictamen de agosto 29 de 2012, en el que la Junta Nacional confirmó dicho porcentaje y modificó el origen de las secuelas, definiéndolas cómo de origen común.

Aseveró que no reconoció prestaciones económicas originadas por el accidente reportado en abril 4 de 2007, como quiera que nunca tuvo conocimiento de éste, pues en aquella época el actor estaba afiliado a Positiva S. A., siendo posterior al evento su vinculación a Aurora S. A..

Planteó que los hechos expuestos en la demanda permiten concluir que “tanto el accidente laboral acontecido en abril 4 de 2007 bajo la afiliación a ARL POSITIVA S. A., y el supuesto accidente laboral ocurrido en junio 4 de 2008, amparado en ese momento por la afiliación a la ARL AURORA S. A., versan sobre un mismo hecho, motivo por el cual no es posible que el mismo ocurra en dos ocasiones, pero en diferentes circunstancias de modo, tiempo y lugar”.

Señaló que se constató tal irregularidad porque la información diagnóstica de las incapacidades generadas por el accidente de junio 4 de 2008, aludía a un “desprendimiento de retina”, mientras que la anamnesis sobre el siniestro reportado, registraba “presencia de cuerpo extraño en el ojo derecho”. Además, la especialista en oftalmología que examinó la evolución clínica del actor con fundamento en los documentos médicos allegados por Aurora S. A., indicó que aquél fue intervenido en la retina en agosto 22 de 2007, previo al accidente acaecido en junio 4 de 2008 y reportado en agosto de la misma anualidad, y que en la fase post operatoria se advirtió la presencia de pseudofaquia en ojo derecho, lo cual no fue reseñado por el paciente en sus antecedentes (f. 109 ib.).

Sostuvo que Aurora S. A. cumplió las obligaciones relacionadas con la calificación de las secuelas sufridas por el accionante con el accidente acaecido en junio de 2008, pero al ser clasificado como de origen común, perdió la competencia para reconocer las prestaciones económicas derivadas.

Por último, solicitó excluir de responsabilidad a Aurora S. A. en el proceso de tutela, atendiendo a que el accidente sobre el cual versa la demanda, corresponde a uno diferente al que le fue reportado en agosto 8 de 2008.

C. Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Por remisión que hiciera la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca del oficio de pruebas emitido por la Corte, a la Secretaria de la Sala Segunda de Decisión de

la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, ésta allegó escrito en mayo 28 de 2013 donde explicó:

La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca le remitió el expediente del accionante para resolver, en segunda instancia, el recurso interpuesto por Aurora S. A. contra el dictamen de la Junta Regional que determinó el origen de la afección en un accidente laboral y un porcentaje de 34.70% de pérdida de capacidad laboral.

Aclaró que las actuaciones de la Junta Nacional se ajustaron a lo previsto en el Decreto 2463 de 2001 y la Ley 100 de 1993, sobre calificación del origen de las contingencias. Indicó que no efectuó examen físico al actor, pues no lo consideró indispensable para la evaluación.

Agregó que en el curso del proceso de calificación, el peticionario contó con el derecho a solicitar información sobre su caso y a solicitar la expedición de copias de los documentos que requiriera, e igualmente con la oportunidad de aportar elementos probatorios que considerara relevantes, o contradecir los obrantes en el expediente.

Reseñó que al analizar las secuelas originadas en el presunto accidente de trabajo ocurrido en 2008, se constataron incongruencias en la historia clínica aportada, en el trámite de reporte del accidente de trabajo y en la información suministrada por el paciente; las que fueron resueltas con fundamento en los hallazgos clínicos descritos en la valoración realizada por la especialista en oftalmología a solicitud de la ARL Aurora (f. 131 ib.).

Expresó que una vez analizado el historial clínico aportado al expediente, la Junta Nacional concluyó que le asistía razón “al apelante administradora de riesgos profesionales Aurora S. A., toda vez que de acuerdo al mecanismo del accidente y las lesiones descritas por oftalmología no es posible atribuir las secuelas al evento reportado como accidente de trabajo” (f. 132 ib.).

Sostuvo que la Junta Regional se extralimitó al calificar la pérdida de capacidad laboral, pues en el caso estudiado la controversia versaba exclusivamente sobre el origen de la afección “desprendimiento de retina, trastorno de cuerpo vítreo y cristalino en ojo derecho”. En consecuencia, determinó su origen como común, y dejó sin efecto la calificación de pérdida de capacidad laboral, la cual deberá realizarse en primera oportunidad por el fondo de pensiones correspondiente, atendiendo tal origen.

## II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

### Primera. Competencia.

Corresponde a la Corte Constitucional analizar, en Sala de Revisión, los fallos proferidos dentro de la acción de tutela en referencia, con fundamento en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

### Segunda. Planteamiento del problema jurídico.

Mediante esta acción de tutela, el señor Jairo Ruiz Narváez pide que se amparen sus derechos fundamentales a la salud, la seguridad social, la vida digna y el mínimo vital, los cuales habrían sido vulnerados por la ARL Positiva S. A., al no calificar la pérdida de su capacidad laboral, pese a que presuntamente sufrió un accidente de trabajo reportado así por su empleador.

Analizada la situación planteada en la demanda, las pruebas practicadas por la Corte y la intervención de las entidades vinculadas al trámite del presente proceso, encuentra la Sala que el problema jurídico inicialmente planteado en la tutela, no es el llamado a resolverse debido a que la calificación de la pérdida de capacidad laboral solicitada ya se surtió, aunque sin la participación de Positiva S. A., administradora de riesgos laborales obligada.

Sin embargo, la Sala observa que las particularidades del caso permiten ubicar la posible vulneración de las garantías fundamentales invocadas, en la omisión de las obligaciones a cargo de los actores del SGRP vinculados en el caso objeto de estudio y las posibles irregularidades en el proceso de calificación de la invalidez y determinación del origen de la afección del accionante ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

En ese contexto, atendiendo a la función de revisión que cumple esta corporación, se prescindirá del problema jurídico planteado en la demanda, para abordar el estudio del caso desde una perspectiva más concreta: (i) de un lado, las obligaciones que asumen las entidades administradoras de riesgos profesionales frente a los trabajadores que sufren una pérdida de capacidad laboral por eventos de origen profesional; y del otro, (ii) la observancia al debido proceso en los trámites de calificación de la pérdida de capacidad

laboral y determinación del origen de la misma.

En ese orden, se evaluará la conducta asumida por las administradoras de riesgos demandadas ante el accidente de trabajo que sufrió el actor y la sujeción al debido proceso en el trámite de calificación del origen y grado de invalidez adelantado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Para desarrollarlo, la Sala estudiará los siguientes aspectos: (i) la importancia de la calificación de pérdida de capacidad laboral y la no prescripción de la misma; (ii) la integralidad del Sistema de Seguridad Social en Colombia; (iii) el debido proceso en la calificación de las Juntas respectivas; y por último (iv) con base en esos parámetros, resolverá el caso concreto.

Tercera. La importancia de la calificación de pérdida de capacidad laboral.

