



Radicado: **080014053001202000443-01**
Proceso: **ACCION DE TUTELA (IMPUGNACION).**
Accionante: **CARMEN MARINA HERRERA MARTINEZ.**
Accionado: **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA.**
Vinculados **CLINICA LA VICTORIA S.A. INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. COLPENSIONES. ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES (A.R.P.) Y E.P.S. MUTUAL SER.**

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL. Barranquilla, viernes veintinueve (29) de enero de dos mil veintiuno (2.021).

Procede el Despacho a resolver la IMPUGNACIÓN del fallo de fecha Diciembre 09 de 2020 proferido por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL ORAL DE BARRANQUILLA dentro de la ACCION DE TUTELA radicada bajo el No. 080014053001202000443-01 instaurada en nombre propio por la señora CARMEN MARINA HERRERA MARTINEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1143'114.082 DE BARRANQUILLA contra MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA, a través de su Representante Legal o quien haga sus veces, por la presunta violación de sus derechos constitucionales fundamentales a la IGUALDAD, a la SALUD, a la SEGURIDAD SOCIAL y al DEBIDO PROCESO, vulnerados por la accionada.

ACTUACIÓN PROCESAL

La señora CARMEN MARINA HERRERA MARTINEZ, en nombre propio instauró ACCIÓN DE TUTELA contra MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA, la cual correspondió por reparto al JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL ORAL DE BARRANQUILLA, quien una vez radicada, la admitió por auto del 26 de Noviembre de 2020, ordenando vincular al trámite a la CLINICA LA VICTORIA S.A., al INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES, a COLPENSIONES, a la ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES (A.R.P.) y a E.P.S. MUTUAL SER., los cuales una vez notificados, procedió a resolver de fondo la misma mediante providencia del 09 de Diciembre de 2020, concediendo las pretensiones, la que fue impugnada por la accionada, siendo esa la razón por la que el A-quo la remitió a la Oficina de Apoyo Judicial para el reparto ante los Jueces Civiles del Circuito, correspondiéndole su estudio en segunda instancia a éste Despacho donde se recibió, radicó y admitió mediante auto del 15 de Diciembre hogaño.

HECHOS QUE MOTIVARON LA ACCION

Los supuestos sustentatorios del presente accionar se resumen así:

“... **1.** Fui víctima de Accidente de Tránsito, ocurrido el 15 de junio de 2020 y sufrí la siguiente lesión: FRACTURA DESPLAZADA DE ESPINA TIBIAL ANTERIOR IZQUIERDO Y QUEMADURAS POR FRICCIÓN GRADO II EN RODILLA IZQUIERDA Y PIE DERECHO estas fracturas me ocasionan dolor, limitación del movimiento e inestabilidad en mi pierna izquierda y dificulta en mis tareas cotidianas (anexo historia clínica). **2.** El vehículo de placas, GUH63F en el que me movilizaba como pasajera al momento del siniestro, estaba amparado por la póliza de seguro de daños corporales (SOAT) No. 1014119002110 contratada con MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. **3.** A raíz de las lesiones que sufrí en mi humanidad, tuve que ser remitida de carácter urgente a la CLÍNICA LA VICTORIA S.A. donde fui atendida, hospitalizada y me realizaron las cirugías pertinentes para reestablecer mi estado de salud. **4.** Teniendo en cuenta las lesiones que sufrí, es importante señalar, que soy beneficiaria de la indemnización por el amparo de INCAPACIDAD PERMANENTE contenido en los Seguros Obligatorios de daños corporales causados a las personas en Accidentes de Tránsito – SOAT. (Si alguna de las víctimas llegara a presentar, a causa del accidente, una incapacidad permanente, el SOAT brinda cobertura hasta de 180 SMLDV), teniendo en cuenta lo antes mencionado, se puede deducir que, al momento de la ocurrencia del siniestro, MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. asumía EL RIESGO DE INVALIDEZ descrito en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012. **5.** Para solicitar la indemnización por INCAPACIDAD PERMANENTE, MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. requiere los siguientes documentos: ☐ FURPEN: Formulario Único de Reclamación. ☐ 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. ☐ Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda. **6.** De los documentos solicitados por la compañía aseguradora, el que se me hace imposibles conseguir. Es el DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.

