

Expediente T-2116913

Sentencia T-237/09

Referencia: expediente T-2116913

Acción de tutela instaurada por Arturo Nocua Moreno contra el Centro Integrado de Servicios CISS Ltda., Saludcoop, E.P.S. y Colpatria A.R.P

Magistrada Ponente (E):

Dra. CLARA ELENA REALES GUTIERREZ

Bogotá D.C., treinta y uno (31) de marzo de dos mil nueve (2009).

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Clara Elena Reales Gutiérrez, Luís Ernesto Vargas Silva y Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales, y previo el cumplimiento de los requisitos y trámites legales y reglamentarios, ha proferido la siguiente

#### SENTENCIA

Que pone fin al proceso de revisión del fallo proferidos por el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de San Gil, el 22 de octubre de 2008.

#### I. ANTECEDENTES

El 24 de septiembre de 2008 Arturo Nocua Moreno interpone acción de tutela en contra de la Cooperativa de Trabajo Asociado C.I.S.S. Ltda, con el fin de que se garanticen sus derechos a la seguridad social, a la salud en conexidad con el derecho a la vida y el derecho al trabajo. Expresa el demandante que el 13 de febrero de 2008, como operario de la empresa acusada, sufrió un accidente de trabajo, consistente en "ulceras" en las plantas de los pies, por el contacto con asfalto caliente. De inmediato fue trasladado a la Clínica Santa Cruz de la Loma de la EPS Saludcoop y fue atendido oportunamente. Aduce el actor que si bien, desde ese día hasta la fecha ha estado bajo incapacidad médica, la empresa CISS Ltda., el día 14 de agosto de 2008, decidió unilateralmente terminar el contrato de trabajo. Considera que con este hecho se vulneraron sus derechos fundamentales, porque en razón de la terminación unilateral de su contrato de trabajo Saludcoop EPS se niega a prestarle los servicios médicos que requiere, con el argumento de que fue reportada la desvinculación por parte del empleador y se dejaron de cancelar los aportes a la seguridad social correspondientes. Insiste en que su condición económica no le permite hacerse cargo del tratamiento médico y, por tanto, solicita se ordene "como medida provisional" su "reintegro como trabajador, que conllevaría a la adquisición de la afiliación del trabajador a la seguridad social necesaria para continuar con mi tratamiento médico, y/o en su defecto, ordenar a la EPS continuar con mi tratamiento médico". Solicita que la tutela sea concedida transitoriamente, ya que, "en las actuales condiciones, la jurisdicción laboral no es la vía expedita para reclamar mis derechos vulnerados".

2. El 7 de octubre de 2008, mediante oficio 1479 el Juzgado Promiscuo Municipal de San Gil, a quien le correspondió conocer de la acción de tutela en primera instancia, ordena

vincular al proceso a Saludcoop EPS y a Colpatria A.R.P. Igualmente ordena como medida provisional que mientras se decide la acción de tutela, se continúe con el tratamiento médico prescrito con ocasión del accidente de trabajo.

3. La empresa CISS Ltda., en respuesta a la acción de tutela, señala que el actor fue vinculado a la empresa el 1 de abril de 2007 hasta el 30 de octubre del mismo año. Posteriormente sus servicios fueron requeridos por un periodo de 10 meses, del 15 de noviembre al 13 de agosto de 2008. Aduce que efectivamente el 13 de febrero de 2008 el accionante sufrió un accidente de trabajo, pero que en informes médicos posteriores se determinó que las quemaduras estaban evolucionando satisfactoriamente. Sin embargo, con posterioridad, la empresa tuvo conocimiento de que el señor Nocua era insulino dependiente, y que a pesar "de su lamentable cuadro de diabetes, ingiere licor frecuentemente, lo cual le agrava sus malestares y no permite que las lesiones de sus pies sanen; [los trabajadores] argumentan que desea seguir incapacitado". No obstante lo anterior, el accionante ha reclamado más de seis meses de incapacidad, las cuales han sido canceladas, y actualmente están en trámite dos incapacidades más, las cuales serán canceladas una vez Colpatria ARP haga efectivo el pago a la empresa.