3.1. El artículo 48 superior consagró la seguridad social como un derecho irrenunciable que debe garantizarse a todos los habitantes del territorio colombiano. Dispuso además que se organizara como un servicio público obligatorio bajo “la dirección, coordinación y control” del Estado, junto con entidades públicas y privadas, que debe ser prestado con sujeción a los principios de solidaridad, eficacia y universalidad.

Acorde con el citado artículo, la jurisprudencia de la Corte ha señalado que la seguridad social es “un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios complementarios que son definidos en la ley, cuyo objeto es garantizar los derechos irrenunciables de las personas, mediante la cobertura de las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y, en general, las condiciones de vida de toda la población”[5].

3.2. En armonía con la preceptiva constitucional, la Ley 100 de 1993 diseñó un nuevo modelo de seguridad social en Colombia, en el que se unifican los regímenes normativos existentes y se implementa una dinámica administrativa que combina la gestión pública con la privada, en un Sistema Integral de Seguridad Social que ampara de forma anticipada a los ciudadanos, contra determinadas contingencias que puedan presentarse en el desarrollo de la vida laboral y, en el desenvolvimiento de la vida misma. En ese orden, el sistema fue estructurado con estos componentes: (i) el Sistema General de Pensiones; (ii) el Sistema General en Salud; (iii) el Sistema General de Riesgos Profesionales; y (iv) los Servicios

Complementarios.

3.3. El Sistema General de Riesgos Profesionales -SGRP-, constituye uno de los más sentidos avances en materia de seguridad social en Colombia, al disponer la protección del trabajador respecto de los riesgos derivados del trabajo. La legislación del Sistema de Riesgos Profesionales, prevista entre otras disposiciones en la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994[6], la Ley 776 de 2002 y la Ley 1562 de 2012, lo define como “un conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que tiene la finalidad de prevenir, proteger y atender las consecuencias que se derivan de los riesgos profesionales, es decir, de los accidentes y las enfermedades que puedan padecer las personas por causa o con ocasión del trabajo”[7].

En virtud de la finalidad perseguida por el Sistema de Riesgos Profesionales, las normas que lo regulan consagran la noción legal de accidente de trabajo y enfermedad profesional, con elementos conceptuales que permiten identificar si la situación de hecho que se analiza corresponde o no a un evento relacionado con la actividad laboral o profesional del afiliado.

3.4. Para establecer si una persona tiene derecho al reconocimiento de alguna de las prestaciones asistenciales o económicas, se requiere de la calificación de la pérdida de capacidad laboral, entendida como un mecanismo que permite fijar el porcentaje de afectación del “conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual”[9]. El derecho a la valoración de la disminución de dicha capacidad se encuentra regulado básicamente en las mismas leyes y decretos que desarrollan el SGRP, con mayor énfasis en la Ley 100 de 1993, el Decreto 917 de 1999 y el Decreto 2463 de 2001 en lo que tiene que ver con el procedimiento respectivo.

3.5 Por expresa remisión del artículo 250 de la Ley 100 de 1993, la clasificación de pérdida de capacidad laboral por accidente de trabajo o enfermedad profesional debe ajustarse a las mismas reglas y procedimientos establecidos para la valoración de pérdida de capacidad laboral para el caso de padecimientos por riesgo común[10], es decir, la calificación de pérdida de capacidad laboral tiene lugar independientemente de la causa, profesional o común, que determine la necesidad de dicha valoración.

Conforme con ello, la clasificación de la pérdida de capacidad laboral ha sido considerada por la jurisprudencia constitucional, como un derecho que tiene toda persona, el cual cobra gran importancia al constituir el medio para acceder a la garantía y protección de otros derechos fundamentales como la salud, la seguridad social y el mínimo vital, en la medida que permite establecer a qué tipo de prestaciones tiene derecho quien es afectado por una enfermedad o accidente, producido con ocasión o como consecuencia de la actividad laboral, o por causas de origen común. La Corte ha indicado:

“Dentro del derecho a la pensión de invalidez cobra gran importancia el derecho a la valoración de la pérdida de la capacidad laboral, ya que ésta constituye un medio para garantizar los derechos fundamentales a la vida digna, a la seguridad social y al mínimo vital. Lo anterior por cuanto tal evaluación permite determinar si la persona tiene derecho al reconocimiento pensional que asegure su sustento económico, dado el deterioro de su estado de su salud y, por tanto, de su capacidad para realizar una actividad laboral que le permita acceder a un sustento. Adicional a ello, la evaluación permite, desde el punto de vista médico especificar las causas que originan la disminución de la capacidad laboral. Es precisamente el resultado de la valoración que realizan los organismos médicos competentes el que configura el derecho a la pensión de invalidez, pues como se indicó previamente, ésta arroja el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y el origen de la misma. De allí que la evaluación forme parte de los deberes de las entidades encargadas de reconocer pensiones, pues sin ellas no existiría fundamento para el reconocimiento pensional.”[11]

3.6. Es pertinente mencionar que, según lo manifestado por este tribunal, la calificación de la pérdida de capacidad laboral debe atender las condiciones específicas de la persona, apreciadas en su conjunto, sin que sea posible establecer diferencias en razón al origen, profesional o común, de los factores de incapacidad. En ese mismo sentido, esta valoración puede tener lugar no solo como consecuencia directa de una enfermedad o accidente de trabajo, claramente identificado, sino, también, de patologías que resulten de la evolución posterior de esta enfermedad o accidente, o, a su vez, por una situación de salud distinta que puede tener un origen común.

Asimismo, puede ocurrir que en un primer momento la afectación padecida, ya sea producida por un accidente o enfermedad específica, no genere incapacidad alguna. Sin



embargo, con el transcurso del tiempo, se pueden presentar secuelas que tornan más grave la situación de salud de la persona, lo que podría dar lugar a la valoración de su pérdida de capacidad laboral, con el fin de establecer, precisamente, las verdaderas causas que originaron la disminución de su capacidad de trabajo y el eventual estado de invalidez.

En consecuencia, el derecho a la valoración de la pérdida de capacidad laboral no se encuentra sujeto a un término perentorio para su ejercicio, en tanto que la idoneidad del momento en que el afiliado requiere la definición del estado de invalidez o la determinación del origen de la misma, no depende de un período de tiempo específico, sino de sus condiciones reales de salud, el grado de evolución de la enfermedad o del proceso de recuperación o rehabilitación que le hayan suministrado.

Así, el simple paso del tiempo no puede constituirse en barrera para el acceso al dictamen técnico que permitirá establecer las prestaciones económicas causadas por el advenimiento del riesgo asegurado, sin importar que éste derive su origen de una enfermedad profesional, accidente laboral o de una afección de origen común. De otra parte, ha de entenderse que del ejercicio del derecho a la valoración de la pérdida de capacidad laboral depende la efectividad de otras garantías fundamentales de raigambre constitucional, indefectiblemente relacionadas a la dignidad humana, como la seguridad social, en sus dos dimensiones, el derecho a la vida digna y al mínimo vital.

