

Sentencia T 642-09

Referencia: expediente T-2'282.458

Acción de tutela instaurada por Pedro Pablo Burgos Martínez contra Saludcoop E.P.S. y la Empresa de Transporte "Trans-comercializadora Jacor Limitada".

Magistrado Ponente:

Dr. JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

Bogotá, D.C., diecisiete (17) de septiembre de dos mil nueve (2.009).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la Magistrada María Victoria Calle Correa y por los Magistrados Luis Ernesto Vargas Silva y Juan Carlos Henao Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

Dentro del trámite de revisión de los fallos de tutela emitidos por el Juzgado Sesenta y Cuatro Penal Municipal de Bogotá y el Juzgado Cincuenta y Uno Penal del Circuito de la misma ciudad, en primera y segunda instancia, respectivamente.

I. ANTECEDENTES.

Pedro Pablo Burgos Martínez, a través de apoderado judicial, instauró acción de tutela contra Saludcoop E.P.S. y la Empresa de Transporte "Trans-comercializadora Jacor Limitada", por considerar que estas entidades han vulnerado sus derechos fundamentales a la vida, la salud y a la seguridad social. Fundamenta su petición en los siguientes:

1. Hechos.

El accionante manifiesta que trabaja para "Trans-comercializadora Jacor Limitada" desde enero de 2002, como conductor de un tractocamión. Señala, que "en ejercicio de esa actividad, el primero de diciembre del año pasado (2007) al instalar la Carpa del

vehículo con el objeto de proteger la carga que le había sido confiada para su transporte, porque estaba lloviendo, accidentalmente cayó a la calzada, de espaldas, habiendo recibido serias lesiones en su humanidad”.

Afirma que de dicho accidente de trabajo fue notificado a la E.P.S. Saludcoop, entidad a la cual se encuentra afiliado y que recibió por parte de ésta los servicios médicos autorizados. Sin embargo, manifiesta que con el transcurso del tiempo “ha ido perdiendo paulatinamente, la facultad de moverse: caminar correctamente, trasladarse de un lugar a otro, por sus propios medios; y aún el mantener su cuerpo erguido, pues el dolor en su columna vertebral es insoportable”, razón por la que los médicos que lo han atendido sostienen que es necesaria una cirugía de la columna vertebral.

Agrega el peticionario, que ha pasado más de un año desde la ocurrencia del accidente y “hasta el momento lo único que ha recibido, como tratamiento de sus dolorosas lesiones, son paliativos: Aspirinas y otras pastillas que amortiguan el dolor, pero nada que le restituya su capacidad de trabajo, que lo habilite para atender sus obligaciones familiares y para detener el avance de la parálisis que con angustia siente que invade su cuerpo”. Además, que ha sido tal la omisión de la EPS Saludcoop y de la transportadora empleadora, que “ni siquiera ha recibido el valor de sus incapacidades, que están en la obligación de pagar los demandados”.

Considera que la incapacidad que padece “lacera” su vida y lo coloca en condiciones riesgosas para su existencia, toda vez que no recibe remuneración alguna de parte de su empleador ni de Saludcoop E.P.S.

Concluye manifestando que tiene derecho a que se realicen las intervenciones quirúrgicas necesarias que le restablezcan su salud o a que se le reconozca la pensión de invalidez, en caso de estar incapacitado absolutamente para continuar trabajando y el pago de las prestaciones económicas que correspondan, como consecuencia del accidente de trabajo.

2. Solicitud de tutela.

Con fundamento en los anteriores hechos, solicita al juez constitucional que se tutelen sus derechos fundamentales y en consecuencia, se disponga “en forma inmediata la

prestación de los servicios integrales de atención médica, hospitalaria y quirúrgica y el suministro de los medicamentos y demás elementos necesarios” para su recuperación. Subsidiariamente, solicita que por la naturaleza de la afección, se le “remita con urgencia, para que previa valoración de la Junta Regional, se le certifique el grado o porcentaje de invalidez” para que con el resultado pueda establecerse la procedencia de la pensión de invalidez.

Por último, solicita que se ordene el pago de las incapacidades que ha padecido y que no han sido canceladas por la EPS Saludcoop ni por la empresa empleadora.

3. Intervención de la parte demandada.

La E.P.S. Saludcoop, dio respuesta a la acción de tutela mediante escrito de fecha 7 de enero de 2009, manifestando en su defensa que el “usuario es un paciente con diagnóstico DISCOPATIA LUMBAR HERNIARIA L3-L4-L5 y DISCOPATIA CERVICAL MULTIPLE, el cual fue calificado por MEDICINA LABORAL de la EPS como ENFERMEDAD PROFESIONAL. Por parte de SALUDCOOP EPS ha recibido manejo por médico general y especialistas, así como se le han pagado las incapacidades a las que estaba obligada la entidad, esto es, hasta los 180 días, tal y como lo demuestra la relación de las mismas que me permito anexar a este escrito.”

Señala, que no es la EPS quien debe asumir los costos derivados de la enfermedad profesional del accionante sino la ARP a la que se encuentre afiliado, empresa que considera, debe ser vinculada, toda vez que existe falta de legitimación por pasiva frente a la EPS demandada.

A su juicio, la obligación de las EPS dentro del sistema de riesgos profesionales “es prestarle servicios a sus afiliados que sufran accidentes o enfermedades laborales, pero son las aseguradoras de riesgos profesionales quienes emiten las autorizaciones y asumen las prestaciones económicas”.

Por los anteriores argumentos, solicita que se desvincule a Saludcoop EPS de la acción de tutela.