Expresa además, que si existe una controversia sobre su desvinculación ésta es de carácter contractual y que la tutela no es procedente, pues existe otro medio de defensa judicial, como lo es acudir a la jurisdicción laboral. Añade que en este caso no puede concluirse un perjuicio irremediable para conceder la tutela, "pues el accionante tiene la oportunidad de afiliarse al sistema de seguridad social como independiente o, si se encuentra desempleado, acudir al Sisbén".

4. La E.P.S. Saludcoop, en el proceso de tutela responde que la entidad cumplió con sus obligaciones de brindarle atención médica, mientras estaba activa su afiliación. Expresa que fue el empleador el que dejó de cancelar sus aportes, y de conformidad con la ley, la E.P.S. está autorizada para suspender la afiliación después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado. Por tanto, "las consecuencias jurídicas de ese acto laboral son de competencia del empleador, pues la E.P.S cumplió con sus obligaciones en seguridad social". Agrega que no entiende por qué se le vinculó al proceso, pues los hechos que el actor relata, competen más a un asunto propio de derecho laboral y no de seguridad social. Refiere además, que en este caso, la responsabilidad también recae en la administradora de riesgos profesionales, pues la lesión que actualmente presenta el demandado es consecuencia de actividades realizadas en el trabajo, y, por ende, "es quien debe asumir la totalidad de los costos de los servicios requeridos o en su defecto el empleador".

5. Por su parte, la ARP Colpatria expresa que una vez fue informada del accidente de trabajo autorizó la atención de urgencias y una consulta el 28 de febrero de 2008. Sin embargo "en la historia clínica del accionante que llegó a la ARP Colpatria, no hay evidencia de complicación de las quemaduras que sufrió el 13 de febrero, pero sí hay registro de "Diabetes mellitas no especificada", enfermedad de origen común, para la cual la ARP no tiene ninguna obligación que deba ser tratada por la EPS." Añade que mientras no se haya definido que la patología que padece el accionante es de origen profesional, no pueden exigirse prestaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales, pues aunque el sistema de seguridad social tiene previsto el trámite de recobros entre subsistemas, "cuando quiera que algunos de ellos asuma prestaciones que le corresponden a otro (EPS,

ARP, o Fondo de Pensiones), el valor que reconocen las ARP's es mayor al que reconocen los fondos de pensiones y las EPS, y en caso de que la ARP pague, estas entidades sólo reembolsarían hasta el tope que la ley les obliga a ellas. Por esa razón está previsto en la ley, que mientras no se defina el origen profesional de una patología, se presume que ésta es de origen común y en tal situación las prestaciones deben ser asumidas por la EPS."

Informa en este escrito, además, que para determinar si el accidente ocurrido el 13 de febrero de 2008 dejó alguna secuela (pérdida de capacidad laboral) objeto de indemnización, se programará una cita médica para el 20 de octubre de 2008, previo aviso al accionante.

Fallo de primera instancia

El juzgado Segundo Promiscuo Municipal de San Gil, mediante fallo del 22 de octubre de 2008, decide negar la tutela interpuesta por Arturo Nocua Moreno. Frente a la pretensión del actor de que por vía de tutela se reintegre en el cargo que ocupaba en la empresa accionada, el juez de tutela, después de reseñar a partes de las sentencias SU-250/98, concluye que existe otro mecanismo de defensa judicial, como es la jurisdicción laboral, por lo cual la tutela es improcedente para el logro de dicho fin. En relación con la pretensión del accionante de que se le continúe prestando la atención médica que requiere en virtud del accidente de trabajo sufrido en febrero de 2008, considera el juez de instancia que de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, existe un procedimiento para calificar el origen de la enfermedad (si común o producto de accidente de trabajo) el cual "resulta de vital importancia en tanto a partir de aquél es posible establecer cuál es la entidad responsable de asumir las prestaciones asistenciales o económicas a que hubiere lugar. Sin embargo, a renglón seguido, concluye:

"Siendo así las cosas, a la fecha de este pronunciamiento, ni la administradora de riesgos profesionales, como tampoco el hoy accionante Arturo Nocua Moreno, se han preocupado por establecer si las dolencias que el referido padece, obedecen al accidente de trabajo, o son consecuencia de la enfermedad común –diabetes mellitas- dictaminada por los médicos tratantes de la empresa prestadora de salud. Ahora, mal haría el despacho judicial en ordenar a Saludcoop EPS que continuara con un tratamiento médico cuando se desconoce, se repite, si el padecimiento que aqueja a Nocua Moreno tiene origen en la enfermedad de origen profesional – en la que entraría a responder la administradora de riesgos profesionales –o en la de origen común- en la cual la E.P.S. o A.R.S. en que se encuentre afiliado el accionante debe prestarle sus servicios."

Finalmente considera el a quo que tampoco es pertinente ordenar a Saludcoop que continúe prestando sus servicios, teniendo en cuenta que figura en la base de datos como retirado por el empleador.

## II. CONSIDERACIONES

### 1. Competencia

La Corte Constitucional es competente para revisar la decisión judicial reseñada, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

### 2. El asunto que se revisa y los problemas jurídicos a resolver

1. De conformidad con las pruebas que reposan en el expediente, el actor laboraba para la Cooperativa de Trabajo Asociado CSS Ltda., cuando sufrió quemaduras en sus pies con asfalto caliente (13 de febrero de 2008). Tal lesión fue calificada como producto de accidente de trabajo. El accionante recibió atención médica por parte de la EPS Saludcoop. En los meses posteriores al accidente, el demandante presentó quebrantos de salud, y en distintas oportunidades se le dio incapacidad médica. El 28 de agosto de 2008, encontrándose bajo incapacidad, la empresa le comunicó al accionante que su contrato se daba por terminado a partir de agosto 14 de 2008 "por falta de contratación". Como consecuencia de dicha desvinculación, la EPS que lo venía tratando le comunicó al demandante que no le podía seguir prestando los servicios médicos, salvo que el demandante cancelara como independiente los aportes. En sede de tutela, la EPS Saludcoop señala, que como la atención en salud que requiere el accionante es producto de accidente de trabajo la atención médica corresponde a la ARP. Por su parte, la ARP Colpatria, a la cual estaba afiliado el actor, estima que a ésta no le corresponde asumir los gastos médicos de la atención en salud del actor por cuanto en los reportes médicos suministrados por la EPS no hay evidencia de complicación de las quemaduras que sufrió el 13 de febrero, y por el contrario, en ellos se registra que el actor sufre de "diabetes mellitas no especificada", que es una enfermedad común cuya atención corresponde a la EPS. El demandante solicita que para poder continuar con su tratamiento médico se ordene a la empresa CSS. Ltda. reintegrarlo en el cargo, para obtener nuevamente su afiliación a la EPS o, en su defecto que se ordene a la entidad prestadora de salud continuar con su tratamiento médico.

Con base en estos hechos, en este caso se presentan dos problemas jurídicos que la Corte debe resolver: 1) ¿Procede la acción de tutela para ordenar el reintegro de un trabajador, ante la decisión de la empresa de terminar su contrato unilateralmente, a pesar de que se encontraba en período de incapacidad? y ii) ¿se violan los derechos de un trabajador a la salud y a la seguridad social, cuando se interrumpe un tratamiento médico por la imposibilidad del actor de seguir cotizando a la seguridad social integral, y por las controversias que se presentan entre la EPS y la ARP a la cual estaba vinculado, sobre si sus necesidades médicas responden a un accidente de trabajo o a una enfermedad común?

