

**JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE EJECUCIÓN DE SENTENCIAS DE
SANTIAGO DE CALI – VALLE DEL CAUCA**

SENTENCIA DE TUTELA No. 241
RAD.: T - 004-2023 00245 00

Santiago de Cali, nueve (09) de octubre de dos mil veintitrés (2023)

I. OBJETO DE ESTE PRONUNCIAMIENTO

Procédase con fundamento en el artículo 86 de la Constitución Nacional, el Decreto 2591 de 1991 y demás normas concordantes, a proferir el fallo que corresponde dentro de la presente acción de tutela instaurada por **MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1130591117**, contra **COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860.009.578-6** a través de su Representante Legal, o quien haga sus veces vinculando al trámite a **SANITAS EPS**; por la presunta vulneración a sus derechos fundamentales a la **salud, a la vida, a la seguridad social, la dignidad humana, el mínimo vital y móvil, al debido proceso y a la igualdad**

II. ANTECEDENTES

El señor **MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1130591117**, solicita que se conceda el amparo de sus derechos fundamentales y se ordene a **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, que, le practique en una primera oportunidad la valoración para determinar la pérdida de capacidad laboral y grado de invalidez, origen de estas contingencias, o pague los honorarios a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA para que esta le califique su pérdida de capacidad laboral, a fin de reclamar la indemnización por incapacidad permanente cubierta por el SOAT.

Narra que sufrió accidente de tránsito el 3 de junio de 2023 fue atendido en la Clínica Imbanaco, y presento diagnósticos de *Fractura De Tibia Peroné Metafisaria Expuesta Con Conminación, Miembro Inferior Izquierdo severamente traumatizado, Herida Compleja De La Pierna, Con Grave Daño De La Cubierta Cutánea 1/3 Medio*, que le causan dolor, limitación funcional, falta de fuerza y le dificultan sus tareas diarias. Que el vehículo implicado WTZ18E esta amparado por la póliza de seguro de daños corporales (SOAT) No. 10562400118940 de COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Que por sus patologías es beneficiario de la indemnización de amparo de incapacidad permanente, y que para hacer la reclamación necesita EL FURPEN: Formulario Único de Reclamación, EPICRISIS, y dictamen de calificación de perdida de capacidad laboral, este último requisito no lo tiene y se le dificulta conseguirlo.

Manifiesta que el 8 de septiembre de 2023 solicito a SEGUROS DEL ESTADO S.A. que determinará en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificara el grado de invalidez y el origen de estas contingencias tal como lo ordena el artículo 41 de la ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del decreto ley 19 de 2012 o en su defecto que asumiera el pago de los honorarios que requiere la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, que le dio respuesta el 13 de septiembre de 2023 negando su petición.

Señala que la actuación de **SEGUROS DEL ESTADO** vulnera sus derechos pues carece de capacidad económica, es empleado que recibe un salario mínimo, no tiene ingresos adicionales para suplir sus necesidades básicas.

Aporta

1. Fotocopia del Furips,
2. Fotocopia de mi cedula.

3. Fotocopia de historia clínica.
4. Copia del derecho de petición.
5. Copia de la respuesta del derecho de petición, donde la entidad requerida NEGÓ la solicitud presentada.
6. Fotocopia de la constancia de afiliación al régimen en salud (A.D.R.E.S).
7. Fotos de las lesiones que presenta.

III. ACTUACIÓN PROCESAL

Radicada la petición de amparo constitucional mediante auto No. 0332 del 26 de septiembre de 2023, se procedió a su admisión contra **COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A Nit. 860.009.578-6** vinculando al trámite a **SANITAS EPS y JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ – VALLE DEL CAUCA**, ordenando la respectiva notificación, previniendo a la accionada y vinculados que en el término de dos días se manifestaran en lo que a bien tuvieran sobre los hechos y las pretensiones de la petición de tutela.