3.7. El Ministerio de Trabajo en concepto 270910 del 14 de septiembre de 2010, hizo referencia al tema, al resolver la solicitud de una persona que consultaba acerca del término de prescripción para llevar a cabo la calificación de la pérdida de capacidad laboral, debido a las secuelas originadas como consecuencia de un accidente de trabajo ocurrido 10 años atrás. En este concepto, el Ministerio manifestó que “los términos de prescripción para la reclamación de las prestaciones económicas y asistenciales por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, se cuentan desde el momento en que se le define el derecho al trabajador, es decir desde el momento en que le es notificado el dictamen definitivo de su invalidez o pérdida de capacidad laboral.” Conforme con ello, en el citado concepto, se le indicó al peticionario, que debía solicitar la valoración de la pérdida de capacidad laboral, a pesar de los 10 años transcurridos desde el accidente, para poder acceder a las prestaciones a las que hubiera lugar.

Al respecto, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, en fallo de febrero 15 de 1995 (rad. 6.803, M. P. José Roberto Herrera Vergara) indicó: "... cuando acontece un accidente de trabajo surgen en favor de quien lo padece una serie de prestaciones o de indemnizaciones, según el caso, algunas de las cuales dependen de las secuelas o de la incapacidad para laborar que le hayan dejado. Pero muchas veces ocurre que a pesar de los importantes avances científicos resulta imposible saber en corto plazo cuáles son las consecuencias.... Así lo tiene adoctrinado la jurisprudencia de esta Sala al precisar que no puede confundirse el hecho del accidente con sus naturales efectos. Aquél es repentino e imprevisto. Estos pueden producirse tardíamente. (Cas., 23 de marzo de 1956, vol. XXIII, núms. 136 a 138). Por lo anterior, tanto la doctrina como la jurisprudencia, sin desconocer el referido término prescriptivo legal, han recabado en que la iniciación del cómputo extintivo no depende en estricto sentido de la fecha de ocurrencia del infortunio, por no estar acorde con la finalidad del instituto y ser manifiestamente injusta, sino del momento en que el afectado está razonablemente posibilitado para reclamar cada uno de los eventuales derechos pretendidos."

3.8. Aunque la jurisprudencia no ha abordado de manera específica el escenario constitucional de la no prescripción de la valoración de la pérdida de capacidad laboral, sí ha establecido presupuestos acerca de su carácter ineludible en la configuración del derecho a las prestaciones económicas o asistenciales, e igualmente ha fijado parámetros para su realización, precisando que "debe hacerse a partir de la consideración de las condiciones materiales de la persona apreciadas en su conjunto." [12] Para el efecto, no se requiere partir de un punto específico de referencia, como sería el surgimiento de una enfermedad o la ocurrencia de un accidente de trabajo, sino de la situación de salud al momento de la solicitud de la valoración, para la cual deben atenderse todas las circunstancias que hayan incidido en su condición.

3.9. Así las cosas, teniendo en cuenta la importancia de la valoración, este tribunal ha determinado que la afectación de los derechos fundamentales de la persona, se genera de un lado, por la negación del derecho a la valoración, así como por la dilación de la misma, porque de no practicarse a tiempo, puede conllevar en algunas situaciones a la complicación del estado físico o mental del asegurado. De esta forma, ambas circunstancias son lesivas a las garantías fundamentales de los trabajadores, pues someten a quien requiere la calificación a una condición de indefensión [13], en tanto necesita la valoración

para conocer cuáles son las causas que determinan la disminución de la capacidad laboral, y con esto precisar qué entidad -fondo de pensiones o administradora de riesgos laborales- asumirá la responsabilidad en el pago de las prestaciones económicas y asistenciales derivadas de su afección.

Finalmente la inobservancia de los preceptos legales que regulan valoración de pérdida de capacidad laboral, la negativa por parte de las entidades obligadas a ello a realizar la valoración de la persona cuando su situación de salud lo requiere, constituyen una flagrante vulneración del derecho a la seguridad social consagrado en el artículo 48 superior, e igualmente se erigen en barreras de acceso a las garantías fundamentales a la salud, la vida digna y al mínimo vital, al no permitir determinar el origen de la afección, el nivel de alteración de la salud y de la pérdida de capacidad laboral del trabajador.

Cuarta. El carácter integral del sistema de seguridad social.

4.1. La Ley 100 de 1993 implementó un sistema integral de seguridad social, diseñado con la aspiración de alcanzar la real aplicación de los atributos de obligatoriedad e irrenunciabilidad que la Constitución le arrojó a la seguridad social, en su doble dimensión de servicio público y derecho fundamental.

Dicha aspiración quedó consignada en el preámbulo de la Ley 100, en el sentido de que el sistema integral de instituciones, normas y procedimientos, estará dispuesto para el “cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”[14].

Esa vocación de integralidad, responde a la necesidad de materializar los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad a los que la Constitución subordinó la prestación del servicio de seguridad social y la garantía de éste como componente inescindible de la dignidad humana. En desarrollo de estos mandatos, la Ley 100 consagró una especial protección al trabajador frente los riesgos propios de la actividad laboral, brindando una serie de prestaciones asistenciales y económicas para amparar a la población que queda desprovista de los ingresos básicos, tras sufrir una enfermedad o accidente que afecta su capacidad laboral.

Esa pérdida de capacidad laboral puede devenir de eventos de origen común o profesional, por lo que la disposición normativa definió para uno y otro un marco jurídico diferenciado sujeto al origen del evento que generó la contingencia. De esta manera, estableció dos regímenes distintos para atender las situaciones de invalidez, en el que las prestaciones derivadas del accidente o enfermedad serán responsabilidad de los actores del Sistema de Riesgos Profesionales o de los que participan en el Sistema General de Seguridad Social, obedeciendo a si la disminución de la capacidad es causa o no de un evento laboral.

4.2. Posteriormente, el Decreto 1295 de 1994 incorporó esos criterios al establecer en el artículo 34, que todo afiliado al SGRP tendrá derecho a que se le brinden los servicios asistenciales y se le reconozcan las prestaciones económicas a que haya lugar, en el evento de sufrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que éstas generen incapacidad, invalidez o muerte. En consecuencia, incluyó dentro de las funciones de las entidades administradoras de riesgos laborales la de garantizar la prestación del servicio de salud y reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas a las que tienen derecho[15].

En lo relativo a las prestaciones asistenciales, dispuso que (i) los servicios de salud que demande el afiliado deben ser prestados a través de su entidad promotora de salud, a menos que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, caso en el cual estarán a cargo de la ARL correspondiente[16]; (ii) los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional deben ser prestados por las administradoras de riesgos profesionales; (iii) la atención inicial de urgencia podrá ser prestada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al SGRP; (iv) las empresas promotoras de salud podrán prestar los servicios médicos asistenciales que se requieran, sin perjuicio de la facultad que ostentan para repetir contra la administradora de riesgos profesionales correspondiente, por concepto de atención de urgencias y servicios asistenciales, mediante el mecanismo de reembolsos entre entidades[17].

Las prestaciones económicas fueron previstas en el capítulo V, donde se establecieron los conceptos de incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, de sobrevivientes y de auxilio funerario, la manera de calcular su monto y los criterios a los que se sujetaría su reconocimiento. Sin embargo, dichas normas fueron declaradas inexecutable por esta corporación, mediante la sentencia C-452 de 2002, M. P. Jaime Araujo

Rentería[18], debido a que el legislador extraordinario no había sido facultado para regular aspectos sustanciales del SGRP.

