



FUNDAMENTOS TEÓRICO PRÁCTICOS DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE
ORIGEN, FECHA DE ESTRUCTURACIÓN Y PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD
LABORAL EN COLOMBIA

JUAN DAVID MÉNDEZ AMAYA. M.D.
NASLY GINETH MONCADA VALENCIA
ARNOLD EDUARDO BURGOS MORENO

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CALI
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
SANTIAGO DE CALI
2015



FUNDAMENTOS TEÓRICO PRÁCTICOS DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE
ORIGEN, FECHA DE ESTRUCTURACIÓN Y PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD
LABORAL EN COLOMBIA

JUAN DAVID MÉNDEZ AMAYA. M.D.
NASLY GINETH MONCADA VALENCIA
ARNOLD EDUARDO BURGOS MORENO

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CALI
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
SANTIAGO DE CALI
2015



FUNDAMENTOS TEÓRICO PRÁCTICOS DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE
ORIGEN, FECHA DE ESTRUCTURACIÓN Y PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD
LABORAL EN COLOMBIA

JUAN DAVID MÉNDEZ AMAYA. M.D.
Especialista en Medicina del Trabajo y Laboral.
Estudiante de Especialización en Valoración del Daño Corporal.
Diplomado en Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional.
Código: 103206

NASLY GINETH MONCADA VALENCIA
Código: 103179

ARNOLD EDUARDO BURGOS MORENO
Poligrafista
Código: 083141

Trabajo de grado para optar el título de abogado
Código SNIES 1493

Director
Hernán Sandoval Quintero
Abogado

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CALI
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
SANTIAGO DE CALI
2015



Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 2015



Esta investigación está dedicada a Dios, creador y señor supremo de nuestras vidas, quien nos ha permitido iniciar y continuar con este proyecto de vida que enriquecerá nuestro diario discurrir, el de nuestras familias y la sociedad.



AGRADECIMIENTOS

Nuestra infinita gratitud al cuerpo docente de la Universidad Libre Seccional Cali, por su apoyo y conocimientos brindados a lo largo de estos 5 años. Cada uno desde su óptica nos enseñó el derecho y sus matices, impregnando nuestra existencia de lo alcanzado por sus batallas, logros y derrotas.

A nuestras hijas e hijos, padres, hermanos y esposas, he aquí el fruto de 5 años donde nos privamos de su compañía por acudir a las aulas ávidos del conocimiento y agradecidos por el sano debate académico que ha nutrido nuestro ser. No les podemos reemplazar ese tiempo, pero con la presente, les queremos agradecer su cariño y comprensión, que han sido y serán el motor de esta eterna formación personal y técnica.



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. HIPOTESIS	2
3. JUSTIFICACIÓN	3
4. OBJETIVOS.....	5
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
5. MARCO CONCEPTUAL.....	6
5.1. TEORIA DE LOS RIESGOS LABORALES.....	6
5.1.1. <i>Responsabilidad por culpa</i>	7
5.1.2. <i>Responsabilidad individual del empleador</i>	7
5.1.3. <i>Responsabilidad objetiva</i>	7
6. COBERTURA DEL RIESGO LABORAL	9
6.1. PRESTACIONES ASISTENCIALES:.....	9
6.2. PRESTACIONES ECONÓMICAS:.....	10
7. FUNDAMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN EL SGSSI:	13
7.1. PROCESO DE CALIFICACIÓN DEL ORIGEN	14
7.1.1. <i>Sistema Cerrado</i>	15
7.1.2. <i>Sistema Abierto de calificación</i>	15
7.1.3. <i>Sistema Mixto</i> :.....	16
7.2. CONCEPTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO.....	16
7.3. NOCIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL.....	17
7.4. DEFINICIÓN DE FECHA DE ESTRUCTURACIÓN	18
7.5. CONCEPTO DE ESTRUCTURACIÓN (CONSOLIDACIÓN Y SECUELA).	18
7.6. CONCEPTO DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	20
7.7. NOCIÓN DE CALIFICACIÓN INTEGRAL DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.....	23
7.8. CONCEPTO DE CALIFICACIÓN INTEGRAL DE LA INVALIDEZ.	27
8. METODOLOGIA.....	31
9. RESULTADOS	33
10.EQUIPO CALIFICADOR EN PRIMERA OPORTUNIDAD Y SOPORTES DOCUMENTALES...36	
11.CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.....	55
12.CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	65



13.DETERMINANTES DE LA SALUD LABORAL Y NEXO DE CAUSALIDAD.....	68
14.LISTA COLOMBIANA DE ENFERMEDADES LABORALES	71
15.CRITERIOS TECNICOS PARA LA CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE UNA ENFERMEDAD	75
16.CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LAS SECUELAS DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE	83
17.CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	88
18.CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL CON EL MANUAL UNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ	95
19.INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL CALIFICADOR Y MANEJO DEL 917.....	98
20.CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL CON EL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL.....	116
20.1. CONSTITUCIONALIDAD DEL DECRETO 1507 DE 2014.	116
20.2. ESTRUCTURA DEL DECRETO 1507 DE 2014.	121
20.3. PRINCIPIOS DEL DECRETO 1507 DE 2014.....	122
21.PROCESO PARA LA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL CON EL DECRETO 1507 DE 2014.....	122
22.CALIFICACIÓN DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ EN ENFERMEDADES CRONICAS, DEGENERATIVAS O CONGENITAS	133
23.CALIFICACIÓN INTEGRAL DE LA INVALIDEZ	146
24.DEBIDO PROCESO PARA LA CALIFICACIÓN EN PRIMERA OPORTUNIDAD.	153
24.1. EVOLUCIÓN Y ESTADO DEL DEBIDO PROCESO EN CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE UNA ENFERMEDAD:	153
24.2. DEBIDO PROCESO PARA LA CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EN PRIMERA OPORTUNIDAD.....	164
25.MARCO DE CONTROVERSIA	171
26.ASPECTOS GENERALES DEL REGIMEN DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.....	174



LISTADO DE ABREVIATURAS^{1, 2}

ARL: Administradora de Riesgos Laborales.

AT: Accidente de Trabajo.

AFP: Administradora de Fondo de Pensiones.

CConst: Corte Constitucional.

CE: Consejo de Estado.

CS: Compañía de Seguros que asume el riesgo previsional de invalidez y muerte.

CSJ: Corte Suprema de Justicia.

CRH: Concepto de rehabilitación.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.

EL: Enfermedad Laboral.

EPS: Empresa Promotora de Salud.

IPP: Incapacidad Permanente Parcial.

IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud.

IT: Incapacidad Temporal.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

PCL: Pérdida de Capacidad Laboral.

¹ Para abreviaturas y referencias jurisprudenciales se siguieron las recomendaciones de: López M.D. (2009). Las fuentes del argumento. (3^{ra} reimpresión.). Bogotá, D.C.: Legis.

² Para las citas y demás referencias, se utilizaron las directrices de la American Psychological Association. (2012). *Style Guide to Electronic References*. (6^{ta} ed.). Washington, DC: American Psychological Association. & American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6^{ta} ed.). Washington, DC: American Psychological Association.



SGSSI: Sistema General de Seguridad Social Integral.

SGSS-S: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SGRL: Sistema General de Riesgos Laborales.

TME: Trastornos Músculo Esqueléticos.



GLOSARIO Y CONCEPTOS TECNICOS DE IMPORTANCIA

ACCIDENTE: “Suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas”.³

BAREMO: “Un baremo de invalidez es una colección de valores, establecida sobre una estructura médica o médico-legal, en la que se asigna, según la gravedad de las secuelas presentadas por un individuo determinado, una cifra en porcentaje de la incapacidad permanente”.⁴

Características de los baremos:^{5,6,7}

- No sustituyen al médico valorador.
- Su redacción debe ser clara y sencilla.
- Deben ser amplios, concisos, precisos y concretos.
- Deben cumplir el fin para el que se hicieron.
- Tienen que reducir al mínimo la posibilidad de desacuerdo.
- El valor o porcentaje otorgado es directamente proporcional a la gravedad de lesión.
- Cada secuela tendrá un valor numérico (fijo o un rango) que estará en relación con la gravedad de la misma.
- El valor más alto será 99 (equivalente a la máxima pérdida funcional de la persona, la muerte equivale al 100).

Criticas a los baremos:⁸

- Son un método ambiguo.
- Poseen rangos con frecuencia demasiado amplios.
- Carentes, a veces, de un verdadero rigor científico.
- Sus tasas o porcentajes son simplemente referencias aproximativas que no indican el verdadero estado funcional del individuo.

³ Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (XXII ed., Tomo I). Madrid: Espasa.

⁴ Dérobert, L. *La reparation juridique de dommage corporel*. París: Flammarion Médecine- Sciences, 1986. Citado en Borobia, C. (2006/2006). *Valoración del daño corporal*. (Reimpresión). Barcelona: Elsevier Masson.

⁵ Barrot, R. (1988). *Le dommage corporel et sa compensation*. Paris: Litec.

⁶ Borobia, F. C. (1989). *Métodos de valoración del daño corporal*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

⁷ Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. (2008). *Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica*. E- Bock. Sevilla: MAD.

⁸ *Ibidem*.



- No pueden prever las distintas situaciones personales del individuo (el enfermar, las incidencias, la evolución, complicaciones, etc.).
- Constituyen un medio tosco que opera mejor cuanto más grave es la lesión.
- La mayoría de las veces, no consideran la capacidad residual del lesionado.

Ventajas de los baremos:⁹

- Sirven como herramienta de ayuda, orientación y apoyo al valorador médico.
- Homogenizan la cuantificación del daño entre los distintos médicos evaluadores.
- Desaparece, en parte, el factor subjetivo del evaluador.

Es importante señalar que existen dos tipos de baremos en relación al tipo de valoración realizada: los baremos funcionales, aquellos que se fundamentan en la valoración de las funciones fisiológicas y los baremos porcentuales, en los que la determinación de la valoración, es expresada porcentualmente en relación al “estado de normalidad previo” y calculada sobre el 100% de la misma.¹⁰

CALIFICACIÓN: “*Acción o efecto de calificar*”.¹¹

CALIFICAR: “*Apreciar o determinar las cualidades o circunstancias de alguien o de algo*”.¹²

CALIFICACIÓN EN PRIMERA OPORTUNIDAD: Es la calificación realizada por las entidades de la seguridad social según el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 y sirve como puerta de acceso a los beneficios del SGSSI.

CALIFICACIÓN EN PRIMERA INSTANCIA: Es la calificación que llevan a cabo las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez según el Decreto Ley 019 de 2012, la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1352 de 2013, como instancias técnico periciales creadas para dirimir la controversia sobre las calificaciones realizadas en primera oportunidad o para emitir calificaciones o dictámenes periciales sobre el origen, la fecha de estructuración y la pérdida de capacidad laboral.

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ Hinojal, *óp. cit.*

¹¹ Real academia española, *óp. cit.*

¹² *Ibidem.*



CONCEPTO DEL MÉDICO TRATANTE: Se entiende por médico tratante, el profesional de la medicina que dependiendo de la complejidad del caso, interviene en las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente. Dentro de sus competencias técnicas y cuando actúa adscrito a la EPS, puede pronunciarse con respecto al período de incapacidad temporal o reintegro laboral. Así mismo puede determinar, cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud y determinar la idoneidad técnica científica de un tratamiento médico.^{13,14}

El médico tratante debe cimentar su acto médico en razones científicas propias de la especialidad y en el conocimiento específico de la historia o cuadro clínico del paciente, toda vez, es una de las fuentes de la que surgen consecuencias jurídicas para el profesional que lo realiza y para el paciente que ha sido objeto del mismo.¹⁵

Es claro que el médico tratante evitará todo comentario que despierte la preocupación del paciente, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas¹⁶, por consiguiente, los tratantes no laborales, al no ostentar el rol de calificador de pérdida u origen ni ser competentes para ello en su acto médico, deben limitarse a dar el insumo médico clínico utilizado por los especialistas en medicina laboral para tales efectos y consistente en:

- Definir el diagnóstico médico: corroborar la impresión diagnóstica y descartar los diagnósticos diferenciales, clínica o paraclínicamente.
- Determinar el pronóstico médico de la patología propiamente dicha así como de sus secuelas, indicando posibilidades de curación, de progresión, mejoría parcial y el tiempo aproximado para ello, atendiendo a los conocimientos sobre la historia natural de la enfermedad, la epidemiología y el contexto integral.
- Instaurar un plan de manejo.

¹³ Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Riesgos Profesionales. *Concepto Radicado 13510 - 137477 – Evaluaciones Médico Ocupacionales*. (May. 25, 2011).

¹⁴ CConst, T-345/2013, M. V. Calle C.

¹⁵ Guzmán, M. F., Franco, D. E. (2004). *Derecho médico colombiano: Elementos básicos*. (1^{ra} ed. Vol. I). Colombia: Biblioteca Jurídica DIKE.

¹⁶ Norma de Ética Médica. Ley 23 de 1981. Artículo 11. Diario oficial, edición 35.711. (Feb. 27, 1981).



- No diligenciar el concepto de rehabilitación, sólo indicar las secuelas médicas y funcionales de acuerdo a su especialidad, así como su pronóstico clínico.
- No emitir juicios sobre el grado de invalidez o pérdida de capacidad laboral y en caso de requerir el mismo, remitir al paciente a valoración por medicina laboral de la EPS, AFP-CS o ARL, según el origen presunto o dictaminado de las patologías motivo de tratamiento, sin expresar el antedicho juicio.
- No emitir juicios sobre el origen de una enfermedad o accidente, aclarando que dentro de su proceso de diagnóstico, deberá realizar el estudio clínico o paraclínico de exclusión de las patologías diferenciales para llegar al diagnóstico confirmado del trabajador. Una vez, determinada la entidad nosológica, si se considera como presunto accidente de trabajo o enfermedad laboral o una posible secuela de un evento ya calificado o aceptado como de tal origen y de acuerdo a la normatividad vigente se sospecha que su génesis se debe a o influye un factor de riesgo que el trabajador o el profesional conocen o presumen en el proceso productivo, el médico clínico tratante, deberá remitir a su paciente a valoración por medicina laboral de la EPS o ARL o AFP-CS, para iniciar el proceso de calificación de origen en primera oportunidad, sin emitir juicios sobre el origen de la enfermedad, accidente o su secuela.

CONCEPTO DE REHABILITACIÓN: Es un concepto emitido por grupo interdisciplinario o médico laboral de la EPS o ARL si ésta última realiza el proceso de rehabilitación del trabajador, donde una vez analizado el cuadro clínico, examinado el paciente y estudiado los soportes probatorios que contiene la historia clínica del trabajador y dentro de ellos, los conceptos de cada médico clínico tratante; se conceptúa si el paciente cumple criterios de invalidez, Concepto no favorable; o no cumple dichos criterios según el manual de calificación de invalidez o por el momento se requiere continuar el proceso de rehabilitación y una vez instauradas las secuelas proceder a determinar tal situación, concepto favorable de rehabilitación.

Este CRH es diferente al concepto dado por el médico tratante, no está definido en la norma y se desprende del espíritu de la misma tras una interpretación sistemática y teleológica de la normatividad aplicable.^{17,18,19}

¹⁷ Alflen Da Silva, K.S. (2006). *Hermenéutica jurídica y concreción judicial*. Bogotá, D.C.: Temis.

¹⁸ Gómez, S. L. (2008). *Hermenéutica jurídica. La interpretación constitucional*. Bogotá, D.C.: Ediciones Doctrina y Ley Ltda.

¹⁹ Dueñas, R. O. J. (2007). *Lesiones de hermenéutica jurídica*. (4^{ta} ed.). Bogotá, D.C.: Editorial Universidad del Rosario.



- *“Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.*

*Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto”.*²⁰

- En eventos AT- EL:
 - *“El período durante el cual se reconoce la prestación de que trata el presente artículo será hasta por ciento ochenta (180) días, que podrán ser prorrogados hasta por períodos que no superen otros ciento ochenta (180) días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación.*

Cumplido el período previsto en el inciso anterior y no se hubiese logrado la curación o rehabilitación del afiliado, se debe iniciar el procedimiento para determinar el estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez. Hasta tanto no se establezca el grado de

²⁰ Normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Decreto Ley 019 de 2012. Artículo 142. Diario oficial, 48.308, (En. 10, 2012).



incapacidad o invalidez la ARP continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal".²¹

- *“En primera instancia, la calificación de los porcentajes de pérdida de la capacidad laboral se hará por el equipo interdisciplinario establecido en el artículo 6o. de la presente ley, dentro del mes siguiente a la fecha en que hubiere concluido el proceso de rehabilitación integral, de existir discrepancias se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez, quedando a cargo de la entidad de Seguridad Social correspondiente el pago de honorarios y demás gastos que se ocasionen*".²²
- *“Las entidades Administradoras de Riesgos Profesionales suspenderán el pago de las prestaciones económicas establecidas en el Decreto-ley 1295 de 1994 y en la presente ley, cuando el afiliado o el pensionado no se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; o que rehúse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo. El pago de estas prestaciones se reiniciará, si hay lugar a ello, cuando el pensionado o el afiliado se someta a los exámenes, controles y prescripciones que le sean ordenados o a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo*".²³
- *Uno de los requisitos para calificación de pérdida de capacidad laboral ante la Junta Regional es 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*".²⁴
- *“El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las*

²¹ Organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Ley 776 de 2002. Artículo 3. Diario oficial, edición 45.037. (Dic. 17, 2002).

²² *Ibíd.* Artículo 9.

²³ Ley 776, *loc. cit.* Artículo 17.

²⁴ Reglamenta la organización y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez, y se dictan otras disposiciones. Decreto 1352 de 2013. Diario oficial, edición 48.834. (Jn. 27, 2013).



*que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.*²⁵

- La “*incapacidad por enfermedad general: Es el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las EPS a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo en que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual*”.²⁶

El objetivo de la incapacidad temporal, es facilitar la recuperación de los afiliados cotizantes trabajadores, al evitar que se vulnere su mínimo vital, otorgándole en el periodo de tiempo en que se encuentra inhabilitado física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual, un subsidio económico, que en teoría, supliría en gran medida los ingresos habitualmente devengados.

De acuerdo a lo anterior, el sistema busca que en los trabajadores que no cumplan criterios de invalidez y/o que ameriten continuar el proceso de prescripción de incapacidad y rehabilitación posterior al día 180 por tener tratamientos pendientes y no tener las secuelas establecidas, la incapacidad temporal se pueda prorrogar hasta el día 540, otorgándole un subsidio económico que en el caso de eventos de origen común difiere según los días acumulados. Así mismo se colige que para los casos en los que se cumple criterios de invalidez, se proceda a calificar la pérdida de capacidad laboral y definir los derechos a dicha prestación económica de tracto sucesivo, incluso sin tener incapacidad médica temporal.²⁷ El primer escenario corresponde al CRH Favorable y el segundo al no favorable.

²⁵ Crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Ley 100 de 1993*. Diario oficial, edición 41.148. (Dic. 23, 1993).

²⁶ Instructivo para efectuar la compensación y las transferencias a las diferentes subcuentas del fondo de solidaridad y garantía. Circular externa No. 11 de 1995. Superintendencia Nacional de Salud.

²⁷ Concordante con la Constitución Política de Colombia Artículo 47, dentro de los llamados Derechos Sociales Económicos y Culturales: la protección especial a favor de los disminuidos físicos, instituyendo a su favor también la previsión, rehabilitación e integración de estos; el convenio 111 de la Organización Internacional del Trabajo: Sobre la Discriminación en el empleo; el convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo: Sobre la Readaptación Profesional y el empleo de personas inválidas; Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación de las personas con Discapacidad. O.E.A-1999, ratificada por la Ley 762 de 2002 y la Ley 361 de 1997 entre otros.



Ejemplo: Paciente de 23 años que por un accidente de trabajo presenta trauma severo en pierna izquierda con daño marcado de los tejidos. EL médico tratante prescribe un parte no favorable de recuperación, indicándole que hay que realizar la amputación a nivel de la rodilla, la cual se realiza sin complicaciones y está pendiente iniciar el proceso de rehabilitación y adaptación de la prótesis, al culminar la cicatrización post quirúrgica. Consulta a la EPS con 100 días de incapacidad y el médico laboral le indica que su CRH es favorable, es decir que pese a la amputación a nivel de la rodilla no cumple criterios de invalidez y que en el momento es pertinente la prórroga de incapacidad médica temporal posterior al día 180, citando a control en 06 meses que es el tiempo esperado para la culminación del proceso de rehabilitación integral y adaptación protésica.

Se debe tener claro que el concepto de rehabilitación puede tener 3 orientaciones dentro del SGSSI:

1. Concepto teórico que responde a la pregunta ¿Qué es rehabilitación? y que desarrollaremos en el acápite correspondiente.
2. CRH como insumo para el pago por la AFP del subsidio económico derivado de la incapacidad mayor a 180 días por eventos de origen común, el cual debe ser realizado por la EPS en los términos del ya mencionado artículo 142 del Decreto Ley 018 de 2012.
3. CRH como requisito para la calificación de pérdida de capacidad laboral, el cual debe ser realizado por la EPS o ARL, al término del proceso de rehabilitación o cuando el médico tratante considere su improcedencia. En este concepto, se deben discriminar los diagnósticos que ameritan la calificación de pérdida de capacidad laboral y las secuelas funcionales derivadas. Debe reflejar el estado funcional material del trabajador y los logros del proceso de tratamiento y rehabilitación como insumo para la calificación de pérdida de capacidad laboral.

El concepto de rehabilitación destinado para el pago de la incapacidad mayor a 180 días y el necesario para la calificación de pérdida de capacidad laboral, debe ser diligenciado por la EPS a través de su equipo interdisciplinario o medico laboral, analizando los conceptos de los médicos clínicos tratantes disponibles en



la historia clínica del evaluado. De acuerdo a lo anterior las AFP o ARL, no deben solicitarle al trabajador dicho trámite administrativo.²⁸

DAÑO CORPORAL: *“Concepto que resulta de la confluencia de dos perspectivas, la médica y la jurídica. Con el nombre de daño corporal se conoce cualquier alteración somática o psíquica que, de una forma u otra, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya en lo orgánico, ya en lo funcional; para que se configure, es suficiente cualquier merma de la integridad de la biología individual, con independencia de sus repercusiones prácticas en uno o más campos de la actividad humana”.*²⁹

DETERMINACIÓN: *“Acción y efecto de determinar”.*³⁰

DETERMINAR: *“Fijar los términos de algo”.*³¹

DIAGNÓSTICO: *“Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos”.*³²

En el proceso diagnóstico, el médico realiza determinadas inferencias sobre las posibles causas de los síntomas y signos del paciente evaluado. A través de dicho razonamiento inferencial o inductivo, el médico identifica un diagnóstico de trabajo³³. En este punto, es importante señalar la necesidad no sólo de utilizar el grado de familiaridad entre los síntomas y signos encontrados con los de una enfermedad previamente conocida, sino también, la información estadística sobre la prevalencia de determinada enfermedad dentro de la población evaluada con el fin de generar una hipótesis diagnóstica. De ello surge el diagnóstico como una hipótesis estadística de trabajo orientada el proceso o método diagnóstico:³⁴

1. Impresión diagnóstica:

²⁸ CConst, T-729/2012, A. Julio E.

²⁹ Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Decreto 1507 de 2014. Artículo 2. Diario oficial, edición 49.241. (Ag. 12, 2014).

³⁰ Real academia española, *loc. cit.*

³¹ *Ibidem.*

³² Graciela, d'Angelo, M.C. (Ed.). (2000). *Diccionario de medicina: Océano Mosby*. (4^{ta} ed.). España: Océano.

³³ Kassirer, P. J., Wong J.B, Kopelman. (2010). *Learning clinical reasoning*. (2^a ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

³⁴ Guzmán, óp. cit.



- Etapa anatómica: ubicar el órgano lesionado.
- Etapa de diagnóstico funcional.
- Ubicación de estereotipos sindrómicos.
- Diagnóstico diferencial: comparar el cuadro evaluado con enfermedades que tienen signos o síntomas similares. Se utiliza la exclusión y el descarte cuando se desechan diagnósticos posibles o probables, mediante pruebas clínicas o paraclínicas.
- Integración fisiopatológica: tras los conocimientos de la génesis de la enfermedad, fisiología y patología, analizar los datos precedentes para emitir una impresión diagnóstica.

2. Diagnóstico confirmado:

- Confirmación paraclínica.
- Confirmación anatomopatológica: mediante inspección directa de los órganos o examen microscópico.
- Investigación etiológica: encontrar la causa de la enfermedad.

Para efectos de los procesos de calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, se utilizan los diagnósticos confirmados y no las impresiones diagnósticas.

DEBIDO PROCESO: *“Derecho que tienen las partes de hacer uso del conjunto de facultades y garantías que el ordenamiento jurídico les otorga, para efecto de hacer valer sus derechos sustanciales, dentro de un procedimiento judicial o administrativo”*.³⁵

“El derecho al debido proceso constituye una aplicación del principio de legalidad dentro de un proceso judicial o administrativo, que busca garantizar que la actividad de las autoridades estatales siga el conjunto de reglas procesales establecidas de antemano, brindando a los individuos seguridad frente a la actividad estatal. De esta forma, el debido proceso materializa tres principios jurídicos fundamentales, a saber: la seguridad jurídica, la legalidad de los procedimientos y la igualdad de las personas frente a la ley”.³⁶

ENFERMEDAD: Deterioro paulatino del estado de salud de una persona.

³⁵ CConst, T-748/2000, V. Naranjo Mesa.

³⁶ CConst, T-435/2002, R. Escobar Gil.



Hablar de enfermedad nos lleva inexorablemente al concepto de salud y sus determinantes. La primera se conceptualizó hasta la década de los cuarenta del siglo XX como la mera ausencia de una enfermedad. Posteriormente con la constitución de la OMS en 1946 se definió como “*un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad*”.³⁷ Bajo esa concepción se definía la salud como un estado positivo y a la enfermedad con la variación negativa del mismo.

En 1971 el científico Henrick Blum,³⁸ concluyó que la salud se determinaba por la interacción de diversas variables, que al actuar unas con mayor o menor fuerza, conllevaban al resultado de salud o enfermedad.³⁹ (Figura 1). La herencia, entendida como la impronta genética del individuo, juega un papel preponderante en el logro de adecuados niveles de salud, toda vez, permiten que un organismo, responda de una manera u otra ante un estímulo interno o externo, haciéndolo resistente o susceptible a las noxas. El ambiente, hace relación al medio exterior, entendiendo este como los factores sociales, físicos, biológicos, emocionales y nutricionales que influyen positiva o negativamente en la persona y en general, la sociedad propende por crear ambientes cada vez más “saludables”, desarrollando en su proceso de evolución tecnológica, soluciones como la seguridad social y el agua potable, pero además, nuevos factores de riesgo para la salud como ciertos químicos u tóxicos. Los estilos de vida o modos de conducta de las personas, pueden ser un factor de riesgo o protector frente a determinado estado de salud o enfermedad, ejemplo del primero el tabaquismo frente al cáncer y del segundo, la actividad física deportiva frente al riesgo de desarrollo de infarto cardiaco. Los servicios de salud, hoy en cabeza del SGSSI, juegan un papel importante en el logro de la salud o la enfermedad, en relación a la calidad y acceso a los mismos, el desarrollo de programas de salud pública y vigilancia epidemiológica. La herencia sería el factor endógeno y los demás actuarían como exógenos.

³⁷ World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: OMS.

³⁸ Blum H.L. (1981). *Planning for Health*. (2nd ed). Nueva York: Human Sciences Press.

³⁹ Blanco R., J. H. & Maya M., J.M. (2005). *Fundamentos de salud pública: Tomo I. Salud pública*. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas.

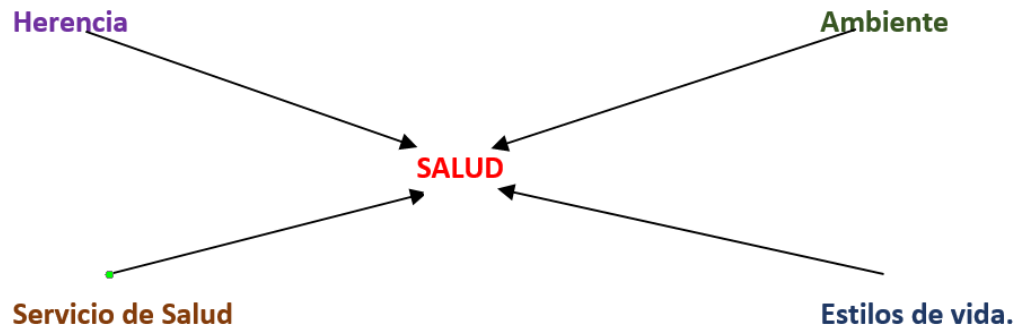


Figura 1. Factores Determinantes de la Salud.

Hoy en día, entendemos la salud desde una perspectiva funcional o “como un equilibrio dinámico, en el cual los individuos o grupos tienen capacidad óptima para afrontar las condiciones de la vida”⁴⁰ o bien como “la ausencia de condiciones que limitan la capacidad funcional, pudiendo dichas condiciones ser medidas objetivamente”.⁴¹

En 1965 Leavell y Clark^{42,43} plantearon a la sociedad un modelo explicativo sobre el desarrollo de la enfermedad conocido como historia natural de la enfermedad (Figura 2). En él una enfermedad se desarrolla en 5 fases o periodos:

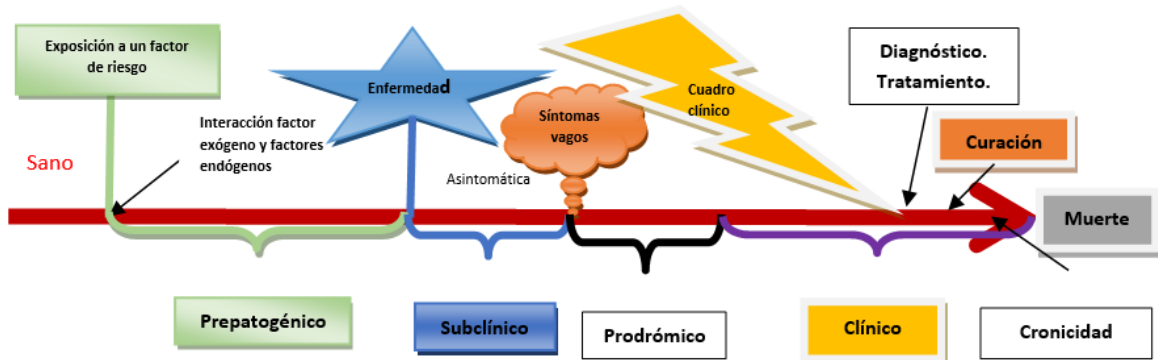


Figura 2. Historia natural de la enfermedad.

⁴⁰ Porta, M. (Ed.). (2008). *A dictionary of epidemiology*. (5th ed). New York: Oxford University Press.

⁴¹ Doll, R. (1992). *Health and environment in the 1990s*. *Am J Public Health*. 82, 933-941.

⁴² Leavell H. R. & Clark E. G. (1953). *Textbook of Preventive Medicine*. New York: McGraw-Hill.

⁴³ Juan César. (2010). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 371-380. Extraído 03 Sep. 2014 de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400014&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0864-34662010000400014.



- **PREPATOGÉNICO:** Es el periodo durante el cual interactúan los factores exógenos y endógenos, en ese momento por ejemplo, un organismo entra en contacto con un virus y los mecanismos de defensa del organismo inician su cometido en controlar la diseminación de la colonización vírica, por lo tanto no hay enfermedad.
- **PATOGÉNICO O SUBCLÍNICO:** Es cuando no hay sintomatología en la persona, pero si cambios moleculares, funcionales o internos que pudieran ser detectados por ejemplo, en exámenes paraclínicos realizados en campañas de detección. Hay enfermedad pero asintomática. Este periodo puede ser controlado por el organismo y por consiguiente se autolimita y evita el desarrollo sintomático de la enfermedad (curación), pero si se llega al punto de irreversibilidad por la falta de control frente a los cambios tisulares o biológicos desarrollados por la enfermedad, se pasa a la etapa siguiente.
- **PRODRÓMICO:** Por la evolución de la enfermedad, se desarrollan en la persona afectada una serie de síntomas inespecíficos o muy generales que no permiten hacer un diagnóstico claro y se pudiera detectar la existencia de la enfermedad según la hipótesis diagnóstica planteada y las ayudas paraclínicas solicitadas.
- **CLÍNICO:** Aparecen signos y síntomas cada vez más específicos que permiten la orientación del proceso diagnóstico. Se hace evidente la enfermedad.
- **RESOLUCIÓN:** La enfermedad evoluciona hacia la muerte, la curación del individuo con o sin desarrollo de secuelas o se establece como una enfermedad crónica tratable pero no curable.

Es importante señalar que el tiempo que existe entre la exposición al agente o factor de riesgo y el periodo clínico, se llama como periodo de latencia y hoy en día es un campo importante en la investigación mundial a través de la genómica y proteómica, para el desarrollo de técnicas de detección de la enfermedad antes del desarrollo de las alteraciones moleculares, fisiológicas o el periodo subclínico.



INVALIDEZ: “Es la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional igual o superior al cincuenta por ciento (50%)”.⁴⁴

INCAPACIDAD: “Se entiende por incapacidad el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio”.⁴⁵

INCAPACIDAD TEMPORAL: Es el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal su trabajo habitual.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL: “Es la disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%) de la capacidad laboral u ocupacional de una persona, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad de cualquier origen”.⁴⁶

MUERTE: “Cesación o término de la vida”.⁴⁷

Popularmente se entiende muerte como al hecho en el cual un ser humano deja de respirar o se evidencia el último latido del corazón.⁴⁸

Legalmente es claro que la existencia de una persona termina con la muerte,^{49,50} por lo tanto es importante señalar algunos lineamientos técnicos, básicos sobre la misma. El concepto natural de muerte está relacionado con “*la ausencia total de actividad en el cerebro y el resto del sistema nervioso central, el sistema circulatorio y respiratorio, observada y declarada por un médico*”.⁵¹ Nuestro marco normativo⁵² exige el diagnóstico de muerte encefálica, entendida como “*el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible*

⁴⁴ Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, *óp. cit.*

⁴⁵ Reglamento del proceso de expedición, reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas por incapacidades y Licencias de Maternidad en el Instituto de Seguros Sociales. Resolución 2266 de 1998. Artículo 1. Diario oficial, edición 43.362. (Ag. 13, 1998).

⁴⁶ Decreto 1507, *loc. cit.*

⁴⁷ Real academia española, *loc. cit.*

⁴⁸ Valencia, Z.A., Ortiz, M. A. (2010). Derecho Civil. Parte General y personas. (XII ed. Vol. I.). Bogotá, D.C.: Temis.

⁴⁹ Código Civil Colombiano, *óp. cit.* Artículo 94.

⁵⁰ Procedimientos de Trasplantes de Componentes Anatómicos en Seres Humanos. Decreto 2363 de 1986. Diario oficial, edición 37.571. (Ag. 1, 1986).

⁵¹ Graciela, *óp. cit.*

⁵² Obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos, y se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de las Unidades de Biomedicina Reproductiva, Centros o similares. Decreto 1546 de 1998. Artículo 2. Diario oficial, edición 43. 357. (Ag. 6, 1998).



se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobada por examen clínico".^{53,54}

Cuando existe el diagnóstico de muerte cerebral que es el pilar fundamental para la declaración médico legal de muerte⁵⁵, el cuerpo clínico no tiene obligación de mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos de manera artificial, siempre y cuando el paciente no sea apto para el programa de donación de órganos.^{56,57}

En la antigüedad e incluso en nuestros días, existe una condición médica conocida como catalepsia o catatonia, también llamada muerte aparente, toda vez, a consecuencia de un estado psicótico, el paciente parece estar muerto.^{58,59} En este caso es declarada la muerte ya que el médico no se percata de la existencia de constantes vitales. El diagnóstico regularmente se determina en un proceso de exhumación del cadáver, al encontrar el cuerpo en una posición determinada o incluso el féretro con signos de rasgado. Para evitar inconvenientes jurídicos como éstos, el diagnóstico de muerte encefálica lo corrobora el clínico (médico) de acuerdo con los siguientes parámetros⁶⁰ para adultos y niños mayores de dos años:

- **Primero**, la ausencia de alteraciones reversibles que de *prima facie* conducen a una concepción errónea de muerte como son: alteraciones tóxicas y metabólicas reversibles, alteración por medicamentos o sustancias depresoras del sistema nervioso central o relajante muscular o una hipotermia inducida.⁶¹

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ Reglamenta parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos. Decreto 2493 de 2004. Artículo 2. Diario oficial, edición 45631. (Ag. 5, 2004).

⁵⁵ Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. (1968). *A definition of irreversible coma*. The Journal of the American Medical Association –JAMA-. August 5, Vol 205, No. 6.

⁵⁶ Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Ley 1733 de 2014. Diario oficial, edición 49.268. (Sep. 8, 2014).

⁵⁷ CConst, C-233/2014, A. Rojas. R.

⁵⁸ Grandini, G. J. (2004). *Medicina Forense*. México: McGraw- Hill Interamericana.

⁵⁹ Sadock, J. B, Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. (X ed.). Baltimore: Lippincott Williams &Wilkins.

⁶⁰ Decreto 1546, *óp. cit.*

⁶¹ Decreto 2493, *óp. cit.* Artículo 12.



- **Segundo**, la presencia de por lo menos los siguientes 7 signos clínicos cuyo alcance podrá ser ampliado en un libro de semiología médica y que deberán constar por escrito en la historia clínica, indicando la fecha y hora de su realización así como el resultado y diagnóstico definitivo:⁶²
 - Ausencia de respiración espontánea.
 - Pupilas persistentemente dilatadas.
 - Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
 - Ausencia de reflejo corneano.
 - Ausencia de reflejos óculo vestibulares.
 - Ausencia de reflejo faríngeo o nauseoso.
 - Ausencia de reflejo tusígeno.

Se entiende como muerte violenta la acaecida por un evento externo o traumático (accidente) y como muerte natural la que sobreviene por una enfermedad.⁶³

Cuando ocurre un accidente de trabajo que conlleva a la muerte del trabajador o se sospecha que la enfermedad que causó la muerte estaba relacionada con el trabajo (o ya estaba reconocida), es obligatorio la realización de una necropsia médico legal (Decreto 786 de 1990 artículo 7 literal b.) con el ánimo de servir de prueba para el proceso de calificación de origen del evento mortal.

Se entiende por autopsia o necropsia *“al procedimiento mediante el cual a través de observación, intervención y análisis de un cadáver, en forma tanto externa como interna y teniendo en cuenta, cuando sea del caso, el examen de las evidencias o pruebas físicas relacionadas con el mismo, así como las circunstancias conocidas como anteriores o posteriores a la muerte, se obtiene información para fines científicos o jurídicos”*.⁶⁴

Los objetivos de las autopsias médico - legales son:⁶⁵

- Establecer las causas de la muerte, la existencia de patologías asociadas y de otras particularidades del individuo y de su medio ambiente.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ Bohórquez, B.L.F. & Bohórquez B. J.I. (2007). *Diccionario jurídico colombiano*. (7^{ma} ed.). Colombia: Editorial Jurídica Nacional.

⁶⁴ *Practica De Autopsias Clínicas y Medico Legales, así Como Viscerotomias y Se Dictan Otras Disposiciones*. Decreto 786 de 1990. Artículo 1. Diario oficial, edición 39.300. (Ab. 17, 1990).

⁶⁵ *Ibidem*. Artículo 5.



- Aportar la información necesaria para diligenciar el certificado de defunción.
- Verificar o establecer el diagnóstico sobre el tiempo de ocurrencia de la muerte (cronotanatodiagnóstico).
- Contribuir a la identificación del cadáver.
- Ayudar a establecer las circunstancias en que ocurrió la muerte y la manera como se produjo (homicidio, suicidio, accidente, natural o indeterminada), así como el mecanismo o agente vulnerante.
- Establecer el tiempo probable de expectativa de vida, teniendo en cuenta las tablas de estadísticas vitales del DANE y la historia natural de las patologías asociadas.
- Establecer el tiempo probable de sobrevivencia y los hechos o actitudes de posible ocurrencia en dicho lapso, teniendo en cuenta la naturaleza de las lesiones causantes de la muerte.
- Aportar información para efectos del dictamen pericial.

Es claro entonces que la necropsia es una de las pruebas fundamentales en el proceso de calificación de origen de un evento mortal bien por AT o EL, tal y como lo indicaremos más adelante, toda vez, permite entablar en nexo causal entre la muerte y el accidente o la enfermedad.

Es importante entonces, señalar las causales para la realización obligatoria y de oficio de una necropsia médico legal:⁶⁶

- a) Homicidio o sospecha de homicidio.
- b) Suicidio o sospecha de suicidio.
- c) Cuando se requiera distinguir entre homicidio y suicidio.
- d) Muerte accidental o sospecha de la misma.
- e) Otras muertes en las cuales no exista claridad sobre su causa, o la autopsia sea necesaria para coadyuvar a la identificación de un cadáver cuando medie solicitud de autoridad competente.

De manera especial y obligatoria, en las siguientes circunstancias también se debe practicar una necropsia médico legal:⁶⁷

- a) Muertes ocurridas en personas bajo custodia realizada u ordenada por autoridad oficial, como aquellas privadas de la libertad o que se encuentren

⁶⁶ *Ibidem*. Artículo 6.

⁶⁷ *Ibidem*. Artículo 7.



bajo el cuidado y vigilancia de entidades que tengan como objetivo la guarda y protección de personas.

- b) Muertes en las cuales se sospeche que han sido causadas por enfermedad laboral o accidente de trabajo.
- c) Cuando sospeche que la muerte ha sido causada por la utilización de agentes químicos o biológicos, drogas, medicamentos, productos de uso doméstico y similar.
- d) En cadáveres de menores de edad cuando se sospeche que la muerte ha sido causada por abandono o maltrato.
- e) Cuando se sospeche que la muerte pudo haber sido causada por un acto médico.
- f) Muerte de gestantes o del producto de la concepción cuando haya sospecha de aborto no espontáneo.

PRESUNCIÓN: *“Lo que la ley mantiene mientras no se produzca prueba en contrario”*.⁶⁸ *“Es un juicio lógico del legislador o del juez, que consiste en tener como cierto o probable un hecho, partiendo de hechos debidamente probados”*.⁶⁹ Según nuestro ordenamiento jurídico,⁷⁰ *“se dice presumirse el hecho que se deduce de ciertos antecedentes o circunstancias conocidas.*

Si estos antecedentes o circunstancias que dan motivo a la presunción son determinados por la ley, la presunción se llama legal. Se permitirá probar la no existencia del hecho que legalmente se presume, aunque sean ciertos los antecedentes o circunstancias de que lo infiere la ley, a menos que la ley misma rechace expresamente esta prueba, supuestos los antecedentes o circunstancias.

Si una cosa, según la expresión de la ley, se presume de derecho, se entiende que no es admisible la prueba contraria, supuestos los antecedentes o circunstancias”. El artículo transcrito se refiere a dos clases de presunciones: las presunciones de derecho o *juris et de jure* y las presunciones simplemente legales o *juris tantum*. Las últimas son hechos o situaciones que en virtud de un mandato legal deben suponerse como ciertas siempre que se demuestren las circunstancias previas o el hecho antecedente sobre la cual se funda y admiten prueba en contrario (se considera cierto el hecho hasta demostrar lo opuesto),

⁶⁸ Real academia española, *óp. cit.*

⁶⁹ Parra, Q. J. (2011). Manual de derecho probatorio. (XVII ed.). Bogotá D.C.: Librería Ediciones del Profesional Ltda.

⁷⁰ Código Civil Colombiano. Ley 57 de 1887. Artículo 66.Extraído el 03 Abr., 2015 de http://200.75.47.49/senado/basedoc/codigo/codigo_civil_pr002.html



producen una certeza provisional.⁷¹ Las primeras son auténticas ficciones jurídicas y no admiten prueba en contrario por fundarse en principios científicos incuestionables, simplemente se considera cierto el hecho,⁷² producen una certeza definitiva.⁷³

Las presunciones no son un medio probatorio y una de sus funciones es eximir de prueba⁷⁴ y parten de hechos que deben estar plenamente probados.^{75,76}

REHABILITAR: “Habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado”.⁷⁷

REHABILITACIÓN: Re-habilitar. “Acción y efecto de rehabilitar”.⁷⁸ Es la especialidad de la salud y áreas afines, que agrupa una serie de procedimientos médicos, psicológicos, ocupacionales, y sociales, articulados y dirigidos a la ayuda de un lesionado con el objetivo de alcanzar el máximo potencial o estado de bienestar bio-psico-social, laboral y educacional, compatible con su deficiencia o limitación fisiológica, anatómica o ambiental, intentando restablecer o restaurar al estado prelesional.

Para la OMS la rehabilitación es “la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para reparar o adaptar al individuo con objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional”.⁷⁹ Abarca entonces un amplio abanico de actividades, como atención médica, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.⁸⁰

⁷¹ Parra, *óp. cit.*

⁷² Bohórquez, *óp. cit.*

⁷³ Parra, *loc. cit.*

⁷⁴ *Ibídem.*

⁷⁵ Código de Procedimiento Civil. Decreto 1400 de 1970. Artículo 176. Extraído el 02 Abr., 2015 de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_procedimiento_civil_pr006.html#176

⁷⁶ Código General del Proceso. Ley 1564 de 2012. Artículo 166. Extraído el 02 Abr., 2015 de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1564_2012_pr004.html#166

⁷⁷ Real Academia, *óp. cit.*

⁷⁸ *Ibídem.*

⁷⁹ Organización Mundial de la Salud. (1969). *Comité de expertos en rehabilitación médica*. Serie de informes número 419. Ginebra. Extraído Sep. 8, 2014 de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf

⁸⁰ Skinner, H.B. (2013). *Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics*. LANGE CURRENT Series (5^{ta} ed.). United States of America: McGraw-Hill Companies.



Es importante tener en cuenta que en el proceso de rehabilitación se considera al lesionado como una persona o entidad psico- biológica y social que ha sido alterada por un agente interno o externo y requiere por tanto, potencializar sus capacidades para disminuir la carga de la enfermedad, el accidente o sus secuelas.⁸¹

La filosofía de la rehabilitación, retoma el concepto de dignidad humana y el derecho que tienen las personas a tener una buena calidad de vida, igualdad de oportunidades y plena participación social⁸².

El proceso de rehabilitación debe ser integral, en búsqueda de eliminar los sentimientos de derrota o minusvalía del lesionado y lograr un adecuado proceso de reinserción social, económica y productiva. En este proceso el lesionado y su contexto social son protagonistas claros, toda vez, que las características de personalidad, las experiencias del lesionado y el medio favorable o desfavorable en el que se mueve, son determinantes del éxito o derrota del proceso rehabilitador⁸³. Un proceso de rehabilitación integral abarca, rehabilitación funcional, rehabilitación profesional y rehabilitación social o reinserción - integración social.⁸⁴ Nuestro marco técnico⁸⁵ sólo contempla las dos primeras:

Rehabilitación funcional: Proceso terapéutico que busca recuperar la función perdida a través de los servicios de rehabilitación.⁸⁶ Incluye los siguientes servicios:

- **Programa terapéutico específico:** define las metas y estrategias a partir de la evaluación, el diagnóstico y el pronóstico. Abarca: terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social, tiflogía, psicopedagogía, enfermería y todas aquellas actividades terapéuticas que se requieran teniendo en cuenta el diagnóstico clínico de base.

⁸¹ Fonseca, G.C. (2008). *Manual de medicina de rehabilitación*. Calidad de vida más allá de la enfermedad. (2^{da} ed.). Bogotá, D.C.: Manual Moderno.

⁸² Salinas, F.D. (2008). *Rehabilitación en salud*. (2^{da} ed.) Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

⁸³ Rodríguez, B. G. & Crespo, V. et al. (2009). *Traumatismo raquímedular*. Madrid: Díaz de Santos.

⁸⁴ Giraldo, C.A. et al. (2006). *Guías de Valoración del daño corporal*. Centro de estudios en derecho y salud- CENDES-.Medellín: Editorial CES.

⁸⁵ Dirección General de Riesgos Laborales. Ministerio de Protección Social. *Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales*. (3^{ra} ed.).

Extraído En. 30,2015 de <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>

⁸⁶ *Ibidem*.



- **Servicios especializados por el médico rehabilitador u otros médicos especialistas:** son los procedimientos necesarios para optimizar el desempeño funcional de la persona. Incluye entre otros: ortopedista, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, neurólogo, psiquiatra, cirujano plástico, urólogo, etc.
- **Prescripción o elaboración de productos de apoyo para personas con discapacidad:** se trata de prótesis, órtesis, audífonos, implantes, ayudas técnicas necesarias o aditamentos y adaptaciones para facilitar el desempeño funcional y ocupacional. Se basa en la actualización de la Norma ISO 9999-2007 o la norma técnica nacional vigente.

Rehabilitación profesional: *“Proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación o reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades”*.⁸⁷

Comprende:

- Evaluación inicial de las exigencias psicofísicas del puesto de trabajo o del trabajo habitual contrastada con la capacidad residual y funcional del trabajador.
- Programa terapéutico específico de rehabilitación funcional.
- Programa de entrenamiento de habilidades y destrezas, que promuevan el reintegro a la vida laboral y al desempeño de sus demás roles.
- Actividades de inducción o reinducción a su puesto de trabajo.
- Actividades de seguimiento y retroalimentación al reingreso al trabajo.

La rehabilitación social debemos entenderla como los mecanismos que de manera articulada, buscan la interacción del lesionado con su entorno familiar, social y laboral⁸⁸.

Todo proceso de rehabilitación debe tener como actor principal al lesionado y considerar su contexto socio laboral. Así mismo, debe tener una duración y objetivos claramente limitados y definidos, no son eternos o indefinidos. Se debe

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibidem.



fomentar la participación de la persona con discapacidad, de los profesionales tratantes, la familia y la comunidad en general, involucrando de manera paulatina al lesionado en los diferentes sectores (educación, salud, trabajo, cultura, recreación, etc.) para asegurar su integración social, familiar, ocupacional y laboral⁸⁹.

SECUELA: *“Consecuencia o resulta de algo”. “Trastorno o lesión que queda tras la curación de una enfermedad o un traumatismo, y que es consecuencia de ellos”*.⁹⁰

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ Real Academia, *loc. cit.*



RESUMEN

Se abordan los conceptos de enfermedad laboral y accidente de trabajo, se describen sus fundamentos teórico - prácticos desde el punto de vista jurídico y médico laboral del debido proceso en la calificación del origen de aquellas, así como los factores necesarios para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y su fecha de estructuración de acuerdo con el marco normativo y jurisprudencial colombiano.

También presentamos de una manera clara las bases conceptuales necesarias para una correcta interpretación jurídica de un dictamen de calificación de origen o pérdida de capacidad laboral, proferido en primera oportunidad o última instancia, incluyendo el análisis de la fecha de estructuración y la calificación integral de la invalidez.



INTRODUCCIÓN

El trabajo es en general un medio de dignificación del hombre, así como la más común de las fuentes de sus ingresos. Puede ser, la causa de enfermedades o eventos generadores de daño corporal en un trabajador determinado.

No obstante lo anterior, es importante recordar que la capacidad productiva del ser humano puede ser menoscabada por contingencias de origen no laboral o común, como son los accidentes caseros y las enfermedades comunes o generales.

El SGSSI⁹¹ busca la cobertura integral de las contingencias que deterioran la salud y la capacidad económica de los colombianos, con el fin de lograr el bienestar individual, la integración comunitaria, un desarrollo social armónico y sostenible, por el riesgo de ocurrencia de accidentes y enfermedades, de origen laboral o común.