Se recibieron respuestas así:

ACCIONADA:

SEGUROS DEL ESTADO S.A. a través del representante legal para asuntos judiciales **HECTOR ARENAS CEBALLOS**, solicita que se niegue la solicitud de realizar el trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral por parte de Seguros del Estado S.A. en razón a que como compañía que expidió la póliza SOAT, carece de competencia para realizar el examen solicitado, pues la compañía no cuenta con un equipo interdisciplinario para tal fin, dado que esta Compañía de seguros es solo es un administrador de recursos del plan de beneficios del SOAT legalmente contemplados, ni está autorizado legalmente para conformar, inscribir y poner en funcionamiento un equipo interdisciplinario de medicina laboral, pues conforme lo señalado en los artículos 84 y 91 del Decreto-Ley 1295 de 1994, Artículo 16 del Decreto 1128 de 1999, el Decreto 2463 de 2001 solo las administradoras de fondos pensionales (Colpensiones y fondos privados), Las administradoras de Riesgos laborales y las Empresas prestadoras de servicios de salud, pueden crear e inscribir un equipo interdisciplinario de medicina laboral facultado para emitir dictámenes de pérdida de capacidad laboral y que se niegue la pretensión subsidiaria del pago de honorarios a la Junta Regional de Calificación, por parte de Seguros del Estado S.A como compañía que expidió la póliza SOAT, es un seguro de origen legal, sus amparos, coberturas, requisitos para reclamar y demás condiciones fueron rigurosamente señaladas por el legislador en la ley 663 de 1993, la ley 100 de 1993, los decretos 056 de 2015 y 780 de 2016, y que los honorarios de las juntas de calificación de invalidez u otros gastos en que pueda incurrir una víctima de accidente de tránsito, para la obtención del dictamen de pérdida de capacidad laboral, no están comprendidos en la cobertura de incapacidad permanente del SOAT. Refiere que la pretensión de la accionante es meramente económica y bajo ninguna circunstancia el no pago de la indemnización reclamada por el afectado vulnera o amenaza sus derechos fundamentales, la aseguradora dio respuesta a la reclamación dentro del término legal de manera clara y de fondo.

VINCULADOS:

La **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**, informa que no se evidencia a la fecha, solicitud de calificación de Pérdida de Capacidad Laboral a nombre del señor **MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.130.591.117**, por ninguna entidad del Sistema de Seguridad Social. Solicita su desvinculación de este trámite.

SANITAS EPS, través apoderado judicial sobre el caso señala que **MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE**, se encuentra afiliado a EPS SANITAS, ostenta la calidad de cotizante dependiente de la empresa CLAN GADFER SAS NIT 900729722, que ha actuado de acuerdo con la normatividad que regula la materia y no es procedente que se endilgue algún tipo de responsabilidad por la presunta vulneración de los derechos

fundamentales del señor MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE, pues mientras su contrato ha estado activo en EPS SANITAS, le han brindado los servicios de Salud que ha necesitado y que se encuentran dentro de las coberturas del PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD. Solicitó apoyo a MEDICINA LABORAL, y sobre el USUARIO: MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE CC 1130591117 señalan: Usuario afiliado a EPS SANITAS como DEPENDIENTE de la empresa CLAN GADFER SAS NIT 900729722, que reporta en el sistema de incapacidades el completo 90 días de incapacidad temporal al 31-08-2023 por el diagnóstico S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA. Manifiesta que ha estado suministrando al usuario las prestaciones médicas asistenciales y económicas derivadas del ordenamiento de médicos tratantes adscritos a la entidad. En cumplimiento de la normatividad vigente las calificaciones de la pérdida de la capacidad laboral y determinación de la fecha de estructuración de dicho estado con fines particulares, tales como trámites ante entidades del sector Financiero, para cobro de pólizas, condonación de deudas, demandas a terceros etc., deben ser solicitadas a las compañías de seguros o entidad a cargo del pago de prestaciones o beneficios, quienes realizarán la calificación o lo remitirán directamente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Solicita su desvinculación por cuanto no se prueba negligencia en su actuar, y se declare falta de legitimación por pasiva por cuanto no tiene responsabilidad frente a las solicitudes del accionante.