Dado que los problemas jurídicos a tratar, ya han sido examinados por la Corte en otras oportunidades. La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional reiterará lo dispuesto por la jurisprudencia para este tipo de casos. Por tal razón, de acuerdo con sus atribuciones constitucionales y legales, la presente sentencia será motivada brevemente.[1]

3. La procedencia excepcional de la acción de tutela para ordenar transitoriamente el reintegro del trabajador.

Esta corporación se ha pronunciado en diferentes oportunidades acerca de la posibilidad de ordenar el reintegro de un trabajador por vía de tutela. A este respecto ha señalado que dado el carácter subsidiario de la acción, en principio la tutela no es el mecanismo idóneo para ello, pues existen otros mecanismos de defensa judicial, ante la jurisdicción laboral o contenciosa administrativa, dependiendo del caso. Sin embargo, también ha señalado

esta Corte, que excepcionalmente, la tutela puede ser procedente de manera transitoria cuando la persona se encuentre en un estado de debilidad manifiesta,[2] o cuando la terminación unilateral de la relación laboral obedece a una limitación física del actor y se prueba que existe una relación de "conexidad entre la condición de debilidad manifiesta y la desvinculación laboral, constitutiva de un acto discriminatorio y un abuso del derecho".

Para la Corte, el presente caso es uno de aquellos eventos en que la tutela resulta procedente para ordenar de manera transitoria el reintegro del trabajador.[4] En efecto, en el expediente reposan pruebas que indican que el vínculo laboral fue terminado de manera unilateral por parte del empleador, en razón a las afecciones de salud que padece generadas por las lesiones en los pies producto del accidente de trabajo, y por la diabetes que sufre el actor: i) la comunicación de dar terminado el contrato se produjo estando en incapacidad médica el accionante; ii) en respuesta de tutela la empresa relata que presume que el accionante quiere seguir incapacitado, porque al parecer toma licor para que no le sanen las heridas de sus pies (sin embargo, en ningún momento se aduce el empleado incurrió en faltas laborales); iv) el accionante había trabajado en la empresa, bajo contrato temporal, del 1 de abril de 2007 hasta el 30 de octubre de 2007, y sus servicios fueron nuevamente requeridos a partir del día 15 de noviembre, sin que en el lapso de tiempo trabajado con anterioridad al accidente de trabajo, se hubiera reportado inconvenientes con el empleador; v) el empleador tenía conocimiento de las limitaciones físicas de Arturo Nocua Moreno para desarrollar sus actividades laborales, pues a partir del accidente de trabajo, el accionante había sido incapacitado en varias oportunidades. Sumando a lo anterior, en este caso, la terminación unilateral del contrato de trabajo puso en condiciones de debilidad manifiesta el actor, pues no sólo el producto de su trabajo es la única fuente de recursos con que cuenta el accionante, sino que con la desvinculación se vio abocado a una desprotección en materia de salud que reduce sus posibilidades de recuperación.

Ahora bien, como la orden de reintegro se concede de manera transitoria, el ciudadano está obligado a poner en conocimiento del juez laboral que resulte competente la pretensión de reintegro que de manera transitoria fue decidida por la Corte Constitucional, pues, en últimas, es el juez ordinario el encargado de absolver este tipo de pretensiones.

Al respecto, resulta pertinente resaltar lo establecido en el artículo 8° del Decreto 2591 de 1991, a propósito de la procedibilidad de la acción de tutela como mecanismo transitorio de protección.

Artículo 8o. La tutela como mecanismo transitorio. Aún cuando el

afectado disponga de otro medio de defensa judicial, la acción de tutela procederá cuando se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En el caso del inciso anterior, el juez señalará expresamente en la sentencia que su orden permanecerá vigente sólo durante el término que la autoridad judicial competente utilice para decidir de fondo sobre la acción instaurada por el afectado.

En todo caso el afectado deberá ejercer dicha acción en un término máximo de cuatro (4) meses a partir del fallo de tutela.

Si no se instaura, cesarán los efectos de éste. (...)

Así pues, el amparo que ahora concede esta Sala de revisión al señor Arturo Nocua Moreno se otorga en los estrictos términos del artículo 8° del Decreto 2591, por lo que el accionante deberá interponer la acción laboral de reintegro dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación del fallo. Vale reiterar que en caso de no iniciar dicha acción judicial, los efectos de esta providencia se extinguirán dentro de dicho lapso.