El origen de la enfermedad o del accidente determina la aseguradora a cargo de las prestaciones económicas y asistenciales derivadas de dichas contingencias.

El porcentaje de pérdida de capacidad laboral, indica el beneficio prestacional recibido por el sistema (según la aseguradora que cubre el origen del evento), bien sea una prestación económica de tracto sucesivo (pensión de invalidez) o una indemnización única, tarifada y proporcional al porcentaje de menoscabo laboral (Subsidio por IPP).

La fecha de estructuración de la invalidez o de la pérdida de capacidad laboral genera la posibilidad de acceso a las prestaciones económicas, pensión de invalidez o subsidio económico por IPP, al acreditar con las semanas requeridas o cobertura jurídica por el SGSSI según el caso.

Por todo lo anterior, es necesario conocer la fundamentación jurídica y técnica que conlleva el debido proceso de calificación o determinación de origen de la enfermedad o el accidente y la fecha de estructuración.

⁹¹ Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Diario oficial, edición 41.148. (Dic. 23,1993).



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los fundamentos teórico prácticos desde el punto de vista médico laboral y jurídico, para el debido proceso en la calificación del origen, fecha de estructuración y pérdida de capacidad laboral en Colombia desde el 26 de Abril del 2005 hasta el 31 de Marzo de 2015?



2. HIPOTESIS

No existe en nuestro país norma que en concreto defina los fundamentos médico laborales para la calificación de origen de una enfermedad, accidente o la fecha de estructuración en primera oportunidad e incluso ante las Juntas de Calificación de Invalidez. Se cuenta con diferentes lineamientos legales que de manera dispersa, regulan algunos apartes del proceso médico en la calificación de dichos eventos y relacionadas con el tipo de soportes documentales requeridos para tal fin.

No obstante lo anterior y teniendo en cuenta que *“la medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”*⁹², se espera que los grupos de calificación de las diversas entidades facultadas para tal fin, al momento de proferir un dictamen, lo hagan de acuerdo a la evidencia científica disponible sobre la materia y en atención a los fines esenciales de nuestro Estado Social de Derecho.

Tras el antedicho vacío normativo expreso, es importante señalar que cada calificador o entidad, realiza el proceso técnico en atención a diferentes criterios e incluso, en su usencia.

Para resolver lo anterior, se busca delinear la fundamentación medico laboral de los dictámenes ya mencionados en concordancia con los lineamientos jurisprudenciales, el alcance principialístico del SGSSI y el debido proceso que toda actuación técnica debe conllevar para evitar conculcar los derechos fundamentales de la población trabajadora o en condición de discapacidad.

⁹² Ley 23, *óp. cit.*



3. JUSTIFICACIÓN

En la comunidad de médicos, abogados, pacientes y dentro de los diferentes actores del SGSSI, existe algún grado de desconocimiento sobre la fundamentación médica laboral y jurídica que entraña el debido proceso en la calificación del origen, fecha de estructuración y la pérdida de capacidad laboral; lo que redundaría en la indebida reclamación de los derechos sustantivos de los trabajadores, los empleadores o las aseguradoras. Algunos usuarios no reciben las prestaciones económicas y asistenciales a que tienen derecho según el origen de la contingencia, o inadecuadamente asesorados, desarrollan una infundada expectativa sobre las mismas, lo que puede hacer más gravosa su condición clínica.

Por otro lado, la carga económica de la siniestralidad laboral llevó a que durante el año 2012 para atender las consecuencias de los 609.981 eventos reconocidos (Pensiones por muerte e invalidez y prestaciones asistenciales –económicas), las aseguradoras liquidaran más de 1 billón de pesos. De acuerdo a la Federación de Aseguradores Colombianos-FASECOLDA-, en nuestro país, cada día ocurren 1.429 AT, de los cuales dos terminan con la muerte del trabajador. Bogotá D.C. ocupa el primer lugar con 184.313 accidentes de trabajo, seguida de Antioquia con 120.306 y el Valle del Cauca es tercero con 84.131 casos. Adicional a lo anterior, se presentó una tasa de 113 EL por cada 100 mil trabajadores, de los cuales el 52.92% corresponde a TME.⁹³

Es claro entonces que los diferentes actores del SGSSI, incluido trabajadores, empleadores y sus apoderados judiciales, deben conocer los fundamentos médicos laborales y jurídicos aplicables al debido proceso en la calificación de origen, pérdida de capacidad laboral, valoración de la fecha de estructuración, el marco de controversia, así como su desarrollo armónico dentro de nuestro Estado Social de Derecho con el fin de hacer una reclamación de sus derechos económicos y asistenciales ajustada al marco normativo y técnico que rige el proceso en comento.

⁹³ Aristizabal, G. J.C. (2013). *La Enfermedad Laboral en Colombia*. Federación de Aseguradores Colombianos. Consejo Nacional de Seguridad. Extraído el 23 de Septiembre de 2014 de <http://www.consejocolombianodeseguridad.org.co/img/Enfermedad%20Laboral%20en%20Colombia%20Fasecolda.pdf>



En todo lo anterior radica la preponderancia de la presente investigación, toda vez, presenta a la comunidad un instrumento conceptual de referencia frente al deber ser (debido proceso) en la calificación médico laboral del origen, fecha de estructuración y pérdida de capacidad laboral en Colombia desde el 26 de Abril del 2005 tras la expedición de la Sentencia C-425 de 2005, describiendo de manera clara y didáctica los fundamentos teórico prácticos que conlleva dicha valoración técnica especializada.



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el debido proceso en la calificación del origen, fecha de estructuración y pérdida de capacidad laboral en Colombia según el marco normativo vigente y los lineamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional desde el 26 de Abril del 2005 hasta el 31 de Marzo de 2015.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- i. Identificar los fundamentos médico laborales para la calificación de origen, pérdida de capacidad laboral, fecha de estructuración y el marco de controversia en Colombia.
- ii. Detallar los elementos jurídicos vigentes en Colombia para la calificación de origen, pérdida de capacidad laboral, fecha de estructuración y el marco de controversia.
- iii. Determinar la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional frente al debido proceso en la calificación de origen, pérdida de capacidad laboral, fecha de estructuración y el marco de controversia en Colombia.



5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. TEORIA DE LOS RIESGOS LABORALES

Muchas y fatales han sido las batallas que los trabajadores han emprendido por el reconocimiento de sus derechos sustantivos, dentro de ellos, al resarcimiento de los daños acaecidos con causa u ocasión del trabajo realizado. Gracias a ellas, hoy se busca la necesidad de que el empleador (patrono), quien se beneficia de la fuerza productiva y de la capacidad laboral de sus trabajadores (obreros), sea diligente en el cuidado y administración de los riesgos que impone a sus trabajadores en atención a las características de su proceso productivo. Dicho reconocimiento ha tenido varias etapas a nivel internacional.⁹⁴

⁹⁴ Durán, V. F. (2005). *Aseguramiento de riesgos laborales: principios e instrumentos*. Organización Internacional del Trabajo. Extraído el 30 de Diciembre de 2014 de www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/.../aseg_riesgo_laboral.ppt



5.1.1. Responsabilidad por culpa. Luego de la revolución industrial, las nuevas condiciones de trabajo con la industrialización de los procesos productivos, generaron inseguridad en la población trabajadora, toda vez, existía una absoluta falta de previsión del riesgo laboral y las consecuencias de los riesgos derivados del trabajo eran soportados por el trabajador sin ningún tipo de previsión social o régimen especial de cobertura frente a dichas contingencias. Con el aumento de la siniestralidad y la carga económica y social derivada, el gravamen del empresario se limitaba a la responsabilidad civil por culpa, lo que conllevaba para el obrero, la carga probatoria en la demostración de la misma. Esta etapa se desarrolló entre 1880 y 1900.

5.1.2. Responsabilidad individual del empleador. Se establece la indemnización obligatoria y de manera directa en cabeza del empleador por los daños ocasionados por el riesgo creado a sus trabajadores. Se crean los seguros obligatorios de responsabilidad individual del empleador. Se desarrolló entre 1900 y 1920.

5.1.3. Responsabilidad objetiva. Surge en reacción contraria la teoría de la culpa. Evolucionó del régimen de responsabilidad por culpa a la de la responsabilidad objetiva del empresario, el cual responde no por ser considerado culpable del daño causado, sino por ser el causante del riesgo que generó el daño. Se crean los seguros profesionales y el seguro social de accidentes. Se desarrolló entre 1920 y 1950.

5.1.4. Gestión del Riesgo. Surgen las políticas de seguridad y salud en el trabajo (recientemente incorporadas a nuestra legislación a través de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1443 de 2014). Se fundamenta en la prevención de los riesgos laborales como principio fundamental. Se desarrolla desde 1950.

En Colombia, se adoptó el primer régimen de protección a los trabajadores con la Ley 57 de 1915, creándose un sistema de riesgos del trabajo en 1965 con la expedición de los Decreto 3169 y 3170 de 1964.⁹⁵ Posteriormente la Ley 100 de 1993 regulo el Sistema General de Riesgos Profesionales, desarrollado por el Decreto Ley 1295 de 1994 y posteriormente modificado por la Ley 1562 de 2012. El actual SGRL actualmente está cimentado en la teoría del riesgo creado por el

⁹⁵ Cortés, G.J.C. (2012). *Régimen de los riesgos laborales en Colombia: comentarios a la Ley 1562 de 2012*. Bogotá, D.C.: Legis.



empleador, en la que no se toma en cuenta la culpa del trabajador o del empleador en la ocurrencia del daño, sino que establece una responsabilidad objetiva por cuya virtud el empleador resulta obligado a reparar los perjuicios que sufre el trabajador al desarrollar la labor en actividades de las que el empresario obtiene un beneficio.⁹⁶

Bajo esta teoría no hay que probar si ha mediado culpa o negligencia en la ocurrencia del accidente o la enfermedad,⁹⁷ basta acreditar la relación causa efecto entre el daño y la labor o actividad empresarial para que nazca en cabeza del empleador, la responsabilidad de reconocer las prestaciones económicas y asistenciales de ellas derivadas. Dicho reconocimiento quedó subrogado al SGSSI a través de la afiliación a las ARL.

Es importante recordar lo señalado por la CSJ en relación a los tipos de responsabilidad en riesgos laborales:⁹⁸

“(...) en materia de riesgos profesionales, surgen dos clases de responsabilidad claramente diferenciadas; una de tipo objetivo, derivada de la relación laboral, que obliga a las administradoras de riesgos profesionales a atender y reconocer a favor del trabajador, las prestaciones económicas y asistenciales previstas por el Sistema de Riesgos Profesionales en tales eventos, prestaciones que se generan al momento en que acaece el riesgo profesional amparado, para cuya causación resulta indiferente la conducta adoptada por el empleador, pues se trata de una modalidad de responsabilidad objetiva prevista por el legislador con la finalidad de proteger al trabajador de los riesgos propios a los que se ve expuesto al realizar la actividad laboral. Tenemos también la responsabilidad civil y ordinaria de perjuicios prevista en el artículo 216 del C.S.T., ésta sí derivada de la “culpa suficientemente probada del empleador en la ocurrencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional”, que le impone al empleador la obligación de resarcir de manera plena e integral los perjuicios ocasionados al trabajador como consecuencia de los riesgos profesionales que sufra, siempre que en este último caso medie culpa suya debidamente probada en punto de su ocurrencia.(...)”.

Quien desarrolla una actividad y se beneficia de ella es quien debe responder por los daños que esta cause. No se toma en cuenta la culpa del empleador en la ocurrencia del siniestro, sino que, se establece una responsabilidad objetiva

⁹⁶CSJ Laboral2, 13 Jul.1993. r5918, H. Suescún P.

⁹⁷Ayala, C. C. L. (1999). *Legalización en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales*. Bogotá, D.C.: Ediciones Salud Laboral Ltda.

⁹⁸CSJ Laboral, 14 Agt.2012. r39446, F. J. Ricaurte G.



(directa) por cuya virtud resulta el empleador obligado a reparar los perjuicios que sufre el trabajador al desarrollar su labor en actividades de las que el empresario obtiene un beneficio.^{99, 100}

6. COBERTURA DEL RIESGO LABORAL

Los trabajadores que sufren un AT o EL, tienen derecho a prestaciones asistenciales y económicas de diferentes a las enfermedades de origen común:

6.1. Prestaciones asistenciales:¹⁰¹

- a. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- b. Servicios de hospitalización.
- c. Servicio odontológico.
- d. Suministro de medicamentos.
- e. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- f. Prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomienda.
- g. Rehabilitaciones física y profesional.
- h. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

Los servicios de salud que demande el trabajador y que sean derivados del accidente de trabajo o la enfermedad laboral, deben ser prestados de manera directa por la EPS, salvo los tratamientos de rehabilitación profesional o los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados por las ARL.

Las ARL reembolsarán a las EPS, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al SGRL, a las mismas tarifas convenidas entre la EPS y la IPS. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la EPS del 10%, salvo pacto en contrario entre las partes.^{102,103}

⁹⁹ CConst, C-250/2004, A. Beltrán S.

¹⁰⁰ CConst, C-453/2002, A. Tafur G.

¹⁰¹ Organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Decreto Ley 1295 de 1994. Diario oficial, edición 41.405, (Jn. 24, 1994). Artículo 5.

¹⁰² D. Ley 1295, *óp. cit.* Artículo 6.



PRESTACIÓN	COMÚN	LABORAL
Carencia	No requiere.	No requiere. Si aplica concepto cobertura jurídica.
Alcance Servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y ayudas diagnósticas.	P.O.S.	Tecnología disponible en el país.
Medicamentos	P.O.S.	Sin límites, incluso presentación comercial.
Prótesis y ortesis.	P.O.S.	Tecnología disponible en el país.
Rehabilitación.	<u>Incluye:</u> rehabilitación física y mental. <u>Excluye:</u> rehabilitación social o laboral.	Física.- Mental.- - Funcional. Laboral o Profesional.
Gastos de Traslados	<u>Incluye:</u> traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada). Prehospitalario. -----Entre I.P.S. (nacional).---Para atención domiciliaria. <u>Excluye:</u> traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud.	Los que sean necesarios para la prestación de los servicios asistenciales.
Copagos	Según IBC-Ver adelante-	No hay.
Cuota Moderadora	Según IBC-Ver adelante-	No Hay.

Tabla 1. Comparativo entre la cobertura asistencial del SGSS en salud y en riesgos laborales. IBC: Ingreso base de cotización. IBL: Ingreso base de liquidación. POS: Plan obligatorio de salud.

6.2. Prestaciones económicas:

Existen profundas diferencias en las prestaciones económicas del SGSS en salud y el de RL. En la tabla 2, se señalan las diferencias principales entre ambos regímenes; destacando que la Leyes 776 de 2002 y 1562 de 2012 reglamentan lo atinente a las prestaciones económicas del SGRL. Es de recordar que en dicho

¹⁰³ Reglamenta parcialmente el Decreto 1295 de 1994. Decreto 1771 de 1994. Artículo 2 y 3. Extraído el 3. Abr., 2015 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3360>



sistema el pago de la indemnización derivada se hace de manera tarifada y en atención al Decreto 2644 de 1994, que contiene la tabla única para las indemnizaciones por IPP y la prestación económica correspondiente.

Origen Común	Origen Laboral
Incapacidad temporal: 66,66% - 50% IBC Incapacidad permanente parcial: No hay reconocimiento	Incapacidad temporal: 100% IBL Incapacidad permanente parcial: Indemnización según D. 2644, 1994 – 2 a 24 Meses en I.B.L
PENSIÓN DE INVALIDEZ	PENSIÓN DE INVALIDEZ
50% = PCL = 66% Pensión = 45% IBL PCL = o > 66% Pensión = 54% IBL, más 2% por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800. Pensión tope = 75% IBL	50% =PCL < 66% Pensión = 60% IBL PCL = o > 66% Pensión = 75% IBL Si la persona requiere auxilio de otras personas: + 15%
IBL = Promedio de los 10 años anteriores al reconocimiento de la pensión o su equivalente en semanas efectivamente cotizadas.	IBL = AT = Promedio últimos 6 meses EL =Promedio último año
Cotización y cobertura: 50 semanas 3 años anteriores a la fecha de estructuración. Cuando el afiliado haya cotizado por lo menos el 75% de las semanas requeridas para pensión de vejez, se requerirá que haya cotizado 25 semanas en los últimos tres (3) años. Menores de 20 años: Mínimo 26 semanas de cotización en el último año inmediatamente anterior al hecho causante de su invalidez o su declaratoria	Cotización y cobertura: Al día siguiente de la afiliación existe cobertura Cotización: 1 mes (Empleador)

Tabla 2. Comparativo de las prestaciones económicas del SGSS en salud y riesgos laborales.^{104,105}

Es importante también recordar en las tablas 3 y 4, los diferentes regímenes sobre el pago de la incapacidad temporal, de origen común y laboral según días acumulados:

¹⁰⁴ Silva de R. A.L. (2013, noviembre). *18 Semana de la Salud Ocupacional. XXXII Congreso de ergonomía, higiene, medicina y seguridad ocupacional.*

¹⁰⁵ Sistema de Riesgos Laborales. Ley 1562 de 2012. Artículo 5. Diario Oficial, edición 48.488. (Jul. 11, 2012).



Rango en días	Responsable	Norma
1-2	Empresa (66,67% del IBC – Salario Mínimo al 100%)	Decreto 2943 de 2013
3-90	EPS (66,67% del IBC – Salario Mínimo al 100%)	Artículo 227 C.S.T. Parágrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012.
91-180	EPS (50% del IBC – Salario Mínimo al 100%)	Artículo 227 C.S.T. Parágrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012.
181-540	AFP-CS Colpensiones (50% del IBC – Salario Mínimo al 100%)	Decreto Ley 019 de 2012 artículo 142. CRH. Favorable. Parágrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012.
>540	Vacío Legal (50% del IBC – Salario Mínimo al 100%)	Acudir a Juez Constitucional.

Nota. Decreto 056 de 2015. Artículo 16: IT que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista y los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del FOSYGA, serán cubiertas por la EPS del Régimen Contributivo a la que estuviere afiliada la víctima, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, los Artículos 2 y 3 de la Ley 776 de 2002, el parágrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012 o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Tabla 3. Entidad encargada del pago de la incapacidad de origen común y porcentaje reconocido según acumulado en días.

Rango en días	Responsable	Norma
1	Empresa (100% del IBL)	Decreto 2943 de 2013. Ley 776 de 2002 artículo 3.
2 al 180	ARL (100% del IBL)	Ley 776 de 2002. Decreto Ley 1295 de 1994. Decreto 2943 de 2013. Decreto 1352 de 2013. Parágrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012.
181 al 540		

Nota. Decreto 056 de 2015. Artículo 16: Las IT que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista y los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del FOSYGA, serán cubiertas por la ARL a la que estuviere afiliada la víctima, si este fuere calificado como accidente de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, los Artículos 2 y 3 de la Ley 776 de 2002, el parágrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012 o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Tabla 4. Entidad encargada del pago de la incapacidad de origen Laboral y porcentaje reconocido según acumulado en días.

Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un AT serán reconocidas y pagadas por la ARL en la cual se encuentre afiliado el trabajador al momento de ocurrir el accidente. Las prestaciones asistenciales y económicas



derivadas de una EL, serán reconocidas y pagadas por la ARL a la cual se encuentre afiliado el trabajador al momento de requerir la prestación.¹⁰⁶

Si el trabajador se encuentra desvinculado del SGRL:

- La última ARL a la cual estuvo afiliado, deberá asumir las prestaciones del sistema, si se le califica una EL y cuando el origen de la enfermedad pueda imputarse al período en el que estuvo cubierto por ese Sistema.¹⁰⁷
- La ARL en la cual se hubiere presentado un accidente de trabajo, deberá responder íntegramente por las prestaciones derivadas de ese evento, tanto en el momento inicial como frente a sus secuelas, independientemente de que el trabajador se encuentre o no afiliado a esa administradora o al SGSSI.¹⁰⁸

*“Las mesadas pensionales y las demás prestaciones establecidas en el Sistema General de Riesgos Laborales prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho”.*¹⁰⁹

Por extensión jurisprudencial, podemos indicar que civilmente, el empleador tiene frente a su trabajador un deber de seguridad genérico (prudencia y diligencia) en el cumplimiento de la normatividad aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para evitar la ocurrencia de un detrimento en la salud del obrero.¹¹⁰

7. FUNDAMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN EL SGSSI:

La valoración del daño corporal en el SGSSI, conlleva como primera medida la definición de origen del evento en salud. En los casos que no exista calificación de

¹⁰⁶ Ley 776, *óp. cit.* Artículo 2.

¹⁰⁷ *Ibidem.*

¹⁰⁸ *Ibidem.*

¹⁰⁹ Ley 1562, *óp. Cit.* Artículo 22.

¹¹⁰ CSJ Civil, 18 Oct.2005, r14.491, P. O. Munar C.



origen en primera oportunidad y por las Juntas de Calificación de Invalidez, se debe aplicar la presunción de origen común, excepto sobre las patologías que existen en la tabla de enfermedades laborales o Decreto 1477 de 2014, tal y como lo explicaremos más adelante.

Una vez definido el origen de la contingencia y adelantado el proceso de rehabilitación se procederá a calificar la pérdida de capacidad laboral y su fecha de estructuración. De acuerdo a todo lo anterior, es importante señalar que un dictamen de medicina laboral puede versar sobre:

- A. Calificación de origen de la enfermedad, del accidente o sus secuelas.
- B. Calificación de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez.
- C. Calificación o determinación de la fecha de estructuración.

Dado lo antepuesto, veremos unos conceptos básicos al respecto.

7.1. PROCESO DE CALIFICACIÓN DEL ORIGEN: Hace referencia a los procedimientos necesarios para la declaración y calificación formal del origen de una patología, indicando si se trata de una entidad común (No relacionada con el trabajo) o laboral (Bien Accidente de Trabajo o Enfermedad Laboral), con el ánimo de garantizar el acceso a las prestaciones económicas y asistenciales según el caso.

Este proceso de calificación de origen, requiere la interacción armónica de la empresa, el trabajador, las administradoras de la seguridad social y el concepto del médico tratante sobre el diagnóstico motivo de calificación. En todo momento debe respetarse el debido proceso con el ánimo de lograr que la resolución de las expectativas frente al origen de una patología se lleve a cabo sin inconformidades para alguna de las partes y en especial del trabajador, el cual generalmente y de manera natural, tiende a la asociación de sus patologías con los factores de riesgo existentes en su trabajo habitual o los presentes a lo largo de su historia laboral o a un evento traumático acaecido por causa u ocasión con su trabajo.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social Integral de nuestro Estado social de derecho, juega un papel preponderante la detección de las contingencias de origen laboral (Accidente o Enfermedad) y la realización de los procesos administrativos que conlleven a que éstos trabajadores que ha sufrido un detrimento en su estado de salud sean indemnizados de manera proporcional al



daño sufrido bien fruto de la exposición a un agente nocivo existente en el medio ambiente en que se ha visto obligado a trabajar -enfermedad laboral- o a la ocurrencia de un accidente de trabajo- evento súbito-.

El AT por su evolución súbita, generalmente no conlleva un proceso de calificación muy dispendioso, a diferencia de la enfermedad, la cual por su carácter insidioso y multifactorial, si genera mayor dificultad técnica al momento de la definición del origen.

“Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común”,¹¹¹ excepto aquellas patologías que se encuentran en la tabla de enfermedades laborales, sobre las cuales recae una presunción iuris tantum, es decir, se presumen legalmente como enfermedades laborales.^{112,113,114}

En el mundo existen diversos métodos para la calificación de origen de una enfermedad, dentro de ellos destacamos:¹¹⁵

7.1.1. Sistema Cerrado: Se desarrolla mediante una serie de tablas de enfermedades laborales que son reconocidas si se contraen en las condiciones descritas en la tabla. Hay tablas de enfermedades que poseen categorías diagnósticas como el Decreto 2569 de 2009, otras, contienen la descripción expresa de la patología considerada como de origen laboral y otras, contienen tanto categorías diagnósticas como patologías determinadas. (Tablas abiertas, cerradas y mixtas). Se presume el nexo causal entre la patología y el trabajo en las condiciones descritas en la tabla.

7.1.2. Sistema Abierto de calificación: Hay una definición general de enfermedad laboral y toda enfermedad que se demuestre cumplir con dicha definición, será reconocida como enfermedad laboral. Se debe demostrar el nexo causal entre la patología y el trabajo.

¹¹¹ Decreto Ley 1295, Óp. Cit. Artículo 12.

¹¹² Ayala, C. C. L. (2011). *Concepto jurídico de enfermedad profesional*. Extraído el 23. Dic. 2014 de http://laboral.fedepalma.org:8082/labpalma/docs/concepto_minproteccion_0000008_2011.htm

¹¹³ Prieto, S. A.C. Apoderada del Ministerio de Protección Social. Intervención en proceso sobre demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 11 del Decreto 1295 de 1994, expediente D-7300. CConst, C-1155/2008, J.A. Rentería.

¹¹⁴ Colombia, Consejo Superior de la Judicatura Sala Administrativa, Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. (2009). *Módulo de aprendizaje autodirigido: Plan de formación de la rama judicial*. Novedades en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá, D.C.: Ministerio de Protección Social – Fondo de Riesgos Laborales – Consejo Superior de la Judicatura.

¹¹⁵ Gil, H. F. (2012). *Tratado de medicina del trabajo: Introducción a la salud laboral, aspectos jurídicos y técnicos*. (2^{da} ed. Vol. I). Barcelona: Elsevier Masson.



7.1.3. Sistema Mixto: Es la combinación de los dos anteriores, existe una tabla de presuntas enfermedades laborales y además una definición. A todas aquellas que no están descritas en la primera pero se les logra demostrar el nexo causal con el trabajo según la normatividad aplicable, serán reconocidas como EL. Es el que mejor garantías ofrece a la población trabajadora. Colombia tiene un sistema de calificación de enfermedades laborales mixto.

Al respecto la OIT indica que "aunque el régimen de listas tiene la desventaja de abarcar únicamente a un número específico de enfermedades profesionales, tiene la ventaja de proporcionar una lista de enfermedades sobre las que existe una presunción de que son de origen profesional. A menudo es muy difícil, si no imposible, demostrar que una enfermedad puede atribuirse directamente a la ocupación de la víctima. El apartado 2) del párrafo 6 de la Recomendación núm. 121 que acompaña a este Convenio prevé que: «el origen profesional de estas enfermedades debería presumirse salvo prueba en contrario» (en condiciones prescritas). Asimismo, tiene la importante ventaja de indicar claramente dónde debe desarrollarse la prevención. El régimen de definición genérica abarca teóricamente todas las enfermedades profesionales; concede la más amplia y flexible protección posible, pero es la víctima quien debe demostrar el origen profesional de la enfermedad, y no se hace hincapié en ninguna medida de prevención específica. Esta diferencia marcada entre una definición genérica y una lista de enfermedades específicas explica por qué el régimen mixto se está aplicando en cada vez más países: porque combina las ventajas de ambos regímenes sin sus desventajas".¹¹⁶

Cuando la enfermedad se presume de origen laboral (está en la tabla y se contrajo en las condiciones en ella descritas), la carga de la prueba para desvirtuar dicha presunción *iuris tantum*, está en cabeza del empleador y de la ARL respectiva. Compete al médico clínico tratante determinar el diagnóstico médico y a la entidad calificadora en primera oportunidad, probar el cumplimiento de la descripción de la tabla, la ausencia de concausas y la confirmación técnica del diagnóstico.

7.2. CONCEPTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO: *“Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que*

¹¹⁶ Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y lista de la OIT relativa a las enfermedades profesionales. (2002). Conferencia Internacional del Trabajo. 90a reunión. Ginebra: Suiza. Extraído el 15 de En. 2015 de <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/rep-v-1.htm#Registro%20y%20notificacion%20de%20accidentes%20deL%20traba>



produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.”¹¹⁷

7.3. NOCIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL: *“Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.*

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Laborales, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales.

PARÁGRAFO 2o. Para tal efecto, El Ministerio de la Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo, realizará una actualización de la tabla de enfermedades

¹¹⁷ Ley 1562, óp. cit. Artículo 3.



laborales por lo menos cada tres (3) años atendiendo a los estudios técnicos financiados por el Fondo Nacional de Riesgos Laborales.”¹¹⁸

7.4. DEFINICIÓN DE FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: “Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.

Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumen-tada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral.”¹¹⁹

7.5. CONCEPTO DE ESTRUCTURACIÓN (CONSOLIDACIÓN Y SECUELA): Sea esta la oportunidad para aclarar el concepto de secuela desde sus dos acepciones en el proceso de valoración del daño en el SGSSI. La primera hace referencia a la secuela como lo derivado de una enfermedad o accidente; por ejemplo, un trabajador con una fractura de muñeca (AT) que posteriormente desarrolla una infección (osteomielitis). Esta última enfermedad es una secuela derivada del AT. Mujer de 23 años con síndrome de túnel del carpo (compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca) que por la severidad de su cuadro requirió manejo quirúrgico. Posterior a la cirugía desarrolla un cuadro depresivo relacionado con la limitación funcional derivada de la cirugía no exitosa. La depresión reactiva se considera una secuela del síndrome de túnel del carpo. La segunda acepción es el concepto de secuela como la limitación funcional residual, es decir, el estado funcional del trabajador posterior a la culminación del proceso de rehabilitación. Juanita es una cajera de 35 años, se cae en su casa y se fractura el fémur

¹¹⁸ *Ibidem.* Artículo 4.

¹¹⁹ Decreto 1507, *loc. cit.*



derecho. Fue operada y llevada a un proceso de rehabilitación para ganar fuerza, mejoría del dolor, seguridad en la marcha y evitar la pérdida de masa muscular en el muslo. Después de 300 días de incapacidad, el médico fisiatra da por terminado el proceso de rehabilitación (es decir, se alcanzó el objetivo máximo esperado, por consiguiente, se está ante una secuela funcional) y determina que la paciente presenta: acortamiento del miembro inferior derecho de 3 cm para lo cual le envía una plantilla y un dolor crónico residual leve que amerita manejo indefinido con acetaminofén. De acuerdo a lo anterior, el acortamiento y el dolor residual, son las secuelas funcionales de Juanita y es uno de los insumos técnicos, utilizados por el médico laboral para realizar el proceso de calificación de pérdida.

Toda lesión o daño en la salud, sigue un curso variable que dependerá de la capacidad biológica individual del lesionado y del tipo y calidad de tratamiento recibido. Dentro de dicha evolución de la lesión, la secuela (consolidación) supone su estado último, es decir, una vez lograda no se espera que exista mejoría sustancial del cuadro clínico alcanzado y con la continuidad del plan de tratamiento. De ahí que todo proceso de rehabilitación debe tener un inicio y un final. Este es el ya mencionado concepto de secuela como fase de consolidación o estabilización de la lesión y sólo será equivalente a la curación cuando el lesionado llegue con el tratamiento instaurado al estado previo a la lesión.¹²⁰

En las figuras 3 y 4 se diagrama el concepto de secuela funcional cuando el proceso de rehabilitación logra mejorar o disminuir el daño inicial y cuando la lesión, no se modifica funcionalmente pese a un adecuado proceso de rehabilitación, por ejemplo, en este último caso un paciente con trauma medular que lo deja cuadripléjico y en el cual la rehabilitación estaría encaminada a disminuir el riesgo de escaras y cuidar las articulaciones pero no modificaría el estado de cuadriplejía.

¹²⁰ Jouvencel, M.R. (2002). *Manual del perito médico: fundamentos técnicos y jurídicos*. España: Díaz de Santos.



Figura 3. Concepto de secuela durante proceso de rehabilitación que logra mejoría pero no curación de la lesión.

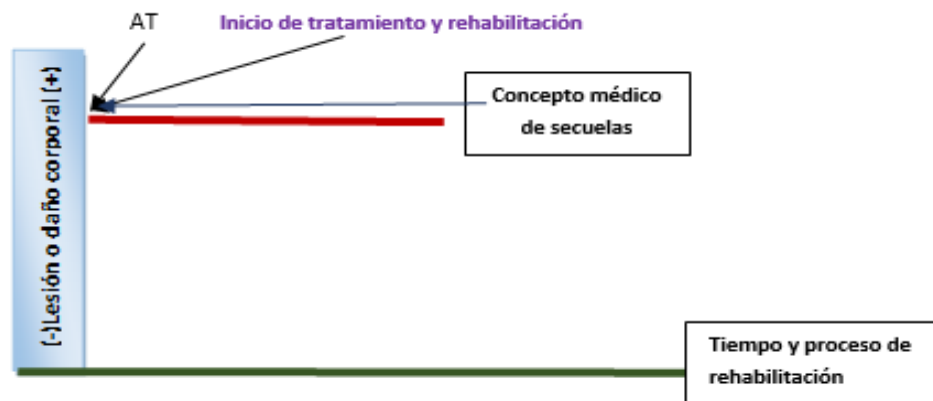


Figura 4. Concepto de secuela durante proceso de rehabilitación que no logra modificar la lesión inicial.

7.6. CONCEPTO DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: Es la pérdida o disminución del grado de capacidad laboral de un trabajador. En Colombia, dicho valor se expresa porcentualmente y se obtiene al aplicar el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, vigente al momento de la calificación. Actualmente está contenido en el anexo técnico del mencionado Decreto 1507 de 2014 el cual deroga el Decreto 917 de 1999. Sólo es viable realizar dicha calificación:

- Al terminar el proceso de rehabilitación integral si existe concepto favorable de rehabilitación.



- Sin el proceso de rehabilitación, cuando se demuestre que están instauradas la secuelas y que el proceso faltante es de mantenimiento funcional.
- Sin adelantar un proceso de rehabilitación, por considerarse medicamente que no es pertinente.

Existen otros Manuales de Calificación, aplicables según el régimen al que pertenezca la persona evaluada: Magisterio, Ecopetrol, Fuerzas Militares, Policías etc. Dichos regímenes especiales no están dentro del alcance del presente trabajo de investigación por lo tanto no serán analizados.

En nuestro medio, consiste en determinar porcentualmente el grado de pérdida de capacidad laboral o funcional del evaluado, de acuerdo a las tablas de calificación o baremos. Para su aplicación existen 4 leyes o reglas de la baremología,¹²¹ recordando que existen baremos que evalúan la pérdida funcional de un individuo y otros como el Decreto 917 de 1999 y 1507 de 2014, que evalúan la pérdida de capacidad funcional y la “convierten” en pérdida de capacidad laboral:

- **Primera Ley:** La incapacidad fisiológica no puede ser del 100%, ya que esta equivale a la muerte. La valoración funcional se tasaría entre el 0 al 99%.
- **Segunda Ley:** Teoría de las capacidades restantes. El 100% de la capacidad fisiológica de un individuo se consigue al sumar el % perdido con su capacidad fisiológica efectiva o restante. En el caso colombiano esta ley indicaría que el 100% de la capacidad laboral de un individuo se consigue al sumar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral con la capacidad laboral residual del trabajador.
- **Tercera Ley:** Jerarquización estricta de la incapacidad según su gravedad real. El grado de pérdida de capacidad funcional es directamente proporcional al grado de la lesión. Esta regla es contraria a la siguiente y las dos son uno de los grandes inconvenientes de nuestro sistema de calificación de pérdida de capacidad laboral, la ausencia de

¹²¹ Mélenec, L. (1997.) *Valoración de las Discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces*. Barcelona: Masson, S.A.



proporcionalidad entre una lesión y la pérdida de capacidad laboral efectiva.

- **Cuarta Ley:** Independiente estricta de las incapacidades fisiológicas y la pérdida de capacidad laboral. *“No existe proporcionalidad ni paralelismo alguno entre la tasa de incapacidad fisiológica (minusvalidez personal) y la incapacidad profesional o del trabajo: los dos conceptos son fundamentalmente distintos (...) el pianista o el violinista de concierto que pierde el dedo índice tiene una débil incapacidad biológica (8%), pero su incapacidad para el trabajo es total (por lo menos hasta que se le proporcionen los medios necesarios para readaptarse); por el contrario, el banquero parapléjico se ve afectado por una gran incapacidad biológica (75%), pero con la suficiente voluntad puede continuar trabajando en las mismas condiciones de eficiencia que antes: su incapacidad de trabajo es nula (...) otros ejemplos muestran que las deficiencias físicas muy graves mantienen una eficiencia profesional total o incluso, la acrecienta. Un presidente de los EE.UU. era inválido de los miembros inferiores; hemos conocido un psiquiatra parapléjico, un médico asesor amputado de ambos miembros inferiores, un perito médico (que ejerció hasta pasados los 80 años) diabético y ciego, un presidente de sindicato tetrapléjico. La mayoría de los ciegos de nacimiento ejercen una profesión en condiciones normales. Beethoven era sordo, Schumann y Van Gogh sufrían de enfermedad mental, y es por todos bien sabido, que los genios, tan productivos en la actividad que desarrollaban son, cuando menos, grandes neurópatas: Baudelaire, Verlaine, Víctor Hugo, etc. (...) Es necesario pues, de una vez por todas, dejar de decir, escribir «fulano presenta una incapacidad médica del 60, 70%; por lo tanto, es inútil para todo trabajo». Si fuera cierto, Roosevelt habría apartado de la presidencia de los EE.UU, Beethoven de su piano, Van Gogh de su caballete, etc. (...)”*¹²²

¹²² *Ibidem.*



7.7. NOCIÓN DE CALIFICACIÓN INTEGRAL DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: Según los dos últimos baremos de la seguridad social, la calificación de pérdida de capacidad laboral de manera integral se genera al aplicar sus lineamientos técnicos, así:

7.7.1. Para el derogado Decreto 917 de 1999, se realizaba calificación integral de la pérdida de capacidad laboral cuando se sumaban los valores calculados de la deficiencia, discapacidades y minusvalías (tabla 5).

7.7.1.1. LA DEFICIENCIA “se entiende por deficiencia, toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo humano, así como también los sistemas propios de la función mental. Representa la exteriorización de un estado patológico y en principio refleja perturbaciones a nivel del órgano”¹²³.

7.7.1.2. LA DISCAPACIDAD “se entiende por Discapacidad toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de la deficiencia y por tanto, refleja alteraciones al nivel de la persona”¹²⁴.

7.7.1.3. LA MINUSVALÍA “e entiende por Minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que lo limita o impide para el desempeño de un rol, que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Se caracteriza por la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece. Representa la socialización de la deficiencia

¹²³ Decreto 917 de 1999. Es preciso aclarar que el mencionado decreto fue derogado, pero se extrae fragmentos para efectos de establecer una definición.

¹²⁴ *Ibidem*.



y su discapacidad por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de las mismas y alteran su entorno”¹²⁵.

Con el 917, para calificar la PCL de manera integral, se tendría que aplicar las tablas correspondientes y calcular deficiencia, discapacidad y minusvalía, para posteriormente sumar aritméticamente los valores obtenidos.

Ejemplo: Jumirfio Riverex, es un trabajador de 56 años con Asma controlada con uso de inhaladores. Desea calificación de pérdida de capacidad laboral por lo tanto se calcula según el baremo encontrando una PCL de 35%.

<p><i>ENFERMEDAD</i> <i>O TRASTORNO</i> → <i>DEFICIENCIA</i> → <i>DISCAPACIDAD</i> → <i>MINUSVALIA</i></p> <p>(Situación Intrínseca) Exteriorización) (Objetivada) (Socializada)</p>		
<p>DEFICIENCIA Calculada de 10%</p>	<p>DISCAPACIDAD Calculada de 7%</p>	<p>MINUSVALIA Calculada de 15%</p>
<p><i>Restricción Respiratoria.</i> <i>Pérdida de Volumen Pulmonar.</i></p>	<p><i>Para hablar.</i> <i>Para correr.</i> <i>Para Subir gradas.</i></p>	<p><i>De independencia física.</i> <i>De movilidad.</i> <i>De Integración Social.</i></p>
<p><i>Total PCL integral de 32%</i></p>	<p>$10 + 7 + 15 = 32\%$</p>	

Tabla 5. Esquema sobre los criterios de baremación del daño según Decreto 917 de 1999. Fuente: Modificado de M.R. JOUVENCEL. MANUAL DE PERITO MÉDICO. Fundamentos técnicos y jurídicos. Editorial Díaz de Santos, 2002.

7.7.2. Para el actual baremo (Decreto 1507), la calificación de pérdida de capacidad laboral de manera integral se hace al sumar los valores calculados en el título I (Deficiencias) y en el título II (Rol laboral, Rol Ocupacional y otras áreas

¹²⁵ Ibídem.



ocupacionales). Las definiciones son similares al anterior manual pero en el actual, discapacidades y Minusvalías se evalúan en un solo “capítulo” (Título II):

- 7.7.2.1. DEFICIENCIA:** Alteración en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Puede consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto de la norma estadísticamente establecida.
- 7.7.2.2. DISCAPACIDAD:** Término genérico que incluye limitaciones en la realización de una actividad, esta se valorará en el Título Segundo “Valoración del Rol Laboral, Rol Ocupacional y otras áreas Ocupacionales”.
- 7.7.2.3. MINUSVALÍA:** Se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que le impide o limita para el desempeño de un rol, que es normal en su caso, en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Se caracteriza por la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece. Representa la socialización de la deficiencia y su discapacidad, por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de las mismas y alteran su entorno. Esta se valorará en el Título Segundo “Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales”.

Con el 1507, para calificar la PCL de manera conceptual se maneja Deficiencia, discapacidad y minusvalía, pero al momento de calificarla, se aplica el principio de integralidad que indica el deber de sumar aritméticamente los valores calculados en el libro I sobre Deficiencias y en el libro II sobre Rol laboral, Rol Ocupacional y otras áreas ocupacionales (cuadro 6).

Ejemplo: Jumirfio Riverex, es un trabajador de 56 años con Asma controlada con uso de inhaladores. Desea calificación de pérdida de capacidad laboral por lo tanto se calcula según el baremo encontrando una PCL de 42%.



<p>ENFERMEDAD O TRASTORNO → DEFICIENCIA → DISCAPACIDAD → MINUSVALIA</p> <p style="text-align: center;">Título I Título II.</p>	
DEFICIENCIA	ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES.
<i>Calculada de 15%</i>	<i>Calculada de 27%</i>
<i>Restricción Respiratoria. Pérdida de Volumen Pulmonar.</i>	Rol laboral + Autosuficiencia económica + Edad + Otras áreas ocupacionales.
<i>Total PCL integral de 42%</i>	<i>15 + 27 = 42%</i>

Tabla 6. Esquema sobre los criterios de baremación del daño según Decreto 1507 de 2014. Fuente: Modificado de M.R. JOUVENCEL. MANUAL DE PERITO MÉDICO. Fundamentos técnicos y jurídicos. Editorial Díaz de Santos, 2002.



7.8. CONCEPTO DE CALIFICACIÓN INTEGRAL DE LA INVALIDEZ: Hace referencia al ejercicio técnico mediante el cual se califica el estado de invalidez material de un trabajador que tiene patologías generadoras de pérdida de capacidad laboral de diferente naturaleza, que calificadas de manera aislada en atención al origen de las mismas, no cumple criterios de invalidez, pero que al ser integradas de manera plena en un solo ejercicio de calificación, si generan una pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50%.

Lo anterior es posible al tenor de una sentencia de constitucionalidad¹²⁶ que permito calificar en un trabajador la pérdida de capacidad laboral derivadas de patologías de origen común con las de origen laboral (por AT o EL), cuando la sumatoria de las mismas sea mayor o igual al 50% de PCL y dicho estado de invalidez, no se pueda alcanzar de manera independiente a la integración de dichos orígenes, es decir que, sí la calificación independiente de las patologías de origen común genera por si sola invalidez o la calificación de las patologías de origen laboral por si sola también la genera, no es posible aplicar dicho marco jurisprudencial.

Ejemplo: Usuario de 30 años, trabajador cortero de caña que desde hace 10 años tiene Síndrome de Túnel del Carpo moderado bilateral con Manguito Rotador derecho, ambos calificados y aceptados como de origen enfermedad laboral. Una vez terminado su proceso de rehabilitación, se le fue calificada la pérdida de capacidad laboral en un 20%.

Posteriormente presentó un accidente de tránsito de origen común con amputación del miembro inferior derecho a nivel del pie, se rehabilito y fue reintegrado a su empresa con restricciones médicas y ocupacionales. Por dicha amputación fue calificada su pérdida de capacidad laboral en un 31%. El abogado del trabajador, al ser notificado de éste último dictamen, presentó recurso y pidió la calificación integral de invalidez, pues consideró que sumado el reciente 31% de PCL de origen común con el porcentaje previo de 20% de origen laboral, el trabajador cumplía con los criterios de invalidez.

El dictamen en firme de Junta Nacional, ratificó la PCL de 31% de origen común en accidente de tránsito y le explico al abogado que no es posible

¹²⁶ CConst, C-425/2005, J. Araujo Rentería.



aplicar la Sentencia C-425 de 2005, ya que con esas patologías no se cumplen los criterios de invalidez.

Por ser un evento de origen común en accidente de tránsito y una vez en firme el dictamen de 31%, recibió de la aseguradora SOAT una pequeña indemnización por su IPP.

5 años después, presenta un desprendimiento de retina con pérdida funcional del ojo derecho, como evento AT. La visión del ojo izquierdo era normal.

Si bien el paciente no ha solicitado la calificación integral de invalidez, es claro que al unir las deficiencias generadas de todas sus patologías y secuelas, el paciente cumple criterios de PCL mayor o igual al 50%, por lo tanto la ARL debe calificarlo integralmente, así no sea solicitado por el trabajador:

Síndrome de Túnel del Carpo moderado bilateral (EL) + Manguito Rotador derecho (EL) + Amputación de Pie derecho (Accidente de tránsito de origen común) + Perdida Funcional del ojo derecho (AT) =PCL mayor o igual al 50% (Invalidez).

Es claro que el paciente con la pérdida visual sin los otros antecedentes no cumple criterio de invalidez, pero al tener la preexistencia de las otras enfermedades y al ser calificado integralmente si lo sería.

El inconveniente que existe para la calificación integral de invalidez, es la carencia de su reglamentación técnica, la concausalidad y las diferencias existentes entre el régimen pensional de invalidez por patologías de origen común y el de origen laboral, por ejemplo, en el primero se requieren 50 semanas acreditadas en los últimos 03 años previos a la fecha de estructuración¹²⁷, en cambio en el segundo, sólo es menester acreditar la cobertura jurídica por el SGRL o en caso de que no medie afiliación a la seguridad social; la existencia de un vínculo laboral, caso en el cual respondería por la invalidez el patrono que no afilio al trabajador al SGRL.¹²⁸

¹²⁷ Ley 100, *óp. Cit.* Artículo 39.

¹²⁸ Organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Decreto Ley 1295 de 1994. Diario oficial 41.405, (Jn. 24, 1994). Artículo 7 literal C, concordante con el Artículo 4 literal e.



Es importante traer a colación el concepto¹²⁹ del Ministerio de Protección Social sobre la calificación integral:

“...Atendiendo a su solicitud de emisión de concepto relacionado con sentencia C425 de 2005, a continuación se le da respuesta a cada una de sus preguntas: 1. ¿Las concausa antecedentes o pre-exitencias (sic)(De origen común o profesional) se tendrían en cuenta en el momento de realizar la calificación de pérdida de la capacidad laboral (PCL) de un individuo así al sumarlas a la lesión motivo de calificación, se llegue a una pérdida de menos del 50% de la Capacidad Laboral o se tendrían en cuenta sólo cuando conlleven a un estado de invalidez o PCL mayor o igual al 50%?

R/. Conforme al alcance de la Sentencia mencionada, solo se definen disposiciones para la calificación de los casos que probablemente alcancen la calificación para ser inválidos. No se aborda la aplicabilidad para los casos de incapacidad permanente parcial.

En la valoración de la pérdida de la capacidad laboral por determinada lesión, se consigna el origen de la misma (Común o profesional) de acuerdo a la causa del evento calificado, al tener en cuenta las preexistencias, se podría tener un determinado porcentaje de pérdida CL de origen común y otro de origen profesional, dado una incapacidad permanente parcial o un estado de invalidez de "origen mixto".

¿La Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) asumiría la carga prestacional del total de la pensión o sólo asumiría el valor de la PCL de origen profesional y correspondería a la Administradora del Fondo de pensiones (AFP) asumir el valor de la pensión correspondiente a las patologías de origen común?, ¿Cómo se liquidarían dichas pensiones al tener pérdida de los dos orígenes (mixtas)?

R/. Tal como está concebido el procedimiento y de acuerdo a los lineamientos del Manual único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999), la calificación de pérdida de capacidad laboral se realizará de manera integral. Así mismo en razón a que actualmente no se tiene reglamentado a que entidad de la seguridad social (ARP o AFP) le correspondería la cobertura de la pensión de invalidez; estos casos deben ir ante la Justicia ordinaria para

¹²⁹ Ministerio De Protección Social. Consulta Radicado N° 228055. Concepto del 8 de septiembre de 2009 emitido por la Dirección General de Riesgos Profesionales.



que sea un juez de la república quien determine a quien corresponde dicha cobertura.

¿Qué pasaría si el evento calificado es de origen común y el paciente presentaba una pre-existencia de origen profesional que conlleva más pérdida de CL que la primera y por la cual ya recibió de su ARP la indemnización correspondiente a la Incapacidad permanente parcial?, ¿la AFP asumiría el 100% de dicha prestación (pensión) sin repetir contra la ARP por el porcentaje de la pre- existencia o por tener Mayor pérdida por la existencia de una lesión profesional SE DARÍA DERECHO A UNA PENSIÓN PROFESIONAL, sin importar que la fecha de estructuración de esta, es después a la fecha de estructuración de la lesión de origen profesional?

R/. En concordancia con la respuesta anterior, será un juez quien defina como proceder ante estos casos, teniendo en cuenta que actualmente no se ha reglamentado en este aspecto.

¿Qué pasaría si el evento calificado es de origen profesional y el paciente presentaba una pre-existencia de origen común que le genera más pérdida de la capacidad laboral que la primera?, ¿la ARP asumiría el 100% de dicha prestación (pensión) sin repetir contra la AFP por el porcentaje de la pre-existencia, a saber que si no se tendría en cuenta la misma, se estaría calificando una incapacidad permanente parcial, la cual goza de una prestación económica única?

R/. La respuesta a esta pregunta es la misma de la pregunta anterior.

Finalmente se le aclara que si bien es cierto las sentencias emanadas de la Corte Constitucional son de obligatorio acatamiento para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social, son de libre interpretación. Adicionalmente esta sentencia en sus decisiones no conminó al Gobierno Nacional a reglamentar en el tema. Atentamente, con gusto atenderé cualquier otra inquietud...”.



8. METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal, en el cual se determinaron los fundamentos médicos laborales y jurídicos para el debido proceso en la calificación del origen, fecha de estructuración y pérdida de capacidad laboral en Colombia, según la evidencia técnica, el marco normativo vigente y los lineamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional desde el 26 de Abril del 2005 hasta el 31 de Marzo de 2015.

Inicialmente se realizó una búsqueda la literatura médica ocupacional en los buscadores: UptoDate, Clinicalkey, BVS, Ovid, Proquest, Siabuc y Google. Se utilizaron los descriptores: Enfermedad profesional, Enfermedad Laboral, Accidente de Trabajo, Accidente Ocupacional. Así mismo se consultaron los textos guías de las especializaciones en salud ocupacional, medicina del trabajo y laboral y valoración del daño corporal.

Lo anterior para delimitar la fundamentación técnico medica laboral del proceso de calificación.