IV. CONSIDERACIONES

4.1. PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN CONSTITUCIONAL

Previo al análisis de fondo de cualquier caso, se procederá a verificar la procedibilidad del mecanismo de amparo. Así pues, conforme a los Artículos 86 de la Constitución Política y 1 del Decreto 2591 de 1991, los requisitos de procedencia de la acción de tutela se pueden sintetizar de la siguiente manera: *a) que la pretensión principal inmersa en la acción sea la defensa de garantías fundamentales presuntamente afectadas por una acción u omisión del sujeto demandado; b) legitimación de las partes; c) inexistencia o agotamiento de los medios de defensa judicial (subsidiariedad); y d) interposición de la acción en un término razonable (inmediatez).*

4.2. LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA Y PASIVA

El artículo 86 de la Constitución Política y los artículos 1, 5 y 10 del Decreto 2591 de 1991 disponen que toda persona puede ejercer la acción de tutela por sí misma o por quien actúe en su nombre para la protección de sus derechos fundamentales, cuando sean vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares.

En este caso el accionante se encuentra legitimado en la causa por activa ya que acude directamente a reclamar la protección de sus derechos fundamentales; por su parte, la accionada **COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860.009.578-6**, se encuentra legitimada por pasiva, por ser la entidad a quien se atribuye la presunta vulneración.

4.3. INMEDIATEZ

Es motivo de la acción constitucional reclamación a la **COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860.009.578-6** para que se le ordene que le practique en una primera oportunidad valoración para determinar su pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias como lo ordena el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012; o pague los honorarios a la **Junta Médica Regional De Calificación De Invalidez**, y de este modo reclamar la indemnización pertinente cubierta por el SOAT.

El requisito de inmediatez exige que el ejercicio de la acción de tutela debe ser oportuno, es decir, dentro de un término y plazo razonable, pues la tutela, por su propia naturaleza constitucional, busca la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales y por ello la petición ha de ser presentada dentro de un marco temporal razonable respecto de la ocurrencia de la amenaza o violación de los derechos fundamentales.

A partir de lo anterior, la jurisprudencia constitucional, en aras de determinar que no existe una tardanza injustificada o irrazonable al momento de acudir a la acción de tutela, ha evaluado dicho periodo a partir de las siguientes reglas: (i) que exista un motivo válido para la inactividad de los accionantes; (ii) que la inactividad justificada no vulnere el núcleo esencial de los derechos de terceros afectados con la decisión; (iii) que exista un nexo causal entre el ejercicio tardío de la acción y la vulneración de los derechos fundamentales del interesado y; (iv) que el fundamento de la acción de tutela surja después de acaecida la actuación violatoria de los derechos fundamentales, de cualquier forma, en un plazo no muy alejado de la fecha de interposición.

La tutela como medio excepcional para la protección pronta y eficaz de tales derechos, requiere que la acción se ejerza en un tiempo razonable, prudencial, requisito que garantiza la realización del principio de seguridad jurídica y, por ende, el de la cosa juzgada, al asegurar que la decisión alcance el grado de certeza material, que la hace definitiva e inmutable.

En este asunto se encuentra acreditado este requisito en razón a que la negación a derecho de petición que en el mismo se sentio elevó ante la accionada le fue notificada el 13 de septiembre de 2023.

4.4. SUBSIDIARIEDAD

De conformidad con el artículo 86 de la Constitución, la acción de tutela es un mecanismo subsidiario que solo procede *“cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial”*. Por tanto, en los términos del numeral 1 del artículo 6 del Decreto 2591 de 1991, es deber del juez constitucional, de un lado, apreciar *“La existencia de dichos medios [...] en concreto, en cuanto a su eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentre el solicitante”*, y, de otro, a pesar de su existencia, si se acredita un supuesto de *“perjuicio irremediable”*, caso en el cual la tutela, de ser procedente, lo sería como *“mecanismo transitorio”*.

La Corte en sentencia **T-591 de 2017** sobre la acción constitucional frente a contrato de seguros se ha pronunciado sobre su procedencia excepcional cuando el margen de desigualdad existente entre las partes es tal que establece una situación de indefensión:

“Debido a la existencia de otros medios ordinarios de defensa judicial, por regla general, la acción de tutela resulta improcedente en el marco de un contrato de seguros. Sin embargo, cuando se acuda a la acción de tutela alegando la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, el juez constitucional deberá considerar la idoneidad y eficacia de tales mecanismos judiciales. En cada caso concreto se debe analizar si la queja o la demanda ante la Superintendencia financiera satisfacen la protección efectiva e idónea de los derechos fundamentales de una persona de especial protección constitucional cuyo mínimo vital y, por ende, su dignidad humana se ve amenazada. Teniendo en cuenta que, primero, en el caso de las quejas el resultado no es de carácter definitivo, no existe un término perentorio para resolverse y que, incluso, la misma Superintendencia reconoce que este no es el mecanismo idóneo para resolver conflictos de esta naturaleza. Y, segundo, que el proceso jurisdiccional que puede adelantarse ante esta entidad, comprende los mismos términos y etapas procesales que se manejan en el proceso ordinario. Siguiendo esta línea, se recuerda que un contrato de seguros puede celebrarse entre personas jurídicas con posiciones socio-económicas equivalentes o asimétricas. En el segundo caso, el desbalance del sinalagma puede implicar un desequilibrio en la relación contractual ocasionando un estado de indefensión, situación que permite prescindir de la vía ordinaria y admitir la acción de tutela de manera excepcional: “la relevancia iusfundamental de una controversia entre particulares es directamente proporcional al grado de asimetría de los sujetos involucrados y a la importancia constitucional de los bienes, derechos, pretensiones, expectativas o intereses que se encuentran en juego en la relación de la que se trate”. Se recuerda que los ciudadanos cuando acuden al servicio brindado por las entidades aseguradoras, otorgan un voto de confianza consistente en que “(...) la aseguradora asuma su responsabilidad cuando ocurra el siniestro. Por ello, las razones por las cuales las entidades aseguradoras deciden no pagar las pólizas de seguro, deben contar con suficiente fundamento jurídico especialmente en aquellos eventos en que el pago de la póliza incida en el ejercicio y goce de los derechos fundamentales”.

La misma Sentencia dijo:

“La jurisprudencia constitucional ha establecido que frente a las personas en estado de vulneración o indefensión existe un deber constitucional en cabeza de entidades financieras y bursátiles, que les impone la necesidad de ser solidarios y considerar la condición apremiante que puede estar afrontando el tomador, pues su desatención podría generar una afectación a los derechos fundamentales de la persona y provocar el acaecimiento de un perjuicio irremediable.”

“ENTIDAD ASEGURADORA-Deber de solidaridad frente a las personas en estado de vulneración o indefensión. La jurisprudencia constitucional ha establecido que frente a las personas en estado de vulneración o indefensión existe un deber constitucional en cabeza de entidades financieras y bursátiles, que les impone la necesidad de ser solidarios y considerar la condición apremiante que puede estar afrontando el tomador, pues su desatención podría generar una afectación a los derechos fundamentales de la persona y provocar el acaecimiento de un perjuicio irremediable.

En Sentencia T-003 de 2020 la corte dijo:

“ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS-Procedencia por afectación de derechos fundamentales. Esta Corporación ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, cuando, por ejemplo, (i) se verifica una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no tienen ningún tipo de ingreso; o (ii) también en el supuesto en que, a pesar de la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado para hacer efectiva la póliza, el incumplimiento de las obligaciones contractuales que de la aseguradora, ocasiona que se inicie proceso ejecutivo en contra del reclamante.”

En este tema la jurisprudencia constitucional ha decantado los elementos que deben concurrir en el acaecimiento de un perjuicio irremediable así: *“(i) que se esté ante un perjuicio inminente o próximo a suceder, lo que exige un grado suficiente de certeza respecto de los hechos y la causa del daño; (ii) el perjuicio debe ser grave, esto es, que conlleve la afectación de un bien susceptible de determinación jurídica, altamente significativo para la persona; (iii) se requieran de medidas urgentes para superar el daño, las cuales deben ser adecuadas frente a la inminencia del perjuicio y, a su vez, deben considerar las circunstancias particulares del caso; y (iv) las medidas de protección deben ser impostergables, lo que significa que deben responder a condiciones de oportunidad y eficacia, que eviten la consumación del daño irreparable.”*

Establecido el cumplimiento de los requisitos de procedibilidad en la presente acción constitucional se estudiará el fondo del asunto objeto de reclamación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JURIDICO.