4. La violación del derecho a la seguridad social y a la salud en conexión con la vida.

Sin perjuicio de la orden anterior, esta Corporación estima necesario referirse a la actuación de la EPS Saludcoop y la ARP Colpatria en el caso del actor. Sea lo primero señalar, que a diferencia de lo que sostienen la EPS acusada, el juez de instancia hizo bien en vincularla al proceso, pues precisamente el centro de la presente acción de tutela es la pretensión del demandante de que dicha entidad siga prestando la atención médica requerida para las afecciones de salud que presenta. La responsabilidad, en este caso, no es exclusiva del empleador, pues, como se pasará a mostrar, existen obligaciones tanto de las EPS como de las ARP en casos como el que se debate.

En efecto, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado de manera reiterada que el tratamiento de una enfermedad, en cuanto es un servicio de salud, debe prestarse de manera continua.[5] Esta obligación se predica tanto de las EPS como de las Administradoras de Riegos Profesionales o de cualquier entidad pública o privada que preste sus servicios de salud.[6] Entre otras consideraciones, la Corte ha expresado con claridad que: "... (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen 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.

En este caso, los servicios de salud que venía recibiendo el actor, se vieron interrumpidos pues tanto Saludcoop EPS como Colpatria ARP consideran que no son las responsables legales de atender las prestaciones asistenciales y económicas de los tratamientos que requiere el actor por el accidente de trabajo sufrido el 13 de febrero de 2008. La EPS acusada considera que no le corresponde continuar con la atención dado que la afiliación se suspendió por pago de los aportes. En consecuencia señala, es responsabilidad de la ARP o en su defecto por parte del empleador cubrir los gastos médicos que requiera el demandante. La EPS Colpatria, señala por el contrario, que no tiene reporte de que el accidente de trabajo haya generado secuelas que requieran ser atendidas y, por el contrario, lo que observan los registros médicos es que el actor sufre de diabetes, que es una enfermedad común y, por tanto, su atención corresponde a la EPS.

Se observa fácilmente de este relato que la EPS responsabiliza a la ARP accionada por el incumplimiento de los servicios médicos que requiere el actor, y la ARP hace lo propio frente Saludcoop. EPS; pero en dicho intercambio de responsabilidades, que lleva a la inacción de la una y la otra frente a la atención médica del demandante, se deja sin atención al accionante y se vulnera, en consecuencia, su derecho a la salud. A este respecto, cabe recordar, que ninguna de las dos entidades puede eximirse de responsabilidad, pues de conformidad con la ley, frente a un accidente de trabajo, existen unos deberes tanto de las EPS como de las ARP: las primeras están obligadas a garantizar la atención médica requerida, y las segundas a cubrir los gastos que se deriven de dicha atención. Sobre este particular, vale la pena citar en extenso las consideraciones expuestas en la sentencia T-672 de 2006, que se relacionan estrechamente con el asunto que aquí se debate. Dijo la Corte:

"Con la expedición de la ley 100 de 1993 se organizó el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual está definido 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".[8]

El Sistema de Seguridad Social Integral, está conformado[9] por el (i) Sistema General de Pensiones; (ii) Sistema de Seguridad Social en Salud; (iii) Sistema General de Riesgos Profesionales;[10] y los (iv) Servicios Sociales Complementarios.

El Sistema General de Riesgos Profesionales 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 pueden ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan".[11]

Son riesgos profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada, y 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".

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 económicas[12] a que haya lugar con ocasión de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, en los términos del artículo 80 del decreto 1295 de 1994.

(...)

En consecuencia, todo trabajador afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que sufra un accidente y este sea calificado como de trabajo tendrá derecho a que dicho sistema le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas.[13]

El artículo 208 de la ley 100 de 1993 expone que la prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo "deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional".

En el artículo 5° del decreto 1295 de 1994 se indica que los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o enfermedad profesional "serán prestados a través de la



Entidad Promotora de 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[14] 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".

