



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Propuesta para actualizar y modificar el Manual Único de Calificación de Invalidez

Santiago Buendía Vásquez

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo
Bogotá, D.C. Colombia
2011**

Propuesta para actualizar y modificar el Manual Único de Calificación de Invalidez

Santiago Buendia Vásquez

**Director
Alvaro CasallaS G. MD**

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo
Bogotá, D.C. Colombia
2011**

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, D.C. Agosto de 2011

Resumen

En Colombia toda persona que presente una enfermedad ó accidente de origen común ó profesional que le cause invalidez debe ser calificada, mediante el Manual Único de Calificación de invalidez (MUCI, Decreto 917 de 1999), el cual no se ha actualizado desde su expedición. Este manual de Colombia, no cuenta con las herramientas para calificar los grandes grupos de origen: laboral y común.

Las fallas del manual tienen consecuencias personales, sociales y económicas, se continúa declarando inválidos, se hace énfasis en lo que la persona no puede hacer y no en lo que aún es capaz de realizar.

Esta tesis describe y da a conocer los conceptos actuales - estado de arte – en el mundo y en Colombia para la calificación de invalidez, realiza el análisis crítico del Manual en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social de Colombia y describe sus principales fallas.

En el comienzo del siglo XXI, la OMS recibió nuevos desarrollos conceptuales del mundo dando origen a la CIF, en la que se pasa de invalidez a discapacidad. Esta clasificación, sirve para establecer la estructura de la propuesta de actualización y modificación del MUCI, para calificar el tanto el origen común como laboral de manera separada.

Palabras claves: Invalidez, calificación, discapacidad, actualización, conceptos.

Abstract

In Colombia every person who presents a disease or accident of common or occupational origin that causes impairment, must be qualified by means of the Manual Único de Calificación de invalidez (MUCI, Decreto 917 de 1999), which has not got updated from its expedition. This manual, do not possess the tools to qualify both groups of origin: labor and common.

The faults of the manual have personal, social and economic consequences, the system still declare disabled persons, emphasis is done in what the person cannot do and not in what still is capable to realize.

This thesis describes and announces the current concepts - art condition - in the world and in Colombia for the evaluation of impairment, realizes the critical analysis of the Manual in the frame of the current General System of Social Security in Colombia and describes its principal faults.

The WHO received new conceptual developments of the world that gave origin to the CIF, passing trough from impairment to disability. This classification, serves to establish the structure of the proposal to update and transform the MUCI, for evaluate common and labor origin in a separated ways.

Key words: Impairment, evaluation, disability, update, concepts.

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Contenido

	pág.
INTRODUCCION	18
1. PROBLEMA	21
2. JUSTIFICACION	23
3. PROPOSITO	26
4. OBJETIVOS	27
4.1. OBJETIVO GENERAL	27
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. METODOLOGÍA.	28
5.1. METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA	28
5.1.1. Desarrollo metodológico.	29
5.1.1.1. Revisión documental.	29
5.1.1.2. Experiencias de apoyo.	31
5.1.2. Análisis de la información.	33
5.1.3. Aspectos Éticos.	34
6. MARCO TEORICO	35
6.1. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL EN SALUD, DE INVALIDEZ A DISCAPACIDAD.	35
6.1.1. Salud.	35
6.1.1.1. Modelos de salud.	36
6.1.1.2. Evaluación de las condiciones de salud, baremología.	37
6.1.2. Invalidez.	37
6.1.2.1. Invalidez en el Manual Único de Calificación de Invalidez.	38

6.1.3.	Discapacidad	39
6.1.3.1.	De invalidez general a discapacidad de origen laboral	39
6.2.	CONDICIONES DE TRABAJO	39
6.2.1.	Evaluación de condiciones de trabajo.	40
6.3.	SISTEMA DE CLASIFICACIONES INTERNACIONALES.	41
6.3.1.	Sistema de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades Minusvalías (CIDDM) y sus características.	41
6.3.2.	Sistema de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), características.	43
6.3.3.	Comparación conceptual entre los sistemas CIDDM y CIF.	51
6.4.	MEDICIÓN DE LA DISCAPACIDAD.	52
6.4.1.	Leyes de la Baremología.	53
6.4.1.1.	Aspectos positivos de los baremos.	54
6.4.1.2.	Aspectos negativos.	54
6.4.2.	Baremos ó escalas para la medición de dependencia.	55
6.4.2.1.	Escalas de dependencia ó incapacidad.	55
6.5.	ESTADO ACTUAL DE LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL MUNDO	59
6.5.1.	Suecia.	60
6.5.1.1.	Desarrollo legislativo.	61
6.5.2.	España.	62
6.5.2.1.	Desarrollo histórico.	63
6.5.2.2.	Legislación.	64
6.5.2.3.	Otras normas importantes	64
6.5.2.4.	Instituciones importantes en discapacidad en España.	65
6.5.3.	Argentina	66
6.5.3.1.	Desarrollo histórico	67

6.5.3.2.	Legislación.	67
6.5.4.	Perú	69
6.5.4.1.	Desarrollo histórico.	70
6.5.4.2.	Legislación.	70
6.5.5.	Japón	71
6.5.5.1.	Desarrollo histórico.	72
6.5.5.2.	Legislación.	73
6.5.6.	Canadá	74
6.5.6.1.	Desarrollo histórico.	75
6.5.6.2.	Sistema de Seguridad Social en Salud del Canadá.	75
6.5.6.3.	Legislación	76
6.6.	FORMAS DE RECONOCIMIENTO Ó CALIFICACIÓN EN LOS PAÍSES ESCOGIDOS.	77
6.6.1.	Calificación en Suecia.	77
6.6.2.	Calificación en España.	77
6.6.3.	Calificación en Argentina.	78
6.6.4.	Calificación en el Perú.	78
6.6.5.	Calificación en el Japón.	79
6.6.6.	Calificación en el Canadá.	80
7.	COLOMBIA Y SU SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	81
7.1.	LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	81
7.2.	HISTORIA Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE COLOMBIA	83
7.2.1.	Análisis del Sistema General de Seguridad Social	84
7.3.	SISTEMA DE SALUD.	87
7.4.	SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES (SGRP)	88

7.5.	SISTEMA DE PENSIONES	92
7.6.	CONTEXTO Y UBICACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.	95
7.6.1.	Discapacidad en Colombia.	95
8.	ESTADO ACTUAL DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EN COLOMBIA	98
8.1.	CONCEPTOS SOBRE INVALIDEZ Y DISCAPACIDAD EN COLOMBIA.	98
8.2.	ASPECTOS NORMATIVOS SOBRE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.	98
8.2.1.	Aspectos Constitucionales	99
8.2.2.	Normas antes de la Ley 100 de 1993.	101
8.2.3.	Normas después de la Ley 100 de 1993.	102
8.2.4.	Niveles normativos en la calificación de invalidez.	105
8.3.	MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.	105
8.3.1.	Origen, evolución y desarrollo histórico.	105
8.3.2.	Fundamentos teóricos.	106
8.3.3.	Estructura	106
8.3.3.1.	Datos cuantitativos en calificación de invalidez.	113
8.3.3.2.	Aplicación del manual en el Fondo de Pensiones del ISS.	114
8.3.4.	Proceso de calificación de invalidez.	115
8.3.4.1.	Alcance.	115
8.3.4.2.	Entidades	115
8.3.4.3.	Calificadores	115
8.3.4.4.	Los calificadores y el dictamen médico.	116
9.	ANÁLISIS CRÍTICO DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (MUCI).	117
9.1.	ASPECTOS CONCEPTUALES.	117

9.1.1.	Conceptos de expertos sobre el manual.	118
9.1.2.	Opiniones de los calificadores.	120
9.1.2.1.	Acerca del proceso.	120
9.1.2.2.	Acerca del procedimiento.	120
9.2.	ASPECTOS JURÍDICOS.	121
9.3.	ASPECTOS ESTRUCTURALES.	122
9.3.1.	Aspectos estructurales del proceso.	123
9.3.2.	Aspectos estructurales del procedimiento de calificación de invalidez.	124
9.4.	CONSECUENCIAS DE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.	127
10.	PROPUESTA PARA ACTUALIZAR Y MODIFICAR EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.	128
10.1.	ASPECTOS JURÍDICOS.	128
10.2.	ESTRUCTURA CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA.	128
10.2.1.	Definiciones.	128
10.3.	DESARROLLO DE LA PROPUESTA	130
10.4.	ALCANCE.	132
10.4.1.	Opciones de la propuesta.	132
10.4.1.1.	Primera opción.	132
10.4.1.2.	Segunda opción.	132
10.4.1.3.	Tercera opción.	133
10.4.1.4.	Cuarta opción.	133
10.5.	ESTRUCTURA GENERAL.	134
10.5.1.	Calificación de discapacidad.	134
10.5.1.1.	Discapacidad común.	139
10.5.1.2.	Discapacidad laboral.	146

11.	CONCLUSIONES	159
12.	RECOMENDACIONES.	163
	BIBLIOGRAFÍA	165
	ANEXOS	170

Lista de tablas

		pág.
Tabla 1	Instituciones y calificadores que colaboran	31
Tabla 2	Indicadores Socioeconómicos 1, con base en el Censo de 2005	80
Tabla 3	Indicadores socioeconómicos 2	81
Tabla 4	Índice de Gini	81
Tabla 5	Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en salud en 2006	85
Tabla 6	Enfermedades de Notificación Obligatoria	86
Tabla 7	Afiliados y pensionados por ARP	87
Tabla 8	Sistema General de Riesgos Profesionales	88
Tabla 9	Comparación datos de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo en el año 2007 (Diciembre), según dos fuentes	90
Tabla 10	ATEP según Minprotección y Fasecolda	90
Tabla 11	Afiliados y pensionados en el ISS y Fondos privados	92
Tabla 12	Pensiones en distintas instituciones del país	93
Tabla 13	Estadísticas. Pacientes atendidos por vinculación	113
Tabla 14	Criterios de calificación en los apartados	137
Tabla 15	Conversiones entre edad y porcentaje de discapacidad	138
Tabla 16	Calificación de discapacidad común	140
Tabla 17	Calificación de la función	149
Tabla 18	Calificación de discapacidad	150
Tabla 19	Equivalencia entre el MUCI y la calificación de discapacidad común	157

Lista de gráficos

	pág.	
Grafico 1	Cronología del concepto de invalidez	37
Grafico 2	Cuadro de calificación a partir de la CIDDM	41
Grafico 3	Relación de deficiencia, discapacidad y minusvalía	42
Grafico 4	Modelo de las condiciones de salud – Interacción de Conceptos	43
Grafico 5	Visión de conjunto de la CIF	44
Grafico 6	Dominios CIF	45
Grafico 7	Estructura general de la CIF	49
Grafico 8	Comparación conceptual entre diferencias según CIDDM y CIF	51
Grafico 9	Cuadro comparativo. Países Suecia - Colombia	59
Grafico 10	Cuadro comparativo. Países España - Colombia	62
Grafico 11	Cuadro comparativo. Países Argentina - Colombia	68
Grafico 12	Cuadro comparativo. Países Perú – Colombia	65
Grafico 13	Cuadro comparativo. Países Japón – Colombia	71
Grafico 14	Cuadro comparativo. Países Canadá – Colombia	73
Grafico 15	Ley 100 de 1993	83
Grafico 16	Relación: Capacidad – Enfermedad - Discapacidad	133
Grafico 17	Flujograma de la propuesta	134
Grafico 18	Áreas de calificación – dominios CIF	136
Grafico 19	Clasificación por clases de trabajo	146
Grafico 20	Cuadro comparativo de los Países	159

Lista de anexos

	pág.
Anexo A	Formulario para solicitud de calificación de discapacidad 169
Anexo B	Formulario de dictamen para calificación de discapacidad 171
Anexo C	Formulario de dictamen para calificación de capacidad laboral 174

Glosario

CAPACIDAD LABORAL: en el Manual Único de Calificación de Invalidez (MUCI, Decreto 917/99) 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.¹

CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO: resultan de la interacción dinámica, en un proceso de producción, de los trabajadores, el ambiente en que realizan su labor y los servicios de salud.²

CONDICIONES DE TRABAJO: es el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que determinan la salud del trabajador, hoy en día se identifican con calidad de vida.³ El estudio de condiciones de trabajo puede hacerse mediante la Guía Técnica 045 del Instituto Colombiano de Normas Técnicas.

CLASES DE TRABAJO: en general se puede hablar de dos tipos de trabajo, el intelectual y el manual, así como de la mezcla de ambos con predominio de uno de ellos. Los dos tipos de trabajo se definen a continuación:⁴

- **Trabajo intelectual**, es aquel en el que los objetos, medios y productos de trabajo son “teóricos”.

- **Trabajo manual**, es aquel en el que los objetos, medios y productos de trabajo son “materiales”.

Del mismo modo que en un proceso de producción material es necesario reproducir sus condiciones (reparar el desgaste de los instrumentos de trabajo, por ejemplo); el trabajo teórico también debe reproducir sus conceptos en el resultado, de modo que sirva de punto de partida para nuevas investigaciones.

DEFICIENCIA: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica». Las deficiencias pueden ser de las siguientes clases: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, de la audición, de la visión, músculo – esqueléticas y de otros órganos y sistemas. (MUCI)

DISCAPACIDAD: es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades pueden ser de la

¹ Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Decreto 917 de 1999

²BUENDÍA, S., ALONSO, G. Condiciones de trabajo y Salud del personal de Salud del Instituto Materno Infantil. Trabajo Final Especialización en Salud Ocupacional. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1999. p 56.

³Ibid. p 56.

⁴ ROMERO J, La filosofía de Althusser. 3 La ciencia marxista: el materialismo histórico. 1988.

conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras. Se trata de menzanas en la funcionalidad operativa de los individuos vistas en relación con ellos mismos. (MUCI)

DISCAPACIDAD EN LA CIF: es un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con sus entornos social y físico, funcionalidad, factores ambientales y fisiológicos.

FUNCIÓN: Hace referencia a una actividad o conjunto de actividades, que desempeña un individuo, para conseguir un objetivo laboral concreto y definido.

La función es integrada por los siguientes factores que se definen a continuación:⁵

- **Alternancia**, la función estudiada dentro del puesto de trabajo permite la utilización de otra extremidad ó parte de ella y su calificación debe tener en cuenta la dominancia, derecha ó izquierda de la persona.
- **Especificidad**, la función analizada es específica para ése trabajo ó para ésa labor.
- **Duración**, la función observada se requiere mucho o poco tiempo durante la jornada laboral.
- **Frecuencia**, la función perturbada se necesita con mucha o poca frecuencia en la jornada de trabajo.
- **Seguridad**, se refiere a la medida en que la función estudiada se requiere para prevenir ó neutralizar los riesgos laborales.

INVALIDEZ: se considera inválida la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.⁶

MINUSVALÍA: es una situación desventajosa para un individuo determinado, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales). La minusvalía se manifiesta en la orientación, la independencia física, la movilidad, la ocupación, la integración social, la autosuficiencia económica y otros factores. Son, consiguientemente, insuficiencias para ó en la participación social. (MUCI)

⁵ GRIECO, A., AZZAROLLI, G., CHIECHI, L., FLETRIN G. y LAMA A., Método per l'analisi ergonomica dei posti di lavoro (AET). Editorial Franco Angelli, Milano (Italia), 1987, Citado por RODRÍGUEZ JUVENCEL, Miguel, Método A.E.T, para el análisis ergonómico del puesto de trabajo, adaptado por el autor.

⁶ Congreso de la República de Colombia Ley 100 de 1993

PERITAJE: según la Real Academia de la Lengua, “es el examen y estudio que realiza el perito sobre el problema encomendado para luego entregar su informe o dictamen pericial con sujeción a lo dispuesto por la ley”.

PERITO: según la Real Academia de la Lengua, "es la persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa, bajo juramento, al juez sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia." ⁷

PERSONA CON DISCAPACIDAD: aquella que tiene limitaciones en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud.

PROCEDIMIENTO Ó ACTO MÉDICO: es el conjunto de acciones, realizado por un profesional de la Medicina, que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud y cuyo objeto es su recuperación⁸.

PROCESO EN SALUD: es el conjunto de acciones ó actividades administrativas que debe seguir y cumplir el usuario o paciente y los servicios de salud, que concluye en la realización de actos ó procedimientos médicos⁹.

SALUD: es el proceso de desarrollo biológico, mental y espiritual del ser humano libre, creativo y solidario con otros seres y su medio ambiente.¹⁰

SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: entendida como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas y sociales, en las que fluye la vida cotidiana de la población, que pueden afectar la autonomía y la participación personal en algún momento del ciclo vital, como resultado de las interacciones con las condiciones individuales.¹¹

TRABAJO: es la capacidad humana de transformar la naturaleza, a sí misma y a la sociedad.¹²

TRABAJO HABITUAL: se entiende como 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. (MUCI)

⁷ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2007.

⁸ Seminario Nacional “Acto Médico”, Ministerio de Salud, Costa Bauer, Marino. MD, Lima, Perú Octubre 1998. p 33

⁹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso>

¹⁰ BUENDÍA, S., ALONSO, G. Op cit., p. 56.

¹¹ Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1145 de 2007.

¹² MARX, Karl. El Capital. Editorial siglo XXI. México. 1980.

Introducción

En Colombia – en el marco del Sistema General de Seguridad Social vigente¹³ - toda persona que presente una enfermedad ó accidente de origen común ó profesional que le cause invalidez - pérdida de su capacidad laboral - ya sea parcial ó total, debe ser calificada¹⁴ por los servicios, de salud (Empresas Promotoras de Salud EPSs), riesgos profesionales, (Administradoras de Riesgos Profesionales ARPs) y pensiones (Administradoras de Fondos de Pensiones AFPs), como instituciones determinadas para la calificación.

La valoración de la invalidez se hace en el país con base en el Manual Único de Calificación de Invalidez (MUCI)¹⁵ del Ministerio de Salud expedido inicialmente como Decreto 692 de 1995¹⁶ reglamentario de la Ley 100 y modificado por el Decreto 917 de 1999.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en las últimas décadas ha contribuido al desarrollo de la Familia de Clasificaciones Internacionales cuyo núcleo es la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud ” – CIE – de la cual nacen subclasificaciones para evaluar las *repercusiones de las enfermedades en el funcionamiento humano*.¹⁷

Una de éstas subclasificaciones es la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) – base conceptual del MUCI – establecida en 1983 y revisada desde 1993 debido a críticas que se le formularon, empezando por su denominación, que tiene una connotación de inferioridad para la persona inválida, deficiente, discapaz y minusválida que origina y refleja la tendencia de la sociedad a excluirla. La revisión dio origen en el 2001 a la que hoy se conoce como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF¹⁸ que expresa un gran progreso conceptual en la OMS, pues permite pasar del concepto de invalidez al de discapacidad para su abordaje, reconocimiento y calificación.

¹³ Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993

¹⁴ Ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social, Decreto 1295 de 1994, Decreto 2463 de 2001 y Congreso de la República de Colombia Ley 962 de 2005.

¹⁵ Ministerio de Salud, Decreto 917 de 1999.

¹⁶ Ministerio de Salud, Decreto 692 de 1995.

¹⁷ usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/index.htm

¹⁸ Ibid.

Con base en lo anterior en los últimos años en Colombia se ha presentado un acercamiento teórico a los nuevos conceptos desarrollados en el mundo, que significa un cambio respecto a aquellos centrados en las limitaciones de la persona y no en sus posibilidades, expresiones que se reflejan en normas fundamentales de nuestro país:

La Constitución Política de la República de Colombia de 1991 en su Artículo 47 textualmente dice: El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

La Ley 361 de 1997 conocida como Ley Clopatofsky en su Artículo 3 dice: “El Estado Colombiano inspira ésta ley para la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación...”. Llama la atención que las referencias que se presentan como respaldo conceptual de ésta ley son de 1948 a 1993¹⁹.

La Ley 1287 de 2009 que adiciona la Ley 361 de 1997, expresa: “...algunas personas debido a una discapacidad o que sin ser discapacitadas presentan algún tipo de limitación en su capacidad de relacionarse con el entorno...”²⁰.

Estas leyes son el marco jurídico del país sobre el que se ha construido el Plan Nacional de Intervención en Discapacidad 2005 – 2007 que sienta las bases de una nueva perspectiva, la discapacidad, y considera las personas que la tienen como agentes y beneficiarios del desarrollo de las sociedades en las cuales viven.²¹

La actualización conceptual que se ha desarrollado en el mundo liderada por la OMS – y ha comenzado a aplicarse en Colombia – pasa de invalidez a discapacidad para la calificación y el reconocimiento de derechos y prestaciones económicas de las personas afectadas por enfermedades ó accidentes comunes ó laborales, es la base para formular una propuesta de actualización y modificación del Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999).

La importancia de ésta investigación radica en que permite la actualización del manual dando paso a los nuevos conceptos desarrollados en el mundo respecto a la invalidez y contribuye al establecimiento en el país de sistemas más modernos y equitativos de reconocimiento de ésta.