Atendiendo a los efectos diferidos del fallo, el Congreso expidió una nueva legislación para suplir el vacío normativo mediante la Ley 776 de 2002 (“por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales”). Esta disposición normativa se ocupó de ratificar la responsabilidad a cargo de las entidades administradoras de riesgos profesionales frente al reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un evento de origen profesional.

Al respecto en el párrafo 2° del artículo 1°, advirtió que la entidad responsable de reconocer las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente o enfermedad profesional será la administradora de riesgos a la que se encuentre afiliado el trabajador al momento del accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al requerir la prestación.

Responsabilizó además a la administradora de riesgos profesionales en caso de accidentes de trabajo a “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” (no está en negrilla en el texto original)[19].

El precepto normativo protegió además al trabajador frente a posibles moratorias en el reconocimiento y pago de las prestaciones que requiera cuando se produzca el riesgo asegurado, al facultar a la ARL que asume las prestaciones a repetir proporcionalmente, por la cantidad que haya desembolsado, y al erigir los mecanismos de recobro que efectúan las administradoras, como independientes a la obligación que les asiste en el reconocimiento del pago de las prestaciones económicas[20].

4.3. Estos postulados hacen manifiesto el carácter integral del sistema y develan el rol vital que desempeñan los actores del SGRP, administradora de riesgos profesionales y empleador, en la protección integral, oportuna y eficaz de los trabajadores, en un sistema diseñado con una importante delegación de obligaciones a quienes participan en el sistema.

El Decreto 1295 de 1994 identificó como características del SGRP que (i) las ARL estarán encargadas de la afiliación al sistema y la administración del mismo[21]; (ii) los empleadores deberán afiliarse al SGRP y tendrán a cargo la afiliación de sus trabajadores[22]; (iii) las cotizaciones serán responsabilidad exclusiva del empleador[23], (iv) sin perjuicio de las sanciones que acarrea el incumplimiento de la obligación de afiliación, las prestaciones que se generen en períodos sin cobertura estarán a cargo del empleador[24]; (v) los empleadores deberán efectuar las cotizaciones obligatorias al SGRP durante la vigencia de la relación laboral[25] y el traslado del monto de éstas a la ARL correspondiente, dentro de los plazos que señale el reglamento[26].

4.4. El modelo de aseguramiento fue estudiado por esta corporación en fallo T-721 de septiembre 18 de 2012, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva, donde se describió el sistema de riesgos profesionales como “un sistema de aseguramiento en que el empleador contrata un seguro con una ARP, realiza las cotizaciones de manera oportuna y se encarga de la prevención de los riesgos, de conformidad con lo que le exigen, sobre el particular, el Decreto 1295 de 1994 y la Ley 776 de 2002. La ARP, por su parte, se obliga a reconocer las prestaciones asistenciales y económicas que el trabajador requiera cuando se produzca el riesgo asegurado, es decir, el accidente de trabajo o la enfermedad profesional.”

4.5. Conforme al esquema de responsabilidades expuesto en el precedente recuento normativo sobre el SGRP actualmente vigente en Colombia, se concluye que (i) las entidades administradoras de riesgos profesionales son las llamadas a garantizar el acceso de los trabajadores al conjunto de prestaciones asistenciales y económicas previstas en el Sistema General de Riesgos Profesionales, y (ii) para el reconocimiento de las mismas no es admisible oponer trabas administrativas relacionadas al debate sobre la posible responsabilidad de una u otra entidad. Por tanto, las controversias en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas contempladas por el SGRP a favor de los trabajadores que sufren un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o cualquier otra contingencia de las amparadas por el sistema, deben resolverse desde una perspectiva afín con la categoría de derecho fundamental que la Constitución le reconoce a la seguridad social, al carácter integral del Sistema General de Seguridad Social, con el principio de continuidad que le es intrínseco y con el esquema de aseguramiento que diseñaron el gobierno y el legislador para hacer realidad las garantías de integralidad, oportunidad y eficacia hacia las que apunta el sistema.

Quinta. El debido proceso en los trámites de calificación de la invalidez. Principios de buena fe y dignidad humana.

5.1. Las juntas de calificación de invalidez tienen por objeto realizar, mediante un dictamen, la evaluación técnico-científica del grado de pérdida de la capacidad laboral, del origen de la invalidez y de su fecha de estructuración, la cual sirve como fundamento para que las entidades correspondientes decidan respecto del reconocimiento de las prestaciones económicas a que haya lugar según el porcentaje de pérdida de capacidad laboral establecido en el dictamen.

En la providencia C-1002 de octubre 2 de 2004, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra, este tribunal al decidir una demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 42 y 43 de la Ley 100 de 1993, expresó (no está en negrilla en el texto original):

“... la importancia de los dictámenes proferidos por las Juntas de Calificación de Invalidez radica en que sus decisiones constituyen el fundamento jurídico autorizado, de carácter técnico científico, para proceder con el reconocimiento de las prestaciones sociales cuya base en derecho es la pérdida de la capacidad laboral de los usuarios del sistema de seguridad social. Como ya se dijo, el dictamen de las juntas es la pieza fundamental para proceder a la expedición del acto administrativo de reconocimiento o denegación de la pensión que se solicita. En este sentido, dichos dictámenes se convierten en documentos obligatorios para efectos del reconocimiento de las prestaciones a que se ha hecho alusión.”

5.2. En cuanto al procedimiento que orienta la forma en que deben adoptar sus decisiones, éste se encuentra contenido en los artículos 38 a 43 de la Ley 100 de 1993, desarrollados por el Decreto 917 de 1999 (Manual Único para la Calificación de Invalidez), por el Decreto 2463 de 2001[27], y recientemente por la Ley 1562 de 2012. Dicho procedimiento está regido, a su vez, según lo establece el artículo 2° del citado Decreto 2463, por los postulados “de la buena fe y consultará los principios establecidos en la Constitución Política y en la Ley 100 de 1993...”, que son, entre otros, el respeto a la dignidad humana y cumplimiento cabal del debido proceso (arts. 1° y 29 Const.).

Según el artículo 1° de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas “para obtener la calidad de

vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”, siguiendo los principios rectores de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, entre otros (art. 2° L. 100/93).

5.3. Establecidas estas máximas rectoras, ha de indicarse que la Corte Constitucional, en fallo T-436 de abril 28 de 2005, M. P. Clara Inés Vargas Hernández, explicó el trámite que debe surtirse ante las juntas para la calificación de un asegurado o pensionado, así (menciona artículos del D. 2463/01, no está en negrilla en el texto original):

“El procedimiento que deben observar esos organismos para tramitar las solicitudes de calificación de invalidez está regulado en el capítulo III de dicha normatividad (arts. 22 a 40). Allí se consagran reglas atinentes a la competencia de las juntas de calificación de invalidez (art.22); rehabilitación previa para solicitar el trámite (art. 23); presentación de la solicitud (art. 24); documentos que se deben allegar a la solicitud de calificación (art.25); solicitudes incompletas (art.26); reparto, sustanciación, ponencia, quórum y decisiones (arts. 27 a 29); audiencia y dictamen (arts. 30 y 31); notificación del dictamen y recursos (arts.32 a 34); procedimiento para el trámite del recurso de apelación (art. 35); práctica de exámenes complementarios (art.36); pago de gastos de traslado, valoraciones por especialistas y exámenes complementarios (art. 37); participación en las audiencias privadas (art. 38); inasistencia de pacientes (art. 39), y controversias sobre dictámenes (art. 40).