La empresa transportadora guardó silencio sobre las pretensiones de la demanda.

4. Pruebas.

Pruebas relevantes aportadas al proceso:

a. Copia de la constancia laboral expedida por el Jefe de Bodega de la Transcomercializadora Jacor Ltda., de fecha 21 de enero de 2008. (Fl. 9 del cuaderno principal).

a. Copia del formato de informe de accidente de trabajo del empleador o contratante (Fl. 10 del cuaderno principal).

a. Copia de formato de autorización de servicios No.20264652, Clínica Policarpa, procedimiento: ortopedia columna. (Fl. 11 del cuaderno principal).

a. Copias de liquidación de prestaciones económicas de fechas 28 y 30 de octubre de 2008. (Fls. 13 y 17 del cuaderno principal).

a. Copia de formato de justificación de medicamentos NO POS, de fecha 2008-09/05. (Fl. 15 del cuaderno principal).

a. Copias de certificado de incapacidad de fechas 2008-09/17, 2008/07/10, 2008/10/28 y 2008/08/03. (Fls. 16, 21, 22 y 24 del cuaderno principal, respectivamente).

a. Copias de certificado de licencias o incapacidades de fechas 1 de septiembre de 2008 y 14 de agosto de 2008. (Fls. 18 y 26 del cuaderno principal).

a. Copia de autorización de servicios No.23148574; entrega de medicamento. (Fl. 31 del cuaderno principal).

a. Copia de la valoración hecha al paciente por parte de medicina laboral. (Fls. 45 y 46 del cuaderno principal).

a. Copia de escrito enviado a Seguros Aurora S.A., informando calificación de origen de secuelas de accidente de trabajo sufrido por el señor Pedro Pablo Burgos Maestre. (Fl. 47 del cuaderno principal).

a. Copia de la relación de incapacidades expedidas al empleador Asociación Mutual Integral, de fecha 19 de diciembre de 2008, especificando las incapacidades liquidadas y sin reconocimiento. (Fl.48 del cuaderno principal).

5. Decisiones objeto de revisión.

5.1. Primera instancia.

Consideró el despacho que de las pruebas allegadas al expediente no era posible concluir una omisión en la prestación de servicios de salud por parte de la EPS accionada, teniendo en cuenta que ésta prestó los primeros servicios médicos al accionante. Además resalta que no es competencia de su despacho “referir si el tratamiento médico prestado por parte de dicha entidad promotora de salud al accionante es adecuado o no para su caso, haciéndose inviable el amparo

constitucional invocado”.

Respecto de la petición subsidiaria de remisión para valoración de la Junta Regional de Invalidez, estimó el funcionario, que la acción de tutela es de naturaleza residual y subsidiaria y que el accionante “cuenta con otros medios de defensa judicial contemplados por nuestra legislación, por esta razón se hace improcedente acceder a tal pretensión por esta vía constitucional”.

Finalmente, frente a la petición de pago de las incapacidades, manifestó el juez de primera instancia que se trata de una controversia de orden laboral cuyo pronunciamiento corresponde al juez laboral y no al constitucional.

5.2. Impugnación

Inconforme con la decisión adoptada por el Juez Sesenta y Cuatro Penal Municipal de Bogotá, el apoderado del accionante impugnó el fallo dentro del término legal.

5.3. Segunda instancia

El Juzgado Cincuenta y uno Penal del Circuito de Descongestión de Bogotá, en providencia de fecha 2 de abril de 2009, confirmó la sentencia de primera instancia.

Concluyó, al igual que el a quo, que no “se encuentra material probatorio que permita inferir la omisión en la prestación del servicio de salud de la EPS aludida que ponga en peligro la vida o salud del accionante” y que no era competencia del juez constitucional analizar cuál tratamiento resultaría más conveniente para el acto, por ser un tema de especialidad médica.

Frente a la petición de pago de las incapacidades, compartió el análisis del juez de primera instancia, en el sentido de que existe un procedimiento judicial idóneo. Además, señaló que “el estudio del juez constitucional debe limitarse a la posible afectación de garantías fundamentales y si es el caso impartir órdenes precisas e inmediatas tendientes a la protección de las mismas, decisión que consecuentemente llevó a que en primera instancia, no se encontraran vulnerados derechos fundamentales del actor y por consiguiente se negó la tutela por improcedente, cuyo mérito se analizó en esta oportunidad y se confirma en su totalidad”.

6. Actuación en sede de revisión.

Esta Sala mediante auto de fecha 20 de agosto de 2009, ordenó la vinculación de la ARP Seguros Aurora S.A. para que se pronunciara sobre las pretensiones de la demanda. Adicionalmente, le solicitó información sobre las medidas ejecutadas para cumplir con las obligaciones asistenciales y económicas correspondientes, como consecuencia del accidente laboral sufrido por el señor Pedro Pablo Burgos Martínez; sobre los trámites realizados para la calificación de pérdida de capacidad laboral y sobre el pago de las incapacidades otorgadas por los médicos tratantes.

A juicio de esta entidad, “pasados los 180 días del inicio de la enfermedad, la EPS cambia de parecer y lo califica como de origen profesional, después de haber atendido el evento como de origen común” y el 22 de diciembre de 2008 les remitió el estudio correspondiente a la calificación del evento. Señaló que al revisar los documentos allegados por la EPS aludida, no se observó coherencia en las versiones del reporte de accidente de trabajo, razón por la cual se remitió el caso al comité interdisciplinario para que calificara la enfermedad del actor.