(...).

Así, "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 último, también en el párrafo 2° del artículo 1° de la ley 776 de 2002 se dispone que las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo deben ser "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".

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

En relación con lo anterior, la Corte en sentencia C-516 de 2004, MP. Jaime Córdoba Triviño, señaló las características del Sistema de Riesgos Profesionales en los siguientes términos:

"está compuesto por entidades de carácter público y privado; es administrado por el ISS y otras entidades aseguradoras de vida, debidamente autorizadas; está destinado a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, para lo cual fija las prestaciones económicas y las prestaciones asistenciales a que tienen derecho los trabajadores en uno y otro caso; todos los trabajadores deben estar afiliados, y esa afiliación se hace a través de los empleadores, quienes son los encargados de pagar las cotizaciones respectivas, de acuerdo a la clase de riesgo en que se

encuentren". (Subrayado fuera de texto)

Así mismo, la Corte en varios fallos de tutela ha manifestado que corresponde a la EPS a la cual se encuentra inscrito el afiliado la prestación del servicio de salud en los casos de accidentes de trabajo o de una enfermedad profesional, con posibilidad de repetir contra la ARP. En efecto, en sentencia T-1557 de 2000, MP. Fabio Morón Díaz, la Corte 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."

De igual forma, esta Corporación en sentencia T-185 de 2006, MP. Marco Gerardo Monroy Cabra, estimó que según la normatividad laboral, si el hecho generador de los quebrantos de salud es calificado como un accidente de trabajo, "será la ARP la encargada de asumir los costos del servicio. Si por el contrario, no se trata de un accidente de trabajo, será la EPS la encargada de cubrir los costos de los servicios requeridos". En la misma providencia, se manifestó que de ninguna manera "se puede condicionar el suministro del servicio médico a la resolución previa de conflictos de carácter económico o administrativo, porque al actuar de tal manera, se estaría desconociendo el carácter fundamental de los derechos a la vida, a la integridad y a la salud del paciente".

Así pues, frente a las demoras en la atención médica que se presenten por existir controversias entre las EPS y ARP, esta Corporación ha sostenido lo siguiente:

"(...) no puede el afiliado o beneficiario al sistema de seguridad social en salud soportar la incertidumbre de no saber qué entidad es la encargada de prestar el servicio médico requerido, pues mientras las instituciones autorizadas en cubrir los servicios médicos deciden, no sólo faltan de manera grave a sus obligaciones más elementales, sino que ponen en riesgo la vida de sus afiliados o beneficiarios"[15].

En este orden de ideas, se puede concluir que las prestaciones asistenciales derivadas de un accidente de trabajo deben ser prestadas por la respectiva Entidad Promotora de Salud –EPS- a la cual se encuentre afiliado el respectivo trabajador, pues a las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP les corresponde

reconocerlas y pagarlas y en consecuencia, deben responder íntegramente por las prestaciones que surjan con ocasión de un riesgo profesional, como un accidente de trabajo, no sólo en el momento inicial sino también por las secuelas "independientemente de que el trabajador se encuentre o no afiliado a esa administradora"[16].

Así mismo, resulta inadmisibile desde todo punto de vista y violatorio de los derechos fundamentales, que se suspenda la práctica de una prestación asistencial por razones de índole económico o administrativo."

5. Con base en lo anterior es preciso concluir que en este caso: i) Saludcoop EPS está en la obligación de continuar con el tratamiento médico del actor por las lesiones producidas por el accidente de trabajo que sufrió en febrero 13 de 2008, independientemente de que haya operado la desafiliación del actor a la entidad; ii) que frente a esta prestación la ARP Colpatria está en la obligación de asumir los costos de los servicios que se presten en relación con el accidente de trabajo, de conformidad con las disposiciones legales.

La Corte reconoce que las entidades demandadas pueden debatir si la atención en salud que requiere el demandado es el producto del accidente de trabajo sufrido en febrero 13 de 2008 o el producto de una enfermedad común como lo es la diabetes. Sin embargo, lo procedente en estos casos no es suspender sin más la atención médica, sino acudir al procedimiento establecido por la normatividad en la materia. Así, reza el artículo 12° del Decreto 1295 de 1994:

"Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.