Posteriormente se realizó la búsqueda de las providencias de la Corte Constitucional proferidas en el precitado marco temporal y utilizando las diferentes metodologías existentes en la relatoría de dichas cortes así como los buscadores: Colombia Legal, LEGISmóvil, Multilegis. Se utilizaron los descriptores: Enfermedad profesional, enfermedad laboral, accidente de trabajo, accidente ocupacional, debido proceso, Juntas de Calificación, fecha de estructuración, calificación de pérdida de capacidad laboral, calificación integral, incapacidad permanente parcial e invalidez.

Los criterios de Inclusión para la selección de las sentencias fueron:

- Que sea una providencia emanada de Corte Constitucional.
- Que su publicación hubiere ocurrido entre el 1 de Enero de 2005 y 1 de Enero de 2010.
- Que el tema jurídico tratado en la sentencia verse sobre el debido proceso en la calificación de origen, pérdida de capacidad laboral y fecha de estructuración.

Los criterios de Inclusión para la selección de los artículos médicos laborales:



- Que traten sobre la fundamentación medica laboral para la calificación de origen, pérdida de capacidad laboral y fecha de estructuración.
- Que describa la valoración del daño corporal derivada de accidentes o enfermedades laborales.
- Que describa la valoración del nexo causal entre el daño corporal y la ocurrencia de accidentes o enfermedades laborales.

No se analizaron las providencias o artículos que no cumplían estas características.

La información fue organizada por grupos temáticos similares y analizada técnica y hermenéuticamente por el grupo investigador.



9. RESULTADOS

Con los criterios de búsqueda ya descritos se encontraron aproximadamente 1100 sentencias de la honorable Corte Constitucional. Se depuraron y agruparon las sentencias en las categorías relacionadas con el debido proceso en la calificación de origen, pérdida de capacidad laboral y fecha de estructuración, contrastándola con la información técnica desde el punto de vista médico laboral sobre dichos asuntos.

Los grupos de análisis de las sentencias entre otros fueron los siguientes:

Acción de tutela contra dictámenes de Juntas de Calificación de Invalidez: T-337/12, T-623/12, T-124/12, T-328/11, T-062/09, T-701/08.

Acción de tutela para dirimir controversias en torno a dictámenes emitidos: T-595/06.

Acción de tutela como mecanismo para el reconocimiento de la prestación pensional: T-068/14, T-158/14, T-070/14, T-158/14, T-175/14, T-297/14, T-229/14, T-175/14, T-043/14, T-027/13, T-661/13, T-670/13, T-142/13, T-481/13, T-486/13, T-551/13, T-627/13, T-697/13, T-886/13, T-893/13, T-002/13, T-003/13, T-022/13, T-064/13, T-143/13, T-146/13, T-270/13, T-451/13, T-487/13, T-516/13, T-536/13, T-553/13, T-572/13, T-574/13, T-627/13, T-630/13, T-690/13, T-801/13, T-886/13, T-896/13, T-138/12, T-262/12, T-181/12, T-223/12, T-298/12, T-327/12, T-556/12, T-562/12, T-574/12, T-580/12, T-599/12, T-677/12, T-147/12, T-246/12, T-427/12, T-461/12, T-463/12, T-506/12, T-930/12, T-1042/12, T-721/12, T-811/12, T-843/12, T-924/12, T-870/12, T-1011/12, T-036/11, T-838/11, T-885/11, T-016/11, T-099/11, T-115/11, T-163/11, T-188/11, T-200/11, T-268/11, T-420/11, T-421/11, T-478/11, T-576/11, T-668/11, T-671/11, T-755/11, T-827/11, T-962/11, T-509/10, T-273/10, T-122/10, T-839/10, T-773/10, T-092/10, T-266/10, T-381/10, T-491/10, T-692/10, T-752/10, T-773/10, T-792/10, T-826/10, T-856/10, T-920/10, T-968/10, T-989/10, T-801/11, T-838/11, T-906/11, T-1006/10, T-1058/10, T-863/10, T-937/09, T-787/09, T-849/09, T-864/09, T-870/09, T-907/09, T-077/08, T-078/08, T-080/08, T-236/08, T-498/08, T-550/08, T-826/08, T-936/08, T-938/08, T-093/07, T-259/07, T-285/07, T-538/07, T-580/07, T-595/07, T-641/07, T-726/07, T-738/05, T-829/05, T-974/05, T-1128/05.

NO PROCEDENCIA: S. T-063/09, T-659/09, T-676/09, T-842/09, T-848/09, T-905/09.



Acción de tutela para reconocimiento de pensión de invalidez en enfermedades congénitas, crónicas o degenerativa: T-043/14, T-070/14, T-068/14, T-070/14, T-158/14, T-580/14, T-070/14, T-143/13, T-309A/13, T-022/13, T-428/13, T-486/13, T-551/13, T-481/13, T-508/13, T-572/13, T-697/13, T-801/13, T-886/13, T-627/13, T-690/13, T-886/13, T-893/13, T-557/13, T-811/12, T-209/12, T-434/12, T-022/13, T-428/13, T-1042/12, T-427/12, T-773/12, T-1013/12, T-556/12, T-671/11, T-558/11, T-420/11, T-594/11, T-885/11, T-962/11, T-864/09.

Aplicación del principio de la condición más beneficiosa: T-1042/12, T-594/11, T-622/09.

AFP debe iniciar todos los trámites y gestiones para el reconocimiento de la pensión de invalidez: C-428/09, T-924/09.

ARL califica pérdida de capacidad laboral para determinar el origen común o profesional del accidente, grado de invalidez y fecha de estructuración: T-341/13.

Criterios racionales de valoración judicial: T-102/08.

Controversia sobre la determinación del origen del accidente de trabajo, enfermedad profesional o muerte: T-056/14, T-337/12, T-339/12, T-168/07, T-726/07.

Discapacidad e invalidez-Conceptos: T-933/13, T-773/13, T-190/11, T-122/10.

Discapacidad e invalidez-Diferencia: T-461/12, T-595/12, T-198/06.

Diagnóstico y concepto definitivo sobre rehabilitación o imposibilidad de la misma, para proceder a la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral: T-671/12.

Derecho al diagnóstico: T-626/12, T-047/10, T-050/10, T-452/10, T-050/09, T-709/08, T-795/08, T-274/09, T-626/09, T-754/09, T-810/09, T-076/08, T-253/08, T-323/08, T-324/08, T-854/08, T-881/08, T-1177/08, T-1180/08, T-1182/08, T-1272/08, T-142/07, T-148/07, T-636/07, T-675/07, T-725/07, T-768/07, T-804/07, T-



790/07, T-847/07, T-946/07, T-964/07, T-101/06, T-553/06, T-555/06, T-752/06, T-887/06, T-1041/06, T-412/05, T-694/05, T-698/05, T-762/05, T-1331/05.

Dictamen sobre pérdida de capacidad laboral: T-730/12, T-168/07.

Debido proceso en el trámite ante las Juntas de Calificación de Invalidez: T-800/12, T-726/11, T-773/09, T-328/08, T-108/07, C-425/05.

Derecho a la pensión de invalidez, Fundamental e irrenunciable: T-648/09, T-1018/06.

Desatender imposibilidad de traslado a otra ciudad: T-337/12.

Dictamen de pérdida de capacidad laboral para reconocimiento de indemnización por accidente de tránsito: T-322/11, T-282/10.

EPS califica pérdida de la capacidad laboral: T-646/13, T-919/10.

Enviar el dictamen a revisión de la Junta Nacional de Calificación por la manifestación de inconformidad: T-150/13.

Fecha de estructuración: T-068/14, T-014/12, T-158/14, T-609/13, T-395/13, T-551/13, T-572/13, T-670/13, T-886/13, T-609/13, T-153/12, T-469/12, T-337/12, T-556/12, T-671/11, T-701/08.

Junta Regional de Calificación de Invalidez valora, califica y emite un nuevo dictamen respecto de la incapacidad laboral superior a 540 días: T-876/13.

Junta Regional de Calificación de Invalidez exige pago anticipado como requisito para valoración de pérdida de capacidad laboral: T-822/10.

Motivación técnico científica: T-006/13, T-798/11, T-726/11, T-773/09.

Mora en la expedición del dictamen puede vulnerar derecho a la pensión de invalidez: T-646/13.

No formalidades para los recursos: T-150/13.



No tener en cuenta los exámenes que obran en el expediente: T-119/13, T-486/13, T-327/12, T-726/11, T-328/11, T-328/08.

No práctica de exámenes requeridos a EPS-S para realizar calificación de estado de invalidez: T-854/10.

Revisión de dictamen de pérdida de capacidad laboral: T-726/11, T-108/07.

Retiro por empleador y desafiliación antes de sufrir accidente de trabajo: T-721/12.

Tener en cuenta no solo la fecha de estructuración de la invalidez, sino la condición de especial protección de ciertos sujetos: T-428/13, T-697/13, T-710/09.

Término para surtir procedimiento para calificación de origen de contingencia es de 30 días: T-555/06.

Una vez analizada las sentencias, el marco normativo actual que rige el proceso de calificación y la literatura medico laboral se procedió a determinar el debido proceso de calificación de origen, fecha de estructuración y pérdida de la capacidad laboral en Colombia.

Así mismo como fruto del análisis técnico - médico realizado tras la presente investigación, se proyectó y presentó, una demanda de acción de inconstitucionalidad la cual fue radicada por uno de los investigadores, en atención a las consideraciones que serán realizadas sobre la regresividad del Decreto 1507 de 2014 en la fecha de estructuración.¹³⁰

10. EQUIPO CALIFICADOR EN PRIMERA OPORTUNIDAD Y SOPORTES DOCUMENTALES

¹³⁰ Mendez A, J.D. Acción de nulidad por inconstitucionalidad contra los incisos 13 y 14 del artículo 3 del Decreto 1507 del 12 de Agosto de 2014 del 12 de Agosto de 2014. Radicado Consejo de estado 11001032500020150005200.



Según el actual marco legal,¹³¹ cada una de las ARL, Colpensiones, CS y EPS (contributivas y subsidiadas), deberán disponer de un equipo interdisciplinario para realizar la calificación por pérdida de la capacidad laboral, el cual deberá contar con:

- Un médico con experiencia mínima específica en medicina laboral de un (1) año.
- Un médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años.
- Un profesional diferente a las áreas de la medicina con formación en áreas afines a la salud ocupacional, con una experiencia relacionada de dos (2) años.

Este equipo deberá:

- Efectuar el estudio y seguimiento de los afiliados y posibles beneficiarios.
- Recopilar pruebas, valoraciones.
- Emitir conceptos de rehabilitación.
- Definir el origen y grado de pérdida de la capacidad laboral.
- Deberán diligenciar el formulario autorizado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para notificar el dictamen correspondiente, en el cual se deberá señalar al notificado la oportunidad de acudir ante la junta regional de calificación de invalidez, término para presentar la reclamación, e informar la entidad administradora que asume el costo de dicho trámite.

El equipo interdisciplinario de las ARL deberá ser registrado en las Direcciones Territoriales de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, anexando las respectivas hojas de vida de sus integrantes e informando las modificaciones.

Las IPS y EPS, deberán conformar una dependencia técnica o grupo interdisciplinario que adelante el procedimiento de determinación del origen y registrarla ante las Secretarías de Salud.¹³²

Los honorarios que se deben cancelar a las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, de manera anticipada, serán pagados, por la Administradora del Fondo de Pensiones en caso de que la calificación de origen

¹³¹ Decreto 2463 de 2001. Artículo 5° en remisión del artículo 61 del Decreto 1352 de 2013.

¹³² *Ibidem*. Artículo 6° en remisión del artículo 61 del Decreto 1352 de 2013.



en primera oportunidad sea común y en caso de que la calificación de origen en primera oportunidad sea laboral, el pago debe ser cubierto por la Administradora de Riesgos Laborales.^{133,134}

Para la calificación del origen en primera oportunidad, se deben acreditar como mínimo los soportes documentales descritos en las siguientes tablas, según el caso.^{135,136,137,138,139,140}

Siglas: **M**: Muerte del trabajador. **NA**: No aplica. **X**: Se requiere.

POR PARTE DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE A LA ENTIDAD CALIFICADORA EN PRIMERA OPORTUNIDAD Y TRABAJADOR	AT	EL	M
1. Formato Único de Reporte de Accidente de Presunto Trabajo (FURAT), debidamente diligenciado por el empleador o persona responsable, sin perjuicio de la notificación que debe realizar dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del evento y ante los entes de la seguridad social.	X	NA	X
2. Formato Único de Reporte de Presunta Enfermedad Laboral (FUREL), debidamente diligenciado por el empleador o persona responsable, sin perjuicio de la notificación que debe realizar dentro de los dos días hábiles siguientes al diagnóstico de la	NA	X	X

¹³³ Decreto 2463, *óp. cit.* Artículo 6° Parágrafo 2° en remisión del artículo 61 del Decreto 1352 de 2013.

¹³⁴ Ley 1562, *óp. cit.* Artículo 17.

¹³⁵ Formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional y se dictan otras disposiciones. Resolución 00156 de 2005. Diario oficial, 45.809. (Feb. 1, 2005).

¹³⁶ Variables y mecanismos para recolección de información del Subsistema de Información en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones. Resolución 001570 de 2005. Diario oficial, 45.927. (Jn. 2, 2005).

¹³⁷ Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Decreto 1443 de 2014. Diario oficial, edición 49.229. (Jul. 31, 2014).

¹³⁸ Decreto 1352, *óp. cit.* Artículo 30.

¹³⁹ Bases para la organización y administración de la seguridad y salud en el trabajo. Decreto 614 de 1984. Diario oficial, 36.561. (Mr. 14, 1984).

¹⁴⁰ Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decisión 584 Sustitución de la Decisión 547 Comunidad Andina de Naciones. Ley 458 de 1998. Diario oficial, edición 43.360, (Ag. 11, 1998) y Ley 323 de 1996. Diario oficial, 42.899, (Oct. 16, 1996).



presunta enfermedad laboral y ante los entes de la seguridad social.			
3. Informe del resultado de la investigación sobre el presunto accidente de trabajo, realizado por el empleador o contratante.	X	NA	X
4. Informe del resultado de la investigación sobre la presunta enfermedad laboral, realizado por el empleador o contratante.	NA	X	X
5. Certificaciones emitidas en las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso o retiro. Deberá informar los datos del médico especialista en salud ocupacional o Institución Prestadoras de Salud Ocupacional, que realice las valoraciones médicas ocupacionales.	NA	X	X
6. Certificado de funciones, actividades desarrolladas, duración del contrato, tiempo de exposición o jornada laboral. En el caso del accidente discriminar la actividad o función desarrollada previa y durante el evento.	X	X	X
7. Análisis y evaluación del puesto de trabajo o historia de la exposición ocupacional, donde se identifique factores de riesgo inherentes a la actividad o al medio en el que el trabajador o contratista se ha visto obligado a trabajar o desarrollar su actividad, durante la vinculación laboral o ejecución del contrato, se debe discriminar: <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de exposición al riesgo o peligro durante su jornada laboral y/o durante el periodo de trabajo, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. • Panorama de factores de riesgo. • Tipo de labor u oficio desempeñados 	NA	X	X



<p>durante el tiempo de exposición, teniendo en cuenta el factor de riesgos que se está analizando como causal.</p> <ul style="list-style-type: none">• Jornada laboral real del trabajador.• Mediciones ambientales o monitoreo biológicos cuando apliquen.• Análisis de exposición al factor de riesgo al que se encuentra asociado la patología, lo cual podrá estar en el análisis o evaluación de puestos de trabajo relacionado con la enfermedad en estudio.• Descripción del uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos, si se requiere.			
<p>Tabla 7. Documentos requeridos para la calificación del origen de una enfermedad, accidente o la muerte y que deben ser acreditados por el SGS-ST del empleador.</p>			



POR PARTE DEL CALIFICADOR EN PRIMERA OPORTUNIDAD PARA EL EXPEDIENTE DE LA CALIFICACIÓN	AT	EL	M
1. Formulario de solicitud para la determinación origen del accidente, de la enfermedad o la muerte, completamente diligenciado.	X	X	X
2. Solicitud de fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.	X	X	NA
3. Dictamen de calificación con los fundamentos de hecho y de derecho así como las firmas del grupo interdisciplinario.	X	X	X
4. Si el accidente fue grave o mortal, el concepto sobre la investigación por parte de la Administradora de Riesgos Laborales.	X	NA	X
5. Solicitud al trabajador o su curador o familiares, del aporte de la historia clínica completa previa a la calificación proferida, con firma de recibido. Se debe solicita copia de TODA la historia clínica del trabajador, sin importar diagnóstico, origen o motivo de consulta y que incluya la historia de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud particular, de EPS y ARL; la historia clínica ocupacional; de medicina prepagada o planes complementarios en salud; de médicos generales y especialistas; urgencias, consulta externa, terapia física, ocupacional o psicología. La historia debe contener información antes, durante y después del accidente o inicio de los síntomas y realizado el	X	X	X



diagnóstico de la enfermedad y desde ocurrida la muerte, hacia atrás.			
6. Recibido por el empleador de la solicitud de los soportes que son de su resorte (Tabla 1), previa a la calificación proferida.	X	X	X
7. Si el empleador no envía los soportes que le competen, el recibido por la ARL de la solicitud de reconstrucción de los soportes que son del resorte del empleador (Tabla 1), previa a la calificación proferida y en especial el análisis y evaluación del puesto de trabajo o historia de la exposición ocupacional, donde se identifique factores de riesgo inherentes a la actividad o al medio en el que el trabajador o contratista se ha visto obligado a trabajar o desarrollar su actividad, durante la vinculación laboral o ejecución del contrato, se debe discriminar:	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de exposición al riesgo o peligro durante su jornada laboral y/o durante el periodo de trabajo, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. • Panorama de factores de riesgo. • Tipo de labor u oficio desempeñados durante el tiempo de exposición, teniendo en cuenta el factor de riesgos que se está analizando como causal. • Jornada laboral real del trabajador. • Mediciones ambientales o monitoreo biológicos cuando apliquen. • Análisis de exposición al factor de riesgo al que se encuentra asociado la patología, lo cual podrá estar en el análisis o evaluación de puestos de 			



<p>trabajo relacionado con la enfermedad en estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> Descripción del uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos, si se requiere. 			
<p>8. Si el empleador no envía los soportes que le competen, constancia de la notificación de esa anomalía (no envió de la información) ante la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo.</p>	X	X	X
<p>9. Copia completa de la historia clínica y resultado de ayudas diagnósticas. Se debe dejar constancia de la historia clínica, conceptos médicos y resultado de ayudas, que fueron aportados por el trabajador o sus familiares.</p>	X	X	X
<p>Solicitud al trabajador o su curador o familiares de:</p> <p>10. Registro civil de defunción; y</p> <p>11. Acta de levantamiento del cadáver; y</p> <p>12. Protocolo de necropsia.</p>	NA	NA	X
<p>13. Reconstrucción del accidente realizado por el médico laboral del grupo de calificación, donde conste: Fecha y hora del evento, descripción del trabajador sobre los hechos, la biomecánica del accidente e inicio de los síntomas. Se debe hacer énfasis en la postura, tipo de movimiento, cinemática del accidente y descripción de los hechos.</p>	X	NA	X
<p>14. Reconstrucción de la historia laboral y extra laboral, realizado por el médico laboral del grupo de calificación, donde conste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sobre la historia laboral: Descripción detallada de todos los trabajos que ha desarrollado el paciente evaluado, 			



<p>indicando de manera aproximada fecha de ingreso y de retiro. Así mismo, en cada trabajo, debe describir cada una de las sub actividades que desarrollaba, aproximando el tiempo de exposición en cada actividad y describiendo ¿Qué hacía?, ¿Cómo lo hacía? Y ¿Por cuánto tiempo lo hacía?</p> <p>Hacer énfasis en la frecuencia e intensidad de exposición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre la historia extra laboral: Describir hábitos, deportes realizados así como su frecuencia e intensidad, antecedentes sociales de importancia. 	NA	X	X
<p>15. Otros documentos que soporten la relación causal, la calificación emitida o el diagnóstico calificado, si los hay.</p>	X	X	X
<p>Tabla 8. Documentos requeridos para la calificación del origen de una enfermedad, accidente o la muerte y que deben ser solicitados o gestionados por la entidad calificadora en primera oportunidad.</p>			



POR PARTE DEL TRABAJADOR O SUS FAMILIARES EN CASO DE DEFUNCIÓN O REPRESENTANTE DEL TRABAJADOR (CURADOR ¹⁴¹ O AUTORIZADO) PARA EL CALIFICADOR EN PRIMERA OPORTUNIDAD	AT	EL	M
1. Diligenciar el formulario de solicitud para la determinación origen del accidente, de la enfermedad o la muerte.	X	X	X
2. Aportar copia completa de toda la historia clínica, sin importar diagnóstico, origen o motivo de consulta y que incluya la historia de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud particular, de EPS y ARL; la historia clínica ocupacional; de medicina prepagada o planes complementarios en salud; de médicos generales y especialistas; urgencias, consulta externa, terapia física, ocupacional o psicología. La historia, debe contener información antes, durante y después del accidente o inicio de los síntomas y realizado el diagnóstico de la enfermedad y desde ocurrida la muerte, hacia atrás.	X	X	X
Aportar al expediente: 3. Registro civil de defunción; y 4. Acta de levantamiento del cadáver; y 5. Protocolo de necropsia.	NA	NA	X
6. Aportar fotocopia simple del documento de identidad o en su defecto el número correspondiente.	X	X	NA
7. Aportar otros documentos que soporten la relación causal, la calificación emitida o el diagnóstico calificado, si los tiene.	X	x	x
Tabla 9. Requisitos para la calificación del origen de una enfermedad, accidente o la muerte y que deben ser acreditados por el trabajador o sus familiares.			

¹⁴¹ Normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados. Ley 1306 de 2009. Diario oficial, 47.371, (Jn. 5, 2009).



Es preciso recordar que el trabajador debe dar a su empleador información clara, veraz y completa sobre su estado de salud^{142,143,144,145,146} así como informar de manera inmediata la ocurrencia de un presunto accidente de trabajo¹⁴⁷ y el diagnóstico de una presunta enfermedad laboral, para que se despliegue por parte del SGS-ST:

- Revisar las condiciones de trabajo e investigaciones respectivas según gravedad del siniestro y las competencias propias del SGS-ST para prevenir la ocurrencia de nuevos eventos.
- Analizar el proceso de adecuación ocupacional del trabajador para evitar agravar su condición médica y determinar el alcance de la misma, por lo cual, una vez se realice la atención médica respectiva, se recomienda la realización de un examen médico ocupacional periódico para orientar el caso desde el punto de vista médico laboral.
- Notificar la ocurrencia de un presunto accidente de trabajo o una presunta enfermedad laboral ante la EPS, ARL y AFP dentro de los 02 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente o a la comunicación del trabajador sobre el diagnóstico de la enfermedad.^{148,149,150.}
- Solicitar la calificación de origen por parte del empleador ante alguna de las instituciones facultadas para tal fin.
- Notificar al Ministerio de Trabajo dirección territorial, las presuntas enfermedades laborales y los presuntos accidentes de trabajo graves y mortales, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente o conocimiento del diagnóstico de la presunta enfermedad laboral, independientemente del reporte que deba realizar la empresa a las Administradoras de Riesgos Laborales y Empresas Promotoras de Salud y lo establecido en el artículo 4° del Decreto número 1530 de 1996.¹⁵¹

¹⁴² Decreto 1443, *óp.cit.*

¹⁴³ Constitución Política de Colombia. Artículo 49.

¹⁴⁴ Ley 100, *óp. cit.* Artículo 160.

¹⁴⁵ CST, *óp. cit.* Artículo 58.

¹⁴⁶ Decreto Ley 1295 de 1994, *óp cit.* Artículo 22.

¹⁴⁷ CST, *óp. cit.* Artículo 221 concordante con el 205 y 2006.

¹⁴⁸ Decreto 1295, *óp cit.* Artículo 62.

¹⁴⁹ Decreto Ley 019, *óp. cit.* Artículo 140.

¹⁵⁰ Resolución 156, *óp. cit.*

¹⁵¹ Reglamenta los criterios de graduación de las multas por infracción a las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, señala normas para la aplicación de la orden de clausura del lugar de trabajo o cierre definitivo de la empresa y paralización o prohibición inmediata de trabajos o tareas y dicta otras disposiciones. Decreto 472 de 2015. Diario oficial, 49.456, (Mar. 17, 2015).



POR PARTE DE LA IPS DE SALUD OCUPACIONAL O MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL QUE REALIZO LOS EXAMENES OCUPACIONALES ^{152,153,154} PARA EL TRABAJADOR Y EL CALIFICADOR EN PRIMERA OPORTUNIDAD	AT	EL	M
1. Aportar al trabajador o a quien autorice o a sus familiares en caso de defunción o a su curador en caso de interdicción y a su costa, otra copia completa de la historia clínica ocupacional e incluido exámenes complementarios. Nota: Al momento de realizarse el examen médico y la ayuda complementaria, al trabajador se le debió entregar una copia de los mismos.	NA	X	X
2. Aportar al trabajador o a quien autorice o a sus familiares en caso de defunción o a su curador en caso de interdicción y al calificador en primera oportunidad, copia completa y a su costa, de los profesiogramas, certificado de cargos, panorama de factores de riesgo y estudios de puesto de trabajo que posea.	NA	X	X
Tabla 10. Requisitos para la calificación del origen de una enfermedad, accidente o la muerte y que deben ser acreditados por la IPS de salud ocupacional o médico especialista en salud ocupacional que realizó los exámenes médicos ocupacionales.			

¹⁵² Práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. Resolución 2346 de 2007. Diario oficial, 46.691, (Jul. 16, 2007).

¹⁵³ Normas para el manejo de la Historia Clínica. Resolución 1995 de 1999. Diario oficial, 43.655, (Ag. 5, 1999).

¹⁵⁴ Modifica los artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007. Resolución 1918 de 2009. Diario oficial, 47.377, (Jn. 11, 2009).



POR PARTE DE LA IPS QUE ATENDIÓ AL TRABAJADOR DE MANERA PARTICULAR O POR EPS, ARL, MEDICINA PREPAGADA O PLAN COMPLEMENTARIO ¹⁵⁵ PARA EL CALIFICADOR EN PRIMERA OPORTUNIDAD Y EL TRABAJADOR	AT	EL	M
3. Aportar al trabajador o a quien autorice o a sus familiares en caso de defunción o a su curador en caso de interdicción y a su costa, copia completa de la historia clínica, incluido exámenes complementarios.	X	X	X
4. Aportar al calificador en primera oportunidad y a su costa, copia completa de la historia clínica incluido exámenes complementarios.	X	X	X
Tabla 11. Requisitos para la calificación del origen de una enfermedad, accidente o la muerte y que deben ser acreditados por la IPS que atiende al trabajador por cualquier origen o causa.			

Sobre el pago del valor de la copia de la historia clínica del trabajador nos permitiremos transcribir un concepto técnico emanado de la dirección de riesgos laborales por considerarlo ajustado a derecho:

“(...)Atendiendo a su derecho de petición en el que solicita se le informe a quien, a la luz de la legislación actual, corresponde el cubrimiento del costo de la fotocopia de la historia clínica, que debe anexarse en los procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral, se le informa que el marco normativo vigente que define los lineamientos respecto al manejo de historia clínica, no toca explícitamente este aspecto, dejando en libertad a las entidades de salud el cobro o no de fotocopia de la misma.

Ahora bien, revisando las disposiciones del Decreto 2463 de 2001, si bien es cierto que no precisa esta instrucción, tácitamente los artículos 10 y 25 del decreto aludido, en concordancia con las instrucciones estipuladas en el Código de Procedimiento Civil, en este aspecto; establecen que la parte interesada quien

¹⁵⁵ Resolución 1995, óp. cit.



solicita se inicie el proceso de calificación, es quien tiene que aportar los documentos que se tienen establecidos como obligatorios para iniciar el proceso, en los mencionados artículos, entre éstos, uno es la copia de la historia clínica.

Así las cosas, la parte interesada que inicia el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, es quien asume el costo de la fotocopia de la historia clínica del trabajador, atendiendo además a las instrucciones dadas en el artículo 10° del Decreto 2463 de 2001.

No obstante lo anterior, para casos en los que los trabajadores no cuentan con los recursos para la fotocopia de la historia clínica, se debe tener en cuenta lo establecido en la Sentencia de la Corte Constitucional C 164 DE 2000, del magistrado JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ: “Según los términos del artículo 48 de la Constitución, razón por la cual no entiende la Corte cómo, mediante la norma examinada, pretende condicionarse la prestación de un servicio esencial en materia de seguridad social -la evaluación de una incapacidad laboral- al pago, poco o mucho, que haga el trabajador accidentado o enfermo -por causas de trabajo- para sufragar los costos de un organismo creado por el legislador para el efecto. Ese criterio legal elude la obligatoriedad y la responsabilidad del servicio público en cuestión, 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 la universalidad”.

Por lo tanto, serán las entidades de Seguridad Social, quienes otorgan las prestaciones económicas, quienes deben asumir los costos, no solo de la fotocopia de la historia clínica, si no los demás que genere todo el proceso de calificación (...).¹⁵⁶

Para calificar la pérdida de capacidad laboral u ocupacional de un accidente o enfermedad se deben acreditar los documentos descritos en las tablas 6 y siguientes:

¹⁵⁶ Dirección General de Riesgos Profesionales. *Concepto técnico sobre costo de la fotocopia de la historia clínica*. Radicado 37525, (Fb. 23, 2011).



POR PARTE DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE A LA ENTIDAD CALIFICADORA EN PRIMERA OPORTUNIDAD Y TRABAJADOR

1. Certificado de cargos y funciones desarrolladas previas al accidente o la enfermedad e incluido el desarrollado en la fecha de la calificación de pérdida.
2. Acta de reintegro laboral, si se cuenta con ella.
3. Acta de validación de recomendaciones o restricciones médicas y ocupacionales, si se cuenta con ella.
4. Prueba de trabajo o análisis de exigencia o análisis del puesto de trabajo, realizado como parte del proceso de seguimiento administrativo al colaborador en condición de discapacidad, incapacidad continua prolongada o reintegro laboral.

Tabla 12. Requisitos para la calificación de pérdida de capacidad laboral, que deben ser acreditados por el empleador.

POR PARTE DE LA EPS O ARL SEGÚN LA ENTIDAD QUE ESTA REALIZANDO LA REHABILITACIÓN DEL TRABAJADOR A LA ENTIDAD CALIFICADORA DE PÉRDIDA EN PRIMERA OPORTUNIDAD

1. Concepto de rehabilitación favorable final, como insumo para la calificación de pérdida de capacidad laboral y donde se indiquen secuelas, logros del proceso de rehabilitación o la imposibilidad para realizarlo y estado funcional actual, elaborado por el equipo interdisciplinario o la dependencia técnica.

Es diferente e independiente al concepto de rehabilitación favorable elaborado antes del día 180 de incapacidad como soporte para el pago de la incapacidad mayor a 180 días y aplazamiento de la calificación de pérdida en eventos de origen común al tenor del artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012.

Antes del día 180 la ARL debe determinar la pertinencia



<p>de prórroga de incapacidad y aplazamiento de la calificación de pérdida de capacidad laboral, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación, según el artículo 3 de la Ley 776 de 2002.</p> <p>En todo caso y de manera independiente al origen, la calificación de pérdida de capacidad laboral no se podrá postergar después del día 540 de incapacidad. Decreto 1352 de 2013 artículos 29 literal a y 30.</p>
2. Concepto de rehabilitación no favorable donde se indiquen secuelas y estado funcional actual, realizado por el equipo interdisciplinario o la dependencia técnica.
3. Copia de las recomendaciones o restricciones médicas y ocupacionales prescritas.
4. Prueba de trabajo o análisis de exigencia o análisis del puesto de trabajo, si los tiene.
Tabla 13. Requisitos para la calificación de pérdida de capacidad laboral, que deben ser acreditados por la EPS o ARL.



POR PARTE DEL TRABAJADOR A LA ENTIDAD ENCARGADA DE REALIZAR EL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN (En términos generales EPS a menos que la rehabilitación sea realizada de manera directa por la ARL)

1. Certificado del médico clínico tratante:

- a. Donde indique diagnóstico, pronóstico, plan de manejo y secuelas desde su especialidad, sin emitir juicios de valor sobre el grado de pérdida de capacidad laboral o invalidez¹⁵⁷.
- b. Que aclare en los casos que aplique, el por qué no es procedente continuar con el proceso de rehabilitación por la patología manejada por su especialidad.

Los anteriores conceptos son un insumo para el análisis integral de su caso y deberán ser aportados por el paciente al grupo interdisciplinario o dependencia técnica, como soporte para emitir el concepto de rehabilitación integral y valido para la calificación de pérdida de capacidad laboral.¹⁵⁸

Dicho concepto del médico tratante, deberá quedar consignado en la historia clínica del trabajador.¹⁵⁹

2. Historia clínica de las patologías motivos de rehabilitación, incluyendo las ayudas diagnósticas.

En caso de que el trabajador posea otros antecedentes patológicos y de manera independiente al origen de los mismos, debe informarlos al médico laboral o grupo interdisciplinario y aportar la historia clínica y ayudas complementarias correspondientes, para verificar si es

¹⁵⁷ Ley 23 de 1981, óp cit. Artículo 11.

¹⁵⁸ Decreto 2463, óp. cit. Inciso 1 artículo 5 en remisión del artículo 61 del Decreto 1352 de 2013.

¹⁵⁹ Resolución 1995, óp. cit. Artículo 4.



<p>viable la aplicación de la sentencia C-425 de 2005 y con ello realizar un concepto integral de rehabilitación no favorable, solicitando a la entidad competente, la calificación integral de invalidez.</p>
<p>Tabla 14. Requisitos para la calificación de pérdida de capacidad laboral, que deben ser acreditados el trabajador para la realización del concepto de rehabilitación.</p>

<p>POR PARTE DEL TRABAJADOR A LA ENTIDAD ENCARGADA DE LA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EN PRIMERA OPORTUNIDAD</p>
<p>1. Historia clínica de las patologías motivos de calificación, incluyendo las ayudas diagnósticas, carta de recomendaciones o restricciones médicas y cualquier otro documento necesario para la calificación de pérdida de capacidad laboral.</p> <p>En caso de que el trabajador posea otros antecedentes patológicos y de manera independiente al origen de los mismos, debe informarlos al médico laboral o grupo interdisciplinario y aportar la historia clínica y ayudas complementarias correspondientes, para verificar si es viable la aplicación de la sentencia C-425 de 2005 y con ello realizar una calificación integral de invalidez.</p>
<p>Tabla 15. Requisitos para la calificación de pérdida de capacidad laboral, que deben ser acreditados el trabajador para la calificación de pérdida de capacidad laboral.</p>

El insumo técnico para la calificación:

- De origen, se certifica con la información referente a la exposición a factores de riesgo ocupacional, la historia clínica ocupacional y general, la necropsia médico legal y la información obtenida por el empleador a través de sus sistemas de vigilancia epidemiológica, así el reporte e investigación de los presuntos eventos de salud laboral, provenientes de los centros de trabajo,



de la información aportada por los trabajadores y las administradoras según sea el caso.

- De pérdida de capacidad laboral, se garantiza con la información disponible en la historia clínica ocupacional y general incluyendo las ayudas diagnósticas y el concepto del médico tratante, así como la información aportada por los trabajadores y las administradoras según sea el caso.



11. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.

Hoy en día se recomienda el término de “*lesión por accidente de trabajo*” u *occupational injury*, en vez de AT, por la connotación de inevitable que conlleva el término accidente así como su equivalencia a exposición y no a daño ni riesgos laborales.¹⁶⁰

El accidente a diferencia de la enfermedad, es un evento de aparición súbita (el aquí y el ahora). En Colombia, todo accidente que no haya sido calificado como de trabajo, se considera de origen común.^{161,162} No existe por lo súbito del cuadro una tabla de accidentes de trabajo, pero se presumen como tal, todo evento, ocurrido dentro de la jornada laboral, dentro de la empresa o cumpliendo órdenes del empleador, por lo tanto, la carga de la prueba para desvirtuar el nexo causal está en cabeza del empleador y de la ARL.¹⁶³

Tal y como lo señala la Corte, “(...) *en materia de accidentes de trabajo, la protección que se ofrece al empleado es una consecuencia necesaria del principio de solidaridad que irradia, junto con los postulados de universalidad y eficiencia, la totalidad del sistema de seguridad social, y de la consagración del Estado colombiano como un Estado Social de derecho. En tal sentido, el texto constitucional garantiza al trabajador que pone a disposición del empleador su fuerza de trabajo, una especial protección que parte del reconocimiento de la subordinación que caracteriza las relaciones laborales y, al mismo tiempo, allana el camino para la consecución de un orden justo al cual se compromete la Constitución desde su preámbulo. Así pues, el Sistema de seguridad social está enderezado a asegurar al trabajador un conjunto de condiciones objetivas que conduzcan a la efectiva protección de sus derechos fundamentales a la vida, a la dignidad humana, a la igualdad, al mínimo vital, entre otros. A su vez, el Sistema de riesgos profesionales apunta particularmente a obtener la plena satisfacción de los derechos constitucionales a la salud, al trabajo y de todos aquellos derechos*

¹⁶⁰ Davis A.M, Pless B. (2001). BMJ bans “accidents”: Accidents are not unpredictable. British Medical Journal. Volume 322. 322:1320–1.
¹⁶¹ Decreto Ley 1295, *óp. cit.*

¹⁶² “(...) *Para que el accidente genere responsabilidad de la administradora se requiere que el accidente no sea genérico, es decir que lo pueda sufrir cualquier persona ajena al trabajo; por el contrario, se requiere que sea específico, es decir originado en el trabajo en sí (...)*”. CSJ Laboral, 24 Jul. 2006, r 26879, F. J. Ricaurte G.

¹⁶³ “(...) *Es claro, entonces, según la jurisprudencia de la Corte, que al definir el artículo 9º el accidente de trabajo como “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte”, el legislador estableció la carga de probar, al trabajador o a sus beneficiarios como reclamantes, que la contingencia sucedió “con causa o con ocasión del trabajo”; y, a su turno, la de desvirtuar tal aserto a la administradora de riesgos profesionales o al empleador, según el caso(...)*”. CSJ Laboral, 29 Ag.2005, r23202, I. Vargas D.



que eventualmente resulten vulnerados por la ocurrencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, pues el quebrantamiento por exceso de las cargas que soporta el trabajador supone una honda fractura del ordenamiento constitucional, el cual, como ya fue señalado, tiene una marcada preocupación por garantizar la vigencia de estos derechos ante la ocurrencia de tales eventos(...).”¹⁶⁴

En nuestra legalización se concibe por accidente de trabajo:¹⁶⁵

“(...) todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

(...) Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

(...) Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

(...) También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

(...) De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión (...).”

De acuerdo con lo anterior, “es claro que el accidente de trabajo consiste en aquella eventualidad que afecta la salud física o psíquica del trabajador y que incluso puede conllevar a su muerte, siempre y cuando ocurra por causa o con ocasión del trabajo. Esto significa que –por su propia naturaleza– este accidente

¹⁶⁴ CConst, T-062/07, H. A. Sierra P.

¹⁶⁵ Ley 1562, óp. cit. Artículo 3.



se encuentra vinculado con el cumplimiento de las obligaciones que emanan del contrato laboral enunciadas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, las cuales consisten –básicamente– en realizar de manera personal la labor encomendada, cumplir con los reglamentos, obedecer las órdenes e instrucciones impartidas por el empleador, guardar la reserva de la información que se tenga bajo su custodia, cuidar los bienes y colaborar en casos de siniestros o de riesgos inminentes que afecten a las personas o a las cosas de la empresa”¹⁶⁶. Así mismo, un accidente solo podrá configurarse como AT, cuando se demuestre la existencia de estos tres requisitos:

- A. La ocurrencia de un suceso repentino.
- B. Que ese hecho ocurra por causa o con ocasión del trabajo y
- C. Que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, la invalidez o la muerte.

La doctrina manifiesta que por causa es “aquello que se considera como fundamento u origen de algo” y por ocasión “oportunidad que se ofrece para ejecutar o conseguir algo. Causa o motivo porque se hace o acaece algo”¹⁶⁷

La jurisprudencia ha indicado que “(...) cuando el accidente es con ocasión del trabajo, “hay una relación de causalidad indirecta con el trabajo o actividad habitual u ordinaria, es decir el infortunio no es consecuencia obligada de la clase de trabajo o del medio en que se ha visto obligado a laborar el empleado, dándose una conexidad indirecta con esos factores”. Reitera que el accidente “será por causa o con ocasión del trabajo o de la labor desempeñada, cuando el suceso respectivo tenga concurrencia bajo el imperio de la subordinación laboral...es claro que un accidente para que pueda calificarse como profesional es indispensable que ocurra por causa o con ocasión del trabajo, expresiones que han llevado a la doctrina pacíficamente a sostener como único criterio válido el ETIOLÓGICO y no los CRONOLÓGICOS (asociados a la jornada de trabajo) o los TOPOGRÁFICOS (asociados a la empresa o al trabajo mismo(...))”¹⁶⁸

En el AT, el tiempo que transcurre entre el contacto del lesionado, la exposición al factor de riesgo y el daño a la salud (periodo de latencia) es breve o muy breve

¹⁶⁶ CConst, T-432/13, L. G. Guerrero P.

¹⁶⁷ Román, B. A.D. (2010, Mayo). *Naturaleza jurídica de accidentes ocurridos en eventos deportivos*. Revista actualidad laboral. (ed 159). p 19-24.

¹⁶⁸ CSJ Laboral, 11, Feb.2009, r32126, L. J. Osorio L.

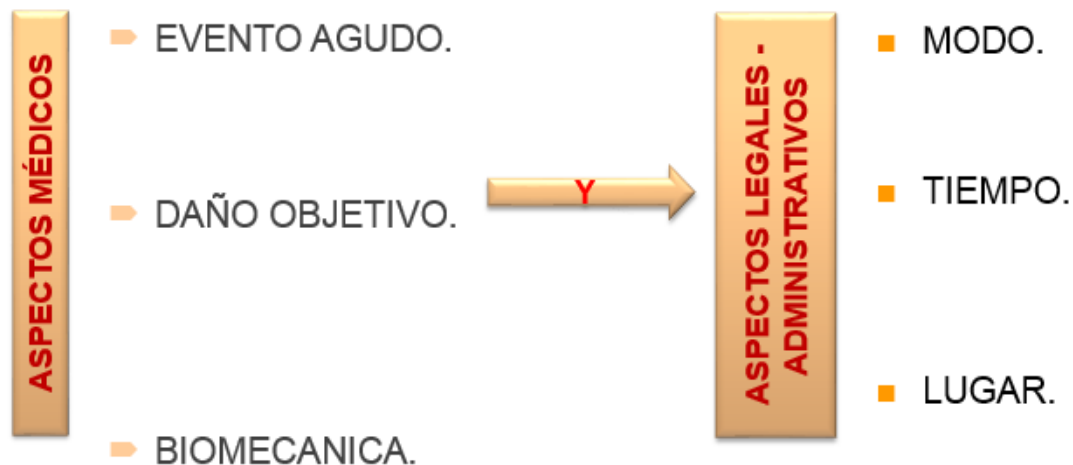


(*tiende a ser cero*),¹⁶⁹ lo cual es de capital importancia al momento del estudio del origen de las posibles secuelas derivadas del evento agudo, como se verá más adelante.

La OIT destaca algunas características de los AT para permitir diferenciarlos de las EL:¹⁷⁰

- **Por su origen:** es imprevisto y repentino.
- **Por su naturaleza:** es variable y no se puede predecir su alcance, ni las consecuencias que puedan derivarse.
- **Por su patogenia:** puede precisarse y medirse el momento en que se produjo y cuando se inició la lesión. Biomecánica.
- **Hecho único:** que genera la muerte o la lesión y es el evento agudo. Traumatismo.

Como lo muestra el cuadro 1, en la calificación del origen de un accidente, confluyen aspectos de orden médico y otros administrativos o jurídicos, que deberán ser evaluados por el equipo o profesional calificador.



Cuadro 1. Requisitos para la calificación de origen de un presunto accidente de trabajo.

Evaluaremos entonces los aspectos médicos:

¹⁶⁹ Ruiz. F. Carlos, Delclós J, Ronda E, García A.M., Benavides F.G. (2007). *La salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. (7^{Ma} ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

¹⁷⁰ *Ibidem*.



1. **Evento agudo:** es decir, que el suceso o evento generador del daño sea “súbito” y como se indicó *ut supra*, el tiempo o periodo de latencia debe ser o tener tendencia a cero. Sí, un trabajador indica que “*desde esta mañana me estaba doliendo la espalda y ahora me agache y ya no me puedo parar*”, se debe estudiar el caso como una posible enfermedad laboral si cumple con los requisitos del Decreto 1477 de 2014, toda vez, en éste caso no hay un evento agudo o súbito que hubiere generado los síntomas y la descripción dada, corresponde a una posible crisis o recrudecimiento de una condición crónica, insidiosa o paulatina llamada enfermedad.
2. **Daño Objetivo:** el precitado evento agudo, debe tener la energía suficiente para producir una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, la invalidez o la muerte. Es decir, durante ese escaso tiempo de exposición al factor de riesgo causante del accidente, debe existir transferencia de energía y esta a su vez, debe tener la capacidad de producir daño, bien de forma directa o a través de barreras a su flujo normal.¹⁷¹

La capacidad de un ser humano para controlar la energía, básicamente depende de la ejecución de la actividad y de la demanda de la misma¹⁷². Cuando la capacidad de la persona para ejecutar la actividad supera la demanda, se libera de manera útil la energía, pero cuando la demanda de energía supera la capacidad de ejecución, se provoca una liberación incontrolada de energía generando riesgo de lesión:^{173,174}

- A. **Cuando la dificultad en la actividad supera bruscamente la capacidad de ejecución individual:** Un conductor de bus urbano que conduce superando los límites permisibles, pierde el control cuando se atraviesa una vaca.
- B. **Cuando el nivel de ejecución del individuo es inferior a las demandas de la actividad:** El conductor de bus urbano se queda dormido manejándolo, produciéndose un cambio brusco en la ejecución sin cambio en la demanda.

¹⁷¹ Martínez R. (1990). Injury control: a primer for physicians. *Ann Emerg Med* 19:1.

¹⁷² Waller, J.A. (1985). *Injury control: a guide to the causes and prevention of trauma*. *Journal of Public Health Polic.* 7, 399–400.

¹⁷³ Prehospital trauma life support committee of the national association of emergency medical technicians & the committee on trauma of the American college of surgeons. (2008). *Prehospital trauma life support*. (6th ed.). Mosby Inc., an Elsevier Imprint.

¹⁷⁴ Yushimito, R. L. (2007). *Biofísica*. Bogotá, D.C.: El Manual Moderno Ltda.



C. Cuando ambos factores combinan de forma simultanea: Un conductor de bus urbano que conduce dentro del rango de velocidad considerado como normal pero va hablando por celular sin manos libres y de repente se atraviesa una vaca.

Durante al accidente, la energía liberada y absorbida por el organismo, supera su capacidad de tolerancia, por ende se produce el daño.

“Se entiende por perturbación funcional aquella disminución o desmejoría considerable de la función de un órgano o miembro sin que se pierda o anule la función (...) se considera como “Órgano”, el conjunto de tejidos que interactúan simultáneamente en el ejercicio de una misma función. Equivale al concepto de sistema que se tiene en la medicina clínica. El término “Miembro” se refiere a cada una de las cuatro extremidades y al pene (miembro viril)”.¹⁷⁵

Los trastornos psiquiátricos secundarios a un accidente pueden derivarse de un traumatismo craneo-encefálico o TEC-, a un trastorno emocional posterior al evento agudo y eventualmente a las dos causas.¹⁷⁶

Se puede definir el daño psíquico como la *“alteración o deterioro de las funciones psíquicas de una persona como consecuencia de un accidente o traumatismo”*.¹⁷⁷

A *“priori”* es muy difícil establecer el curso de un proceso psiquiátrico, de ahí que las secuelas psíquicas sean de tan difícil valoración tanto desde el punto de vista clínico como médico legal.¹⁷⁸

Desde el punto de vista psiquiátrico, el daño psíquico *“constituye un síndrome mental de causa exógena, que genera mala adaptación y que aparece y evoluciona dentro de un rango temporal prudencial”*.¹⁷⁹

¹⁷⁵ Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. (2010). *Reglamento Técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense*. Extraído el 23.En. 2015 de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/48758/78081/R6.pdf/694176ec-e044-4266-a9d1-61543adc343c>

¹⁷⁶ Hinojal, *óp. cit.*

¹⁷⁷ Lartigau, F. T. (1999). *Valoración del daño psíquico*. V Congreso Nacional de valoración del daño corporal. Valencia: España. Citado en Hinojal. *loc. cit.*

¹⁷⁸ Hinojal, *óp. cit.*

¹⁷⁹ Arteaga, M. J. (2005). Perturbación psíquica, análisis psiquiátrico-forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento No. 1, Vol. XXXIV*. Extraído el 20 de febrero de 2015 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34s1/v34s1a08.pdf>



La perturbación psiquiátrica, “(...) es una alteración clínicamente significativa, que afecta la actividad psíquica global de la víctima, cuyos síntomas permiten identificar de manera clara un síndrome de diagnóstico internacionalmente aceptado; que posee manifestaciones desadaptativas, y que se instaura y perdura en un lapso determinado, cuya etiología es bien definida, al punto que permite establecer una relación de causalidad (...)”.

Para la determinación de la perturbación psiquiátrica es necesario entonces:¹⁸⁰

- Que exista un daño en la salud mental claramente definido.
- Que su aparición sea posterior o desde el evento agudo, es decir que no sea preexistente al AT.
- Que cause una limitación en la esfera de la salud mental.
- Que se acredite un nexo causal con el AT.

Sobre el tiempo de aparición del trastorno mental posterior al evento agudo, se acepta que oscile entre los 6 a 24 meses siguientes al accidente (periodo de latencia).^{181,182,183} Existen tratadistas que indican que posterior al estrés agudo, el tiempo de aparición del trastorno mental (perturbación psiquiátrica), puede ser tan corto como de 1 semana o tan largo como 30 años.¹⁸⁴ Teniendo en cuenta que el 80% de los pacientes con quemaduras desarrollan un trastorno mental por estrés agudo entre los 12 a 24 meses siguientes al evento y que sólo el 30% lo desarrollan al año, se acepta técnico científicamente que el tiempo de latencia ideal para soportar un nexo causal entre el AT y el trastorno mental, es de 2 años.

Posterior a éste tiempo, se deberá soportar médicamente la relación causa efecto, con mayor rigurosidad científica, teniendo como base, en todo caso:

- Los soportes documentales de la historia clínica.
- La intensidad del evento inicial.
- La fecha de inicio del periodo prodrómico.
- La intensidad de los síntomas.

¹⁸⁰ Castex, M. N. (2010). *El daño en psicopsiquiatría forense*. Buenos Aires: AD-HOC.

¹⁸¹ Durán, L., Carreño, M. I. (1999). *Principios de psiquiatría forense*. (3^{ra} ed.) Medellín: Señal Editora.

¹⁸² Borobia, C. (2009). *Valoración del daño corporal. Medicina de Seguros. Traumatismo craneoencefálico, Psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.

¹⁸³ Hales, R. E. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica*. (5^{ta} ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

¹⁸⁴ Sadock, óp. cit.



- Precisar si en el fase subclínica, le aplicaron al paciente, por las particularidades del AT, algún tipo de prueba psicométrica que permitiera vislumbrar el desarrollo asintomático de la perturbación psiquiátrica.