Expresó además, que el comité interdisciplinario calificó el evento “como de origen común”, decisión que fue comunicada al señor Burgos Martínez. Ante el desacuerdo del accionante con la calificación, se remitió su caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá, entidad que telefónicamente dijo que el paciente tiene cita el 14 de septiembre de 2009.

Con relación al pago de las incapacidades, indicó que “como Saludcoop EPS atendió el evento del señor Burgos Martínez como de origen común, pagó sus incapacidades y no objetó el concepto del comité interdisciplinario de esta ARP, dimos por sentado que la EPS aceptaba los argumentos contenidos en el dictamen, toda vez que adicionalmente no solicitaron el reembolso de las prestaciones asistenciales y económicas otorgadas al accionante”.

Concluyó manifestando que está a la espera de la calificación que sobre el origen del evento realice la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

En el mismo auto se solicitó a la EPS Saludcoop información sobre la continuidad en la

prestación de los servicios médicos requeridos por el accionante y acerca de la cancelación de las incapacidades otorgadas al señor Burgos Martínez, pero a la fecha no se ha recibido documentación alguna.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS.

Remitido el expediente a esta corporación, la Sala de Selección Número Seis, mediante auto de fecha once (11) de junio de dos mil nueve (2009), dispuso su revisión por la Corte Constitucional.

1. Competencia.

1. Esta Corte es competente para conocer de los fallos materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991 y en las demás disposiciones pertinentes.

1. Problema jurídico.

2. Corresponde a esta Sala de Revisión resolver los siguientes problemas jurídicos:

¿Vulneran las entidades accionadas los derechos fundamentales invocados por el señor Burgos Martínez, al no cancelar las incapacidades a las cuales tiene derecho, como consecuencia del accidente de trabajo sufrido por el actor?

¿Vulnera la EPS accionada los derechos fundamentales invocados por el accionante, al no continuar con la prestación de los servicios médicos necesarios para la recuperación de la salud del señor Pedro Pablo Burgos Martínez, por considerar que son responsabilidad exclusiva de la ARP a la cual se encuentra afiliado el actor?

3. Para efectos de resolver los anteriores problemas jurídicos la Sala se pronunciará en primer lugar sobre la procedencia excepcional de la acción de tutela para obtener el pago de incapacidades laborales (3). En segundo lugar, con relación a la prestación de los servicios médicos solicitados, la Sala se referirá al derecho a la salud como derecho

fundamental (4); al derecho a la continuidad en la prestación del servicio de salud (5); y a la entidad que debe asumir las prestaciones asistenciales derivadas de un accidente de trabajo (6). Por último, abordará el caso concreto y establecerá la responsabilidad de la EPS o la ARP frente a las prestaciones económicas y asistenciales que deben otorgarse como consecuencia de los accidentes de trabajo (7).

3. Procedencia excepcional de la acción de tutela para el pago de incapacidades laborales. Reiteración de jurisprudencia.

4. La Corte Constitucional, reiteradamente¹ ha manifestado que por regla general, el cobro de acreencias laborales debe controvertirse ante la jurisdicción laboral a través de los mecanismos ordinarios previstos en el ordenamiento jurídico para tal efecto.

5. Del mismo modo, esta Corporación ha admitido que excepcionalmente la acción de tutela procede para el cobro de acreencias de carácter laboral cuando con su falta de pago, se pone en peligro o se vulnera por conexidad un derecho fundamental como la vida, la dignidad humana o el mínimo vital y, en el caso concreto, se requiere de una protección inmediata², ya que mecanismo ordinario de defensa no resulta eficaz.

La incapacidad laboral, ha sido definida como “el estado de inhabilidad física o mental de una persona, que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio”³, es una acreencia laboral encaminada a coadyuvar la completa y tranquila recuperación del trabajador que ha sufrido una afectación en su salud, dado que le permite mantener su capacidad económica para afrontar sus necesidades básicas, sin afectar su subsistencia y la de aquellos quienes hacen parte de su núcleo familiar y que por tanto dependen económicamente de él⁴.

Por lo tanto, en caso de falta de pago oportuno y completo de una incapacidad laboral, la acción de tutela será procedente para exigir su cancelación, siempre y cuando, con su ausencia se afecte el mínimo vital de una persona y el caso concreto exija de una protección urgente. Lo anterior, bajo el entendido de que “esta prestación constituye un factor determinante de estabilización de la situación económica del accionante en su periodo de recuperación, durante el cual, no puede desarrollar labores

que le permitan recibir un ingreso⁵". Al respecto, esta Corporación ha manifestado que:

"El pago de incapacidades laborales sustituye al salario durante el tiempo en que el trabajador permanece retirado de sus labores por enfermedad debidamente certificada, según las disposiciones legales. No solamente se constituye en una forma de remuneración del trabajo sino en garantía para la salud del trabajador, quien podrá recuperarse satisfactoriamente, como lo exige su dignidad humana, sin tener que preocuparse por reincorporarse de manera anticipada a sus actividades habituales con el objeto de ganar, por días laborados, su sustento y el de su familia".⁶

6. Nuestro ordenamiento jurídico contempla el reconocimiento, liquidación y pago de las incapacidades, según se generen por los riesgos de accidente de trabajo, accidente común, enfermedad profesional o enfermedad general.

Así, corresponde a las Entidades Promotoras de Salud el reconocimiento y pago de las incapacidades laborales que se causan como consecuencia de enfermedades generales y accidentes comunes de los afiliados al régimen contributivo en salud y, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, las derivadas de enfermedad profesional o accidente de trabajo.