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

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

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

De persistir el acuerdo 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.

### III. DECISIÓN

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

**RESUELVE**

Primero.- Revocar la sentencia proferida por el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de San Gil y en su lugar conceder la tutela del derecho fundamental a la salud y al trabajo de Arturo Nocua Moreno.

Segundo.- Ordenar a la EPS Saludcoop, que en el término el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación del presente fallo reanude el tratamiento que venía suministrando a Arturo Nocua Moreno por las lesiones sufridas por el accidente de trabajo ocurrido en febrero 13 de 2008, según las indicaciones del médico tratante.

Tercero.- Ordenar a la ARP Colpatria, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, de conformidad con los procedimientos legales, responda por los gastos en que Saludcoop EPS incurra en la atención médica del actor hasta que se produzca la decisión de la autoridad competente, sea judicial o administrativa, sobre la incapacidad del actor y el origen de la misma. Si la decisión determina que la misma es de origen común, la ARP puede suspender los servicios que ha venido prestando y repetir contra el Fosyga. Pero si la autoridad competente determina que los tratamientos médicos que requiere el actor son consecuencia del accidente de trabajo o con ocasión del mismo, la ARP está obligada de asumir esta contingencia en los términos que establece la ley, asumiendo lo correspondiente a las prestaciones asistenciales integrales y económicas.

Cuarto.- Ordenar a la Cooperativa de trabajo asociado Centro Integrado de Servicios CISS Ltda., que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación del presente fallo, reintegre a Arturo Nocua Moreno a un cargo que pueda desempeñar de acuerdo con su condición de salud actual. En ningún caso Arturo Nocua Moreno podrá ser sujeto a tratamientos discriminatorios o degradantes por parte de sus superiores.

Quinto.- Advertir al señor Arturo Nocua Moreno que de no interponer la acción laboral de reintegro dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación de esta sentencia cesarán los efectos de lo dispuesto en el numeral cuarto de la parte resolutive de esta providencia.

Sexto.- Líbrese por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

**CLARA ELENA REALES GUTIERREZ**

Magistrada (E)

**GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO**

Magistrado

**LUIS ERNESTO VARGAS SILVA**

Magistrado

## MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

### Secretaria General

[1] Con base en lo dispuesto por el Decreto 2591 de 1991 (artículo 35), la Corte Constitucional ha señalado que las decisiones de revisión que se limiten a reiterar la jurisprudencia pueden "ser brevemente justificadas". Así lo ha hecho en varias ocasiones, entre ellas, por ejemplo, en las sentencias T-549 de 1995 (MP Jorge Arango Mejía), T-396 de 1999 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz), T-054 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-392 de 2004 (MP Jaime Araujo Rentería), T-325 de 2007 (MP Rodrigo Escobar Gil) y T-390 de 2007 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

[2] Ver entre otras, la sentencia T-062 de 2007.

[3] Sentencia T-519 de 2003 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra). Reiterada recientemente en: T.-853 de 2006 (MP Álvaro Tafur Galvis); T-687 de 2006 (MP Álvaro Tafur Galvis) y T-656 de 2006 (MP Jaime Araujo Rentería).