¹⁹ Congreso de la República de Colombia Ley 361 de 1997.

²⁰ Congreso de la República de Colombia Ley 1287 de 2009, adiciona la Ley 361 de 1997.

²¹ República de Colombia Plan Nacional de Intervención en Discapacidad, Plan de Acción 2005 – 2007.

El significado de ésta tesis en el campo del conocimiento se observa en tres aspectos: Uno lo social como marco fundamental en el análisis; dos, en el área de la actualización conceptual enmarcada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF y tres, respecto al área de la baremología que permite hacer la evaluación de la invalidez.

El alcance de la investigación se refiere a la complejidad del proceso de calificación actual y a las fallas propias del manual que generan consecuencias de todo orden para la vida de las personas, sus familias y la sociedad. Esas implicaciones no son solamente para los colombianos discapacitados sino para los que no lo son pero pueden llegar a serlo.

A pesar de su aporte en diversas áreas, la tesis tiene como limitación fundamental que el MUCI es un decreto y por lo tanto ésta investigación solamente es una propuesta que eventualmente puede ser utilizada por el Ministerio de Protección Social para el proceso de actualización del manual vigente.

La orientación del trabajo, como revisión documental, tiene un claro sustento social como determinante fundamental de los modelos de salud y las estructuras sanitarias de Colombia y de los países, encargadas de la calificación de invalidez y del reconocimiento de las prestaciones económicas de las personas calificadas.

1. PROBLEMA

El ser humano padece accidentes y enfermedades de origen común ó laboral que generan consecuencias como invalidez parcial ó total y permanente ó temporal para la cual los sistemas de salud de los países tienen procedimientos de calificación y reconocimiento de las prestaciones económicas derivadas. La calificación se ha hecho de diversas maneras dependiendo de las estructuras y las instituciones del sistema sanitario de cada país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha liderado, desde su fundación, el desarrollo conceptual, los procesos de unificación de criterios y procedimientos para reconocer los derechos de las personas invalidas, recomendando a las naciones afiliadas acogerlos e incorporarlos en sus legislaciones. También ha estructurado clasificaciones y subclasificaciones de las enfermedades, de sus repercusiones en el funcionamiento humano²² y de las posibilidades de recuperación de las personas.

Colombia como Estado afiliado a la OMS²³ acogió la clasificación de los años 80 del Siglo XX y la utilizó como base conceptual de los Decretos 692 de 1995 y 917 de 1999 ó Manual Único de Calificación de Invalidez (MUCI) con sus tres aspectos: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía, con el cual se hace en la actualidad la evaluación de las personas afectadas por enfermedad ó accidente.

El manual (MUCI) tiene fallas como la aplicación indiscriminada a todos los habitantes del territorio nacional para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen, laboral y no laboral, tanto para adultos como para niños, trabajadores y no trabajadores.

Este manual es una herramienta inadecuada en su propia estructura y para diferenciar lo laboral de lo común en la población a calificar, además tanto el proceso como el procedimiento de calificación en los que se utiliza, generan dificultades para los calificadores.

Las fallas del manual y su desactualización tienen consecuencias personales, sociales y económicas pues se continúa declarando inválidos, se hace énfasis en lo que la persona no puede hacer y no en lo que aún es capaz de realizar y además no puede desempeñar otra función ni trabajar en otra labor. Por lo tanto, la calificación tiene repercusión en la calidad de vida y en las prestaciones económicas.

²² usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/index.htm

²³ Presidencia de la República – Consejería de Programas Especiales – Red de Solidaridad Social: Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006; Bogotá 2006.

A pesar de la evolución del enfoque conceptual, Colombia, aún no acoge - en su Sistema General de Salud y en el proceso de calificación - los cambios que se han dado en el mundo que pasan del concepto invalidez a discapacidad. Se necesita actualizar conceptualmente, por lo tanto, el procedimiento de calificación que determina el reconocimiento de los derechos y las prestaciones económicas de quienes llegan a la discapacidad por un accidente ó enfermedad de cualquier origen e incluir lo laboral en el abordaje y la evaluación.

Aunque lo que se pretende con ésta tesis es hacer una propuesta para actualizar y modificar el Manual Único de Calificación de Invalidez utilizado en el procedimiento medico de calificación, es difícil separarlo completamente del proceso administrativo que lleva al paciente hasta la consulta medico laboral, aspecto que también será analizado.

2. JUSTIFICACION

En Colombia, como se mencionó, toda persona que presente una enfermedad ó accidente común ó profesional que cause invalidez, debe ser calificada, por los servicios de salud, riesgos profesionales y pensiones, que son las instituciones determinadas para la calificación, que se hace con el Manual Único de Calificación de invalidez (MUCI)²⁴.

Este manual, Decreto 917 de 1999, no se ha actualizado desde entonces para dar paso a los nuevos conceptos desarrollados en el mundo en materia de discapacidad.

El manual (MUCI) por su estructura y aplicación tiene diversas fallas:

- “...se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes y del sector privado en general...” (Decreto 917 de 1999)
- “...sirve para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen...”
- Se utiliza para calificar la pérdida de capacidad laboral de personas que no trabajan.
- Cuando se utiliza para calificar la invalidez de personas que trabajan no tiene en cuenta la descripción del puesto de trabajo.
- Se usa para calificar la pérdida de capacidad laboral de niños.
- Su sistema de calificación causa subjetividad en los calificadores.

Las fallas descritas generan consecuencias de diverso orden:

- Personales: El énfasis se hace en lo que la persona no puede hacer en lugar de lo que sí puede realizar.
- Sociales: Se continúa declarando inválidos (as).
- Laborales: Al declarar inválida a la persona, significa que no puede trabajar en otra labor.
- Económicas: La calificación genera prestaciones económicas.

Por otra parte cabe anotar el impacto de la utilización del manual para los colombianos discapacitados cuyo número oscila, según la fuente, entre las siguientes cifras:

- La OMS afirma que el 12% de la población de un país tiene discapacidad, lo cual aplicado a Colombia equivale a cerca de 5 millones de personas discapacitadas.

²⁴ Ministerios de Salud, Trabajo y Seguridad Social, Decreto 917 de 1999.

- El DANE en el Censo de 2005 encontró que el 6,4% de los colombianos padece alguna forma de discapacidad lo cual equivale a 2,5 millones de personas.²⁵

Por lo tanto en Colombia hay entre 2,5 y 5 millones, de personas que deben ser calificadas ó revisadas y 39 millones más que en un futuro pueden sufrir accidentes ó enfermedades de origen común ó laboral que hagan necesaria su calificación de invalidez. Este proceso debería hacerse, en lo posible, con un nuevo manual basado en los conceptos actuales en discapacidad vigentes en el mundo.

Las prestaciones económicas para ésos colombianos discapacitados, si cada uno recibiera un salario mínimo, oscilarían entre 1,25 y 2,5 billones de pesos mensuales a cifras de 2009.

Por otra parte, la Ley 100 de 1993²⁶ base del Sistema General de Seguridad Social, en sus artículos 41, 42 y 43 estableció que la calificación de invalidez por riesgo común y profesional la debían hacer las Juntas de Calificación de Invalidez, de carácter privado, dependientes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social e independientes de los tres sistemas: Salud, pensiones y riesgos profesionales para los cuales fueron creadas.

En contra de la idea inicial de instituciones independientes para la calificación de invalidez, la Ley 962 del 2005, llamada Antitrámites, modifica la Ley 100 y en su Artículo 52 determina que el Instituto del Seguro Social, las Administradoras de Fondos de Pensiones, las Compañías de Seguros, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARPs) y las Entidades Promotoras de Salud son las instituciones autorizadas para la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Es así como la mencionada ley establece que la calificación de invalidez, la determinación del origen de la enfermedad ó accidente y el reconocimiento de las prestaciones económicas de una persona enferma dependen de las decisiones de instituciones pertenecientes a los subsistemas creados por la Ley 100, salud, riesgos profesionales y pensiones que por lo tanto son juez y parte en el reconocimiento de los derechos de sus afiliados y beneficiarios.

Esas instituciones en algunos casos pertenecen a grupos económicos con empresas en los sectores de la construcción, finanzas, banca, seguros, salud, pensiones y alimentos, uno de ellos maneja el 8 % del PIB de Colombia.²⁷

Por lo anterior, hacer éste trabajo se justifica porque:

- Toda persona que por enfermedad ó accidente común ó profesional presente discapacidad debe ser calificada.

²⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, República de Colombia Censo 2005.

²⁶ Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993

²⁷ www.gestionhumana.com

- El manual con el que se califica actualmente no se ha actualizado desde 1999, por lo tanto se debe dar paso a los nuevos conceptos desarrollados en el mundo.
- La calificación actual se hace de manera compleja e incurriendo en fallas que tienen implicaciones de todo orden para la vida de las personas, sus familias y la sociedad. Esas implicaciones no son solamente para los colombianos discapacitados sino para los que no lo son pero pueden llegar a serlo.
- El desarrollo conceptual que se ha presentado en el mundo en materia de discapacidad debe llevar al país a sistemas más modernos y equitativos de reconocimiento de ésta.

3. PROPOSITO

Esta Tesis, pretende participar y contribuir en el análisis crítico del procedimiento actual de calificación de invalidez, para hacer una propuesta de actualización y modificación del manual utilizado en la actualidad en Colombia, que permita realizar la calificación de discapacidad común y laboral.

También, contribuir al cumplimiento del artículo 15 del Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999) de ser revisado y actualizado en forma parcial o total y ayudar al reconocimiento de los derechos de las personas discapacitadas mediante la aplicación de los cambios conceptuales del mundo al proceso de calificación de invalidez en Colombia.

Participar en la recopilación, revisión y análisis de los cambios conceptuales que se están dando en el mundo y en Colombia en el reconocimiento de la discapacidad y de las prestaciones económicas que ésta genera.

Igualmente busca aportar en el abordaje de la relación salud – trabajo y de la discapacidad así como en el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos,²⁸ dentro de la Línea de Investigación en Medicina del Trabajo de la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo²⁹, pues la tesis:

- Tendrá impacto sobre el proceso salud – enfermedad, el reconocimiento de los derechos y el pago de las prestaciones económicas a los colombianos.
- Permitirá superar los conceptos de deficiencia, minusvalía e invalidez, para obtener en el futuro para nuestro país, el nivel que otros países, más desarrollados, tienen respecto a la discapacidad.

²⁸ www.unal.edu.co/febog/msst/2008

²⁹ Universidad Nacional de Colombia, Acuerdo 028 de 2006 Consejo Académico acta 3 del 15 de marzo de 2006.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar una propuesta para actualizar y modificar el Manual Único de Calificación de Invalidez, Decreto 917 de 1999, vigente en Colombia.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y dar a conocer los conceptos actuales - estado de arte – en el mundo y en Colombia para la calificación de invalidez.
- Realizar el análisis crítico del Manual Único para la Calificación de Invalidez (Decreto 917/99) enmarcado en el actual Sistema General de Seguridad Social de Colombia y describir sus principales fallas.
- Proponer una nueva forma de calificación que incluya lo laboral y las modificaciones que se consideren pertinentes con base en el análisis actualizado en la materia.

5. METODOLOGÍA.

El actual Manual Único de Calificación de invalidez, objeto de este estudio, no se ha actualizado desde su expedición en 1999, para dar paso a los nuevos conceptos desarrollados en el mundo, por tanto es necesario efectuar una revisión de lo que está ocurriendo en la actualidad en los países escogidos como referencia, con respecto a sus sistemas de salud y la forma de calificar invalidez comparándolos con Colombia.

Atendiendo lo anterior la metodología pretende obtener y analizar información desde dos perspectivas:

- En el ámbito internacional, describiendo y dando a conocer los conceptos actuales - estado de arte – en el mundo respecto a invalidez, pues no se debe olvidar que el manual fue elaborado tomando como punto de referencia los sistemas de calificación empleados en España, Chile y Estados Unidos, (ver opiniones de expertos).

Las respuestas a las que se debe responder en los países de referencia son: ¿Cómo es la estructura de los sistemas de seguridad social?, ¿cuáles son las instituciones que califican invalidez?, ¿quien califica?, ¿cómo son los manuales para la calificación?, ¿cómo es el proceso administrativo para llegar a la calificación? y ¿cuáles con las normas marco en invalidez?

Otro aspecto importante a revisar es, ¿cómo se construye un manual para calificar invalidez y cuáles son los requisitos para hacerlo?

- En el ámbito nacional de Colombia, con base en el análisis crítico del Sistema General de Seguridad Social de Colombia y dentro de éste el Manual Único para la Calificación de Invalidez.

5.1. METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA

Para dar cumplimiento a los objetivos de éste trabajo se seleccionó el enfoque metodológico tipo Revisión Documental, útil para realizar la actualización y modificación conceptual y operativa del Manual Único para la Calificación de Invalidez vigente en el país.

En la mencionada Revisión Documental se encuentran dos formas de análisis:

Tratamiento documental: Sistema en el que se describe y representa un documento en forma artificial. Se ocupa de los metadatos y la metainformación, pero no se remite directamente al autor; posibilita la recuperación documental pero la metainformación disponible no es decisiva, se rige por normas e indica el contenido para su posterior recuperación.

Análisis de información: A diferencia del tratamiento documental, se centra en el análisis de contenido en un contexto específico, se remite directamente al autor, produce información para la toma de decisiones, posibilita la recuperación de la información, está condicionada por la calificación, inteligencia y creatividad del analista y es capaz de ofrecer, más que referencias, datos derivados del análisis y la síntesis de la información evaluada³⁰.

Para Vickery el Análisis Documental es “la operación por la cual se extrae de un documento *un* conjunto de palabras que constituyen su representación condensada”. Esta representación puede servir para identificar al documento, para facilitar su recuperación, para informar de su contenido o incluso para servir de sustituto al documento.³¹

Vickery señala, también, que el análisis documental responde a tres necesidades informativas de los usuarios:

- Conocer lo que otros pares científicos han hecho o están realizando en un campo específico.
- Obtener segmentos específicos de información de algún documento en particular.
- Conocer la totalidad de información relevante que exista sobre un tema específico.

Por lo anterior se acoge como recurso metodológico el análisis de información para realizar la actualización y modificación conceptual y operativa del Manual Único para la Calificación de Invalidez vigente en Colombia.

5.1.1. Desarrollo metodológico.

5.1.1.1. Revisión documental.

Análisis y revisión del desarrollo conceptual de los sistemas de salud en el campo de la evaluación y calificación de invalidez.

- **Etapa 1** Desarrollo de los conceptos salud, invalidez y discapacidad, estado de arte en calificación de invalidez en el mundo y en Colombia.

Era fundamental partir de los conceptos generales para comprender el enfoque que se tiene hoy y cómo los países abordan el tema, cómo se refleja en sus

³⁰ DULZAIDES I, ME, MOLINA G, AM. Análisis documental, Centro de Información de Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Extraído de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_2_04/aci11204.htm

³¹ VICKERY, B, 1970. Techniques of information retrieval. London: Butterworths, citado por VERA T y PIRELA J en La complejidad del Análisis Documental, *INFORMACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD*. No. 16 (2007) p. 55-81
©Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas (INIBI), ISSN: 1514-8327.

políticas de salud y cómo la sociedad asume a la población con algún tipo de discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud acoge desarrollos conceptuales en el mundo que llevan a superar la CIDDM y crear la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) del 2001, pasando de invalidez a discapacidad, sin olvidar que ésta no es más que una **CLASIFICACIÓN** marco para unificar internacionalmente los términos de descripción de los cambios en salud de una comunidad.

- **Etapa 2:** Escogencia de países:
 - Se escogieron los siguientes países por ser referentes en sus continentes ó por tener un nivel de desarrollo similar a Colombia.
 - Europa: España y Suecia.
 - Asia: Japón.
 - Norteamérica: Canadá.
 - Suramérica: Argentina y Perú.

Se hizo la búsqueda de información sobre los países con los siguientes **criterios de análisis:**

- Descripción del sistema de seguridad social de los países de referencia y de Colombia.
- Legislación y desarrollo legislativo en el tiempo, prestaciones.
- Servicios para las personas discapacitadas, calidad de vida.
- Formas más comunes de discapacidad en el país, inclusión social.
- **Etapa 3:** Indicadores sociodemográficos y de salud de Colombia y los países.

Búsqueda de información:

- Revisión bibliográfica y en Internet de los países con los siguientes **criterios de análisis:** Sistemas de salud, baremos utilizados en los procedimientos y procesos para calificar la invalidez.
- Breve descripción del país, comparación del país con Colombia con base en los siguientes **criterios de análisis:**
 - **Indicadores de salud:** Población, esperanza de vida para hombres y mujeres, gasto en salud del PIB, población con acceso al agua potable, tasas de natalidad y de mortalidad.
 - **Indicadores sociodemográficos:** Alfabetismo, PIB, ingreso per cápita, presupuesto militar en % del PIB y población en pobreza.

- **Etapa 4:** Se analizó el estado de la legislación vigente en Colombia, situación de las personas inválidas, tipos de invalidez, incapacidad temporal y permanente y el proceso y procedimiento de calificación de invalidez.

Para la revisión de la literatura³² se asumió la detección de ésta mediante dos tipos básicos de fuentes de información:

Fuentes primarias que proporcionan datos de primera mano como libros, tesis, publicaciones periódicas e información en Internet, son:

- El Decreto 917 de 1999 ó Manual Único de Calificación de Invalidez.
- Las normas, procesos y procedimientos de calificación de invalidez en el país, con las correspondientes normas legales que los sustentan.
- Páginas Web de cada país con información de los procesos y procedimientos, baremos y formatos utilizados en la calificación de discapacidad.
- Páginas Web de instituciones del sistema Judicial de Colombia que tienen que ver con el tema de seguridad social y calificación de invalidez como Corte Suprema de Justicia, Corte Constitucional y juzgados laborales y civiles.
- Organización Mundial de la Salud.

Fuentes secundarias que proporcionan datos sobre cómo y dónde encontrar fuentes primarias: Páginas web y su contenido, de las instituciones de Colombia y de los países, que cumplen con los siguientes criterios de análisis:

- Pertenecer al sistema general de seguridad social y estar relacionadas con el proceso de calificación de invalidez.
- Suministrar los indicadores socioeconómicos.
- Pertenecer al sistema jurídico de los países y participar en el proceso de calificación de invalidez.

5.1.1.2. Experiencias de apoyo.

La revisión documental fue reforzada con la opinión, para orientar el análisis, de:

- Médicos (as) vinculados (as) a las instituciones representativas en el país, ARPs, EPSs, AFPs, Juntas calificadoras regionales y nacional, que utilizan como herramienta el manual, para conocer sus percepciones, experiencias y recomendaciones al respecto.
- Profesionales que participaron en la elaboración del actual manual de calificación ó que han expresado observaciones críticas.

³² TAPIA, MA, SANTIAGO, B., "Metodología de Investigación", INACAP, Ingeniería en Gestión Informática Sede Temuco 2000.

Para el análisis crítico del Manual Único de Calificación de Invalidez, la orientación de la tesis y la búsqueda de bibliografía, se tuvieron en cuenta esas opiniones de los expertos y de los calificadores. Estas personas no fueron consideradas población sujeto de la investigación, ni hay muestra poblacional, por lo tanto ésta tesis es objeto de las normas éticas de investigación de tipo revisión documental.

Médicos(as) calificadores(as).

La colaboración de Médicos(as) dedicados(as) a la calificación de invalidez en instituciones públicas y privadas reconocidas (Junta Nacional de Calificación y Juntas Regionales, EPSs, ARPs y FPs), se obtuvo mediante una carta de invitación, aceptaron colaborar:

- Médicos(as) de la Junta Nacional de Calificación y Juntas Regionales, EPS: Unisalud, ARP: Colpatria y Fondo de Pensiones del ISS. La participación de los calificadores fue voluntaria - no fruto de una selección de muestra de ellos ni de sus instituciones que no quieren involucrarlos en estudios académicos – y por no ser obligatoria no todos los calificadores colaboraron.

Tabla 1. Instituciones y calificadores que colaboraron.

ENTIDAD	INSTITUCIÓN	No. Personas que califican	No. Personas convocadas	No. Personas participantes
ARP	Colpatria	3	3	3
EPS	Unisalud	2	2	2
FONDO DE PENSIONES	ISS	2	2	2
JUNTA DE CALIFICACIÓN REGIONAL	2 Salas	4	4	4 + 1 Abogado
JUNTA DE CALIFICACIÓN NACIONAL	2 Salas	4	4	1 + 1 Abogado

Fuente: S Buendía V, Médicos calificadores que aceptaron colaborar.

De las instituciones cuyos profesionales participaron voluntariamente, del ISS se conoció la información de pacientes calificados en un mes. La importancia de ésta radica en que el ISS tiene el 90% de los pensionados del país, con datos a septiembre del 2008, afiliados 6.152.384 y pensionados 784.647, por ello es importante y representativa la labor que cumplen los médicos calificadores de Bogotá - área geográfica que corresponde al 60 % del total de éste fondo de pensiones - por su colaboración espontánea en ésta tesis.