No obstante, en principio, el pago de esta prestación está limitado a un término de 180 días, tiempo que puede durar el proceso de recuperación. Este límite encuentra una excepción en los eventos en los cuales es necesaria la continuación de un tratamiento para lograr la rehabilitación del trabajador, en cuyo caso se podrá prorrogar el término inicial por dos períodos que no superen los 180 días de incapacidad. En caso de no lograr la recuperación o rehabilitación del trabajador en ese lapso, lo procedente es establecer el estado de incapacidad permanente parcial o invalidez y seguir los procedimientos contemplados en la Ley 776 de 2002 o la Ley 100 de 1993.

4. El derecho a la salud como derecho fundamental. Reiteración de jurisprudencia.

7. En reiteradas oportunidades, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el derecho a la salud posee una naturaleza dual⁸ pues, por una parte, es un derecho de carácter constitucional, en tanto que desde otra perspectiva, se trata de un servicio

público esencial a cargo del estado.

Respecto de la concepción como servicio público, el artículo 49 de la Carta Política establece que le corresponde al estado “organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

Con relación a la connotación de la salud como derecho constitucional, la Corte lo ha definido como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”⁹; complementando esta definición¹⁰ con lo establecido “en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que lo identifica como “el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud”¹¹.

En sentencia T-760 de 2008, esta Corporación se pronunció sobre el carácter autónomo de este derecho fundamental, señalando que:

“3.2.1.3. Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho.¹² Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.¹³ La jurisprudencia ha señalado que la calidad de

fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo.¹⁴”.

8. Ahora bien, la jurisprudencia ha establecido los criterios bajo los cuales procede el amparo por vía de tutela del derecho fundamental a la salud. Así, esta protección opera cuando: (i) la vulneración se produce por la negativa de otorgar prestaciones contenidas en el POS¹⁵; (ii) la afectación al derecho a la salud implica el detrimento de otros derechos fundamentales de aplicación inmediata¹⁶, o (iii) el afectado es un sujeto de especial protección constitucional¹⁷.

En este sentido, le corresponde al juez constitucional verificar la presencia de los criterios antes mencionados para proceder a la protección de este derecho fundamental.

5. El derecho a la continuidad de la prestación del servicio de salud.

9. Esta Corporación, de manera reiterada y uniforme, ha destacado la importancia de la continuidad en la prestación del servicio de salud, toda vez que la misma hace parte de una de las características principales de los servicios públicos como es la eficiencia, la cual busca garantizar un servicio oportuno y sin interrupción. En este sentido, no es aceptable que las entidades prestadoras de este servicio, suspendan o nieguen la continuidad de un tratamiento iniciado, sin que exista un fundamento legal para ello.

Este mandato de continuidad en la prestación del servicio, se deriva no solo del principio de eficiencia sino también del principio de confianza legítima, que señala que el ciudadano puede esperar en sus relaciones con el Estado y las empresas delegadas por éste para la prestación de servicios públicos, cierta estabilidad en sus relaciones, consistente en que no ocurran cambios intempestivos, o se presente la suspensión o cancelación de prestaciones legítimamente constituidas¹⁸.

Al respecto, esta Corporación en Sentencia T-993 de 2002 estimó:

“La continuidad del servicio se protege no solamente por el principio de eficiencia. También por el principio consagrado en el artículo 83 de la C.P: “las actuaciones de los particulares y las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe”. Esa buena fe sirve de fundamento a la confianza legítima que tiene una persona para que no se le

suspenda un tratamiento luego de haberse iniciado.”

Del mismo modo, en sentencia T-109 de 2003, la Corte Constitucional sostuvo que “las empresas encargadas del sistema de salud no pueden, sin quebrantar gravemente el ordenamiento positivo, efectuar acto alguno, ni incurrir en omisión que pueda comprometer la continuidad del servicio y en consecuencia la eficiencia del mismo. Es obligación primordial, tanto de las entidades estatales como de los particulares que participen en la prestación del servicio público de salud, garantizar su continuidad.”

10. Con relación a la prestación del servicio de salud, la cual, se reitera, debe estar enmarcada en la observancia de ciertos principios, entre ellos el de la continuidad, la Corte ha fijado la necesidad como un criterio que permite determinar razonablemente cuándo es inadmisibles la suspensión del mismo. Así, en sentencia T-829 de 1999, consideró:

“Por necesarios, en el ámbito de la salud, deben tenerse aquellos tratamientos o medicamentos que de ser suspendidos implicarían la grave y directa afectación de su derecho a la vida, a la dignidad o a la integridad física. En este sentido, no sólo aquellos casos en donde la suspensión del servicio ocasione la muerte o la disminución de la salud o la afectación de la integridad física debe considerarse que se está frente a una prestación asistencial de carácter necesario. La jurisprudencia ha fijado casos en los que desmejorar inmediata y gravemente las condiciones de una vida digna ha dado lugar a que se ordene continuar con el servicio”.

Por consiguiente, a partir de las consideraciones precedentes, el derecho a la continuidad de la asistencia en salud supone que una vez iniciado un tratamiento, el mismo no sea interrumpido por la entidad prestadora del servicio, ya que la afiliación de los ciudadanos a estas empresas, en el contexto del sistema general de seguridad social, implica que las mismas adquieren posición de garante respecto de la prestación de los servicios consagrados en los planes obligatorios de salud (P.O.S y P.O.S.S.)¹⁹.