Hay que resaltar que las entidades encargadas de expedir esta calificación en primera instancia según el artículo 41 de la ley 100 de 1992 modificado por el artículo 142 del Decreto 19 de 2012 son: ☐ Accidente o enfermedad de origen común: empresa prestadora de salud –EPS–. ☐ Accidente o enfermedad de origen laboral: administradora de riesgos laborales –ARL–. ☐ Accidente de tránsito: LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS QUE ASUMAN EL RIESGO DE INVALIDEZ Y MUERTE (1). (Póliza Soat). 7. El día 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020, presente derecho de petición ante MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. para que me realizara el examen de pérdida de capacidad laboral o en su defecto asumir el pago de los honorarios que requiere la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO. 8. En respuesta de la solicitud, la entidad requerida, en oficio del 02 de octubre (notificado por correo electrónico el 02 de octubre) negó las pretensiones que presente, Omitiendo lo estipulado por la jurisprudencia colombiana, la cual expone el siguiente argumento: “si la respuesta es negativa por parte de la entidad aseguradora; vulneraría el derecho fundamental a la seguridad social, pues al no ser valorada la pérdida de capacidad laboral de la accionante, hay una restricción al acceso a la seguridad social y por ende, al goce efectivo de este derecho.” 9. Su señoría teniendo en cuenta que la compañía aseguradora SE NEGÓ a realizarme el DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL y que además tampoco accedió a pagar los honorarios a la junta regional de calificación de invalidez del atlántico, la única opción que me queda sería pagar de mi bolsillo la suma de 1 SMMLV es decir \$877.803 pesos, por concepto de honorarios a la junta regional de calificación de invalidez, para que me puedan realizar la calificación de mi pérdida de la capacidad laboral. 10. señor juez, teniendo en cuenta lo anterior, quiero manifestarle bajo la gravedad de juramento, que soy ama de casa y lastimosamente la economía de mi hogar ha sido considerablemente afectada por la emergencia sanitaria producto de la pandemia del COVID-19 lo que me dificulta aún más la subsistencia económica de mi hogar, además, le manifiesto que a raíz del accidente en el que me vi afectada, no he podido obtener suficientes recursos económicos para suplir mis necesidades básicas. No cuento con ingresos económicos adicionales, estoy supeditada a la ayuda de terceros para asegurar mi subsistencia y la de mi núcleo familiar. Por tales motivos, en este momento, no cuento con el dinero que me permita pagar los honorarios correspondientes para que la junta regional de calificación de invalidez del atlántico, pueda calificarme y emitir dictamen de mi pérdida de capacidad laboral. 11. Su señoría, además de lo anterior, quiero que tenga a consideración que mi economía actual está en crisis. Esto me afecta a mí, y por consiguiente a todo mi núcleo familiar el cual se compone por mis hijos: DANIEL JOSE HERRERA MARTINEZ, MELKIN JESUS HERRERA MARTINEZ, CARMEN NICOL HERRERA MARTINEZ, NEISY ALEJANDRA HERRERA MARTINEZ, siendo estos menores de edad, los cuales viven conmigo y dependen directamente de los ingresos o cualquier ayuda que en estos momentos reciba mi hogar. En conclusión, se me hace muy difícil pagarle 1 SMMLV a la junta regional de calificación de invalidez del atlántico, sin que se vea afectado MI DERECHO AL MÍNIMO VITAL. 12. También se puede verificar mis bajos ingresos económicos con el certificado del puntaje de calificación obtenido del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales –SISBÉN–, tomado de la página web www.sisben.gov.co, tengo un puntaje de 9,95 (anexo).”

PRUEBAS

Con el memorial de demanda de tutela el accionante aportó las siguientes pruebas:

1. Fotocopia del FURIPS.
2. Fotocopia de mi cedula.
3. Fotocopia de historia clínica.
4. Copia del derecho de petición ante MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA
5. Copia de la respuesta de la solicitud, a la entidad requerida, en oficio del 02 de octubre de 2020, donde se negó la solicitud presentada por la Sra. CARMEN MARINA HERRERA MARTINEZ.
6. Copia de mi puntaje en la base de datos del Sisbén (9.95).
7. Fotocopia del adres.
8. Fotos de las lesiones que sufrí.

Por su parte la accionada contestó los hechos de la tutela, pero no aportó pruebas.

PRETENSIONES

Con el memorial de demanda el actor solicita al Juez de Tutela el amparo de sus Derechos Constitucionales Fundamentales a la a la IGUALDAD, a la SALUD, a la SEGURIDAD SOCIAL y al DEBIDO PROCESO y como consecuencia se conceda lo siguiente: “Con fundamento en los hechos antes narrados y en las consideraciones expuestas, respetuosamente solicito al señor Juez TUTELAR a mi favor los derechos fundamentales invocados, y por consiguiente le ORDENE a la entidad demandada, me practique en una primera oportunidad valoración para determinar mi pérdida de capacidad laboral y calificar 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 pague los honorarios a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ATLÁNTICO para que esta entidad califique mi perdida de la capacidad laboral, y de este modo poder reclamar la indemnización por INCAPACIDAD PERMANENTE cubierta por el SOAT, en el menor tiempo posible.”

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La accionada MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.S. (en adelante “Mapfre”), a través de la Representante Legal para asuntos Judiciales contestó los hechos de la tutela y manifestó:

“... Frente a la pretensión del accionante me opongo, como quiera que no hay que perder de vista el verdadero objeto del decreto 056 de 2015, por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento frente a eventos catastróficos y accidentes de tránsito. Así pues, que frente a la pretensión de la acción de tutela para obtener el pago de indemnización por incapacidad permanente a la víctima de un accidente de tránsito, cuando como consecuencia de tales acontecimientos se produzca en ella la pérdida de su capacidad para desempeñarse laboralmente, es importante resaltar que, la INCAPACIDAD PERMANENTE hace alusión a la disminución definitiva igual o superior al 1% que el paciente pueda presentar y hasta lo máximo estipulado en la tabla del decreto 056 de 2015 en el Artículo 14, lo cual no siempre obedece a que sea declarado invalido en virtud de la Ley 100 de 1993. Así mismo, es importante resaltar el Artículo 27 de dicho decreto el cual preceptúa: (...) “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. (subrayado fuera del texto). 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.” (...). En ese orden de ideas, las Compañía aseguradoras que expiden el SOAT, no está obligadas con la carga de la prueba a fin de determinar la calificación de la pérdida de la capacidad laboral del accionante, por lo tanto, no se le puede endilgar a reconocer un pago que no está ni legal, ni reglamentariamente estipulado IMPROCEDENCIA DE LA SOLICITUD POR NO ACREDITAR EL AGOTAMIENTO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL – MÉDICO TRATANTE NO HA REQUERIDO LA CALIFICACIÓN DE PCL. No existe vulneración por parte de esta aseguradora, puesto que no existe concepto de los médicos tratantes que indiquen y/o justifiquen la necesidad de efectuar directamente o pagar a la junta de calificación los honorarios correspondientes para adelantar el trámite de calificación de PCL solicitado por el actor, lo cual significa que no tendría por qué ampararse un presunto derecho que no está debidamente acreditado. Si bien es cierto que la jurisprudencia constitucional analizada por el accionante impone que la calificación de la pérdida de capacidad laboral es un derecho que tiene toda persona y que permite determinar a qué tipo de prestaciones tiene derecho el afectado por una enfermedad o accidente independientemente de su origen común o laboral, también es cierto que la pérdida de capacidad laboral será determinada, únicamente cuando haya finalizado el proceso de rehabilitación integral, acorde con los parámetros establecidos por la Corte Constitucional en Sentencia T–876 de 2013, sin embargo, las pruebas aportadas en la tutela resultan insuficientes para acreditar que el tratamiento de rehabilitación requerido por el actor, después del accidente de tránsito ocurrido el 20 de ABRIL de 2019 en el que se vio involucrado el vehículo de placas EJP112 amparado por la póliza de seguro obligatorio de daños corporales a las personas en accidentes de tránsito – SOAT-, haya concluido. Así las cosas, en este escenario resulta improcedente el resguardo constitucional requerido, por cuanto no se evidencia que exista un concepto médico que indique que el proceso de

rehabilitación suministrado al accionante haya concluido a efectos de determinar la pertinencia de la calificación de PCL solicitada. Aunado a lo anterior, tampoco se evidencian conceptos médicos actualizados y emitidos por profesionales y/o entidades que indiquen la imposibilidad de continuar con el tratamiento de las patologías padecidas por el actor como consecuencia del referido siniestro. Aunado a lo anterior, cuando el accionante manifiesta que no cuente con trabajo ni con EPS no es objeto de cobertura del seguro SOAT, pues él cuenta con el régimen subsidiado de que no ha demostrado haber realizado alguna solicitud de afiliación, lo que permite inferir que no ha agotado esa instancia. - COBERTURAS DEL SOAT: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., entiende la importancia que representa su papel dentro del sistema de Seguridad Social en Salud al momento de atender las diferentes reclamaciones derivadas de las coberturas amparadas por el SOAT, provenientes de quien se considere beneficiario o legitimado para reclamar, de ninguna forma ha negado u obstaculizado al accionante su presunto derecho de obtener la indemnización por incapacidad permanente, máxime cuando es el mismo el Decreto 056 de 2015, por el cual se establecen las reglas para el reconocimiento y pago de indemnizaciones derivados de accidente de tránsito a cargo del SOAT. El SOAT fue creado por la Ley 33 de 1986, para el aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito de acuerdo con lo establecido en el Artículo 167 de la Ley 100 de 1993, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero - EOSF- y el Decreto 056 de 2015, normas en las que se señalan los documentos necesarios para la reclamación, los beneficiarios y las coberturas máximas autorizadas; así mismo, por tratarse de un seguro reglado, en el SOAT, no cabe la contratación de coberturas diferentes a las normativamente contempladas, es decir que los amparos y coberturas a cargo del SOAT por disposición legal, son taxativas y por lo tanto a través de esta póliza no se pueden obtener pagos indemnizatorios diferentes a los allí contemplados, más aun cuando de hacerlo se estaría generando un desequilibrio respecto de las primas pagadas por el seguro contratado y lo pretendido que no es objeto de cobertura. Ahora bien, el artículo 1077 del Código de Comercio, señala que: “Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso”, lo que, en el tema bajo análisis, permite a aseverar, por la concordancia que se halla en el Artículo 36 del Decreto 056 de 2015, que la persona que se considere beneficiaria de los amparos del SOAT deberá acreditar su calidad de beneficiario, la ocurrencia del hecho y la cuantía de la indemnización solicitada. FINANCIACIÓN DEL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: Son los Decretos 2463 de 2001 y 1352 de 2013, el marco normativo en el que se ha dispuesto la reglamentación, financiación y funcionamiento de los organismos competentes para dictaminar la Calificación de Pérdida de Capacidad laboral, en el cual se ha señalado el manejo administrativo relacionado de los Honorarios de sus miembros: “ARTICULO 4.- Naturaleza de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez. 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.” (...). Subsecuentemente, al referirse al manejo administrativo relacionado con Honorarios se señaló: “ARTICULO 6. PARAGRAFO 2º-El costo de los honorarios que se debe sufragar a las juntas de calificación de invalidez, será asumido por la última entidad administradora de riesgos profesionales o fondo de pensiones al cual se encuentre o se encontraba afiliado el trabajador y podrá repetir el costo de los mismos contra la persona o entidad que resulte responsable del pago de la prestación correspondiente, de conformidad con el concepto emitido por las juntas de calificación de invalidez”. “ARTÍCULO 20. HONORARIOS. Las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez recibirán de manera anticipada por la solicitud de dictamen, sin importar el número de patologías que se presenten y deban ser evaluadas, el equivalente a un (1) salario mínimo mensual legal vigente de conformidad con el salario mínimo establecido para el año en que se radique la solicitud, el cual deberá ser cancelado por el solicitante. El incumplimiento en el pago anticipado de honorarios a las Juntas de Calificación de Invalidez por parte de las entidades Administradoras de Riesgos Laborales y empleadores, será sancionado por las Direcciones Territoriales del Ministerio del Trabajo. El no pago por parte de las demás entidades será sancionado por la autoridad competente. Cuando la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúe como perito por solicitud de las entidades financieras, compañías de seguros, estas serán quienes deben asumir los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez. En caso que la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúe como perito, por solicitud de autoridad judicial, los honorarios deberán ser cancelados por quien decreta dicha autoridad. En el evento que el pago no se realice oportunamente, la Junta Regional de Calificación de Invalidez informará de tal hecho al juez quien procederá a requerir al responsable del pago, sin que sea posible suspender el trámite de dictamen. En los casos en que la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúe como perito en los términos previstos en el Código de Procedimiento Penal, su gestión no generará honorario alguno. Cuando las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actúen como segunda instancia en los casos de los educadores y servidores públicos de Ecopetrol, serán el Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio o Empresa Colombiana de Petróleos, quienes asumirán los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez. Si la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúa como perito por solicitud del inspector de trabajo del Ministerio del Trabajo, los honorarios serán asumidos por parte del empleador. Cuando el pago de los honorarios de las Juntas Regional y/o Nacional de calificación de invalidez hubiere sido asumido por el interesado, tendrá derecho al respectivo reembolso por parte de la entidad que conforme al resultado del dictamen le corresponda asumir las prestaciones ya sea