Al revisar estas preceptivas, la Sala destaca la aplicación de las siguientes reglas básicas en la actuación de las juntas de calificación de invalidez, a saber:

- i) La solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral sólo podrá tramitarse cuando las entidades hayan adelantado el tratamiento y rehabilitación integral o se compruebe la imposibilidad de su realización. Al efecto, a tal solicitud se debe allegar el certificado correspondiente (art. 9° del Decreto 917 de 1999 y arts. 23 y 25-3 del Decreto 2463 de 2001).
- ii) Valoración completa del estado de salud de la persona cuya invalidez se dictamina o se revisa, para lo cual las juntas deben proceder a realizar el examen físico correspondiente antes de elaborar y sustanciar la respectiva ponencia (art. 28 ibíd.); y



iii) Motivación de las decisiones adoptadas por estos organismos, pues deben sustanciar los dictámenes que emiten explicando y justificando en forma técnico científica la decisión que adoptan (arts. 28 a 31 ibíd.).”

5.4. Por ser pertinente para la solución del presente asunto, debe ahondarse en la regla número dos, identificada por esta corporación[28], respecto de la necesidad del examen físico a la persona que requiere la calificación, para que la valoración por parte de la junta sea completa.

Por regla general, ha de indicarse que la realización de este examen debe hacerse con la concurrencia de la persona a calificar en el lugar en el cual presten sus servicios las juntas de calificación; por ello, el Decreto mismo establece para aquellas personas que por motivos netamente económicos no puedan asistir a la práctica del examen, la posibilidad de solicitar el pago de los gastos de traslado a las entidades administradoras, entidades de previsión social, compañías de seguros o empleadores (arts. 28 inc. 5 y 37).

El citado Decreto 2463 de 2001 también establece, en varias de sus disposiciones, soluciones para quienes, por razón diferente a la económica, no puedan trasladarse al lugar donde operan las juntas de calificación, para la práctica del examen[29].

El artículo 13, que regula las “funciones de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez”, establece en su numeral 5º: “Ordenar la presentación personal del afiliado, del pensionado por invalidez o del aspirante a beneficiario por discapacidad o invalidez, para la evaluación correspondiente o delegar en uno de sus miembros la práctica de la evaluación o examen físico, cuando sea necesario” (no está en negrilla en los textos originales).

Igualmente, el artículo 28 regula la sustanciación y ponencia del dictamen, indicando en el inciso cuarto: “Si la persona que va a ser calificada no asiste a la cita fijada por el secretario de la junta, éste dará aviso por escrito a las partes interesadas, procediendo a la suspensión del trámite hasta tanto se realice la valoración o se compruebe la imposibilidad de asistir a la cita o del traslado del médico ponente, caso en el cual, se podrá dictaminar de acuerdo a las pruebas allegadas a la junta.”

También, el párrafo del artículo 37 indica que cuando haya sido interpuesto el recurso de apelación, la Junta Nacional decidirá sobre la necesidad del traslado de la persona que fue

calificada, debiendo ser evaluada la situación de cada quien dentro de los principios de dignidad humana y buena fe.

Por ende, en casos como el que se estudia cuando se constaten incongruencias entre la historia clínica allegada y los supuestos fácticos que motivan la calificación, la Junta debe exponer una mayor sustentación, que justifique la no exigencia de la presentación para un nuevo examen físico que permita despejar las dudas, máxime si la controversia se centra en la relación de causalidad entre el presunto accidente y las secuelas en el paciente.

5.5. Teniendo en cuenta la importancia que revisten los dictámenes expedidos por las juntas de calificación, pues determinan el derecho de una persona a acceder a las prestaciones económicas previstas en el SGRP y dirimen las controversias que surjan sobre la determinación de origen o fecha de estructuración, la jurisprudencia ha señalado que el cumplimiento de las normas que reglamentan las funciones y deberes de estos organismos, los cuales, cumplen funciones públicas relacionadas con el derecho fundamental a la seguridad social, es considerado como parte integrante del derecho fundamental al debido proceso de las personas que están surtiendo ante las mismas los trámites para la calificación de su invalidez.

De esa forma, esta Corte ha indicado que se vulnera el derecho al debido proceso de una persona que solicita el trámite de la calificación de invalidez, cuando las juntas de calificación en sus dictámenes determinan el porcentaje de la pérdida de capacidad laboral, el origen de la invalidez o la fecha de estructuración, sin suficiente fundamento fáctico ni probatorio. Por lo tanto para proferir los respectivos dictámenes, las Juntas deben “realizar una valoración completa del estado de salud de la persona cuya invalidez se dictamina por medio de un examen físico y teniendo en cuenta todos los fundamentos de hecho que deben contener los dictámenes, es decir, la historia clínica (antecedentes y diagnóstico definitivo), reportes, valoraciones, exámenes médicos, evaluaciones técnicas y en general todo el material probatorio que se relacione con las deficiencias diagnosticadas”. [30]

En el citado fallo T-436 de 2005, la Corte encontró que una junta de calificación había vulnerado el derecho al debido proceso al fijar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, pues pretermitió algunas partes del procedimiento reglamentario y existían falencias en la motivación. Indicó que la junta (i) no acreditó que el accionante hubiera sido

sometido a examen físico; (ii) no aportó información acerca de por qué al proferir el dictamen no valoró en su integridad el estado de salud del peticionario sino tan solo una de las patologías y, finalmente, (iii) no informó acerca de la realización del proceso de rehabilitación integral que hubiera recibido el accionante o sobre la improcedencia del mismo, lo cual es exigido por las normas reglamentarias para darle trámite a las solicitudes de valoración de pérdida de capacidad laboral.

A similares conclusiones arribó la Sala Cuarta de Revisión de esta Corte en la sentencia T-108 de 2007, ocasión en la que la junta demandada tampoco tuvo en cuenta todas las patologías que sufría el peticionario ni ofreció sustentación alguna respecto de su exclusión.

5.6. Para evitar dictámenes incompletos, las Juntas previo estudio de los antecedentes clínicos y/o laborales, pueden, para mejor proveer, ampliar la información relativa a los supuestos fácticos que sustentarán su evaluación técnica, lo cual incluye “historias clínicas, reportes, valoraciones o exámenes médicos periódicos; y en general, los que puedan servir de prueba para certificar una determinada relación causal, tales como certificado de cargos y labores, comisiones, realización de actividades, subordinación, uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos, contratos de trabajo, estadísticas o testimonios, entre otros, que se relacionen con la patología, lesión o condición en estudio y que los fundamentos de derecho son todas las normas que se aplican al caso de que se trate”[31].

