

T-709-16

Sentencia T-709/16

JURISDICCION ORDINARIA-Competencia sobre conflictos en sistema de seguridad social integral

LEY 1122/07-Confirió a Superintendencia Nacional de Salud facultades jurisdiccionales para adelantar procedimientos que resuelvan controversias entre entidades promotoras de salud y usuarios

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL-Conformación

INCAPACIDADES LABORALES POR ENFERMEDAD NO PROFESIONAL O ACCIDENTE COMUN-Marco normativo

El Sistema de Seguridad Social Integral, particularmente a través del sistema general de seguridad social en salud y las EPS que lo integran, deberá garantizar y prestar los servicios en salud que requiera una persona mientras que, en los términos de la normatividad aplicable, no exista una calificación definitiva del origen del accidente o la enfermedad, sin perjuicio de que una vez se establezca aquel origen —y este sea profesional— la EPS pueda repetir contra la ARL para que la administradora de riesgos laborales reembolse a la entidad promotora de salud las prestaciones asistenciales y los servicios de salud que esta última hubiere otorgado a la persona.

DERECHO A LA SALUD-Orden a EPS garantizar y proporcionar las tecnologías en salud que el actor solicitó con ocasión de la afección que lo aqueja

Referencia: Expediente T-5.744.394

Asunto: Acción de tutela interpuesta por Pablo Emilio Pérez Morales contra Positiva Compañía de Seguros S.A.

Magistrado Ponente:

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Bogotá DC, quince (15) de diciembre de dos mil dieciséis (2016).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrada María Victoria Calle Correa y los magistrados Alejandro Linares Cantillo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente:

SENTENCIA

En el proceso de revisión de las sentencias proferidas, en primera instancia, por el Juzgado Segundo Penal Municipal de Barrancabermeja el día 28 de enero de 2016, y en segunda instancia, por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de la misma ciudad el 9 de marzo de 2016, dentro del trámite de la acción de tutela que promovió el señor Pablo Emilio Pérez Morales contra la Aseguradora de Riesgos Profesionales Positiva Compañía de Seguros S.A.[1], y en el que se vinculó a Montajes y Desmontajes Maxi Grúas S.A.S [2] y a EPS Famisanar LTDA[3].

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

1.1. El día 19 de noviembre del 2014, el señor Pablo Emilio Pérez Morales[4] sufrió un accidente de trabajo[5] en el que recibió una descarga eléctrica mientras realizaba las labores habituales para las que lo contrató la empresa Maxi Grúas[6]. Motivo por el cual, fue trasladado a la Clínica San José de Barrancabermeja y atendido por cuenta de la ARL Positiva[7].

1.2. El señor Pérez Morales relató que con posterioridad a la ocurrencia del accidente presentó graves afectaciones en su salud, tales como: vómito y deposiciones con sangre, molestias en ambos ojos, temblor en sus manos, dolor intenso en la columna, sudoración excesiva y cefalea. Por tanto, refirió que la entidad accionada le suministró atención en salud para todos los síntomas descritos, excepto para el dolor lumbar que lo aquejaba, pues adujo que, en un principio, los galenos de la ARL afirmaron que dicha molestia obedecía a

unos cálculos renales y no era una secuela de aquel accidente de trabajo[8].

1.3. El 5 de octubre del 2015, el actor ingresó por intermedio de su entidad promotora de salud[9] al área de urgencias de la Clínica San José de Barrancabermeja, pues lo estaba aquejando una lumbalgia. Allí, el médico tratante, con base en una radiografía, advirtió la presencia de un tornillo roto en un implante que el actor tenía ubicado en la columna lumbosacra producto de un procedimiento quirúrgico que le practicaron en el año 2005, razón por la cual, le prescribió algunos medicamentos y una incapacidad por cuatro días, así como también lo remitió al área de medicina laboral para definir si debía ser tratado por la EPS o por la ARL[10].

1.4. El 21 de diciembre del 2015, el demandante acudió, a través de la ARL accionada, a urgencias de la Unidad Clínica la Magdalena de Barrancabermeja, presentando un “cuadro clínico caracterizado de [sic] por dolor de espalda”. Sin embargo, en esa oportunidad, dentro del tratamiento y el plan de manejo que el galeno tratante indicó, consta lo siguiente: «“se envía a su arl para definir conducta se dan recomendaciones y signos de alarma” [sic]»[11].

1.5. El día 22 de diciembre del 2015, el señor Pablo Pérez radicó un oficio[12] en las instalaciones de la compañía accionada, en el que advirtió la necesidad de que un médico laboral precisará el alcance del daño que le ocasionó el golpe que sufrió debido a la descarga eléctrica, con el fin de que sea tratado el dolor en la columna que lo afecta, pues, conforme lo afirmó en dicho escrito, la EPS Famisanar no lo atendió argumentando que esa afección es una secuela de aquel accidente de trabajo.

2. Solicitud de amparo constitucional

El señor Pérez Morales, mediante acción de tutela interpuesta el día 14 de enero de 2016, indicó que no puede costear un tratamiento médico particular, pues su núcleo familiar está compuesto por cuatro personas y su compañera permanente es la única que asume todos los gastos del hogar[13], motivo por el cual solicitó al juez constitucional amparar sus derechos fundamentales a la vida y a la salud y, en consecuencia, ordenar a la entidad accionada, o a quien corresponda, que garantice la valoración y el tratamiento del quebranto de salud que lo aqueja en la columna, que le ha impedido laborar y que, a su juicio, lo produjo el accidente de trabajo que sufrió el 19 de noviembre del 2014, así como

de las demás secuelas que se deriven de aquel accidente[14].