Los Médicos expresaron libremente sus opiniones respecto a sus experiencias sobre cada una de las partes del Manual así como sus sugerencias para modificarlo.

Expertos.

Tres expertos en medicina laboral y salud ocupacional también expresaron sus opiniones, su perfil es el siguiente:

- Médico y Abogado con 20 años de experiencia en calificación de invalidez en el Seguro Social.
- Médica Especialista en Salud Ocupacional, coordinadora y participante en la creación del Manual Único de Calificación de invalidez vigente.
- Abogado especialista en derecho laboral, asesor del Ministerio de la Protección Social.

Los tres expertos opinaron sobre el MUCI, cómo fue su creación, qué conocen y opinan sobre el uso del manual para la calificación de los pacientes y cuales capítulos podrían ser modificados. Más adelante se presentan perfiles completos de éstas personas.

5.1.2. Análisis de la información.

La información fue organizada con base en los criterios de análisis de cada área mediante la utilización de fichas técnicas bibliográficas.³³

- **Etapas:** Con el material resultante de revisión de los criterios de análisis de cada área se hizo:
 - Revisión de los sistemas de calificación de los países.
 - Revisar las diversas escalas y baremos utilizados en el mundo para evaluar invalidez e incapacidad.
 - Buscar los sistemas de salud, procedimientos y procesos para calificar la invalidez.
 - Breve descripción del país, comparándolo con Colombia mediante Indicadores de salud y sociodemográficos.

Se diseñó la parte de la propuesta que permite calificar la discapacidad común y la discapacidad laboral, incluyendo los formatos a utilizar acordes con las normas vigentes en la materia, se explica su aplicabilidad y forma de uso.

Se hace la propuesta de actualización y modificación del Manual de Calificación de invalidez con los aspectos que le permitan ser incorporada por quienes en un futuro tengan la posibilidad de modificar el decreto Ley 917 de 1999.

³³ Ibid.

5.1.3. Aspectos Éticos.

El autor y ésta Tesis, cumplen con las normas de Ética en Investigación en Salud del país e internas de la Universidad Nacional y con base en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, artículos 4 y 11, se clasifica como Investigación sin Riesgo por ser una tesis de tipo Revisión Documental.

Los(as) médicos(as) y expertos(as) participaron voluntariamente, no por selección de universo ni de muestra, por tanto no hay criterios de inclusión ni exclusión ni permiso de las instituciones. Tampoco sus opiniones contenían aspectos personales ó de salud, por consiguiente, no hay riesgos para las personas ni incentivos.

Al no haber recolección de datos ni análisis estadísticos, no hay condiciones psicométricas de instrumentos ni medidas para reducir sesgos. Cabe recordar que el análisis de información está condicionado por la calificación, inteligencia y creatividad del analista pues ofrece datos derivados del análisis y la síntesis de la información evaluada y no existen datos, lo cual reduce al mínimo la posibilidad de sesgos.³⁴ Se presentan las opiniones de expertos y médicos.

Derechos de autor.

El autor acoge las normas de Derechos de Autor del país y de la Universidad Nacional, especialmente el artículo 24 del Acuerdo 035 de 2003.

Aspectos económicos.

Esta tesis ha sido enteramente financiada por el autor con recursos propios.

³⁴ DULZAIDES I, ME, MOLINA G, AM. Op. Cit.

6. MARCO TEORICO

En Colombia se continúa calificando invalidez con base en el marco conceptual de los años 80 del siglo XX, a pesar del desarrollo y actualización del tema en el mundo, que significa superar el enfoque de invalidez para avanzar al de discapacidad en general y en particular de origen laboral.

Las tres áreas del Marco Teórico (conceptualización) son:

- a. Conceptos básicos en salud, invalidez y discapacidad, clasificaciones internacionales, escalas de incapacidad y baremos y métodos de evaluación de condiciones de trabajo y discapacidad.
- b. Marco sociodemográfico y sanitario de países seleccionados (Estado de arte en el mundo) para compararlos con Colombia como país sede de nuestro quehacer en el sector salud.
- c. Proceso e instituciones de calificación de invalidez en Colombia y de reconocimiento de discapacidad en otros países.

Esta estructura corresponde al desarrollo del objetivo general y de los específicos y a la metodología para alcanzarlos.

Es claro que el Marco Teórico tiene como aspecto fundamental la comparación entre los países y Colombia en sus estructuras sociodemográficas y sistemas, procesos y procedimientos de calificación de invalidez, incluyendo los baremos utilizados, porque la forma de calificarla ó reconocerla está determinada por el desarrollo social, educativo y sanitario de cada país.

6.1. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL EN SALUD, DE INVALIDEZ A DISCAPACIDAD.

6.1.1. Salud.

La clásica definición de la OMS³⁵: “Salud es el perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de daño o malestar” - utilizada en la génesis de la CIDDM – es, a su vez, generada por el hecho de que el paradigma médico dominante en el mundo occidental está construido sobre tres pilares:

- El primero, el concepto de salud como estado, no como un proceso continuo de cambios en el que lenta o bruscamente se pasa de la normalidad a la anormalidad sin que exista un límite definido entre ellas, pues la salud implica ideas de variación y de adaptación continuas y la enfermedad ideas de variación y desadaptación.³⁶

³⁵ Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1980.

³⁶ BUENDÍA, S, ALONSO, G. Op. Cit. p. 52

- El segundo, servicios de salud organizados con el objetivo de tratar la enfermedad -"curar"- no de mantener la salud, por lo que son realmente servicios de enfermedad.³⁷
- El tercero, condiciones de salud analizadas sin relación con el contexto social, laboral e histórico del individuo o comunidad observados.³⁸

El análisis de la salud, como es obvio en ese contexto, es hecho a partir de los indicadores de enfermedad: mortalidad, morbilidad, morbilidad sentida o en el mejor de los casos, años de vida saludable perdidos (AVISA) o años de vida productiva perdidos (AVPP)³⁹ y dentro de alguno de los modelos imperantes que se describen a continuación.

6.1.1.1. Modelos de salud.

- Modelo *médico-biológico*⁴⁰ en el que se diagnostica al individuo, se clasifica y se le da connotación de inválido, resalta todo aquello que ha perdido y no lo que puede hacer, recalca así las limitaciones que tiene respecto a una persona capaz.
- Modelo *Político - Activista* en el que la persona inválida es discriminada por la sociedad y excluida de la misma.
- Modelo *Universal*⁴¹ en el que la discapacidad es considerada una característica intrínseca de la condición humana, porque no hay un ser humano que posea todas las habilidades necesarias para enfrentarse a las múltiples y cambiantes demandas del entorno y la sociedad, simplemente se poseen determinadas habilidades y se desarrollan en mayor o en menor medida dependiendo del individuo.
- Modelo *Bio-Psico-Social*⁴² que enlaza las dimensiones Biológicas, Psicológicas y Sociales del individuo y las relaciona con su entorno mediante el desarrollo de políticas y acciones que permiten armonía entre el discapacitado y la sociedad.

Para determinar el "estado de salud" de una población, los conceptos hegemónicos que determinan los modelos de salud, son insuficientes, por tal razón se han buscado en las últimas décadas nuevos modelos y un sistema actualizado para una clasificación y estandarización del método y del lenguaje.

La Organización Mundial de la Salud responde a esas necesidades y acoge desarrollos conceptuales en el mundo dados por el cambio en los modelos de salud, como el Bio-Psico-Social descrito antes, que la llevan a superar la CIDDM y crear la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) del 2001, pasando de invalidez a

³⁷ Ibid., p. 52

³⁸ Ibid., p. 52

³⁹ Ibid., p. 52

⁴⁰ <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>

⁴¹ Ibid.

⁴² www.scribd.com/doc/BattistellaG.2010

discapacidad, para unificar internacionalmente la descripción de los cambios en salud de una comunidad.

6.1.1.2. Evaluación de las condiciones de salud, baremología.

Esta parte del trabajo, responde a una de las preguntas: ¿Cómo se evalúan las condiciones de salud? y trata sobre las formas de calificación y los sistemas, baremos ó escalas, utilizados para ése procedimiento médico y desarrollados en las disciplinas de la salud para llenar la necesidad de reconocer ó cuantificar la invalidez y la incapacidad.

El término baremo⁴³ proviene del francés "barème", en honor a su introductor, D. F. Barrême con el significado de "cuadro o tabla de cuentas ajustadas".

El diccionario de la Real Academia de la Lengua española lo define como "lista o repertorio de tarifas". El baremo es un conjunto de normas, establecidas convencionalmente que nos permiten evaluar la pérdida parcial o global de una persona referida a aspectos de salud.

En la actualidad los baremos son la expresión de un consenso de los expertos, en el área de la salud, en evaluación del daño corporal⁴⁴ especialmente para personas con enfermedades como cáncer, neurológicas y psiquiátricas ó simplemente con vejez.

6.1.2. Invalidez.

En el comienzo del siglo pasado la persona enferma era llamada anormal, en la actualidad con la evolución conceptual se pasa de lo individual a lo social y de la persona inválida a aquella con una discapacidad que conoce sus derechos y los exige. Se presenta una cronología del desarrollo de conceptos relacionados con la invalidez según Pedro Laín⁴⁵.

- "Anormal (1910): persona privada de alguno de los sentidos corporales o con desarrollo mental ó físico imperfecto.
- Inútil (1930): personas que no tenían utilidad personal ni social.
- Enfermo (1940 - 2009): persona que debe ser extraída de su entorno normal para la curación y rehabilitación en hospitales y otras instituciones.
- Subnormal (1940 - 1950): por debajo de las personas normales.
- Inválido (1940 - 2009): que no puede valerse por sí mismo.
- Deficiente (1940 - 1970): inferior a lo normal ó eficiente.

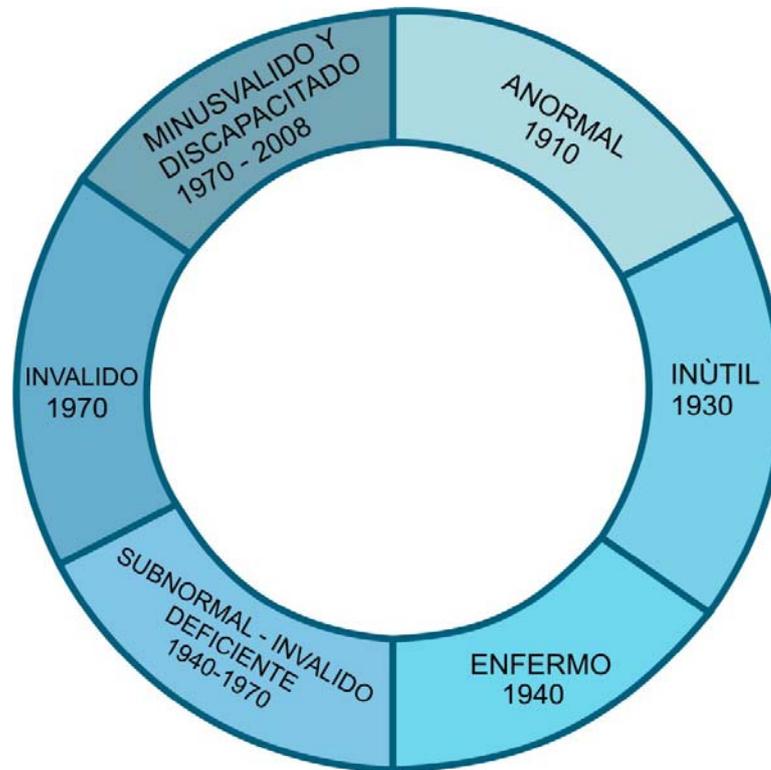
⁴³ DE LUÍS Y GARCÍA M J. Universidad de Valencia, Facultad de Medicina Departamento de Medicina Preventiva, La valoración del daño corporal por accidentes de tráfico en el Instituto de Medicina Legal de Castellón, tras la ley 30 de 1.995, Junio de 2003.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ ENTRALGO, LAIN, P. Historia Universal de la Medicina, Barcelona, Salvat, vol. 6., pp. 192-201,2004

- Minusválido (1970 en adelante): persona que por tener una invalidez vale menos que las demás”.

Grafico 1. Cronología del concepto de invalidez.



Fuente: Creada por Santiago Buendía a partir de Laín Entralgo, P. Historia Universal de la Medicina, Barcelona, Salvat, vol. 6., pp. 192-201,2004.

6.1.2.1. Invalidez en el Manual Único de Calificación de Invalidez.

Los conceptos imperantes en los años 1910 a 1970, descritos antes, cuando a las personas se las denominaban, anormales, inútiles, subnormales hasta llegar a deficientes, discapaces y minusválidas, se ven aún en las definiciones que corresponden al Manual Único de Calificación de Invalidez:

- Deficiencia: Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias pueden ser de las siguientes clases: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, de la audición, de la visión, músculo – esqueléticas y de otros órganos y sistemas.
- Discapacidad: Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades pueden ser de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una

determinada aptitud y otras. Se trata de menguas en la funcionalidad operativa de los individuos vistas en relación con ellos mismos.

- **Minusvalía:** Es una situación desventajosa para un individuo determinado, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. La minusvalía se manifiesta en la orientación, la independencia física, la movilidad, la ocupación, la integración social, la autosuficiencia económica y otros factores. Son, consiguientemente, insuficiencias para ó en la participación social.

Esta es la terminología propia de la CIDDM en la cual las personas enfermas son vistas como inválidas.

6.1.3. Discapacidad

Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades pueden ser de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras. Se trata de menguas en la funcionalidad operativa de los individuos vistas en relación con ellos mismos. (MUCI).

6.1.3.1. De invalidez general a discapacidad de origen laboral

En el mundo ya no se habla de invalidez, CIDDM, en Colombia se califica invalidez sin separar lo común de lo laboral, por tanto no existe el término legal de discapacidad laboral, lo más cercano a éste es la invalidez de origen profesional cuya calificación se hace con el MUCI que no considera la descripción y evaluación de las condiciones de trabajo de la persona afectada.

6.2. CONDICIONES DE TRABAJO

Se continúa en éste capítulo de la tesis con la definición de condiciones de trabajo y los métodos más utilizados para su descripción y calificación.

Se considera que el termino condiciones de trabajo es el más apropiado para describir el medio ambiente en la empresa, definiéndolas como el conjunto de variables en el que se desarrolla una tarea y que “define la salud” del trabajador⁴⁶; las condiciones de trabajo son muy importantes para ésta, pero no son las únicas pues lo extralaboral tiene gran relevancia en su descripción y evaluación.

⁴⁶ Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo de España, NTP 451. 2009

6.2.1. Evaluación de condiciones de trabajo⁴⁷.

Desde los inicios de la Salud Ocupacional se han realizado continuos esfuerzos para la elaboración de herramientas que sirvan para conocer y valorar las condiciones de trabajo, lo cual ha dado lugar a un gran número de métodos de evaluación. Una descripción más detallada con ejemplos de cada método supera los alcances de ésta tesis, a continuación se presenta una forma de clasificarlos:

- Por su nivel de especificidad: Métodos específicos y generales.
- Por su nivel de subjetividad; Objetivos y Subjetivos.
- Según su facilidad de uso: Simples o rápidos y laboriosos ó complejos.

Entre todos los métodos de evaluación objetiva (hecha por expertos) que permiten la valoración de las condiciones de trabajo, se pueden destacar por ser los más tradicional y ampliamente utilizados, los siguientes:

- Método LEST.
- Método de los perfiles de puestos (RENAULT).
- Método FAGOR.
- Método Ergonomic Workplace Analysis (EWA).
- Método ANACT.

Aparte de éstos existe un amplio grupo de métodos que analizan las condiciones de trabajo y gran parte de ellos derivan unos de otros, por esa variedad, en cada situación se debe valorar cuál de ellos es el más adecuado por:

- Ser específicos para determinados sectores de actividad (condiciones de trabajo en centros hospitalarios por ejemplo).
- Tipo de actividad (test de autoevaluación para usuarios de pantallas de visualización de datos).
- Tipo o tamaño de la organización (Método PYMES).

De los distintos métodos cabe destacar los siguientes con una pequeña descripción de su origen:

- Método PYMES de Evaluación de las Condiciones de Trabajo en Pequeñas y Medianas Empresas. (CNCT, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo, 1997, 2º ed.).
- Método FREMAP. Criterios de evaluación para el análisis ergonómico de los puestos de trabajo. Centro de prevención y rehabilitación.
- Método A.E.T. (Arbeitswissenschaftliches Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse) (Rohmert Landau, también llamado Método Ergonómico de Análisis de Tareas).

⁴⁷ Ibid.

- Método de la S.A.V.I.E.M. (Sociedad Anónima de Vehículos Industriales y Equipamientos Mecánicos, 1973) (Van Deyver).
- Análisis ergonómico elemental. (Bois, 1977).
- Evaluación de puestos de trabajo PAQ. (McCormick).
- Condiciones de trabajo en Centros Hospitalarios. Metodología de Autoevaluación. INSHT (1992).
- Test de autoevaluación para usuarios de pantallas de visualización de datos. Encuesta de autoevaluación de las condiciones de trabajo. NTP 182. INSHT.
- Cuestionario de control para el análisis de los puestos de trabajo. Grandjean (1983).

El Método A.E.T. también llamado Método Ergonómico de Análisis de Tareas tiene un aspecto que para éste trabajo es relevante pues centra su análisis del puesto de trabajo en las tareas y funciones del trabajador.

En el método A.E.T. la función hace referencia a una actividad o conjunto de actividades, que desempeña un individuo, para conseguir un objetivo laboral concreto y definido.

En ésta tesis es de gran importancia la descripción y análisis de las condiciones de trabajo, mediante cualquiera de los métodos descritos, con énfasis en la función que desempeña el trabajador, integrada por los siguientes factores:⁴⁸ Alternancia de las extremidades y dominancia de la persona, especificidad para la labor, duración requerida en la jornada laboral, frecuencia de la función perturbada en la jornada de trabajo y seguridad requerida en la función para prevenir ó neutralizar los riesgos laborales.

6.3. SISTEMA DE CLASIFICACIONES INTERNACIONALES.

La OMS en las últimas décadas ha desarrollado la Familia de Clasificaciones Internacionales cuyo núcleo es la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud” – CIE – de la que nacen sub clasificaciones para las *repercusiones de las enfermedades en el funcionamiento humano*⁴⁹.

6.3.1. Sistema de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades Minusvalías (CIDDM) y sus características.

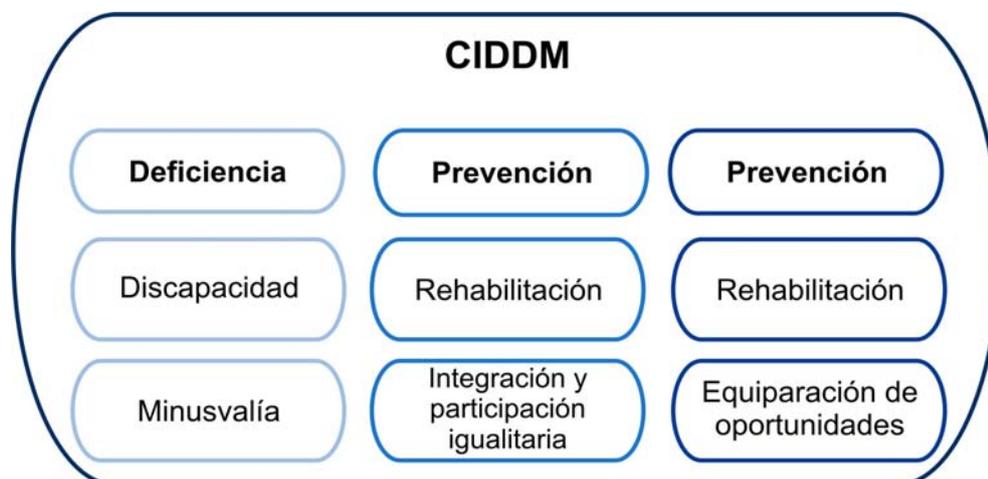
La OMS, como se dijo antes tiene sub clasificaciones para las *repercusiones de las enfermedades en el funcionamiento humano*, una de ellas es la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

⁴⁸ GRIECO, A., AZZAROLLI, G., CHIECHI, L., FLETRIN G. y LAMA A., Op Cit.

⁴⁹ <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/index.htm>

(CIDDDM), puesta en marcha en 1983 y que en Colombia sirvió de base conceptual al manual objeto de estudio.

Gráfico 2. Cuadro de calificación a partir de la CIDDDM.⁵⁰



Fuente: OMS, CIF 2001

La CIDDDM – que enfatizaba en deficiencias y minusvalías - de por sí ya tenía para el individuo una connotación de inferioridad, de tener un menor valor pues hacía referencia a las desventajas con relación a los demás y estaba basada en modelos de salud de origen biologista: El modelo *médico-biológico*⁵¹ y el modelo *Político – Activista*.