Para el diagnóstico médico psiquiátrico, debe utilizarse el DSM IV¹⁸⁵ y el DSM-V,¹⁸⁶ en atención a los criterios de actualización del acto médico y a los lineamientos de los Decreto 917 de 1999 y 1507 de 2014 sobre el diagnóstico del trastorno mental. Si bien en el último se aclara la utilidad del mismo a nivel forense, es claro que el comportamiento biológico de la patología se mantiene incólume e independiente al tipo de litigio y lo diferencial, es el estudio del nexo causal entre el delito y la enfermedad, o para nuestro caso, entre aquella y el accidente.

Para determinar que la perturbación psiquiátrica es nueva o posterior al evento, se propone como criterio orientativo, la aplicación de la Escala de evaluación de actividad global (EEAG),¹⁸⁷ reconstruyendo la funcionalidad previa al AT y la posterior; tomando la variación de al menos 20 puntos,¹⁸⁸ como un buen indicativo para que el trastorno sea catalogado como nuevo. Es menester aclarar que lo primero es la valoración de la historia clínica completa del trabajador y la determinación de la fecha de inicio de los síntomas, ya que de entrada se puede constatar que el trastorno mental se presentó previó al evento en estudio y simplemente con éste se agravó la sintomatología.

Otras de las consecuencias del evento agudo pueden ser la invalidez o la muerte del lesionado. La primera será analizada en detalle en el acápite relacionado con la calificación de pérdida de capacidad laboral e invalidez. Sobre la segunda es necesario recordar que el nexo causal se determinar por la relación entre la muerte y el evento agudo o sus secuelas, para lo cual como condición *sine qua non*, es necesario la necropsia médico legal, que tal como se expresó *ut supra*, es obligatoria en dicho contexto.

3. La biomecánica: Hace referencia a la orientación espacial del cuerpo del lesionado durante el accidente. Se estudia la postura, movimientos, ángulos, mecánica corporal, grado o intensidad de la energía o del evento

¹⁸⁵ DSM-IV-TR Breviario. (2003). *Criterios diagnósticos*. (Reimpresión). Barcelona: Masson.

¹⁸⁶ DMS-V. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5*. American Psychiatric Association. Madrid: Editorial médica panamericana.

¹⁸⁷ Arteaga, *óp. cit.*

¹⁸⁸ Hales, *óp. cit.*



estresor. La biomecánica permite correlacionar la posibilidad de daño por el evento agudo con la lesión que se estudia como derivada de dicho evento. Por ejemplo si el evento AT sólo produjo una contusión a nivel del hombro y el trabajador está solicitando se califique como secuela de dicho accidente una hernia lumbar, claramente la biomecánica del evento agudo no explica el desarrollo de la patología lumbar. *ContRario sensu* si solicita se califique una inflamación aguda o crónica del manguito de los rotadores del hombro afectado, bajo ciertos supuestos médicos, si se podrían considerar secuelas del evento AT, de acuerdo a la energía del mismo (se deduce de la descripción de los hechos y los hallazgos iniciales en urgencia), tiempo de evolución de los síntomas en especial el tiempo de aparición de los mismos frente a la ocurrencia del evento agudo y el tipo de lesión, si hay atrofia de las fibras del manguito rotador, daría a entender que es un evento de evolución crónica o que pudiera estar relacionado con la edad¹⁸⁹ y no con el evento agudo.

Cuando hablamos de lesiones osteomusculares, es importante determinar si la fuerza aplicada es directa o indirecta. En el mecanismo directo, la fuerza es aplicada sobre el sitio de la lesión y provoca heridas, aplastamientos, fracturas, contusiones o arrollamientos. En el mecanismo indirecto, la fuerza no se ejerce sobre el punto lesionado, es un traumatismo pasivo que produce lesiones por tracción, rotación, compresión vertical, angulación con torsión etc.¹⁹⁰

Sobre los aspectos legales y administrativos: Tal y como se expresó, de las circunstancias de modo, tiempo y lugar, para la ocurrencia de un accidente de trabajo la que determina el nexo de causalidad es el modo o la subordinación. El evento puede ocurrir durante el horario laboral u al interior de la empresa, pero, si no se acredita, la subordinación, dicha presunción de accidente de trabajo se desvirtúa en relación con la teoría del riesgo objetivo.

Así mismo, si en la ocurrencia de un accidente de trabajo se presenta culpa del trabajador y del empleador, no desaparece la responsabilidad del último en la reparación de las consecuencias, tampoco cuando la concurrencia de culpas es con un tercero,¹⁹¹ por lo tanto, no se desvirtúa el nexo causal.

¹⁸⁹ Santos, A.J. (2009). *Criterios de valoración del daño corporal situación actual*. Barcelona: Fundación Mapfre.

¹⁹⁰ Miralles, M. R. C. (2001). *Valoración del Daño corporal en el aparato locomotor*. Barcelona: Masson S.A.

¹⁹¹ CSJ Laboral, 17. Oct. 2008, r28821, G. J. Gnecco M.



No obstante lo anterior, el dolo o la intención fehaciente del trabajador en la realización de la actividad que causare la lesión y con el ánimo de su causación, si desvirtúa el nexo causal entre el trabajo y el accidente, toda vez, el suceso súbito no ocurre por causa u ocasión con el primero sino por la libre disposición del trabajador, de la cual no se ocupa la teoría de los riesgos laborales. Principio *nemo auditur propiam turpitudinem allegans*, nadie puede alegar a su favor su propia culpa.¹⁹² Así mismo, el dolo no es asegurable.^{193,194}

¹⁹² CConst, Sentencia T-213/2008, J. Araújo R.

¹⁹³ CSJ Laboral, 16 Oct.2013, r42433, C. E. Molina. M.

¹⁹⁴ CSJ Laboral, 07 Mrz.2003, r18515, I. Vargas. D.



12. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

En términos generales podemos determinar que una enfermedad es aquel deterioro más o menos paulatino del estado de salud de una persona (Físico, Psíquico, Social)¹⁹⁵. Cuando ese deterioro se debe a causas comunes y no relacionadas con el trabajo o del medio ambiente en el cual se ha visto obligado a trabajar, se trata de una enfermedad de origen común. *Contario sensu*, cuando es consecuencia del medio ambiente o los factores de riesgo derivados del trabajo que desarrollaba, se configura una patología de origen laboral.

La concepción genérica de una enfermedad laboral contiene dos elementos principales:¹⁹⁶

- A. Relación causal entre la exposición específica a factores de riesgos derivados de un entorno de trabajo o actividad laboral y el desarrollo de la enfermedad específica.
- B. El hecho de que, dentro de un grupo de personas expuestas (trabajadores), la enfermedad se produce con una frecuencia superior a la del resto de la población.

En Colombia, en términos generales, toda enfermedad o patología que no haya sido calificada como de origen laboral, se considera de origen común,¹⁹⁷ excepto las patologías que se encuentran en la tabla de enfermedades laborales que es el anexo técnico del Decreto 1477 de 2014, las cuales, se presumen de origen laboral, siempre y cuando se contraigan en las condiciones descritas en dicha tabla. Lo anterior desde el punto de vista probatorio tiene mucha importancia, toda vez, la carga de la prueba para desvirtuar el nexo causal presumido en la tabla, está en cabeza del empleador y de la ARL, no del calificador en primera oportunidad o en primera o segunda instancia. Frente a este acápite, es importante señalar que las 4 patologías relacionadas a continuación, se consideran y desde el punto de vista de las prestaciones asistenciales, se manejan como de origen laboral sin necesidad de que medie calificación formal

195 OMS, óp. cit.

196 Reunión de expertos sobre la revisión de la lista de enfermedades profesionales. (2009). *Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT*. Ginebra, 27-30 Oct.2009. Organización Internacional del Trabajo. Extraído el 30 Dic.2014 de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/meetingdocument/wcms_116913.pdf

197 Decreto 1295, óp. cit. Artículo 12. Inciso Primero.



sobre el origen y sólo basta con que sean diagnosticadas de manera adecuada, para que se manejen como enfermedad laboral:

- **Asbestosis.**
- **Silicosis.**
- **Neumoconiosis de mineros del carbón.**
- **Mesotelioma por asbesto.**

No obstante lo anterior, para el manejo de las prestaciones económicas y como el resto de patologías descritas en la precitada normativa, se requiere la realización del proceso de calificación de origen de manera formal.

Como se indicó previamente, la actual definición de enfermedad laboral de nuestro SGRL se encuentra en el artículo 4 de la Ley 1562 de 2012: *“Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.”*

Es preciso entonces, señalar lo considerado por la Corte Constitucional sobre dicha presunción de origen:

*“En ese sentido, para el caso de la enfermedad profesional, opera la presunción de origen común, la cual resulta desvirtuada cuando (i) la dolencia es de aquellas definidas en la ley como de origen profesional o (ii) cuando es posible establecer una relación de causalidad entre la patología y los factores de riesgo ocupacional. Este nexo, a su vez, puede rebatirse, bien si en el examen médico preocupacional se detectó la enfermedad a la que se adscribe carácter profesional o bien si se comprueba que el grado de exposición al riesgo es insuficiente para provocar la enfermedad profesional”.*¹⁹⁸

¹⁹⁸ CConst, T-1075/2005, J. Córdoba. T.



A manera introductoria, desde el 11 de Julio de 2012 para la configuración de una enfermedad laboral se requiere:

- a) **La presencia de una enfermedad:** Una patología cierta y adecuadamente diagnosticada, es decir, un acto médico soportado en el cual el profesional tratante (general o especialista) determine que los signos y síntomas del paciente son debidos a una determinada enfermedad y no a otra(s) concausa(s) o patología(s) que también puede(n) producir un cuadro similar. Debe ser realizado de acuerdo a los lineamientos de la ciencia médica, utilizando los medios diagnósticos e interconsultas adecuadas cuando sean pertinentes y con el ánimo de correlacionar el contexto clínico del paciente, concluyendo que se trata de esa patología y no otra (Probabilidad diagnóstica y clínica), lo que conlleva un proceso de exclusión médica de otras causas que produzca esa enfermedad; es decir, el médico debe realizar inicialmente una lista de posibles patologías que generen los síntomas del paciente para que dentro del proceso diagnóstico se excluyan una a una según cuadro clínico, paraclínicos y contexto médico, llegando a la patología que con mayor probabilidad es la que produce el cuadro del paciente. Posteriormente, se orienta el acto médico en la búsqueda de la causa o motivo de aparición de la patología (Génesis), descartando las causas más frecuentes de dicha entidad.
- b) La existencia en el puesto de trabajo o en el medio ambiente en el cual el trabajador se ve o ha estado obligado a trabajar, de uno o varios factores de riesgo para la salud que se asocien con el desarrollo de la patología en estudio.
- c) **Nexo causal o asociación fisiopatológica:** En otras palabras, que el factor de riesgo existente en el trabajo o medio ambiente laboral, produzca o se asocie científicamente con el desarrollo de la patología motivo de calificación. Es decir, que el factor de riesgo sea el productor la enfermedad.
- d) **Correlación entre exposición y desarrollo de la patología:** Hace referencia al grado de asociación entre la exposición laboral al factor de riesgo y el desarrollo de la patología. Es decir, **¿qué tanto la exposición al factor de riesgo, los niveles y tiempo de exposición, el uso o no uso de los elementos de protección personal, explican desde el punto de**



vista médico, el desarrollo de la patología?. Es uno de los puntos más críticos en el proceso de calificación de origen de una enfermedad, toda vez, en sólo pocas enfermedades (Hipoacusia (sordera) por ejemplo), se conoce la probabilidad de desarrollo de la patología según el grado y tipo de exposición al factor de riesgo.

- e) Siempre en caso de duda, ésta debe ser resuelta a favor del trabajador y en todo caso, se debe aplicar de *prima facie*, la presunción legal de origen laboral si la patología es contraída en las condiciones descritas en la tabla, como lo veremos posteriormente.

Frente al proceso diagnóstico y tal como lo ha considerado la jurisprudencia, cuando es pertinente y prescrito por el médico tratante, la práctica de exámenes clínicos no puede condicionarse a razones no médicas, *“es determinante que las pruebas diagnósticas para la salud y vida del afectado, no pueden condicionarse en su realización a razones de índole administrativa o económica, pues toda confirmación que se haga a tiempo, de cualquier patología, puede contribuir a la mejoría total en la salud de la persona que las padece, o cuando menos aminorar su sufrimiento y dolor, llevando su condición de vida a unas instancias más dignas”*.¹⁹⁹

Frente a todo lo anterior, desarrollaremos los 05 ítems más importantes en el análisis técnico jurídico de la calificación de origen de una enfermedad:

- Determinantes de la salud y nexo de causalidad.
- Lista colombiana de enfermedades laborales.
- Criterios técnicos para la calificación de origen de una enfermedad.
- Comunicación de sospecha de enfermedad laboral.
- Enfermedades laborales vs. enfermedades relacionadas con el trabajo.

13. DETERMINANTES DE LA SALUD LABORAL Y NEXO DE CAUSALIDAD

Se ha reconocido que los problemas de salud relacionados con el trabajo son susceptibles de prevención, toda vez, sus determinantes se originan en las

¹⁹⁹ CConst, T-555/2006, H. A. Sierra. P.



condiciones de trabajo,²⁰⁰ de ahí que la salud ocupacional, hoy seguridad y salud en el trabajo, busque adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo²⁰¹.

Se entiende como determinante de la salud, las causas, condiciones o circunstancias que influyen positiva o negativamente en el estado de salud del individuo. Como se había mencionado, estos factores pueden dividirse en:²⁰²

a) **Biología humana (genética, envejecimiento, sexo):** Juega un papel importante la impronta genética o herencia, por ejemplo, el riesgo de cáncer de pulmón es mayor en aquellos fumadores con herencia familiar de la enfermedad u otros factores como exposición ocupacional al amianto. Si no existiere el primer antecedente sólo el 10 al 15% de los fumadores, desarrollarían el cáncer.²⁰³

Se ha encontrado que el género y la edad, también pueden ser un factor protector o de riesgo para el desarrollo de ciertas enfermedades.

b) **Estilos de vida:** La actividad deportiva, alimentación, consumo de alcohol, drogas, condiciones de transporte y de vida, influyen en mayor o menor grado al desarrollo de una enfermedad o la generan.

c) **Ambientales (trabajo, contaminación física, química, biológica y sociocultural):** La distribución de la riqueza, contribuye a la caracterización poblacional de los perfiles epidemiológicos de las enfermedades. Las clases sociales más pobres, son más propensas a enfermar.

El nivel educativo, el desarrollo socio afectivo, la estabilidad en el empleo y el grado de satisfacción laboral, son otros factores que se asocian a un determinado riesgo para la salud²⁰⁴.

Los riesgos presentes en las condiciones de trabajo pueden ser²⁰⁵:

²⁰⁰ Gil, *óp. cit.*

²⁰¹ Stellman, J.M. ed. (2001). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Organización Internacional del Trabajo (3^{ra} ed.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones. Extraído 4 En.2015 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones

²⁰² Blum, *óp. cit.*

²⁰³ Gil, *óp. cit.*

²⁰⁴ Wilinon, R, Marmot, M. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. (2^{da} Ed.). World Health Organization.

²⁰⁵ Gil, *óp. Cit.*



- 1) **Estructurales, relacionados con la seguridad en el trabajo:** determinados por las instalaciones o la edificación de trabajo.
- 2) **Ambientales, relacionados con la higiene industrial:** por la presencia de contaminantes físicos, químicos o biológicos. En España el 27.5% de los trabajadores afirman manipular productos tóxicos y el 9% está expuesto a contaminantes biológicos.
- 3) **Ergonómicos:** Es claro el riesgo generado por las inadecuadas condiciones de trabajo, por ejemplo, la prevalencia de epicondilitis (dolor en la cara externa del codo) en la población general es del 1 al 3%. En relación con el trabajo la epicondilitis lateral ocurre en 59 por cada 10.000 trabajadores/año²⁰⁶.
- 4) **Organizativos o psicosociales:** El trabajo precario, la falta de seguridad en el empleo o la sobrecarga laboral como generadora de estrés, es un papel preponderante para el desarrollo de patologías cardiacas, gástricas o en la esfera mental.
- 5) **Asistencia en los servicios de salud:** La calidad en la atención recibida por el sistema de seguridad social y la oportunidad de acceso al proceso de tratamiento y rehabilitación integral, no sólo actúan como determinantes del estado de salud sino como un factor protector o de riesgo, para el desarrollo de secuelas.

El concepto de determinantes de la salud está unido al de riesgo, entendido éste último como la probabilidad de que ocurra un determinado evento en relación con su consecuencia. Es decir que puede existir mayor riesgo, en un evento de poca probabilidad de ocurrencia pero que una vez ocurre, acarrea graves o nefastas consecuencias, en comparación con un evento de habitual ocurrencia, pero sin ningún tipo de consecuencia para la salud.

La multicausalidad de los eventos en salud y enfermedad, permiten explicar la distribución de estos en una población determinada e intervenir desde la

²⁰⁶ Ministerio de la Protección Social. (2006). Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes Musculo esqueléticos (DME) relacionados con Movimientos Repetitivos de Miembros Superiores (Síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de De Quervain (GATI- DME). Bogotá, D.C.



prevención alguno o todos los determinantes asociados a determinada entidad médica²⁰⁷. Le teoría unicausal de una enfermedad o lesión, es decir, que una patología es explicada por un único agente o causa, ha sido superada por el modelo multicausal, tras la reconocida interacción de factores endógenos o exógenos, incluido un agente etiológico claramente determinado. De acuerdo a lo anterior y a la variabilidad interpersonal, no todas las personas que se exponen a dicho agente desarrollan la enfermedad, no todo el que se expone al virus del SIDA, desarrolla la infección.

Surge entonces lo concepto de causa suficiente y causa necesaria. La primera, es aquella que inexorablemente da lugar a una enfermedad. La segunda, es la que se requiere para que la enfermedad se produzca pero por si sola no es suficiente para el desarrollo de la misma. Una misma enfermedad puede ser producida por diferentes causas suficientes y todas las enfermedades tienen factores determinantes de orden hereditario y ambiental.²⁰⁸ “*Los patrones sociales de la enfermedad representan las consecuencias biológicas de las formas de vida y de trabajo diferenciado que ofrece a los grupos sociales producidos por la economía cada sociedad y las prioridades políticas*”.²⁰⁹

14. LISTA COLOMBIANA DE ENFERMEDADES LABORALES

El Decreto 1477 de 2014 contiene la tabla de enfermedades laborales, aquellas que contraídas en las condiciones descritas se presumen de origen laboral, presunción *iuris tantum*.

Características de la tabla de enfermedades laborales contenidas en el Decreto 1477 de 2014:

- **Tabla mixta:** contiene la descripción genérica de categorías donde se puede “encajar” un diagnóstico determinado e incluye la descripción taxativa de enfermedades.

²⁰⁷ Ruiz, *óp. Cit.*

²⁰⁸ Rothman, K. J & Greenland S. (2005). Causation and causal inference in epidemiology. *American Journal of Public Health*. Vol. 95, No. S1, pp. S144-S150.

²⁰⁹ Krieger, N. (2008). Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What’s Level Got to Do with It? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221–230.



- **Doble entrada:** agentes de riesgo, para facilitar la prevención de enfermedades laborales y grupos de enfermedades, para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados.
- **Sistema Abierto:** Se presumen de origen laboral las enfermedades descritas y aquellas no contenidas en la tabla se reconocen como laboral si se demuestra la relación de causalidad.
- **Determinación de la causalidad:** indica cómo se determina la relación de causalidad en los casos de las patologías no contenidas en la tabla:
 - Identificar la presencia de un factor de riesgo en el sitio de trabajo en el cual estuvo expuesto el trabajador, de acuerdo con las condiciones de tiempo, modo y lugar, teniendo en cuenta criterios de medición, concentración o intensidad. En el caso de no existir dichas mediciones, el empleador deberá realizar la reconstrucción de la historia ocupacional y de la exposición del trabajador; en todo caso el trabajador podrá aportar las pruebas que considere pertinentes.
 - Identifica la presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente relacionada causalmente con ese factor de riesgo.
- **Sistema de prestaciones económicas:** reglamenta a los trabajadores que presenten alguna de las enfermedades laborales directas (*Asbestosis, Silicosis, Neumoconiosis de mineros del carbón, Mesotelioma por asbesto*), pues se les reconocerán las prestaciones asistenciales como son las de origen laboral desde el momento de su diagnóstico y hasta tanto no se establezca lo contrario en la calificación en firme en primera oportunidad o el dictamen de las juntas de calificación de invalidez, es decir para las prestaciones asistenciales, sí se requiere la calificación de origen en primera oportunidad.

Aclara además que para el reconocimiento de las prestaciones asistenciales por parte de las ARL, de las enfermedades enunciadas en la sección 11 parte B, se requiere la calificación como de origen laboral en primera oportunidad o el dictamen de las juntas y que conforme al parágrafo 3° del artículo 5° de la Ley 1562 de 2012, en caso de presentarse controversia sobre el origen de la enfermedad, las incapacidades



temporales se pagarán al mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el Régimen Contributivo, del Sistema General de Seguridad Social en Salud hasta tanto se dirima la controversia.

En cuanto a la estructura de la tabla contiene cuatro partes:

I. Articulado normativo.

II. Sección primera: agentes etiológicos y factores de riesgo ocupacional a tener en cuenta para la prevención de enfermedades laborales:

1. Agentes Químicos.
2. Agentes Físicos.
3. Agentes Biológicos.
4. Agentes Psicosociales.
5. Agentes Ergonómicos.

En la misma se describen los agentes etiológicos y factores de riesgo ocupacional contrastados con las ocupacionales o industrias más representativas y las enfermedades laborales asociadas a dicha exposición laboral.

III. Sección segunda: grupo de enfermedades para determinar el diagnóstico médico, la cual se divide en 2 partes:

• **Parte A o enfermedades laborales directas:**

1. Asbestosis.
2. Silicosis.
3. Neumoconiosis del minero de carbón.
4. Mesotelioma maligno por exposición a asbesto.

• **Parte B o enfermedades clasificadas por grupos o categorías (presuntas enfermedades laborales):**

1. Grupo I: Enfermedades infecciosas y parasitarias.
2. Grupo II: Cáncer de origen laboral.
3. Grupo III: Enfermedades no malignas del sistema hematopoyético.



4. Grupo IV: Trastornos mentales y del comportamiento.
5. Grupo V: Enfermedades del sistema nervioso.
6. Grupo VI: Enfermedades del ojo y sus anexos.
7. Grupo VII: Enfermedades del oído y problemas de fonación.
8. Grupo VIII: Enfermedades del sistema cardiovascular y cerebrovascular.
9. Grupo IX: Enfermedades del sistema respiratorio.
10. Grupo X: Enfermedades del sistema digestivo y el hígado.
11. Grupo XI: Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
12. Grupo XII: Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conjuntivo.
13. Grupo XIII: Enfermedades del sistema genitourinario.
14. Grupo XIV: Intoxicaciones.
15. Grupo XV: Enfermedades del sistema endocrino.

En esta segunda sección tanto en la parte A y B se describe la presunción de enfermedad laboral cumpliendo tres criterios:

1. Enfermedad claramente diagnosticada.
2. Agente etiológico o factor de riesgo ocupacional.
3. Ocupación o industria.

De acuerdo con lo anterior, para que la enfermedad se presuma de origen laboral, debe estar diagnosticada según la *lex artis medica*, ser causada por el o uno de los agentes etiológicos o factores de riesgos descritos en la tabla y en una de las ocupaciones o industrias contenidas en ella.

Las enfermedades de la sección segunda parte A y B se presumen de origen laboral, sólo que en las primeras, la presunción es directa para el manejo de las prestaciones asistenciales, es decir, diagnosticada la enfermedad, puede ser manejada como de origen laboral, asistencialmente.



15. CRITERIOS TECNICOS PARA LA CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE UNA ENFERMEDAD

En últimas con la calificación de origen se busca determinar un nexo de causalidad médico entre el trabajo y la enfermedad en estudio, que permite no sólo la compensación o resarcimiento del daño al trabajador, sino la toma de medidas correctivas en el ambiente laboral. Al estudiar el estado anterior y las concausas, se obtiene información sobre el estado físico o funcional de la persona que aunado a los demás criterios, permiten establecer la relación o nexo de causalidad médico.²¹⁰ Para lo anterior, el médico o equipo calificador, deben realizar una valoración de las circunstancias particulares del caso en estudio en razón de los siguientes criterios:

- I. **Clínico:** Referente a la existencia de una patología adecuadamente diagnosticada, lo cual entre otras, es un derecho constitucional de los usuarios del SGSSI.^{211,212} *“tal garantía confiere al paciente la prerrogativa de exigir de las entidades prestadoras de salud la realización de los procedimientos que resulten precisos con el objetivo de establecer la naturaleza de su dolencia para que, de esa manera, el médico cuente con un panorama de plena certeza sobre la patología y determine “las prescripciones más adecuadas” que permitan conseguir la recuperación de la salud, o en aquellos eventos en que dicho resultado no sea posible debido a la gravedad de la dolencia, asegurar la estabilidad del estado de salud del afectado”.*²¹³

El derecho al diagnóstico es parte integrante del derecho a la salud y es la base para una recuperación definitiva o un adecuado proceso de rehabilitación y tratamiento para lograr mejorar la calidad de vida del paciente. *“Pero, no solo la negativa del derecho al diagnóstico vulnera los derechos constitucionales, sino cuando no se práctica a tiempo o se realiza de forma negligente, complicando en algunos casos el estado de salud del paciente hasta el punto de llegar a ser irreversible su cura, eventos en los cuales, puede llegar a afectar gravemente la salud y la dignidad humana del*

²¹⁰ Hinojal, *óp. cit.*

²¹¹ CConst, T-609/2007, R. Escobar G.

²¹² CConst, T-593/2008, J. Córdoba T.

²¹³ CConst, T-274/2009, H. A. Sierra. P.



paciente al someterlo de manera interminable a las afecciones propias de su mal estado de salud".²¹⁴

Este criterio responde a la pregunta: ¿Qué otras enfermedades pueden causar los signos y síntomas que presenta el paciente?, hace parte del proceso diagnóstico definitivo, determinar la entidad que de manera probable o exacta produce la sintomatología del paciente evaluado. Ante una consulta por dolor lumbar, de acuerdo al contexto clínico, se debe indagar sobre la existencia de una infección urinaria, cálculos renales, tumor o una hernia lumbar entre otros.

- II. **Concausal o de exclusión:** Una vez constatado la suficiencia del diagnóstico, es procedente determinar la existencia de otras patologías o condiciones médicas que expliquen del desarrollo de la enfermedad en proceso de calificación. Está íntimamente ligado al antedicho derecho al diagnóstico. En éste criterio, debe evaluarse el estado de salud anterior del paciente, no sólo para conocer cómo se encontraba la persona antes de acontecer la enfermedad o el accidente sino que, permite descartar *“la posible existencia de concausas previas, simultáneas o ulteriores, es decir, factores o enfermedades que van a influenciar sobre la sanidad de las lesiones”*.²¹⁵

Este criterio responde a la pregunta: ¿Qué otras condiciones producen la misma enfermedad? En el proceso de calificación de origen, deben descartarse clínica, paraclínicamente o por ambos medios, enfermedades que producen sintomatología similar (proceso diagnóstico) o aquellas que se asocian al desarrollo de la patología en estudio (proceso de exclusión concausal). Frente a este último, un ejemplo de ello es el siguiente: trabajador de 40 años con sintomatología compatible con Síndrome de Túnel del Carpo, que es un atrapamiento del nervio mediano a nivel de la muñeca, revisando sus antecedentes e historia clínica, se encontró que además de tener esta patología, sufría de diabetes mellitus “azúcar alta en la sangre” y hacia 2 años presento una fractura a nivel de la muñeca. La diabetes, la fractura y la exposición a movimientos repetitivos a nivel de la muñeca son concausas, ya que éstas tres entidades se asocian con el desarrollo de síndrome de túnel del carpo y pueden actuar como una causa

²¹⁴ CConst, T-361/2014, J. I. Pretelt Ch.

²¹⁵ Hinojal, *óp. cit.*



única o dicha enfermedad puede presentarse por la interacción de dos o las tres condiciones, en este caso particular.

Por ejemplo, se ha encontrado asociación entre síndrome de túnel del carpo con artrosis (14%), diabetes mellitus (13%), artritis reumatoide (12%), factores laborales (9%), fracturas (5%), hipotiroidismo (3%), síndrome tóxico (2%) e insuficiencia renal crónica (1%) entre otros.^{216,217}

Como se expresó adelante las concausas pueden dividirse en:

- a. **Concausas pre-existentes:** son aquellos factores fisiológicos o patologías existentes en el individuo antes de producirse la enfermedad en estudio o iniciarse la exposición al factor de riesgo ocupacional. Pueden agravar su evolución o ser una causa explicativa de la misma.²¹⁸
- b. **Concausas concurrentes:** factores que ocurren de manera simultánea a la enfermedad en estudio o al inicio de la exposición ocupacional al factor de riesgo. Pueden agravar su evolución o ser una causa explicativa de la misma.²¹⁹
- c. **Concausas subsiguientes:** aquellos que aparecen con posterioridad a la enfermedad en estudio y pueden agravar su evolución sin ser una causa explicativa.²²⁰

Para conocer qué tipo de concausa es, se debe hacer un análisis integral de la historia clínica y la evolución de la enfermedad en estudio para determinar, fecha de inicio de los síntomas y fecha de diagnóstico y de acuerdo a ello determinar el tipo y el grado de asociación con el desarrollo de la patología.

Continuemos con el ejemplo anterior, trabajador de 40 años con sintomatología compatible con Síndrome de Túnel del Carpo, que inicia con

²¹⁶ Amo, C., Fernández, G. S., Pérez, F. S. (1998). *Síndrome Del Túnel Del Carpo. Correlación Clínica Y Neurofisiológica: Revisión De 100 Casos*. Rev. Neurol. 27(157):490-3.

²¹⁷ Portillo, R., Salazar, M., Huertas, M. A. (2004). *Síndrome Del Túnel Del Carpo: Correlación Clínica Y Neurofisiológica*. An. Fac. Med. Vol.65, No.4, P.247-254.

²¹⁸ Hinojal, *óp. cit.*

²¹⁹ *Ibidem.*

²²⁰ *Ibidem.*



síntomas de hormigueos en las manos el 18 de marzo de 2013. El 20 de diciembre de 2014 le practican una electromiografía y neuroconducción con lo cual se corrobora el diagnóstico clínico. Revisando sus antecedentes e historia clínica, se encontró sufría de diabetes mellitus “azúcar alta en la sangre” desde hace 2 meses la cual está controlada y sin evidencia de complicaciones. En octubre 15 de 2011 presento una fractura a nivel de la muñeca en la cual no se documentó complicación neurológica ni había evidencia de sintomatología de síndrome de túnel del carpo. El trabajador es operario de inyección en una embotelladora realizando jornadas de 10 horas diarias de lunes a sábado con un 95% de exposición a movimientos repetitivos a nivel de la muñeca (factor de riesgo suficiente y necesario para el desarrollo de síndrome de túnel del carpo). La diabetes, la fractura y la exposición a movimientos repetitivos a nivel de la muñeca desde el punto de vista teórico están asociadas al desarrollo de síndrome de túnel del carpo, pero en este caso en particular se ha documentado que ni la diabetes y ni la fractura, actúan como una causa y que la enfermedad es derivada de la exposición al factor de riesgo osteomuscular.

Para el proceso de calificación de origen, las concausas pre-existentes y las concurrentes son las de importancia técnica, ya que pueden estar asociadas al desarrollo de la enfermedad en proceso de calificación y en atención a los siguientes criterios, el grupo o médico calificador deberán determinar si son una causa suficiente y necesaria para el desarrollo de la patología:

- Evolución de la patología en proceso de calificación cuando es producida por dicha concausa, para ello, se debe apelar a la fisiopatología médica, a los estudios científicos y al grado de conocimiento de dicha asociación, su presentación habitual etc.
- La intensidad del factor de riesgo ocupacional, toda vez, si es tan burdo que científicamente es conocido que un trabajador expuesto a él tiene una probabilidad mayor para el desarrollo de la patología en comparación al riesgo de desarrollarla fruto de la concausa común, se debe considerar como de origen laboral.



- En caso de duda, está debe resolverse a favor del trabajador.²²¹

III. **Certeza del riesgo:** Hace referencia a la existencia de uno o varios factores de riesgo en el trabajo (puesto de trabajo o medio ambiente) que se asocien científicamente con el desarrollo de la patología en proceso de calificación. No basta sólo con aseverar su existencia, se debe verificar que el factor de riesgo esté presente en concentración y tiempo de exposición suficiente para el desarrollo de la patología como de origen laboral. La existencia de una tabla de enfermedades laborales, indica que una determinada enfermedad se asocia con un factor de riesgo.

Está relacionado con el análisis de la exposición en el contexto del trabajo, es decir, *“procedimiento sistemático, participativo, riguroso y ético a través del cual se realiza la recolección, evaluación y organización de información del contexto del individuo y de la(s) actividad(es) laboral(es) de un trabajador (valoración transversal ocupacional) para determinar la exposición a factores de riesgo ocupacionales (sus características, las variaciones, la dosis acumulada, las determinantes, la temporalidad, los niveles de riesgo) relacionados con la configuración y el desarrollo progresivo de la presunta enfermedad profesional objeto del estudio”*.²²²

Es importante que dentro del proceso previo a la apertura formal del caso, el médico o grupo de calificación reconstruya la historia laboral del trabajador como se indicó al inicio de la presente monografía: ¿Qué hace, como lo hace y por cuanto tiempo lo hace?, en cada uno de los trabajos y actividades desarrolladas.

IV. **Legal:** En este criterio se evalúan los aspectos legales del proceso de calificación, en especial, que la patología estuviere sin calificación de origen previa o en firme, caso en el cual sólo es posible hacer uso de los recursos del marco de controversia incluido la justicia laboral ordinaria. Si no existiere calificación previa sobre el origen, se debe verificar si cumple con la definición de enfermedad laboral y si está en la tabla de enfermedades laborales. Así mismo, es necesario tener la competencia legal para calificar el origen:

²²¹ CConst, T-334/2011, N. Pinilla P.

²²² Gutiérrez, S. A. M. (2011). *Guía técnica para el análisis de exposición a factores de riesgo ocupacional en el proceso de evaluación para la calificación de origen de la enfermedad profesional Informe Final*. Dirección General de Riesgos Profesionales. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social.



- **Primera Oportunidad:** EPS, ARL, Colpensiones y Compañía de Seguros de la AFP.
- **Primera Instancia:** Junta regional de calificación de invalidez.
- **Segunda instancia:** Junta Nacional de calificación de invalidez.
- **Justicia laboral ordinaria:** Perito designado por el juez o las partes.

V. **Asociación fisiopatológica:** La fisiopatología estudia los mecanismos de producción de las enfermedades. La asociación fisiopatológica determina que el desarrollo de una enfermedad es consecuencia de la exposición a un agente específico o factor de riesgo. Por ejemplo, el túnel del carpo se asocia a la exposición a movimientos repetitivos o el síndrome depresivo se asocia con alta carga mental en el puesto de trabajo.

Frente al proceso de calificación de origen de una enfermedad la OIT conceptúa:

“La relación causal se establece sobre la base de datos clínicos y patológicos; información básica sobre la ocupación y un análisis del empleo; identificación y evaluación de los factores de riesgo de la ocupación considerada, y el papel que desempeñan otros factores de riesgo.

Los datos epidemiológicos y toxicológicos son útiles para determinar la relación causal que existe entre una enfermedad profesional específica y la exposición correspondiente en un entorno de trabajo o actividad laboral específicos.

Por regla general, los síntomas no son lo suficientemente característicos para permitir el diagnóstico de una enfermedad profesional si no se conocen los cambios patológicos provocados por los factores físicos, químicos, biológicos o de otro tipo a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio de una ocupación.

Por lo tanto, es normal que cuanto mejor se conozcan los mecanismos de acción de los factores mencionados, el aumento constante del número de sustancias utilizadas, y las características y variedad de los agentes de los que se sospecha, más fácil resultará hacer un diagnóstico preciso, y al



mismo tiempo ampliar la lista reconocida de enfermedades de origen profesional²²³.

El reconocimiento de una enfermedad como profesional es un ejemplo concreto de toma de decisión en materia de medicina clínica o de epidemiología clínica aplicada. Decidir sobre el origen de una enfermedad no es una «ciencia exacta», sino una cuestión de criterio basada en un examen crítico de todas las evidencias disponibles, entre las que se deben incluir las siguientes:

- *Intensidad de la asociación. Cuanto mayor sean los efectos de la exposición en la frecuencia o el desarrollo de una enfermedad, mayores serán las probabilidades de que exista una relación causal entre la exposición y ese desarrollo o frecuencia.*
- *Concordancia. Diferentes informes de investigación que desembocan en resultados y conclusiones similares en términos generales.*
- *Especificidad. La exposición a un factor de riesgo específico se traduce en un patrón claramente definido de la enfermedad o las enfermedades.*
- *Relación o secuencia temporal. Entre la exposición considerada y la aparición de la enfermedad transcurre un período de tiempo compatible con cualquier mecanismo biológico propuesto.*
- *Gradiente biológico. Cuanto mayor sean el nivel y la duración de la exposición, mayor será la gravedad de las enfermedades o su incidencia.*
- *Plausibilidad biológica. De acuerdo con los conocimientos que hoy se tienen sobre las propiedades toxicológicas y químicas y otras características físicas del riesgo o peligro estudiado, es racional afirmar, desde el punto de vista biológico, que la exposición conduce al desarrollo de la enfermedad.*
- *La coherencia se logra cuando a partir de una síntesis de todas las evidencias, por ejemplo, estudios de epidemiología humana y animal, se deduce la existencia de una relación causal en el sentido amplio y según el sentido común.*

²²³ Concepto de la OIT. (Ver cita 224).



- *Estudios de intervención. En algunos casos, una prueba preventiva básica permite verificar si la supresión de un peligro determinado o la reducción de un riesgo concreto del entorno de trabajo o de la actividad laboral impide el desarrollo de una enfermedad específica o reduce su incidencia*”²²⁴.

Estos criterios de la OIT son concordantes con los propuestos por Hill²²⁵, los cuales recomendamos como ampliación al presente documento, al igual que el artículo sobre el caso Ardystil.²²⁶

²²⁴ Lista de Enfermedades Profesionales. (2010). *Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT*. Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, núm. 74. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Extraído, En. 5. 2015 de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_150327.pdf

²²⁵ Hill, A.B. (1953). *Observation and experiment*. New England Journal of Medicine. 248: 995-101.

²²⁶ Garcia, G. A. M., Garcia, B. F. (1995). *Causalidad en salud laboral: Caso Ardystil*. Gaceta Sanitaria. N. 51 Vol. 9: 371-379.



16. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LAS SECUELAS DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE

Es uno de los procesos más difíciles en cuanto a la calificación de origen de un evento en salud, en especial, cuando una entidad puede ser consecuencia o de un evento agudo y a la vez podría cumplir criterios para ser catalogado como una enfermedad laboral. Arriba aclaramos el concepto de secuela como insumo al proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral y al de origen, por ello es imperativo recordar que un accidente o una enfermedad previamente calificados como de origen laboral o común, pueden ser la fuente para el desarrollo de otra entidad nosológica (enfermedad claramente definida). Como ejemplo de lo anterior podemos indicar los casos de Pedro y María. Pedro es un ingeniero civil de 35 años, sufrió un accidente de tránsito de origen laboral por el cual perdió todo su miembro inferior derecho. Por esta condición de salud, desarrollo una depresión severa que requirió hospitalización por 6 meses. La amputación del miembro inferior derecho fue calificada y aceptada de entrada como de origen AT, pero no tiene pronunciamiento sobre el origen de la depresión severa y usted como abogado solicita a la ARL calificar el origen para que se tenga en cuenta al momento de calificar la pérdida de capacidad laboral. Si la ARL al momento de calificar el origen, aplica el concepto de enfermedad laboral, no aplica, toda vez la misma no es derivada de un factor de riesgo del puesto de trabajo o del medio ambiente al cual se ha visto obligado a laborar. En este caso, la depresión es explicada como secuela del accidente de trabajo, por lo tanto, su origen es Depresión, secuela de AT.

Existen casos complejos, en especial si la enfermedad se presume de origen laboral y para ello, tomaremos como ejemplo el caso de María. María es una médica general de urgencias. El 14 de Enero de 2008 presento un accidente de trabajo por punción con una aguja infectada con la sangre de un paciente portador del virus de la hepatitis B. El evento fue catalogado inicialmente como accidente de trabajo sin secuelas. 7 años después, a María se la diagnóstica Hepatitis B, la cual en su caso según el Decreto 1477 de 2014, se presume como de origen laboral.

Diferenciar en este caso si es secuela del AT del 14 de Enero de 2008 o es una EL, es de capital importancia, toda vez, nuestro régimen de RL indica que en caso de AT responde por las prestaciones económicas y asistenciales la ARL que tenía cobertura del evento. Así mismo, en caso de EL, responde la última ARL a la cual



se encuentra afiliado al trabajador al momento de requerir la prestación y en el caso de los desvinculados, la última ARL a la cual estuvo afiliado²²⁷. En el caso en estudio, el grupo de calificación, debe hacer un análisis técnico médico laboral, analizando la historia clínica completa, carga viral de la fuente al momento de ocurrir el siniestro, historia de otros accidentes biológicos en la trabajadora y con ello determinar si la hepatitis B es derivada del evento AT o es una EL.

Es importante entonces determinar si la sintomatología aparece a tiempo después al evento traumático o al inicio de la enfermedad o sus secuelas y si existe una correlación entre la zona anatómica afectada por las entidades reconocidas como de origen laboral y la ubicación de la enfermedad motivo de calificación.²²⁸

Para definir el origen de una secuela, se recomienda los criterios que a continuación se presentan²²⁹:

- **Criterio cronológico:** se debe tener en cuenta si el periodo de tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad o la ocurrencia del accidente de los cuales se sospecha es secuela y la aparición de la enfermedad a calificar. Para ello se deberá evaluar la historia natural de la enfermedad. Por ejemplo, si El evento agudo ocurrió el 1-1-2001 y se aceptó como AT una contusión en el hombro derecho y el 12-1-2001 se solicita calificar como secuela de ese evento una patología crónica (de más de 03 meses de evolución), claramente no hay una correlación entre el tiempo del evento y la evolución natural de la enfermedad a calificar, por lo tanto se considera que no es secuela ni existe relación causal.
- **Criterio topográfico y biomecánico:** se trata de establecer si hay una relación entre la zona afectada por el AT o la EL y aquella en la cual se encuentra la enfermedad a calificar. Es decir, si el evento agudo comprometió una rodilla, y se solicita calificar una enfermedad o condición médica en el oído y la biomecánica del accidente no explica dicho compromiso, la patología auditiva no es secuela del AT.
- **Criterio cuantitativo:** se pretende relacionar la intensidad o gravedad de presentación clínica de la enfermedad a calificar, contrastada con la

²²⁷ Ley 776, *óp. cit.*

²²⁸ Barrot, *óp. cit.*

²²⁹ Hinojal, *óp. cit.*



intensidad clínica del AT o la EL. “*La relación puede variar con la calidad del agente, con la naturaleza de la lesión y con la duración del periodo de latencia*”.²³⁰

- **Criterio de continuidad sintomática:** Que exista una correlación entre la enfermedad calificada o el accidente reconocido y el inicio de manifestación de síntomas (síntomas puente), de manera que se pueda asociar el inicio del último en relación con el evento al cual se solicita asociar. “La ausencia de estas manifestaciones puentes pueden ser suficientes para excluir el nexo causal”.²³¹ Ejemplo claro de ello es un trabajador con trauma AT ocurrido el 18 de Febrero de 1998 con calificación de secuelas por lesiones ligamentarias. 20 años después, el paciente solicita que se le califique el origen de una depresión la cual considera que es derivada del evento. En la historia clínica no hay ninguna consulta por síntomas depresivos desde el momento del accidente hasta 19 años y 6 meses después, cuando consulta al médico por síntomas depresivos severos que asocia con el evento AT, de hecho, ha tenido múltiples consultas por diarrea y otra sintomatología no relacionada con el AT. En este caso, es claro que existe no sólo ausencia del criterio cuantitativo, también, no hay una correlación entre un periodo de latencia de más de 19 años, sin consultar por síntomas depresivos y la ocurrencia del AT.
- **Criterio de exclusión:** excluir otras causas de la enfermedad en estudio diferentes al evento AT o EL aceptado y calificado. En el caso precedido, por ejemplo, se debería estudiar una causa familiar o ganancia secundaria. El criterio de exclusión “consiste en excluir toda causa posible del daño sufrido o de la prolongación de tiempo de evolución de la lesión. Ahora bien, dada la doctrina de la «consecuencia natural», la exclusión ha de ser total. Esta limitación justifica que el criterio de exclusión facilite pocas veces elementos de juicio válidos en la valoración de la causalidad”.²³²

En conclusión frente al origen de las secuelas²³³:

²³⁰ *Ibidem.*

²³¹ *Ibidem.*

²³² *Ibidem.*

²³³ Borobia, Legislación, *óp. cit.*



- Es frecuente la ocurrencia de una secuela médica posterior a un traumatismo moderado a severo que ha generado una lesión determinada.
- Generalmente ante pequeñas lesiones, no aparecen secuelas, excepto en casos con peligro de muerte o eventos de alta carga mental o psicosocial, donde puede generarse sintomatología en la esfera de la salud mental sin una lesión inmediatamente esperada.
- En el proceso de calificación, el médico o grupo interdisciplinario tendrá que estudiar el origen de enfermedades habituales que en la práctica médica diaria no se relacionan o asocian con un evento agudo o enfermedad preexistente y determinada.
- De acuerdo a lo anterior el médico deberá determinar si el AT O EL (causa) ha sido necesario y suficiente para producir el efecto (secuela – enfermedad que se solicita relacione con un AT o EL). Si en el estudio técnico se determina que sin la causa se hubiere presentado el efecto, lógicamente no habría una relación de causalidad entre el AT o EL y la patología en estudio. *Contrario sensu*, si la conclusión es que sin la ocurrencia del AT o EL no se hubiera presentado la patología en estudio (es decir la biomecánica del evento agudo y la historia natural de la enfermedad es una condición suficiente para producirla), la relación de causalidad es directa y estamos ante una secuela del AT o EL según el caso.
- Correlacionado con lo anterior, es menester recordar que al momento de entablar el nexo, no sólo es necesario evaluar la historia natural o biomecánica del evento al que se pretende endilgarle la etiología de la enfermedad en estudio. También es necesario determinar si hay correlación anatómica o funcional entre una y otra. Por ejemplo, una fractura a nivel del brazo derecho no puede tener como secuela una pérdida auditiva. Así mismo, hay que evaluar el tiempo existente entre el evento agudo y el inicio de los síntomas de la enfermedad en estudio y su presentación como una entidad crónica o aguda. Por ejemplo, trabajador que carga 100 kg de peso sin ayuda mecánica con un dolor lumbar importante. En urgencias, le toman una resonancia magnética de columna y encuentran una patología crónica a nivel de los discos intervertebrales y el médico evidencia un espasmo muscular importante a nivel lumbar. En este caso en particular, la



espondilosis o patología crónica y degenerativa de la columna vertebral no es secuela del AT, pero la contractura muscular, es la lesión explicada por dicho evento, por lo tanto sería AT.



17. CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

La calificación de pérdida de capacidad laboral es un derecho de toda persona, con la cual se busca determinar el acceso a beneficios prestacionales como la pensión de invalidez o la indemnización por un daño corporal. Es un medio probatorio para el goce efectivo de otros derechos fundamentales como la salud, la seguridad social y el mínimo vital. La pensión de invalidez, es una compensación económica tendiente a resguardar las necesidades básicas de las personas cuya capacidad laboral se ve disminuida, proporcionándoles una fuente de ingreso para solventar una vida digna.²³⁴

El proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, entendido como “*el mecanismo que permite fijar el porcentaje de afectación del “conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual”*”²³⁵, sólo es posible realizarse:

- A. Cuando se hubiere culminado el proceso de rehabilitación integral y las lesiones sufridas en el accidente o sus secuelas y las derivadas de la enfermedad o sus secuelas, se encuentren estabilizadas médicamente (es decir se presume que dentro del año siguiente no mejoraran o empeoraran sustancialmente: *fase de estabilización lesional o secuelas post proceso de rehabilitación*). Ejemplo: paciente de 23 años con fractura de clavícula derecha, posterior a la fractura no podía mover el hombro y presentaba mucho dolor. Realizo 30 sesiones de terapia física y 10 de terapia ocupacional, acudió a valoración por ortopedia y fisioterapia quienes consideran que ya el paciente alcanzó el máximo logro dentro del proceso de rehabilitación funcional, quedando con ligero dolor que sólo amerita el uso de un parche analgésico por la noche. Es decir, ya está en fase de estabilización lesional o secuela funcional.
- B. Cuando sin haberse culminado el proceso de rehabilitación, ya estén instauradas las secuelas funcionales o desde el punto de vista médico se conceptúe que la rehabilitación no generara mejoría funcional al estado clínico del trabajador. Ejemplo, trabajador que por herida de arma blanca

²³⁴ CConst, T-876/2013, G. E. Mendoza M.

²³⁵ CConst, T- 341/2013, N. Pinilla P.



sufrió una sección medular completa a nivel del cuello quedando cuadripléjico. El médico neurocirujano, luego de la intervención realizada en urgencias, le indico a la familia que desde el punto de vista médico, solo se realizarían terapias y acompañamiento funcional para evitar complicaciones por el reposo prolongado, pero que no había ningún procedimiento que ofrecer para mejorar la movilidad de las extremidades. Es decir desde el momento del evento, por la gravedad e irreversibilidad de las lesiones, ya está en fase de estabilización lesional o secuela funcional.

- C. Cuando se hubiere completado como máximo 540 días de incapacidad continúa prolongada sea por evento de origen común o laboral. En este último caso, se presume que la atención por la EPS o ARL ha sido oportuna y eficiente lo cual incluye, la oportunidad de autorización y programación de cirugías, procedimientos e intervenciones, cosa que en la práctica es lo menos frecuente, toda vez, cuando se está ante una atención de EPS (POS), generalmente la oportunidad de autorización y acceso al sistema es obstaculizado por los procesos “sin calidad” de las aseguradoras, utilizándose la incapacidad como un medio para dilatar la autorización del procedimiento, generalmente por su costo. Ejemplo de ello es como a un paciente atendido por la EPS, se la asigna la cita con el especialista a los 3 meses de solicitada, pero cuando dicha entidad tiene medicina prepagada o un plan o póliza complementaria, la atención especializada es menor a 15 días.

Cuando el paciente ha completado tope legal y continúa con criterio de incapacidad sin poderse definir la secuela, se debe evaluar entonces dos escenarios:

Primero y más frecuente: Que la atención en la EPS no tenga la calidad y oportunidad esperada y la dilación en el proceso de atención se debe no a la evolución catastrófica del accidente o la enfermedad sino a las trabas administrativas del asegurador. En este caso, el paciente debe ser calificado al día 540 previo concepto favorable de rehabilitación en los términos ya descritos y se deberá accionar constitucionalmente para que un juez decida qué entidad continua con el pago de la incapacidad posterior al día 540, hasta que se culmine el proceso de rehabilitación, se determinen la secuelas y se realice la calificación de PCL ajustada a la realidad material y funcional del trabajador.



Segundo y menos frecuente: Que al margen de la atención en la EPS, la evolución catastrófica del accidente o la enfermedad ha conllevado a que el proceso de tratamiento se prolongue por más de 540 días e incluso sin posibilidad de realizarse la rehabilitación integral y sólo enfocados en la etapa de reparación o curación primaria. En este caso, el paciente debe ser calificado al día 540 previo concepto favorable de rehabilitación en los términos ya descritos y se deberá accionar constitucionalmente para que un juez decida qué entidad continua con el pago de la incapacidad posterior al día 540, hasta que se culmine el proceso de rehabilitación, se determinen la secuelas y se realice la calificación de PCL ajustada a la realidad material y funcional del trabajador.