la Administradora de Riesgos Laborales, o Administradora del Sistema General de Pensiones, en caso que el resultado de la controversia radicada por dicha persona, sea a favor de lo que estaba solicitando, en caso contrario, no procede el respectivo reembolso. El reembolso se realizará a la Administradora de Riesgos Laborales, o la Administradora del Sistema General de Pensiones, sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar. Las Juntas de Calificación de invalidez percibirán los recursos de manera anticipada, pero el pago de los honorarios a sus integrantes solo será cancelado hasta que el respectivo dictamen haya sido emitido y notificado recursos que deben ser diferenciados y plenamente identificables en la contabilidad, la cual estará certificada por el revisor fiscal de la respectiva Junta. A los integrantes de las Juntas de Calificación de Invalidez les está prohibido exigir cualquier otro tipo de remuneración por los dictámenes proferidos, así como recibir directamente el pago de los honorarios, so pena de incurrir en sanciones conforme lo establece el Código Disciplinario Único, contenido en la Ley 734 de 2002. Los honorarios de las juntas corresponderán a un (1) salario mínimo mensual legal vigente por cada dictamen solicitado, sin importar el número de patologías que se presenten y deban ser evaluadas, del cual un porcentaje será para el pago de honorarios de los integrantes de las Juntas y otro porcentaje a la administración de la Junta.” Por lo que en ningún caso obliga a las aseguradoras que expiden SOAT a cancelar o reembolsar dichos honorarios, en el sentido que las mismas no asumen el riesgo de invalidez y en este punto es importante reiterar las diferencias de la incapacidad permanente y la invalidez. **RESPONSABLE DEL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.** Cabe resaltar que la calificación del estado de invalidez en primera oportunidad le corresponde al Instituto de Seguros Sociales, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias... (.).4 más no a la Compañía Aseguradora del SOAT, toda vez que el ordenamiento jurídico vigente no le exige a esta que conforme un grupo interdisciplinario a efectos de calificar a los interesados en afectar una póliza en el amparo de incapacidad permanente. Por su parte, el Artículo 30 del Decreto en comento, incluye dentro de los requisitos mínimos que debe contener el expediente para solicitar la calificación, entre otros, la Certificación o constancia del estado de rehabilitación integral o de su culminación o la no procedencia de la misma antes de los quinientos cuarenta (540) días de presentado u ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad. Como puede observarse, quien se considere víctima o beneficiario de los amparos del SOAT, deberá acreditar tal calidad, así como la ocurrencia del hecho y la cuantía de su reclamación y para el caso en particular, deberá aportar el dictamen expedido por las entidades autorizadas para calificar en primera oportunidad su Pérdida de Capacidad Laboral; no obstante, la víctima de accidente de tránsito también podrá acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez competente, caso en el cual, le corresponderá cumplir con los requisitos previos exigidos por la normatividad vigente para este fin y asumir el pago que derive la obtención de este medio probatorio. **LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA:** Respecto de la legitimación en la causa por pasiva, es deber del juez integrarla de oficio cuando el accionante no ha demandado a todas las personas o entidades que tengan interés en el proceso o puedan llegar a tener responsabilidad en la amenaza o vulneración de los derechos fundamentales invocados.” Dado que esta situación pueden presentarse, como sucede en el presente caso, según lo observado por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 312 del 29 de noviembre de 2001, dentro del expediente T-492031, Magistrado Ponente Jaime Araujo Rentería: “el juez constitucional, como experto jurídico, debe sanear dichas falencias o inexactitudes en aras de proteger los derechos expuestos, subsanando tales inconvenientes, labor que puede cumplir a cabalidad gracias a las herramientas jurídicas de que dispone, permitiendo así que el proceso cumpla sus fines jurídicos, es decir, garantizar la protección constitucional de los derechos fundamentales afectados.(...)”. (Se resalta). Lo anterior, teniendo en cuenta que el Juez de Instancia, debe vincular a este trámite a la Empresa Promotora de Salud EPS y a las Administradoras de Riesgos Laborales o de Fondos de Pensiones a las que se encuentre afiliado el afectado, entidades que resultan legitimadas en la causa por pasiva y sobre las cuales recaen obligaciones por las que estarían llamadas a responder en el presente caso, que no ha sido aportado un medio de prueba idóneo con el que se demuestre la imposibilidad económica por parte del accionante para atender la obligación de probar la cuantía de la indemnización solicitada y que la persona a calificar no ha suplido los requisitos previos señalados por las normas vigentes para acudir directamente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez. **SOLICITUD.** Respetuosamente solicitamos: Negar por IMPROCEDENTE esta acción de tutela, por cuanto: 1. No estamos quebrantando ningún Derecho IUS Fundamental. 2. Esta litis compete a la jurisdicción ordinaria por su carácter estrictamente económico. 3. La acción de tutela es un mecanismo residual, subsidiario y exclusivo para el amparo de derechos fundamentales, que cuando por su informalidad la adopta el accionante como medio alterno a los mecanismos ordinarios de defensa, se convierte en factor de congestión judicial cuya práctica resulta a todas luces censurable, aún más, cuando no se allegan a su trámite medios de prueba indispensables para establecer los hechos. 4. El accionante no acredita haber culminado su proceso de rehabilitación integral y agotado el trámite ante la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado, hecho que le impide acudir directamente a la Junta de Calificación.”