En los años 80 del siglo XX la CIDDDM como CLASIFICACIÓN que es, permitía establecer “los efectos de las enfermedades, los traumatismos y otros tipos de trastornos, así como sus repercusiones en la inserción social de los individuos” en el marco teórico hegemónico de la salud como un estado, que limitaba el tratamiento de la enfermedad a las fases de etiología, patología y manifestación e incluía las consecuencias de la enfermedad en una triple secuencia: Deficiencia, discapacidad y minusvalía.

La CIDDDM se refería al concepto lesión, expresado en la persona en una enfermedad - deficiencia - que causaba una discapacidad exterior y una minusvalía socializada. Definía la capacidad laboral del individuo como el conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual⁵². Este concepto se acogió en la génesis del MUCI.

En los años 90 del siglo XX, la OMS comenzó un proceso de revisión de la CIDDDM dando origen en el 2001 a la que hoy se conoce como la Clasificación

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud⁵³ CIF que significa un gran progreso conceptual al pasar de la invalidez a la discapacidad en el análisis y calificación de las repercusiones de las enfermedades en el funcionamiento humano.

Grafico 3. Relación de deficiencia, discapacidad y minusvalía.



Fuente: Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1980.

6.3.2. Sistema de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), características.

Debido a las críticas que se formularon a la CIDDM, por referirse a la persona inválida con una ó varias deficiencias y minusvalías, en 1993, diez años después de su expedición, se realiza un proceso de revisión en la OMS y se comienzan a realizar borradores que dan origen a la que hoy se conoce como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001)⁵⁴, que aun depende de la definición clásica de salud de la OMS, pero se basa en dos modelos conceptuales más avanzados, el Modelo Universal de la Discapacidad⁵⁵ y el Bio-Psico-Social. Lo importante de esta clasificación es que, aunque no considera lo social como determinante fundamental de la salud, permite que la Discapacidad no sea tomada como un problema del individuo sino como una condición de la sociedad.

La CIF contribuye con el análisis de las condiciones de salud en determinado tiempo y lugar, con las consecuencias y las posibilidades de recuperación de la enfermedad ó accidente e incluye una propuesta lingüística para su aplicabilidad transcultural y universal, de manera que no quede nadie sin

⁵³ Ibid.

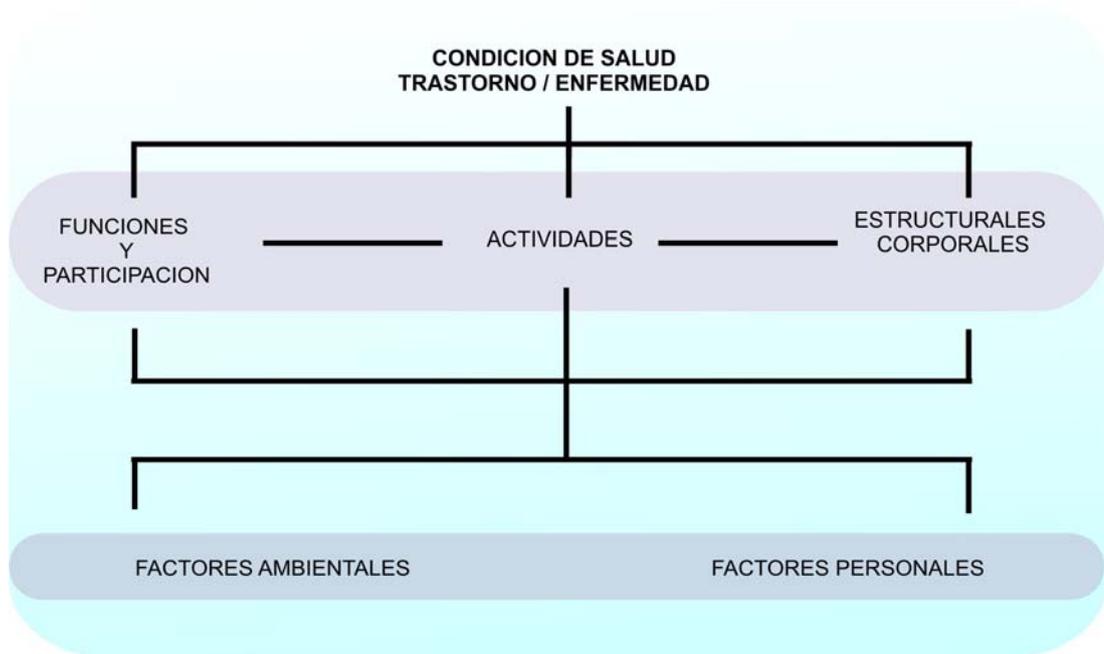
⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

entender específicamente a qué se refiere la clasificación y no haya malas interpretaciones.

Como se ve en la gráfica número cuatro, los conceptos utilizados recogen los aportes de la CIF en las que “discapacidad” es definida vinculando los factores personales, ambientales, las actividades y la participación.

Grafico 4. Modelo de las Condiciones de Salud - Interacción de Conceptos



Fuente: Organización Mundial de la Salud: CIF, 2001.

Al analizar la CIF se establece que la discapacidad implica al individuo y su entorno y que la responsabilidad de integrar las personas discapacitadas debe ser asumida por el estado, los gobiernos y la sociedad en general.

Por lo tanto la CIF del 2001 significa **un avance estructural internacional** importante por lo cual los estados afiliados a la OMS⁵⁶ deben acogerla y garantizar a las personas en situación de discapacidad, la integración a la sociedad con igualdad de oportunidades para desarrollar habilidades que les permitan suplir cualquier limitación, déficit ó pérdida que presenten, recordando que la discapacidad es universal e inherente a la condición humana.

La estructura de la CIF se muestra en las Gráficas 5 y 7.

⁵⁶ www.who.int/country/es/

Grafico 5. Visión de Conjunto de la CIF

COMPONENTES	<i>Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad</i>		<i>Parte 2: Factores Contextuales</i>	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
DOMINIOS	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales Tareas, acciones	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
CONSTRUCTOS	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las Estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño / realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
ASPECTOS POSITIVOS	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	No Aplicable
	Funcionamiento			
ASPECTOS NEGATIVOS	Deficiencia	Limitación en la actividad	Restricción en la Participación Barreras / obstáculos	No Aplicable
	Discapacidad			

Fuente: Organización Mundial de la Salud: CIF, 2001

La discapacidad es definida en la CIF como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las estructuras y factores personales con el entorno ambiental, social y físico y los efectos sobre las funciones, actividades y participación del individuo, se vinculan en ésta definición términos como Factores Ambientales extrínsecos a la persona que incluyen barreras arquitectónicas, actitudes sociales, políticas gubernamentales y bienestar, conceptos con los que se pueden identificar las necesidades que tienen las personas con algún tipo de discapacidad.

La CIF tiene dos componentes ó partes principales:

La parte 1. Funcionamiento y Discapacidad.

- 1.1 Funciones y Estructuras Corporales.
- 1.2 Actividades y Participación.

La parte 2. Factores Contextuales.

- 2.1 Factores Ambientales.
- 2.2 Factores Personales.

Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos, contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación.

Gráfico 6. Dominios CIF.

DOMINIOS	
D1	Aprendizaje y aplicación
D2	Tareas y demandas generales
D3	Comunicación
D4	Movilidad
D5	Autocuidado
D6	Vida domestica
D7	Interacciones y relaciones interpersonales
D8	Áreas personales de la vida
D9	Vida comunitaria, cívica y social

Fuente: CIF 2001

El significado de los términos de la CIF permite entender las gráficas 5, 6 y 7.

Constructos, son el conjunto de calificadores empleados para describir y/o modificar cada uno de los componentes de la CIF.

Los "constructos" de la Parte 1 son:

- Cambio en funciones corporales
- Cambio en estructuras corporales
- Capacidad
- Desempeño/Realización

El "constructo" de la Parte 2 son facilitadores o barreras en Factores Ambientales.

Dominios son un conjunto práctico y lógico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas, o áreas de la vida. Los dominios constituyen los distintos capítulos y bloques en cada componente.

Categorías son clases y subclases dentro del dominio de un componente.

Niveles constituyen el orden jerárquico proporcionando indicaciones hasta el nivel de detalle de las categorías (ej. Nivel de detalle de los dominios y categorías) El primer nivel incluye los ítems del segundo nivel y así sucesivamente.

Estado de salud y dominios de salud: es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado "dominio de salud" de la CIF. Los dominios de salud indican áreas de la vida que se incluyen en el concepto de "salud". Como aquellas que

cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud, se consideran como su responsabilidad prioritaria.

- Ejemplo: movilidad, función mental, dolor, estado de ánimo, energía-sueño, visión.

Estado relacionado con la salud y dominios relacionados con la salud: es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado "dominio relacionado con la salud" de la CIF. Estos dominios indican áreas de funcionamiento que, aún teniendo una relación importante con una condición de salud, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud.

- Ejemplo: actividades usuales (hogar, trabajo, escuela), autocuidado (vestirse, bañarse), relaciones personales.

Condición de salud: es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Se codifican utilizando la CIE-10.

Funcionamiento: es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Discapacidad: es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales.

Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas. Con "cuerpo" nos referimos al organismo humano como un todo, y por tanto se incluye la mente en la definición. El estándar empleado para valorar estas funciones es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

Estructuras corporales: son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales. El estándar empleado para valorar estas estructuras es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

Deficiencia: es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con "anormalidad" se hace referencia, estrictamente a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. La desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

Actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

Limitaciones en la actividad: "son las dificultades" que un individuo puede tener para realizar actividades. Una limitación abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

Participación: es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

Restricciones en la participación: son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

Factores contextuales: son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los factores contextuales tiene dos componentes: Factores ambientales y Factores personales.

Factores ambientales: constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo y como tal afecta el funcionamiento de la persona.

Los factores ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes.

Facilitadores: son todos aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad. También, la ausencia de un factor puede ser un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas entre la población. Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción con independencia del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción.

Barreras: son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad y también los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

Capacidad: es un "constructo" que indica, como calificador, el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado. La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado, y por ello, refleja la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente.

Desempeño/realización: es un "constructo" que describe, como calificador, lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real, y de esta forma, conlleva el aspecto de la participación de la persona en situaciones vitales.

La salud y los estados «relacionados con la salud» de una persona pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores que son códigos numéricos que determinan la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un elemento facilitador o inhibidor.

- a. Las funciones y estructuras corporales se clasifican en dos secciones diferentes. Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, que incluye las funciones psicológicas.
- b. Las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo: órganos, extremidades y componentes.

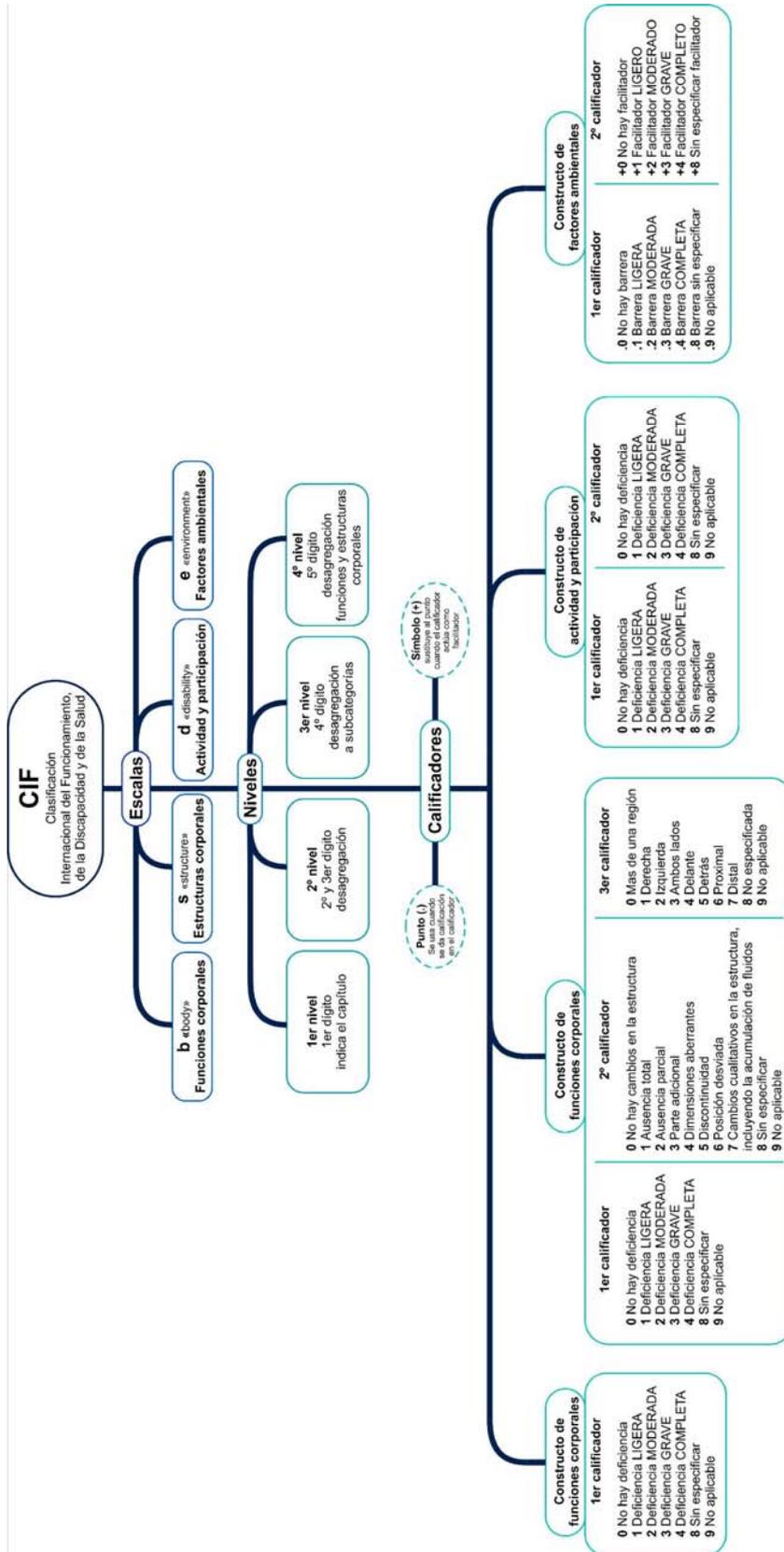
Las deficiencias constituyen problemas en las funciones o estructuras corporales (por ejemplo: una pérdida).

Los factores contextuales incluyen los factores ambientales y los factores personales. Los factores ambientales constituyen el entorno inmediato y social. Los factores personales incluyen las características de la persona y estilos de vida.⁵⁷

Las clasificaciones internacionales buscan unificar términos y sistemas para evaluar las condiciones de salud, ó las repercusiones de las enfermedades en el funcionamiento humano así como las posibilidades de recuperación de la enfermedad ó accidente, por tanto la CIF contribuye con ése análisis en determinado tiempo y lugar e incluye una propuesta lingüística para su aplicabilidad transcultural y universal, de manera que no quede nadie sin entender específicamente a qué se refiere la clasificación para que no haya malas interpretaciones.

⁵⁷ JIMÉNEZ BUÑUALES, María Teresa, GONZÁLEZ, Diego, MARTÍN MORENO José María. Ponencia: Proyecto de investigación: Análisis epidemiológico de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Clasificación y Epidemiología de las Discapacidades. XXVII Sesión Científica del Real Patronato sobre Discapacidad en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 27 de marzo de 2001. [Citado: 1 de mayo de 2001]. Disponible en URL: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_4/RS764_271.pdf

Grafica 7. Estructura general de la CIF



Fuente: OMS, CIF 2001.

Como se ve en las gráficas 5, 6 y 7 y en la explicación posterior, la CIF es compleja en su estructura, sus niveles y sus constructos, no podemos olvidar que es una CLASIFICACION de la familia de CI de la OMS, una herramienta útil, práctica y precisa reconocida internacionalmente y cuyo objetivo es servir como marco estructural en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad asociados a las condiciones de salud del ser humano (Resolución WHA54.21) y **NO** un sistema de CALIFICACIÓN de éstas.

Los sistemas de calificación ó baremos, como se dijo antes, son la expresión de un consenso de los expertos en evaluación del daño corporal y sus consecuencias, la CIF es una clasificación y marco estructural, **NO** es un baremo⁵⁸.

6.3.3. Comparación conceptual entre los sistemas CIDDM y CIF.

Las diferencias fundamentales que hay entre la CIDDM y la CIF dependen, como se vio antes, de los modelos sobre los cuales fueron desarrolladas.

La CIDDM clasificaba “los efectos de las enfermedades, los traumatismos y otros tipos de trastornos, así como sus repercusiones en la inserción social de los individuos” en el marco teórico de la salud como un estado, modelo que limita la enfermedad a las fases de etiología, patología y manifestación e incluye sus consecuencias en una triple secuencia: Deficiencia, discapacidad y minusvalía.

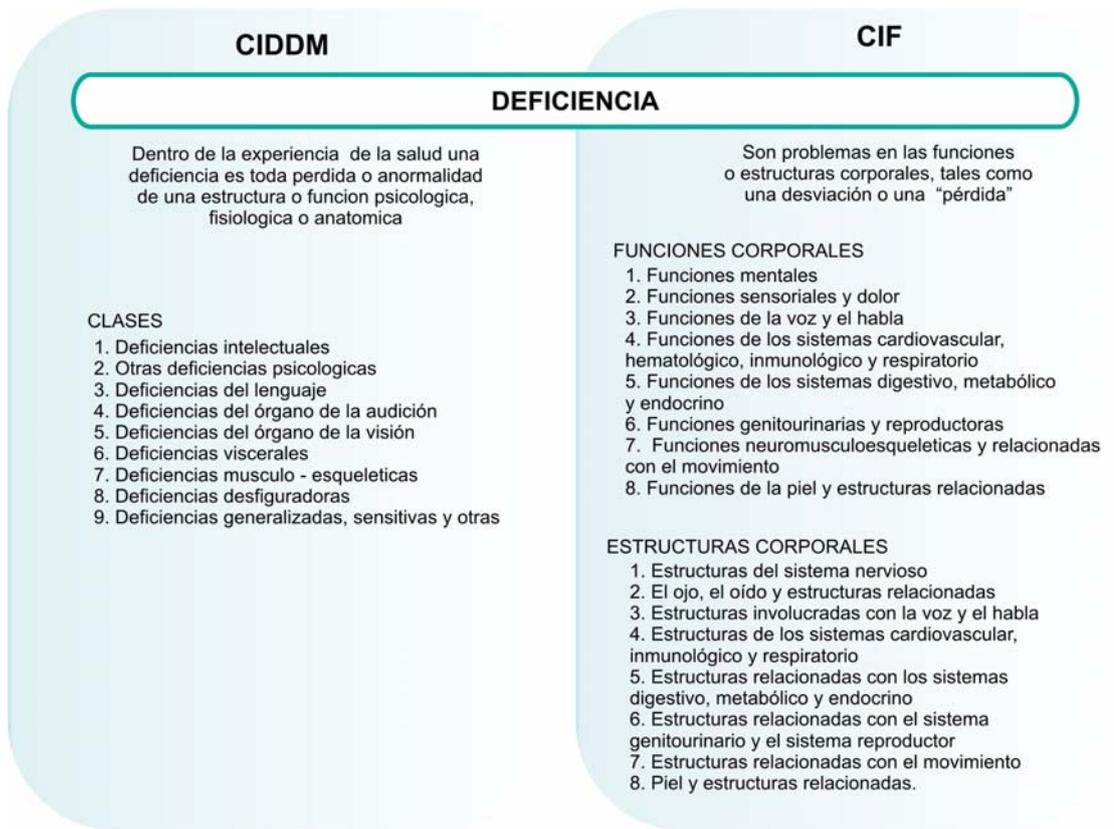
La CIF al contrario de la CIDDM hace referencia a elementos positivos como la funcionalidad y la salud, incorporando el nuevo significado de la discapacidad, como una condición que permite el desarrollo de habilidades que anteriormente no se habían tenido en cuenta, para desempeñarse igual o mejor que una persona capaz. La funcionalidad abarca la función corporal, las actividades y la participación.

En la terminología de la CIF, es importante el concepto de *Funcionalidad* que integra y define de una manera diferente los términos utilizados en la CIDDM. En la CIF no se hace un énfasis negativo como restricción, ausencia de capacidad o impedimento, palabras que agreden a la persona y la imposibilitan; se considera y se acepta que hay condiciones que deben ser suplidas y da paso a la necesidad de desarrollar habilidades que le permitan llevar una vida normal en la sociedad, siempre con su apoyo.

La CIDDM es una Clasificación de una época en particular, fue un paso que se dio dentro del proceso evolutivo de la clasificación de la invalidez y de las implicaciones de la enfermedad en el funcionamiento humano que sirvió para ver todos los errores que se habían cometido y los aspectos que no se habían tenido en cuenta con relación a las personas inválidas.