3. Traslado y contestación de la demanda

El Juzgado Segundo Penal Municipal de Barrancabermeja admitió el mecanismo de amparo interpuesto, ordenó correr traslado a la parte accionada y vinculó al trámite de la presente acción a la EPS Famisanar y a Maxi Grúas para que se pronunciaran en relación con los hechos expuestos por el señor Pablo Emilio Pérez en el escrito de tutela. Sin embargo, esta última empresa guardó silencio.

Por su parte, la ARL demandada afirmó que responde íntegramente por el tratamiento médico que el accionante ha requerido con ocasión del accidente de trabajo que sufrió en noviembre de 2014 y del respectivo diagnóstico de origen laboral, es decir, aquel que se denominó: “contacto con electricidad entrada mano izquierda”.

En ese orden de ideas, adujo que la ARL no debe brindar las prestaciones asistenciales y económicas frente a las patologías de la columna vertebral que refiere el accionante, tales como “tornillo roto en columna lumbo sacra”, toda vez que se trata de diagnósticos que no se derivaron del accidente de trabajo y que, por tanto, la entidad promotora de salud debe cubrir. Razón por la cual, sostuvo que no ha vulnerado los derechos fundamentales que el señor Pérez Morales invocó en la acción de amparo.

Finalmente, la EPS Famisanar advirtió, primero, que el accionante estuvo afiliado a la entidad entre octubre del 2014 y diciembre del 2015[15] y, segundo, que no tiene la obligación legal de brindar las prestaciones asistenciales o el tratamiento que requirió el señor Pablo Emilio Pérez, pues, tal y como él mismo lo indicó en el escrito de tutela, aquellos servicios se derivan de un accidente de trabajo y, en ese sentido, deben ser asumidos por la ARL conforme lo dispone el artículo 1º de la Ley 776 de 2002[16] y el artículo 2 Decreto 1295 de 1994[17], razón por la cual, sostuvo que no violó las garantías fundamentales que el demandante reclamó.

4. Decisiones de instancia

El Juzgado Segundo Penal Municipal de Barrancabermeja, mediante sentencia del 28 de enero del 2016, consideró que la acción de tutela que el actor interpuso carece de

inmediatez, pues entre la ocurrencia del accidente de trabajo —acaecido el 19 de noviembre de 2014— y la interposición de la tutela transcurrió más de un año, y el actor no demostró que en ese periodo hubiese realizado acciones tendientes al restablecimiento de sus derechos ni tampoco que hubiere acudido a la jurisdicción ordinaria para debatir sus pretensiones, lo cual, a juicio del a quo, además denota la ausencia de cualquier perjuicio irremediable.

Adicionalmente, advirtió: (i) que la ARL accionada desplegó una labor diligente cuando el actor sufrió aquel accidente laboral; y (ii) que si bien el demandante presume que la afección que lo aqueja en su columna fue consecuencia del accidente, el origen de ese padecimiento y de su diagnóstico no está calificado, motivo por el cual, hasta que ello no ocurra no se le puede exigir a la entidad accionada que brinde las respectivas prestaciones asistenciales.

En consecuencia, concluyó que el tutelante debe acudir a otros mecanismos de defensa judicial para que a través de aquellos medios se canalicen los elementos fácticos y las pretensiones que planteó, razón por la cual no encontró procedente el amparo constitucional interpuesto.

Posteriormente, el accionante impugnó la sentencia de primera instancia argumentando que no es cierta la inactividad que predica el a quo, pues desde que ocurrió el accidente laboral que sufrió el 19 de noviembre del 2014, manifestó a sus médicos tratantes las múltiples dolencias que padecía e intentó obtener el suministro de las prestaciones asistenciales para tratar las dolencias que están afectando su estado de salud, motivo por el cual, adujo que, aun cuando no ha sido valorado por el área de medicina laboral y las secuelas no están definidas, acudió a que los galenos atendieran el dolor lumbar que padece y que, a su juicio, se deriva del accidente de trabajo que debe cubrir la ARL Positiva, pero no recibió atención oportuna. Por tanto, solicitó revocar el fallo de primera instancia y que, incluso a través de la EPS Famisanar, se materialice la garantía de su derecho a la salud.

Con fundamento en aquella impugnación, el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Barrancabermeja, mediante sentencia del 9 de marzo del 2016, confirmó el fallo de primera instancia, pues consideró, primero, que no hubo inmediatez en la interposición de

la acción de tutela por cuanto transcurrió más de un año para que acudiera a la jurisdicción constitucional después de que sufrió el accidente laboral en cuestión y, segundo, que al tratarse de una controversia de índole probatoria y legal, es la justicia ordinaria laboral la que debe dirimir sus pretensiones, más aun teniendo en cuenta: (i) que el actor no acreditó un perjuicio irremediable; y (ii) que se tiene que determinar si la afección a la que alude es una secuela que se derivó del accidente de trabajo con el fin de establecer el origen de la enfermedad.

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE

1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar la decisión proferida en la acción de tutela de la referencia, con fundamento en lo previsto en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política.