En la acción constitucional que hoy nos ocupa la atención, el problema jurídico se concreta en determinar si se conculcan o no al accionante sus derechos fundamentales invocados, una vez que la **COMPAÑIA SEGUROS DEL ESTADO S.A.** no le realiza el calificación de pérdida de capacidad laboral por las lesiones que sufrió en el accidente de tránsito padecido el 3 de junio de 2023 para acceder al reconocimiento de la indemnización pertinente a la que tenga derecho y el pago de honorarios a la JUNTA MEDICA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA solicitado desde el 8 de septiembre de 2023, negándolo bajo la reglamentación contenida en el art. 41 de la ley 100 de 1993 modificado por ar. 142 de la Ley 19 de 2012, negándose igualmente a asumir el pago de los honorarios a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, indicándole que el debe asumir esos costos, para obtener el dictamen que requiere para obtener la indemnización de que trata el Art. 14 del Decreto 056 de 2015.

Para resolver el problema jurídico planteado, debemos tener en cuenta especialmente lo dispuesto en el Decreto 2591 de 1991, Decreto 306 de 1992, los artículos 11, 48 y 49 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 y Decreto ley 019 de 2012, Decreto 056 de 2015, el Decreto Ley 633 de 1993 y así como también algunos de los precedentes jurisprudenciales que con relación al caso se han emitido.

Se encuentra definido por la jurisprudencia la naturaleza del contrato de seguros¹:

“El contrato de seguros es de naturaleza privada, depende de la voluntad de las partes. Su finalidad, reside en el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia. Este, se rige por los parámetros constitucionales anteriormente mencionados, especialmente, artículos 333 y 335 Superiores y, legalmente, su marco jurídico base se encuentra en el Título V del Libro IV del Código de Comercio. La Corte Suprema de Justicia lo ha definido como aquel en virtud del cual “una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta”.

Y son sus características y elementos esenciales: *“El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva: a. Consensual: se perfecciona y nace a la vida jurídica solo con el consentimiento de las partes. Es decir, desde que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador. b. Bilateral: la obligación contraída es recíproca. El tomador se compromete a pagar la prima y, en contraste, el asegurador debe asumir el riesgo y, en caso de ocurrir el siniestro, pagar la indemnización. c. Oneroso: el tomador se encuentra a cargo del gravamen consistente en el pago de la prima. La entidad aseguradora debe pagar la indemnización en caso de ocurrir el siniestro y conforme con las particularidades del contrato realizado. d. Aleatorio: la obligación de las partes, asegurador y asegurado, está sujeta a la eventual ocurrencia del siniestro. e. Ejecución sucesiva: las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, se desenvuelven continuamente hasta que culminan.”; “ El contrato de seguros se compone de cuatro “elementos esenciales”, en ausencia de cualquiera de los cuales no produce efecto alguno: (i) el interés asegurable, (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro; y (iv) la obligación condicional del asegurador.”*

¹ T-591/2017

Es principio que rige el contrato de seguros: “LA BUENA FE: El contrato de seguros es un contrato *uberrimae fidae*, es decir, la eficacia de sus efectos depende del acatamiento a la buena fe. En virtud de ello, este principio se lo ha relacionado con al menos dos preceptos jurisprudencialmente: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual; y (ii) la obligación del tomador o asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo

La Sentencia T-003-2020 sobre la REGULACION DE LA INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE EMANADA DE ACCIDENTE DE TRANSITO la Corte fijo algunas Reglas:

“De la regulación sobre el reconocimiento de la indemnización por incapacidad permanente a causa de accidentes de tránsito, pueden sintetizarse las siguientes reglas: (i) para acceder a la indemnización por incapacidad permanente amparada por el SOAT, es indispensable allegar el dictamen médico proferido por la autoridad competente; (ii) dentro de las autoridades competentes para determinar, en primera oportunidad, la pérdida de capacidad laboral, se encuentran las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte; (iii) dado que las empresas responsables del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito asumen, entre otros riesgos, el de incapacidad permanente, tienen también la carga legal de practicar, en primera oportunidad, el examen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez del asegurado, orientado a acceder a la indemnización por incapacidad permanente amparada por el SOAT”

Funciones de la Junta de Calificación de Invalidez frente a la figura de incapacidad permanente Las Juntas Regionales y Nacionales de Calificación de Invalidez son organismos del SGSSS del orden nacional y de creación legal. De conformidad con el artículo 2.2.5.1.4 del Decreto 1072 de 2015, “Las juntas regionales y nacional de calificación de invalidez son organismos del sistema de la seguridad social integral del orden nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio del Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro, de carácter interdisciplinario, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales, cuyas decisiones son de carácter obligatorio”.