⁵⁸ <http://usuarios.discapnet.es/>

Grafico 8. Comparación conceptual entre deficiencias según CIDDM y CIF.



Fuente: OMS, CIF 2001

6.4. MEDICIÓN DE LA DISCAPACIDAD.

La calificación, valoración o reconocimiento, de la discapacidad, se hace en los países del mundo mediante baremos y escalas desarrolladas para cumplir esas funciones.⁵⁹

Dentro de los baremos se puede destacar los siguientes tipos:

- **Baremos Funcionales:** Su fundamento lo constituyen las funciones fisiológicas y los más usados son:
 - **Criterio objetivo de Fernández Rozas.** Se basa en el estudio de tres factores: anatómico, funcional y económico-social. A cada uno de estos componentes se le da un valor, en una escala que va de más a menos: muy grave (86-100%), grave (66-85%), mediano (36-65%), leve (16-35%) y muy leve (5- 15%). El grado de incapacidad global se obtiene a través de la siguiente fórmula:

⁵⁹ DE LUÍS Y GARCÍA M J. Op.Cit.

Incapacidad (%) = (Def. Anatómica+ Def. Funcional + Def. Económica.) / 3

- Método de Mc Bride simplificado. Se basa en el análisis de dos factores: el funcional y los desórdenes físicos. El primero se clasifica en siete unidades y el segundo en cinco. Cada unidad consta de varios factores que se califican desde insignificante (0-5%), leve (6-10%), muy moderada (11-20%), moderada (21-30%), ligeramente severa (31-40%), moderadamente severa (41-50%), severa (51-60%), marcadamente severa (61-70%), a extrema severidad (71- 100%).

Se aplica la fórmula: Incapacidad (%) = (Déficit Funcional x 75) / 700 + (Desorden Físico x 25) / 500

Los valores 75 y 25 corresponden al porcentaje que se asigna a cada componente.

- Baremos Porcentuales: La valoración, expresada en tantos por cien, se calcula con base en la normalidad anterior de la persona, calculada sobre el ciento por ciento de la misma, los más usados son:
 - Baremos generales: Se utiliza en España el Sistema de Valoración y Determinación de Minusvalía y diferentes situaciones previstas en la Ley de la Seguridad Social.
 - Baremos para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Los más importantes y más utilizados hoy en día son:
 - El Baremo de la Ley 30 de 1995, de aplicación obligatoria en España.
 - La Guía de valoración de la Asociación Médica Americana (AMA), publicada en la revista JAMA, destinada a evaluar la invalidez con criterios administrativos, contemplando factores médicos, socioeconómicos, psicológicos y laborales.
 - El Baremo de Invalidez de Louis Melennec, elaborado por expertos franceses y con similitud legal.

6.4.1. Leyes de la Baremología.⁶⁰

La baremología es un área del conocimiento de desarrollo reciente relacionada con la creación, revisión y aplicación de baremos, particularmente en el sector sanitario: Los baremólogos han establecido ciertas leyes que debe cumplir todo nuevo baremo y son las siguientes:

- Primera Ley: La incapacidad máxima no puede superar el 99%.

⁶⁰ MELENNEC, L. Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Ed. Elsevier.1996.

- Segunda Ley: Teoría de las capacidades restantes; Incapacidades + capacidades restantes = 100
- Tercera Ley: Debe haber una jerarquización estricta de las incapacidades según su gravedad real.
- Cuarta Ley: Independencia estricta de las incapacidades fisiológicas y de trabajo.

Los baremos, deben cumplir éstas leyes elementales pero básicas para que sirvan en su misión aunque en general se considera que tienen, tanto puntos positivos como negativos porque ninguno es perfecto para cumplir la función de evaluar.

6.4.1.1. Aspectos positivos de los baremos:

- Promueven la igualdad.
- Coadyuvan al logro de la seguridad jurídica.
- Son un método de trabajo eficiente, sistematizado, sensible y fiable, está validado y es relativamente completo.
- Son flexibles para adaptarse a los distintos casos.

6.4.1.2. Aspectos negativos.

- Hay dificultades técnicas en la aplicación médica derivadas de la escasa información sobre cómo deben utilizarse.
- Provocan la desigualdad de trato entre los perjudicados por accidentes y enfermedades de trabajo y comunes.
- No son exactos, son incompletos y restrictivos.
- No tienen criterios para homologar lesiones inexistentes por analogía con otras.
- Dificultad de aplicación propia del baremo.

A pesar de todas las deficiencias, es mejor tener un baremo que no tenerlo y la aplicación medida por parte del perito, debe asegurar el respeto a los derechos de la persona, la prestación económica y el cumplimiento de las normas jurídica.⁶¹

Como se dijo antes el MUCI tiene como base las Guías AMA, el baremo español y el Baremo de invalidez de Melennec, que al compararlos se concluyó que existían diferencias estadísticamente significativas entre el sistema español y los otros baremos, pero no entre estos dos últimos⁶².

⁶¹ DE LUIS Y GARCÍA, MJ. Op. Cit.

⁶² Ibid.

Es importante recordar que el MUCI es un baremo porcentual y el nuevo que lo modifique ó actualice debe cumplir las leyes de la baremología y ser aplicable por el perito médico.

6.4.2. Baremos ó escalas para la medición de dependencia.

Continuando con lo explicado en los párrafos anteriores, se presentan las principales escalas utilizadas en el mundo para “medir” variables de incapacidad ó dependencia, reconociendo que son un valioso aporte en el conocimiento y avance hacia el enfoque de discapacidad, aunque lo laboral es sólo una mínima parte de la medición. De éstas variables, que se refieren a las actividades de los seres humanos en su vida diaria, surgen las variables de los baremos utilizados para la calificación de invalidez.

6.4.2.1. Escalas de dependencia ó incapacidad.

A continuación se describen las principales escalas – Baremos - utilizadas en el mundo para “medir” variables de incapacidad y dependencia, se hace una breve descripción de su procedencia y de las variables que se miden.⁶³

En el marco contextual que se viene describiendo, a pesar de los desarrollos conceptuales y reales que se dan en el mundo, el análisis y la evaluación del “estado” de salud de la persona enferma aún son hechos desde la incapacidad no de lo que todavía puede hacer, el concepto de base es la definición de la OMS de salud como “El perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de daño o malestar”⁶⁴.

Escala de incapacidad de la Cruz Roja

Esta escala, desarrollada en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, destaca por la facilidad de su aplicación, por lo que es muy práctica. De uso habitual en centros geriátricos en España, se compone de dos subescalas: física y mental. Califica en forma de estadios o grados de incapacidad, desde la normalidad hasta máximo grado de deterioro.

Escala de demencia de Blessed.

Es una escala utilizada para evaluar los cambios en la ejecución de las actividades diarias en particular los cambios en los hábitos de la persona, en la personalidad y en la conducta del adulto mayor ó del enfermo.

Escala de isquemia de Hachinski.

Se utiliza para la evaluación de personas con enfermedades neurológica, demencia ó edad y los aspectos más relevantes son:

- Comienzo súbito.

⁶³ Alzheimer@hipocampo.org Sociedad Española de Neurología.

⁶⁴ <http://usuarios.discapnet.es/>

- Deterioro en brotes, curso fluctuante.
- Confusión nocturna.
- Conservación de la personalidad.
- Depresión, labilidad emocional.
- Síntomas somáticos.
- Antecedentes de ictus, hipertensión arterial sistémica.
- Signos de aterosclerosis.
- Signos neurológicos focales.

Escala de Karnofsky.

Sirve para evaluar el nivel de actividad e independencia de las personas enfermas ó mayores, en un rango que va desde actividades normales, sin quejas, faltan indicios de enfermedad, necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente, muerto.

Escala ampliada de discapacidad de Kurtzke.

Es una escala Funcional (FS) sobre áreas neurológicas: Piramidal, cerebelo, tronco del encéfalo, sensibilidad, vejiga e intestino, visión y funciones mentales. Va del examen neurológico normal, caminar sin ayuda o descanso por espacio de unos 100 metros, a una incapacidad lo suficientemente grave como para impedirle plenamente las actividades de la vida diaria, a estar totalmente inválido en cama, incapaz de comunicarse, comer y finalmente muerto. Es utilizada básicamente en esclerosis múltiple.

Escala de Lawton y Brody.

Es una escala utilizada para adultos mayores y enfermos y sirve para evaluar los niveles de independencia en la vida diaria, en aspectos elementales como: capacidad para usar el teléfono, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de sus asuntos económicos.

Escala de deterioro global de Reisberg.

Escala utilizada para los adultos mayores y enfermos de varias formas de demencia y sirve para evaluar los niveles de alteración cognitiva que presentan las personas, los niveles más importantes son:

- Ausencia de alteración cognitiva.
- Disminución cognitiva muy leve. Deterioro de memoria asociado a la edad.
- Defecto cognitivo leve. Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
- Defecto cognitivo moderado. Demencia en estadio leve, conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
- Defecto cognitivo moderado-grave. Demencia en estadio moderado, el paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- Defecto cognitivo grave. Demencia en estadio moderadamente grave, ocasionalmente puede olvidar el nombre de seres queridos, depende totalmente para sobrevivir.

- Defecto cognitivo muy grave. Demencia en estadio grave, pérdida progresiva de las capacidades verbales hasta no tener lenguaje, únicamente gruñidos.

Escala ECOG.

Diseñada por el Eastern Cooperative Oncologic Group de **Estados Unidos** y validada por la **Organización Mundial de la Salud** (OMS), es una forma práctica de medir la **calidad de vida** de un paciente, exclusivamente, con cáncer, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.

La escala ECOG valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de ésta escala dependerá el protocolo terapéutico y su pronóstico de la enfermedad.

Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

El Índice de Katz valora la independencia del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía, dato muy importante cuando se plantea un tratamiento y el pronóstico de pacientes de la tercera edad, neurológicos y psiquiátricos.

- Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- Dependiente en las seis funciones.

Índice de capacidades en salud.

Este índice atribuye capacidades en aspectos de salud de la población general en los siguientes atributos:

- Visión
- Audición
- Habla
- Deambulación
- Destreza
- Estado emocional
- Cognición
- Dolor

Eurotest

Se trata de un test de tamizaje, para la detección de posibles casos de demencia no para el diagnóstico. Es especialmente útil para los sujetos con bajo nivel cultural y educativo, ya que su puntuación no se ve afectada por tales factores, puede adaptarse con facilidad a otras monedas. Antes de su realización hay que asegurarse de que el sujeto no padece déficits sensoriales visuales ni auditivos o, si los padece, de que trae las gafas o el audífono correspondiente.

Cuestionario corto del estado mental.

Muy rápido y sencillo de utilizar para tamizaje por el médico de Atención Primaria, las preguntas son: ¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año), ¿qué día de la semana es hoy?, ¿dónde estamos, ahora? (lugar o edificio), ¿cuál es su número de teléfono o su dirección si no tiene teléfono?, ¿qué edad tiene?, ¿cuándo nació? (día, mes y año), ¿cómo se llama el Presidente actual?, ¿el anterior?, ¿cuál es el primer apellido de su madre?. Reste de tres en tres desde veinte.

Escala de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS II

Es un instrumento complejo basado en la CIF, para hacer la Evaluación de Discapacidades de una persona enferma ó mayor y se refiere a los siguientes aspectos:

- Estado de salud:
 - Enfermedad, de corta o larga duración,
 - Lesión
 - Problemas mentales o emocionales
 - Problemas con alcohol
 - Problemas con drogas.

- Comprensión y Comunicación con el mundo que le rodea.
 - Capacidad para manejarse en su entorno
 - Cuidado personal
 - Relación con otras personas
 - Actividades de la vida diaria
 - Participación en Sociedad

Escala de Barthel.

Esta sencilla escala se refiere a aspectos básicos de la vida diaria de una persona y sirve para valorar su independencia en ellos.

- Comer.
- Lavarse (bañarse).
- Vestirse.
- Arreglarse.
- Deposición.
- Micción.

- Usar el baño.
- Traslado al sillón/cama.
 - Deambulaci3n.
- Subir / bajar escaleras.

Test Delta.

Esta sencilla escala es una variaci3n y ampliaci3n de la de Barthel y se refiere a aspectos b3sicos de la vida diaria de una persona, valorando su independencia en ellas.

- Dependencia.
 - Movilizaci3n.
 - Deambulaci3n y desplazamiento.
 - Aseo.
 - Vestido.
 - Alimentaci3n.
 - Higiene esfinteriana.
 - Administraci3n de tratamientos.
 - Cuidados de enfermería.
 - Necesidad de vigilancia.
 - Colaboraci3n.
- Dependencia f3sica
 - Estabilidad.
 - Visi3n y audici3n.
 - Alteraci3n del aparato locomotor.
 - Otras funciones neurol3gicas.
 - Aparato respiratorio y cardiovascular.
- Dependencia psíquica.
 - Lenguaje y comprensi3n.
 - Orientaci3n y memoria.
 - Trastornos del comportamiento.
 - Capacidad de juicio.
 - Alteraciones del sueño.

Como se ve las escalas m3s usadas tienen variables comunes entre ellas y se refieren a aspectos de la vida diaria de personas sanas, enfermas y ancianas.

6.5. ESTADO ACTUAL DE LA CALIFICACI3N DE DISCAPACIDAD EN EL MUNDO

Esta parte del trabajo pretende mostrar algunos pa3ses en los que ya se ha producido el transito del viejo concepto de invalidez, al actual en el que se habla de salud, discapacidad y funcionamiento.

Los países escogidos en el mundo como referentes en sus respectivos continentes ó por tener un nivel de desarrollo similar al de Colombia, van a ser descritos, respecto a discapacidad con base en sus conceptos sobre el tema, la legislación vigente, los sistemas de medición y los procesos y entidades encargadas de estos, abordándolos con base en los criterios de análisis establecidos en la metodología.

6.5.1. Suecia.

En éste trabajo se considera a Suecia como el referente respecto a Colombia y los otros países. Suecia es uno de los países más desarrollados del mundo, su capital es Estocolmo, el idioma oficial es el sueco, la moneda es la corona sueca (SEK) y la forma de Gobierno es una monarquía constitucional, democracia parlamentaria, su población es de 9.201.650 personas en un área de 450.295 km². Hay cerca de 2.000.000 de personas discapacitadas (21,7%) y sus principales indicadores socio-demográficos⁶⁵ son:

Grafico 9. Cuadro comparativo. Países Suecia – Colombia

INDICADORES	SUECIA	COLOMBIA
Población	9.201.650	41.424.350
Esperanza de vida Hombre (años)	78.94	68.44
Esperanza de vida Mujeres (años)	83	76.24
Ingreso per capita (USD)	35.000	3.614
PIB en millones (USD)	384.927	171.738
Gasto en Salud del PIB (%)	9.2	6.8
Alfabetismo (%)	99	92.8
Poblacion con acceso a Agua Potable	100	91
Tasa de natalidad nacimientos / 1.000 habitantes (2008)	10.15	20.16
Tasa de mortalidad infantil muertes / 1.000 nacimientos	2.75	19.51
Presupuesto Militar % PIB	1.5	3.4
Poblacion en la pobreza	0	48

Fuente: OMS, www.indexmundi.com 2008

Suecia tiene el mejor y más amplio sistema de Seguridad Social del mundo, un médico por cada 328 habitantes, el estado toma medidas destinadas a obtener

⁶⁵ www.indexmundi.com

para sus ciudadanos – incluyendo los discapacitados - una mejor calidad de vida (igualdad), aporta un plan de seguro de desempleo y todos los ciudadanos reciben pensiones de jubilación, seguro médico y beneficios compensatorios por incapacidad para trabajar⁶⁶.

Las personas discapacitadas reciben suplementos salariales y de servicios especiales de apoyo, pagos de Seguridad Social, pensiones de jubilación anticipada, ayudas técnicas gratuitas, rehabilitación profesional - puestos de trabajo, asistencia y tecnología en el trabajo - ayuda domiciliaria con apoyo en la vida diaria (24 horas), servicios de cuidado en tiempo de descanso, ayudas económicas para la adaptación del hogar, casas para grupos pequeños con discapacidad mental, servicios de transporte específicos y servicios de apoyo individualizado.

La discapacidad en Suecia no se considera como una característica de la persona provocada por una lesión física o por una enfermedad, sino como la relación existente entre la persona y su entorno.

La discapacidad laboral es definida en Suecia como la relación existente entre la deficiencia física, mental, intelectual o médico-social de una persona y el entorno de trabajo en el sentido más amplio, mientras que el alcoholismo y la toxicomanía son ejemplos de discapacidad médico-social.

Las formas más comunes de discapacidad son:

• Auditiva	27.3
• Visual	26.9
• Osteoarticular	21.2
• Mental	13.1
• Psiquiátrica	5.9
• Vocal	5.6

6.5.1.1. Desarrollo legislativo.

1960: Se presenta la Política Sueca de ayuda a discapacitados.

1990: Se cierran las instituciones que habían sido la única alternativa de vivienda para muchas personas con discapacidad.

1993: Se aprueban las normas estándares de la ONU sobre la participación y la igualdad para personas con discapacidad funcional.

1994: Se crea la figura del Defensor de los discapacitados, encargado de vigilar el cumplimiento de esas normas.

⁶⁶ www.who.int/topics/disabilities/es/

2000: El Parlamento sueco aprueba el plan de acción nacional para la política de ayuda a discapacitados, que abarca hasta el 2010.

Con base en lo anterior el Gobierno y el Parlamento fijan las directrices de la política de ayuda a los discapacitados que se expresan en:

Prácticamente todos los discapacitados funcionales habitan en viviendas propias, y la inmensa mayoría de los niños crecen en los hogares de sus propias familias.

La educación es equivalente para todos los niños, independientemente de que sean discapacitados funcionales o no y de la parte del país donde vivan.

La mayoría de los niños y jóvenes van a escuelas “normales”, aunque también hay formas especiales escolares para alumnos sordos, con dificultades en su movilidad, psiquiátricos, con discapacidad visual ó limitaciones severas del lenguaje.

A alumnos con discapacidades psíquicas se les ofrece un programa especial, incluidos en un grupo ordinario o formar un grupo especial dentro de la escuela.

El estado debe facilitar que los discapacitados obtengan y conserven un puesto de trabajo, que reciban diversas formas de prestaciones económicas para atender a su sustento o para cubrir gastos extraordinarios, por medio de la Agencia Sueca de Seguro Social (*Försäkringskassan*).

Además, el Estado posee un grupo de 14 empresas, Samhall, destinada a proporcionar empleo digno a discapacitados y promover la transición de personas con discapacidad hacia empresas convencionales.

Otro tipo de instituciones son las Federaciones de Discapacitados activas desde hace más de 50 años que informan sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad enfatizando en lo laboral, presentan propuestas y proyectos para mejorar éstas condiciones, aportan al conocimiento y la investigación, se agrupan principalmente con base en los diagnósticos de sus miembros y tienen programas especializados para ellos.

En éste momento Estocolmo busca ser una capital sin barreras y tiene un proyecto de accesibilidad para que las vías públicas sean fácilmente transitables por todas las personas con motricidad disminuida.

6.5.2. España.

España es un país soberano, miembro de la Unión Europea, constituido en estado social y democrático de derecho y cuya forma de gobierno es la monarquía parlamentaria. Su territorio, con capital en Madrid, tiene una extensión de 504.645 km², para una población de 47.021.031 habitantes, según

datos del padrón municipal de 2010. El español es la lengua oficial del Estado La economía española es la 9ª economía mundial en términos de PIB.

Los siguientes son algunos datos estadísticos sobre España relacionados con la discapacidad⁶⁷.

En la población discapacitada las causas más frecuentes son⁶⁸:

- Osteoarticulares.
- Mentales
- Visuales
- Auditivas
- Del sistema nervioso central.

Grafico 10. Cuadro comparativo. Países España – Colombia

INDICADORES	ESPAÑA	COLOMBIA
Población	45.200.737	41.424.350 (05)
Esperanza de vida Hombre (años)	76.3	68.44
Esperanza de vida Mujeres (años)	83.2	76.24
Ingreso per capita (USD)	32.061	3.214
PIB en millones (USD)	1.438.959	135.285
Gasto en Salud del PIB (%)	5.1	6.8
Alfabetismo (%)	99	92.8
Poblacion con acceso a Agua Potable	100	91
Tasa de natalidad nacimientos / 1.000 habitantes (2008)	10.75	20.16
Tasa de mortalidad infantil muertes / 1.000 nacimientos	4	19.51

Fuente: OMS, www.indexmundi.com 2008

6.5.2.1. Desarrollo histórico.

El desarrollo en el manejo de la discapacidad en España se remonta a los años 70 del siglo XX.

⁶⁷ www.indexmundi.com

⁶⁸ www.who.int/topics/disabilities/es/

La Constitución democrática de 1978 – post Franco – determina que “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos” (art. 49).