Para el cumplimiento de tales presupuestos, las Juntas de Calificación cuentan con la facultad de solicitar a las entidades promotoras de salud, a las administradoras de riesgos laborales y a las administradoras de fondos de pensiones vinculados al caso objeto de estudio, así como a los empleadores e instituciones prestadoras de los servicios de salud que hayan atendido al afiliado, al pensionado o al beneficiario, los antecedentes e informes que consideren necesarios para la adecuada calificación[32].

5.7. De otra parte, para efectos del caso concreto, es preciso mencionar que la solicitud de determinación del origen del accidente, está sujeta al cumplimiento de unos requisitos[33] atinentes a la documentación que debe ser aportada por el solicitante. La omisión en el acopio de éstos, faculta a la Junta para devolver la petición dejando constancia de los

documentos faltantes o radicar la solicitud advirtiéndolo por escrito las consecuencias de ello. En todo caso, si iniciado el estudio se evidencia la ausencia de documentos, la Junta podrá requerir a quien se encuentre en posibilidad de aportarlos y al solicitante para que se alleguen o se justifique la razón por la que no pueden ser aportados[34]. Este especial precepto hace manifiesto el interés del gobierno y el legislador de dotar a las juntas calificadoras de herramientas que permitan obtener dictámenes acertados e integrales.

Consecuentemente, todas estas disposiciones del Decreto 2463 en cita y la abundante jurisprudencia sobre la materia, activan la obligación de los miembros de las Juntas de Calificación de promover un mayor grado de salvaguarda de derechos fundamentales, para armonizar su actividad con los postulados constitucionales. A su vez cualifican la competencia de dichas Juntas, en la valoración de pérdida de capacidad laboral, y la determinación del origen del accidente laboral o enfermedad profesional, a fin de garantizar los principios en los que descansa el Sistema General de Seguridad Social y la plena observancia al debido proceso, en los trámites que involucran el derecho a la seguridad social, en sus dos dimensiones.

Sexta. El caso bajo estudio.

6.1 De conformidad con lo advertido en el acápite correspondiente a la formulación del problema jurídico, la Sala Sexta de Revisión deberá establecer si la Junta de Calificación de Invalidez que evaluó al actor, desconoció el derecho al debido proceso, al prescindir de la evaluación física del trabajador y de los documentos médicos pertinentes, al momento de emitir el dictamen técnico científico.

6.2. Para desarrollar el problema jurídico enunciado, la Sala considera necesario abordar de manera preliminar las actuaciones de los actores del Sistema General de Riesgos Profesionales que intervinieron en el caso del accionante, a fin de evaluar las conductas que asumieron frente a la ocurrencia del accidente de trabajo sufrido por el peticionario y las obligaciones derivadas del mismo.

En la intervención de Positiva S. A. en el presente proceso, explicó que “se evidencia la ocurrencia de un evento reportado con fecha de ocurrencia del 4 de abril de 2007, con el empleador Enrique Lourido Caicedo, y certificados nuestros sistemas de información no se encuentra registrada ninguna solicitud de calificación (de origen y/o pérdida de capacidad

laboral) y solo hasta la solicitud realizada por usted en uno de nuestros puntos de atención se entiende como elevado el requerimiento” (f. 4 cd. principal).

Nótese que, en este caso, la ARL demandada no discute la existencia del accidente de trabajo ocurrido en abril 4 de 2007 y reportado por el empleador Enrique Lourido Caicedo. En realidad, su negativa a la valoración de pérdida de capacidad laboral se relaciona con el tiempo transcurrido entre el accidente y la solicitud de valoración de tal disminución, así como la ausencia de determinación del origen común o profesional del riesgo, lo que, en su opinión, implicó la prescripción del derecho a ser calificado y la pérdida de la cobertura que brinda el sistema general de riesgos profesionales. Razones por las que trasladó toda la responsabilidad a la EPS.

Esa situación, analizada frente a la jurisprudencia constitucional sobre la determinación del origen del riesgo y el grado de invalidez, envuelve un incontestable desconocimiento al precedente que ha erigido la clasificación de la pérdida de capacidad laboral, como un derecho que tiene toda persona y de cuyo ejercicio depende la garantía y protección de otros derechos fundamentales como la salud, la seguridad social y el mínimo vital, en la medida que permite establecer a qué tipo de prestaciones tiene derecho quien es afectado por una enfermedad o accidente, producido con ocasión o como consecuencia de la actividad laboral, o por causas de origen común.

Asimismo, el derecho a la valoración de la pérdida de capacidad laboral no se encuentra sujeto a un término perentorio para su ejercicio, en tanto que la idoneidad del momento en que el afiliado requiere la definición del estado de invalidez o la determinación del origen de la misma, no depende de un período de tiempo específico, sino de sus condiciones reales de salud, el grado de evolución de la enfermedad o el proceso de recuperación o rehabilitación que le hayan suministrado.

En ese sentido, correspondía a Positiva S. A., como administradora de riesgos laborales a la que se encontraba afiliado el demandante al momento de sufrir el accidente, plantear la controversia sobre el origen de la contingencia ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez y allegar al estudio del caso[35] la documentación sobre el informe del accidente de trabajo, el reporte de la entidad que le prestó la atención médica al trabajador, el concepto de la EPS sobre el origen, los exámenes de ingreso al sitio de trabajo y demás

documentación que permitiera a la junta efectuar una evaluación integral.

No hacen falta mayores consideraciones para concluir que Positiva S. A. era la responsable de acudir ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez para resolver la controversia suscitada por el concepto emitido por la EPS sobre el origen de la invalidez. A su vez, es la obligada a reconocer y pagar las prestaciones asistenciales y económicas que se deriven del accidente de trabajo ocurrido en abril de 2007, a las que tiene derecho el accionante por el solo hecho de haber perdido su capacidad laboral en un accidente de origen profesional. Al menos, mientras la controversia sobre el origen de la afección se dirime en las instancias correspondientes.

6.3. A ese respecto, no encuentra la Sala responsabilidad atribuible a la EPS Servicio Occidental de Salud, relacionada con el deber de calificar el origen y grado de la invalidez, en tanto que proporcionó la asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica requerida, hasta concluir el proceso de recuperación del actor con concepto desfavorable de rehabilitación. A su vez, estableció el origen de la contingencia en el accidente de trabajo acaecido y remitió al afiliado a medicina laboral para la correspondiente calificación. De ahí que no le asista razón a Positiva S. A., al afirmar que es la EPS la responsable de reconocer las prestaciones económicas y determinar el origen de la afección por no haberle informado sobre la ocurrencia del accidente de trabajo (fs. 88 a 105 cd. Corte).

Si Positiva S. A. estaba en desacuerdo con el origen del riesgo, o constataba alguna irregularidad en el reporte del evento efectuado por el empleador, podría haberlo investigado o acudir ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez, a la que corresponde calificar en primera instancia la pérdida de capacidad laboral, el estado de invalidez y determinar su origen[36].