2. Planteamiento del problema jurídico constitucional y procedencia del mecanismo de amparo

En el caso objeto de estudio la Sala advierte que el problema constitucional que subyace en la solicitud de amparo plantea la necesidad de reubicar la controversia en función del vaivén o la oscilación que el actor soportó entre dos entidades que integran el Sistema de Seguridad Social Integral para poder acceder de forma efectiva a las prestaciones asistenciales que requiere con ocasión de la afección que lo aqueja en la columna, producto de la ausencia de la calificación del origen de dicho padecimiento.

En esa medida, desde la perspectiva constitucional el problema residiría en establecer sí, con base en el escenario arriba descrito, al actor se le vulneraron sus derechos fundamentales en razón de la manera en la que las entidades vinculadas en este trámite actuaron, teniendo en cuenta que: (i) el Sistema de Seguridad Social Integral es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, así como de normas y procedimientos que está conformado, entre otros, por los regímenes generales establecidos para salud y para riesgos laborales[18]; y (ii) el servicio público de seguridad social se debe prestar con sujeción a una articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar sus fines[19].

Así las cosas, en el marco del problema jurídico constitucional planteado no se puede perder de vista que la acción de tutela es un mecanismo que procede en los casos en que no existen otros medios de defensa judicial para la protección de los derechos fundamentales presuntamente menoscabados, o en los que aun existiendo, éstos no resultan idóneos o eficaces para garantizar tales prerrogativas, o carecen de la potencialidad para evitar un perjuicio irremediable[20]. De esta manera, cuando existe un mecanismo de defensa judicial alternativo pero acaece el primer evento, el amparo se tornaría definitivo; y por el contrario, si se presenta el segundo escenario la eventual protección sería transitoria y estaría condicionada a que el demandante inicie la acción judicial correspondiente dentro de un término de cuatro meses, pues de lo contrario caducarían los efectos del fallo de tutela.

De acuerdo con lo anterior, la Sala advierte que, por regla general, en la jurisdicción ordinaria se deben desatar las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados y las entidades administradoras o prestadoras[21], y ante la Superintendencia Nacional de Salud se tienen que dirimir ciertos conflictos que se traben entre las entidades promotoras de salud (o entidades que se les asimilen) y sus afiliados[22], salvo que en el caso concreto dicha vía no sea idónea, se torne ineficaz, o exista un riesgo inminente de que se configure un perjuicio irremediable.

Por tanto, aunque en el sub judice habrían otros mecanismos de defensa judicial para resolver la controversia en cuestión, pues la acción de amparo planteó un conflicto entre dos entidades que integran el Sistema de Seguridad Social Integral que versa sobre el suministro efectivo de las prestaciones asistenciales que el actor requiere con ocasión de la afección que lo aqueja en la columna, la Sala considera que dichos medios alternativos no resultan lo suficientemente eficaces para proteger de forma efectiva los derechos fundamentales supuestamente vulnerados, teniendo en cuenta: (i) que se trata de una persona que debido a las dolencias que actualmente sufre y al aplazamiento de una atención médica efectiva demanda la definición urgente y prioritaria de un tratamiento para atender y asegurar el manejo del quebranto que lo afecta, así como para mejorar su estado de salud; (ii) que debido a las dolencias de salud que presenta adujo que no puede trabajar; y (iii) que tampoco puede costear un tratamiento médico particular, pues su núcleo familiar está compuesto por cuatro personas y su compañera permanente es la única que asume todos los gastos del hogar[23].

Igualmente, esta Sala considera que el paso del tiempo sin obtener una respuesta inmediata a los requerimientos realizados restringiría significativamente el goce y disfrute del derecho a la salud del peticionario, ya que las pretensiones elevadas están dirigidas a salvaguardar el acceso real y oportuno a las prestaciones asistenciales que requiere para atender una afectación física y, en ese sentido, la improcedencia de esta acción constitucional podría, en cualquier instante, degenerar en el desamparo de los derechos o la irreparabilidad de sus consecuencias.

Además, se debe tener en cuenta que la ausencia de aquel tratamiento médico o la extensión temporal de su definición, así como la falta de recursos e ingresos propios para asegurar su consecución, limitan ostensiblemente la autonomía, el cuidado personal, la locomoción y la capacidad laboral del tutelante, motivo por el cual, la eficacia de otros medios de defensa judicial se relativiza en dichos escenarios, y el análisis de la procedencia de la tutela se tiene que realizar sobre la base de supuestos que permitan la materialización real y efectiva de los garantías fundamentales de sujetos de especial protección constitucional.

De esa manera, la Sala advierte que los elementos referidos, aunados a la protección especial[24] que debe proveer el Estado a aquellas personas que por su condición física se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta[25], hacen necesaria la intervención inmediata del juez constitucional en este caso, pues, incluso, teniendo en cuenta el esfuerzo administrativo del actor en cada una de las entidades vinculadas para conseguir que satisfagan la atención que demanda, así como el desgaste procesal y el tiempo que la acción de tutela ha tenido que soportar en la jurisdicción constitucional a pesar de su carácter expedito y rápido, resultaría desproporcionado someter al señor Pérez Morales a otro trámite judicial o a una espera mayor de la que ya ha afrontado desde la presentación del mecanismo amparo.