En cuanto al alcance del principio de continuidad, la Corte, en la sentencia T-1198 de 2003²⁰: precisó:

“5.4 En suma, la jurisprudencia constitucional se ha encargado de concretar el

contenido y alcance del derecho de los ciudadanos a no sufrir interrupciones abruptas y sin justificación constitucionalmente admisible de los tratamientos en salud que reciben. Los criterios que informan el deber de las E.P.S de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son: (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tiene a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”.

Igualmente, en sentencia T-246 de 2005, la Corte manifestó que “a fin de proteger los derechos fundamentales el juez constitucional está en el deber de impedir que controversias de tipo contractual, económico o administrativo “permitan a una entidad encargada de prestar servicios de salud incumplir la responsabilidad social que tiene para con la comunidad en general, y con sus afiliados y beneficiarios en particular.”²¹. Además, consideró, que si bien, las exigencias de tipo económico y administrativo para la prestación del servicio de salud tienen un fundamento constitucional, “en la medida en que a través de ellas se garantiza su eficiente prestación, éstas llegan hasta donde el derecho fundamental a la vida de los pacientes no se vea seriamente comprometido”.²²

11. En suma, las EPS no pueden efectuar acto alguno, ni incurrir en omisión que comprometa la continuidad del servicio de salud, sobretodo cuando se trata de conflictos o controversias de tipo contractual, económico o administrativo, pues como ya se manifestó, éstas se encuentran obligadas a seguir prestando la atención médica sin interrupciones.

6. Entidades responsables de las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo

12. El Sistema de Seguridad Social Integral, consagrado en la ley 100 de 1993, está conformado²³ por los regímenes generales de pensiones, salud, riesgos

profesionales²⁴; y los servicios sociales complementarios y se define como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante 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”²⁵.

13. Por su parte, el Sistema General de Riesgos Profesionales es entendido como el “conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que pueden ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan”²⁶.

En este orden de ideas, son riesgos profesionales:

- i. el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada, y
- ii. la enfermedad que haya sido catalogada como profesional.

De conformidad con el artículo 9 del decreto 1295 de 1994 es accidente de trabajo “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador”. Por otro lado, el artículo 11 del citado decreto, considera enfermedad profesional “todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.”

14. Este sistema opera a través de las Administradoras de Riesgos Profesionales - A.R.P. -, quienes como su nombre lo indica, se encargan de la administración del sistema, que conlleva fundamentalmente la afiliación de los trabajadores dependientes por parte de sus empleadores, el manejo de sus aportes y el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas²⁷ a que haya lugar con ocasión de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, en los términos del decreto 1295 de 1994.

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

Con relación a la obligación de las Administradoras de Riesgos Profesionales, de reconocer las prestaciones asistenciales y económicas a sus afiliados, esta Corporación en sentencia T-125 de 2007 manifestó:

“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”.

Ahora bien, es del caso señalar que previo a que la Administradora de Riesgos Profesionales proceda a realizar el reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas, debe existir la calificación del origen de la enfermedad, accidente o muerte, a efecto de determinar si la contingencia es de origen común o profesional²⁸. En este sentido, esta calificación resulta de vital importancia, toda vez que a partir de ella es posible establecer cuál es la entidad responsable de asumir las prestaciones asistenciales o económicas a que hubiere lugar.

Dicho procedimiento se encuentra establecido en el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994 - desarrollado por el artículo 6 del Decreto 2463 de 2001 - el cual dispone:

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

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

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

15. Sin embargo, el hecho de que la calificación de la contingencia resulte indispensable para establecer la entidad responsable de las prestaciones a que haya lugar, ello no significa que la indeterminación en este aspecto o la existencia de controversias respecto del mismo entre las E.P.S. y las A.R.S involucradas puedan constituir un impedimento para que el afectado reciba la atención médica requerida, ya que, como lo ha reiterado la Corte, este tipo de conflictos administrativos no pueden afectar los derechos a la salud, a la vida y a la integridad física del trabajador.

Además, de acuerdo con el artículo 5 del decreto 1295 de 1994, “los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, serán prestados a través de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos profesionales. // Los gastos derivados de los servicios de salud prestados y que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, están a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente. // La atención inicial de urgencia de los afiliados al sistema, derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, podrá ser prestada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al Sistema General de Riesgos Profesionales”.

Igualmente, el artículo 6° del decreto 1295 de 1994 consagra que para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán suscribir los convenios correspondientes con las Entidades Promotoras de Salud. Del mismo modo, se expresa

que “las entidades administradoras de riesgos profesionales reembolsarán a las Entidades Promotoras de Salud, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud y la institución prestadora de servicios de salud, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo”.

Por consiguiente, independientemente de cuál sea la entidad que deba asumir finalmente el pago por los servicios prestados, las empresas prestadoras de servicios de salud están en el deber de brindar la atención médica que el afectado requiera, aún cuando exista controversia respecto de la asunción de los gastos que ella genere.

Sobre el particular la Corte Constitucional ha establecido:

“Debe recordarse que tanto la Ley 776 de 2002, como los Decretos 1295 de 1994 y 2463 de 2001, establecen los lineamientos que se deben seguir a fin de garantizar la pronta y eficiente determinación, calificación o clasificación de la enfermedad o accidente en que se ha visto involucrado un trabajador, situación que no es óbice para que la atención médica requerida por dicha persona se pueda prestar por parte de la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado el trabajador, para que, luego de calificada la contingencia que afecta su salud, y quede establecida el origen de la patología o accidente, se determine la responsabilidad en cabeza de la A.R.P. o de la E.P.S. correspondiente. Con todo, si existe discrepancia en la calificación hecha, las entidades interesadas deberán establecer una junta compuesta por miembros de ambas instituciones que diriman sus diferencias y califiquen adecuadamente la enfermedad o el accidente como de origen común o profesional. Pero, si aún así, las diferencias persisten, podrán acudir directamente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez.”²⁹ (Resaltado fuera de texto).