Las vinculadas no comparecieron al trámite.

FALLO DE PRIMERA INSTANCIA

El Juez Constitucional de primera instancia en el fallo impugnado de fecha diciembre 09 de 2020 decidió CONCEDER el amparo invocado por el accionante y en sus apartes manifiesta que:

“... A partir de la situación fáctica y jurídica expuesta es claro que lo pretendido por la accionante consiste en que se realice la evaluación de su pérdida de la capacidad laboral, pues no cuenta con los recursos económicos suficientes para cancelar los honorarios de la Junta Regional de Calificación de Invalidez y que estos deben ser asumidos por la accionada quien expidió la póliza del SOAT. Teniendo en cuenta lo anterior le corresponde a este despacho judicial determinar si a la peticionaria se le violó los derechos fundamentales invocados por la no realización de la calificación de la pérdida de la capacidad laboral. El artículo 17 de la Ley 1562 de 2012, estableció que el pago de los honorarios de las juntas de calificación de invalidez está a cargo de las entidades administradoras de los fondos de Pensiones o de las Administradoras de Riesgos Laborales. No obstante, el artículo 50 del Decreto 2463 de 2001 establece que el aspirante a ser beneficiario también puede asumir el valor de los honorarios, con la salvedad que estos podrían ser reembolsados si la Junta de Calificación de Invalidez dictamina la pérdida de la capacidad laboral. Ha reiterado la Corte Constitucional que, imputar tal pago al aspirante beneficiario (aunque se pueda solicitar su reembolso), en algunas oportunidades resulta desproporcional, pues si bien agiliza el procedimiento antes las Juntas de Calificación para quienes cuentan con recursos económicos, restringe el acceso a la seguridad social de las personas que carecen de los mismos, como la ciudadana CARMEN HERRERA quien no puede solventar los honorarios requeridos para la valoración. Al respecto la Corte Constitucional en Sentencia C-164 DE 2000, al pronunciarse sobre quién debe asumir los costos relativos a la verificación de una eventual incapacidad laboral, indico que la persona que requiere ser valorada por la Junta de Calificación de Invalidez no debe asumir el costo de este, pues restringe el acceso a la seguridad social, para aquellos que no cuentan con los medios económicos para solventar el costo. Es importante advertir que además de lo anterior, al poner en cabeza del solicitante el costo del servicio, no se atiende al principio de solidaridad del derecho a la seguridad social, de acuerdo con el artículo 2° de la Ley 100 de 1993, que dispone que “Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil”. Esto quiere decir, que aquel que se encuentre en una mejor condición que otro, debe desplegar las conductas necesarias encaminadas a garantizar el acceso al sistema de las personas cuyos recursos son insuficientes. En consecuencia, para el caso que nos ocupa la compañía aseguradora MAPFRE, es quien cuenta con la capacidad económica, asumir el costo de los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez, en el caso de ser impugnada la decisión adoptada por ellos en una primera oportunidad. En otra decisión, ha sostenido: En virtud de lo anterior, esta Sala reiterara la Sentencia T-045 de 2013, la cual estableció que exigir los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez a los usuarios vulnera su derecho a la seguridad social, pues son las entidades del sistema, como las aseguradoras, las que deben asumir el costo que genere ese trámite, ya que de lo contrario se denegaría el acceso a la seguridad social de aquellas personas que no cuentan con recursos económicos.” En conclusión en el presente caso se evidencia la vulneración por parte de la entidad accionada de no sufragar los honorarios profesionales de los médicos de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Atlántico, para la evaluación de la pérdida de la capacidad laboral, por ello se concederá la protección a los derechos vulnerados a la accionante CARMEN HERRERA, para que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas, contados a partir del recibo de la notificación de la presente providencia, sufrague los costos de los honorarios profesionales de los médicos de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Atlántico, con el fin le realice el respectivo dictamen de la pérdida de la capacidad laboral.”