En este sentido, el peticionario demanda una protección urgente en caso de que sus derechos fundamentales estén siendo desconocidos, y constituiría una carga insoportable enviar las diligencias para que sean resueltas a través de otros medios de defensa judicial, pues sería apremiante evitar que el acceso efectivo a las tecnologías en salud y a las prestaciones asistenciales que requiere se dilate o se torne espinoso a pesar de la complejidad de su padecimiento, razón por la cual, existe suficiente premura para

proporcionar medidas impostergables que impidan el retardo en el manejo y el tratamiento médico que necesita el accionante, así como la consumación de un daño o la agravación y el deterioro del estado de su salud.

En consecuencia, y debido a que además existe legitimación de las partes para actuar al interior del trámite que hoy nos ocupa[26], así como un término razonable entre las conductas que desencadenaron el presunto menoscabo de los derechos alegados y la interposición del amparo[27], la acción de tutela es el mecanismo judicial procedente para examinar la supuesta vulneración de las garantías fundamentales que el señor Pablo Emilio Pérez invocó, motivo por el cual la Sala examinará la posibilidad de que, al interior del Sistema de Seguridad Social Integral, una persona acceda a las prestaciones asistenciales y a las tecnologías en salud que requiera pese a que falte la calificación del origen del accidente o la enfermedad, y posteriormente analizará el caso concreto.

3. El acceso a las prestaciones asistenciales y a las tecnologías en salud en el Sistema de Seguridad Social Integral, pese a la ausencia de la calificación del origen del accidente o la enfermedad

Conforme lo consagra el artículo 1º 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 ciertas contingencias que afectan la salud, la capacidad económica o laboral, y en general las condiciones de vida de toda la población.

Por ello, el sistema comprende las obligaciones que, primero, están en cabeza del Estado, la sociedad y las instituciones y, segundo, pretenden la cobertura de las prestaciones de salud, las de carácter económico y todos aquellos servicios complementarios que consagren las normas que crean, incorporan y desarrollan los componentes de aquel engranaje de seguridad social, cuyo servicio se debe prestar con sujeción a una articulación de instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar sus fines[28].

En ese orden de ideas, teniendo en cuenta que el Sistema de Seguridad Social Integral: (i) es un conjunto armónico de normas, procedimientos y entidades públicas y privadas; y (ii) está conformado, entre otros, por los regímenes generales establecidos para salud y riesgos laborales, el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud debe hacerse de

forma que exista una cohesión y una articulación armoniosa, sistémica e integral entre las instituciones, los regímenes, las instituciones, las prestaciones y los procedimientos destinados a alcanzar los propósitos de la seguridad social, y ello tiene que ser así, no sólo porque aquel sistema protege a las personas frente a los riesgos que ampara, sino que además debe hacerlo de forma eficiente, cierta y efectiva[29].

De esa manera, y previendo que las actuaciones de los regímenes generales de riesgos laborales y de salud no pueden ser ajenas a la articulación armónica de los procedimientos y las prestaciones previstas para garantizar el servicio de seguridad social, el ordenamiento jurídico —a través de la Ley 100 de 1993[30] y el Decreto 1295 de 1994—[31] estableció la forma en la que las entidades que componen el sistema integral deben actuar para asegurar las prestaciones asistenciales y las tecnologías en salud que un trabajador requiera mientras el origen de la enfermedad o el accidente no esté determinado o exista alguna controversia en relación con el mismo.

Así las cosas, aunque la calificación de dicho origen determina a cargo de cuál sistema general se deben imputar los gastos que demande un tratamiento, es decir si se le atribuyen al de riesgos laborales o al de seguridad social en salud, el suministro efectivo e inmediato de las prestaciones asistenciales y de las tecnologías en salud se debe garantizar, sin perjuicio de que una vez se fije el origen del accidente o de la enfermedad procedan los reembolsos a que haya lugar en los términos establecidos en las referidas normas[32].

Precisamente por ello, el artículo 12 del referido Decreto establece que “[t]oda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común”, motivo por el cual si no está determinado el origen de la contingencia en el instante en el que una persona requiere el suministro de alguna prestación asistencial o de una tecnología en salud, se entenderá, mientras no exista un dictamen de calificación definitivo, que el accidente o la afección es de origen común y, en esa medida, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de la entidad promotora de salud que corresponda, se debe encargar de prestar inmediatamente el servicio, ya que el de riesgos laborales únicamente atiende los efectos de las enfermedades y los accidentes que ocurran con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrolle una persona, es decir, aquellas contingencias de origen laboral[33].

Con todo, si con posterioridad a la prestación del servicio se realiza el dictamen de calificación y se determina definitivamente el origen del accidente o la enfermedad, la entidad promotora de salud (EPS) puede recobrar a la administradora de riesgos laborales (ARL) los gastos en que haya incurrido, siempre y cuando el resultado de aquel dictamen precise que la contingencia es de origen profesional.

Lo anterior no resulta extraño a la articulación armónica que debe permear las actuaciones y los procedimientos de las EPS y las ARL, pues incluso el artículo 254 de la Ley 100 de 1993 establece que los servicios de salud derivados de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud, “quienes repetirán contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo trabajador” y, en ese mismo sentido, los artículos 5 y 6 del Decreto 1295 de 1994 disponen que:

(i) Los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, serán prestados a través de la EPS a la cual se encuentra 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 laborales.

(ii) Los gastos derivados de los servicios de salud prestados que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, están a cargo de la ARL correspondiente.

(iii) 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 laborales.