En sentencia T-1557 de 2000, manifestó:

“ ... conforme al decreto 1295 de 1994, cap. I art. 5º. relativo a las llamadas prestaciones asistenciales, el legislador dispuso que los servicios de salud que demande el afiliado al sistema de seguridad social, derivados de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, deberán ser prestados a través de la Entidad Promotora de Salud EPS, en la cual se encuentre inscrito el afiliado. (...) para que una

vez culminados los tratamientos pertinentes, dichos servicios sean cobrados a la cuenta de la ARP correspondiente, esto es, el Seguro Social, conforme a lo ordenado por el artículo 5º del decreto 1295 de 1994.”

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

7. Caso concreto.

16. En el presente caso, el señor Pedro Pablo Burgos Martínez, a través de apoderado judicial, instauró acción de tutela contra Saludcoop E.P.S. y la Empresa de Transporte “Trans-comercializadora Jacor Limitada”, por considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la vida, la salud y a la seguridad social. Manifiesta que sufrió un accidente de trabajo en diciembre de 2007 y que no ha recibido la atención médica necesaria para su rehabilitación ni el pago de las incapacidades otorgadas por los médicos tratantes.

17. La E.P.S accionada manifestó en su defensa que el usuario ha recibido manejo por médico general y especialistas y ya fueron pagadas las incapacidades a las que estaba obligada la entidad, esto es, hasta los 180 días, tal y como lo demuestra en documentos anexos. A su juicio, no es la EPS quien debe asumir los costos derivados de la enfermedad profesional del accionante sino la ARP a la que se encuentre afiliado, ya que la obligación de las EPS dentro del sistema de riesgos profesionales “es prestarle servicios a sus afiliados que sufran accidentes o enfermedades laborales, pero son las aseguradoras de riesgos profesionales quienes emiten las autorizaciones y asumen las prestaciones económicas”.

18. Por su parte, la ARP vinculada al proceso, expuso que fue notificada del accidente casi un año después de ocurrido y que desde el inicio, la patología padecida por el señor Burgos Martínez fue tratada por Saludcoop EPS como de origen común, por lo

que le prestó los servicios médicos y le pagó los 180 días de incapacidad. Manifiesta que el caso fue remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá, entidad que aún no ha emitido un dictamen que señale el origen del evento.

19. Para atender los problemas jurídicos expuestos, en primer lugar es preciso resaltar que en el presente caso no ha habido una calificación definitiva del origen de la enfermedad que aqueja al señor Pedro Pablo Burgos Martínez, toda vez que el asunto fue sometido a consideración de la Junta Regional de Invalidez, por no existir un acuerdo entre las entidades encargadas de prestar asistencia médica y económica.

20. Ahora, con relación a la pretensión de pago de las incapacidades laborales, la Sala observa que esta acción de tutela es procedente, en razón a que los derechos fundamentales invocados por el accionante, especialmente al mínimo vital, se han visto afectados por circunstancias de facto que se limitan a la discusión de carácter interno de las entidades encargadas del pago del subsidio económico a que se ha hecho acreedor, situación que no debe ser soportada por el trabajador.

Si bien la EPS Saludcoop manifestó haber cancelado las incapacidades otorgadas al señor Pedro Burgos Martínez, en el expediente no se observa documento alguno que pruebe tal afirmación. Aún así, se observan folios en los cuales se liquida la prestación pero no se anexa recibo o certificado de pago, circunstancia que a juicio de esta Sala no desvirtúa la aseveración del actor, relacionada con la falta de pago de dicha acreencia laboral. No obstante, se advierte que aunque las liquidaciones de las incapacidades van dirigidas al empleador - Asociación Mutual Integral - con la finalidad de que la suma reconocida sea descontada en la planilla de autoliquidaciones, la EPS accionada en su escrito de contestación no es diáfana cuando hace referencia a la forma en que se cancelaron las incapacidades ni expone argumentos que permitan inferir que el pago estuviera a cargo del empleador. Frente a la duda de este Tribunal, se requirió a la referida EPS para que informara a la Sala si efectivamente se habían cancelado las incapacidades, pero a la fecha de esta providencia, no se ha recibido respuesta alguna.

Ante esta situación, considera la Sala procedente dar aplicación a la presunción de veracidad contemplada en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991. Al respecto, en la sentencia SU-813 de 2007 esta Corporación indicó que “(...) es pertinente recordar

que el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991 consagra la presunción de veracidad como un instrumento para sancionar el desinterés o negligencia de la autoridad pública o el particular contra quien se ha interpuesto una acción de tutela, particularmente porque dentro del plazo señalado por el juez, no rinde la información por éste solicitada (Art. 19 Decreto 2591 de 1991), logrando con ello que los hechos narrados por el accionante en la demanda de tutela sean tenidos como ciertos (...). En consecuencia, vistas las circunstancias propias de los casos objeto de revisión en esta sentencia, se tendrán por ciertos los hechos expuestos por los accionantes en cada una de sus acciones de tutela, respecto de aquellas partes vinculadas al trámite de dichas acciones de tutela, y que no intervinieron en ellas” (subrayas fuera del original)30.