De igual manera, los artículos 42 y 43 de la Ley 100 de 1993 establecen que, el fin primordial de las Juntas de Calificación de Invalidez es “la evaluación técnica científica del grado de pérdida de la capacidad laboral de los individuos que se sirven del sistema general de seguridad social”.

Frente a las funciones de las Juntas Regionales y Nacionales de Calificación de Invalidez, la sentencia C1002 de 2004, determinó:

“Las juntas de calificación de invalidez, tanto las regionales como la junta nacional, son organismos de creación legal, integrados por expertos en diferentes disciplinas, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social –hoy, Ministerio de la Protección Social- para calificar la invalidez en aquellos eventos en que la misma sea necesaria para el reconocimiento de una prestación. De conformidad con los artículos acusados, los miembros de las juntas de calificación de invalidez no son servidores públicos y reciben los honorarios por sus servicios de las entidades de previsión o seguridad social ante quienes actúan, o por la administradora a la que esté afiliado quien solicite sus servicios. Del contenido de la normativa legal se tiene que el fin de las juntas de calificación de invalidez es la evaluación técnica científica del grado de pérdida de la capacidad laboral de los individuos que se sirven del sistema general de seguridad social. El dictamen de las juntas de calificación es la pieza necesaria para la expedición del acto administrativo de reconocimiento o denegación de la pensión, propiamente dicho.”

Frente a las obligaciones que se le atañen a las Juntas Regionales y Nacionales, el Decreto 1075 establece que, mientras las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez tienen como función primordial emitir en primera instancia, la decisión respecto del origen y la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional y su fecha de estructuración, así como la revisión de la pérdida de capacidad laboral y el estado de invalidez, la Junta Nacional de Calificación de Invalidez tendrá la responsabilidad de decidir en segunda instancia, sobre el recurso de apelación contra los dictámenes de las Juntas Regionales.

De conformidad con lo anterior, se tiene que el dictamen emitido por la Junta de Calificación Regional de Invalidez es obligatorio para impulsar el trámite de reconocimiento de indemnización por incapacidad permanente de conformidad con el SOAT. Frente a esto, la Corte Constitucional, en la sentencia C-1002 de 2004 manifestó que:

“El dictamen de las Juntas de Calificación de Invalidez, es la pieza necesaria para la expedición del acto administrativo de reconocimiento o denegación de la indemnización (...) puesto que constituye el fundamento jurídico autorizado, de carácter técnico científico, para proceder con el reconocimiento de las prestaciones sociales cuya base en derecho es la pérdida de la capacidad laboral de los usuarios del sistema de seguridad social (...). Estos dictámenes deben contener decisiones expresas y claras sobre el origen, fecha de estructuración y calificación porcentual de pérdida de la capacidad laboral

En esta misma providencia, la Corte concluyó que la autoridad idónea para calificar la incapacidad es la Junta Regional de Calificación de Invalidez y que si las entidades de previsión social, las administradoras de pensiones o las compañías de seguros, incumplen con la obligación de solicitar a la Junta Regional la calificación de pérdida de capacidad laboral, se estarían vulnerando los derechos de ésta persona a la seguridad social y al debido proceso, “en la medida en que no le permite conocer su situación y el concepto médico sobre la misma, siendo éste necesario para realizar las diligencias relativas al reconocimiento de las prestaciones económicas contempladas en el Sistema General de Seguridad Social.

En referencia a esto, la sentencia T-045 de 2013 determino que:

“las Juntas de Calificación de Invalidez, tienen derecho a recibir el pago de sus honorarios; sin embargo, va en contra del derecho fundamental a la seguridad social exigir a los usuarios asumir el costo de los mismos como

condición para acceder al servicio, pues son las entidades del sistema, ya sea la entidad promotora de salud a la que se encuentre afiliado el solicitante, el fondo de pensiones, la administradora o aseguradora, la que debe asumir el costo que genere este trámite, para garantizar de manera eficiente el servicio requerido.”