6.5.2.2. Legislación.

En los años ochenta la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, 1982) obliga a: “La completa realización personal y total integración de los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales y asistencia y tutela para los disminuidos profundos”.

La LISMI, establece que “A los efectos de la presente Ley se entenderá por minusválido toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”.

6.5.2.3. Otras normas importantes

El Real Decreto 383/1984 del 1 de Febrero que establece el sistema de prestaciones sociales y económicas para los discapacitados.

El Real Decreto 1971/1999 del 23 de diciembre que gradúa la discapacidad:

- Grado 1: discapacidad nula.
- Grado 2: discapacidad leve.
- Grado 3: discapacidad moderada.
- Grado 4: discapacidad grave.
- Grado 5: discapacidad muy grave.

El Plan de Acción integral para las personas con Discapacidad de 1996 brinda mayor importancia a las políticas activas de rehabilitación y normalización social y laboral que a las políticas protectoras especiales (pensiones y prestaciones).

La Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, obliga a la no discriminación y a la accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE 3 de diciembre de 2003) y busca la igualdad de oportunidades en cuanto a la disminución de la discriminación, el acceso a la comunidad y a su participación en procesos ligados a telecomunicaciones y sociedad de la información, espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación, transportes, bienes y servicios a disposición del público y relaciones con las administraciones públicas.

El Real Decreto N° 1494/2007 reglamenta la ley anterior definiendo las condiciones de acceso de personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios de la sociedad de la información y los medios de comunicación social.

La Ley 49/2007 determina el Régimen infracciones y sanciones por no acatar las normas de protección de los discapacitados.

El reconocimiento de los discapacitados y la consolidación normativa del proceso en España se asocia al trabajo y esfuerzo del movimiento asociativo de las comunidades de discapacitados y sus familias, algunos ejemplos son:

Asociación AMPROS: En la provincia de Santander ha aplicado, en varios Centros Ocupacionales y Especiales de Empleo, las recomendaciones del llamado Sistema 1992 de la American Association for the Mentally Retarded (AAMR).

Asociación para la Promoción del Minusválido (PROMI): Contribuye a la evaluación psicosocial de sujetos con retraso mental. Son pioneros en el diseño y aplicación de un sistema clasificatorio informatizado para usuarios de programas de inserción laboral que aprovecha y adapta los sistemas aplicados en otros países.

6.5.2.4. Instituciones importantes en discapacidad en España.

IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales): Entidad Gestora de la Seguridad Social para la gestión de los Servicios Sociales complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, y en materia de personas mayores y personas en situación de dependencia.

Desde su creación el INSERSO (inicialmente instituto Nacional de servicios sociales) asume las competencias sobre la gestión de las prestaciones complementarias de la Seguridad Social para personas mayores y personas con discapacidad. Específicamente en lo concerniente al sector de minusválidos, este Instituto tiene competencias en el reconocimiento, calificación y registro de minusválidos. También en la gestión de las prestaciones sociales y económicas contempladas en el Título V de la LISMI, así como la gestión, directa o concertada, de las Pensiones no Contributivas de Invalidez.

Las comunidades autónomas tienen entre sus funciones la calificación de la minusvalía cuyo certificado es expedido por la Dirección General de Servicios Sociales de cada Gobierno. Actualmente estas competencias del INSERSO se amplían incorporando el Instituto de Migraciones, lo que genera el cambio de denominación de INSERSO por el de IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Real Decreto 140/1997, de 31 de enero), dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. También, a mitad de los ochenta se

inicia el proceso de transferencia de competencias del INSERSO a las Comunidades

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) en el que se destaca la ley de dependencia, ley 39/2006, del 14 de diciembre.

6.5.3. Argentina

Argentina es un país con 39.745.613 habitantes en 2.740.400 Km², organizado como una república democrática y federal, la moneda es el peso argentino, el idioma oficial es el español⁶⁹ y la población con discapacidad representa el 7,1 por ciento del total.⁷⁰

Grafico 11. Cuadro comparativo. Países Argentina – Colombia

INDICADORES	ARGENTINA	COLOMBIA
Población	39.745.613	41.424.350 (05)
Esperanza de vida Hombre (años) 2006	71.5	68.44
Esperanza de vida Mujeres (años) 2006	79.06	76.24
Ingreso per capita (USD) 2006	6.606	3.214
PIB en millones (USD) 2006	323.800	135.285
Gasto en Salud del PIB (%) 2005	8.9	6.8
Alfabetismo (%) 2005	97.4	92.8
Poblacion con acceso a Agua Potable	96	91
Tasa de natalidad nacimientos / 1.000 habitantes 2006 est	17.19	20.16
Tasa de mortalidad infantil muertes / 1.000 nacimientos 2006 est	12.6	19.51

Fuente: OMS, www.indexmundi.com_2008

Los datos más recientes obtenidos de la Encuesta nacional de discapacidad (ENDI) dentro del censo 2001/2003, informan que la población con discapacidad representa el 7,1 por ciento de la población total, la prevalencia es levemente superior en las mujeres (7,3 por ciento) que en los varones (6,8

⁶⁹ www.indexmundi.com

⁷⁰ <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>

por ciento), en números absolutos, el total de las personas con discapacidad asciende a 2.176.123 (1.010.572 varones y 1.165.551 mujeres).

Tipos de discapacidad.

- Motrices: 39,5% (con predominio de afectación de las piernas en un porcentaje del 61,6%)
- Visuales 22%
- Auditivas 18%
- Mentales 15,1%

Las causas de discapacidad son las siguientes:

- 44,7% por enfermedad común.
- 12,8% de nacimiento.
- 9,2% ignora las razones.
- 5,0% por accidente laboral.
- 4,0% accidente doméstico.
- 2,9% por accidente de tránsito.

6.5.3.1. Desarrollo histórico

La ley 22.431 del 16 marzo de 1981 puede considerarse la base del desarrollo de políticas sobre discapacidad pues crea el “Sistema Integral de Protección de los discapacitados” base legal del concepto de discapacidad y de su abordaje.

Posteriores leyes han modificado el contenido de la anterior ley, como lo son la Ley 24.314, reglamentaria y que precisa aspectos relacionados con la accesibilidad, la 24.308, de trabajo y la 24.901, con sus normas complementarias, que establecen el Sistema de Prestaciones Básicas.

Argentina acogió el Convenio 159 de junio de 1983 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

6.5.3.2. Legislación.

Ley 24.557 / 1995 “Sistema de Riesgos del Trabajo”; En riesgos laborales, se trabaja con base en esta ley, que impone un seguro obligatorio que los empleadores deberán contratar en entidades “Aseguradoras de Riesgos de Trabajo” (ART) o en compañías de seguros. También a los que tengan la solvencia económica se les da la posibilidad de autoasegurarse⁷¹.

⁷¹ http://www.eft.com.ar/doctrina/articulos/articulos-ley_riesgos_trabajo.htm

Ley 24.452 /1995; que regula el cheque bancario y establece que los fondos que recaude el Banco Central de la República Argentina en virtud de las multas previstas en la ley deben ser transferidos al Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados para financiar programas de atención integral para las personas con discapacidad.

Ley 25.858 / 2003 modifica el Código Electoral con el propósito de posibilitar la participación de las personas con discapacidad en los comicios.

Ley de Educación Superior 24.521 / 2002 fue modificada por la ley 25.573 del 2002 con el propósito, entre otros, de promover en las universidades nacionales el acceso a la educación superior de las personas con discapacidad, garantizándoles la accesibilidad al medio físico, servicios de interpretación y los apoyos técnicos necesarios y suficientes

Ley 25.643 / 2002 aún no reglamentada, define al turismo accesible como el complejo de actividades originadas durante el tiempo libre, orientado al turismo y la recreación, que posibilitan la plena integración —desde la óptica funcional y psicológica— de las personas con movilidad y/o comunicación reducidas.

Leyes N° 25.634 y 25.635 / 2002 reglamentan el Transporte Público y determinan entre otras cosas las frecuencias de los Buses Accesibles y el pase libre en el Transporte Público Terrestre para personas con discapacidad.

En Argentina, la Seguridad Social depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social del que, a su vez, depende la Secretaría de Seguridad Social con tres áreas:

- La Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).
- La Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP).
- Superintendencia de riesgos del trabajo (SRT).⁷²

La ley pone a cargo de las comisiones médicas y de la Comisión Médica Central, determinar la naturaleza laboral del accidente o de la enfermedad, el carácter y grado de la incapacidad resultante, y el contenido y alcance de las prestaciones en especie. Dichas comisiones podrán, así mismo, revisar el tipo, carácter y grado de la incapacidad y resolver en las materias en las que son competentes cualquier discrepancia que surja entre la aseguradora de riesgos del trabajo y el damnificado o sus derechos habientes.

Las prestaciones se realizan de esta forma: Total (cuando la disminución fuere igual o superior al 66%), Parcial (cuando la disminución fuere inferior al 66%), Provisoria (recibe una pago mensual durante 36 meses, esto cuando no existe

⁷² Ibid.

certeza del carácter definitivo de la incapacidad), Definitiva (recibe una suma de pago único al cese del periodo de incapacidad temporaria, permanente o con carácter provisorio).

6.5.4. Perú

El Perú es un país con una superficie de 1 250 000 km² y una población de 28 millones 900.000 habitantes organizado como una república presidencialista de representación democrática, el idioma es el español y la moneda el nuevo sol⁷³. El 8,7% de los peruanos presenta discapacidad⁷⁴.

En el X Censo Poblacional y V de Vivienda hecho en el 2005 no hubo evaluación específica de éste tema, el CEEDIS realizó un estimado de población con discapacidad, basándose en el mencionado censo y sobre el 13.08% del Estudio de la INR-OPS de 1993 dando un resultado de 3.420. 716 Discapacitados. En la Encuesta Continua a cargo del INEI, señala que el 8,7% de los peruanos, es decir 2.249.000 personas, son discapacitados en una tasa de prevalencia del 10,9%.

Grafico 12. Cuadro comparativo. Países Perú – Colombia

INDICADORES	PERU	COLOMBIA
Población	28.220.764	41.424.350 (05)
Esperanza de vida Hombre (años) 2003	68.4	68.44
Esperanza de vida Mujeres (años) 2003	73.4	76.24
Ingreso per capita (USD) 2006	3.885	3.214
PIB en millones (USD) 2006	109.069	135.285
Gasto en Salud del PIB (%) 2005	8.9	6.8
Alfabetismo (%) 2005	97.4	92.8
Poblacion con acceso a Agua Potable (%)	96	91
Tasa de natalidad nacimientos / 1.000 habitantes (2008) 2006 est	17.19	20.16
Tasa de mortalidad infantil muertes / 1.000 nacimientos 2006 est	12.6	19.51

Fuente: OMS, www.indexmundi.com 2008

⁷³ www.indexmundi.com

⁷⁴ http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf

Tipos de Discapacidad.

- Motora 23,3 %
- Retardo mental 21,6 %
- Visual 20 %
- Auditiva 16 %
- Mental 11,8 %

6.5.4.1. Desarrollo histórico.

En el vecino país, la Seguridad Social – creada por la Ley N° 26790 - es un programa de carácter nacional en el cual deben inscribirse todos los trabajadores y empleadores; este programa está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). El empleador es responsable de su registro y de la actualización del registro del trabajador. Tanto el empleador como el trabajador contribuyen al sistema, siendo responsabilidad del empleador cobrar estas contribuciones mediante descuentos sobre la remuneración de los trabajadores.

La Seguridad Social tiene tres áreas: El Régimen de Prestaciones de Salud, el Sistema Nacional de Pensiones y el Seguro de accidentes y enfermedades profesionales, régimen aplicable sólo a los trabajadores obreros con la contribución a cargo exclusivo del empleador en función de la actividad de su centro de trabajo. La mencionada ley establece la creación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – SCTR, que otorga Prestaciones de Salud y Pensión de Invalidez; para poder cumplir con lo indicado, en lo concerniente a la calificación, la Comisión Técnica Médica presenta el Manual de Evaluación y Calificación de la Invalidez por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que requiere de un contexto claro y específico.

6.5.4.2. Legislación.

Ley 27050 / 1998, conocida como la “Ley General de las Personas con Discapacidad” del 18 de Dic. Las personas con discapacidad y sus familiares han logrado, a través de organizaciones, captar la atención del Estado y la sociedad peruana respecto a la marginación y exclusión social que afectan su calidad de vida y bienestar. Esta ley es la base de las normas sobre discapacidad pues estableció el régimen legal de protección, de atención de salud, trabajo, educación, deporte, rehabilitación, seguridad social y prevención, accesibilidad e implantó medidas compensatorias y de protección para que las Personas con discapacidad puedan alcanzar su máximo desarrollo por medio de la integración económica y social.

Para el logro de los fines y la aplicación de la Ley, se creó el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS)

incorporándose como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, sus funciones son:

Formular y aprobar las políticas para la prevención, atención, inclusión e integración social de las personas con discapacidad y elaborar proyectos de corto, mediano y largo plazo, para su desarrollo social y económico.

Apoyar, promover y supervisar el funcionamiento de todos los organismos así como el financiamiento de los proyectos que desarrollen las organizaciones de personas con discapacidad.

Fomentar y organizar eventos científicos, técnicos y de investigación que tengan relación directa con los discapacitados; Dirigir el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad y convenir con las Municipalidades, para que en su representación vigilen el cumplimiento de esta Ley y su Reglamento.

Una de las funciones del CONADIS en años recientes fue la formulación e implementación del “Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2003-2007” (PIO-PCD) como instrumento de carácter multisectorial de desarrollo humano y social.

Beneficios para los discapacitados.

Bonificación del 15% en los concursos públicos de méritos en la Administración Pública sobre el puntaje final obtenido.

Reservar 5% de las vacantes en universidades para personas con discapacidad y adecuar los procedimientos de admisión.

Descuento del 50% sobre el valor de la entrada a espectáculos culturales, deportivos o recreativos organizados por las Entidades del Estado, aplicable hasta un máximo del 25% del número total de entradas.

6.5.5. Japón

El Japón es un país con un área aproximada de 378.000 km² y una población de 127'400.000 habitantes para una densidad cercana a 343 personas por km. cuadrado, es una de las economías más poderosas del mundo. Está organizado como una monarquía constitucional, el idioma es el japonés y la moneda el yen⁷⁵. El 5 % de su población sufre alguna forma de discapacidad⁷⁶.

En el 2003 se estimaba que había:

- 3,4 millones de personas de 18 años o menos con discapacidad física.

⁷⁵ www.indexmundi.com

⁷⁶ www.who.int/topics/disabilities/es/

- 342,000 personas con discapacidad intelectual (incluyendo personas con más de una discapacidad).
- 2,04 millones de personas que reciben atención médica por desórdenes psiquiátricos
- Hay 396.000 personas con discapacidad física empleadas en establecimientos comerciales, contratados tiempo completo, medio tiempo u otros.
- Hay 69.000 con discapacidad intelectual y 51,000 con desordenes mentales.”

Grafico 13. Cuadro comparativo. Países Japón – Colombia

INDICADORES	JAPÓN	COLOMBIA
Población	127.400.000	41.424.350
Esperanza de vida Hombre (años)	78.45	68.44
Esperanza de vida Mujeres (años)	83.4	76.24
Ingreso per capita (USD)	33.885	3.614
PIB en millones (USD)	4.409.000	171.738
Gasto en Salud del PIB (%)	8	6.8
Alfabetismo (%)	99	92.8
Poblacion con acceso a Agua Potable	96	91
Tasa de natalidad nacimientos / 1.000 habitantes	7.87	20.16
Tasa de mortalidad infantil muertes / 1.000 nacimientos	2.8	19.51
Presupuesto Militar % PIB	0.8	3.4
Poblacion en la pobreza	0	48

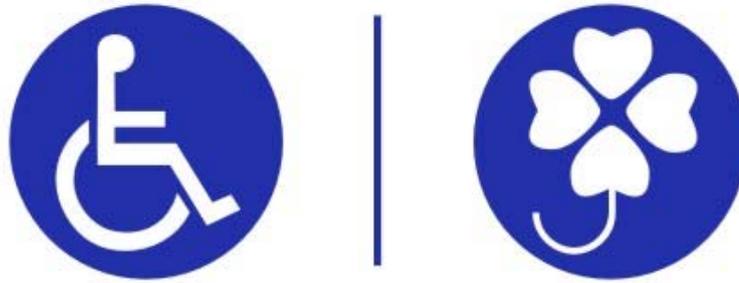
Fuente: OMS, www.indexmundi.com 2008

6.5.5.1. Desarrollo histórico.

Las medidas de asistencia pública para las personas discapacitadas se remontan a los años 40 con el reconocimiento de los derechos mediante leyes.

A partir de los años 60 las personas discapacitadas empezaron a hacer valer sus derechos tomando posición dentro de la sociedad y creando diversos grupos, uno de ellos durante los años 80 crea el Movimiento de Vida Independiente y otro en los años 90 conforma el Movimiento de Cultura de los Sordos.

En el 2002 Japón adopta el símbolo del trébol frente al de la silla de ruedas.



En los últimos diez años, el gobierno japonés se ha esforzado por lograr "la participación plena y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, logrando:

- Cambio social
- Actividades de autodefensa
- Avances legislativos.

En Urakawa, Hokkaido, ciudad de 16.000 residentes, hay una comunidad para personas con discapacidad mental establecida en 1984. La comunidad recibe unos 2000 visitantes al año, en ella se desarrollan actividades empresariales:

- Reunión de todo el grupo en la que lo fundamental es la comunicación.
- Continúa con una sesión de destrezas de vida independiente para dar inicio a un día laboral.

6.5.5.2. Legislación.

Ley de Asistencia Infantil de 1947 específica para los menores de 18 años.

Ley para el Bienestar de los Discapacitados Físicos de 1949.

Ley para el Bienestar de los minusválidos mentales de 1970.

Ley concerniente a las políticas básicas de los minusválidos de 1970.

La Ley fundamental de las personas con discapacidad, del 3 de diciembre de 1993, en su artículo 2º define que una "Persona con Discapacidad" es aquella cuya vida social cotidiana está sustancialmente limitada en el largo plazo, debido a una discapacidad física, mental y/o sensorial. A partir de esta definición, otras leyes japonesas sobre discapacidad proveen los servicios dentro de tres criterios de elegibilidad básicos:

- Sistema de pensiones por discapacidad
- Asistentes laborales
- Ley sobre uso de perros guías

6.5.6. Canadá

El Canadá es un país con una población total de 32,268.000 en 9.984.670 km², su organización política es una monarquía constitucional parlamentaria, la capital es Ottawa, la moneda es el dólar canadiense, los idiomas oficiales son inglés y el francés⁷⁷.

Las causas más frecuentes de discapacidad⁷⁸ son:

- Movilidad – agilidad 41 %
- Dolor 21 %
- Audición 10 %
- Aprendizaje – memoria 8 %
- Visión 6 %
- Psicológica 4 %
- Habla 4 %
- Desarrollo 4 %
- Desconocida 2 %

Grafico 14. Cuadro comparativo Países Canadá – Colombia

INDICADORES	CANADA	COLOMBIA
Población	33.200.00	41.424.350
Esperanza de vida de Hombres (años)	76.7	68.44
Esperanza de vida de Mujeres (años)	83.8	76.24
Ingreso per capita (USD)	42.620	3.614
PIB en millones (USD)	9.406.000	171.738
Gasto en Salud del PIB (%)	9.8	6.8
Analfabetismo (%)	99	92.8
Población con acceso a Agua Potable	96	91
Tasa de natalidad nacimientos / 1.000 habitantes	10.29	20.16
Tasa de mortalidad infantil muertes / 1.000 nacimientos	5.08	19.51
Presupuestos Militar % PIB	1.1	3.4
Población en la pobreza	10.5	48

Fuente: OMS, www.indexmundi.com 2008

⁷⁷ www.indexmundi.com

⁷⁸ www.who.int/topics/disabilities/es/

En ése país discapacidad es la desventaja real o percibida, considerándola más como limitación funcional que como deficiencia médica lo que representa un paso significativo en la evolución de la perspectiva conceptual de la discapacidad.

6.5.6.1. Desarrollo histórico.

La discapacidad emergió como un tema de política gubernamental en los años que siguieron a la Primera Guerra Mundial. Muchos soldados canadienses fueron heridos durante la guerra, y para asistirlos a ellos y a su familia, el Gobierno de Canadá adoptó la Veteran Compensation Act. en 1918.

En 1980 el Comité especial de la Cámara de los Comunes sobre Discapacidad y Minusvalía, elaboró el informe Obstacles 26, publicado en 1981.

La Constitución de 1982, que incluye la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, se convirtió en un referente en la protección constitucional de la igualdad de derechos de las personas con discapacidad pues en su artículo 15 establece que "todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a una protección igual de la ley sin discriminación por raza, origen nacional, religión, sexo, edad, o incapacidad física o mental y determina el Sistema de Pensiones de Canadá, el Programa de apoyo al empleo de las personas con discapacidad mediante el Fondo de Oportunidades, el sistema de becas y el Programa asistencial de rehabilitación residencial para personas con discapacidad.