Por consiguiente, esta Corte en múltiples oportunidades[34] se ha referido a la inoponibilidad que, frente a la necesidad de acceder a los servicios de salud, tienen: (i) las controversias entre una EPS y una ARL sobre el origen común o profesional de una enfermedad o un accidente; o (ii) la ausencia misma de calificación.

Así por ejemplo, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, mediante la

sentencia T-286 de 2004[35], examinó un caso en el que la EPS Colmena Salud negó al demandante un tratamiento médico argumentando que el accidente que sufrió el tutelante fue de tipo laboral y debía ser tramitado por la A.R.P Colseguros, pero esta última entidad tampoco suministro el servicio aduciendo que dicho incidente no se circunscribió al lugar de trabajo, motivo por el cual la Sala estimó que aunque existe “un procedimiento para definir si en realidad la lesión ocurrida al demandante es un accidente de trabajo o no, mas allá del conflicto originado por ésta calificación, debe autorizarse la prestación médica requerida”. En consecuencia, tuteló los derechos del peticionario y, con fundamento en el artículo 254 de la Ley 100 de 1993, ordenó a la EPS otorgar la atención médica que necesitaba el accionante mientras la junta calificadora decidía el conflicto en torno al origen del accidente, sin perjuicio de la acción de repetición que, de ser el caso, hubiere podido ejercer.

Igualmente, en la sentencia T-555 de 2006[36] la Sala Séptima de Revisión estudió el caso de una persona a la que un médico de su EPS le prescribió una orden médica que fue remitida a la que en ese entonces era la administradora de riesgos profesionales a la que estaba afiliado, pero esta no la autorizó al considerar que la patología que el actor presentaba no tenía relación con un accidente de trabajo, y que la afección que lo aquejaba debía ser tratada como enfermedad común. Razón por la cual, en dicha oportunidad esta Corporación explicó que si bien existen normas que establecen los lineamientos a seguir para garantizar la pronta y eficiente determinación, calificación o clasificación de la enfermedad o accidente en que se ha visto involucrado un trabajador, aquella situación 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”.

En el mismo sentido, la Sala Primera de Revisión, mediante la sentencia T-642 de 2009[37], abordó un caso en el que la administradora de riesgos laborales expuso que fue notificada del accidente casi un año después de ocurrido y que desde el inicio la patología padecida por el accionante fue tratada por la EPS como de origen común, motivo por el cual en ese oportunidad no había una calificación definitiva del origen de la enfermedad que aqueja al demandante, 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.

Por ende, la Sala concluyó: (i) que si bien la calificación de la contingencia resulta 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 entidades promotoras de salud y las administradoras de riesgos laborales involucradas puedan constituir un impedimento para que el afectado reciba la atención médica requerida, ya que este tipo de conflictos administrativos no pueden afectar los derechos a la salud, a la vida y a la integridad física de la persona, razón por la que, “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, aun cuando exista controversia respecto de la asunción de los gastos que ella genere”; y (ii) que los trabajadores que vean quebrantada su salud como consecuencia de un accidente de trabajo, pueden acudir a las EPS con el fin de obtener la asistencia médica que requieran, a pesar de que con posterioridad se establezca que la responsabilidad de asumir los gastos que ella genere deben correr por cuenta de la entidad administradora de riesgos laborales respectiva.

Así mismo, la Sala Novena de Revisión, mediante la sentencia T-065 de 2010[38], conoció un caso en el que Saludcoop EPS trabó una disputa con la ARP Colmena sobre la calificación del origen de la enfermedad que padecía la actora. En esa ocasión, la Sala consideró que dicha controversia no podía afectar a la demandante comoquiera que el propio ordenamiento legal impone a la EPS la obligación de brindar el tratamiento pertinente y le otorga la facultad de recobrar ante la ARP aquellos gastos en que hubiere incurrido en caso de que la enfermedad sea calificada definitivamente como de origen profesional.

Puntualmente, la Sala explicó que “sin importar cuál sea la entidad obligada a asumir finalmente el pago de los servicios prestados, las empresas prestadoras de servicios de salud deben brindar la atención médica que el paciente requiera, independientemente de la existencia de controversias sobre la determinación de la entidad responsable de sufragar los gastos que la atención genere, toda vez que precisado el origen de la enfermedad o del accidente, el ordenamiento jurídico dispone de mecanismos que permiten el reembolso de

los gastos que la atención en salud causó”, razón por la cual “las prestaciones asistenciales derivadas de una enfermedad profesional o de un accidente de trabajo, deben ser cubiertas por la EPS a la que se encuentre afiliado el respectivo trabajador, sin perjuicio del derecho que le asiste a la EPS, una vez se ha definido en forma definitiva el origen o la calidad de la contingencia, de recobrar los gastos en que haya incurrido a la ARP responsable de asumir la prestación. La falta de dictamen definitivo sobre el carácter profesional o común de una dolencia, no constituye una razón que pueda válidamente esgrimir una EPS para negar al trabajador o extrabajador el acceso a los servicios médicos que requiera con necesidad”.

En conclusión, el Sistema de Seguridad Social Integral, particularmente a través del sistema general de seguridad social en salud y las EPS que lo integran, deberá garantizar y prestar los servicios en salud que requiera una persona mientras que, en los términos de la normatividad aplicable[39], no exista una calificación definitiva del origen del accidente o la enfermedad, sin perjuicio de que una vez se establezca aquel origen —y este sea profesional— la EPS pueda repetir contra la ARL para que la administradora de riesgos laborales reembolse a la entidad promotora de salud las prestaciones asistenciales y los servicios de salud que esta última hubiere otorgado a la persona.