En ese orden de ideas, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Corporación y a la naturaleza de esta prestación laboral, la actuación de la EPS Saludcoop consistente en no cancelar oportunamente las incapacidades otorgadas al accionante, deviene en ilegal y supone una lesión de sus derechos fundamentales, principalmente su mínimo vital. Por consiguiente, esta Sala de Revisión ordenará el pago de las incapacidades que se encuentran liquidadas, bajo los siguientes números31: 12007935, 12506442, 12499465, 12566591, 12676547; del mismo modo, se ordenará el pago las incapacidades calificadas como accidente de trabajo y que figuran en la relación allegada al expediente en estado “sin reconocimiento” números: 12498811, 12498816, 12060885, 12498819, 12123150 y 12351795, mientras la entidad competente determina el origen de la enfermedad. En todo caso, se aclara que la suma de los días otorgados en estas incapacidades no excede del término legal de 180 días contemplados en la ley32.

Este mandato es de obligatorio cumplimiento para la EPS accionada, siempre y cuando a la fecha de notificación del presente fallo, los pagos no se hubieren realizado. En todo caso, si la Junta Regional de Invalidez determina que la enfermedad es de origen profesional, la EPS SALUDCOOP tendrá derecho a repetir contra la ARP SEGUROS AURORA S.A., el valor cancelado al señor Pedro Pablo Burgos Martínez en virtud de las incapacidades, de acuerdo con la ley.

21. Por otra parte, con relación a la solicitud de asistencia médica integral para lograr la rehabilitación del accionante, se advierte que la EPS, en principio, ha

cumplido con su obligación de suministrar los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. Sin embargo, en sede de revisión no fue posible establecer si de acuerdo con la historia clínica del actor, los especialistas han ordenado procedimientos quirúrgicos, como lo afirma el actor en su demanda, o se han prescrito tratamientos de rehabilitación y si los mismos se han efectuado.

Tal como se manifestó en acápite anterior, el derecho a recibir tratamientos médicos y a que los mismos sean continuados, ha sido celosamente protegido por esta Corporación. Por este motivo, ante el silencio de la entidad prestadora de salud Saludcoop, esta Sala le ordenará continuar o culminar el proceso de recuperación y rehabilitación de la lesión que padece el actor, así como hacerse cargo de las demás prestaciones asistenciales que sean necesarias para tal fin. Ello, en virtud de que el debate con relación al carácter profesional o no de la afección del accionante definirá quién asume el costo de ésta, no quién debe prestarla. Como lo señala la jurisprudencia constitucional previamente citada, la prestación de los servicios médicos que requiere una persona para proteger su vida o su integridad personal no pueden condicionarse a que se hayan resuelto previamente todas las controversias y desavenencias que existan en torno al caso, entre las diferentes entidades encargadas de asumir el costo de los servicios de salud.

Como a la fecha no se ha resuelto el origen de la enfermedad que padece el señor Pedro Pablo Burgos Martínez, en caso de que la Junta Regional de Calificación de Invalidez determine que la enfermedad es de origen profesional, la EPS SALUDCOOP tendrá derecho a repetir contra la ARP SEGUROS AURORA S.A., el valor total cancelado al señor Burgos Martínez en virtud de los tratamientos y procedimientos quirúrgicos realizados, de acuerdo con la ley. Lo mismo acontecerá si la incapacidad se señala en un porcentaje superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, pues el actor tendría derecho al cobro de la pensión respectiva.

Lo anterior, teniendo en cuenta que de acuerdo con las circunstancias específicas de este caso, por más de un año el señor Pedro Burgos no ha recibido ni el tratamiento adecuado para su recuperación ni el subsidio por incapacidad temporal a que se hizo acreedor.

22. Así las cosas, esta Sala de Revisión revocará el fallo proferido por el Juzgado

Cincuenta y uno Penal del Circuito de Bogotá, que confirmó la sentencia del Juzgado Sesenta y cuatro Penal Municipal de Bogotá y en su lugar, se concederá la tutela de los derechos invocados por Pedro Pablo Burgos Martínez.

23. En consecuencia, se ordenará a Saludcoop EPS, que en el término de 48 horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, cancele el valor de las incapacidades relacionadas bajo los siguientes números33: 12007935, 12506442, 12499465, 12566591, 12676547, 12498811, 12498816, 12060885, 12498819, 12123150 y 12351795.

De igual manera, se ordenará a Saludcoop EPS, que en el término de las 48 horas siguientes a la notificación del fallo, disponga lo necesario para continuar o culminar el proceso de recuperación y rehabilitación de la lesión que padece el actor.

En todo caso, se reitera que la entidad prestadora de salud está autorizada a repetir contra la ARP SEGUROS AURORA S.A., el valor total cancelado al señor Burgos Martínez en virtud de las incapacidades, tratamientos y procedimientos quirúrgicos realizados, de acuerdo con la ley, en caso de que la Junta Regional de Calificación de Invalidez determine que la enfermedad es de origen profesional.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

PRIMERO: REVOCAR el fallo proferido por el Juzgado Cincuenta y uno Penal del Circuito de Bogotá, que confirmó la sentencia del Juzgado Sesenta y cuatro Penal Municipal de Bogotá. En su lugar, CONCEDER la tutela de los derechos invocados por Pedro Pablo Burgos Martínez.

SEGUNDO: ORDENAR a Saludcoop EPS, que en el término de 48 horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, cancele, si aún no lo ha hecho, el valor de las incapacidades relacionadas bajo los siguientes números: 12007935, 12506442, 12499465, 12566591, 12676547, 12498811, 12498816, 12060885, 12498819, 12123150

y 12351795.