6.4. En contraste, la ARL Aurora S. A., administradora de riesgos laborales a la que el actor estuvo afiliado posteriormente[37], por medio del empleador Asociación Mutual Futuro Solidario, efectuó investigación del reporte de accidente de trabajo de agosto 8 de 2008, por estar en desacuerdo con la calificación del origen efectuado por la EPS Servicio Occidental de Salud, al constatar que el “desprendimiento de retina” sufrido por el peticionario no se compadecía con el trauma contuso reportado como contingencia laboral.

A juicio de la administradora, el accidente reportado por el actor, es idéntico al presentado en abril 4 de 2007, por lo que los hallazgos de oftalmología describen que la afección actual del accionante se derivaba de complicaciones post operatorias previas al presunto accidente del 2008.

6.5. Es esta, entonces, la oportunidad para exponer que el accionante actuó de manera equívoca al reportar como accidente el “desprendimiento de retina” que sufrió a partir de una cirugía, que le fue realizada en el curso del tratamiento de recuperación que la EPS le estaba suministrando para contrarrestar las secuelas del trauma contuso sufrido en 2007.

La Sala constata que el peticionario ante la incertidumbre de cuál sería la ARL obligada a reconocer las prestaciones económicas originadas del accidente, optó por acudir a la ARL a la que se encontraba afiliado al momento de sufrir una complicación ocular derivada de la cirugía.

En la abundante historia clínica allegada por el peticionario en sede de revisión, cuyo documento médico de mayor antigüedad es de abril 7 de 2007, se reseñó el tratamiento proporcionado para atender las secuelas originadas en el accidente de trabajo de abril 4 de 2007. Dicho tratamiento concluyó en agosto 24 de 2012, con el diagnóstico del especialista tratante que dictaminó pérdida irreversible de la visión en el ojo derecho y ordenó la remisión del afiliado a medicina laboral para la calificación de la invalidez. Las siguientes son las circunstancias relevantes para resolver de fondo la acción la tutela.

- En abril 9 de 2007, se diagnosticó “uveitis traumática, luxación de LIO, iridociclitis y pterigio por trauma contuso” en el ojo derecho.
- En julio 7 siguiente, el especialista en oftalmología confirmó el diagnóstico e informó sobre “un desprendimiento total de retina” en el ojo afectado, ordenando cirugía de “vitrectomía posterior, inyección de gas o aceite, silicón, retinopexia por implante, y retiro del LIO”, realizada en agosto 22 del mismo año.
- En junio 18 de 2008, se practicó una nueva cirugía de vitrectomía posterior, extracción del silicón y endolaser.

- En julio 9 siguiente, debido a un “desprendimiento de retina”, se realizó procedimiento quirúrgico “vitrectomía posterior, endolaser, más inyección de silicón en ojo derecho”.
- Por nuevos desprendimientos de retina, se realizaron dos procedimientos quirúrgicos en mayo de 2010 y en abril 4 de 2011.

Del análisis de estos elementos, la Sala concluye que las afecciones que reportó el actor como derivadas de un presunto accidente de trabajo ocurrido en junio de 2008, corresponden a las secuelas originadas en el evento laboral acaecido en abril 4 de 2007, por tanto el reporte efectuado en agosto de 2008, realmente no constituye un nuevo accidente.

Para la Sala es diáfano que el actor en procura de acceder a la calificación de la pérdida de capacidad laboral y las prestaciones económicas previstas en el SGRP, pretendió equívocamente reportar como accidente las complicaciones visuales derivadas del “trauma contuso” sufrido en 2007.

Estas circunstancias, permiten dilucidar las deficiencias de la evaluación técnico científica realizada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez sobre el caso del peticionario, en la medida en que evidencian que aquellas incongruencias y aparentes contradicciones halladas por la Junta en la evaluación del origen del accidente de trabajo, podrían haberse resuelto satisfactoriamente, si se hubiese dado aplicación a las disposiciones que regulan estos procedimientos y observado la jurisprudencia constitucional relativa al debido proceso en los trámites seguidos ante las juntas de calificación de invalidez.

De conformidad con lo expuesto en la contestación de la Junta Nacional en el presente proceso y con el dictamen allegado por ésta, la Sala encuentra que la resolución del recurso de apelación por parte de dicha entidad, se sustentó exclusivamente en la historia clínica y la valoración por oftalmología allegada por la ARL Aurora S. A..

Se observa que frente a las incongruencias halladas en los relatos realizados por el paciente sobre el accidente y los registros médicos documentales en su historia clínica, la Junta optó por apoyarse únicamente en la valoración de oftalmología realizada en noviembre 11 de 2009. No obstante, de acuerdo a las pruebas recaudadas por la Corte, se constata que el concepto de oftalmología se fundamentó en la documentación médica aportada,



prescindiendo del examen físico y del concepto clínico del médico tratante.

En el dictamen de diciembre 4 de 2009, la Junta Nacional anotó que “los antecedentes clínicos del paciente, refieren un desprendimiento de retina del ojo derecho desde el año 2007, con anterioridad al presunto accidente de trabajo. Haciendo una revisión de las incapacidades temporales se observa que la primera incapacidad fue la N 559248 con fecha de inicio 09/07/2008, es decir casi un mes después de ocurrido el presunto accidente fecha de inicio que concuerda con la fecha de la historia clínica, lo que hace suponer que la real fecha del evento que le ocasionó el desprendimiento de retina es el 9 de julio de 2009, fecha que no coincide con el reporte del presunto accidente de trabajo” (f. 125 cd. Corte).

Como ya se dijo[38], el dictamen de las juntas es la pieza fundamental para proceder con el reconocimiento de las prestaciones económicas cuya base en derecho es la pérdida de la capacidad laboral. Dada su importancia, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el cumplimiento de las normas que reglamentan las funciones y deberes de estos organismos, que cumplen funciones públicas relacionadas con el derecho fundamental a la seguridad social, es considerado como parte integrante del debido proceso de las personas que están surtiendo ante las mismas, los trámites para la calificación de su situación de invalidez.

En ese orden, encuentra la Sala que en el trámite de calificación la Junta omitió algunas partes del procedimiento reglamentario, relativas al deber de (i) efectuar la valoración completa del estado de salud de la persona cuya situación de invalidez se revisa, por medio del examen físico del empleado antes de elaborar el respectivo dictamen[39]; (ii) ampliar la información relativa a los supuestos fácticos que sustentarán su evaluación técnica, lo cual incluye la historia clínica (antecedentes y diagnóstico definitivo), reportes, valoraciones, exámenes médicos, evaluaciones técnicas y, en general, todo el material que se relacione con las deficiencias diagnosticadas; (iii) solicitar, si no se allega, el informe sobre el proceso de rehabilitación integral que hubiera recibido por parte de la EPS o el concepto desfavorable de recuperación[40].