Si bien el Decreto 1352 de 2013 indica que la calificación de pérdida de capacidad laboral no debe sobrepasar los 540 días de incapacidad, para nosotros es claro que existe un derecho a la rehabilitación integral y oportuna del trabajador y que en casos complejos cuando vencido el término señalado no se hubiere podido concretar la secuela funcional, lo más adecuado, es que administrativamente se motive el aplazamiento de la calificación de pérdida hasta culminarse el proceso de rehabilitación o instaurarse las secuelas funcionales y en este plazo, dicho trabajador deberá continuar recibiendo el subsidio económico derivado de la incapacidad posterior al día 540, todo lo anterior en concordancia con la jurisprudencia constitucional al recordar que:

“(...) la calificación de pérdida de capacidad laboral no puede depender de un periodo de tiempo específico, sino de las condiciones reales de salud, grado de evolución de la enfermedad o el proceso de recuperación o rehabilitación.”²³⁶

Frente al vacío legal sobre el pago de la incapacidad posterior al día 540, es menester recordar que no puede ser una excusa frente al reconocimiento de la prestación económica para salvaguardar la dignidad humana del trabajador incapacitado:

“La legislación nacional establece que las incapacidades laborales que surjan como consecuencia de una enfermedad de origen común, existe el deber de que alguna de las entidades del Sistema General de Seguridad Social las pague. No obstante, existe un vacío legal frente al obligado a pagar cuando se superan los 540 días de incapacidad sucesiva, existiendo dos panoramas: 1) que el trabajador

²³⁶ *Ibidem.*



*tenga un porcentaje inferior al 50% de pérdida de capacidad laboral y se sigan expidiendo incapacidades laborales o, 2) que la disminución en la capacidad laboral sea superior al 50%. (...) la jurisprudencia constitucional ha sostenido que en los casos en que no se tiene certeza de cuál es la entidad responsable de cubrir determinadas incapacidades laborales, es obligación de alguna de las entidades del Sistema General de Seguridad Social de pagarlas o de lo contrario se causaría al trabajador una afectación a su mínimo vital, por lo cual es el juez de tutela debe señalar quién es el responsable provisional de cumplir dicho deber, aun cuando se otorgue la posibilidad de repetir contra aquél que resulte ser el verdadero obligado. (...) si bien la legislación nacional omitió una regulación específica respecto a radicar en cabeza de alguna de las entidades del Sistema de Seguridad Social la obligación de pagar las incapacidades generadas después del día 540, este déficit normativo no puede constituirse en una forma de vulnerar los derechos fundamentales que se resguardan con el pago de la incapacidad, sobre todo tratándose de una persona cuyo salario mínimo es el único sustento para vivir en condiciones de dignidad”.*²³⁷

En el proceso de calificación de pérdida, algunas AFP, se escudan en su realización para negar el pago de la incapacidad mayor a 180 días o no lo realizan con la misma periodicidad de nómina como medio de presión para que el trabajador solicite su calificación. En otros casos, no les pagan la incapacidad después del día 180, aplazando su pago hasta el proceso de calificación de PCL, y si está es menor al 50% sólo pagan las incapacidades hasta la fecha de estructuración, negando el pago de las causadas posterior a ella. Si la PCL es mayor al 50%, es decir cumple criterios de invalidez, pagan la incapacidad bajo la modalidad de retroactividad de la pensión de invalidez, si cumple con los demás requisitos. Lo anterior redundante en que todo este tiempo el trabajador no recibe el subsidio económico derivado de la incapacidad temporal, truncando su proceso de rehabilitación integral al vulnerar el mínimo vital.

A criterio del grupo investigador, se debería condenar a la EPS al pago de la incapacidad posterior al día 540 en los siguientes casos:

²³⁷ CConst, T-004/2014, M. González C.



- Cuando exista evidencia de dilación en el proceso de rehabilitación y tratamiento, incluido, falta de oportunidad en la asignación de citas, programación quirúrgica etc.
- Cuando no realice el acompañamiento médico laboral al trabajador incapacitado:

*“A la Entidad Promotora de Salud le asiste un deber de acompañamiento y orientación para que las personas con incapacidades superiores a 180 días no sean abandonadas a su suerte al interior del sistema de seguridad social. Dicho deber no puede restringirse a la remisión desinformada del paciente a otra entidad con observaciones como “el reconocimiento económico está a cargo de su fondo de pensiones” o “remítase a...” puesto que esa conducta desconoce que la persona que reclama el pago de la prestación económica lo hace precisamente porque está incapacitada y por lo mismo no es constitucionalmente válido que se le someta a trámites adicionales para obtener, de cumplirse los requisitos legales, el pago de las incapacidades mientras se decide sobre el reconocimiento de la pensión de invalidez. Para la Corte, resulta irrazonable y por ende sin justificación constitucional que si el Sistema de Seguridad Social, es integral la Entidad Promotora de Salud (EPS) con pleno conocimiento de no tener a su cargo el pago de incapacidades superiores a 180 días por enfermedad general decida olvidarse de los intereses del cotizante en este aspecto, y simplemente le indique al incapacitado que inicie una nueva gestión ante otra entidad del Sistema”.*²³⁸

Así mismo se debería condenar a la AFP al pago de la incapacidad posterior al día 540 cuando:

- Posterior al día 540 no se hubieren instaurando las secuelas por la complejidad de la lesión o la enfermedad, siempre y cuando la EPS hubiera realizado un proceso de atención integral y oportuna.
- Se hubiere calificado la pérdida de capacidad laboral antes del día 540 previo concepto favorable de rehabilitación por la EPS y como

²³⁸ CConst, T-980/2008, J. Córdoba Triviño.



mecanismo para dilatar el pago de la incapacidad médica temporal, haciendo más gravosa la situación ya calamitosa del trabajador.

Es claro que el SGSSI debe proporcionar a sus afiliados (cotizantes y beneficiarios) servicios de atención holístico que tenga cobertura desde la asistencia inicial de urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugías y hasta su rehabilitación integral.^{239, 240, 241}

Es importante recordar que el periodo entre el accidente y la calificación no es lo determinante para su realización, toda vez, algunas ARL se niegan a la valoración de la pérdida de capacidad, con el argumento de haber transcurrido mucho tiempo entre el accidente y la solicitud de valoración. Hay aseguradoras que abiertamente decretan la prescripción del derecho a la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, cuando desconocen que ellas mismas, tenían la responsabilidad de calificar el origen una vez notificado el evento y realizar la calificación de pérdida al decretarse las secuelas. La jurisdicción constitucional ha determinado:

“La ARL demandada no discute la existencia del accidente de trabajo ocurrido en abril 4 de 2007 y reportado por el empleador. En realidad, su negativa a la valoración de pérdida de capacidad laboral se relaciona con el tiempo transcurrido entre el accidente y la solicitud de valoración de tal disminución, así como la ausencia de determinación del origen común o profesional del riesgo, lo que, en su opinión, implicó la prescripción del derecho a ser calificado y la pérdida de la cobertura que brinda el sistema general de riesgos profesionales. Razones por las que trasladó toda la responsabilidad a la EPS. Esa situación, analizada frente a la jurisprudencia constitucional sobre la determinación del origen del riesgo y el grado de invalidez, envuelve un incontestable desconocimiento al precedente que ha erigido la clasificación de la pérdida de capacidad laboral, como un derecho que tiene toda persona y de cuyo ejercicio depende la garantía y protección de otros derechos fundamentales como la salud, la seguridad social y el mínimo vital, en la medida que permite establecer a qué tipo de prestaciones tiene derecho quien es afectado por una enfermedad o accidente, producido con ocasión o como consecuencia de la actividad laboral, o por causas de origen común.”²⁴²

²³⁹ CConst, T-589/2009, L. E. Vargas S.

²⁴⁰ CConst, T-676/2011, J. C. Henao P.

²⁴¹ CConst, T-825/2011, J. I. Palacio P.

²⁴²T- 341/2013, óp. cit.



Descrita la introducción al proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, la cual fue definida inicialmente como el proceso que permite fijar el “conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual”²⁴³, es importante recordar que los baremos colombianos son funcional y porcentual. En otras palabras, tanto el Decreto 917 de 1999 como el 1507 de 2014 no miden de manera exacta la pérdida de capacidad laboral, lo que evalúan son la pérdida de capacidad funcional y la expresan porcentualmente con el nombre de PCL.

La importancia de la calificación de la pérdida de capacidad laboral se desprende de todo lo anterior y en palabras de la Corte Constitucional:

“El artículo 48 de la Constitución, consagró la seguridad social como un derecho de carácter irrenunciable que debe garantizarse a todos los habitantes del territorio colombiano, y como servicio público obligatorio, bajo el control del Estado que debe ser prestado con sujeción a los principios de solidaridad, eficacia y universalidad. Acorde con lo dispuesto por el citado artículo, la jurisprudencia de esta Corte ha determinado que el derecho fundamental a la seguridad social se encuentra definido como aquel “conjunto de medidas institucionales tendientes a brindar progresivamente a los individuos y sus familias, las garantías necesarias frente a los distintos riesgos sociales que puedan afectar su capacidad y oportunidad, en orden a generar los recursos suficientes para una subsistencia acorde con la dignidad del ser humano”. Con miras a la materialización de ese conjunto de medidas por parte del Estado, la misma disposición constitucional citada, le atribuye al legislador la facultad para desarrollar el derecho a la seguridad social. En ejercicio de esa competencia el congreso expidió la Ley 100 de 1993 “por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social”, con el objetivo de otorgar el amparo frente a aquellas contingencias a las que puedan verse expuestas las personas y que pueden afectar su salud y su situación económica. En ese orden, el sistema fue estructurado con los siguientes componentes: (i) el Sistema General en Pensiones, (ii) el Sistema General en Salud, (iii) el Sistema General de Riesgos Profesionales y (iv) los Servicios Sociales Complementarios.”²⁴⁴

Es claro que para su realización se requiere en todo caso, el concepto definitivo sobre la rehabilitación o el concepto donde se determine su imposibilidad.

²⁴³ T- 341/2013, *loc. cit.*

²⁴⁴ CConst, T-671/2012, G. E. Mendoza M.



18. CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL CON EL MANUAL UNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ

Este baremo funcional, no evalúa la pérdida de capacidad laboral real de un trabajador. Si bien en su parte motiva y filosófica describe el concepto de pérdida de capacidad laboral²⁴⁵ y la une al de trabajo habitual,²⁴⁶ en su procedimiento técnico y siguiendo con la ya descrita cuarta ley de la baremología, no permite evaluar de manera real la capacidad laboral de un individuo, limitándose a una mayor valoración funcional sin darle el adecuado peso a las limitaciones que para el trabajo habitual son causadas por las deficiencias, discapacidades y minusvalías, es decir subvalora el rol laboral y la capacidad laboral efectiva del trabajador²⁴⁷.

Para efectos de la calificación de la pérdida de capacidad laboral que será reflejada en el respectivo dictamen, los calificadores se orientarán por los requisitos y procedimientos establecidos en dicho manual, teniendo en cuenta su dictamen será un documento con carácter probatorio, que como tal, contiene el concepto experto que los calificadores emiten sobre el grado de PCL²⁴⁸.

Dicho dictamen de calificación de PCL deberá contener como mínimo:

- **Fundamentos de Hecho:** sobre la situación que es objeto de evaluación, donde se relacionan los hechos ocurridos que dieron lugar al accidente o la enfermedad, indicando su evolución y biomecánica y el diagnóstico clínico de carácter técnico-científico, soportado en la historia clínica, la historia ocupacional y las ayudas de diagnóstico requeridas de acuerdo con la especificidad del problema²⁴⁹.

²⁴⁵ “Se entiende por capacidad laboral del individuo el conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual.”

²⁴⁶ “Se entiende como trabajo habitual aquel oficio, labor u ocupación que desempeña el individuo con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta, y por el cual cotiza al Sistema Integral de Seguridad Social.”

²⁴⁷ Manual Único para la Calificación de la Invalidez. Decreto 917 de 1999. Diario oficial 43.601. (Jn. 9. 1999).

²⁴⁸ 917, óp. cit. Artículo 4.

²⁴⁹ *Ibidem*.



- **Grado de PCL:** Establecido el diagnóstico clínico, se procederá a determinar la PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL del individuo, mediante los procedimientos definidos en el manual. En todo caso, esta determinación debe ser realizada por las administradoras con personal idóneo científica, técnica y éticamente, con su respectivo reconocimiento académico oficial. En caso de requerir conceptos, exámenes o pruebas adicionales, deberán realizarse y registrarse en los términos en él establecidos²⁵⁰.
- **El origen de la enfermedad, el accidente o la muerte:** según la calificación en firme previamente relacionada. Si es una calificación de origen *de novo* que se notifica junto con el porcentaje y fecha de estructuración, debe esclarecerse en los fundamentos de orden facticos y sobre los medios y tiempos de controversia.
- **Fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral.**
- **Fundamentos de derecho:** describir la fundamentación jurídica que valida la calificación proferida, competencia del ente calificador, tiempo etc.
- **Los mecanismos de controversia²⁵¹:** para que los interesados puedan ejercer los recursos legales establecidos en las normas vigentes, con el objeto de garantizar una controversia objetiva de su contenido en caso de desacuerdo, tanto en lo substancial como en lo procedimental.

Como se ya se indicó, para calificar la PCL se debe calcular de acuerdo a los criterios del baremo la Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías, las cuales tienen un valor máximo según la normativa²⁵²:

CRITERIO	PORCENTAJE (%)
Deficiencia	50
Discapacidad	20
Minusvalía	30
Total	100 de PCL

²⁵⁰ *Ibidem.*

²⁵¹ CConst, T-157/2012, M. V. Calle C.

²⁵² 917, *óp. cit.* Artículos 7 y 8.



Dentro de los grandes “*adefesios*” baremológicos que se presentan en ese decreto, está la reducción del porcentaje de PCL, de manera proporcional al tipo de prótesis recibida. [La prótesis es un instrumento que en mayor o menor grado reemplaza la función de un órgano o disminuye el defecto estético por su ausencia, por ejemplo, en el caso de una enucleación de un ojo, es decir, la extirpación del ojo, se otorga una prótesis estética para disimular la pérdida del mismo y por orden del manual, se resta de la deficiencia el porcentaje otorgado por la prótesis]:

“Teniendo en cuenta que un paciente que sufre una deficiencia mejora su estado funcional al recibir una prótesis, se debe reducir una proporción definida de la deficiencia global del segmento que la recibe, de la siguiente manera:

- a) Para prótesis estética se resta el 10% del valor de la deficiencia global encontrada;*
- b) Para prótesis funcional 20% del valor de la deficiencia global encontrada; y,*
- c) Para prótesis estética y funcional 30% del valor de la deficiencia global encontrada.*

Ejemplo: *Enucleación ojo izquierdo con ojo derecho normal: deficiencia de 15%. En este caso, se trata de una prótesis estética y por tanto se resta el 10% del 15%. Es decir, 1.5%, para un valor final de deficiencia global de 13.5%.”*²⁵³

Así mismo el manual privilegia el miembro superior dominante:

- Mediante combinación de valores o suma combinada con formula del 50, se debe agregar un 20% del valor de la deficiencia calculada para lesiones desde la muñeca hasta los dedos (mano), sin que sobrepase el máximo valor asignado a la deficiencia global de dicho segmento o de la lesión evaluada.
- Para la valoración de los segmentos restantes del miembro superior dominante se agregará por suma combinada un valor proporcional del 10%.

²⁵³ *Ibidem.* Artículo 8.



19. INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL CALIFICADOR Y MANEJO DEL DECRETO 917.

- Se establece un método uniforme y de uso obligatorio para la determinación legal de la pérdida de la capacidad laboral.
- La calificación de la pérdida de capacidad laboral del individuo deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología, se termine el tratamiento y se hayan realizado los procesos de rehabilitación integral, o cuando aún sin terminar los mismos, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría.
- El Manual está conformado por tres libros, a saber: el primero trata sobre las Deficiencias. Consta de catorce (14) capítulos que corresponden a la evaluación del daño o ausencia parcial o total de los diferentes sistemas orgánicos y contiene una serie de criterios y tablas especiales de valores para calificar el daño ocasionado. El Segundo trata sobre las Discapacidades, desglosadas en siete (7) categorías, que incluyen el nivel complementario de gravedad y el Tercero, define siete (7) categorías de minusvalías²⁵⁴.
- Para la comprensión del manual se aplicarán las siguientes normas de interpretación²⁵⁵:
 - Las palabras se utilizarán en su sentido natural y obvio, o con el significado que se tenga en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua.
 - Los términos de contenido técnico se utilizarán con el sentido que tienen en su respectiva disciplina.
 - Las definiciones y conceptos establecidos en el manual, se interpretará dentro del contexto y con el propio sentido definido en él.
 - Cuando una patología o diagnóstico no aparezca en el texto del presente Manual, o no se pueda homologar al mismo, se acudirá a la interpretación dada en instrumentos similares de otros países o de organismos internacionales, tales como la Comisión de Expertos de

²⁵⁴ *Ibidem*. Artículo 9.

²⁵⁵ *Ibidem*. Artículo 11.



la OIT, el Manual de Consecuencias de la Enfermedad de la OMS y el Manual de Discapacidades de la Asociación Médica Americana AMA.

- **Establece el alcance del papel del interconsultor:**

“Para la determinación de la pérdida de la capacidad laboral, los calificadores deberán disponer de los antecedentes técnico-médicos objetivos sobre las patologías en estudio. Estos antecedentes los proporcionan los médicos tratantes o interconsultores de las IPS a la cual se encuentre afiliado el paciente. Para efecto de cumplir con este requisito, los calificadores deben requerir a los interconsultores el concepto técnico-médico correspondiente, cumpliendo los siguientes requisitos:

*1. El médico tratante o interconsultor que realiza un peritazgo de su especialidad (**reconocimiento y determinación del diagnóstico y estado clínico de determinada patología que presenta un afiliado**), debe considerar que su informe será utilizado por el calificador para determinar la pérdida de la capacidad laboral que presenta dicho individuo.*

*2. Por tanto, debe considerar que el peritaje se solicita con el objeto de que el profesional consultor **determine exclusivamente y en la forma más precisa posible, la magnitud y el compromiso de la patología presentada por el paciente. Debe evitar consignar juicios o conceptos personales sobre el grado de invalidez del individuo estudiado**, pues tal apreciación es materia que sólo corresponde a quien legalmente puede determinarla.*

3. El médico interconsultor debe pronunciarse exclusivamente sobre el diagnóstico del afiliado, utilizando un lenguaje similar al del Manual.

4. Ante la presencia de situaciones de difícil evaluación, se debe informar al calificador sobre los exámenes o pruebas de ayuda de diagnóstico adicionales que se deben realizar para poder emitir un informe exacto. En ningún caso pueden tenerse en cuenta los exámenes proporcionados por los pacientes o propios interesados.

5. Debe haber consistencia entre la anamnesis relatada por el trabajador, los exámenes legalmente aportados y las conclusiones



del médico interconsultor. Cualquier incoherencia debe ser objeto de revisión y aclaración, e informar al calificador y a la autoridad competente.

6. El médico interconsultor deberá pronunciarse exclusivamente en materia de su especialidad, sobre los puntos solicitados por el Calificador, entre los cuales pueden contenerse por lo menos los siguientes: Fecha de atención, diagnóstico, tratamientos recibidos o sugeridos, concepto y pronóstico.” Negrillas y subrayado son nuestras²⁵⁶.

- **Metodología general para la calificación.**

Para un adecuado proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral con dicho baremo, se propone el siguiente proceso técnico por orden lógico de acciones:

- Revisar la historia clínica completa del trabajador y la solicitud de calificación. Determinar de acuerdo a la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral, el estado funcional del trabajador según concepto del médico tratante, sospecha de fase de secuelas y estado sobre el origen de la entidad a calificar. Se debe verificar la carga probatoria del diagnóstico, origen, fase de secuelas y estado funcional.
- Realizar una lista de todas las patologías del trabajador, incluido su origen, fecha de diagnóstico y secuelas.
- Examinar al trabajador motivo de calificación.²⁵⁷ Es necesario una muy buena historia clínica donde se indique estado funcional, sintomatología referida, dependencia o independencia en actividades de la vida diaria o actividades básicas cotidianas, régimen de consumo de los medicamentos, percepción del trabajador sobre su condición médica y funcional. Adicional a lo anterior, es importante que se evalúe la suficiencia diagnóstica y la pertinencia de solicitar exámenes complementarios o interconsultas con otras especialidades. Determinar si es candidato a una calificación integral de invalidez o una calificación ordinaria de pérdida de capacidad laboral.

²⁵⁶ *Ibidem*. Artículo 10.

²⁵⁷ CConst, T-337/2012, N. Pinilla P.



- Detectar las patologías y secuelas que a criterio del manual son tributarias a calificación de pérdida de capacidad laboral, así sea igual a cero.
- **Primero.** Calcular la deficiencia generada para cada una de las patologías, diagnósticos o secuelas:
 - Determinar el capítulo para evaluar cada deficiencia, y la tabla correspondiente.
 - Tener presente que una deficiencia puede dar cero (0), bien porque la secuela no genera limitación funcional a criterio del manual o bien porque si puede existir limitación funcional, esta no es consistente con los criterios objetivos descritos en el mismo.
 - En todo caso, cuando no exista deficiencia o su valor sea cero (0) no podrá calificarse la discapacidad ni la minusvalía. Por tanto, la pérdida de la capacidad laboral resultante se reportará con un valor de cero (0)²⁵⁸.
 - Sumar el valor de las deficiencias mediante combinación de valores. Una de los motivos de recursos de los dictámenes de calificación de PCL bien sean proferidos por entes de la seguridad social y por las Juntas Calificadoras es la suma combinada. Es un método baremológico utilizado para reducir el valor de la deficiencia de manera que esta no sea mayor o no sobrepase el valor máximo otorgado en el baremo. En el decreto 917 existen dos tipos de sumas combinadas, cuando se trabaja con deficiencia global (fórmula del 50) y cuando se trabaja con deficiencia de extremidad (fórmula del 100).
 - Cuando calculamos la deficiencia global de una extremidad (superior o inferior), podemos encontrar que en una misma extremidad confluyen o existen varias condiciones que generan deficiencia, por lo tanto si se suma aritméticamente los valores, el resultado puede ser mayor al valor que en el manual se otorga a esa

²⁵⁸ 917. *óp. cit.* Artículo 8 Parágrafo 1.



extremidad. Teniendo en cuenta que el valor de la deficiencia de extremidad puede alcanzar el 100%, se deberá utilizar la siguiente fórmula cuando haya que combinar deficiencias de esa extremidad:

$$\mathbf{A + \frac{(100-A) B}{100}}$$

Donde A y B corresponden a las diferentes deficiencias. Siendo A la de mayor valor y B la de menor valor. De esta forma se combinan los valores correspondientes A y B. Este procedimiento se denomina suma combinada. En caso de que existan más de dos valores, éstos deben ser previamente ordenados de mayor a menor valor, para proceder a combinarlos sucesivamente aplicando la fórmula.

Ejemplo: Trabajador que tiene epicondilitis medial y lateral en el miembro superior derecho no dominante, severas con limitación de los arcos de movilidad y de la fuerza por dolor. Se han calculado las siguientes deficiencias de extremidad:

A = 20 % por dolor severo en epicondilo medial.

B = 20 % por dolor severo en epicondilo lateral.

B = 10% por arcos de movilidad en codo derecho.

C = 5% por limitación de fuerza de codo derecho.

Suma combinada número 1 =

$$20 + \frac{(100 - 20) \times 20}{100} = 36\% \text{ de deficiencia de extremidad.}$$

Suma combinada número 2 =

$$36 + \frac{(100 - 36) \times 10}{100} = 42.4\% \text{ de deficiencia de extremidad.}$$

Suma combinada número 3 =

$$42.4 + \frac{(100 - 42.4) \times 5}{100} = 45.38\% \text{ de deficiencia de extremidad.}$$



- Posteriormente la deficiencia de extremidad se extrapola a deficiencia global que es la necesaria para la calificación de pérdida de capacidad laboral.
- El manual trae las tablas para convertir deficiencia de extremidad a deficiencia global. En el caso del ejemplo, 45.38% de deficiencia de extremidad equivalen a 13.5% de deficiencia global según la tabla 1.48.
- Ahora miremos cuando se trabaja con la fórmula del 50. Cuando se trabaja en los otros capítulos diferentes al primero, se deberá calcular la deficiencia global correspondiente a cada capítulo y sólo después se hará combinación de valores de deficiencia global entre capítulos para hallar la deficiencia global final.
- En aquellos casos en que se encuentren afectados dos o más órganos o sistemas, los valores parciales de las respectivas deficiencias globales deben ser combinados según la siguiente fórmula:

$$A + \frac{(50-A) B}{100}$$

Donde A y B corresponden a las diferentes deficiencias. Siendo A la de mayor valor y B la de menor valor. De esta forma se combinan los valores correspondientes A y B. Este procedimiento se denomina suma combinada. En caso de que existan más de dos valores, éstos deben ser previamente ordenados de mayor a menor valor, para proceder a combinarlos sucesivamente aplicando la fórmula.

Ejemplo: El paciente del caso anterior, además de la epicondilitis, tenía una hipertensión arterial controlada sin daño a órgano blanco. Fue remitido por la EPS para calificación de pérdida de capacidad laboral, encontrándose las siguientes deficiencias globales.

A = 13.5% Deficiencia global de extremidad superior derecha por epicondilitis medial y lateral con dolor, fuerza y arcos de movilidad.



B = 5% por hipertensión arterial controlada sin daño a órgano blanco.

Suma combinada =

$$13.5 + \frac{(50 - 13.5) \times 5}{100} = 15.33\% \text{ de deficiencia global}$$

- Una vez determinada la deficiencia global final (aquella fruto de la combinación de todas las deficiencias globales calculadas al evaluado), se procederá con las discapacidades y minusvalías.
- En estos dos casos miremos como daría el valor por suma aritmética:

Caso 1:

A = 20 % por dolor severo en epicondilo medial.

B = 20 % por dolor severo en epicondilo lateral.

B = 10% por arcos de movilidad en codo derecho.

C = 5% por limitación de fuerza de codo derecho.

Total: 55% de deficiencia de extremidad.

Nota. La calculada por suma combinada fue de 45.38%.

Caso 2:

A = 13.5% Deficiencia global de extremidad superior derecha por epicondilitis medial y lateral con dolor, fuerza y arcos de movilidad.

B = 5% por hipertensión arterial controlada sin daño a órgano blanco.

Total: 18.5% deficiencia global.

Nota. La calculada por suma combinada fue de 15.33%.

Consideraciones para el adecuado cálculo de la deficiencia:

- Siempre se debe guiar por la metodología de cada capítulo y tabla aplicada.
- La suma combinada es reduccionista por lo tanto entre más valores tenga para reducir, menor valor agrega la nueva sumatoria, es decir, se tienen 10 deficiencias por combinar,



las iniciales al combinarse darían la impresión de que se reduce poco en el procedimiento, pero mientras más se acerca al valor máximo de la deficiencia, el resultado de la suma combinada es menor. Por ejemplo, al combinar la deficiencia global de 45% y la deficiencia global de 30%, el resultado sería de 46.5%, en cambio al combinar las deficiencia de 10% y 11% el valor sería de 14.9%.

- Quienes legalmente pueden o deben determinar la pérdida de la capacidad laboral de una persona, deben tener en cuenta que la deficiencia debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente, o en forma combinada. Tales anomalías podrán ser determinadas por pruebas de ayuda diagnóstica del afiliado, referidas a sus signos y síntomas.
- Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. Por tanto, las decisiones sobre los porcentajes de deficiencia deben ser respaldadas con la historia clínica del paciente y las pruebas de ayuda diagnóstica, complementando así el criterio clínico.
- Los resultados obtenidos con las pruebas complementarias de diagnóstico deben corresponder a las alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o psíquicas detectables por tales pruebas, y confirmar los signos encontrados durante el examen médico. Las afirmaciones del paciente que sólo consideran la descripción de sus molestias sin respaldo de signos o exámenes complementarios, no tienen valor para establecer una deficiencia.
- Hay casos en los cuales, siguiendo las instrucciones específicas para cada lesión, se podrá sumar las deficiencias de extremidad o como en la evaluación de los daños a nivel cerebral se escoge entre los diferentes grados de deficiencia el mayor valor como la deficiencia global final.



- En otros casos las tablas dan rangos de calificación (por ejemplo 5 – 10%). Lo anterior es para que el valorador, sitúe la deficiencia del evaluado según el contexto clínico.
- **Segundo.** Calcular las discapacidades derivadas de las patologías o secuelas cuya deficiencia fue mayor a cero (0): para el caso de la determinación del valor de la discapacidad, se procede a realizar una suma aritmética de todas las discapacidades con que se tipifique la lesión. El resultado de dicha sumatoria corresponde al valor final de la discapacidad que debe registrarse.

La discapacidad se caracteriza por:

- “Excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos.
- Pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia, o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas sensoriales o de otro tipo.
- Representar la objetivación de una deficiencia y en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona”²⁵⁹.

“Para calificar las discapacidades del desempeño ocupacional, del ser humano con relación a sus procesos ocupacionales (trabajo, recreación ocio y autocuidado) se debe tener en cuenta no solo el órgano ejecutor principal de dichas actividades como tal, sino también los sistemas, órganos y funciones que apoyan, retroalimentan e intervienen en la ejecución de la actividad evaluada.”²⁶⁰

- **Tercero.** Calcular las Minusvalías: para la determinación del valor de la minusvalía se deberá evaluar el estado del paciente en cada una de las categorías de escala asignadas, a cada una de la Minusvalías. En cada una de ellas se registra el mayor valor (son excluyentes) y luego se suma cada una de ellas. El resultado de dicha sumatoria corresponde al valor final de la minusvalía que debe registrarse.

²⁵⁹ 917, *óp. cit.* Artículo 13.

²⁶⁰ *Ibidem.*



“La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece.

(...) La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias culturales, sociales, ocupacionales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

(...) La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas del universo del individuo. Así pues, la minusvalía sobreviene cuando se produce un entorpecimiento en la capacidad de mantener lo que podría designarse como "roles de supervivencia".

“(...) Roles de supervivencia: A las seis dimensiones clave de la experiencia con las que se espera demostrar la competencia del individuo se las designa como roles de supervivencia. Para cada una de estas dimensiones se ha confeccionado una escala a base de la gama más importante de circunstancias que cabe aplicar. En contraste con las clasificaciones de deficiencia y discapacidad, por las que se identifica a los individuos sólo en las categorías que a ello se aplican, en la clasificación de minusvalía es deseable que los individuos se identifiquen siempre en cada dimensión o rol de supervivencia. Con ello podrá trazarse un perfil de su estatus de desventaja”.²⁶¹

- **Cuarto.** Sumar aritméticamente los resultados de la deficiencia global + discapacidades + minusvalías para obtener el % de PCL.
- **Quinto.** Transcribir el origen de las patologías calificadas si ya está definido o calificarlo según competencias.
- **Sexto.** Fijar la fecha de estructuración como se verá más adelante.

²⁶¹ *Ibidem.* Artículo 14.



Ejemplo de calificación de pérdida de capacidad laboral con el Decreto 917 de 1999:

Hombre de 47 años. Dominancia manual: derecha. Empresa donde labora: INGENIO. Cargo actual: auxiliar de cosecha.

El 19 de Febrero de 2013 fue valorado por la fisiatra:

“Paciente con diagnóstico síndrome del túnel del carpo bilateral. Electromiografía y neuroconducción del 09-jun-2012: Síndrome de túnel del carpo moderado derecho, leve izquierdo. Utiliza órtesis miembros superiores y ha realizado terapia física. Presenta además, epicondilitis bilateral, ha recibido manejo con terapia física, utiliza codera, ha recibido infiltraciones.

Subjetivo: Refiere parestesias en manos, predominio nocturno, dolor en manos al adoptar posturas fijas. Persiste dolor en codos, intensidad 7/10, se intensifica al levantar objetos y posturas fijas. Toma aspirina, con lo cual disminuye el dolor.

Objetivo: Buen estado general. Arcos de movilidad articular conservados. Sensibilidad conservada. Fuerza muscular normal. THINEL + bilateral. PHALEN + bilateral. Ausencia de todas las falanges 2 dedo y falange distal y media del 3 dedo (amputación hace 20 años). Dolor al palpar sobre epicóndilo medial izquierdo.

Diagnóstico:

1. Síndrome del túnel del carpo bilateral.
2. Epicondilitis medial izquierda.

Pronóstico: Buen pronóstico funcional.

Se deben realizar recomendaciones en las labores.

Tratamiento: SS electromiografía y neuroconducciones de miembros superiores, seguimiento. Terapia física #10 sesiones. Terapia ocupacional #10 sesiones. Acetaminofén 325 Tramadol 37.5mg tab. 1 cada 8 horas según dolor. #90 tab.

Cita control en 1 mes. Uso de órtesis nocturnas”.

El 17 de Abril de 2013 fue valorado por el Ortopedista:



“Paciente con antecedente de epicondilitis de hace 3 meses se ha incrementado en las últimas 2 semanas manejado con infiltraciones y terapia física sin mejoría, refiere que el dolor es muy intenso se incrementa para la movilidad de la mano, en el momento sin incapacidad, además con DX de síndrome del túnel del carpo con incremento de la sintomatología, pobre respuesta al manejo médico.

Objetivo: codo izquierdo: Dolor a la palpación de cóndilo medial se incrementa con la extensión de la muñeca. Muñeca izquierda: THINEL positivo, PHALEN dudoso, no atrofia tenar.

Diagnóstico: Síndrome del túnel del carpo y epicondilitis medial.

Pronóstico: Recuperable.

Tratamiento: Paciente que primero debe ser manejado por medicina del dolor para posteriormente pensar en CX, terapia física # 10 sesiones, control por ortopedia en 4 semanas con RX de codo izquierdo, meloxicam 15 mg cada día por 8 días , diclofenaco en gel; 3 veces por día”.

El 18 de Diciembre de 2013 fue valorado por el fisiatra:

“Paciente que viene para concepto por fisioterapia. Al revisar la Historia clínica se encuentra enfermedad laboral con:

1. Síndrome de Túnel del Carpo bilateral de manejo médico y con Electromiografías normales, por cese de factor laboral y ocupacional. A la fecha reubicado laboralmente. Desde hace más de 12 meses en área administrativa.

2. Epicondilitis medial bilateral de manejo medico a la fecha.

Refiere parestesias en zona de manos sobre II dedo y dolor en zona de cara medial del Miembro superior izquierdo de tipo dinámico. No otro síntoma o hallazgo.

Examen físico: Ambulatorio. Colaborador. Activo. Arcos de movilidad articular, AMAS, completos de hombro, codo, carpo y mano, dedos. Perdida de II dedo de mano derecha y parcial del III dedo de mano ipsilateral por otro AL. THINEL y PHALEN negativos. AMAS de codo completos. Dolor intenso en zona de epicóndilo medial del Miembro superior izquierdo sin resaltes, sin inestabilidad, sin



sinovitis. No derrames articulares. No otro síntoma o hallazgo. No hay inestabilidad de codo.

Se envía a proceso de PCL y secuelas por medicina laboral de ARL. Seguimiento y Manejo con casacine tópico 0.025% para manejo local”.

El 31 de Diciembre de 2013 fue valorado por médico laboral:

“Paciente de 46 años labora como auxiliar de cosecha y logística refiere el 19 de julio de 2012 es aceptada como laboral el Síndrome de túnel del carpo bilateral y epicondilitis medial izquierda (confirmada en notificación de 15 de nov de 2012) ha recibido hasta la fecha manejo medico con medicación, terapias físicas +/- 200 sesiones sin mejoría, infiltraciones en 3 ocasiones que exacerbaban los síntomas, usó férula en codo y en ambas muñecas, ahora refiere dolor en ambas manos de manera intermitente de intensidad 6/10 no irradiado, asociado a parestesias y se exagera con la actividad manual, dolor en codo izquierdo es constante con intensidad 8/10 en algunas oportunidades se irradia.

Al resto de la extremidad en momentos de gran intensidad, se exagera con el movimiento. Hoy trae: El 26 de julio de 2012 Radiografía de codo izquierdo: Normal.

El 14 de agosto de 2012 cirugía de mano "Inicio manejo conservador + férula y valoración médico del trabajo. Control en 2 meses."

El 19 de octubre de 2013 y 01/03/2013 Electromiografía y neuroconducción comparativa de miembros superiores: Normal bilateral.

El 18 de diciembre de 2013 valorado por fisiatra " se envía a proceso de PCL y secuelas por medicina laboral de ARL manejo con casacine tópico 0.025% para manejo local".

Trabaja en ingenio ahora reubicado en labores de auxiliar de cosecha y logística (antes era solo auxiliar), ahora sin Incapacidad temporal. Está laborando.

Ingresa paciente por sus propios medios con marcha normal con codo izquierdo con dolor en palpación de cóndilo medial con arcos de movilidad articular completos, con dolor, ambas manos no edemas no cambios cutáneos con arcos



de movilidad articular de muñeca completos con dolor, además no relacionado con el evento se observa pérdida de II dedo de mano derecha y parcial del III dedo de mano ipsilateral por otro AL, THINEL negativo y PHALEN insinuado bilateral, fuerza mano derecha 4/5 mano izquierda 5/5, sensibilidad conservada.

Pronósticos: Favorable para su reubicación actual.

Recomendaciones: Paciente con diagnósticos anotados que ya finaliza su rehabilitación es dado de alta por fisioterapia ahora en manejo de dolor crónico con Casacine tópico 0.025% para manejo local ahora con medicación por 2 meses por lo cual se decide: Cierre de caso y PCL.”

Se realiza procedimiento y se califica pérdida de capacidad laboral:

Fundamentos de hecho: Nombre del trabajador. Número de documento. Identificación del siniestro. Edad: 47 años. Dominancia manual: derecha. Empresa donde labora: ingenio. Cargo actual: auxiliar de cosecha. “...casos cerrados exitosamente: reintegro laboral con modificaciones (ix)... “...examen físico: ambulatorio. Colaborador. Activo. Amas completos de hombro, codo, carpo y mano, dedos. Pérdida de II dedo de mano derecha y parcial del III dedo de mano ipsilateral por otro AT. Tinel y phalen negativos. Amas de codo completos. Dolor intenso en zona de epicóndilo medial del Miembro superior izquierdo sin resaltes, sin inestabilidad, sin sinovitis. No derrames articulares...fuerza mano derecha 4/5 mano izquierda 5/5, sensibilidad conservada...”. Se procede a calificar la deficiencia global: sobre el síndrome de túnel del carpo bilateral no hay evidencia electrofisiológica que corrobore en la actualidad la presencia de dicha patología por lo tanto su pérdida de capacidad laboral es cero según tabla 2.7 y manual de calificación de invalidez decreto 917 de 1999 “artículo 9o. - instrucciones generales para los calificadores...quienes legalmente pueden o deben determinar la pérdida de la capacidad laboral de una persona, deben tener en cuenta que la deficiencia debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente, o en forma combinada. Tales anomalías podrán ser determinadas por pruebas de ayuda diagnóstica del afiliado, referidas a sus signos y síntomas. Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. Por tanto, las decisiones sobre los porcentajes de deficiencia deben ser respaldadas con la historia clínica del paciente y las pruebas de ayuda diagnóstica, complementando así el criterio clínico. Los resultados obtenidos con las pruebas complementarias de diagnóstico deben corresponder a las



alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o psíquicas detectables por tales pruebas, y confirmar los signos encontrados durante el examen médico. Las afirmaciones del paciente que solo consideran la descripción de sus molestias sin respaldo de signos o exámenes complementarios, no tienen valor para establecer una deficiencia...”. Los arcos de movilidad articular de miembros superiores están conservados por lo tanto la deficiencia es cero. Se calcula la deficiencia generada por la epicondilitis medial izquierda (no dominante) encontrando una deficiencia de extremidad de 7.5% que equivale a 2.5% de extremidad superior. Se procede a calificar discapacidades y minusvalías teniendo en cuenta restricciones ocupacionales.

Fecha de estructuración: el 18 de diciembre de 2013 fue valorado por el fisiatra quien corrobora concepto de secuela y envía manejo para dolor epicondilar.

Fundamentos de derecho: Decreto 917 de 1999 artículo 8, párrafo 1. Cuando no exista deficiencia o su valor sea cero (0) no podrá calificarse la discapacidad ni la minusvalía. Por tanto, la pérdida de la capacidad laboral resultante se reportará con un valor de cero (0). Adicionalmente según decreto 019 de 2012 artículo 142: “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: "artículo 41.calificación del estado de invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el gobierno nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral. (...) corresponde al instituto de seguros sociales, administradora colombiana de pensiones - Colpensiones-, a las administradoras de riesgos profesionales - ARL-, 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. (...) el acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades,



deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la junta regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la junta nacional....”.

Decreto 1352 de 2013 artículo 30 en consonancia con la ley 776 de 2002 artículo 6 y 1 en lo relativo al proceso de rehabilitación que como se indicó ut supra, para el caso motivo de calificación, ya se tiene concepto de cierre por rehabilitación y se encuentra en fase de secuelas. (JUDAME- RM 66158007- LSO 0020128 DSSA)

I Descripción de Deficiencias					
Nro.	Patología	% Asignado	Capitulo	Numeral	Tabla
1	EPICONDILITIS MEDIAL IZQUIERDA CON DOLOR Y FUERZA(NO DOMINANTE)	2.50	CAP. II	2.3.1.2	2.1.-2.9
2	ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE CODO IZQUIERDO COMPLETOS	0.00	CAP. I	1.3.2.	1.23.1.2
3	SINDROME DE TUNEL DEL CARPO DERECHO RESUELTO POR ELECTROMIOGRAFIA CON DOMINANCIA	0.00	CAP. II	2.3.1.2.	2.7.
4	ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE MUÑECA DERECHA COMPLETAS CON DOMINANCIA	0.00	CAP. I	1.3.3.	1.27-1.2
5	SINDROME DE TUNEL DEL CARPO IZQUIERDO RESUELTO POR ELECTROMIOGRAFIA	0.00	CAP. I	2.3.1.2.	2.7.
6	ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE MUÑECA IZQUIERDA COMPLETAS	0.00	CAP. I	1.3.3.	1.27-1.2
SUMATORIA (A+(B*(50-A)/100)		2.50	Calificacion maxima posible 50%		

Cuadro Número 2. Descripción de deficiencia calculada en el ejercicio de calificación con el Decreto 917. Ver los fundamentos de hecho descritos.



II. Descripción de Discapacidades	0.0 No Discapitado					0.2 Ejecucion Ayudada					%
	0.1 Dificultad en la ejecucion										
Nro. Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad										
1. Conducta	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	0.4
	0	0	0	0	0	0	0	0.2	0	0.2	
2. Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	0.0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3. Cuidado de la Persona	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	0.0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4. Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	0.0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5. Disposición del Cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	0.5
	0.1	0.1	0	0.1	0.2	0	0	0	0	0	
6. Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	0.2
	0	0	0	0	0.2	0	0	0	0	0	
7. Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78		0.6
	0.2	0.1	0	0	0	0	0.3	0	0		
Sumatoria Total Discapacidades (Calificacion Maxima Posible: 20%)											1.7

Cuadro Número 3. Valoración de la discapacidad en el ejemplo arriba indicado según los fundamentos de hecho y según el Decreto 917.



III Descripción de Minusvalias	Número de la Minusvalia						%
Nro. Nombre Minusvalia							
1. Orientación	10 <input checked="" type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	0.00
2. Independencia Fisica	20 <input checked="" type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	0.00
3. Desplazamiento	30 <input checked="" type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>	35 <input type="checkbox"/>	0.00
4. Ocupacional	40 <input type="checkbox"/>	41 <input checked="" type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>	45 <input type="checkbox"/>	2.50
5. Integración	50 <input type="checkbox"/>	51 <input checked="" type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>	55 <input type="checkbox"/>	0.50
6. Autosuficiencia Económica	60 <input checked="" type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>	65 <input type="checkbox"/>	0.00
7. En Función de la Edad		71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input checked="" type="checkbox"/>	75 <input type="checkbox"/>	2.00
						76 <input type="checkbox"/>	
Sumatoria Total Minusvalia (Calificación Maxima Posible: 30%)							5.00

Cuadro Número 4. Calificación final de la minusvalía según los fundamentos de hecho descritos sobre el ejemplo de aplicación del Decreto 917.

De acuerdo a lo anterior para el caso calificado encontramos los siguientes valores totales:

DEFICIENCIA: 2.5%.

DISCAPACIDAD: 1.7%.

MINUSVALIA: 5%.

TOTAL PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: 9.20%

ORIGEN: Enfermedad laboral.

El paciente evaluado no requiere ayuda de terceros.



20. CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL CON EL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL.

Es otro baremo funcional, que no evalúa la pérdida de capacidad laboral real de un trabajador, limitándose a una mayor valoración funcional sin darle el adecuado peso a las limitaciones que para el trabajo habitual son causadas, subvalorando el rol laboral y la capacidad laboral efectiva del trabajador.

El precitado manual de calificación contiene muchos errores que dificultan y ensombrecen el adecuado proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral²⁶². En este momento se está a la espera de una revisión y aclaración de dicho instrumento, por lo cual el grupo investigador hará un breve resumen de algunos errores que pueden encontrarse:

20.1. CONSTITUCIONALIDAD DEL DECRETO 1507 DE 2014.

Con la Constitución Política de 1991, nuestro país pasa de un Estado de Derecho a un Estado Social de Derecho. Ello que parece un simple cambio retórico y de mera denominación, es uno de los avances jurídicos más importantes de nuestra Constitución, toda vez, pasamos de un Estado donde prima el principio de legalidad a otro en el cual se respeta los principios constitucionales y los derechos fundamentales sobre la simple descripción normativa.

Este avance se ve reflejado en los cambios normativos y en la derogación expresa o tácita de normas que pretendían conculcar los derechos fundamentales y la dignidad humana de los asociados.

El derecho Colombiano se constitucionalizó y por ello, no puede existir ninguna norma que conculque los superlativos constitucionales (supremacía Constitucional) ni que pretenda atentar “sin justa causa” el principio de legalidad.

Si analizamos desde el punto de vista jurídico el Decreto 1507 de 2014 encontraríamos:

²⁶² Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Decreto 1507 de 2014. Diario oficial 49.241. (Ag. 12. 2014).



- A. Es regresivo desde el punto de vista constitucional en cuanto a la fecha de estructuración.
- B. Conculca el principio de legalidad al pretender modificar la Ley 100 de 1993 y la 776 de 2002.

Sobre el primer cargo:

*“(...) La pensión de invalidez es una prestación económica que conforma el derecho a la seguridad social y tiene como finalidad resguardar las necesidades básicas de aquellas personas cuya capacidad laboral se ve disminuida, como consecuencia de una enfermedad de origen común o cualquier otra causa no profesional, con el acceso a una fuente de ingreso para solventar una vida en condiciones dignas. (...)”*²⁶³

Dentro del proceso valoración médica laboral durante la reclamación de una pensión de invalidez de origen común, la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral mayor al 50%, delimita el acceso a la pensión de invalidez, prestación social derivada de la cotización al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN PENSIONES, toda vez, a partir de ella, la Administradora de Fondo de Pensiones deberá verificar las semanas requeridas para acceder a la pensión de invalidez. Es claro entonces que los requisitos para acceder a ella en cualquiera de los dos regímenes que conforman el sistema de pensiones, (prima media con prestación definida o ahorro individual), se verificarán desde la fecha de estructuración del estado de invalidez, pues es necesario acreditar un periodo previo y mínimo de cotización, equivalente a 50 semanas dentro de los tres años anteriores, contados a partir de la fecha en que se confirma la pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50 % (Fecha de Estructuración).²⁶⁴

De acuerdo a lo anterior, el calificador de la pérdida de capacidad laboral bien en primera oportunidad o bien en primera o última instancia, deberá realizar un análisis técnico ajustado a los lineamientos del Estado Social de Derecho con la realidad clínica y material del paciente evaluado, al momento de proferir el acto

²⁶³ CConst, T-229/2014. A. Rojas R.

²⁶⁴ Ley 100, *óp. cit.* Artículo 39.



médico mediante el cual se dictamina la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50%. Para ello deberá tener en cuenta no sólo el alcance en el manual de calificación aplicado (Decreto 1507 de 2014) del porcentaje de invalidez sino el contexto socio laboral y clínico del trabajador, es decir, si pese a su limitación continuó laborando hasta que la progresión de su condición médica le permitiera.

Una persona en condición de discapacidad y que cumpla criterios formales de invalidez, pueda ingresar o reinsertarse a la vida productiva, gracias a su capacidad laboral y ocupacional restante. Lo antepuesto para significar que desde el modelo de la ocupación humana y tras las diversas posibilidades de trabajo que existen, tanto en el campo formal o independiente, es claro que el sólo hecho de alcanzar o cumplir con la descripción de un estado invalidante, no significa que de tajo, han culminado las posibilidades de continuar con una actividad productiva (social y económica), “hay inválidos que pueden y siguen trabajando sin agravarse su condición clínica ni la seguridad de terceros”, por lo tanto la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral en el caso de esos trabajadores no debe obedecer al pleno lleno de una descripción general y abstracta inserta en un Manual de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral u Ocupacional, sino que, debe responder a la fecha en la cual se ha perdido la capacidad ocupacional y laboral de manera que no es posible continuar con el estatus de trabajador activo.

Todo este panorama social a favor del derecho al trabajo de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas o congénitas, es amenazado tras la vigencia de la nueva definición sobre la fecha de estructuración que trae a nuestro torrente normativo el Decreto 1507 de 2014, toda vez con ella, su calificación deberá ser realizada de una manera meramente formal, estructurando la invalidez a la fecha en la cual según el nuevo baremo el paciente (trabajador) cumplía criterios de invalidez, sin miramientos a su realidad material, tras la cual, ese trabajador continuo laborando y aportando a la seguridad social hasta que agoto el pleno de sus capacidades restantes que le permitían el desarrollo de su trabajo habitual u otro similar en el cual conservaba su capacidad económica y estatus de trabajador activo del Estado Colombiano, dignificando su ser, su núcleo familiar y social.

En conclusión, es clara la inconstitucionalidad del texto resaltado Ut Supra de los incisos 13 y 14 del artículo 3 del Decreto 1507 de 2014, toda vez son contrarias a



las disposiciones normativas expuestas y al precedente jurisprudencial que señalaremos más adelante.

De la nueva definición de la fecha de estructuración las expresiones: “...Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional” y “Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral”, contenidas en los incisos 13 y 14 del artículo del Decreto 1507 del 12 de Agosto de 2014 respectivamente:

- Trasgreden los apartes normativos señalados *Uf Supra*; superlativos Constitucionales de obligatoria aplicación por los habitantes de nuestro territorio e incluida las instituciones encargadas de la calificación técnica de la fecha de estructuración.
- Desconocen los fundamentos de nuestro Estado Social de Derecho, que conllevan a una mirada de la fecha de estructuración bajo la dignidad humana, permitiendo el pleno goce de los derechos económicos, culturales y sociales tras la continuidad o ingreso a la fuerza productiva del trabajador con patología crónica, degenerativa o congénita hasta la disminución material de dicha capacidad residual y la ulterior protección del SGSSI.