FUNDAMENTO DE LA IMPUGNACION

La accionada MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.S. (en adelante “Mapfre”), a través de la Representante Legal para asuntos Judiciales impugnó el fallo en estudio, argumentando entre otras cosas que:

“... Decisión con la que NO estamos de acuerdo, toda vez que no se tuvo en cuenta que el SOAT no tiene creado este rubro que no está ni legal ni reglamentariamente estipulado y que es con cargo al propio patrimonio de Mapfre que se debe cargar dicha prestación cuando existen los entes encargados de atender lo propio, no estamos de acuerdo con lo fallado frente a lo que a continuación se expone: COBERTURAS DEL SOAT: MAPFRE, entiende la importancia que representa su papel dentro del sistema de Seguridad Social en Salud al momento de atender las diferentes reclamaciones derivadas de las coberturas amparadas por el SOAT, provenientes de quien se considere beneficiario o legitimado para reclamar, de ninguna forma ha negado u obstaculizado al accionante su presunto derecho de obtener la indemnización por incapacidad permanente, máxime cuando es el mismo el Decreto 056 de 2015, por el cual se establecen las reglas para el reconocimiento y pago de indemnizaciones derivados de accidente de tránsito a cargo del SOAT, determino como documentos exigidos para su eventual reconocimiento: Para los efectos no se tuvo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 27 del Decreto 056 de 2015 que preceptúa: (...) “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. (Subrayado fuera del texto). 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 SOAT fue creado por la Ley 33 de 1986, para el aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito de acuerdo con lo establecido en el Artículo 167 de la Ley 100 de 1993, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -EOSF- y el Decreto 056 de 2015, normas en las que se señalan los documentos necesarios para la reclamación, los beneficiarios y las coberturas máximas autorizadas; así mismo, por tratarse de un seguro reglado, en el SOAT, no cabe la contratación de coberturas diferentes a las normativamente contempladas, es decir que los amparos y coberturas a cargo del SOAT por disposición legal, son taxativas y por lo tanto a través de esta póliza no se pueden obtener pagos indemnizatorios diferentes a los allí contemplados. Ahora bien, el artículo 1077 del Código de Comercio, señala que: “Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso”, lo que, en el tema bajo análisis, permite aseverar, por la concordancia que se halla en el Artículo 36 del Decreto 056 de 2015, que la persona que se considere beneficiaria de los amparos del SOAT deberá acreditar su calidad de beneficiario, la ocurrencia del hecho y la cuantía de la indemnización solicitada. FINANCIACIÓN DEL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: Son los Decretos 2463 de 2001 y 1352 de 2013, el marco normativo en el que se ha dispuesto la reglamentación, financiación y funcionamiento de los organismos competentes para dictaminar la Calificación de Pérdida de Capacidad laboral, en el cual se ha señalado el manejo administrativo relacionado de los Honorarios de sus miembros: “ARTICULO 4.- Naturaleza de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez. 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. RESPONSABLE DEL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: Cabe resaltar que la calificación del estado de invalidez en primera oportunidad le corresponde al Instituto de Seguros Sociales, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias... (.)4 más no a la Compañía Aseguradora del SOAT, toda vez que el ordenamiento jurídico vigente no le exige a esta que conforme un grupo interdisciplinario a efectos de calificar a los interesados en afectar una póliza en el amparo de incapacidad permanente. Por su parte, el Artículo 30 del Decreto en comento, incluye dentro de los requisitos mínimos que debe contener el expediente para solicitar la calificación, entre otros, la Certificación o constancia del estado de rehabilitación integral o de su culminación o la no procedencia de la misma antes de los quinientos cuarenta (540) días de presentado u ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad. Como puede observarse, quien se considere víctima o beneficiario de los amparos del SOAT, deberá acreditar tal calidad, así como la ocurrencia del hecho y la cuantía de su reclamación y para el caso en particular, deberá aportar el dictamen expedido por las entidades autorizadas para calificar en primera oportunidad su Pérdida de Capacidad Laboral; no obstante, la víctima de accidente de tránsito también podrá acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez competente, caso en el cual, le corresponderá cumplir con los requisitos previos exigidos por la normatividad vigente para este fin y asumir el pago que derive la obtención de este medio probatorio. Así las cosas, retomando el primer presupuesto, queda claro que los conflictos en que accionante y accionado ventilen intereses puramente económicos y que su resolución este supeditada a la aplicación de la normatividad no constitucional del caso, no deben ser objeto de protección por parte del juez constitucional, puesto que resultan ajenas a la acción de tutela, es decir, bajo estas condiciones, la actividad jurisdiccional no estaría encaminada a la protección de derechos constitucionales fundamentales, presupuesto primigenio de esta acción, por lo que deben ser dirimidos mediante los mecanismos de defensa que disponen los asociados y conforme a las atribuciones y competencias legales ordinarias. SOLICITUD. Con base en lo anterior, respetuosamente le solicitamos al Señor Juez REVOCAR el fallo de tutela y en su lugar ordenar a la entidad de la Seguridad Social correspondiente reconozca el pago de honorarios a la Junta. Así mismo, de manera respetuosa le solicitamos al Señor Juez, de manera subsidiaria en caso de

confirmarse el fallo se ordene descontar el valor de los honorarios de la cobertura a pagar si llegare a pagarse la misma.”