Bajo esta óptica, la Sala constata la vulneración del derecho al debido proceso por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, al determinar el origen de la pérdida de capacidad laboral sin el cabal cumplimiento de los derroteros normativos y jurisprudenciales

que regulan el contenido y trámite de estos procedimientos. Procederá entonces la Sala a conceder el amparo, ordenando a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez por conducto de su representante legal o quien haga sus veces que, si aún no lo ha efectuado, en un término de ocho días hábiles contados a partir de la notificación de este fallo, califique las condiciones de salud actuales del señor Jairo Ruiz Narváez, a fin de determinar la pérdida de capacidad laboral, el grado de invalidez y la fecha de estructuración de la misma, para lo cual, la Junta deberá (i) realizar el examen físico al accionante, en armonía con los preceptos del Decreto 2463 de 2001, (ii) solicitar a la entidad promotora de salud, a las administradoras de riesgos laborales, y a los empleadores vinculados al caso objeto de estudio, los antecedentes e informes que incluyan todas las afecciones padecidas por el actor desde la ocurrencia del accidente de abril 4 de 2007, y demás documentación que consideren necesaria para la adecuada calificación.

Con todo, la Sala reconoce que el problema jurídico fue dilucidado a partir del esquema de funciones que el SGRP le asignó a cada uno de los actores que lo integran, de ahí la relevancia del marco normativo y jurisprudencial que rige la cobertura del SGRP, y de los precedentes constitucionales que han privilegiado la garantía de continuidad en la prestación del servicio público de seguridad social sobre cualquier tipo de divergencia que pueda surgir entre los encargados de satisfacerla. Lo anterior, con el fin de reiterar que son las ARL las llamadas a responder por las prestaciones económicas y asistenciales que demanden sus afiliados, así como de la labor de acompañamiento y asesoría que éstas deben a aquellos cuando quiera que su salud se vea afectada debido a un evento de origen profesional.

Por lo anterior, la Sala ordenará a Positiva S. A., que asesore y oriente al señor Jairo Ruiz Narváez en el nuevo proceso de calificación de invalidez y determinación del origen de la misma, y sobre la responsabilidad que le atañe en el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas y asistenciales que se deriven del accidente de trabajo producido en abril 4 de 2007, de acuerdo a la determinación que adopte la Junta de Calificación de Invalidez en la nueva evaluación del grado y origen de la pérdida de capacidad laboral de accionante.

### III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

## RESUELVE

Primero.- REVOCAR el fallo proferido por la Sala Penal del Tribunal Superior de Buga, en diciembre 13 de 2012, mediante el cual confirmó el dictado en octubre 9 del mismo año, por el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Palmira, que negó el amparo invocado por el señor Jairo Ruiz Narváez, contra Positiva S. A. y, en su lugar, CONCEDER la protección de sus derechos fundamentales a la seguridad social y al debido proceso.

Segundo.- Como consecuencia de lo anterior, ORDENAR a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez que, en un término de ocho (8) días hábiles contados a partir de la notificación de este fallo, califique la pérdida de capacidad laboral del señor Jairo Ruiz Narváez, en aras a determinar el origen común o profesional del accidente ocurrido en abril 4 de 2007, el grado de invalidez y la fecha de estructuración de la misma. Así, dentro de dicho término, deberá realizar el examen físico al accionante y solicitar a la entidad promotora de salud, a las administradoras de riesgos laborales, y a los empleadores vinculados al caso objeto de estudio, los antecedentes e informes que incluyan todas las patologías padecidas por el actor desde la ocurrencia del referido accidente, y demás documentación que consideren necesaria para la adecuada calificación.

Cuarto.- Por Secretaría General, LÍBRESE la comunicación a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, comuníquese e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional. Cúmplase.

NILSON PINILLA PINILLA

Magistrado

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

ALBERTO ROJAS RIOS

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Artículo 12 del Decreto Legislativo 1295 de 1994: “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”.

[2] Parágrafo 2º, artículo 1º de la Ley 776 de 2002.

[3] Fs. 75 a 77 cd. Corte.

[4] Con la entrada en vigencia de la Ley 1562 de 2012 (“por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional”) el término “riesgos profesionales” debe entenderse como “riesgos laborales”.

[5] Sentencia T-1040 octubre 23 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

[6] La Corte en sentencia C-858 de octubre 18 2006, M. P. Jaime Córdoba Triviño, declaró inexecutable los artículos 9º y 10º y, parcialmente el artículo 13 del Decreto 1295 de 1994, que en su orden contenían: los elementos conceptuales de la noción de accidente de trabajo, las excepciones a la noción de accidente de trabajo y, el carácter voluntario de la afiliación de los trabajadores independientes.

[7] Decreto 1295 de junio 22 de 1994, artículo 1º.

[8] Sentencias T-518 de febrero 23 de 2011, M. P. Gabriel Eduardo Mendoza y T-567 de mayo 29 de 2008, M. P. Jaime Araujo Rentería, entre otras.

[9] Decreto 917 de 1999, artículo 2º.

[10] Ley 100 de 1993, artículo 250.

[11] Sentencia T-038 de febrero 3 de 2011, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[12] Sentencia T-518 de julio 5 de 2011, M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

[13] Sentencia T-038 de febrero 3 de 2011, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[14] Ley 100 de 1993.

[15] Decreto 1295 de 1994, artículo 80, literales d) y e).

[16] Decreto 1295 de 1994, artículo 5.

[18] La Corte difirió los efectos del fallo con el objetivo de que el órgano legislativo expidiera la nueva normatividad sobre la materia.

[19] Ley 776 de 2002, artículo 1°, parágrafo 2°.

[20] Ley 776 de 2002, artículo 1°, parágrafo 2°.

[21] Decreto 1295 de 1994, artículo 4.

[22] Íd.

[23] Íd.

[24] Íd.

[25] Decreto 1295 de 1994, artículo 16.

[26] Decreto 1295 de 1994, artículo 21.

[27] “Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.”

[28] Corroborada posteriormente en los fallos T-108 de febrero 19 2007, M. P. Rodrigo Escobar Gil; T-424 de mayo 25 de 2007, M. P. Clara Inés Vargas Hernández; T-328 de abril 10 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-773 de octubre 29 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; y T-328 de mayo 4 de 2011, M. P. Jorge Ignacio Pretelt

Chaljub.

[29] Decreto 2463 de 2001, artículo 37.

[30] Sentencia T- 328 de 2008, ya citada.

[31] Sentencia T-424 de mayo 25 de 2007, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

[32] Decreto 2463 de 2001, numeral 6º del artículo 13.

[33] La solicitud de determinación del origen del accidente o la enfermedad, de la invalidez o de la muerte, debe ir acompañada por (i) un informe del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional elaborado por el empleador, o en su defecto por la EPS que prestó la atención médica inicial, o del trabajador; (ii) un concepto de la administradora de riesgos y de la EPS; (iii) exámenes médicos de ingreso a la empresa o sitio de trabajo, si los hubiere, los que serán allegados por el empleador o la ARL correspondiente, (iv) exámenes periódicos ocupacionales, si fuere del caso; y (v) análisis del puesto de trabajo que desempeña el afiliado, cuando sea necesario (Decreto 2463 de 2001, artículo 25).

[34] Decreto 2463 de 2001, artículo 25.

[35] Decreto 2463 de 2001, artículo 25.

[36] Ley 1562 de 2012, artículo 18.

[37] En su intervención, Aurora S. A. refirió que el período de afiliación del actor a la entidad comprendió desde mayo 2 a octubre 5 de 2008.

[38] Supra 5.1.

[39] Decreto 2463 de 2001, artículo 28.

[40] Decreto 2463 de 2001, artículo 25.