En 1986 se aprobó la primera Employment Equity Act (EEA).

En 1991 los gobiernos federales, provinciales y territoriales anunciaron la adopción de una Estrategia Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad.

En 1995 se revisa la EEA.

En 1996 se emite el informe: Ciudadanía igual para canadienses con discapacidad.

En 1998 se estableció el marco institucional para el tratamiento de la discapacidad sobre tres parámetros: apoyo, empleo e ingresos.

En el 2003 se aprueba el acuerdo marco multilateral para el trabajo de los discapacitados

6.5.6.2. Sistema de Seguridad Social en Salud del Canadá.

Sistema de seguridad pensional:

- Plan canadiense de pensiones.
- Plan de pensiones de Quebec.

Ambos deben garantizar: Jubilación, supervivencia e invalidez, la pensión canadiense es una pensión mensual basada en el ingreso que generó el contribuyente canadiense durante su vida productiva en Canadá.

Sistema de seguridad en salud: Acta de salud del Canadá, el sistema es público y se dirige a servir a todos por igual.

El financiamiento es compartido por el gobierno federal y los gobiernos provinciales o territoriales.

6.5.6.3. Legislación

La legislación federal ha sido diseñada con el fin de garantizar que todos los residentes del país tengan acceso a la atención médica que necesiten mediante un sistema de seguro de salud financiado por impuestos.

Independientemente de su ingreso o capacidad de pago, todo residente puede recibir servicio médicos y de hospitalización, procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y dentales dentro de la cobertura que ofrece el sistema.

La distribución de los gastos en salud de Canadá revela que cerca de 95% de los ingresos que corresponden a médicos y hospitales se cubren con recursos del fisco.

El sector público asume aproximadamente 75% del gasto total, puesto que la diferencia se financia con fondos directos del bolsillo de los individuos y de seguros privados.

El gasto del sector público en salud proviene básicamente de los impuestos y es compartido entre el gobierno provincial (61%) y el federal (37%).

Las prestaciones del *Canada Pension Plan (CPP)* en materia de invalidez, sólo llegan a las personas vinculadas al mercado de trabajo.

Dentro del sistema pensional se hace referencia a las Prestaciones de invalidez.

En el sistema pensional (CPP) Discapacitado es aquella persona que no sea capaz de obtener un ingreso sustancial derivado de un empleo, debido a una discapacidad física o mental; confirmado por un informe médico sobre la discapacidad que padecen, junto con una declaración de sus ingresos, nivel de educación, empleo, ocupación y actividades cotidianas.

Bajo las normas actuales, para tener derecho a una pensión de invalidez se debe haber cotizado al menos 4 años dentro de los últimos seis años.

La pensión se extingue en el mes en que el beneficiario deja de ser considerado discapacitado o al cumplimiento de los 65 años, en que la pensión se convierte en jubilación o por la muerte del titular.

6.6. FORMAS DE RECONOCIMIENTO Ó CALIFICACIÓN EN LOS PAÍSES ESCOGIDOS.

6.6.1. Calificación en Suecia.

La discapacidad en Suecia no se considera como una característica de la persona provocada por una lesión física o por una enfermedad, sino como la relación existente entre la persona y su entorno, por ello no existe ninguna legislación específica sobre los derechos de las personas con discapacidad sino que las leyes incluyen artículos referentes a discapacitados funcionales, en aspectos como construcción y ordenación del territorio, apoyo y servicio a discapacitados, servicios sociales (LSS), para darles una vida independiente, condiciones de vida equitativas y plena participación en la vida de la sociedad. La invalidez no se califica, el discapacitado se incluye en la sociedad.

6.6.2. Calificación en España.

En España la calificación de minusvalía se hace con base en la Ley 13 de abril de 1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y el Real Decreto 383 de febrero de 1984, por el que se establece y regula el Sistema especial de Prestaciones sociales y Económicas previsto en la mencionada ley, con las modificaciones y recomendaciones de la CIF dadas a partir del año 2001. La calificación propiamente se hace con los baremos anexos al REAL DECRETO 1971 de diciembre de 1999 que contienen el procedimiento médico para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía , con las modificaciones y recomendaciones de la CIF dadas a partir del año 2001.

La calificación de dependencia se hace en la actualidad con base en la CIF, mediante el BAREMO PARA LA CALIFICACION DE DEPENDENCIA (BVD)

La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional entrenado en el BVD.

La valorización se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

En resumen en España se califican la minusvalía (invalidez) y la dependencia con el fin de garantizar el acceso a beneficios sociales y económicos que se pueden obtener con el certificado de minusvalía: salud, educación, formación ocupacional y empleo, prestaciones por hijo a cargo, pensión, incorporación a centros específicos, vehículo, vivienda, deducciones legales y en impuestos, seguros y servicios públicos, por lo tanto la calificación se hace con una intención incluyente de reconocimiento de derechos.

6.6.3. Calificación en Argentina.

En Argentina se califica la discapacidad conforme a la CIF y la WHODAS (WHO Disability Assesment Schedule) o Cuestionario de la OMS para valorar la discapacidad.

6.6.4. Calificación en el Perú.

La invalidez en el Sistema Nacional de Pensiones es aquella que alude la pérdida del 50% o más de la capacidad de trabajo del afiliado, que le imposibilita realizar un trabajo compatible con sus capacidades a consecuencia de una enfermedad o accidente común⁷⁹.

La invalidez es evaluada y calificada por los comités médicos creados para tal efecto. Cabe precisar que el término invalidez involucra dos conceptos:

Invalidez = Impedimento + Factores Complementarios

Así, la evaluación y calificación médica importa atribuir a la invalidez un determinado grado y naturaleza. Según el grado, que hace referencia al menoscabo de la capacidad productiva del afiliado a consecuencia de la ocurrencia del siniestro, la invalidez puede ser catalogada como parcial, si es calificada entre el 50% y menor al 66.6%, o total, cuando es mayor o igual al 66.6%. Respecto a la naturaleza de la invalidez, puede ser temporal o permanente.

Los comités médicos del Sistema Privado de Pensiones tienen por funciones principales el calificar la invalidez, sus causas, los casos excluidos y el análisis de la documentación por cada caso. El Comité Médico de las AFP (COMAFP) la califica en primera instancia y el Comité Médico de la Superintendencia (COMEC) en segunda instancia. Este último, merced a la presentación por parte de los propios afiliados, beneficiarios, AFP o aseguradoras de solicitudes de apelaciones en caso no estuvieran conformes con el dictamen expedido por el COMAFP.

⁷⁹ Comisión Técnica Médica, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez laboral Lima – Perú 2005.

Para efectos de la calificación de los casos, los comités médicos utilizan un Manual de Evaluación y Calificación de Invalidez⁸⁰⁻⁸¹, en cuyo contenido se establece el procedimiento y pautas a seguir para asignar un grado de pérdida de capacidad productiva, en virtud del impedimento físico que ocasiona en el funcionamiento de uno o más órganos del Afiliado. Asimismo, define los factores complementarios que deben agregarse al impedimento ya determinado para finalmente dictaminar el grado y naturaleza de la invalidez.

La discapacidad es calificada con el certificado de discapacidad por los Ministerios de Salud, de Defensa y del Interior, a través de sus centros hospitalarios y el Seguro Social de Salud (Es SALUD).

Por su parte, la invalidez se califica, dependiendo del sistema que corresponda, de la siguiente manera:

Sistema Nacional de Pensiones - SNP - Califica la Comisión Médica Evaluadora del Seguro Social de Salud (Es SALUD).

Sistema Privado de Pensiones SPP: Califica la invalidez en primera instancia el Comité Médico de las Administradoras de Fondos de Pensiones - AFP (COMAFP) y en segunda instancia el Comité de Superintendencia de las AFP (COMEC).

Para efectos de la calificación de los casos, los comités médicos utilizan el Manual de Evaluación y Calificación de Invalidez, el Ministerio de Salud aprobó mediante Resolución Ministerial N° 252-2006-MINSA del 20 de marzo de 2006, un nuevo formato de Certificado de Discapacidad, único documento que acredita, para efectos de la obtención de diversos beneficios, la condición de discapacidad de la persona.

6.6.5. Calificación en el Japón.

El Japón, como corresponde a un país de gran desarrollo social y sanitario no califica la discapacidad para reconocer los derechos de las personas discapacitadas, sino que *"la clasificación del grado de discapacidad"*, proporciona información completa sobre las condiciones del desarrollo físico y mental de ellas, lo que permite precisar la necesidad de los servicios de bienestar para cada persona con discapacidad, lo cual significa que el Japón califica para incluir.

El objetivo es obtener los datos básicos sobre la vida diaria, la situación y las necesidades de servicios con el fin de establecer las políticas públicas para esta población, para ello se realiza una encuesta por un entrevistador profesional (funcionarios municipales, enfermero(a) titulado(a), higienista ó

⁸⁰ http://www.safp.cl/sist_previsional/convenios_extranj/convenio_peru.html

⁸¹ Comisión Técnica Médica, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez laboral Lima – Perú 2005

trabajador social) ya sea al solicitante y/o a su tutor, haciendo las respectivas preguntas sobre los 106 temas comunes para los tres tipos de discapacidades (motriz, sensorial y mental). Se han hecho dos encuestas en el 2001 y la más reciente el 4 de noviembre de 2006.

Los cuestionarios se presentan en el censo poblacional y una vez diligenciados se envían a los gobiernos locales para caracterizar a las personas con discapacidad y definir los programas y estrategias de intervención. Una de las bases académicas más importantes es de Eiko Okuno como Profesor Asociado en el Curso de Rehabilitación de la Universidad de Tsukuba en el que presenta su trabajo: Estadísticas sobre discapacidad en Japón.⁸²

6.6.6. Calificación en el Canadá.

En el sistema pensional canadiense se declara como Discapacitado con derecho a pensión por invalidez a aquella persona que no es capaz de obtener un ingreso sustancial derivado de un empleo, debido a una enfermedad sustentada por un informe médico sobre la discapacidad que padece, junto con una declaración de ingresos, nivel de educación, empleo, ocupación y actividades cotidianas. La instancia encargada es una oficina dependiente del Ministerio de Salud.

⁸² Asia & Pacific Journal on Disability N° 3, Disability Statistics in Japan. Sept. 1998

7. COLOMBIA Y SU SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

7.1. LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Es un país ubicado en la zona noroccidental de América, su superficie es de 2.070.408 km², de los cuales 1.141.748 km² corresponden a su territorio continental y los restantes 928.660 km² corresponden a su extensión marítima y es el único país sudamericano que tiene costas en el Océano Pacífico y en el Océano Atlántico (a través del Mar Caribe). Su nombre oficial es República de Colombia y su capital es Bogotá. Es el segundo país más poblado de Sudamérica después de Brasil y el tercero de Latinoamérica, tras éste y México.

Tabla 2. Indicadores Socioeconómicos 1, con base en el *Censo de 2005*

Habitantes, densidad de 39 h/ Km ² .	41.242.948
Tasa anual de crecimiento	1%
Población urbana	78%
Hijos por mujer	2,4
No tienen ningún nivel educativo	9.2%
Esperanza de vida	Hombres 68.2 Mujeres 72.8
Tasa de mortalidad x 1000	Hombres 28,6 Mujeres 20,1
Se ha presentado una disminución del tamaño de hogares (número de personas) y un proceso de envejecimiento en la población.	

Fuente: DANE República de Colombia Censo General 2005.

De acuerdo con su constitución política actual es un estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales; democrática, participativa y pluralista. Tiene un PIB

Total, para 2007, (nominal) de US\$ 171.738 millones y un PIB per cápita de US\$ 3.614⁸³.

Tabla 3. Indicadores socio económicos 2.

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado 2006	POBLACION EN NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS(%) 2005	COEFICIENTE DE GINI 2001	POBLACION BAJO LINEA DE INDIGENCIA (%) 2005
16.352.751	20.125.263	27.63	0.55	15.65

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Sistema General de Riesgos Profesionales 2007

En ésta tabla se ve que la población pobre en Colombia es del 43,28 % (Población con necesidades básicas insatisfechas + Población bajo la línea de indigencia) - es decir uno de cada dos colombianos - y que el 46,3 % de los habitantes está afiliado al Sistema General de Seguridad Social, el resto pertenecen a lo que se denomina vinculados al régimen subsidiado, incluyendo un 27 % por fuera del SGSS⁸⁴.

Tabla 4. Índice de Gini.

PAÍS	INDICE DE GINI %
Namibia	70,7 (Peor distribución)
Colombia	53,8
Hong Kong	52,3
Perú	52
Argentina	51,3
Estados Unidos	45
Japón	38,1
Canadá	33,1
España	32,5
Suecia	23 (Mejor distribución)

Fuente: nationmaster.com

⁸³ www.indexmundi.com

⁸⁴ Ministerio de la Protección Social de Colombia, Sistema General de Riesgos Profesionales, 2007.

Un índice de Gini de 0,55 muestra la concentración de la riqueza en nuestro país en las manos de unos pocos mientras la mitad de nuestros compatriotas vive en la pobreza. El Coeficiente de Gini es una medida ideada por el estadístico italiano **Corrado Gini**, que se utiliza para medir la **desigualdad en los ingresos** ó en la riqueza.

Es un número entre 0 y 1 en el que 0 corresponde a la igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 corresponde a la total desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

El índice de Gini es el coeficiente de Gini expresado en **porcentaje**, en la Tabla 4 se muestran los índices de algunos países en el año **2007**⁸⁵.

7.2. HISTORIA Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE COLOMBIA

El Sistema Nacional de Salud que existía antes de 1993, contenía salud, pensiones y trabajo (Salud Ocupacional) en una estructura de responsabilidad y financiamiento de las instituciones por el estado – seguridad social - lo que hacía sencillo el procedimiento de calificación de invalidez.

En éste sistema⁸⁶, la calificación de invalidez la hacía el Instituto de Seguro Social a los trabajadores de las empresas privadas y la Caja Nacional de Previsión a los trabajadores del sector público, en un sistema sanitario único de salud, pensiones y trabajo. La calificación de invalidez se hacía en éstas instituciones – ambas estatales - con una tabla de evaluación sencilla y completa que permitía un procedimiento rápido y efectivo.⁸⁷

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud con sus tres divisiones ó sistemas completamente independientes entre sí:

- Salud
- Pensiones
- Riesgos profesionales

Con el nuevo Sistema General de Seguridad Social⁸⁸⁻⁸⁹, posterior a 1993, se pasa de la Seguridad Social a un sistema de aseguramiento – protección social - en el que los afiliados pagan un seguro en salud, otro en pensión y otro en riesgos profesionales con las siguientes instituciones:

⁸⁵ NationMaster, www.nationmaster.com

⁸⁶ Ministerio de Salud de Colombia Diez años de información en Salud. 1994.

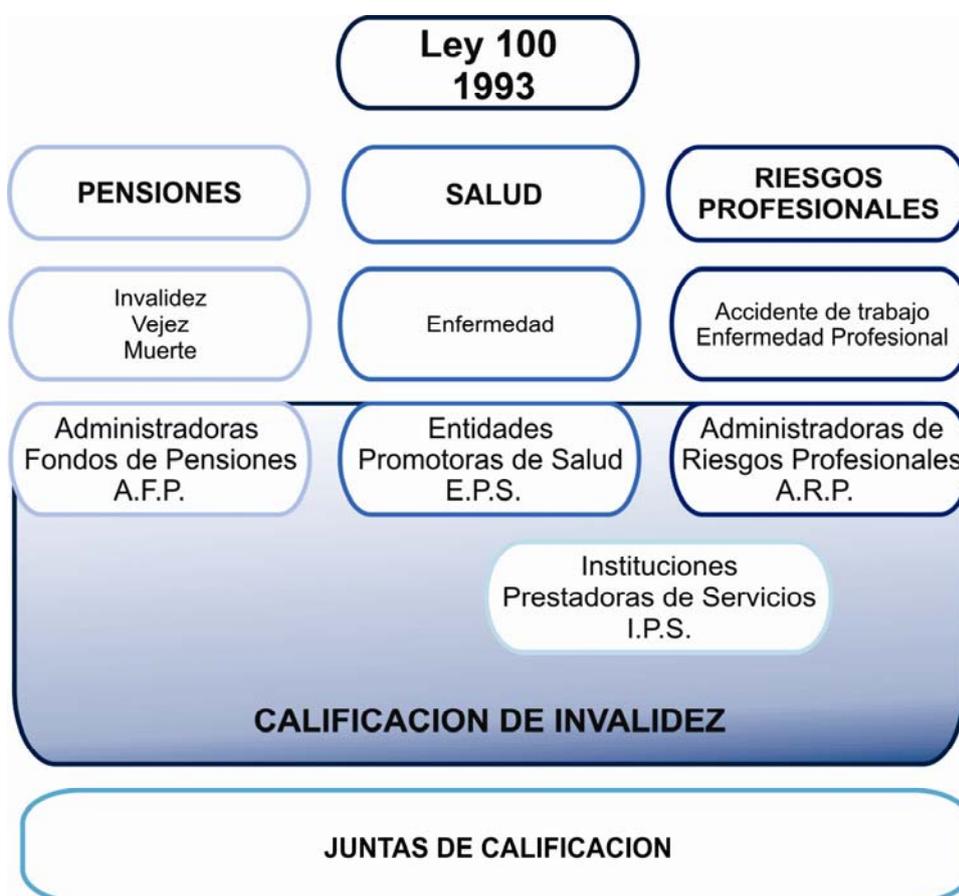
⁸⁷ Instituto Colombiano de Seguro Social: Tabla de Evaluación de Incapacidades por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. 1967.

⁸⁸ Ministerio de salud de Colombia 10 años de información en salud 1994.

⁸⁹ Cardona A. Mejía L M, Nieto E, Restrepo R. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 23 No. 1 Temas críticos en la reforma de la Ley 100 de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud 2007.

- Los fondos de Pensiones (AFP) son nuevos creados por la ley.
- Las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) son áreas nuevas de las compañías de seguros que existían en el país y “... creadas para explotar el ramo de riesgos profesionales...”⁹⁰.
- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) públicas ya existían, las privadas son nuevas.
- Las instituciones pertenecientes a cada subsistema son totalmente independientes y separadas entre sí lo que complica el proceso de calificación de invalidez.

Grafico 15. Ley 100 de 1993



Fuente: Buendía S.

7.2.1. Análisis del Sistema General de Seguridad Social

En ésta tesis se presentó antes un análisis del Sistema General de Seguridad Social de Colombia como marco teórico, político y legal del proceso actual de calificación de invalidez – pérdida de capacidad laboral en el cual se utiliza el

⁹⁰ Ministerio de la Protección Social, Servicio Nacional de Aprendizaje, Diagnóstico actual y prospectivo de la SO y los Riesgos Profesionales en Colombia 2005.

MUCI, comparándolo con los procesos y procedimientos de otros países, de los que se hace una breve descripción socio demográfica que permita conocerlos, así sea parcialmente, para equiparar sus condiciones de desarrollo social y sanitario con las de nuestro país.

El marco conceptual y los modelos de salud de enfoque biólogo y unicausal acordes con la vieja definición de la OMS de salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad,⁹¹ sirvieron para la construcción de la CIDDM que es el marco conceptual del Manual Único de Calificación de Invalidez expedido como Decreto 692 de 1995 reglamentario de la Ley 100 de 1993 y modificado por el Decreto 917 de 1999 actualmente vigente en Colombia.

Respecto a la Ley 100 de 1993 que tiene más de 10 años de expedición, es necesario evaluarla y ajustarla teniendo en cuenta la situación actual del país y los hechos que justifican su modificación⁹².

En un interesante artículo Publicado en la Revista Colombiana de Neumología en el año 2003: "Algunos aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y su sistema de seguridad social", los Doctores Guillermo Restrepo MD. y Juan Carlos González MD., analizan el Sector Salud mediante una comparación con el Sistema Nacional de Salud vigente antes de la ley 100.

"Vale la pena mencionar que el Sistema Nacional de Salud concebía la salud como un servicio para el ser humano, como un bien social con un "derroche" económico que se traducía en bienestar. Evidentemente la Seguridad Social fruto de la Ley 100 de 1993 ve la salud como un producto comercial, evaluado según las leyes comerciales en las que la rentabilidad financiera cobra gran importancia. Mientras un modelo concibe la salud con un eje social, el otro la concibe con un eje económico y esto es algo que deben definir los colombianos: Siguen girando en torno a la visión económica del derecho a la salud o volvemos a la concepción social"⁹³.

"Así mismo se ha dejado en claro que la denominada ineficiencia Estatal no ha sido corregida por el sector privado, se debilitó la red pública de hospitales, que es de todos los colombianos, y el Estado mostró su incapacidad para vigilar tanto a las EPSs, como a las Administradoras del Régimen Subsidiado ARSs, las Instituciones prestadoras de salud IPSs y permitió el mal uso de los recursos asignados"⁹⁴.