4. Análisis del caso concreto

De las pruebas y los antecedentes relacionados en esta providencia se desprende que si bien obra un dictamen que calificó el origen profesional del accidente que el actor sufrió el 19 de noviembre del 2014, no existe una calificación definitiva del origen del quebranto de salud que los aqueja en la columna y que en octubre 5 y diciembre 21 del 2015 hizo que el accionante acudiera al servicio de urgencias en la Clínica San José de Barrancabermeja y en la Unidad Clínica la Magdalena de la misma ciudad, pues además de que no hay un dictamen de calificación, en la contestación de la demanda la EPS Famisanar y la ARL Positiva confirmaron la controversia y los criterios disímiles que tienen en relación con el origen de dicha afección.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta, además de las consideraciones expuestas a lo largo de esta sentencia, primero, que para la fecha en la que el señor Pérez Morales ingresó por intermedio de la EPS Famisanar a urgencias en la Clínica San José estaba afiliado a dicha

entidad promotora de salud; segundo, que en esa ocasión, en vez de iniciar y determinar un tratamiento para manejar el padecimiento que lo estaba afectado en la columna lumbosacra, la EPS remitió al accionante al área de medicina laboral para definir si debía ser tratado por la EPS o por la ARL; y tercero, que a partir de dicho momento ninguna de las dos entidades realizó el dictamen de calificación, e incluso existe una discrepancia en relación con el origen de esa afección y, por tanto, el actor tuvo que soportar aquella controversia, así como la oscilación entre una y otra entidad para acceder a las tecnologías en salud que reclamaba, la Sala advierte que la EPS Famisanar fue quien debió garantizar y prestar los servicios en salud que el actor requería para tratar no solo esa afección sino todas las demás que en ese momento hubiese puesto en conocimiento de la EPS y sobre las cuales no hubiere un dictamen definitivo que las calificara como de origen profesional.

III. DECISIÓN

Con fundamento en las consideraciones expuestas, 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 de tutela proferido el 9 de marzo del 2016 por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Barrancabermeja, mediante el cual se confirmó la sentencia dictada el 28 de enero del 2016 por el Juzgado Segundo Penal Municipal de la misma ciudad, y en su lugar, CONCEDER el amparo del derecho a la salud del señor Pablo Emilio Pérez Morales.

Segundo.- ORDENAR a la EPS Famisanar LTDA. que, de acuerdo con lo que indique y demande el cuadro clínico del señor Pablo Emilio Pérez Morales, garantice y proporcione las tecnologías en salud que el actor requirió con ocasión de la afección que lo aqueja en la columna, así como todas aquellas que demandó hasta diciembre del año 2015 en relación con las enfermedades que en ese momento hubiese puesto en conocimiento de la EPS y sobre las cuales no exista a la fecha de notificación de esta sentencia, en los términos de la normatividad aplicable, un dictamen definitivo que las califique como de origen profesional, sin perjuicio de que una vez se establezca aquel origen —y este sea profesional—pueda repetir contra la ARL Positiva para que esta le reembolse las prestaciones asistenciales y los

servicios de salud que le llegue a suministrar.

Tercero.- Por Secretaría General, LÍBRENSE las comunicaciones a que alude el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Magistrado

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

Con salvamento de voto

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] En adelante, ARL Positiva.

[2] En adelante, Maxi Grúas.

[3] Durante el trámite de revisión, la Secretaría General de esta corporación remitió el expediente de la referencia al despacho del magistrado Luis Guillermo Guerrero Pérez para que se elaborara la nueva ponencia, pues aquella que presentó la magistrada María Victoria Calle no obtuvo la mayoría de los votos de la Sala Primera de Revisión, razón por la cual el magistrado Guerrero Pérez asumió el conocimiento del proceso.

[4] De acuerdo con la Historia Clínica y el informe de un accidente de trabajo que la empresa Maxi Grúas reportó, el señor Pérez Morales tiene 36 años de edad (folios 9 y 15 del

cuaderno 1).

[5] En relación con dicho accidente, en el folio 9 del cuaderno 1 obra una copia del informe en el que la empresa Maxi Grúas realizó un reporte de aquel suceso.

[6] En el formulario de dictamen que consignó el origen del accidente, Positiva Compañía de Seguros S.A. expuso lo siguiente: “El trabajador se encontraba en misión arreglando unos equipos de maquinaria pesada estando arreglando una de las volquetas, elevó el platón de la volqueta con la mano izquierda recibiendo una fuerte descarga eléctrica cayendo”. // Motivo por el cual, el diagnóstico descrito fue: “contacto con electricidad entrada mano izquierda” (folios 40 y 41 del cuaderno 1).

[7] Folio 4 del cuaderno 1 y 22 del cuaderno de revisión.

[8] Folios 5 y 6.

[9] En decir, a EPS Famisanar LTDA., en adelante EPS Famisanar.

[10] Aquella información obra en la historia clínica que suscribió el galeno tratante en aquella ocasión, en el escrito de tutela y en otros documentos suscritos por los galenos tratantes del actor (folios 3, 5, 14 y 15 del cuaderno 1, y 40 del cuaderno de revisión).