Sobre el segundo cargo:

Es clara la infracción al principio de legalidad al pretender modificar la Ley 100 de 1993 y la 776 de 2002. Nos permitiremos señalar que un decreto ordinario, no puede modificar una Ley como en esencia lo hace el decreto en comento a saber:

CONCEPTO	DECRETO 1507	LEY 776 DE 2002	LEY 100 DE 93
Definición de invalidez	Artículo 3. <i>Definiciones:</i> “Invalidez: Es la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional	“ARTÍCULO 9o. ESTADO DE INVALIDEZ. Para los efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales, se	“ARTÍCULO 38. ESTADO DE INVALIDEZ. Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la



	igualo superior al cincuenta por ciento (50%).”	considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su capacidad laboral de acuerdo con el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación. (...)”	persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido <u>el</u> 50% o más de su capacidad laboral.”
--	---	---	--

Cuadro 5. Comparativo entre algunas definiciones del Decreto 1507 de 2014 y la reglamentación legal. Tomado de Rodríguez, A. Chávez, T. Viera, D y Mendez, A. Juan David. (2014). Del MUCI al manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional: de la legalidad a la práctica. 20ª SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL – Medellín, Colombia – Noviembre de 2014.

A simple vista, la nueva definición de invalidez pretende escindir del ordenamiento jurídico la expresión legal de “no provocada intencionalmente”, mediante la cual se busca frenar la acción dolosa de algunos pacientes que pretendan de manera intencional menoscabar su integridad física para obtener una pensión de invalidez.

En todos los capítulos del Decreto 1507 existen errores importantes, por lo cual se recomienda la lectura del artículo realizado por uno de los coautores de esta investigación, donde se analizan 70 casos de aplicación práctica del precitado baremo.²⁶⁵

²⁶⁵ Rodríguez, A. Chávez, T. Viera, D y Mendez, A. Juan David. (2014). Del MUCI al manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional: de la legalidad a la práctica. 20ª SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL – Medellín, Colombia – Noviembre de 2014.



20.2. ESTRUCTURA DEL DECRETO 1507 DE 2014.

El precitado decreto se compone de:

- 6 Artículos que contienen su objeto, ámbito de aplicación, definiciones, normas para su interpretación, vigencia y derogatorias.
- Un anexo técnico que contiene el Manual Único para la calificación de PCL y ocupacional, el cual tiene in título preliminar, un título primero y un título segundo:
 - El título preliminar contiene la explicación de la estructura del manual, de sus dos principios rectores y las generalidades para la aplicación del baremo.
 - El título segundo contiene el procedimiento e instrumento para la valoración de las deficiencias.
 - El título segundo, versa sobre la valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales.
- Se agrega un nuevo componente a la valoración del daño corporal en Colombia y es la carga de adherencia al tratamiento, la cual básicamente es contabilizar el número de medicamentos o la frecuencia de su administración y otorgarle un porcentaje de pérdida funcional. No tiene en cuenta las características propias del medicamento.
- Los efectos adversos del tratamiento deben ser evaluados como una patología aparte a la que lo origina.
- Se adopta la metodología Americana²⁶⁶ para la asignación objetiva de la deficiencia, evitando en algún grado la intersubjetividad de su asignación dentro del rango de movilidad del baremo.
- En el título segundo, diferencia la valoración entre menores de 3 años, adolescentes y niños mayores de 3 años, adultos mayores sin rol laboral activo y trabajadores. Algo novedoso que no lo tenía el anterior manual.

²⁶⁶ “Guides to Evaluation of Permanent Impairment – Sixth Edition de la AMA – American Medical Association”.



- Se utiliza sólo la fórmula de suma combinada del 100 en todos los capítulos para para combinarlos. El resultado, se multiplica por 0.5 para encontrar la deficiencia global final.

20.3. PRINCIPIOS DEL DECRETO 1507 DE 2014.

- **Ponderación:** Indica que para ese manual, la calificación oscila entre cero (0%) a un máximo del cien por ciento (100%) y que dicho valor es distribuido así: 50% al título primero y 50% al título segundo.
- **Integralidad:** desde la óptica del modelo de la ocupación humana al tener en cuenta en la calificación los aspectos biológicos, psíquicos, sociales y de interacción con el ambiente. Cita además la calificación integral de la ya mencionada sentencia C-425 de 2005.

21. PROCESO PARA LA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL CON EL DECRETO 1507 DE 2014.

- Revisar la historia clínica completa del trabajador y la solicitud de calificación. De terminar de acuerdo a la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral, el estado funcional del trabajador según concepto del médico tratante, sospecha de fase de secuelas y estado sobre el origen de la entidad a calificar. Se debe verificar la carga probatoria del diagnóstico, origen, fase de secuelas y estado funcional.
- Realizar una lista de todas las patologías del trabajador, incluido su origen, fecha de diagnóstico y secuelas.
- Examinar al trabajador motivo de calificación.²⁶⁷ Es necesario una muy buena historia clínica donde se indique estado funcional, sintomatología referida, dependencia o independencia en actividades de la vida diaria o actividades básicas cotidianas, régimen de consumo de los medicamentos, percepción del trabajador sobre su condición médica y funcional. Adicional a lo anterior, es importante que se evalué la suficiencia diagnóstica y la pertinencia de solicitar exámenes complementarios o interconsultas con otras especialidades.

²⁶⁷ T-337/2012, óp. cit.



- Determinar si es candidato a una calificación integral de invalidez o una calificación ordinaria de pérdida de capacidad laboral.
- Detectar las patologías y secuelas que a criterio del manual son tributarias a calificación de pérdida de capacidad laboral, así sea igual a cero.
- **Primero.** Calcular la deficiencia generada para cada una de las patologías, diagnósticos o secuelas:
 - Determinar el capítulo para evaluar cada deficiencia, y la tabla correspondiente.
 - Tener presente que una deficiencia puede dar cero (0), bien porque la secuela no genera limitación funcional a criterio del manual o bien porque si puede existir limitación funcional, esta no es consistente con los criterios objetivos descritos en el manual.
 - En todo caso, cuando no exista deficiencia o su valor sea cero (0) no podrá calificarse la discapacidad ni la minusvalía. Por tanto, la pérdida de la capacidad laboral resultante se reportará con un valor de cero (0)²⁶⁸.
 - Sumar el valor de las deficiencias mediante combinación de valores. En el decreto 1507 existen un solo tipo de suma combinada, fórmula del 100.
 - Posteriormente la deficiencia calculada se multiplica por 0.5 para calcular la deficiencia global final y continuar con el libro II.
 - **Consideraciones para el adecuado cálculo de la deficiencia:**
 - Siempre se debe guiar por la metodología de cada capítulo y tabla aplicada.

²⁶⁸ 1507. *óp. cit.* Libro I.



- La suma combinada es reduccionista por lo tanto entre más valores tenga para reducir, menor valor agrega la nueva sumatoria, es decir, se tienen 10 deficiencias por combinar, las 2 o 3 iniciales al combinarse darían la impresión de que se reduce poco en el procedimiento, pero mientras más se acerca al valor máximo de la deficiencia, el resultado de la suma combinada es menor.
- Quienes legalmente pueden o deben determinar la pérdida de la capacidad laboral de una persona, deben tener en cuenta que la deficiencia debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente, o en forma combinada. Tales anormalidades podrán ser determinadas por pruebas de ayuda diagnóstica del afiliado, referidas a sus signos y síntomas.
- Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. Por tanto, las decisiones sobre los porcentajes de deficiencia deben ser respaldadas con la historia clínica del paciente y las pruebas de ayuda diagnóstica, complementando así el criterio clínico.
- Los resultados obtenidos con las pruebas complementarias de diagnóstico deben corresponder a las alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o psíquicas detectables por tales pruebas, y confirmar los signos encontrados durante el examen médico.
- En cada capítulo y tabla se indica cual es el factor principal (determina la clase) y cuales son factores moduladores de la deficiencia (determinan mediante la fórmula de ajuste a la deficiencia y de una manera más objetiva, adecuarla cuando existen rangos en los valores de deficiencia).
- Aplicar la fórmula de ajustes a la deficiencia para determinarla. En todo caso, es indispensable seguir las instrucciones iniciales del baremo y las de cada capítulo o tabla correspondiente.
- **Segundo.** Rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales según los procedimientos descritos, la edad del calificado y su actividad ocupacional o laboral.



- **Tercero.** Sumar aritméticamente los resultados del Título I + los del Título II, para obtener el % de PCL.
- **Cuarto.** Transcribir el origen de las patologías calificadas si ya está definido o calificarlo según competencias.
- **Quinto.** Fijar la fecha de estructuración como se verá más adelante.

Ejemplo de calificación de pérdida de capacidad laboral con el Decreto 1507 de 2015:

Hombre de 47 años. Dominancia manual: derecha. Empresa donde labora: INGENIO. Cargo actual: auxiliar de cosecha.

El 19 de Febrero de 2013 fue valorado por la fisiatra:

“Paciente con diagnóstico síndrome del túnel del carpo bilateral. Electromiografía y neuroconducción del 09-jun-2012: Síndrome de túnel del carpo moderado derecho, leve izquierdo. Utiliza órtesis miembros superiores y ha realizado terapia física. Presenta además, epicondilitis bilateral, ha recibido manejo con terapia física, utiliza codera, ha recibido infiltraciones.

Subjetivo: Refiere parestesias en manos, predominio nocturno, dolor en manos al adoptar posturas fijas. Persiste dolor en codos, intensidad 7/10, se intensifica al levantar objetos y posturas fijas. Toma aspirina, con lo cual disminuye el dolor.

Objetivo: Buen estado general. Arcos de movilidad articular conservados. Sensibilidad conservada. Fuerza muscular normal. THINEL + bilateral. PHALEN + bilateral. Ausencia de todas las falanges 2 dedo y falange distal y media del 3 dedo (amputación hace 20 años). Dolor al palpar sobre epicóndilo medial izquierdo.

Diagnóstico:

1. Síndrome del túnel del carpo bilateral.
2. Epicondilitis medial izquierda.

Pronóstico: Buen pronóstico funcional.

Se deben realizar recomendaciones en las labores.



Tratamiento: SS electromiografía y neuroconducciones de miembros superiores, seguimiento. Terapia física #10 sesiones. Terapia ocupacional #10 sesiones. Acetaminofén 325 Tramadol 37.5mg tab. 1 cada 8 horas según dolor. #90 tab. Cita control en 1 mes. Uso de órtesis nocturnas”.

El 17 de Abril de 2013 fue valorado por el Ortopedista:

“Paciente con antecedente de epicondilitis de hace 3 meses se ha incrementado en las últimas 2 semanas manejado con infiltraciones y terapia física sin mejoría, refiere que el dolor es muy intenso se incrementa para la movilidad de la mano, en el momento sin incapacidad, además con DX de síndrome del túnel del carpo con incremento de la sintomatología, pobre respuesta al manejo médico.

Objetivo: codo izquierdo: Dolor a la palpación de cóndilo medial se incrementa con la extensión de la muñeca. Muñeca izquierda: THINEL positivo, PHALEN dudoso, no atrofia tenar.

Diagnóstico: Síndrome del túnel del carpo y epicondilitis medial.

Pronóstico: Recuperable.

Tratamiento: Paciente que primero debe ser manejado por medicina del dolor para posteriormente pensar en CX, terapia física # 10 sesiones, control por ortopedia en 4 semanas con RX de codo izquierdo, meloxicam 15 mg cada día por 8 días , diclofenaco en gel; 3 veces por día”.

El 18 de Diciembre de 2013 fue valorado por el fisiatra:

“Paciente que viene para concepto por fisiatría. Al revisar la Historia clínica se encuentra enfermedad laboral con:

1. Síndrome de Túnel del Carpo bilateral de manejo médico y con Electromiografías normales, por cese de factor laboral y ocupacional. A la fecha reubicado laboralmente. Desde hace más de 12 meses en área administrativa.
2. Epicondilitis medial bilateral de manejo medico a la fecha.



Refiere parestesias en zona de manos sobre II dedo y dolor en zona de cara medial del iembro superior izquierdo de tipo dinámico. No otro síntoma o hallazgo.

Examen físico: Ambulatorio. Colaborador. Activo. Arcos de movilidad articular, AMAS, completos de hombro, codo, carpo y mano, dedos. Perdida de II dedo de mano derecha y parcial del III dedo de mano ipsilateral por otro AL. THINEL y PHALEN negativos. AMAS de codo completos. Dolor intenso en zona de epicóndilo medial del Miembro superior izquierdo sin resaltes, sin inestabilidad, sin sinovitis. No derrames articulares. No otro síntoma o hallazgo. No hay inestabilidad de codo.

Se envía a proceso de PCL y secuelas por medicina laboral de ARL. Seguimiento y Manejo con casacine tópico 0.025% para manejo local”.

El 31 de Diciembre de 2013 fue valorado por médico laboral:

“Paciente de 46 años labora como auxiliar de cosecha y logística refiere el 19 de julio de 2012 es aceptada como laboral el síndrome de túnel del carpo bilateral y epicondilitis medial izquierda (confirmada en notificación de 15 de noviembre de 2012) ha recibido hasta la fecha manejo medico con medicación, terapias físicas +/- 200 sesiones sin mejoría, infiltraciones en 3 ocasiones que exacerban los síntomas, usó férula en codo y en ambas muñecas, ahora refiere dolor en ambas manos de manera intermitente de intensidad 6/10 no irradiado, asociado a parestesias y se exagera con la actividad manual, dolor en codo izquierdo es constante con intensidad 8/10 en algunas oportunidades se irradia.

Al resto de la extremidad en momentos de gran intensidad, se exagera con el movimiento. Hoy trae: El 26 de julio de 2012 Radiografía de codo izquierdo: Normal.

El 14 de agosto de 2012 cirugía de mano "Inicio manejo conservador + férula y valoración médico del trabajo. Control en 2 meses."

El 19 de oct de 2013 y 01/03/2013 Electromiografía y neuroconducción comparativa de miembros superiores: Normal bilateral.



El 18 de dic de 2013 valorado por fisiatra " se envía a proceso de PCL y secuelas por medicina laboral de ARL manejo con casacine tópico 0.025% para manejo local".

Trabaja en ingenio ahora reubicado en labores de auxiliar de cosecha y logística (antes era solo auxiliar), ahora sin Incapacidad temporal. Está laborando.

Ingresa paciente por sus propios medios con marcha normal con codo izquierdo con dolor en palpación de cóndilo medial con arcos de movilidad articular completos, con dolor, ambas manos no edemas no cambios cutáneos con arcos de movilidad articular de muñeca completos con dolor, además no relacionado con el evento se observa perdida de II dedo de mano derecha y parcial del III dedo de mano ipsilateral por otro AL, THINEL negativo y PHALEN insinuado bilateral, fuerza mano derecha 4/5 mano izquierda 5/5, sensibilidad conservada.

Pronósticos: Favorable para su reubicación actual.

Recomendaciones: Paciente con diagnósticos anotados que ya finaliza su rehabilitación es dado de alta por fisiatría ahora en manejo de dolor crónico con Casacine tópico 0.025% para manejo local ahora con medicación por 2 meses por lo cual se decide: Cierre de caso y PCL.”

Se realiza procedimiento y se califica pérdida de capacidad laboral:

Fundamentos de hecho: Nombre del trabajador. Número de documento. Identificación del siniestro. Edad: 47 años. Dominancia manual: derecha. Empresa donde labora: ingenio. Cargo actual: auxiliar de cosecha. “...casos cerrados exitosamente: reintegro laboral con modificaciones (x)... “...examen físico: ambulatorio. Colaborador. Activo. Amas completos de hombro, codo, carpo y mano, dedos. Perdida de II dedo de mano derecha y parcial del III dedo de mano ipsilateral por otro AT. Thinel y phalen negativos. Amas de codo completos. Dolor intenso en zona de epicóndilo medial del Miembro superior izquierdo sin resaltes, sin inestabilidad, sin sinovitis. No derrames articulares...fuerza mano derecha 4/5 mano izquierda 5/5, sensibilidad conservada...”. Se procede a calificar la deficiencia global: sobre el síndrome de túnel del carpo bilateral no hay evidencia electrofisiológica que corrobore en la actualidad la presencia de dicha patología por lo tanto su pérdida de capacidad laboral es cero según capítulo XII: tabla 12.4.3. Neuropatías por atrapamiento, toda vez el factor principal es cero. Se



procede a calificar la Epicondilitis Medial Izquierda no dominante, según capítulo XIV: el Factor Principal único: rango de movimiento articular esta normal. Se calcula la deficiencia derivada del dolor según: Capítulo XII Deficiencias por Alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico # 12.4.1.6. Como dolor crónico somatogéneo y 12.4.1.7. Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica y dolor disestésico. Tabla 4 encontrando en esta última una alteración moderada que según Tabla 12.5 por Dolor Somático crónico moderado CLASE II = $15 \times 0,5 = 7,5\%$ DEFICIENCIA. Se procede a calcular libro II: Tabla 1: Clasificación de las restricciones en el rol laboral: 05% + Tabla 2. Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica 1% + Tabla 3 por edad 1.5% + Otras áreas ocupacionales tabla 4, 5 y 6 de dicho libro, encontrando: Aprendizaje y aplicación: 0% + Comunicación: 0% + Movilidad: 0,1% + Cuidado personal: 0% + Vida doméstica: 0,6% Total Otras áreas ocupacionales: 0,7%. Total valor segunda parte de = $5 + 1 + 1,5 + 0,7 = 8,2\%$. DEFICIENCIA: 7,5% + II PARTE 8,2% + TOTAL PCLO = 15,7%.

Fecha de estructuración: el 18 de diciembre de 2013 fue valorado por el fisiatra quien corrobora concepto de secuela y envía manejo para dolor epicondilar.

Fundamentos de derecho: Decreto 1507 de 2014. Adicionalmente según decreto 019 de 2012 artículo 142: "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: "artículo 41. calificación del estado de invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el gobierno nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral. (...) corresponde al instituto de seguros sociales, administradora colombiana de pensiones -Colpensiones-, a las administradoras de riesgos profesionales - ARL-, 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. (...) el acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la junta regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la junta nacional....". Decreto 1352 de 2013 artículo 30 en consonancia con la ley 776 de 2002 artículo 6 y 1 en lo relativo al proceso de rehabilitación que como se indicó ut supra, para el caso motivo de calificación, ya se tiene concepto de cierre por rehabilitación y se encuentra en fase de secuelas. (JUDAME- RM 66158007- LSO 0020128 DSSA)

Como puede observar la calificación con el Decreto 917 fue de 9.2% y con el 1507 fue de 15,7%.

6.1. VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS								
De mayor a menor	Descripción	% Asignado	Suma Combinada	Capitulo	Tabla	Numeral	Literal	
1	Dolor moderado epicondilo medial izquierda	15,0		12	12.5			
SUMATORIA	$A + (B * (100 - A) / 100)$	TOTAL DEFICIENCIA COMBINADA				15,0	%	
CÁLCULO DEL VALOR DE LA DEFICIENCIA		15	X	0,5	PONDERACIÓN			
VALOR FINAL PRIMER TÍTULO PONDERADO AL 50%						7,5	%	



6.2. VALORACIÓN DEL ROL LABORAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES	
6.2.1. RESTRICCIONES EN EL ROL LABORAL	
CATEGORIA	ASIGNADO
1- Activo: Sin limitaciones para la actividad laboral.	
2- Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral.	5
3- Rol laboral o puesto de trabajo adaptado.	
4- Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo.	
5- Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas.	
6. Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral- restricciones completas.	
TOTAL ROL LABORAL	5
6.2.2. RESTRICCIONES EN FUNCIÓN DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	
CATEGORIA	ASIGNADO
Autosuficiencia.	
Autosuficiencia reajustada.	1
Precariamente autosuficiente.	
Económicamente débiles.	
Económicamente dependientes.	
TOTAL AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	1
6.2.3. RESTRICCIONES EN FUNCIÓN DE LA EDAD CUMPLIDA AL MOMENTO DE CALIFICAR	
TOTAL PORCENTAJE ASIGNADO POR EDAD	1.5



6.2.3. RESTRICCIONES EN FUNCIÓN DE LA EDAD CUMPLIDA AL MOMENTO DE CALIFICAR													
TOTAL PORCENTAJE ASIGNADO POR EDAD											1,5		
6.2.4. CALIFICACIÓN DE OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES													
Asigne el valor de discapacidad según su gravedad así:													
0	No hay dificultad - No dependencia (A)				0,3	Dificultad Severa - Dependencia Severa (D)							
0,1	Dificultad Leve - No dependencia (B)				0,4	Dificultad completa - Dependencia grave completa (E)							
0,2	Dificultad Moderada - Dependencia Moderada (C)												
1,0	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	0,0	
2,0	Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	0,0	
3,0	Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	0,1	
						0,1							
4,0	Cuidado Personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	0,0	
5,0	Vida Doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	0,6	
						0,2	0,2	0,2					
TOTAL OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES (CALIFICACIÓN MÁXIMA POSIBLE: 20%)											0,7		
VALOR DEL TÍTULO SEGUNDO													
ROL LABORAL											5,00	%	
AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA											1,00	%	
EDAD											1,50	%	
OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES											0,70	%	
VALOR FINAL DEL TÍTULO SEGUNDO											8,20	%	
7. PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL													
Pérdida de Capacidad Laboral- PCL- =		Valor Final del Primer Título (ponderado al 50%)					+	Valor Final del Título Segundo					
		7,5						8,2					
Total Pérdida de Capacidad Laboral =		15,7 %		Estado de la PCL:		Incapacidad Permanente Parcial							
8. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL													
LABORAL											xx		
COMÚN													
9. FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL													
18 - 12 - 2013	Evento por el cual se fija: Fisiatra corrobora concepto de secuela y manejo dolor												

Cuadro 5. Aplicación del Decreto 1507 para el ejemplo descrito con fundamentos de hecho y de derecho.



22. CALIFICACIÓN DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL y DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ EN ENFERMEDADES CRONICAS, DEGENERATIVAS O CONGENITAS

Cuando analizamos la fecha de estructuración, debemos tener claro que una cosa es estructurar un porcentaje de pérdida de capacidad laboral determinado (así sea mayor o igual al 50%) y otra muy diferente es estructurar la invalidez. En este último caso, debemos tener claro que la calificación de invalidez en nuestro Estado Social de Derecho, debe tener en cuenta las capacidades funcionales y residuales del trabajador, así como el hecho de haber cotizado y trabajado pese a cumplir criterios formales de invalidez.

Trataremos el tema de la fecha de estructuración, analizando la constitucionalidad del Decreto 1507 sobre el mismo, teniendo en cuenta que la pensión de invalidez es una prestación de carácter económico que forma parte del derecho fundamental a la seguridad social, cuya finalidad es salvaguardar la dignidad del ser humano al otorgarle una fuente de ingresos para solventar sus necesidades en condiciones dignas ante la ocurrencia de eventualidades que menoscaben su capacidad productiva o de trabajo.²⁶⁹

Dentro del proceso valoración médica laboral durante la reclamación de una pensión de invalidez de origen común, la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral mayor al 50%, delimita el acceso a la pensión de invalidez, prestación social derivada de la cotización al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN PENSIONES, toda vez, a partir de ella, la Administradora de Fondo de Pensiones deberá verificar las semanas requeridas para acceder a la pensión de invalidez. Es claro entonces que los requisitos para acceder a la pensión de invalidez en cualquiera de los dos regímenes que conforman el sistema de pensiones, (prima media con prestación definida o ahorro individual), se verificarán desde la fecha de estructuración del estado de invalidez, pues es necesario acreditar un periodo previo y mínimo de cotización, equivalente a:

- Para mayores de 20 años: 50 semanas dentro de los últimos tres (3) años inmediatamente anteriores a la fecha de estructuración de la pérdida de

²⁶⁹ T-229/2014, *óp. cit.*



capacidad laboral igual o superior al 50 % o cuando el afiliado haya cotizado por lo menos el 75% de las semanas mínimas requeridas para acceder a la pensión de vejez, solo se requerirá que haya cotizado 25 semanas en los últimos tres (3) años.²⁷⁰

- Para los menores de 20 años se deberá acreditar veintiséis (26) semanas en el último año inmediatamente anterior al hecho causante de su invalidez o su declaratoria.²⁷¹

De acuerdo a lo anterior, el calificador de la pérdida de capacidad laboral bien en primera oportunidad o bien en primera instancia o última instancia, deberá realizar un análisis técnico ajustado a los lineamientos del Estado Social de Derecho y la realidad clínico - material del paciente evaluado, al momento de proferir el acto médico mediante el cual se dictamina la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50%. Para ello deberá tener en cuenta no sólo el alcance en el manual de calificación aplicado (Decreto 1507 de 2014) del porcentaje de invalidez sino el contexto socio laboral y clínico del trabajador, es decir, si pese a su limitación continuó laborando hasta que la progresión de su condición médica le permitiera.

Es preciso entonces, recordar la independencia estricta de las incapacidades fisiológicas y del trabajo, lo que a la postre se evidencia en la posibilidad real de que una persona en condición de discapacidad y que cumpla criterios formales de invalidez,²⁷² pueda ingresar o reinsertarse a la vida productiva, gracias a su capacidad laboral y ocupacional restante. Lo antepuesto para significar que desde el modelo de la ocupación humana y tras las diversas posibilidades de trabajo que existen, tanto en el campo formal o independiente, es claro que el sólo hecho de alcanzar o cumplir con la descripción de un estado invalidante, no significa que de tajo, han culminado las posibilidades de continuar con una actividad productiva (social y económica), “hay inválidos que pueden y siguen trabajando sin agravarse su condición clínica ni la seguridad de terceros”, por lo tanto la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral en el caso de esos trabajadores no debe obedecer al pleno lleno de una descripción general y abstracta inserta en un Manual de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral u Ocupacional, sino que, debe responder a la fecha en la cual se ha perdido la capacidad ocupacional

²⁷⁰Ley 100, *óp. cit.* Art. 39. Parágrafo 2.

²⁷¹*Ibidem*, Art. 39 parágrafo 1.

²⁷² [al ser calificados por el manual de calificación decreto 1507 de 2014, cumplen criterios de invalidez].



y laboral de manera que no es posible continuar con el estatus de trabajador activo.

“De un “modelo médico”, la concepción de la discapacidad avanza hacia un “modelo social”. Es un cambio significativo, pues con este nuevo enfoque la discapacidad no se relaciona con el cuerpo, se entiende como una consecuencia de la opresión social, se argumenta que la discapacidad es total y exclusivamente social”.²⁷³

Frente a todo lo anterior el previo baremo Colombiano Decreto 917 de 1999 al referirse a la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral indicaba:

"ARTICULO 3o. - Fecha de estructuración o declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral

Es la fecha en que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación. En todo caso, mientras dicha persona reciba subsidio por incapacidad temporal, no habrá lugar a percibir las prestaciones derivadas de la invalidez."

Bajo esta premisa normativa y técnica, es claro que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral es cuando el trabajador por cualquier causa u origen presenta un menoscabo definitivo y permanente en su capacidad laboral u ocupacional.

Gracias al avance de la ciencia médica, hoy contamos con varias patologías crónicas, degenerativas o congénitas que otrora eran incompatibles con la vinculación efectiva a la fuerza laboral de quien la padecía, pero que en la actualidad, con o sin algún grado de dificultad, son compatibles con su inserción laboral real como dependiente o independiente, aportando al Sistema Integral de

²⁷³ Cruz, I. V. (2010). "1.2 Discapacidad: Campo emergente del conocimiento, teorías e investigación. P.43. Citado en Gómez Beltrán Julio Cesar. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. Bogotá, D.C.: Colombia Líder Fundación Saldarriaga Concha. Extraído en Abr. 12. 2014 de <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/discapacidad-en-colombia-reto-para-la-inclusion-en-capital-humano.pdf>



Seguridad Social -SGSSI- y a su constructo solidario inserto por nuestro Estado Social de Derecho.²⁷⁴ Como ejemplo de lo anterior podemos indicar:

- Mujer con secuelas severas de poliomielitis en la infancia que ha trabajado y cotizado a la seguridad social integral como trabajador independiente por más de 15 años, pero que por la progresión clínica de la misma y la aparición de nuevas entidades nosológicas per sé no invalidantes y que han hecho más gravosa su situación médica y funcional, solicita la calificación de pérdida de capacidad laboral para evaluar derechos a una pensión de invalidez. A criterio de los entes calificadoros y con una aplicación literal del Manual de Calificación, la fecha de estructuración de invalidez esta al cumplir 8 años de edad por lo tanto se le negaría el acceso a la pensión de invalidez.
- Jurista con cáncer de seno desde hace 15 años con compromiso óseo metastásico desde hace 5 y progresión oncológica pero continuidad de su trabajo habitual sin restricción médica objetiva derivada de su condición clínica de base.
- Vendedora independiente con Trastorno Afectivo Bipolar que es remitida por la EPS a calificación de Pérdida de Capacidad Laboral. La Administradora de Pensiones conceptúa la fecha de estructuración de la invalidez a la primera hospitalización por crisis severa y refractaria, desconociendo que posterior a ella, trabajo y cotizo por casi 17 años, pero que por la progresión de su enfermedad pese al manejo integral instaurado, sus capacidades residuales desde hace un año no le permiten continuar una vida económicamente productiva. El caso es conocido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, quien modifica la fecha de estructuración a la fecha material de la pérdida de su capacidad laboral y ocupacional.

Deben existir varios casos de pacientes FORMALMENTE INVÁLIDOS, que con esfuerzo, sacrificio y deseo de superación entre otros, han continuado su vida productiva, aportando al SGSSI y contribuyendo de manera efectiva al desarrollo social y económico del país gracias a su fuerza laboral y ocupacional.

²⁷⁴ Son ejemplo de ello: VIH/ SIDA; Ceguerras; Trastornos mentales como la esquizofrenia; Amputación de alguna extremidad; Enfermedad Renal crónica terminal y dependiente de hemodiálisis así como algunos tipos de cáncer metastásico entras más.



El trabajo dignifica a la persona, su núcleo familiar y social a la par de ser generalmente la principal fuente de ingresos de la mayoría de los ciudadanos de nuestro país.²⁷⁵

Todos los actores del SGSSI, deben generar estrategias multidisciplinares y en diversas áreas del conocimiento y la actividad, para mejorar los niveles de trabajo, bienestar familiar y social, dirigiendo las acciones al fortalecimiento de las habilidades y potencialidades del individuo que a sus carencias. Los cambios sociales, propenden para que el estado y los particulares, converjan en la inclusión social de las personas en condición de discapacidad, aumentando la productividad empresarial, social y su bienestar personal y familiar.^{276, 277, 278, 279.}

Es de vital importancia recordar el alcance normativo de los MECANISMOS DE INTEGRACION SOCIAL DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES:

“(...) Tales principios hacen referencia al artículo 13 Superior, que consagra la igualdad real y efectiva, la obligación del Estado de adoptar medidas a favor de grupos discriminados y marginados, el deber del Estado de protección especial para aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta, así como la obligación de sancionar los abusos y maltratos que contra ellas se cometan. Así mismo, esta norma hace referencia al artículo 47 Superior, que consagra la obligación del Estado de adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, para quienes se prevé la prestación de la atención especial que requieran. Igualmente se remite al artículo 54 Superior, que consagra la obligación del Estado de garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud. Finalmente, la norma remite al artículo 68 de la Carta, que consagra como obligación especial del Estado, la educación de personas con limitaciones físicas o mentales. En conexión con la remisión a estos principios, derechos y obligaciones por parte del Estado, reconocidos expresamente por la

²⁷⁵ Equipo de Trabajo Proyecto “Articulación para la Generación de Trabajo Decente y Digno”. BOGOTÁ PROMUEVE EL TRABAJO DECENTE Y DIGNO: Una nueva política pública en camino. Extraído en Oct. 5. 2014 de http://www.trabajodecente.org.co/wp-content/uploads/pdf/libros/bogota_promueve_el_trabajo_decente.pdf

²⁷⁶ Constitución Política de Colombia, *óp. cit.* Artículo 47, dentro de los llamados Derechos Sociales Económicos y Culturales.

²⁷⁷ Convenio # 111 de la Sobre la Discriminación en el empleo, *óp. cit.*

²⁷⁸ Convenio #159 Sobre la Readaptación Profesional y el empleo de personas inválidas, *óp. cit.*

²⁷⁹ Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación de las personas con Discapacidad, *óp. cit.*



Constitución, la norma afirma que dichos reconocimientos se fundan en consideración a la dignidad que le es inherente a las personas con limitaciones (...).²⁸⁰

Todo este panorama social a favor del derecho al trabajo de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas o congénitas, es amenazado tras la inminente vigencia de la nueva definición sobre la fecha de estructuración que trae a nuestro torrente normativo el Decreto 1507 de 2014, toda vez con ella, su calificación deberá ser realizada de una manera meramente formal, estructurando la invalidez a la fecha en la cual según el nuevo baremo el paciente (trabajador) cumplía criterios de invalidez, sin miramientos a su realidad material, tras la cual, ese trabajador continuo laborando y aportando a la seguridad social hasta que agoto el pleno de sus capacidades restantes que le permitían el desarrollo de su trabajo habitual u otro similar en el cual conservaba su capacidad económica y estatus de trabajador activo del Estado Colombiano, dignificando su ser, su núcleo familiar y social.

Así mismo es claro que el proceso de rehabilitación integral, tiene por máxima lograr en el trabajador en condición de discapacidad el mejor estado de salud, potencializando sus capacidades y aptitudes para que al momento de definirse su reintegro o se inserte a la vida productiva, no se genere aumento o recrudescimiento de su situación clínica, social, familiar y ocupacional, para lo cual es fundamental revisar lo siguiente:

- “(...) El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas (...).²⁸¹
- “(...) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (...) Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (...).²⁸²

²⁸⁰ CConst, C-824/2011. L. E. Vargas Silva.

²⁸¹ Constitución Política, *óp. cit.* Artículo 25.

²⁸² *Ibidem.* Artículo 49.



- “(...) Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y Habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud (...).”²⁸³
- “El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y Rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia”.²⁸⁴
- El Plan Obligatorio de Salud permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.²⁸⁵

Es importante recordar algunos lineamientos jurisprudenciales aplicables al tema sub examine:

- *“(...) El mandato de progresividad implica que una vez alcanzado un determinado nivel de protección, la amplia libertad de configuración del legislador en materia de derechos sociales se ve restringida, al menos en un aspecto: todo retroceso frente al nivel de protección alcanzado es constitucionalmente problemático puesto que precisamente contradice el mandato de progresividad. Como los Estados pueden enfrentar dificultades, que pueden hacer imposible el mantenimiento de un grado de protección que había sido alcanzado, es obvio que la prohibición de los retrocesos no puede ser absoluta sino que debe ser entendida como una prohibición prima facie. Esto significa que, como esta Corte ya lo había señalado, un retroceso debe presumirse en principio inconstitucional, pero puede ser justificable, y por ello está sometido a un control judicial más severo. Para que pueda ser constitucional, las autoridades tienen que demostrar que existen imperiosas razones que hacen necesario ese paso regresivo en el desarrollo de un derecho social (...).”²⁸⁶*

²⁸³ Ibíd. Artículo 54.

²⁸⁴ Ley 100, *óp. cit.* Artículo 153.

²⁸⁵ Ibídem. Artículo 162.

²⁸⁶ CConst, C-228/2011. J.C. Henao Pérez.



- “(...) Cuando la invalidez es generada por enfermedades crónicas, degenerativas o congénitas, como ocurre con el VIH-SIDA, donde la pérdida de capacidad laboral es paulatina y se ha determinado una fecha de estructuración de invalidez en forma retroactiva, la jurisprudencia constitucional ha establecido precisas reglas para garantizar el derecho a esta pensión. Cuando una entidad estudia la solicitud de reconocimiento de una pensión de invalidez de una persona que padece una enfermedad crónica, degenerativa o congénita, a quien se le ha determinado una fecha de estructuración de invalidez en forma retroactiva, deberá tener en cuenta los aportes realizados al sistema, durante el tiempo comprendido entre dicha fecha, y el momento en que la persona pierde su capacidad laboral de forma permanente y definitiva (...).”²⁸⁷.
- “(...) Cuando la Corte ha analizado casos en los que se trata de pensión de invalidez causada por enfermedad, congénita, crónica o degenerativa, se ha evidenciado que los fondos de pensiones ponen como fecha de estructuración de la invalidez la fecha en que al paciente le apareció el primer síntoma y no la fecha en que por su estado de salud ya no puede volver a trabajar. La Sala considera que estamos frente a uno de esos casos, por lo que no contarle las semanas que el accionante cotizó después de la fecha establecida en el dictamen como fecha de estructuración de la invalidez, le vulnera sus derechos fundamentales a la seguridad social y al mínimo vital. (...) en su lugar, la fecha de estructuración de la invalidez debe comprobar que en términos materiales y no solamente formales (el simple acaecimiento de determinada dolencia, accidente o enfermedad), una persona no puede “desempeñarse en un trabajo habitual (...)”^{288, 289}.
- “(...) Cuando una entidad estudia la solicitud de reconocimiento de una pensión de invalidez de quien padezca una enfermedad crónica, degenerativa o congénita, como cáncer, VIH y SIDA u otra de similar magnitud, determinándose la fecha de estructuración de invalidez en forma retroactiva, se tendrán en cuenta los aportes realizados al sistema durante el tiempo comprendido entre dicha fecha y cuando la persona pierde su capacidad laboral de forma permanente y definitiva. (...)Es del caso referir

²⁸⁷ CConst, T-885/2011. M.V. Calle Correa.

²⁸⁸ CConst, T-594/2011. J.I. Palacio P.

²⁸⁹ Véanse los literales “c)” y “d)” del decreto reglamentario 917 de 1999, en los que se explica claramente qué constituye “capacidad laboral” y “trabajo habitual”.



que, a pesar de las circunstancias, el actor continuó trabajando y cotizando más allá de la fecha de estructuración dada por el grupo calificador e, incluso, hasta después de que se realizó el examen de calificación, esfuerzo ingente que amerita aún más el reconocimiento. (...)²⁹⁰

- "(...) en aquellos casos en los que se deba establecer la fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral de una persona que sufra una enfermedad crónica, degenerativa o congénita, que no le impida ejercer actividades laborales remuneradas durante ciertos períodos de tiempo, la entidad encargada de realizar el dictamen de pérdida de capacidad laboral deberá tener en cuenta que la fecha de estructuración corresponde a aquella en que el afiliado ve disminuidas sus destrezas físicas y mentales, en tal grado, que le impide desarrollar cualquier actividad económicamente productiva. (...)."²⁹¹

En conclusión, es clara la inconstitucionalidad de los incisos 13 y 14 del artículo 3 del Decreto 1507 de 2014 señalados más adelante, toda vez son contrarias a las disposiciones normativas expuestas y al precedente jurisprudencial de la Honorable Corte Constitucional, que ha establecido que:

"(...) En casos de pensiones de invalidez causadas por enfermedades congénitas, crónicas o degenerativas, la fecha de estructuración de la invalidez debe ser la fecha en que por su estado de salud ya no pueda volver a trabajar, puesto que si se señalara como fecha de estructuración de la invalidez la fecha en que al paciente le apareció el primer síntoma, el no contarle las semanas que la persona cotice después, vulnera los derechos fundamentales a la seguridad social y al mínimo vital.

1. La fecha de estructuración de la invalidez se debe comprobar en términos materiales y no solamente formales. (...)."²⁹².

De la nueva definición de la fecha de estructuración las expresiones: "...Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional" y "Además, no puede estar sujeta a que el

²⁹⁰ CConst, T-697/2013. N. Pinilla P.

²⁹¹ CConst, T-022/2013. M.V. Calle C.

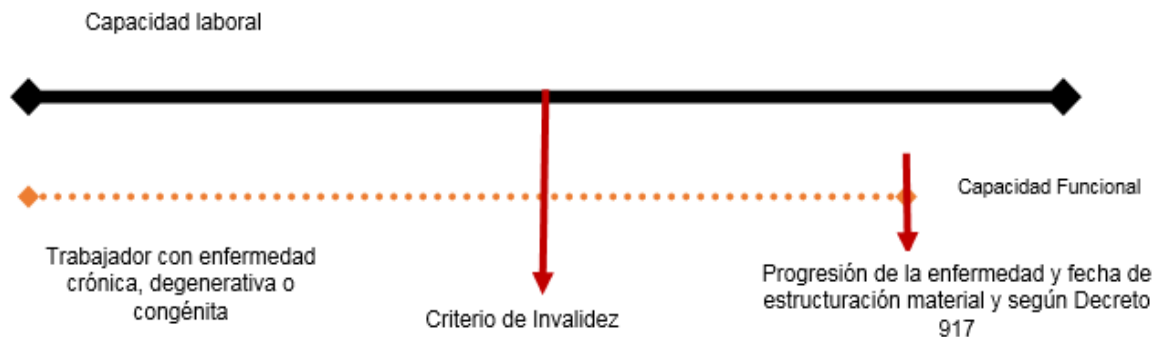
²⁹² Colpensiones. BALANCE NORMATIVO JURISPRUDENCIAL No. 25. Extraído en No. 11. 2013 de http://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/bnj_colpens_025.htm



solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral”, contenidas en los incisos 13 y 14 del artículo del Decreto 1507 del 12 de Agosto de 2014 respectivamente:

- Trasgreden los apartes normativos señalados Uf Supra; superlativos Constitucionales de obligatoria aplicación por los habitantes de nuestro territorio e incluida las instituciones encargadas de la calificación técnica de la fecha de estructuración.
- Desconocen los fundamentos de nuestro Estado Social de Derecho, que conllevan a una mirada de la fecha de estructuración bajo la dignidad humana, permitiendo el pleno goce de los derechos económicos, culturales y sociales tras la continuidad o ingreso a la fuerza productiva del trabajador con patología crónica, degenerativa o congénita hasta la disminución material de dicha capacidad residual y la ulterior protección del SGSSI.

Ubicación de la fecha de estructuración con el Decreto 917 de 1999:



Ubicación de la fecha de estructuración con el Decreto 1507 de 2014:

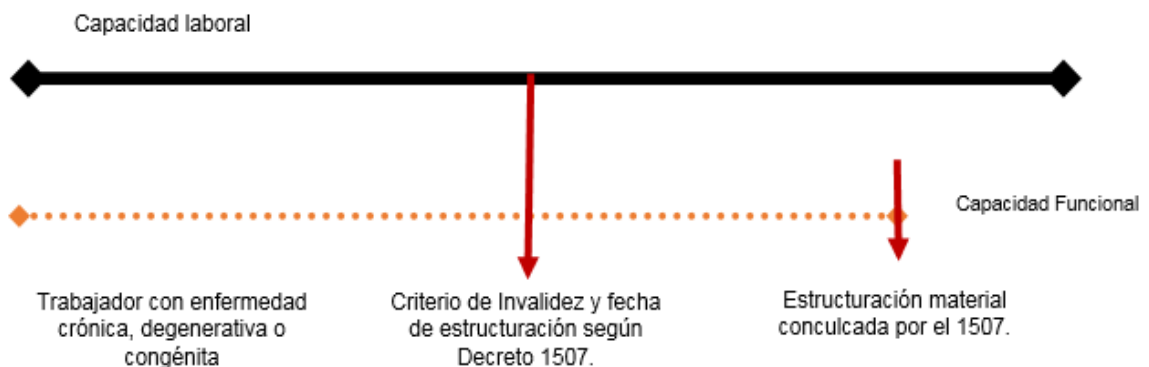




Figura número 5: Comparación esquemática entre la fecha de estructuración del Decreto 917 de 1999 y el 1507 de 2014.

De acuerdo con la figura número 5, observemos como lo resaltado Ut Supra de los incisos 13 y 14 del artículo 3 del Decreto 1507 de 2014, vulneran los derechos fundamentales ya expuestos y son regresivos en el acceso al derecho de una pensión de invalidez de los trabajadores con patologías congénitas, crónicas o degenerativas:

Paciente que nació en 1960 con ceguera congénita, en 1968 a los 28 años de edad y luego de un proceso de rehabilitación y educación inclusiva, inicia a trabajar en una labor compatible con sus capacidades y aptitudes ocupacionales. A los 48 años de edad (2008), le diagnostican una Esclerosis Lateral Amiotrófica-ELA-, la cual adquiere un estado invalidante per se en el 2010 (50 años de edad). Es remitido por la EPS ante la Administradora de Fondo de Pensiones con concepto no favorable de rehabilitación:

- 22.1. Si se aplica el concepto de invalidez material y no formal consonante con el Decreto 917 de 1999, la fecha de estructuración de su invalidez sería en el año 2010. (Ver figura No.5).
- 22.2. Si se aplica la definición de invalidez del Decreto 1507 de 2014, se tendría que estructurar la invalidez al nacimiento, desconociendo el tiempo laborado por el trabajador. (Ver figura No.6).

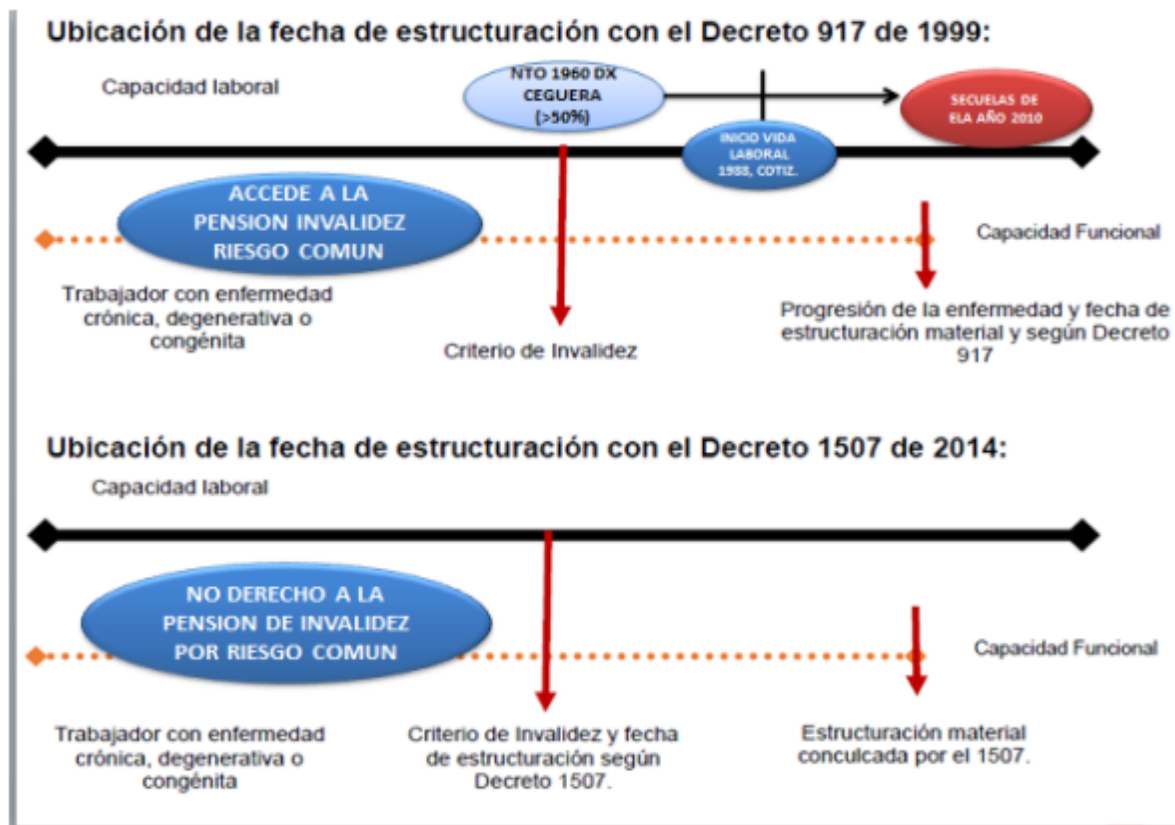


Figura número 6: Comparación esquemática entre la fecha de estructuración del Decreto 917 de 1999 y el 1507 de 2014, mostrando su regresividad.

En conclusión podemos determinar que:

- La fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral, es aquella en la cual se documenta la fase de secuelas o periodo de estabilización lesional de las patologías motivo de calificación y puede ser antes o corresponder a la fecha de valoración por el equipo calificador.
- La fecha de estructuración de la invalidez es el momento en el cual se cumple criterios formales de invalidez de acuerdo al baremo.
- La fecha de estructuración de la invalidez de patologías crónicas, degenerativas o congénitas, es el momento en el cual se cumple criterios materiales de invalidez, independientemente de que previo a ello ya cumpliera criterios formales según el manual. **Es decir, es el momento en el cual el evaluado pierde su capacidad laboral de manera definitiva o**



cuando se decreta la calificación de PCL²⁹³, teniendo en cuenta el periodo laborado y sus aportes al SGSSI:

*“En tal sentido, determinar la fecha en la cual se pierde exactamente el 50% de la fuerza de trabajo es una labor compleja, por lo cual se deben tomar en cuenta todas las circunstancias fácticas que indican el momento en que hubo una pérdida permanente y definitiva, y no solo la existente al momento de realizar el dictamen”.*²⁹⁴

*“La jurisprudencia de esta Corte ha establecido que en casos de enfermedades crónicas o congénitas, la fecha de estructuración es aquella en la que se determina la pérdida de capacidad laboral. La fecha de la pérdida de capacidad laboral no siempre coincide con la fecha en que sucede el hecho que a la postre se torna incapacitante, o con el primer diagnóstico de la enfermedad; no es razonable concluir que la fecha de estructuración de la invalidez sea la fecha en que se diagnosticó por primera vez la enfermedad, si la persona continúa trabajando durante un tiempo; dependiendo del caso concreto la fecha de estructuración puede ser fijada (a) cuando se efectúa el dictamen por la Junta Regional de Calificación de Invalidez; o (b) cuando la persona deja de trabajar”.*²⁹⁵

²⁹³ CConst, T-420/2011, T-594/2011, T-885/2011, T-962/2011, T-671/2011, T-209/2012, T-469/2012, T-998/2012, T-427/2012, T-147/2012, T-209/2012, T-434/2012, T-773/2012, T-1013/2012, T-022/2013, T-428/2013, T-486/2013, T-551/2013, T-627/2013, T-690/2013, T-886/2013, T-893/2013, T-043/2014, T-070/2014, T-158/2014, T-580/2014, T-604/2014, Diversos M.P.

²⁹⁴ CConst, T-606/2014, M.V. Calle C.

²⁹⁵ CConst, T-070/2014, M.V. Calle C.



23. CALIFICACIÓN INTEGRAL DE LA INVALIDEZ

Es preciso recordar que tras la sentencia C-425 de 2005, se permitió la calificación integral de la invalidez, cuando la sumatoria de la pérdida de capacidad laboral de patologías de diferente origen (común y laboral), conlleven al estado de invalidez, siempre y cuando, de manera aislada ninguna de dichas entidades podría conllevar a un estado de invalidez directa por su origen.

Es decir que cuando sea preciso calificar la pérdida de capacidad laboral de una persona, las entidades competentes deberán, en todo caso, proceder a hacer una valoración integral, que comprenda tanto los factores de origen común como los de índole laboral, si con ello alcanza o cumple criterios de invalidez.

Si la enfermedad o la secuela, produce un estado invalidante por sí sola, el régimen aplicado es el laboral o común, según el origen de la entidad que genera la invalidez.

Dicha la Sentencia no determino la metodología constitucional para la realización de la precitada calificación integral, frente a lo cual es preciso señalar que el calificador debe tener en cuenta el concepto de historia natural de la invalidez y de la pérdida de capacidad laboral, diagramado en la figura número 7.