TERCERO: ORDENAR a Saludcoop EPS, que en el término de las 48 horas siguientes a la notificación del fallo, disponga lo necesario para continuar o culminar el proceso de recuperación y rehabilitación de la lesión que padece el actor.

CUARTO: Por Secretaría General, LIBRAR la comunicación a que alude el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.

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

JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

Magistrado Ponente

MARIA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Ver entre otras las sentencias T-273 de 1997, T- 616 de 1998, SU-667 de 1998, T- 514 de 2000, T-940 de 2001, T-567 de 2004, T-050 de 2005 y T-624 de 2006,

2 Ver las sentencias T- 094 de 2006, T-274 de 2006, T-761 de 2006 y T-602 de 2007.

3 Art. 1 Resolución 2266 de 1998

4 Sentencia T-094 de 2006.

5 Sentencia T-365 de 2008.

6 Sentencias T-311 de 1996, reiterada en las sentencias, entre otras: T-972 de 2003, T-413 de 2004, T-855 de 2004, T-1059 de 2004, T-201 de 2005 y T-789 de 2005.

7 Ver Sentencia T-062 de 2007.

9 Sentencia T-597/93 y T-137 de 2003.

10 Sentencia T-454 de 2008.

11 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Artículo 12, Párrafo 1º: “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; este Pacto hace parte del bloque de constitucionalidad, de acuerdo con el artículo 93 superior.

12 En la sentencia T-859 de 2003 se dice al respecto: “Así las cosas, puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias -, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General N°14. Lo anterior por cuanto se han definido los contenidos precisos del derecho, de manera que existe un derecho subjetivo claro a favor de quienes pertenecen a cada uno de los sistemas -contributivo, subsidiado, etc.-. La Corte ya se había pronunciado sobre ello al considerar el fenómeno de la transmutación de los derechos prestacionales en derechos subjetivos. || 13. La naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. No es necesario, en este escenario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de tutela: violación o amenaza de un derecho fundamental.” Esta decisión ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-060 de 2007, T-148 de 2007.

13 Esta decisión ha sido reiterada en varias ocasiones, entre ellas en la sentencia T-076 de 2008, T-631 de 2007, T-837 de 2006 en este caso la Corte consideró que “(...) tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. En consecuencia, no es necesario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de la acción de tutela (...)”. En este caso se tuteló el acceso de una persona beneficiaria del régimen subsidiado a servicios de salud incluidos en el POSS (Histerectomía Abdominal Total y Colporrafia posterior) pero cuya cuota de recuperación no podía ser cancelada por el accionante.

14 Corte Constitucional, sentencia T-016 de 2007. En este caso se autorizó la práctica de la cirugía plástica ordenada por el médico cirujano, con el propósito de extraer el queloide que tenía la menor beneficiaria de la tutela en el lóbulo de su oreja izquierda, aun cuando la función auditiva de la menor no se veía afectada. Para la Corte “[n]o se trata de una cirugía cosmética o superflua sino de una intervención necesaria y urgente recomendada por el médico cirujano y relacionada con la posibilidad de superar problemas de cicatrización que presenta la niña. (...) de manera que pueda recuperar su apariencia normal y restablecer de manera integral su salud.”

15 SU-819 de 1999, T-859 de 2003, T-538 de 2004, T-697 de 2004, T-526 de 2006, T-296 de 2006, entre otros.

16 Sentencias T-406 de 1992, T-491 de 1992, T-419 de 2001, T-1162 de 2004, T-1238 de 2005, T-060 de 2006, T-062 de 2006, T-099 de 2006, T-044 de 2007.

17 Sentencias T-768 de 2002, T-138 de 2003, T-508 de 2005, T-836 de 2005, T- 1012 de 2006 y T-772 de 2006.

18 Sentencias T-406 de 1993, SU-562 de 1999, T-137 de 2003 y T-1193 de 2003, entre otras.

19 Sentencia T-063 de 2003.

20 Reiterada, entre otras, por las sentencias T-807 de 2007, T-662 de 2006, T-363 de 2007.

- 21 Sentencia T-1210 de 2003 y T-262 de 2000.
- 22 Sentencia T-935 de 2002, entre otras.
- 23 Artículo 8 ley 100 de 1993.
- 24 Regulado en el Decreto 1295 de 1994 y la Ley 776 de 2002.
- 25 Preámbulo ley 100 de 1993.
- 26 Artículo 139 ley 100 de 1993 y artículo 1° decreto 1295 de 1994.
- 27 Las prestaciones económicas consisten en el derecho al reconocimiento y pago de: “a) Subsidio por incapacidad temporal; b) Indemnización por incapacidad permanente parcial; c) Pensión de Invalidez; d) Pensión de sobrevivientes; y, e) Auxilio funerario” (Artículo 7 decreto 1295 de 1994).
- 28 Artículo 12 decreto 1295 de 1994.
- 29 Sentencia T-555 de 2006.
- 30 En el mismo sentido, pueden consultarse, entre otras, las sentencias T-440 de 2007, T-1074 de 2003 y T-392 de 1994.
- 31 Ver folio 48 del cuaderno principal, relación de incapacidades.
- 32 En la relación aportada por la EPS Saludcoop, a folio 48 del cuaderno principal, se observa como número de días acumulados un total de 168 días (incluyendo las incapacidades que la entidad prestadora de salud calificó su origen como accidente de trabajo).
- 33 Ver folio 48 del cuaderno principal, relación de incapacidades.