De conformidad con lo anterior, este Tribunal Constitucional ha reiterado que el examen de pérdida de capacidad laboral y la prestación del mismo, no puede estar condicionado a un pago, toda vez que elude la responsabilidad y obligatoriedad de la seguridad social como servicio público y promueve la ineficiencia y la falta de solidaridad de las entidades de seguridad social, a la vez que convierte en ilusorio el principio de universalidad.

Señala el Decreto Ley 059 de 2015 en su artículo 15: *“Artículo 15. Término para presentar la reclamación. La solicitud de indemnización por incapacidad permanente deberá presentarse en el siguiente término:*

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha en la que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral; b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. En cualquiera de los dos casos, siempre y cuando entre la fecha de ocurrencia del evento y la solicitud de calificación de la invalidez no haya pasado más de dieciocho (18) meses calendario.”

Y la misma norma en su artículo 27 consagra:

“Artículo 27. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad permanente. Para radicar la solicitud de indemnización por incapacidad permanente ocasionada por un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado, la víctima o a quien este haya autorizado, deberá radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o su apoderado, según corresponda, los siguientes documentos:

- 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado.*
- 2. Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del Decreto-ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.*
- 3. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito.*
- 4. Epicrisis o resumen clínico de atención expedido por el Prestador de Servicios de Salud y certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas.*
- 5. Cuando la reclamación se presente ante el Fosyga, declaración por parte de la víctima en la que indique que no se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales y que no ha recibido pensión de invalidez o indemnización sustitutiva de la misma por parte del Sistema General de Pensiones.*
- 6. Sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.*
- 7. Copia del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.*
- 8. Poder en original mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad.”*

El decreto Ley 019 de 2012 artículo 142 consagra: *“Calificación del estado de invalidez. El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:*

La calificación se realizará con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, vigente a la fecha de calificación, que deberá contener los criterios técnicos-científicos de evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral porcentual por sistemas ante una deficiencia, discapacidad y minusvalía que hayan generado secuelas como consecuencia de una enfermedad o accidente.”

La ley 1562 de 2012 en su ARTÍCULO 18 consagra:

“Sin perjuicio de lo establecido en este artículo, respecto de la calificación en primera oportunidad, corresponde a las Juntas Regionales calificar en primera instancia la pérdida de capacidad laboral, el estado de invalidez y determinar su origen. A la Junta de Calificación Nacional compete la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las Juntas Regionales. La calificación se realizará con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, vigente a la fecha de calificación, que deberá contener los criterios técnicos-científicos de evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral porcentual por sistemas ante una deficiencia, discapacidad y minusvalía que hayan generado secuelas como consecuencia de una enfermedad o accidente.”

V. CASO CONCRETO.

En el caso bajo estudio, se reclama la protección al derecho a la seguridad social, debido proceso, mínimo vital, y que se ordene a la accionada **COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A.** practique en una primera oportunidad valoración para determinar la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias o en su defecto pague los honorarios a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA** para que esta entidad califique su pérdida de la capacidad laboral, y de este modo poder reclamar la indemnización por incapacidad permanente cubierta por el SOAT.

Mediante derecho de petición del 8 de septiembre de 2023, el señor MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE solicitó ante la **COMPAÑÍA ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO**, que asumiera el valor de los honorarios de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, debido a que él no contaba con los recursos económicos para poder cancelar dichos honorarios. Por su parte, la Compañía Aseguradora Seguros, remite respuesta a su petición de forma negativa, aduciendo que la normatividad del SOAT no establece a favor de las compañías de seguros generales la obligación de cancelar los honorarios de la Junta de Calificación de invalidez; y que corresponde al afectado, obtener a través de la EPS, su valoración y con ello formalizar ante la Aseguradora la reclamación por Incapacidad

Ante la negativa, el accionante interpone acción de tutela e invoca la protección a sus derechos fundamentales, manifestando que cuenta con un trabajo, pero solo percibe un salario mínimo mensual, lo cual solo le alcanza para sus gastos diarios, por lo que se le hace imposible acceder por sus propios medios a la Junta Regional por el alto costo que tienen los honorarios.