[11] Folios 11 y 30 del cuaderno 1.

[12] En el folio 8 del cuaderno 1 obra una copia del documento en cuestión.

[13] El demandante indicó que su compañera permanente es docente, que ha debido asumir jornadas de trabajo adicionales para sostener el hogar y que devenga aproximadamente un millón de pesos, motivo por el cual indicó que con dichos ingresos apenas alcanzan a cubrir los gastos necesarios de manutención de su familia, la cual está conformada por él, su pareja y los hijos de ella, es decir, un niño y una niña de 14 y 16 años, respectivamente. (Folios 24, 61 y 62 del cuaderno de revisión).

[14] Particularmente, el actor sostuvo lo siguiente: “no estoy pidiendo reintegración a la empresa, lo que deseo es que me sigan atendiendo por las secuelas que se han venido presentando como consecuencia del accidente, ya que cada día me afecta más mi salud.”.

Adicionalmente, afirmó que: “no estoy buscando un lucro económico simplemente me presten los servicios médicos que requiero para mejorar mi condición pues es de pleno conocimiento que esta cirugía fue practicada con anterioridad [es decir, aquella que se le realizó en el año 2005] y que debido al golpe este tornillo se partió o se desvió no tengo la certeza.” (folios 2 y 5 del cuaderno 1).

[15] En relación con este asunto, la EPS manifestó: (i) que desde octubre de 2014 el actor era cotizante como empleado dependiente de Maxi Grúas, “quien reportó novedad de retiro en el mes de enero de 2015 cancelando treinta (30) días”; y (ii) que a pesar de dicha desvinculación, se afilió como beneficiario de su cónyuge, quien a su vez era cotizante dependiente de un empleador que “reportó una novedad de retiro en el mes de diciembre de 2015 cancelando treinta (30) días.”. Folio 45 del cuaderno 1.

[16] Ley 776 de 2002, “Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales”, artículo 1º. “DERECHO A LAS PRESTACIONES. 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. // PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación (...).

[17] Decreto 1295 de 1994, “Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales”, artículo 2. “OBJETIVOS DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES. El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene los siguientes objetivos: (...) b. Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional. // c. Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y

muerte de origen profesional. (...)"

[18] Ley 100 de 1993, artículo 8. "CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley".

[19] Ley 100 de 1993, artículo 2. "PRINCIPIOS. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación: (...) e. UNIDAD. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social (...)".

[20] Tal y como lo ha sostenido esta corporación, el perjuicio irremediable "se configura cuando existe el riesgo de que un bien de alta significación objetiva protegido por el orden jurídico o un derecho constitucional fundamental sufra un menoscabo. En ese sentido, el riesgo de daño debe ser inminente, grave y debe requerir medidas urgentes e impostergables. De tal manera que la gravedad de los hechos exige la inmediatez de la medida de protección". (T-493 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez). Al respecto ver, entre otras, las sentencias T-708 de 2009, M.P. Juan Carlos Henao Pérez; T-595 de 2011, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; y SU-189 de 2012, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

[21] Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, artículo 2. "Competencia general. La Jurisdicción Ordinaria, en sus especialidades laboral y de seguridad social conoce de: (...) 4. Las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos (...)" // Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, artículo 11. "COMPETENCIA EN LOS PROCESOS CONTRA LAS ENTIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL En los procesos que se sigan en contra de las entidades que conforman el sistema de seguridad social integral, será competente el juez laboral del circuito del lugar del domicilio de la entidad de seguridad social demandada o el del lugar

donde se haya surtido la reclamación del respectivo derecho, a elección del demandante. // En los lugares donde no haya juez laboral del circuito conocerá de estos procesos el respectivo juez del circuito en lo civil”.

[22] En relación con la seguridad social en salud, las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 otorgaron a la Superintendencia Nacional de Salud facultades jurisdiccionales para resolver, con las potestades propias de un juez, algunas controversias entre las empresas promotoras (o entidades que se les asimilen) y sus usuarios. De esa manera, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 establece que la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar con carácter definitivo y en derecho, entre otras cosas, los asuntos concernientes a la “cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario”; y todo aquello que verse sobre “prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo”.

[23] El demandante indicó que su compañera permanente es docente, que ha debido asumir jornadas de trabajo adicionales para sostener el hogar y que devenga aproximadamente un millón de pesos, motivo por el cual indicó que con dichos ingresos apenas alcanzan a cubrir los gastos necesarios de manutención de su familia, la cual está conformada por él, su pareja y los hijos de ella, es decir, un niño y una niña de 14 y 16 años, respectivamente. (Folios 24, 61 y 62 del cuaderno de revisión).

[24] Artículo 13 superior. “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. // El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. // El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

[26] La Sala advierte que en este proceso existe legitimación en la causa tanto del demandante como de las entidades accionadas y vinculadas, dado que: (i) el artículo 10

del Decreto 2591 de 1991 dispone que la acción de tutela puede ser ejercida por cualquier persona que considere vulneradas o amenazadas sus garantías fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante; (ii) el señor Pérez Morales consideró vulnerados sus derechos fundamentales a la vida y a la salud y, por tanto, interpuso directamente y por sí mismo el mecanismo de amparo constitucional; (iii) los artículos 5, 13 y 42 del citado decreto establecen que la acción de tutela procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas y contra particulares que, por ejemplo, estén encargados de la prestación de servicios públicos, o respecto de quienes el actor se encuentre en una situación de subordinación; (ii) la EPS Famisanar y Positiva Compañía de Seguros S.A. son personas jurídicas que prestan el servicio público de seguridad social, y esa última es una compañía adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público; y (iii) Maxi Grúas sostuvo un vínculo con el demandante a través del cual lo contrató para que efectuara una serie de labores, y del que se puede desprender, prima facie, una especie de subordinación y dependencia de la que da muestra, por ejemplo, la afiliación que dicha empresa efectuó a favor del actor en la administradora de riesgos laborales.