[4] Esta conclusión se deriva, de la amplia jurisprudencia de la Corte, en la que se ha analizado la desvinculación de un trabajador por motivos de salud. Así, en sentencia T-632/04 la Corte consideró que se había desconocido la especial protección de que goza el trabajador que padece una enfermedad profesional que era conocida por el empleador al momento del despido. En el mismo sentido, en sentencia T-530/05, la Corte reiteró que se viola la protección a la estabilidad laboral reforzada, cuando se despide a un trabajador en razón a la condición de debilidad manifiesta en que se encuentra por su estado de salud. Por el contrario, en sentencia T-689/04 la Corte señaló que el empleador, una vez conocido la enfermedad de la trabajadora, adoptó una posición de garante al brindar una discriminación positiva, dado que durante 6 años se le redistribuyeron funciones y se le proporcionaron facilidades respecto de su lugar de trabajo y su uniforme. En este caso la Corte concluyó que no existió nexo causal entre la enfermedad de la trabajadora y su despido, sino que este último estuvo motivado exclusivamente por un proceso de reestructuración de la empresa que impedía la reubicación de la trabajadora. En la sentencia T-943/99 en la que la Corte indicó que: "la empresa (...) dio a la actora un tratamiento discriminatorio, porque la trató como si fuera un empleado sano, al que basta indemnizar en los términos del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo, para dejar cesante de manera unilateral, cuando esa firma sabía, por las incapacidades que el Instituto de Seguros Sociales le había otorgado a la actora, que ésta se encontraba disminuida físicamente, y merecía un trato diferente al que exige la ley para una persona en buenas condiciones de salud. De esa manera, la dejó expuesta a perder la atención médica que precisa, pues dejó de darle el trato que, de acuerdo con el artículo 13 de la Carta Política, debe otorgarse al que está en condiciones de debilidad manifiesta; al omitir considerar la situación de invalidez de su trabajadora, para dar por terminada la relación laboral de la manera más gravosa para la empleada, también vulneró la entidad empleadora el derecho de la accionante a un trabajo en condiciones dignas y justas y, en consecuencia, los argumentos que adujo no son de recibo."

[5] Los criterios que informan el deber de las Entidades Promotoras de Salud de prestar los servicios de salud de manera ininterrumpida fueron definidos en la sentencia T-1198 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett): "... (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen 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". Esta regla ha sido reiterada, entre otras, en las siguientes sentencias: T-261 de 2007 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra), T-148 de 2007 (Humberto Antonio Sierra Porto), T-850 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil) T-064 de 2006 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T- 922 de 2005 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

[6] Sentencia T-721 de 2005 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), en la cual se justificó la aplicación del principio de continuidad en el servicio así: "(...) resulta evidente que las Administradoras de Riesgos Profesionales, al igual que las Entidades Promotoras de Salud, no pueden suspender abruptamente la prestación de sus servicios, ya sea por mora del empleador o por negligencia administrativa, pues, de conformidad con la jurisprudencia antes referida, esto conlleva una grave afectación de los derechos fundamentales de los afiliados, quienes, amparados en el principio de la buena fe, tienen la convicción de encontrarse protegidos por los servicios del sistema de seguridad social integral. Además, por cuanto en caso de conflicto entre el empleador y la entidad prestadora de los servicios, o en caso de conflicto entre la E.P.S. y la A.R.P. no es, de ninguna manera, el paciente quien tiene el deber de soportar las consecuencias negativas para su salud y su dignidad humana."

[7] Sentencia T-1198 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett).

[8] Preámbulo Ley 100 de 1993.

[9] Artículo 8 Ley 100 de 1993.

[10] Artículo 1° decreto 1295 de 1994, "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales".

[11] Artículo 139 Ley 100 de 1993 y artículo 1° decreto 1295 de 1994.

[12] 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).

[13] Ver los artículos 4, 34 del decreto 1295 de 1994, declarado exequible por la Corte Constitucional en sentencia C-452 de 2002, y el artículo 1° de la ley 776 de 2002 "Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales".

[14] Artículo 77 decreto 1295 de 1994: "El Sistema General de Riesgos Profesionales sólo podrá ser administrado por las siguientes entidades: El Instituto de Seguros Sociales. Las entidades aseguradoras de vida que obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales".

[15] Sentencia T-286 de 2004, MP. Alfredo Beltrán Sierra. El aparte citado corresponde al resumen de la regla aplicada en sentencia T-085 de 2004, MP. Alfredo Beltrán Sierra.

[16] Ver sentencia T-1229 de 2003, MP. Rodrigo Escobar Gil.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.  
Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior  
n.d.  
Última actualización: 16 de mayo de 2024