La accionada **COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A** en su respuesta a la acción constitucional señala que el pago que el accionante está solicitando, con el propósito de acceder al amparo por incapacidad permanente, se encuentra regulado por el Decreto 056 de 2015, el cual establece que uno de los documentos que se requiere es el dictamen de pérdida de capacidad laboral. Sin embargo, afirma que el Decreto en ningún momento menciona que el pago de este dictamen deba ser realizado por la compañía de seguros y que por el contrario, se hace una remisión a las normas del Código de Comercio.

Explicó que las entidades encargadas de asumir el pago de los honorarios de la Junta de Calificación de Invalidez son aquellas entidades que integran el sistema general de seguridad social. Para el caso concreto, la compañía de Seguros del Estado no integra el sistema general de seguridad social, es decir, no es una EPS y la póliza del SOAT, no es una entidad aseguradora que asume los riesgos de invalidez y vida.

De acuerdo a jurisprudencia de las altas cortes y la normatividad vigente, el Sistema General de Seguridad Social previó la creación de un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (conocido como SOAT), para todos los vehículos automotores que se desplacen dentro del territorio nacional y que tiene como propósito, amparar la muerte o los daños corporales que se causen a las personas implicadas en tales eventos, ya sean peatones, pasajeros o conductores; este amparo contiene la indemnización por incapacidad permanente, la cual establece en el artículo 2.6.1.4.3.1 del Decreto 780 de 2016 que, para poder acceder a ella, se hace indispensable allegar el dictamen de pérdida de capacidad laboral, que a su vez, deberá ser expedido por la autoridad competente, que en este caso será la Junta de Calificación de Invalidez, autoridad que tiene la facultad de evaluar el porcentaje de incapacidad laboral de la persona y que tiene la potestad de emitir el certificado médico, una vez le sean cancelados sus honorarios. Por tanto, si uno de los requisitos para acceder a la indemnización permanente que se encuentra amparado por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es la presentación del dictamen que certifique su grado de invalidez, entonces la víctima del accidente de tránsito tiene el derecho a que le sea calificado su estado de capacidad laboral por las Juntas de Calificación de Invalidez, en primera y segunda instancia, de existir inconformidad con el resultado.

Se prueba en este asunto con la historia clínica aportada que el accionante, ingresa por accidente de tránsito con rodilla izquierda con marcha lenta y limitación de movilidad de la rodilla izquierda deformaciones óseas, y le diagnostican fractura de la epífisis superior de la tibia, y fractura de platillo tibial de la rodilla izquierda.

El actor anuncia falta de capacidad económica, situación no fue desvirtuada por la accionada, pues el solo hecho de que se encuentre afiliado al régimen contributivo no es razón suficiente para demostrar la capacidad económica, toda vez (i) se trata de una negación indefinida que invierte la carga de la prueba y (ii) se presume la buena fe del solicitante; quien presenta patologías derivadas del accidente de tránsito sufrido y requiere ser valorado para efectos de elevar la respectiva reclamación de indemnización si a ello hubiere lugar.

Así las cosas, se advierte que la accionada COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A ha vulnerado los derechos fundamentales a la seguridad social del accionante toda vez que la aseguradora se rehúsa a pagar los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez, por tanto, se accederá al amparo solicitado.

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO, EL JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE EJECUCIÓN DE SENTENCIAS DE SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY;

VI. RESUELVE:

PRIMERO. - TUTÉLANSE los derechos a la seguridad social de **MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1130591117, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. - ORDENAR a la **COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A** a través de Represente Legal que dentro de los **cinco (5) días** siguientes a la notificación de la presente providencia sufrague los honorarios fijados por la Junta Regional de Calificación de Invalidez competente, a fin de que proceda a evaluar inmediatamente al señor **MARVIN STEVEN CUESTA ANDRADE**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1130591117. En caso de que la decisión de primera instancia sea impugnada, los honorarios de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez también serán asumidos por Seguros del Estado.

TERCERO. NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes en la forma y términos previstas en el artículo 30 del decreto 2591 de 1991.

CUARTO. REMÍTASE el presente expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, dentro del término consagrado en el inciso 2° del artículo 31 del Decreto 2591 de 1991, en caso de no ser impugnado este fallo.

QUINTO. Una vez agotado el trámite y regrese el expediente de revisión Constitucional excluido de revisión procédase a su **ARCHIVO**.

NOTIFÍQUESE. -


GLORIA EDITH ORTIZ PINZÓN
Juez