PROBLEMA JURIDICO

Examinados los presupuestos fácticos y las pruebas obrantes en el informativo, surgen interrogantes así:

¿Es la acción de tutela un mecanismo procesal para desvirtuar las actuaciones de las autoridades administrativas en cumplimiento de las facultades que la constitución y la ley le otorgan?

¿Es la acción de tutela un mecanismo procesal para revivir etapas procesales consumadas u ordenar a los funcionarios el sentido de sus decisiones tomadas en ejercicio de las atribuciones que la constitución y la ley le otorgan?

¿Se encuentra en este proceso vulnerado los derechos fundamentales a la IGUALDAD, a la SALUD, a la SEGURIDAD SOCIAL y al DEBIDO PROCESO, de la accionante?

¿Existe otro medio de defensa judicial?

MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

Cuando se trata de controversias suscitadas frente a la administración, por la presunta vulneración a los derechos invocados por el accionante, la norma aplicable se consagra en el Artículo 29 de la Constitución Política y los fallos emanados de la Honorable Corte Constitucional en su ejercicio de definir el alcance y contenido de los derechos fundamentales.

C O N S I D E R A C I O N E S:

Conforme lo dispone el artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela es un mecanismo de defensa judicial para la protección inmediata de derechos constitucionales fundamentales cuando éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos que señale la ley. Por ello, quien vea amenazado o vulnerado un derecho constitucional fundamental podrá acudir ante los jueces, en todo momento y lugar, con el fin de obtener la orden para que aquél respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo.

En ese sentido, se puede observar la relevancia que tiene, para la realización de lo dispuesto por la Constitución, la labor del juez de tutela quien debe verificar la efectiva vulneración o amenaza del derecho fundamental de los accionantes, para luego establecer si existe o no otro medio de defensa judicial ante el cual pueda ventilarse el conflicto. Si no se dispone de dicho mecanismo procesal, deberá darse curso a la acción de tutela. Por el contrario, si existe una vía de defensa judicial, deberá considerarse, frente a las circunstancias del caso, su eficacia para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable, pues esta condición será la que lo faculte como juez constitucional para decidir de fondo en el asunto puesto a su conocimiento.

Al respecto, la Corte ha señalado que *“para los efectos de establecer cuando cabe y cuando no la instauración de una acción de tutela, el juez está obligado a examinar los hechos que ante él se exponen, así como las pretensiones del actor, para verificar sí, por sus características, el caso materia de estudio puede ser resuelto en relación con los derechos fundamentales posiblemente afectados o amenazados, y con la efectividad indispensable para su salvaguarda, por los procedimientos judiciales ordinarios, o sí a la inversa, la falta de respuesta eficiente de los medios respectivos, hace de la tutela la única posibilidad de alcanzar en el caso concreto los objetivos constitucionales”*.

LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En virtud de lo dispuesto en los artículos 1º numeral 12 y 5º numeral 13 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela procede contra toda acción u omisión en la que incurran las autoridades públicas, que atenten contra los derechos fundamentales de las personas.

DE LA TRASCENDENCIA IUSFUNDAMENTAL DEL ASUNTO

En cuanto a este presupuesto de procedibilidad, la Corte ha señalado que se cumple cuando se demuestra que el caso involucra algún debate jurídico que gira en torno al contenido, alcance y goce de cualquier derecho fundamental

SUBSIDIARIEDAD

La Jurisprudencia Constitucional ha establecido en virtud del artículo 86 de la Carta Política, que la acción de tutela es un medio judicial con carácter residual y subsidiario, que puede utilizarse frente a la vulneración o amenaza de derechos fundamentales cuando no exista otro medio idóneo de defensa de lo invocado, o existiéndolo, no resulte oportuno o se requiera acudir al amparo como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. La subsidiariedad implica agotar previamente los medios de defensa legalmente disponibles al efecto, pues la acción de tutela no puede desplazar los mecanismos judiciales previstos en la regulación ordinaria.

INMEDIATEZ

La jurisprudencia ha considerado que debe existir un término razonable, posterior a la ocurrencia de los hechos para que los ciudadanos recurran a la tutela como mecanismo para garantizar la protección inmediata de sus derechos fundamentales.

DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social es un conjunto de medidas que la sociedad proporciona a sus integrantes con la finalidad de evitar desequilibrios económicos y sociales que, de no resolverse, significarían la reducción o la pérdida de los ingresos a causa de contingencias como la enfermedad, los accidentes, la maternidad o el desempleo, entre otras.

La forma más común de identificar la seguridad social es mediante las prestaciones y la asistencia médica, sin embargo, esas son solo algunas de las formas en las que se presenta en la vida cotidiana. En los hechos, la seguridad social también se encuentra en los actos solidarios e inclusivos de las personas hacia los demás, pues esos actos llevan en sí mismos la búsqueda del bienestar social.