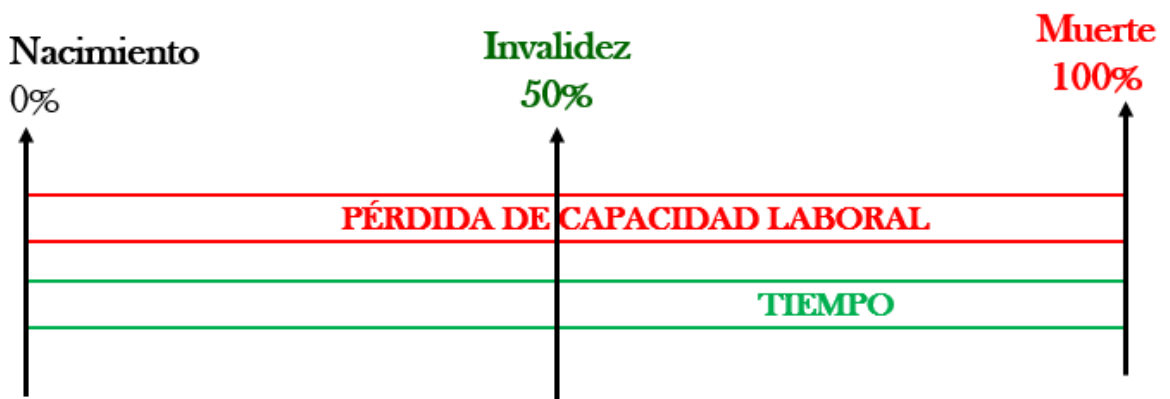


Figura número 7: Historia natural de la invalidez y la capacidad laboral.

El total de capacidad laboral de un ser humano equivale a un 100%, al nacer por las circunstancias propias de la infancia su pérdida equivale a cero a menos de que se padezca una patología congénita. Lo anterior debe aclararse en el sentido



de que un infante, no tiene pérdida de capacidad laboral pero si ocupacional, que es su símil y la filosofía del Decreto 1507 de 2014, acorde con el rol vital en esa edad.

Al realizar la calificación integral de la invalidez, se debe trazar en una línea temporal, cada uno de los diagnósticos del trabajador, su origen, fecha de diagnóstico y fecha de instauración de las secuelas funcionales o estabilización lesional. Para ello es claro que debe estar calificado el origen de cada una de las patologías generadoras de deficiencia o calificarse en el mismo acto médico en aquellas no calificadas, discriminando los fundamentos de hecho y de derecho de la calificación de origen de los fundamentos de hecho y de derecho de la calificación integral de invalidez.

Posteriormente, se debe evaluar el momento en el cual el trabajador cumple criterios de invalidez de acuerdo al baremo aplicado, determinando el origen de la patología con la cual cumplió criterios de invalidez. Es importante entonces recordar que para este ejercicio técnico es necesario contar con la historia clínica completa del trabajador, independientemente del origen, motivo de consulta y diagnóstico. Figura número 8 y 9.

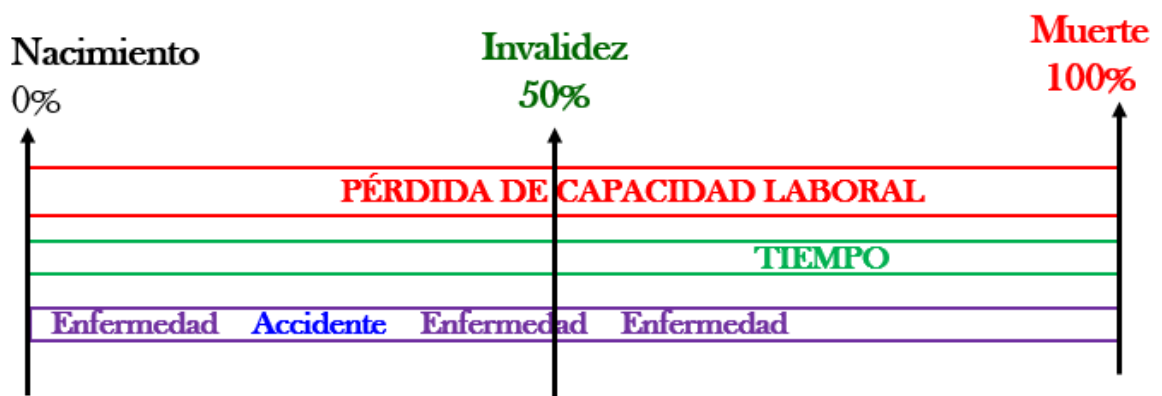


Figura número 8: Relación de enfermedades, accidentes y secuelas en el tiempo.

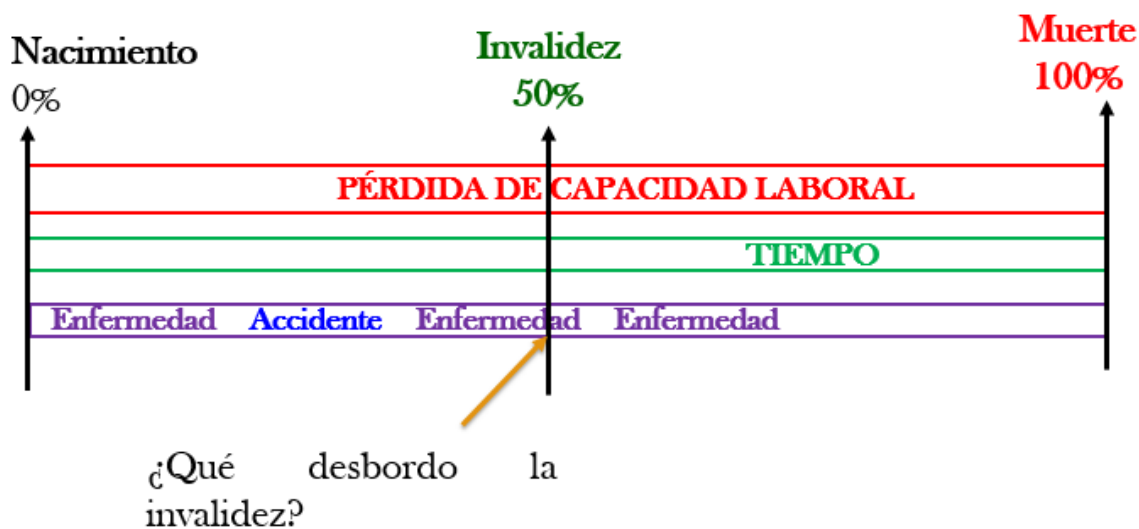


Figura número 9: Detección de la entidad que desbordo la invalidez.

A criterio de la Corte Constitucional²⁹⁶, el cual es totalmente compartido desde el punto de vista técnico jurídico por el grupo investigador:

- Cuando como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, una persona que tenía una pérdida de capacidad laboral preexistente, de cualquier origen, llega a un porcentaje superior al 50% de pérdida de la capacidad laboral, debe asumirse que se trata de una invalidez de origen laboral y, por consiguiente, la fecha de estructuración debe fijarse a partir de los componentes laborales de la discapacidad. El régimen de la invalidez es el propio del SGRL. Figura 10.

296 CConst, T-518/2011, G. E. Mendoza M.

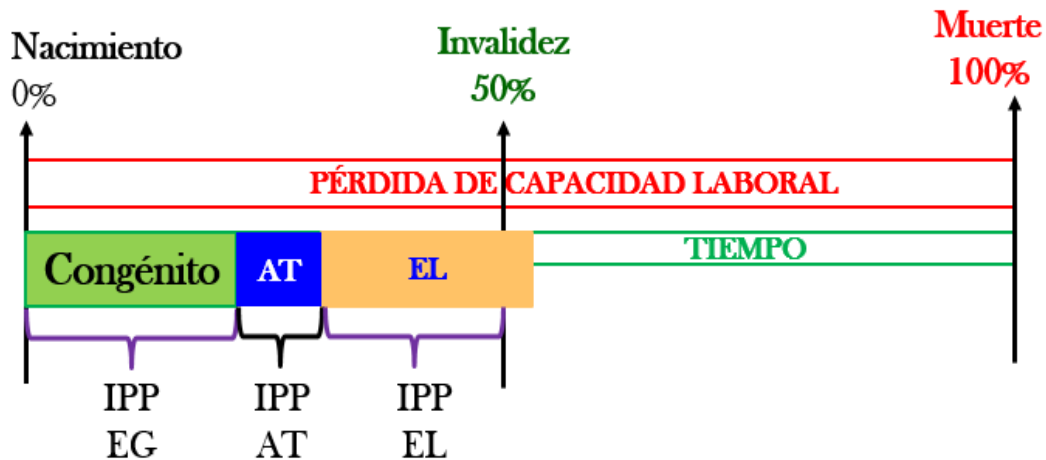


Figura número 10: Calificación integral de invalidez de origen laboral. El trabajador presentaba una enfermedad congénita que calificada aisladamente generaba una Incapacidad Permanente Parcial. Posteriormente presentó un AT ARL y fue indemnizado y luego le califican una enfermedad laboral con una ARL diferente a la del AT previo. Durante el proceso de rehabilitación, el médico valorador determina que hay criterios formales de invalidez integral y realiza el ejercicio técnico determinando que la enfermedad que desbordo la invalidez fue la de origen laboral.

- Cuando ocurre el fenómeno contrario, esto es, cuando como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, una persona sufre una pérdida permanente de capacidad laboral inferior al 50% y luego, por factores de origen común ajenos a los factores laborales ya calificados, ese porcentaje asciende a al 50% o más, la fecha de estructuración debe fijarse a partir de la que genera en el individuo una pérdida de su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. En este caso, el régimen aplicable será el común. Figura 11.

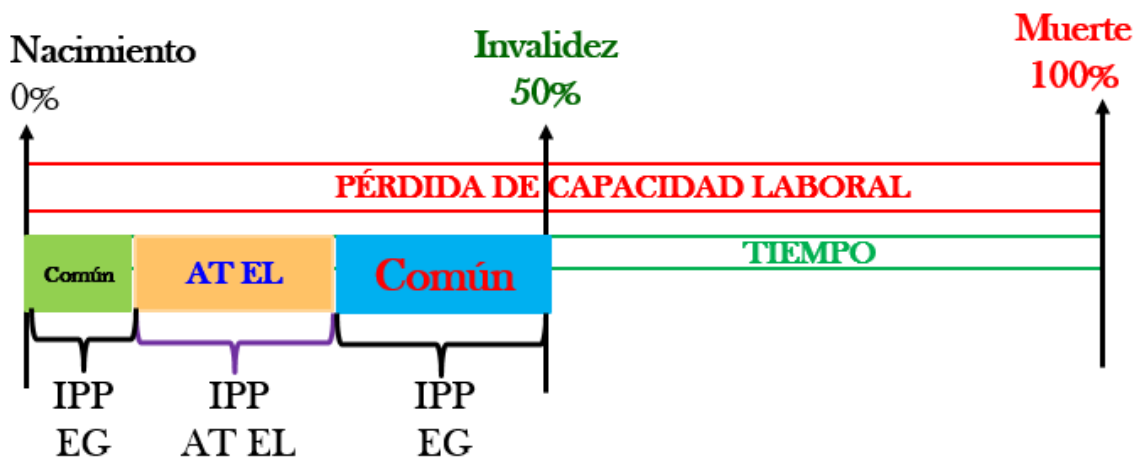


Figura número 11: Calificación integral de invalidez de origen común. El trabajador presentaba una enfermedad común que calificada aisladamente generaba una Incapacidad Permanente Parcial. Posteriormente presentó un AT y fue indemnizado y luego le califican una común. Durante el proceso de rehabilitación, el médico valorador de la EPS determina que hay criterios formales de invalidez integral, realiza el ejercicio técnico determinando que la enfermedad que desbordo la invalidez fue la de origen común de reciente diagnóstico, realizando un concepto de rehabilitación integral no favorable y enviando a la AFP para la calificación respectiva.

- Es decir, cuando concurren eventos de una y otra naturaleza -común y laboral- en la determinación de la pérdida de capacidad laboral que conduzca a una pensión de invalidez, para establecer el origen y la fecha de estructuración, se atenderá al factor que, cronológicamente, sea determinante para que la persona llegue al porcentaje de invalidez. Figura 12.

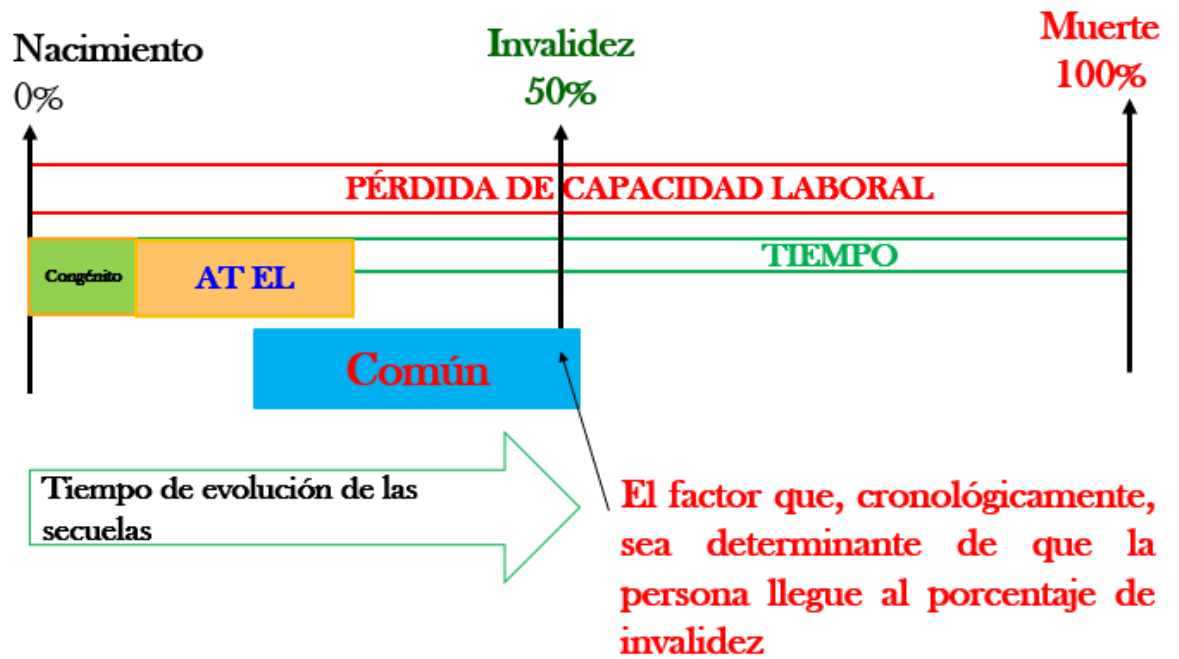


Figura número 12: Calificación integral de invalidez en la concurrencia de patologías o secuelas de diverso origen. La evolución de la patología general conlleva a que sus secuelas fueran las determinantes para estructurar la invalidez.

- Cuando se trate de factores que se desarrollen simultáneamente y médicamente no sea posible determinar la entidad que desbordo el estado invalidante, para determinar el origen y la fecha de estructuración de la invalidez se atenderá al factor de mayor peso porcentual. Figura 13.

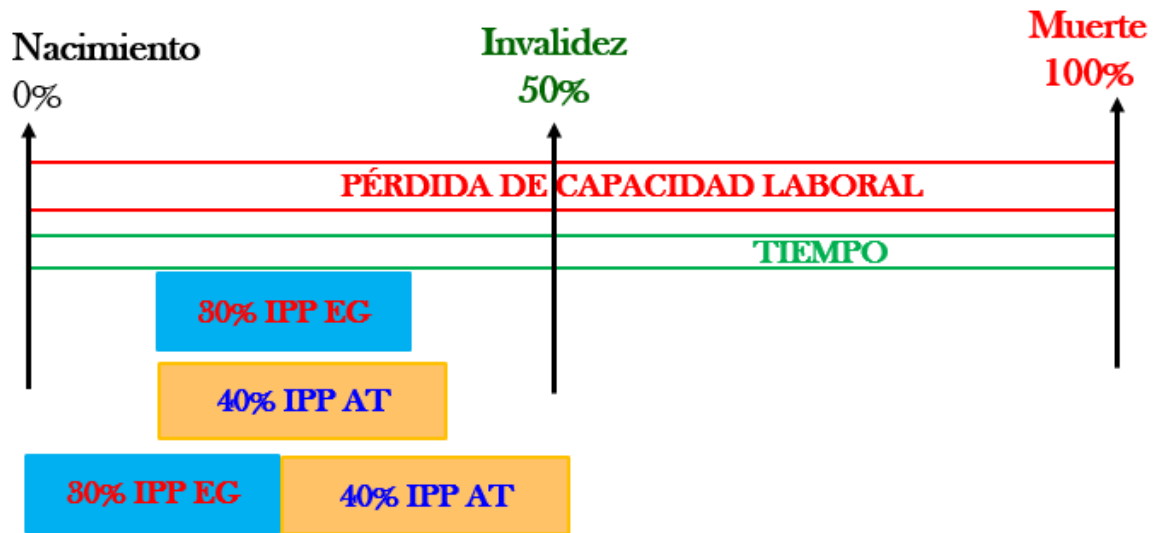


Figura 13. Calificación integral de la invalidez cuando simultáneamente se desarrollan eventos de diferente origen. En este caso si se calificara cada entidad de manera independiente no se alcanzaría el estado de invalidez, pero sumando las dos sí. Como la de mayor peso es la de origen laboral, se trata de una invalidez integral de dicho origen.

La anterior metodología está acorde con la unidad de pago que debe tener la prestación de tracto sucesivo llamada pensión de invalidez y permite que en caso de su eventual revisión, si se demuestra que alguna de las entidades ha progresado y por sí sola conlleva a un estado invalidante, se pueda recalificar el origen al no ser pertinente la calificación integral de invalidez en aplicación de la sentencia C-425 de 2005.

Se debería regular que el afiliado pensionado integralmente por el SGRL, no pudiera reclamar los saldos en el régimen de ahorro individual, hasta tanto no se adquiriera el derecho a que ella sea vitalicia, continuando con los aportes a dicho sistema. Esto implica la necesidad de que se regule tanto en el SGSSI en Pensiones como en Riesgos Laborales, cuándo una pensión de invalidez se convierte en pensión de vejez y hasta que edad puede revisarse el estado de invalidez; lo que estaba determinado en el régimen anterior: “La pensión de invalidez se convertirá en pensión de vejez, a partir del cumplimiento de la edad mínima fijada para adquirir este derecho”.²⁹⁷

²⁹⁷ Artículo 10 del Decreto 758 de 1990, mediante el cual se aprobó el Acuerdo 49 de 1990.



24. DEBIDO PROCESO PARA LA CALIFICACIÓN EN PRIMERA OPORTUNIDAD.

Las facultades para adelantar el proceso de calificación de origen o pérdida de capacidad laboral en primera oportunidad, está contenida en el precitado Decreto Ley 019 de 2012 artículo 142, por lo cual haremos una breve introducción historia para posteriormente describir en detalle el debido proceso que actualmente debe surtir en las instancias correspondientes para una calificación en primera oportunidad.

24.1. EVOLUCIÓN Y ESTADO DEL DEBIDO PROCESO EN CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE UNA ENFERMEDAD:

El proceso de calificación de origen, requiere la interacción armónica de la empresa, el trabajador y las administradoras de la seguridad social, de ahí la importancia de respetar en todo momento el debido proceso con el ánimo de lograr la adecuada resolución del proceso.

Antes de la creación del SGSSI (Ley 100 de 1993), la calificación del origen de una enfermedad se hacía en consonancia con el Código Sustantivo de Trabajo. Con la precitada Ley 100, se crean diversos mecanismos para la calificación y controversia frente a los dictámenes emitidos por las instancias técnicas competentes. Según los artículos 41, 42 y 43 de la Ley 100 de 1993 se crean las Juntas de Calificación del orden regional y nacional:

“ARTÍCULO 41. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de la invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral.

ARTÍCULO 42. JUNTAS REGIONALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una



comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Los honorarios de los miembros de la comisión serán pagados por la entidad de previsión o seguridad social o la sociedad administradora a la que esté afiliado el solicitante.

ARTÍCULO 43. JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.
Créase la junta nacional para la calificación de los riesgos de invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Esta junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las juntas regionales o seccionales respectivas.

Los honorarios de los miembros de la junta, serán pagados, en todo caso por la entidad de previsión o seguridad social correspondiente.”

Posteriormente tras el Decreto 1346 del 27 de Junio de 1994, se reglamenta el funcionamiento de las precitadas Juntas de Calificación de Invalidez. En su artículo 3 numeral 1, otorgaba competencias a las entidades de la Seguridad Social en la calificación del origen y pérdida de capacidad laboral en primera oportunidad, dejando a las Juntas Calificadoras la solución de las controversias suscitadas frente a la calificación inicial.

Así mismo el Decreto ley 1295 de 1994, indicaba en su artículo 12, el proceso sobre la calificación del origen del accidente de la enfermedad y la muerte, el cual estaba en consonancia con el precitado decreto 1346 del 94:

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



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

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

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

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

Ulteriormente el Consejo de Estado, por intermedio de su Sección Segunda, declaró la nulidad del numeral 1 del artículo 3º. del Decreto 1346 de 1994, mediante el cual se dispuso que la determinación de la invalidez se hiciera por el Instituto de Seguros Sociales, las Corporaciones de Seguros y las entidades que aseguran los riesgos de invalidez y sobrevivientes y para adoptar esa decisión ésta Corporación consideró que, según los artículos 42 a 45 de la Ley 100 de 1993, inequívocamente son las Juntas Regionales y la Nacional las que deben determinar la calificación y el origen de la invalidez en primera y segunda instancia, respectivamente, por lo que la citada norma del Decreto Reglamentario excedió las previsiones de esa ley y los límites señalados en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política.²⁹⁸

Con esta sentencia, la facultad para la calificación del origen de una enfermedad, “regreso” a las Juntas de Calificación de Invalidez del orden regional en primera instancia y nacional en última.

Posteriormente y tal como lo señala la Sentencia T-142/2008, el Decreto 2463 de 2001 dispuso en su artículo 6, que correspondía a las Entidades Promotoras de Salud, en primera instancia y a las Administradoras de Riesgos Profesionales, en segunda instancia, calificar el origen del accidente o la enfermedad, causantes o

²⁹⁸ CE2, r 11801 de 1997, C. A. Orjuela G.



no de la pérdida de la capacidad laboral o de la muerte. Así mismo, establecía que cuando se presenten discrepancias entre los dictámenes de una y otra entidad, éstas debían ser resueltas por una junta integrada por representantes de las entidades promotoras de salud y riesgos profesionales. El Parágrafo 1° del citado artículo, prescribe de igual manera, que las controversias que surjan con ocasión de los conceptos sobre el origen o la fecha de estructuración serán resueltas por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.

Con el Decreto 2463 de 2001 se dan nuevamente facultades a las entidades de la Seguridad Social (EPS, ARL AFP, ISS) para la calificación del origen de las enfermedades en primera oportunidad.

En el Diario Oficial No. 46.023 de 6 de septiembre de 2005 se publica Ley 962 de 2005, por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos y con la cual se modificó nuevamente el proceso de calificación de origen de una enfermedad:

“...ARTÍCULO 52. DETERMINACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y GRADO DE INVALIDEZ. El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

"Artículo 41. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, vigente a la fecha de calificación, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, 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 primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación, dentro de los cinco (5) días siguientes a la manifestación que hiciera sobre su inconformidad, se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez del orden regional, cuya



decisión será apelable ante la Junta Nacional. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de aquellas entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional.

Cuando la incapacidad declarada por una de las entidades antes mencionadas (ISS, ARP o aseguradora) sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la entidad. Estas juntas son organismos de carácter interdisciplinario cuya conformación podrá ser regionalizada y el manejo de sus recursos reglamentado por el Gobierno Nacional de manera equitativa.

PARÁGRAFO 1o. Para la selección de los miembros de las Juntas Regionales y Nacional de pérdida de la capacidad laboral y de invalidez, el Ministerio de la Protección Social tendrá en cuenta los siguientes criterios:

La selección se hará mediante concurso público y objetivo, cuya convocatoria se deberá hacer con no menos de dos (2) meses de antelación a la fecha del concurso e incluirá los criterios de ponderación con base en los cuales se seleccionará a los miembros de estos organismos. La convocatoria deberá publicarse en medio de amplia difusión nacional.

Dentro de los criterios de ponderación se incluirán aspectos como experiencia profesional mínima de cinco (5) años y un examen escrito de antecedentes académicos sobre el uso del manual de pérdida de capacidad laboral y de invalidez, el cual se realizará a través de una entidad académica de reconocido prestigio.

Los resultados del concurso serán públicos y los miembros de las Juntas serán designados por el Ministro de la Protección Social, comenzando por quienes obtuvieran mayor puntaje.



El proceso de selección de los integrantes de las juntas de calificación de invalidez se financiará con recursos del Fondo de Riesgos Profesionales.

PARÁGRAFO 2o. Las entidades de seguridad social y los miembros de las Juntas Regionales y Nacionales de Invalidez y los profesionales que califiquen serán responsables solidariamente por los dictámenes que produzcan perjuicios a los afiliados o a los Administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, cuando este hecho esté plenamente probado.”

Es claro entonces que con la expedición de la Ley 962 de 2005 se deja sin efectos el articulado del decreto 2463 de 2001, que regulaba la calificación del origen de una enfermedad casi en su totalidad, continuando vigente del precitado Decreto 2463 de 2001, la regulación de las juntas regionales y nacionales de calificación de invalidez y algunos aspectos de los artículos 6 y 9, los cuales se señalan a continuación:

Artículo 6o. Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte: “parágrafo 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 9o. Fundamentos para la calificación del origen y grado de pérdida de la capacidad laboral. “...1. Los fundamentos de hecho que debe contener el dictamen con el cual se declara el grado, el origen de pérdida de la capacidad laboral o de la invalidez y la fecha de estructuración, son todos aquellos que se relacionan con la ocurrencia de determinada contingencia, lo cual incluye historias clínicas, reportes, valoraciones o exámenes médicos periódicos; y en general, los que puedan servir de prueba para certificar una determinada relación causal, tales como certificado de cargos y labores, comisiones, realización de actividades, subordinación, uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos, contratos de trabajo, estadísticas o testimonios, entre otros, que se relacionen con la patología, lesión o condición en estudio. 2. Los



fundamentos de derecho, son todas las normas que se aplican al caso de que se trate...”

De acuerdo a lo anterior desde la Ley 962 de 2005 el proceso de calificación de origen se podía ilustrar tal y como se señala en el cuadro número 16.

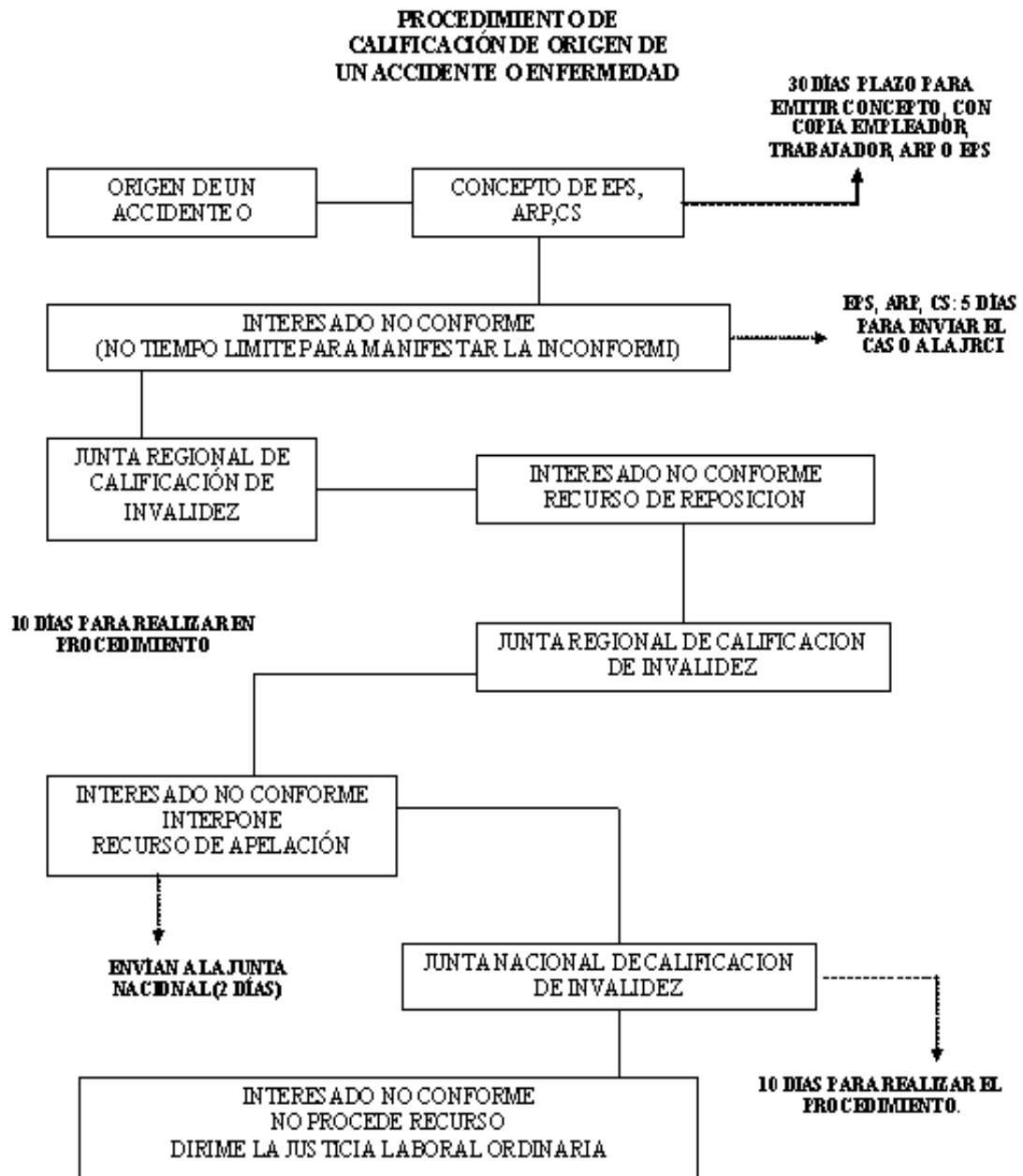


Tabla 16: Proceso de Calificación de origen y pérdida de capacidad laboral antes de la promulgación del decreto ley 019 de 2012. Tomado de Cáceres Ayala Luis. PowerPoint. 2011



Una lectura sosegada de la precitada Ley 962 de 2005 artículo 52, nos permite aseverar que dicha norma, no establecía un límite de tipo para la manifestación de la inconformidad frente a la calificación de origen en primera oportunidad y se asumía por omisión legislativa absoluta, que el tiempo para manifestar la inconformidad frente a una calificación de origen proferida en primera oportunidad por alguna de las entidades facultadas para ello (EPS, ARP, ISS, AFP o COMPAÑÍA SE SEGUROS PREVISIONAL DE LAS AFP) no podía exceder de los 3 años que habla el artículo 488 del Código Sustantivo de Trabajo sobre prescripción de la acción en la Seguridad Social.

Este tiempo de 3 años como límite para manifestar la inconformidad frente a una calificación en primera oportunidad, conllevaba profundas inequidades e injusticias con la población trabajadora, ya que una vez calificado el origen profesional de una patología, sus incapacidades debían marcarse con esta contingencia, pero la ARL, no asumía la carga prestacional ni definía si aceptaba el origen dictaminado por la EPS o por el Fondo de Pensiones, dilatando el proceso y acumulando las calificaciones sin manifestarse de manera formal frente a la aceptación o inconformidad sobre dicha calificación, pudiendo entonces existir Administradoras de Riesgos Laborales con casos calificados hacia 2 o 3 años sin que se hubiera definido la aceptación del origen.

Este panorama fue nuevamente modificado tras la expedición del Decreto ley 019 de 2012, la ley 1562 de 2012 y el decreto 1352 de 2013, éste último actualiza el régimen de las juntas de calificación de invalidez y dicta otras disposiciones sobre la calificación en primera oportunidad:

El artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 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...”. Cursiva es nuestra.

“...Frente a las controversias presentadas ante la calificación en primera oportunidad solo procede el envío a las Juntas de Calificación de Invalidez conforme a lo establecido en el artículo 142 del Decreto número 19 de 2012. Adicional a las competencias establecidas en los artículos 84 y 91 del Decreto número 1295 de 1994, corresponde a la Superintendencia Financiera, sancionar a las Administradoras de Riesgos Laborales, cuando incumplan los términos y la normatividad que regula el pago de las prestaciones económicas...”²⁹⁹ Cursiva son nuestra.

Este nuevo marco sobre la calificación del origen de una patología lo podríamos graficar inicialmente en la Tabla 17.

²⁹⁹ Ley 1562, *óp. cit.* Artículo 15. Inspección, vigilancia y control en prestaciones económicas.

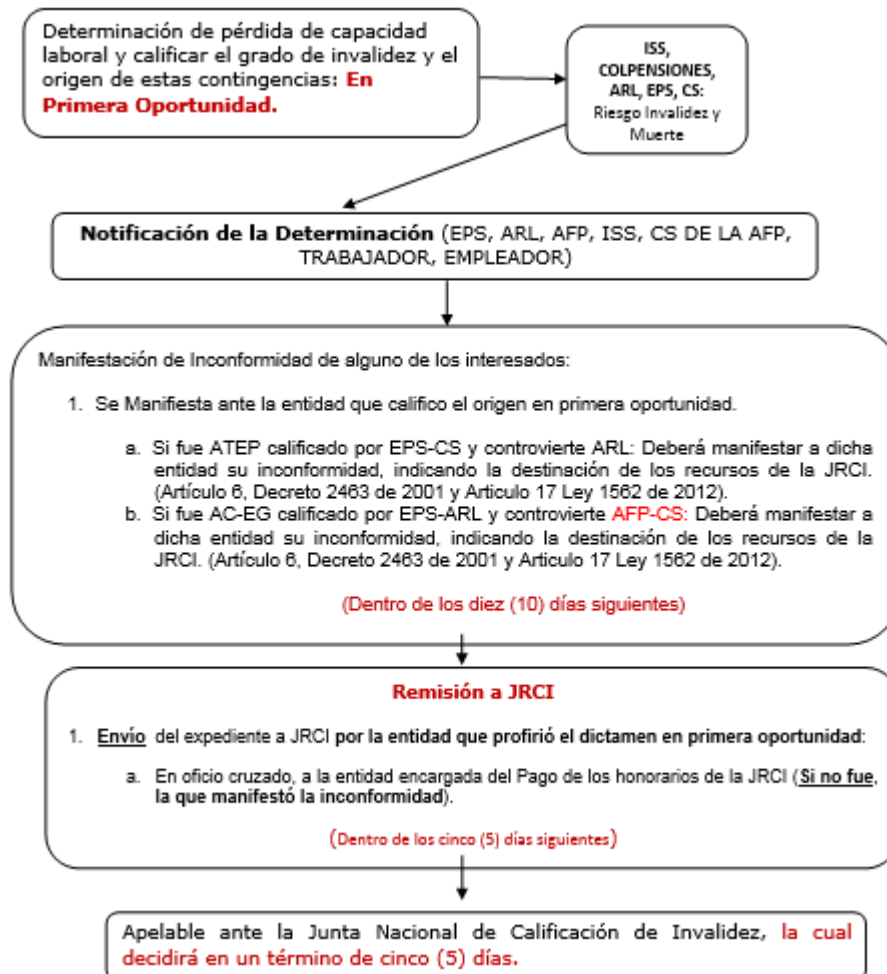


Tabla 17. Proceso de controversia de la calificación Origen o pérdida según Decreto Ley 019 de 2012.

Al contrastar los dos marcos de competencias para calificación en primera oportunidad (Tablas 16 y 17), encontramos como principal diferencia, la inclusión de Colpensiones como ente calificador y la existencia de un plazo de carácter fatal³⁰⁰ para la manifestación de inconformidad frente a dicha calificación, generando así un adelanto en los procesos administrativos y técnico médicos para la resolución de los casos de calificación de origen y menoscabo laboral.

Es claro entonces que frente a las calificaciones realizadas en vigencia del Decreto Ley 019 de 2012, existe un tiempo límite para manifestar la inconformidad frente al origen calificado en primera oportunidad y poder así acudir ante la Junta Regional De Calificación De Invalidez para dirimir dicha controversia.

³⁰⁰ Polanco, M. L. J. (2002). Obligaciones. Colección de Textos Universitarios. Cali: Universidad Libre.



Si la inconformidad es manifestada por fuera de los 10 días hábiles (extemporánea), la Junta Regional ya no es competente para dirimirla y la calificación proferida en primera oportunidad adquiere firmeza legal siendo sólo procedente demandar el dictamen ante la justicia laboral ordinaria.

Posteriormente en el Decreto 1352 de 2013, publicado en el Diario Oficial 48.834 del 27 de Junio de 2013 y en donde se regula el régimen de las Juntas de Calificación de Invalidez y se dictan disposiciones aplicables a la calificación en primera oportunidad, podemos encontrar que la Junta Regional de Calificación de invalidez, no puede pronunciarse frente a una controversia extemporánea, caso en el cual debe devolver el expediente:

“...Devolución de expedientes. Una vez llevado a cabo el procedimiento establecido en el artículo denominado solicitudes incompletas ante las juntas de calificación de invalidez y recibido el expediente, los integrantes de las Juntas de Calificación de Invalidez, con base en la revisión de los documentos allegados con la solicitud, devolverán el mismo sin dictamen si encuentra lo siguiente:

4. Al encontrar la Junta que en la primera oportunidad las partes interesadas o el calificado, presentaron la o las inconformidades o controversias por fuera de los diez (10) días establecidos en el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012, por cuanto dicha calificación ya se encuentra en firme y sólo procedería la reclamación ante la justicia laboral ordinaria. Siendo no subsanable esta causal de devolución...”³⁰¹

Así mismo es claro que no puede existir doble calificación de origen en primera oportunidad y si la controversia se manifestó frente a la segunda calificación de origen, la Junta Regional de Calificación de Invalidez debe igualmente inhibirse en pronunciarse frente a ella e informar a los entes de control:

“...Prohibición de realizar y allegar doble calificación ante las Juntas de Calificación de Invalidez. Ningún expediente debe llegar con doble calificación a las Juntas de Calificación de Invalidez, en caso de encontrar dicha situación la Junta deberá informarlo a la autoridad competente para que se investigue a la entidad que realizó la segunda calificación y se

³⁰¹ Decreto 1352, óp. cit. Artículo 33 numeral 4.



*impongan sanciones por esta anomalía. En el caso de las Administradoras de Riesgos Laborales se informará a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo correspondiente. (...) En el caso que la controversia se hubiera presentado por la primera calificación la junta entrará a dar trámite a la solicitud de conformidad con lo establecido el presente decreto. Si por el contrario la controversia se hubiera presentado por la segunda calificación la junta no emitirá dictamen sino procederá a devolver el expediente de conformidad con lo establecido en el artículo denominado devolución de expedientes...*³⁰²

24.2. DEBIDO PROCESO PARA LA CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EN PRIMERA OPORTUNIDAD.

Hoy no existe una normatividad que de manera expresa regule el proceso de calificación en primera oportunidad. La Resolución 2569 de 1999, por la cual se reglamenta el proceso de calificación del origen de los eventos de salud en primera instancia, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, fue publicada en el Diario Oficial No. 43.705, del 15 de septiembre de 1999. Dicha resolución se realizó mediante un acto administrativo del Ministro de Salud, según las competencias conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1.993 y el Decreto 1152 de 1.999 y en desarrollo del artículo 9o. de la Ley 10 de 1.990. Dichos fundamentos de derecho o han sido derogados o fueron modificados por lo tanto, si bien dicha norma está vigente ya que no ha sido derogada de manera expresa ni tácita en su totalidad, se pudiera señalar la pérdida de fuerza ejecutoria:³⁰³

“Salvo norma expresa en contrario, los actos administrativos en firme serán obligatorios mientras no hayan sido anulados por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. Perderán obligatoriedad y, por lo tanto, no podrán ser ejecutados en los siguientes casos:

³⁰² *Ibidem.* Artículo 32.

³⁰³ La fuerza ejecutoria de los actos administrativos a que se refiere el artículo 91 de la Ley 1437 de 2011, es la capacidad de que goza la Administración para hacer cumplir por sí misma sus propios actos, es decir, que tal cumplimiento no depende de la intervención de autoridad distinta a la de la misma administración. Debe precisarse que la pérdida de la fuerza ejecutoria hace relación a la imposibilidad de efectuar los actos propios de la Administración para cumplir lo ordenado por ella misma, cuando se dan las causales estipuladas en la norma. (CE5, r0479, Nov. 7. 1995, M. DE LA LOMBANA DE MAGYAROFF).



1. Cuando sean suspendidos provisionalmente sus efectos por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.
2. Cuando desaparezcan sus fundamentos de hecho o de derecho.
3. Cuando al cabo de cinco (5) años de estar en firme, la autoridad no ha realizado los actos que le correspondan para ejecutarlos.
4. Cuando se cumpla la condición resolutoria a que se encuentre sometido el acto.
5. Cuando pierdan vigencia”.³⁰⁴

*“Cuando el interesado se oponga a la ejecución de un acto administrativo alegando que ha perdido fuerza ejecutoria, quien lo produjo podrá suspenderla y deberá resolver dentro de un término de quince (15) días. El acto que decida la excepción no será susceptible de recurso alguno, pero podrá ser impugnado por vía jurisdiccional”.*³⁰⁵

Es claro que en nuestro derecho no existe una acción autónoma declarativa del decaimiento de un acto administrativo o que declare por esa vía la pérdida de su fuerza ejecutoria. El decaimiento es solo un fenómeno que le hace perder fuerza ejecutoria y por tanto, su declaración conforma una excepción, alegable cuando la administración pretenda hacerlo efectivo.³⁰⁶ No es una causal de nulidad ya tampoco pueden confundirse los fenómenos de validez con los de eficacia.³⁰⁷ Hasta la fecha no se ha conocido un caso en que alguna de las entidades de la seguridad social, alegue la pérdida de la fuerza ejecutoria para no aplicar la precitada normativa. Adicionalmente, quien considere que determinado acto ha perdido su fuerza ejecutoria puede oponerse por escrito a su ejecución, caso en el cual la administración podrá suspenderla y resolver dentro de un término de 15 días. Ello no afectaría su validez, sino, como ya se expresó, tendría que ver con su ejecutividad, o la imposibilidad de la Administración para cumplir lo ordenado por ella misma en ese acto, circunstancia que para nada desvirtuaría su presunción de legalidad.³⁰⁸

³⁰⁴ Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Ley 1437 de 2011. Artículo 91. Diario oficial, edición 47.956. (En. 18. 2011).

³⁰⁵ *Ibidem*. Artículo 92.

³⁰⁶ CE3, Expediente No. 12005, Auto: 28 de junio de 1996, C. Betancur J.

³⁰⁷ CE1, Expediente No. 4490, Sentencia: 19 de febrero de 1998, J. A. Polo F.

³⁰⁸ CE1, Expediente No. 4724, Sentencia: 4 de marzo de 1999, L. Rodríguez R.



Por todo lo anterior, es claro que sólo puede ser objeto de declaración general en sede administrativa, bien sea de manera oficiosa por la autoridad que lo profirió o en virtud de la excepción consagrada.³⁰⁹, ³¹⁰

Adicional a lo anterior por omisión legislativa absoluta y teniendo en cuenta que el procedimiento para la calificación de origen contenida en la Resolución 2569 de 1999, en especial el marco de controversia, el nexo de causalidad y los soportes, no tienen vigencia normativa por derogación tacita, se debe acudir al Decreto 01 de 1984 sobre los tiempos de resolución de las solicitudes y calificación³¹¹, tras su reviviscencia temporal.

Aclarado lo anterior, debemos recordar que tal como lo indica la figura 14, en el caso de una enfermedad el médico tratante debe corroborar el diagnóstico tal y como se indicó adelante, para posteriormente en el caso de las presuntas enfermedades laborales, remitir el caso a medicina laboral de la EPS para adelantar el proceso de calificación de origen e indicarle al trabajador que informe a su patrono de la existencia de la enfermedad para el reporte respectivo.

En la figuras 15 y 16, se describe el proceso de notificación del presunto AT. Aclarando que su origen, generalmente se califica de manera inicial (evento agudo) con el reporte patronal de presunto accidente de trabajo y en algunos casos con la historia clínica inicial de urgencias, quedando para una calificación ulterior el proceso de calificación de secuelas derivadas de dicho evento aceptado y calificado como AT. En algunos casos de accidentes, no se califica el origen de manera inicial posterior al reporte patronal y se hace necesario la solicitud de los soportes descritos previamente.

³⁰⁹ CE5, Expediente 2318, Sentencia: Julio 13 de 2000, R. Medina L.

³¹⁰ Libardo, R.R. (2011). *Derecho administrativo general y colombiano*. (17^{va}. ed.) Bogotá D.C.: Temis.

³¹¹ “El Ministerio de Justicia consultó sobre la normativa aplicable al derecho de petición luego de la Sentencia C-818 del 2011, que declaró inexecutable los artículos 13 a 32 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA, Ley 1437 de 2011), la cual produce efectos desde este año, debido a que está pendiente de sanción presidencial el proyecto de ley estatutaria 065/125-227/12C, que regula este derecho fundamental y sustituye el título II del CPACA. Al respecto, el Consejo de Estado advirtió que la normativa aplicable en la actualidad para garantizar el derecho de petición está conformada por los artículos 23 y 74 de la Constitución; los tratados internacionales suscritos y ratificados por Colombia que regulan el derecho de petición; los principios y las normas generales sobre el procedimiento administrativo de la Parte Primera, Título I del CPACA, así como las demás normas vigentes de dicho código que se refieren al derecho de petición o que, de una u otra forma, conciernen al ejercicio del mismo (notificaciones, comunicaciones, recursos, silencio administrativo); las normas especiales contenidas en otras leyes que regulan aspectos específicos del derecho de petición o que se refieran a este para ciertos fines y materias particulares y la jurisprudencia vigente, especialmente aquella proveniente de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado; y entre el 1º de enero del 2015 y la fecha anterior al momento en que empiece a regir la nueva ley estatutaria sobre el derecho de petición, las normas contenidas en los capítulos II, III, IV, V, VI y parcialmente el VIII del CCA”. Fuente LEGISmóvil. Cita el Concepto 11001030600020150000200 (2243), 01/30/2015, del Consejo de Estado Sala de Consulta y Servicio Civil, A. Namén V.

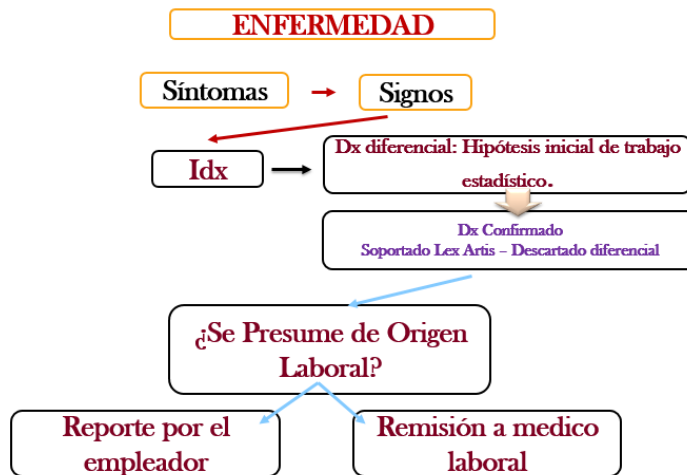


Figura 14. Proceso de aviso de la presunta enfermedad laboral al empleador y medicina laboral.

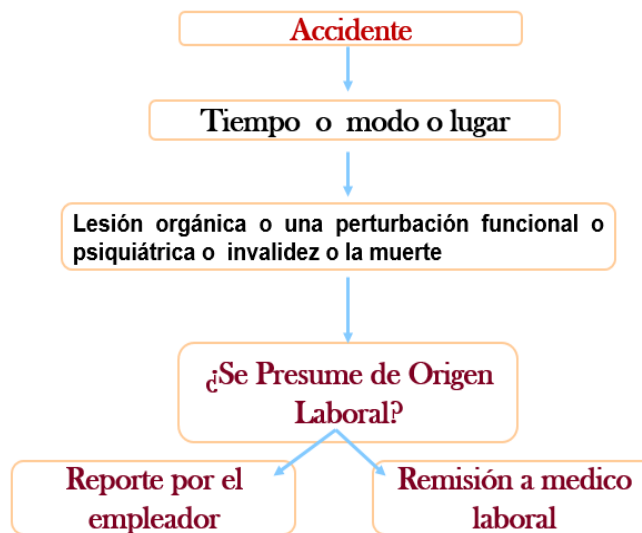


Figura 15. Proceso de aviso del presunto accidente de trabajo al empleador y medicina laboral.

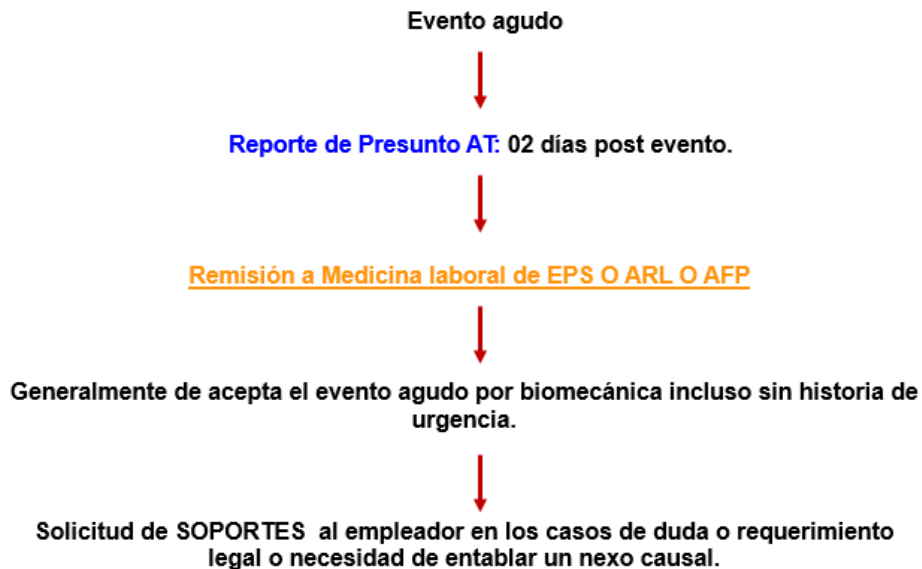


Figura 16. Proceso de aviso del presunto accidente de trabajo al empleador y medicina laboral.

En las figuras 17 y 18, se describe el proceso técnico medico previo a la calificación de origen en primera oportunidad. Recordando que para la calificación de PCL, el requisito está relacionado con el proceso de rehabilitación. Cuando se aceptó el evento agudo pero se requiere la definición del origen de una enfermedad para determinar si es o no secuela de dicho AT o se trata de una enfermedad laboral, el médico o grupo calificador debe hacer una reconstrucción de la biomecánica del evento y de la historia natural de la enfermedad, solicitando los soportes técnicos reglamentados. Así mismo, es menester recordar que el tiempo que tiene el empleador para reportar el presunto accidente de trabajo o la presunta enfermedad laboral es de dos días hábiles.