[27] Teniendo en cuenta: (i) que las actuaciones que generaron la aparente vulneración se empezaron a concretar desde que el actor acudió infructuosamente a las instalaciones de la EPS Famisanar y de la ARL Positiva con el fin de que trataran el padecimiento que lo afecta en su columna, es decir, a partir del 5 de octubre de 2015; (ii) que incluso el 22 de diciembre del mismo año el demandante radicó una petición ante la entidad accionada advirtiendo la necesidad de que se determinara el origen de dicho quebranto para definir la autoridad encargada de suministrar el respectivo tratamiento; y (iii) que la acción de tutela se interpuso el 14 de enero del 2016, esta Sala considera que hay una proximidad temporal entre las conductas que desencadenaron el supuesto menoscabo de las garantías fundamentales del accionante y la activación del mecanismo de amparo, toda vez que transcurrió un término razonable —incluso menos de cuatro meses— para que el demandante acudiera a la jurisdicción constitucional desde que aquella cadena sucesiva de acciones y omisiones tuvo origen.

[28] Cfr. Artículos 1 y 2 de la Ley 100 de 1993.

[29] “En numerosas oportunidades, esta Corte ha señalado que la seguridad social hace referencia a los medios de protección institucionales para amparar a la persona y a su

familia frente a los riesgos que atentan contra la capacidad que éstos tienen para generar los ingresos suficientes para gozar de una existencia digna y enfrentar contingencias como la enfermedad, la invalidez o la vejez. Por ello, la Constitución establece que la seguridad social es no sólo un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, sino que también representa un derecho irrenunciable, garantizado a todos los habitantes del Estado (art. 48). Además, la Carta, con el fin de asegurar el desarrollo progresivo del este servicio público y derecho de las personas, establece ciertos principios mínimos de la seguridad social, a saber, los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (CP art. 48). Estos principios implican que debe existir un sistema general de seguridad social, pues no de otra forma podría asegurarse que existan mecanismos de solidaridad entre las personas que permitan, en forma eficiente, un cubrimiento universal de todos los colombianos frente a los riesgos que deben ser amparados por la seguridad social. Por ello, aunque no aparecen explícitamente consagrados en la Carta, la Corte ha entendido que la Constitución incorpora también los principios de unidad e integralidad de la seguridad social, en virtud de los cuáles, la ley no sólo debe amparar a las personas frente a las principales contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de la población (integralidad) sino que, además, esa protección debe hacerse de manera que haya articulación y cohesión entre las políticas, las instituciones, los regímenes, los procedimientos y las prestaciones destinadas a alcanzar los fines de la seguridad social (unidad)” Sentencia C-674 de 2001, M.P. Eduardo Montealegre Lynett .

[30] “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

[31] “Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales”.

[32] Decreto 1295 de 1994, artículo 6 “PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 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. // El origen determina a cargo de cual sistema general se imputarán los gastos que demande el tratamiento respectivo. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los

cuales se harán los reembolsos entre las administradoras de riesgos profesionales, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones prestadoras de servicios de salud. // 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 la institución prestadora de servicios de salud, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la entidad promotora que será reglamentada por el Gobierno Nacional, y que en todo caso no excederá al 10% salvo pacto en contrario entre las partes (...)” (subrayas fuera del texto original).

[33] Ley 776 de 2002, “Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales”, artículo 1. “DERECHO A LAS PRESTACIONES. 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. // PARÁGRAFO 1o. <Declarado INEXEQUIBLE>. // PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación” (subrayas fuera del texto original). // Ley 1562 de 2012, “Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional”, artículo 1. “Definiciones: // Sistema General de Riesgos Laborales: Es 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 puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. // Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales(...)”. Cfr. Artículo 1 del Decreto 1295 de 1994.

[34] Al respecto se pueden consultar, entre otras, las siguientes sentencias: T-1557 de

2000, M.P. Fabio Morón Díaz; T-286 de 2004, M.P. Alfredo Beltrán Sierra; T-185 de 2006, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.; T-555 de 2006, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-642 de 2009, M.P. Juan Carlos Henao Pérez; y T-065 de 2010, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[35] M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

[36] M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[37] M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

[38] M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[39] En este punto resulta pertinente aclarar que si bien el artículo 41 de la Ley 100 de 1993 consagra el procedimiento para determinar la pérdida de capacidad laboral, calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias, los incisos 2º, 3º, 4, y 5º del artículo 12 del Decreto 1295 de 1994, “Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales”, consagran un procedimiento especial para zanjar la calificación del origen del accidente o de la enfermedad en el marco del régimen de riesgos laborales, precisamente teniendo en cuenta que cuando el origen del accidente aparentemente es profesional pueden surgir discrepancias o desacuerdos entre las EPS y las ARL en relación con el origen de la contingencia.