En la actualidad, existe un consenso internacional respecto a la consideración de la seguridad social como un derecho humano inalienable, producto de casi un siglo del trabajo mancomunado de organismos internacionales relevantes, como la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas, e instituciones supranacionales, como la Asociación Internacional de Seguridad Social, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Por último, cabe señalar que la seguridad social es mencionada como un derecho en la Carta Internacional de Derechos Humanos, donde claramente se expresa en su artículo 22 lo siguiente:

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

ANALISIS Y RESOLUCION DEL CASO EN CONCRETO.

En el caso que nos ocupa el accionante manifiesta que MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.S., le debe restablecer los derechos conculcados con ocasión del siniestro ocurrido en la motocicleta de placas GUH63F, amparada con la póliza de seguros SOAT No. 1014119002110 contratada con MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.S., con el cual la accionante está solicitando que la accionada asuma el costo de los honorarios de los médicos de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Atlántico, a fin de obtener la INDEMNIZACION por INCAPACIDAD PERMANENTE.

Conforme a la Corte Constitucional, para la procedencia de la Tutela es necesario que exista certeza sobre el quebrantamiento actual del derecho Fundamental alegado, bien sea violentado o amenazado y que su titular no esté en capacidad de hacer nada para evitarlo.

En el caso de estudio, la vulneración de los Derechos A LA IGUALDAD y a la SEGURIDAD SOCIAL, alegadas por el petente se sustenta en términos generales en que MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.S., se niega a reconocer el pago de los honorarios de los médicos de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Atlántico, a fin de obtener la INDEMNIZACION por INCAPACIDAD PERMANENTE

Planteada la situación anterior y examinado lo señalado por el ciudadano, para determinar la existencia de la presunta conducta arbitraria de la accionada, se hace necesario el examen no solo de lo afirmado por quien alega materialmente la trasgresión del derecho, sino que es pertinente el examen riguroso a las pruebas aportadas de tal manera que el cargo o reproche endilgado al funcionario, en caso de existir aparezca con claridad, para no incurrir en errores que conlleven al actor a desconocer el orden normativo preestablecido que debe ser respetado por todos los asociados.

Adicional a lo expresado por el A-quo y sobre el argumento de que el actor tampoco demostró el perjuicio irremediable, es de advertir que en atención al principio de buena fe, gozan de presunción de veracidad las manifestaciones realizadas por las partes y entratándose de acciones de tutela, se invierte la carga de la prueba, correspondiéndole a la parte accionada probar lo contrario y ante la afectación de los derechos fundamentales del actor a la salud y seguridad social y debido proceso, el amparo de los mismos se torna procedente según el precedente constitucional referenciado.

Respecto de la calificación del estado de invalidez, el artículo 41 de la ley 100, modificado el artículo 142 del Decreto 19 de 2012, en el inciso segundo establece:

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

De lo anterior se colige y así lo ha señalado la jurisprudencia constitucional, que, las autoridades competentes para determinar, en primera oportunidad, la pérdida de capacidad laboral, enunciadas en el inciso segundo del artículo 41 de la Ley 100, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012, se encuentran las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte.

Así mismo, que, las empresas responsables del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito asumen, entre otros riesgos, el de incapacidad permanente, tiene la carga legal de practicar, en primera oportunidad, el examen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez del peticionario, puesto que ese concepto técnico está directamente relacionado con la ocurrencia del siniestro amparado mediante la póliza emitida.

Por otro lado, sobre los honorarios de miembros de las juntas de calificación de invalidez, el inciso primero del artículo 50 del Decreto 2463 de 2001, establece:

*Honorarios. Salvo lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993, los honorarios de los miembros de las juntas de calificación de invalidez serán pagados por la entidad de previsión social, o quien haga sus veces, la administradora, **la compañía de seguros**, el pensionado por invalidez, el aspirante a beneficiario o el empleador.* Negrillas fuera de texto

En razón de lo anterior, comparte plenamente esta superioridad lo expresado por el Juez de Primera Instancia que ordenó a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.S., que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la notificación de la presente providencia, sufrague los costos de los honorarios profesionales de los médicos de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Atlántico, con el fin le realice el respectivo dictamen de pérdida de la capacidad laboral.

Siendo, así las cosas, no queda duda al Despacho que el fallo emitido por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL ORAL DE BARRANQUILLA está ajustado a la normatividad legal vigente, por lo cual se CONFIRMARÁ en todas sus partes el mismo, como se dirá en la parte resolutive de esta providencia.

En mérito de lo expuesto el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Barranquilla, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

Primero. CONFIRMAR en todas sus partes el fallo de fecha Diciembre 09 de 2020 proferido por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL ORAL DE BARRANQUILLA dentro de la ACCION DE TUTELA radicada bajo el No. 080014053001202000443-01 instaurada en nombre propio por la señora CARMEN MARINA HERRERA MARTINEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1143'114.082 DE BARRANQUILLA contra MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA, a través de su Representante Legal o quien haga sus veces, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

Segundo. Notificar a las partes intervinientes, al Defensor del Pueblo Regional y al Juzgado del Conocimiento, por el medio más expedito y eficaz.

Tercero. Dar cumplimiento al numeral 4º de la parte resolutive del fallo impugnado.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:

CLEMENTINA PATRICIA GODIN OJEDA

JUEZ CIRCUITO

JUZGADO 09 DE CIRCUITO CIVIL ORAL DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA-ATLANTICO

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: eed0896b0813777fdf68adb11994a5e7853c2f1be39e9b02dfe532e8c9f6cacd

Documento generado en 30/01/2021 12:32:33 PM