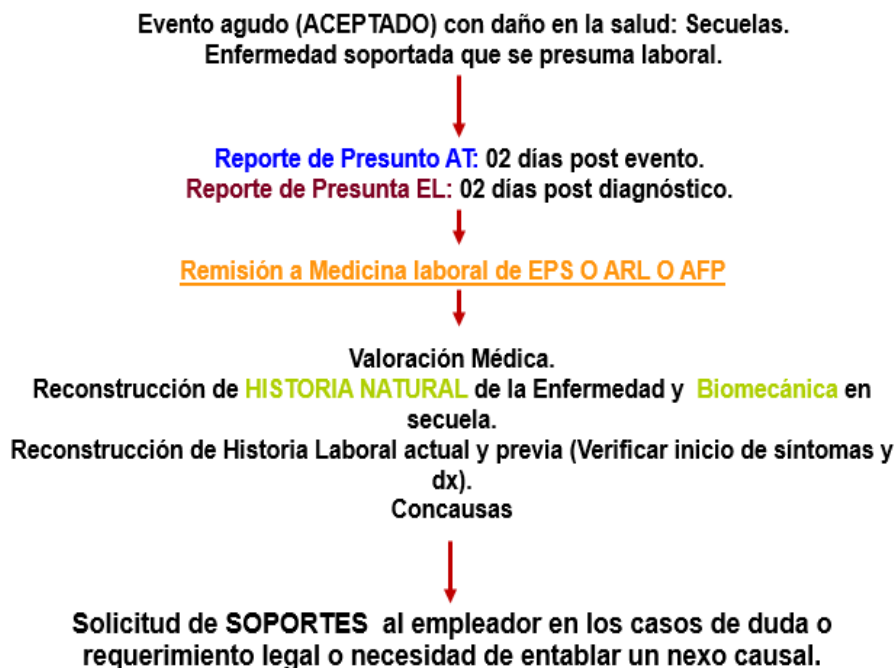


Figura 17. Proceso previo a la calificación de origen en primera oportunidad.

Una vez solicitados los soportes respectivos se cuentan con 30 días hábiles para proferir el dictamen de calificación de origen en primera oportunidad.

Cuando se califica el origen de una enfermedad, es necesario pero no una condición *sine qua non*, la realización del estudio del puesto de trabajo. Dicho estudio o análisis del puesto de trabajo debe ser realizado por el empleador dentro de las competencias propias de su SGS-ST. Sólo en caso de que el empleador no lo realice, se aceptara el realizado por la ARL y se debe dar aviso a la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo, para la investigación respectiva en contra del empleador.

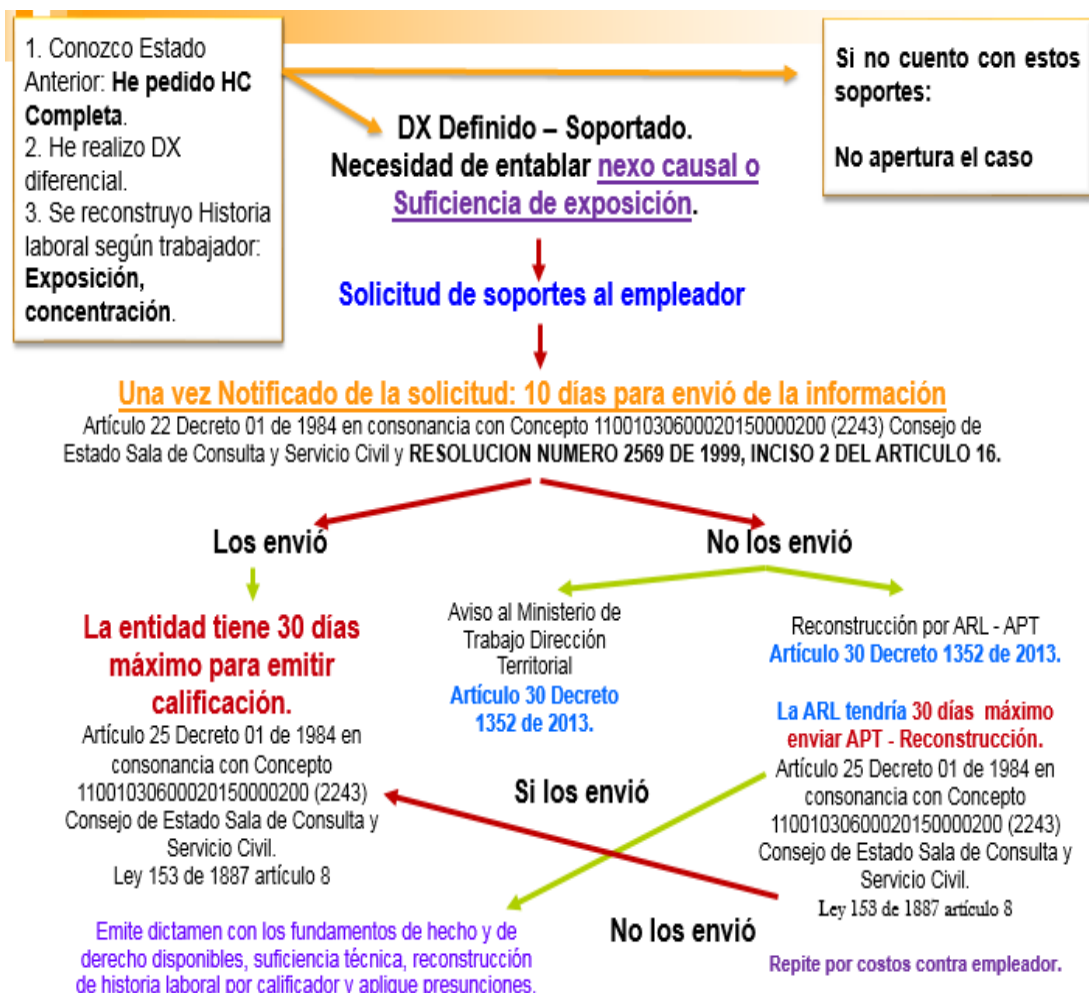


Figura 17. Proceso previo a la calificación de origen en primera oportunidad.

El estudio de puesto de trabajo en todos los casos no es indispensable de realizar, toda vez, en las presuntas enfermedades laborales, cuando se demuestra su ocurrencia en el sector económico y por el factor de riesgo descrito en la tabla, se puede realizar la calificación con la sola reconstrucción de la exposición al factor de riesgo, su magnitud y concentración, toda vez, la ausencia de dicho soporte no puede constituirse en un obstáculo para el proceso de calificación de origen ni para que de entrada sea calificado como común. Para evitar lo anterior, el equipo o medico calificador antes de proferir el dictamen de origen deberá solicitar la historia clínica completa, evaluar la carga probatoria y suficiencia del diagnóstico y la exclusión concausal, así como reconstruir la exposición al factor de riesgo, preguntándole al trabajador ¿Qué hace, como lo hace y por cuanto tiempo lo hace?, en cada uno de los trabajos y puestos desarrollados a lo largo de su vida laboral.



25. MARCO DE CONTROVERSIA

Ya se ha descrito el marco de controversia actual, por lo tanto en las figuras 18 y 19 se diagrama la misma para su mejor comprensión, tanto en la primera oportunidad como en la primera instancia, aclarando que según el artículo 29 del Decreto 1352 de 2013, sólo es posible acudir de manera directa ante la JRCI si se ha completado el tope legal de incapacidad médica temporal o no se ha remitido el caso ante dicha entidad, pasado los 5 días hábiles siguientes a la manifestación de la inconformidad.

Es claro también que de acuerdo al mencionado Decreto, existen unos casos en los cuales la JRCI actúa como primera instancia técnica, por ejemplo, remisiones por fiscalía, compañías de seguros de vida etc.

Es importante recordar que la entidad encargada de remitir el caso ante la JRCI no necesariamente es la que debe pagar los honorarios de dicha entidad, toda vez, quien remite el expediente es la entidad que profirió el dictamen en primera oportunidad y quien paga los honorarios es la ARL si la calificación de origen en primera oportunidad fue laboral o la AFP si fue de origen común.

Así mismo, se debe aclarar que para la manifestación de la inconformidad frente al dictamen de origen o PCL proferido en primera oportunidad se cuenta con 10 días hábiles siguientes a la notificación. Una vez recibida la misma, la entidad tiene 5 días hábiles para remitir el expediente ante la JRCI, acreditando la consignación de los honorarios de la junta o por lo menos la evidencia de la solicitud de los mismos a la ARL o AFP si la calificación fue proferida por la EPS..

El acto mediante el cual se notifica el dictamen en la primera oportunidad, como ya se indicó, debe contener los fundamentos de hecho y de derecho sobre los cuales se sustenta la calificación así como los mecanismos para ejercer el derecho de contradicción y defensa, en este caso, inconformidad. Si es una calificación de PCL, se debe aclarar que la manifestación de la inconformidad puede ser presentada en contra de todo el dictamen o específicamente sobre el porcentaje o la fecha de estructuración o el origen, siempre y cuando éste último no estuviere calificado previamente.

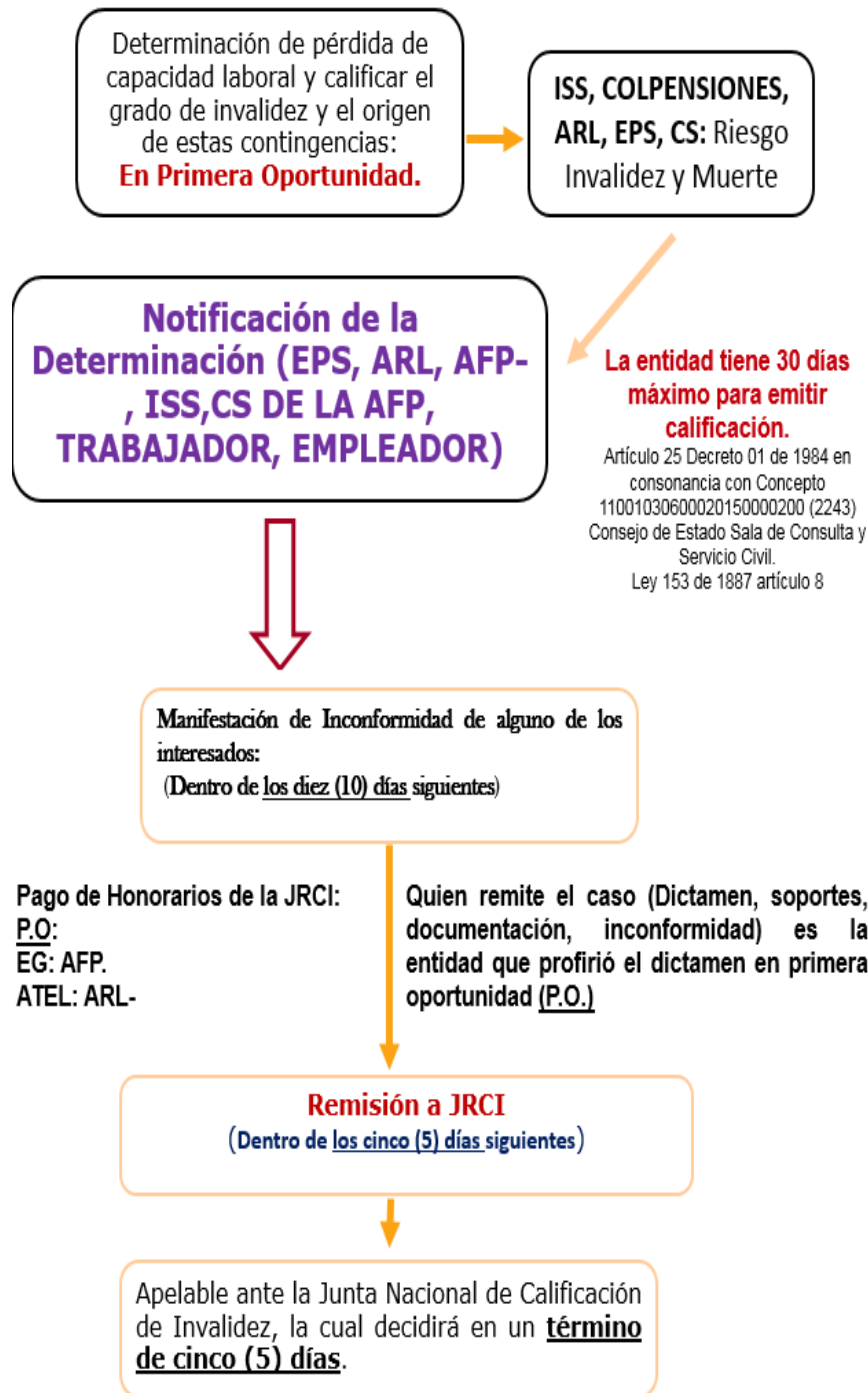


Figura 18. Proceso previo a la calificación de origen en primera oportunidad.

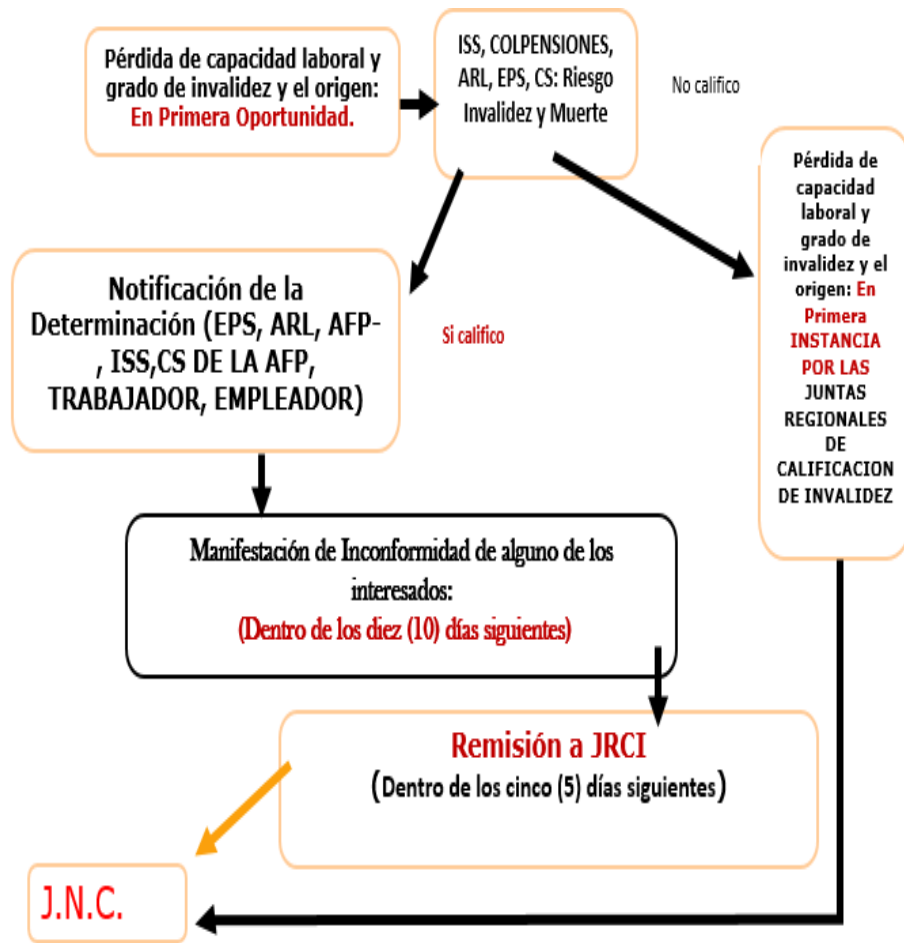


Figura 19. Proceso previo a la calificación de origen en primera oportunidad y primera instancia.



26. ASPECTOS GENERALES DEL REGIMEN DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

Las Juntas de Calificación de Invalidez son organismos del SGSSI de orden nacional, creados por mandato legal sin intervención de la voluntad particular o privada. La estructura se determina por los preceptos normativos o legales para el desarrollo de una función pública que es la calificación de el origen y la pérdida de capacidad laboral de los usuarios del SGSSI.³¹²

El trámite de calificación en primera y segunda instancia por las Juntas de Calificación de invalidez, por el momento está regulado por el Decreto 1532 de 2013, frente al cual sobra decir que tiene vicios de inconstitucionalidad por extralimitación de las funciones *pro tempore* otorgadas al ejecutivo, toda vez, fue expedido pasado el tiempo decretado por el legislador para tal fin.³¹³

Así mismo por el control activo de constitucionalidad de la Ley 1562 de 2012, la honorable Corte Constitucional, declaró inexecutable las expresiones “*serán designados de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio del Trabajo*” y “*Los integrantes principales y suplentes de las Juntas Regionales y Nacional, en número impar serán designados, de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio del Trabajo*”, contenidas en el artículo 16 Parágrafo 1º e inciso 1 del artículo 19 de la precitada ley. Lo anterior tiene trascendental importancia para el proceso de reglamentación y convocatorias de las Juntas de Calificación.

Mediante auto, el CE decreto la medida cautelar de SUSPENSIÓN PROVISIONAL de los efectos de los artículos 5º, 6º, 8º, y 9º del Decreto Reglamentario 1352 de 2013³¹⁴, con lo cual, al estar derogado el Decreto 2463 de 2001 en lo relacionado con la conformación de los integrantes de las Juntas de Calificación, se evidencia una reviviscencia temporal del Decreto 1346 de 1994, hasta tanto se profiera sentencia judicial y en atención a la necesidad constitucional de reglamentar la conformación de las Juntas de Calificación de Invalidez.

³¹² CConst, T-424/2007, C. I. Vargas H.

³¹³ Ley 1562, óp. cit. Artículo 16. Parágrafo 3 El Ministerio de Trabajo deberá organizar dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, la estructura y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez como parte de la estructura del Ministerio de Trabajo.

³¹⁴ CE2, r11001 03 25 000 2013 01776 00 (4697-2013). Feb. 3, 2015.G. E. Gómez A.



Dichas entidades tienen por objeto realizar, mediante un dictamen, la valoración técnico-científica del grado de pérdida de la capacidad laboral, del origen de la invalidez y su fecha de estructuración. Lo anterior para que las entidades correspondientes decidan sobre el acceso a las diversas prestaciones económicas y asistenciales, incluido el reconocimiento de la pensión de invalidez”³¹⁵.

Frente al pago de los honorarios de la Junta:

1. Ley 1562 de 2012 en su artículo 17 nos indica que los honorarios de la Junta Nacional o Regional deberán ser cancelados de manera anticipada de acuerdo a la calificación de origen en primera oportunidad. Si la calificación fue de origen común, serán pagados por la Administradora de Fondo de Pensiones y si fue de origen laboral, por la de Riesgos Laborales.
2. El Decreto 2463 de 2001, en su artículo 6o parágrafo 2 nos refuerza lo anterior indicando que dichos emolumentos, serán asumidos por la última ARL o AFP a la cual estuvo afiliado el trabajador y podrá repetir de acuerdo al dictamen en firme.
3. Para tales efectos y de acuerdo al artículo 31 parágrafo 4 del abajo descrito Decreto 1352 en consonancia con el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012, cuando las EPS califiquen en primera oportunidad como de origen común una enfermedad o accidente y se presente controversia por parte del trabajador, la mencionada EPS deberá solicitarle a la AFP o a Colpensiones según el caso, que efectúe el pago anticipado de los honorarios de la junta calificadora, para que se pueda remitir el expediente dentro de los cinco (5) días siguientes a la manifestación de la inconformidad ante la Junta de Calificación de Invalidez con la copia de la consignación y en caso de que la EPS remita el expediente faltando la copia de la consignación de los, se deberá proceder con las acciones de cobro coactivo al lugar.
4. Por su parte el Decreto 1532 de 2013:

³¹⁵ CConst, T-773/2009, H. A. Sierra P.



- a. Nos recuerda en su artículo 20 que los honorarios deben ser pagados de manera anticipada y que el incumplimiento de dicha obligación por la ARL o empleadores serán sancionados por las Direcciones territoriales del Ministerio de Trabajo. Así mismo en dicho artículo que indica que el valor de los mismos corresponde a 1 SMMLV independientemente de la cantidad de patologías del paciente evaluado.
- b. Trata en su artículo 29 sobre los casos en que se puede acudir de manera directa ante las Juntas Regionales, es decir sin solicitar calificación en primera oportunidad. Dicha solicitud debe estar acompañada de una copia de la consignación de los honorarios o de una carta u oficio donde se de aviso a la EPS, ARL O AFP y en éste último escenario, el director administrativo de la respectiva junta determinará la entidad de seguridad social a la que le corresponde el pago de dichos honorarios para proceder con las respectivas acciones de cobro a la ARL o AFP incluido cobro judicial ante los jueces laborales solicitando el pago de intereses y costas del proceso y presentando la correspondiente queja ante las diferentes autoridades administrativas, sin suspender el trámite ante la junta por la falta del pago de los mencionados honorarios.

Sobre el régimen general de las Juntas de Calificación y según el Decreto 1352 podemos indicar:

- Son competentes para dirimir las Controversias frente a las calificaciones proferidas en la primera oportunidad y por los órganos calificadores de los regímenes exceptuados de Ley 100 (Ecopetrol y Magisterio, se exceptúan de su aplicación el régimen especial de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, salvo la actuación que soliciten a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez como peritos.).
- Tienen como principios rectores los establecidos en la Constitución Política, entre ellos, la buena fe, el debido proceso, la igualdad, la moralidad, la eficiencia, la eficacia, la economía, la celeridad, la imparcialidad, la publicidad, la integralidad, la unidad, la ética profesional y las disposiciones del Manual Único de Calificación de Invalidez aplicable al caso en particular.



- 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.
- Por contar con personería jurídica, autonomía técnica, científica y de conformidad con nuestro marco normativo, sus integrantes responderán solidariamente por los dictámenes que produzcan perjuicios a los afiliados o a los Administradores del Sistema de Seguridad Social Integral.
- Que cuando un dictamen de la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, sea demandado ante la justicia laboral ordinaria se demandará a dicha Junta como organismo del Sistema de la Seguridad Social y al correspondiente dictamen.
- Que el juez laboral podrá designar como perito a una Junta de Calificación de Invalidez que no sea a la que corresponda el dictamen demandado.
- La solicitud de valoración debe ser presentada ante la Junta Regional acompañada de la copia de la consignación de los honorarios o de la carta u oficio dándole aviso a la correspondiente EPS, ARL O AFP así como de los documentos que estén en poder del solicitante. Dicha solicitud puede ser presentada por:
 - AFP.
 - Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte.
 - ARL
 - EPS.
 - Las Compañías de Seguros en general.
 - El trabajador o su empleador.
 - El pensionado por invalidez o aspirante a beneficiario o la persona que demuestre que aquél está imposibilitado, en las condiciones establecidas en el presente artículo.
 - Por los inspectores de Trabajo del Ministerio del Trabajo, cuando se requiera un dictamen de un trabajador no afiliado al sistema por su empleador.



- Las autoridades judiciales o administrativas, al designar a las juntas regionales como peritos.
 - Las entidades o personas autorizadas por los fondos o empresas que asumían prestaciones sociales en regímenes anteriores a la Ley 100 de 1993, en los casos de revisión o sustitución Pensional.
 - Las entidades o personas autorizadas por las Secretarías de Educación o ECOPEPETROL.
 - Por las administradoras del Fondo de Solidaridad Pensional, para los que requieran la pensión por invalidez fruto de eventos terroristas.
- Una vez radicada la solicitud ante la respectiva JRCl, se debe verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos mediante la lista de chequeo según artículo 30 del mencionado decreto 1352. Se otorgarán treinta (30) días calendario para que se allegue el expediente completo, lapso durante el cual quedará suspendido el término para decidir.
 - El expediente que se radique en la Junta de Calificación de Invalidez debe contener:
 - Los datos actualizados de la persona objeto del dictamen.
 - copia de la consignación del pago de honorarios.
 - Las calificaciones de primera oportunidad debe tener el nombre y firma de las personas que conformaron el equipo interdisciplinario que emitió la respectiva calificación según los artículos 5 y 6 del Decreto 2463 de 2001 en remisión del artículo 61 del Decreto 1352 de 2013.
 - Que hay causales para que la Junta Regional devuelva el expediente a la entidad que lo radica:
 - Indebida notificación a la totalidad de interesados.
 - No por dependencia o grupo interdisciplinario.
 - PCL sin origen ni fecha de estructuración.
 - Firmeza primera oportunidad.
 - Acuerdos, actas, calificación conjunta.
 - Segunda calificación por la cual se controvierte y presenta.



- El trabajador objeto del dictamen podrá ser citado a valoración hasta por 3 veces. En caso de comprobarse su imposibilidad para asistir a la valoración, el médico ponente se trasladará para realizarla salvo que se demuestre la imposibilidad material para el mismo, bien por caso fortuito o fuerza mayor o razones de seguridad. En éste evento, se podrá dictaminar de acuerdo a las pruebas allegadas a la junta. **[En todo caso, la suspensión del trámite de valoración no podrá ser superior a sesenta (60) días calendario].**
- Cuando se trata de personas jurídicas, los recursos deben interponerse por el representante legal o su apoderado debidamente constituido. Los recursos de reposición y/o apelación, deben ser presentados por cualquiera de los interesados ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez que profirió el dictamen, directamente o por intermedio de sus apoderados dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación. Para tales efectos no se requerirá de formalidades especiales y se deberá exponer los motivos de su interposición, acreditando las pruebas que se deseen hacer valer y la consignación de los honorarios de la Junta Nacional. Éste último requisito si se presenta el recurso de apelación ante la JNCI. Es importante aclarar que si el recurrente es el trabajador, no se allegará la consignación de honorarios, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 del mencionado Decreto 1352.³¹⁶
- Hay casos en los cuales la JRCI es única instancia como en las calificaciones de compañías de seguros diferentes a las relacionadas en el Decreto Ley 019 de 2012 artículo 142, lo cual podría atentar contra el principio constitucional de doble instancia, toda vez las Juntas de Calificación en su actuar deben ceñirse a los valores, principios y mandatos constitucionales.^{317, 318}
- En los dictámenes se debe tener en cuenta como condición *si ne quanon* la historia clínica y los exámenes del trabajador, motivando con fundamentos de hecho y derechos la decisión tomada y desde el punto de vista técnico científico.³¹⁹

³¹⁶ CConst, T-150/2013, A. Julio E.

³¹⁷ CConst, T-342/2013, N. Pinilla P.

³¹⁸ CConst, T-832/2010, N. Pinilla P.

³¹⁹ CConst, T-726/2011, R. Castro B.



CONCLUSIONES

- Es de capital importancia para crear una unidad de criterios técnicos científicos, que los órganos competentes, reglamenten la calificación en primera oportunidad, toda vez como puede observarse dicho ejercicio técnico medico laboral es complejo y movido de una fundamentación científica, jurisprudencial o jurídica que debe atemperarse a los lineamientos de nuestro estado social de derecho.
- La calificación del origen de una enfermedad es un ejercicio técnico complejo por la multicausalidad de las patologías y la interacción de factores genéticos, ambientales y laborales. No obstante lo anterior, la presencia de concausas no debe ser un motivo para no estudiar la relación entre el trabajo y la enfermedad o negarla, toda vez, mediante un adecuado estudio clínico y ocupacional el grupo o médico evaluador podrá determinar el origen de la patología en términos de su relación causa efecto con el trabajo.
- Para la calificación del origen de un accidente lo más importante es la relación del evento agudo con el vínculo subordinante o modo, convirtiéndose la relación trabajo- horario y lugar en un indicio para presumir la ocurrencia de un accidente de trabajo pero ante la teoría del riesgo objetivo tiene que existir alguna relación entre el accidente y la actividad desarrollada por causa u ocasión con el trabajo.
- Al valorar la fecha de estructuración de la invalidez, se debe tener en cuenta el esfuerzo laboral del trabajador en especial ante patologías crónicas, congénitas o degenerativa, cuando el evaluado pese a su condición clínica ha desempeñado actividades laborales aportando al constructo de nuestro Estado Social de Derecho.
- La determinación de la pérdida de capacidad laboral se hace mediante un instrumento o baremo que valora funcionalmente al trabajador motivo del dictamen por lo tanto en algunos casos no existe un paralelismo entre dicho porcentaje y su real capacidad productiva en términos del desempeño de su trabajo habitual.



- Las Juntas de Calificación de Invalidez y los entes competentes para calificar en primera oportunidad, debe proferir dictámenes de origen, fecha de estructuración, calificación de pérdida de capacidad laboral o invalidez, teniendo en cuenta el contexto clínico laboral del trabajador o paciente motivo del dictamen, incluido los soportes clínicos y paraclínicos contenidos en su expediente.
- Los empleadores debe tener un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el que se desarrollen las acciones legales mínimas y se cuenten con los soportes documentales mínimos para los procesos de calificación de origen de una enfermedad o accidente. De acuerdo a lo anterior ante el no envió de dichos soportes por el empleador, se deberá dar aviso a la Dirección territorial del Ministerio de Trabajo para la investigación respectiva al presumirse la falla en el cumplimiento de la normatividad en seguridad y salud en el trabajo.
- Los trabajadores deben dar información veraz y completa a los valoradores durante el proceso de calificación de origen, fecha de estructuración o pérdida de capacidad laboral con el ánimo de proferir un dictamen ajustado a su realidad técnico científica.
- El debido proceso es una carta de navegación que debe imperar en los procesos de calificación en primera oportunidad, primera y segunda instancia, para proferir dictámenes ajustados a los lineamientos constitucionales, técnicos y jurídicos de nuestro Estado Social de Derecho, toda vez, son la puerta el trabajador para el acceso a las diferentes prestaciones económicas y asistenciales del SGSSI.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alflen Da Silva, K.S. (2006). *Hermenéutica jurídica y concreción judicial*. Bogotá, D.C.: Temis.

American Psychological Association. (2012). *Style Guide to Electronic References*. (6ta ed.). Washington, DC: American Psychological Association. & American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6ta ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Amo, C., Fernández, G. S., Pérez, F. S. (1998). Síndrome Del Túnel Del Carpo. Correlación Clínica Y Neurofisiológica: Revisión De 100 Casos. *Rev. Neurol.* 27(157):490-3.

Aristizabal, G. J.C. (2013). *La Enfermedad Laboral en Colombia*. Federación de Aseguradores Colombianos. Consejo Nacional de Seguridad. Extraído el 23 de Septiembre de 2014 de <http://www.consejocolombianodeseguridad.org.co/img/Enfermedad%20Laboral%20en%20Colombia%20Fasecolda.pdf>

Arteaga, M. J. (2005). Perturbación psíquica, análisis psiquiátrico-forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento No. 1, Vol. XXXIV*. Extraído el 20 de febrero de 2015 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34s1/v34s1a08.pdf>

Ayala, C. C. L. (1999). *Legalización en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales*. Bogotá, D.C.: Ediciones Salud Laboral Ltda.

Ayala, C. C. L. (2011). Concepto jurídico de enfermedad profesional. Extraído el 23. Dic. 2014 de http://laboral.fedepalma.org:8082/labpalma/docs/concepto_minproteccion_0000008_2011.htm

Barrot, R. (1988). *Le dommage corporel et sa compensation*. Paris: Litec.

Blanco R., J. H. & Maya M., J.M. (2005). *Fundamentos de salud pública: Tomo I. Salud pública*. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas.



Blum H.L. (1981). Planning for Health. (2nd ed). Nueva York: Human Sciences Press.

Bohórquez, B.L.F. & Bohórquez B. J.I. (2007). Diccionario jurídico colombiano. (7ma ed.). Colombia: Editorial Jurídica Nacional.

Borobia, C. (2009). Valoración del daño corporal. Medicina de Seguros. Traumatismo craneoencefálico, Psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson.

Borobia, F. C. (1989). Métodos de valoración del daño corporal. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Bunge, M. (2012). Filosofía para médicos. (1ra ed. e-Boock). Barcelona: Gedisa.

Castex, M. N. (2010). El daño en psicopsiquiatría forense. Buenos Aires: AD-HOC.

CCConst, C-228/2011. J.C. Henao Pérez.

CCConst, C-233/2014, A. Rojas. R.

CCConst, C-250/2004, A. Beltrán S.

CCConst, C-425/2005, J. Araujo Rentería.

CCConst, C-453/2002, A. Tafur G.

CCConst, C-824/2011. L. E. Vargas Silva.

CCConst, Sentencia T-213/2008, J. Araújo R.

CCConst, T- 341/2013, N. Pinilla P.

CCConst, T-004/2014, M. González C.

CCConst, T-022/2013. M.V. Calle C.

CCConst, T-062/07, H. A. Sierra P.



CConst, T-070/2014, M.V. Calle C.

CConst, T-1075/2005, J. Córdoba. T.

CConst, T-157/2012, M. V. Calle C.

CConst, T-229/2014. A. Rojas R.

CConst, T-274/2009, H. A. Sierra. P.

CConst, T-334/2011, N. Pinilla P.

CConst, T-337/2012, N. Pinilla P.

CConst, T-342/2013, N. Pinilla P.

CConst, T-345/2013, M. V. Calle C.

CConst, T-361/2014, J. I. Pretelt Ch.

CConst, T-420/2011, T-594/2011, T-885/2011, T-962/2011, T-671/2011, T-209/2012, T-469/2012, T-998/2012, T-427/2012, T-147/2012, T-209/2012, T-434/2012, T-773/2012, T-1013/2012, T-022/2013, T-428/2013, T-486/2013, T-551/2013, T-627/2013, T-690/2013, T-886/2013, T-893/2013, T-043/2014, T-070/2014, T-158/2014, T-580/2014, T-604/2014, Diversos M.P.

CConst, T-424/2007, C. I. Vargas H.

CConst, T-432/13, L. G. Guerrero P.

CConst, T-435/2002, R. Escobar Gil.

CConst, T-518/2011, G. E. Mendoza M.

CConst, T-555/2006, H. A. Sierra. P.

CConst, T-589/2009, L. E. Vargas S.



CCConst, T-593/2008, J. Córdoba T.

CCConst, T-594/2011. J.I. Palacio P.

CCConst, T-606/2014, M.V. Calle C.

CCConst, T-609/2007, R. Escobar G.

CCConst, T-671/2012, G. E. Mendoza M.

CCConst, T-676/2011, J. C. Henao P.

CCConst, T-697/2013. N. Pinilla P.

CCConst, T-726/2011, R. Castro B.

CCConst, T-729/2012, A. Julio E.

CCConst, T-748/2000, V. Naranjo Mesa.

CCConst, T-773/2009, H. A. Sierra P.

CCConst, T-825/2011, J. I. Palacio P.

CCConst, T-832/2010, N. Pinilla P.

CCConst, T-876/2013, G. E. Mendoza M.

CCConst, T-885/2011. M.V. Calle Correa.

CCConst, T-980/2008, J. Córdoba Triviño.

CE1, Expediente No. 4490, Sentencia: 19 de febrero de 1998, J. A. Polo F.

CE1, Expediente No. 4724, Sentencia: 4 de marzo de 1999, L. Rodríguez R.

CE2, r11001 03 25 000 2013 01776 00 (4697-2013). Feb. 3, 2015. G. E. Gómez A.



CE3, Expediente No. 12005, Auto: 28 de junio de 1996, C. Betancur J.

CE5, Expediente 2318, Sentencia: Julio 13 de 2000, R. Medina L.

Circular externa No. 11 de 1995. Superintendencia Nacional de Salud.

Código Civil Colombiano. Ley 57 de 1887. Artículo 66. Extraído el 03 Abr., 2015 de http://200.75.47.49/senado/basedoc/codigo/codigo_civil_pr002.html

Código de Procedimiento Civil. Decreto 1400 de 1970. Artículo 176. Extraído el 02 Abr., 2015 de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_procedimiento_civil_pr006.html#176

Código General del Proceso. Ley 1564 de 2012. Artículo 166. Extraído el 02 Abr., 2015 de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1564_2012_pr004.html#166

Colombia, Consejo Superior de la Judicatura Sala Administrativa, Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. (2009). Módulo de aprendizaje autodirigido: Plan de formación de la rama judicial. Novedades en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá, D.C.: Ministerio de Protección Social – Fondo de Riesgos Laborales – Consejo Superior de la Judicatura.

Colpensiones. BALANCE NORMATIVO JURISPRUDENCIAL No. 25. Extraído en No. 11. 2013 de http://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/bnj_colpens_025.htm

Concepto técnico sobre costo de la fotocopia de la historia clínica. Radicado 37525, (Fb. 23, 2011).

Conferencia Internacional del Trabajo. 90a reunión. Ginebra: Suiza. Extraído el 15 de En. 2015 de <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/rep-v-1.htm#Registro%20y%20notificacion%20de%20accidentes%20deL%20traba>

Const, T-150/2013, A. Julio E.



Consulta Radicado N° 228055. Concepto del 8 de septiembre de 2009 emitido por la Dirección General de Riesgos Profesionales.

Cortés, G.J.C. (2012). Régimen de los riesgos laborales en Colombia: comentarios a la Ley 1562 de 2012. Bogotá, D.C.: Legis.

Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT. Ginebra, 27-30 Oct.2009. Organización Internacional del Trabajo. Extraído el 30 Dic.2014 de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/meetingdocument/wcms_116913.pdf

Cruz, I. V. (2010). "1.2 Discapacidad: Campo emergente del conocimiento, teorías e investigación. P.43. Citado en Gómez Beltrán Julio Cesar. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. Bogotá, D.C.: Colombia Líder Fundación Saldarriaga Concha. Extraído en Abr. 12. 2014 de <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/discapacidad-en-colombia-reto-para-la-inclusion-en-capital-humano.pdf>

CSJ Civil, 18 Oct.2005, r14.491, P. O. Munar C.

CSJ Laboral, 07 Mrz.2003, r18515, I. Vargas. D.

CSJ Laboral, 11, Feb.2009, r32126, L. J. Osorio L.

CSJ Laboral, 14 Agt.2012. r39446, F. J. Ricaurte G.

CSJ Laboral, 16 Oct.2013, r42433, C. E. Molina. M.

CSJ Laboral, 17. Oct. 2008, r28821, G. J. Gnecco M.

CSJ Laboral, 24 Jul. 2006, r 26879, F. J. Ricaurte G.

CSJ Laboral, 29 Ag.2005, r23202, I. Vargas D.

CSJ Laboral2, 13 Jul.1993. r5918, H. Suescún P.



Davis A.M, Pless B. (2001). BMJ bans “accidents”: Accidents are not unpredictable. British Medical Journal. Volume 322. 322:1320–1.

Decisión 584 Sustitución de la Decisión 547 Comunidad Andina de Naciones. Ley 458 de 1998. Diario oficial, edición 43.360, (Ag. 11, 1998) y Ley 323 de 1996. Diario oficial, 42.899, (Oct. 16, 1996).

Decreto 1352 de 2013. Diario oficial, edición 48.834. (Jn. 27, 2013).

Decreto 1443 de 2014. Diario oficial, edición 49.229. (Jul. 31, 2014).

Decreto 1507 de 2014. Artículo 2. Diario oficial, edición 49.241. (Ag. 12, 2014).

Decreto 1507 de 2014. Diario oficial 49.241. (Ag. 12. 2014).

Decreto 1546 de 1998. Artículo 2. Diario oficial, edición 43. 357. (Ag. 6, 1998).

Decreto 1771 de 1994. Artículo 2 y 3. Extraído el 3. Abr., 2015 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3360>

Decreto 2363 de 1986. Diario oficial, edición 37.571. (Ag. 1, 1986).

Decreto 2463 de 2001. Artículo 5° en remisión del artículo 61 del Decreto 1352 de 2013.

Decreto 2493 de 2004. Artículo 2. Diario oficial, edición 45631. (Ag. 5, 2004).

Decreto 472 de 2015. Diario oficial, 49.456, (Mar. 17, 2015).

Decreto 614 de 1984. Diario oficial, 36.561. (Mr. 14, 1984).

Decreto 917 de 1999. Diario oficial 43.601. (Jn. 9. 1999).

Decreto Ley 019 de 2012. Artículo 142. Diario oficial, 48.308, (En. 10, 2012).

Decreto Ley 1295 de 1994. Diario oficial 41.405, (Jn. 24, 1994). Artículo 7 literal C, concordante con el Artículo 4 literal e.



Dérobot, L. La reparation juridique de dommage corporel. París: Flammarion Médecine- Sciences, 1986. Citado en Borobia, C. (2006/2006). Valoración del daño corporal. (Reimpresión). Barcelona: Elsevier Masson.

Dirección General de Riesgos Laborales. Ministerio de Protección Social. Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. (3ra ed.). Extraído En. 30,2015 de <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>

DMS-V. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5. American Psychiatric Association. Madrid: Editorial médica panamericana.

Doll, R. (1992). Health and environment in the 1990s. Am J Public Health. 82, 933-941.

DSM-IV-TR Breviario. (2003). Criterios diagnósticos. (Reimpresión). Barcelona: Masson.

Dueñas, R. O. J. (2007). Lesiones de hermenéutica jurídica. (4ta ed.). Bogotá, D.C.: Editorial Universidad del Rosario.

Durán, L., Carreño, M. I. (1999). Principios de psiquiatría forense. (3ra ed.) Medellín: Señal Editora.

Durán, V. F. (2005). Aseguramiento de riesgos laborales: principios e instrumentos. Organización Internacional del Trabajo. Extraído el 30 de Diciembre de 2014 de www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/.../aseg_riesgo_laboral.ppt

Equipo de Trabajo Proyecto “Articulación para la Generación de Trabajo Decente y Digno”. BOGOTÁ PROMUEVE EL TRABAJO DECENTE Y DIGNO: Una nueva política pública en camino. Extraído en Oct. 5. 2014 de http://www.trabajodecente.org.co/wp-content/uploads/pdf/libros/bogota_promueve_el_trabajo_decente.pdf

Fonseca, G.C. (2008). Manual de medicina de rehabilitación. Calidad de vida más allá de la enfermedad. (2da ed.). Bogotá, D.C.: Manual Moderno.



Garcia, G. A. M., Garcia, B. F. (1995). Causalidad en salud laboral: Caso Ardystil. Gaceta Sanitaria. N. 51 Vol. 9: 371-379.

Gil, H. F. (2012). Tratado de medicina del trabajo: Introducción a la salud laboral, aspectos jurídicos y técnicos. (2da ed. Vol. I). Barcelona: Elsevier Masson.

Giraldo, C.A. et al. (2006). Guías de Valoración del daño corporal. Centro de estudios en derecho y salud- CENDES-.Medellín: Editorial CES.

Gómez, S. L. (2008). Hermenéutica jurídica. La interpretación constitucional. Bogotá, D.C.: Ediciones Doctrina y Ley Ltda.

Graciela, d'Angelo, M.C. (Ed.). (2000).Diccionario de medicina: Océano Mosby. (4ta ed.). España: Océano.

Grandini, G. J. (2004). Medicina Forense. México: McGraw- Hill Interamericana. Guides to Evaluation of Permanent Impairment – Sixth Edition de la AMA – American Medical Association.

Gutiérrez, S. A. M. (2011). Guía técnica para el análisis de exposición a factores de riesgo ocupacional en el proceso de evaluación para la calificación de origen de la enfermedad profesional Informe Final. Dirección General de Riesgos Profesionales. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social.

Guzmán, M. F., Franco, D. E. (2004). Derecho médico colombiano: Elementos básicos. (1ra ed. Vol. I). Colombia: Biblioteca Jurídica DIKE.

Hales, R. E. (2009). Tratado de psiquiatría clínica. (5ta ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

Hill, A.B. (1953). Observation and experiment. New England Journal of Medicine. 248: 995-101.

Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. (2008). Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica. E- Bock. Sevilla: MAD.



Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. (2010). Reglamento Técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense. Extraído el 23.En. 2015 de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/48758/78081/R6.pdf/694176ec-e044-4266-a9d1-61543adc343c>

Jouvencel, M.R. (2002). Manual del perito médico: fundamentos técnicos y jurídicos. España: Díaz de Santos.

Juan César. (2010). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. Revista Cubana de Salud Pública, 36(4), 371-380. Extraído 03 Sep. 2014 de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400014&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0864-34662010000400014.

Kassirer, P. J., Wong J.B, Kopelman. (2010). Learning clinical reasoning. (2ª ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Krieger, N. (2008). Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do with It? American Journal of Public Health, 98(2), 221–230.

Lartigau, F. T. (1999). Valoración del daño psíquico. V Congreso Nacional de valoración del daño corporal. Valencia: España. Citado en Hinojal. loc. cit.

Leavell H. R. & Clark E. G. (1953). Textbook of Preventive Medicine. New York: McGraw-Hill.

Ley 100 de 1993. Diario oficial, edición 41.148. (Dic. 23,1993).

Ley 100 de 1993. Diario oficial, edición 41.148. (Dic. 23, 1993).

Ley 1306 de 2009. Diario oficial, 47.371, (Jn. 5, 2009).

Ley 1437 de 2011. Artículo 91. Diario oficial, edición 47.956. (En. 18. 2011).

Ley 1733 de 2014. Diario oficial, edición 49.268. (Sep. 8, 2014).

Ley 776 de 2002. Artículo 3. Diario oficial, edición 45.037. (Dic. 17, 2002).



Libardo, R.R. (2011). Derecho administrativo general y colombiano. (17va. ed.) Bogotá D.C.: Temis.

Lista de Enfermedades Profesionales. (2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT. Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, núm. 74. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Extraído, En. 5. 2015 de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_150327.pdf

López M.D. (2009). Las fuentes del argumento. (3ra reimpresión.). Bogotá, D.C.: Legis.

Martínez R. (1990). Injury control: a primer for physicians. *Ann Emerg Med* 19:1.
Mélenec, L. (1997.) Valoración de las Discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces. Barcelona: Masson, S.A.

Méndez A, J.D. Acción de nulidad por inconstitucionalidad contra los incisos 13 y 14 del artículo 3 del Decreto 1507 del 12 de Agosto de 2014 del 12 de Agosto de 2014. Radicado Consejo de estado 11001032500020150005200.

Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Riesgos Profesionales. Concepto Radicado 13510 - 137477 – Evaluaciones Médico Ocupacionales. (May. 25, 2011).

Ministerio de la Protección Social. (2006). Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes Musculo esqueléticos (DME) relacionados con Movimientos Repetitivos de Miembros Superiores (Síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de De Quervain (GATI- DME). Bogotá, D.C.

Miralles, M. R. C. (2001). Valoración del Daño corporal en el aparato locomotor. Barcelona: Masson S.A.

Norma de Ética Médica. Ley 23 de 1981. Artículo 11. Diario oficial, edición 35.711. (Feb. 27, 1981).



Organización Mundial de la Salud. (1969). Comité de expertos en rehabilitación médica. Serie de informes número 419. Ginebra. Extraído Sep. 8, 2014 de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf

Organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Decreto Ley 1295 de 1994. Diario oficial, edición 41.405, (Jn. 24, 1994). Artículo 5.

Parra, Q. J. (2011). Manual de derecho probatorio. (XVII ed.). Bogotá D.C.: Librería Ediciones del Profesional Ltda.

Polanco, M. L. J. (2002). Obligaciones. Colección de Textos Universitarios. Cali: Universidad Libre.

Porta, M. (Ed.). (2008). A dictionary of epidemiology. (5th ed). New York: Oxford University Press.

Portillo, R., Salazar, M., Huertas, M. A. (2004). Síndrome Del Túnel Del Carpo: Correlación Clínica Y Neurofisiológica. An. Fac. Med. Vol.65, No.4, P.247-254.

Practica De Autopsias Clínicas y Medico Legales, así Como Viscerotomias y Se Dictan Otras Disposiciones. Decreto 786 de 1990. Artículo 1. Diario oficial, edición 39.300. (Ab. 17, 1990).

Prehospital trauma life support committee of the national association of emergency medical technicians & the committee on trauma of the American college of surgeons. (2008). Prehospital trauma life support. (6ta ed.).Mosby Inc., an Elsevier Imprint.

Prieto, S. A.C. Apoderada del Ministerio de Protección Social. Intervención en proceso sobre demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 11 del Decreto 1295 de 1994, expediente D-7300. CConst, C-1155/2008, J.A. Rentería.

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (XXII ed., Tomo I). Madrid: Espasa.

Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. (1968). A definition of irreversible coma. The Journal of the American Medical Association –JAMA-. August 5, Vol 205, No. 6.



Resolución 00156 de 2005. Diario oficial, 45.809. (Feb. 1, 2005).

Resolución 001570 de 2005. Diario oficial, 45.927. (Jn. 2, 2005).

Resolución 1918 de 2009. Diario oficial, 47.377, (Jn. 11, 2009).

Resolución 1995 de 1999. Diario oficial, 43.655, (Ag. 5, 1999).

Resolución 2266 de 1998. Artículo 1. Diario oficial, edición 43.362. (Ag. 13, 1998).

Resolución 2346 de 2007. Diario oficial, 46.691, (Jul. 16, 2007).

Rodríguez, A. Chávez, T. Viera, D y Mendez, A. Juan David. (2014). Del MUCI al manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional: de la legalidad a la práctica. 20ª SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL – Medellín, Colombia – Noviembre de 2014.

Rodríguez, B. G. & Crespo, V. et al. (2009). Traumatismo raquímedular. Madrid: Díaz de Santos.

Román, B. A.D. (2010, Mayo). Naturaleza jurídica de accidentes ocurridos en eventos deportivos. Revista actualidad laboral. (ed 159). p 19-24.

Rothman, K. J & Greenland S. (2005). Causation and causal inference in epidemiology. American Journal of Public Health. Vol. 95, No. S1, pp. S144-S150.
Ruiz. F. Carlos, Delclós J, Ronda E, García A.M., Benavides F.G. (2007). La salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. (7Ma ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

Sadock, J. B, Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. (X ed.). Baltimore: Lippincott Williams &Wilkins.

Salinas, F.D. (2008). Rehabilitación en salud. (2da ed.) Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Santos, A.J. (2009). Criterios de valoración del daño corporal situación actual. Barcelona: Fundación Mapfre.



Silva de R. A.L. (2013, noviembre). 18 Semana de la Salud Ocupacional. XXXII Congreso de ergonomía, higiene, medicina y seguridad ocupacional.

Sistema de Riesgos Laborales. Ley 1562 de 2012. Artículo 5. Diario Oficial, edición 48.488. (Jul. 11, 2012).

Skinner, H.B. (2013). Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics. LANGE CURRENT Series (5ta ed.). United States of America: McGraw-Hill Companies.

Stellman, J.M. ed. (2001). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Organización Internacional del Trabajo (3ra ed.).Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones. Extraído 4 En.2015 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones

T- 341/2013, loc. cit.

T- 341/2013, óp. cit.

Valencia, Z.A., Ortiz, M. A. (2010). Derecho Civil. Parte General y personas. (XII ed. Vol. I.). Bogotá, D.C.: Temis.

Waller, J.A. (1985). Injury control: a guide to the causes and prevention of trauma. Journal of Public Health Polic. 7, 399–400.

Wilinson, R, Marmot, M. (2003). Social determinants of health. The solid facts. (2da Ed.). World Health Organization.

World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: OMS.

Yushimito, R. L. (2007). Biofísica. Bogotá, D.C.: El Manual Moderno Ltda.



“(...) Al comparecer el paciente, el médico da por sentado que se trata de un ser real (realismo ontológico) que viene en busca de ayuda, cosa que el médico se apresta a proporcionarle lo mejor posible y conforme al precepto hipocrático que manda ayudar sin dañar (humanismo). Para averiguar qué lo trae a su paciente, el médico le pregunta qué le pasa: da así por sentado que hay algo que puede llegar a saber (realismo gnoseológico) y otro tanto que puede hacer (optimismo praxiológico).

La respuesta del paciente podrá suscitar preguntas adicionales, así como una consulta a la historia clínica del paciente. Pero, lejos de creer todo cuanto le cuenta su paciente, el médico lo pondrá en duda (escepticismo metodológico). El médico intentará traducir los síntomas que siente el paciente a signos o indicadores objetivos (biomarcadores) de los procesos biológicos morbosos que le ocurren (materialismo). Para ello usará elementos de la mal llamada tecnología médica, desde el estetoscopio [SIC] hasta el aparato de resonancia magnética. Y no perderá de vista los hechos de que no hay órgano aislado ni paciente en un vacío social (sistemismo) (...).”³²⁰

³²⁰ Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. (1ra ed. e-Book). Barcelona: Gedisa