La tabla 5 muestra la vinculación de los colombianos al SGSS en los regímenes subsidiado, contributivo y de excepción y los relaciona con la

⁹¹ Organización Mundial de la Salud, Carta Magna 1948

⁹² RESTREPO G, GONZÁLEZ JC, Revista de Neumología, Algunos aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y sobre su sistema de seguridad social. 2003.

<http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neumo14202-reflexion.htm>

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid.

cobertura de afiliación al sistema de riesgos profesionales, la población general del país y las personas que aún no están afiliadas al SGSS.

En ésta tabla llama la atención que el 27,4% de las personas de estratos bajos no están afiliadas al régimen subsidiado, es decir están por fuera del sistema general de seguridad social del país, cifra cercana al 33 % de las que no están afiliadas al sistema general de riesgos profesionales ó lo que es lo mismo uno de cada tres colombianos está por fuera del sistema de seguridad social y uno de cada tres de la población económicamente activa fuera del sistema de riesgos profesionales.

En la misma tabla se observa que en el Ministerio de la Protección Social incluyen la cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales en el total de la población generando confusión en las cifras estadísticas en dos aspectos importantes que se explican a continuación:

- Primero: Pertener al régimen contributivo obliga a estar vinculado al Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Segundo: La cifra expuesta en la vinculación al sistema general de Riesgos Profesionales distorsiona la anterior grafica ya que es el único subsistema incluido, excluyendo a pensiones.

Tabla 5. Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el 2006

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	No. DE PERSONAS	COBERTURA POBLACIONAL	COBERTURA FALTANTE
Régimen subsidiado	20.125.263	72.6%	27.4%
Régimen contributivo (a Dic. De 2006)	16.352.751	77.1%	23.9%
Régimen de excepción (Fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, Policía Nacional)	1.910.351	N.D.	N.D.
Cobertura Afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales	5.637.676	67.0%	33.0%
Número de personas NO afiliadas al SGSSS	5.017.022	11.6%	N.A.
Población Total (Proyeccion 2006)	43.405.387	88.4%	

Fuente: Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA 2006

7.3. SISTEMA DE SALUD.

Para continuar con el artículo mencionado de la Sociedad Colombiana de Neumología, "... en el actual modelo de Seguridad Social, si bien es cierto que a partir de 1993 con la aprobación de la Ley 100, ha habido un aumento muy importante en los aportes dedicados a la Salud (4.8 del % del PIB en 1997 comparado con 1.3 que se destinó en 1993), esto no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas, tal como debiera esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad. Se discute el manejo financiero que se le ha dado pues se gasta más en la "forma" que en el fondo, queriendo decir con esto que lo lógico es que a más recursos, más y mejor prestación, pero lo que ha sucedido es que se gasta más en "administración" e intermediación financiera – Entidades promotoras de salud EPSs - que en ofrecer salud".

En éste trabajo se ofrece información adicional que aporta a la discusión sobre los resultados del Sistema de Seguridad Social creado por la Ley 100 de 1993, se presenta a continuación la tabla de enfermedades de notificación obligatoria de Colombia del año 2007.

Tabla 6. Enfermedades de Notificación Obligatoria

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (Casos notificados e incidencia por 100.000 habitantes) COLOMBIA 2007										
COLOMBIA	HEPATITIS B		TBC TODAS LAS FORMAS		SARAMPION		RUBEOLA		VIH / SIDA	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA
	1.032	2.38	11.128	25.64	1.035	2.38	1.349	3.108	3.548	8.17

Fuente: Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA 2007.

La tabla de las enfermedades de notificación obligatoria en el 2007 presenta la tuberculosis con una tasa de incidencia de 25,6 casos por 100.000 habitantes que comparada con la tasa del año 1995 de 29 por 100.000 habitantes, muestra una reducción de 3,4 por 100.000 en 12 años, es la lenta evolución en salud pública resultante de la Ley 100 de 1993. La tasa de Colombia comparada con países de similares condiciones de desarrollo como Argentina que pasó en 1990 de 33 casos por 100.000 habitantes a 26 por 100.000

habitantes en el 2006 ⁹⁵⁻⁹⁶, una variación de 7 por 100.000 en 16 años, más del doble que Colombia.

No hay que olvidar los conceptos de la medicina social: En el origen de la TBC se encuentran tanto la micobacteria que la causa como la desnutrición resultante de la pobreza, padecida en Colombia por un 45,1 % de la población⁹⁷, aunque en referencias de instituciones internacionales se presenta un 48 %⁹⁸.

7.4. SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES (SGRP)

Continuando con el mencionado artículo: “... en lo que se refiere a los indicadores laborales, sabido es que hay dudas respecto a su confiabilidad pues por ejemplo en Colombia en desempleo se maneja el concepto de tasa de ocupación a diferencia del que se debe considerar que es la tasa de empleo. Es muy distinto estar ocupado a estar empleado, conceptos del DANE, pues estar empleado origina ingresos con pagos obligados a la seguridad social derivados de un contrato de trabajo.”⁹⁹ No se debe olvidar que en Colombia la definición de población ocupada incluye los trabajadores temporales, los subempleados y los informales.¹⁰⁰

“Aunque el Sistema General de Riesgos Profesionales no recibe tantas críticas como los de salud y pensiones, es claro que la cobertura y universalidad no son amplias pues quedan por fuera trabajadores independientes por la dificultad para afiliarse¹⁰¹ a pesar de ser personas expuestas en muchos casos a riesgos altos, motivo por el cual no son clientes deseados ni buscados por las ARPs y quedan por fuera del sistema”.

Tabla 7. Afiliados y pensionados por ARP.

ENTIDAD	Afiliados	Pensionados
ARP Positiva	1.959.680	25.600
ARP Privadas	4.284.108	644

Fuente: Fondos de Riesgos Profesionales. Estadísticas. <http://www.fondoriesgosprofesionales.gov.co>

⁹⁵ WHO, Estimated Burden of TB, Las Americas 1990 – 2006. www.WHO.org 2008.

⁹⁶ Ministerio de Salud de Colombia. Diez años de información en Salud. 1994.

⁹⁷ Departamento Nacional de Planeación 50 años 2008.

⁹⁸ www.indexmundi.com 2008

⁹⁹ Departamento Nacional de Planeación 50 años 2008.

¹⁰⁰ Ministerio de la Protección Social, Servicio Nacional de Aprendizaje, Diagnóstico actual y prospectivo de la SO y los RRPP en Colombia 2005.

¹⁰¹ Ministerio de la Protección Social, Decreto 3615 de 2005.

El Sistema General de Riesgos Profesionales muestra que a pesar del poder económico de las ARPs privadas la estatal, Positiva (antes ISS), sigue teniendo la mayoría de lo que denominan el mercado de los seguros de riesgos profesionales.

En la tabla anterior se observa lo anotado y también la diferencia en el número de afiliados y pensionados.

Según los registros del Sistema de Información Gremial de Fasecolda, entre los años 2000 y 2003, el número de inválidos por ATEP en las cinco principales actividades económicas se incrementó, de 59 casos en el 2000 a 80 en el 2003 con un total de 255 casos en ése cuatrienio. Con ésa incidencia de eventos ATEP, la inversión en programas de prevención resulta ser altamente costo-efectiva, en beneficio de la salud de los trabajadores y las trabajadoras, así como en la productividad de la empresa y del SGRP¹⁰².

Con respecto a las enfermedades profesionales, en el mismo período, ha venido aumentando su reconocimiento a pesar del subregistro y de las dificultades que el proceso de calificación de la invalidez y del origen implica para las personas afectadas, en la primera de éstas se encuentra involucrado el Manual ya descrito.

Tabla 8. Sistema General de Riesgos Profesionales.

COLOMBIA 1994 - 2006							
AÑOS	AFILIADOS	ENFERMEDADES CALIFICADAS COMO PROFESIONALES		ACCIDENTES CALIFICADOS COMO PROFESIONALES		MUERTES CALIFICADAS COMO PROFESIONALES	
		FREC.	TASA X 100.000 AFIL.	FREC.	TASA X 100 AFIL.	FREC.	TASA X 100.000 AFIL.
1994	3.622.402	1.215	33.5	136.767	3.8	357	9.9
1995	3.605.061	1.042	28.5	128.081	3.5	370	10.1
1996	3.907.113	737	18.9	97.512	2.5	624	16.0
1997	4.053.447	864	21.3	135.327	3.3	955	23.6
1998	3.800.187	636	16.7	145.530	3.8	890	23.4
1999	3.950.957	701	17.7	182.567	4.6	820	20.8
2000	3.788.856	895	23.6	211.189	5.6	743	19.6
2001	4.091.427	984	24.1	223.849	5.5	852	20.8
2002	4.164.975	920	22.1	230.223	5.5	697	16.7
2003	4.602.468	1.121	24.4	279.275	6.1	842	18.3
2004	4.849.754	1.105	22.8	229.956	4.7	530	10.9
2005	5.104.050	1.909	37.4	263.316	5.2	587	11.5
2006	5.637.676	2.935	52	295.052	5	654	12

Fuente: Ministerio de Protección Social - Grupo de Promoción y prevención. Instituto Nacional de Salud. Sistema Nacional de vigilancia SIVIGILA 2006

¹⁰² Ministerio de la Protección Social, Servicio Nacional de Aprendizaje, Diagnóstico actual y prospectivo de la SO y los Riesgos Profesionales en Colombia 2005.

En la tabla anterior se observa que entre el año 1994, cuando entra en vigencia la Ley 100 de 1993 y el 2006 hay un aumento sostenido en el número de trabajadores vinculados al Sistema de Riesgos Profesionales debido a la disminución del desempleo, con aumento de la vinculación al sistema y al control a la evasión y la elusión. A pesar de lo anterior hay un alto porcentaje de colombianos que no están vinculados al sistema por la contratación precaria imperante en nuestro país y por las dificultades para vincular al SGRP a los trabajadores independientes que ya se vio atrás.

Con respecto a la tabla 8, llaman la atención los siguientes aspectos que resultan de homogenizar las cifras de 2006:

Enfermedad profesional	Accidentes de trabajo	Muertes profesionales
52/100.000 afiliados	5.523/100.000 afiliados	12/100.000 afiliados

La tabla descrita utiliza en los datos de Enfermedad Profesional y Muertes Profesionales tasas por 100.000 afiliados y pasa en Accidentes de Trabajo a una tasa porcentual que muestra un dato preocupante: 5 de cada 100 trabajadores formales presentó en el 2006 un accidente de trabajo, surge entonces la pregunta; ¿si esto ocurre con los trabajadores vinculados al SGRP qué pasa con los informales, que según la tabla 4, son el 33 % de la población?

“Desde el año de 1994 hasta el 2005 se han reportado 7.150 casos de enfermedad profesional, siendo ésta una realidad preocupante dado el tiempo de operación del SGRP, los recursos económicos y humanos y la exposición real de los trabajadores en sus sitios de trabajo con base en las condiciones de trabajo que se conocen. Esto es indicativo del alto grado de subregistro existente, de la falta de identificación de éste tipo de enfermedades y de su diagnóstico y tratamiento oportunos”¹⁰³.

Las muertes relacionadas con accidentes de trabajo, según la Tabla 8, aumentaron con un pico en el año 1998 y desde entonces han disminuido, esto no indica mejoría en las condiciones de trabajo de los trabajadores sino subregistro y baja vinculación de trabajadores independientes e informales al sistema de riesgos profesionales como se ha mostrado en otras tablas.

Finalmente, en la misma tabla, con respecto a los accidentes de trabajo, su incidencia ha aumentado levemente pero algunos estudios afirman que continúa el sub registro y la dificultad del proceso por la misma razón que las enfermedades, pues las personas que presentan un accidente son calificadas ¹⁰⁴ por empresas de salud, riesgos profesionales y pensiones, en el marco del sistema de la Ley 100 de 1993, así el derecho a la salud y las prestaciones económicas de ellas dependen de las decisiones de instituciones relacionadas entre sí y con intereses económicos comunes como ocurre con empresas que pertenecen a grupos financieros que tienen negocios en salud, seguros y pensiones.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Ibid.

En la tabla de FASECOLDA “Comparativo de ramos por seguros entre diciembre del 2006 y 2007”, se observa que en el ramo de riesgos profesionales para el año 2007, las primas emitidas fueron de 769.585 millones de pesos con un aumento del 22% respecto al 2006 y los siniestros pagados para la misma fecha fueron de 250.191 millones de pesos, una simple resta nos muestra la altísima rentabilidad que tiene el Sistema de Riesgos Profesionales para las empresas de seguros,¹⁰⁵ y nos permite observar que para este sistema, los cambios en el proceso salud – enfermedad de los colombianos significan siniestros que pagar y baja en la rentabilidad del negocio.

Tabla 9. Comparación de datos de enfermedad profesional y accidentes de trabajo en el año 2007 (Diciembre), según dos fuentes.

Entidades	Afiliados al SGRP	Enfermedades Profesionales	Accidentes de Trabajo
Ministerio de Protección Social	5.945.653	4.041	328.382
Fasecolda	5.964.000	3.351	310.950

Fuente: Administradora de Riesgos Profesionales Fiduciaria La Previsora S.A. Mayo, 2008, Fasecolda, Cámara Técnica de Riesgos Profesionales Julio 2008.

No olvidar que éstas empresas (ARPs) deciden – son juez y parte – a cuál de sus afiliados le reconocen una pensión por enfermedad debida a accidente de trabajo ó a enfermedad profesional ó mejor, si pagan ó no el siniestro y si lo hacen con origen común ó profesional.

Tabla 10. ATEP según Minprotección y Fasecolda.

Entidades	Afiliados al SGRP	Enfermedades Profesionales	Accidentes de Trabajo
Ministerio de Protección Social	5.945.653	67 / 100.000 afiliados	5.523 / 100.000 afiliados o 5,5%
Fasecolda	5.964.000	56 / 100.000 afiliados	5.213 / 100.000 afiliados o 5,2%

Fuente: S Buendía modificada de la tabla 9

¹⁰⁵ Estadísticas de la industria aseguradora y de capitalización. FASECOLDA. Cifras preliminares, Enero – Diciembre del 2007

La tabla 10 presenta los datos numéricos - que en todo caso deben relacionarse con el número de afiliados al SGRP – y no incluye las correspondientes tasa.

Llama la atención – en ambas tablas - las diferencias entre los datos del Ministerio de la Protección Social y los de Fasesolda especialmente en lo que se refiere a enfermedad profesional pues pone en duda la fidelidad de las cifras que ofrecen éstas dos instituciones, una del sector público y otra del privado lo que genera escasa confiabilidad en ambas y en general en las del país, más aún cuando parten de datos parecidos en el número de afiliados al SGRP.

Por otro lado, cuando se analizan las estructuras legal y operativa del Sistema General de Riesgos Profesionales resaltan dos falencias, una ya mencionada y repetida:

- Las personas que presentan una enfermedad de origen profesional son calificadas¹⁰⁶ por empresas de salud, riesgos profesionales y pensiones, en el marco del sistema de la Ley 100 de 1993 y el derecho a la salud y las prestaciones económicas de ellas dependen de las decisiones de instituciones relacionadas entre sí y con intereses económicos comunes como ocurre con empresas que pertenecen a grupos financieros que tienen negocios en salud, seguros y pensiones.
- La otra, se refiere a la negativa sistemática de las ARPs a valorar en Medicina Laboral a los trabajadores para la reubicación en casos de invalidez parcial de origen común, considerando que no es de su competencia. Olvidan que el estudio de condiciones de trabajo – que incluye el puesto de trabajo – siempre es responsabilidad del empleador y de la ARP a la que se encuentre afiliado, más cuando se trata de un caso de reubicación. Es decir se acepta la enfermedad del trabajador pero no su derecho a estar discapacitado y a tener otra habilidad que le permita desempeñar una labor diferente¹⁰⁷.

7.5. SISTEMA DE PENSIONES

En el Sistema de Pensiones se observan también las diferencias del número de afiliados y de pensionados entre la AFP del ISS, estatal, y los fondos privados que ya cumplen 15 años de creados por la Ley 100 de 1993.

En Bogotá en abril del 2003 el Profesor Michele Boldrin, del Departamento de Ciencias Económicas de la Universidad de Minnesota se preguntaba ¿Qué hacer con el Sistema de Pensiones en Colombia?, y proponía con base en datos obtenidos de estadísticas estatales¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Documentos internos clasificados de las ARP. 2008

¹⁰⁸ BOLDRIN M, Departamento de Ciencias Económicas de la Universidad de Minnesota. Conferencia ¿Qué hacer con el Sistema de Pensiones en Colombia? Compensar, Abril del 2003.

Tabla 11. Afiliados y pensionados en el ISS y Fondos privados.

ENTIDAD	Afiliados	Pensionados
ISS	6.152.384	784.647
Fondos de Pensiones Privados	7.222.168	29.539

Fuente: S Buendía V, de Fondos de Pensiones e ISS, Gestión 2008.

Comparar a Colombia con España según tres características.

- Sostenibilidad. Con éste término se refiere a la capacidad que tiene el sistema de sostenerse en el tiempo sin el apoyo de otras áreas del estado.
- Gasto en pensiones en % del PIB
 España: 9% Colombia: 3%
- Tasa de cobertura de la población
 España: 100% Colombia: 30% (2008 26%)

El sistema de pensiones de Colombia tiene problemas de sostenibilidad que se expresan en que solamente el 30 % de los colombianos en el 2003 ó 26 % en el 2008 van a tener una pensión¹⁰⁹.

Equidad. Con éste término se refiere a la probabilidad de tener una pensión acorde con el nivel pagado durante la vida. En la tabla siguiente contrasta lo que recibirán los(as) colombianos(as) del común tras la Ley 100 de 1993 con lo que recibirán Magistrados y Congresistas. Evidentemente en el sistema de pensiones de Colombia no hay equidad.

Eficiencia. La peor forma de ineficiencia tiene que ver con cuatro aspectos: La jubilación anticipada, la alta imposición sobre la renta laboral, las pensiones demasiado generosas y la subvaloración de la esperanza de vida. La tabla 12 muestra también, parte de la ineficiencia del sistema de pensiones de Colombia correspondiente a las diferencias por empresas y sectores.

Los principios básicos de un sistema justo, sostenible y eficiente son los siguientes¹¹⁰ :

- Invertir para la vejez en la cartera óptima
- Ofrecer seguro intra-generacional.

¹⁰⁹ Departamento Nacional de Planeación 50 años 2008

¹¹⁰ BOLDRIN M. Op. Cit.

- No distorsionar la oferta de trabajo a lo largo del ciclo de vida.
- Establecer cobertura automática frente a los riesgos demográficos y de productividad.

Tabla. 12. Pensiones en distintas instituciones del país.

Régimen Pensional	Mesada promedio (SML)
Ley 100/93 prestación definida (ISS)	1,6
FF.MM. (Civiles)	1,8
Policia (Civiles)	2,6
Magisterio	2,7
Cajanal (Ley 33/85)	2,9
Policia	3,0
UIS	3,0
Caja Agraria (convención colectiva)	3,6
Telecom (convención colectiva)	4,2
Capresub (Superbancaria)	4,2
Supersociedades	4,5
Inravisión	5,0
ISS (convención colectiva)	5,7
Universidades (promedio)	5,8
Ecopetrol	6,1
Foncolpuertos (convención colectiva)	6,8
Banco de la República	7,0
Univalle	7,8
Uniatlántico	9,1
Congreso y altas Cortes (transición)	34,8

Fuente: Presentación Profesor Michele Boldrin 2003.

La inversión a la que se refiere en el punto uno está compuesta por tres tipos de capitales:

- Empresas (maquinarias, acciones, etc.)
- Capital humano.
- Viviendas.

Conclusiones del Sistema de Pensiones de Colombia según el Profesor Boldrin:

- El sistema actual es desastroso y altamente injusto.

- La reforma es parcial, incompleta y fundamentalmente equivocada en sus principios.
- Se deben establecer los principios de la inversión y del seguro social intra-generacional.
- Fomentar la inversión en la cartera óptima.
- El estado puede jugar un papel novedoso y útil para conseguir estos objetivos.

Confirmando las conclusiones de la presentación del Profesor Boldrin en el año 2003 y las dudas que generan las cifras oficiales, la Directora del Departamento Nacional de Planeación de Colombia presentó su Informe al Senado en Octubre de 2008 y afirma que se debe:

- Aumentar la cobertura de *pensiones* al 30%¹¹¹ (hoy en el 26.7%), según la presentación que se comento del 2003 la cobertura se encontraba en el 30 %. ¿Está disminuyendo? o ¿las cifras son confiables?
- ¿Aumentar los afiliados a *riesgos profesionales* a 6,2 millones (hoy son 5,3 millones), con un sistema que dificulta la afiliación de trabajadores independientes?

Como se ve en el análisis de los tres sistemas que conforman el Sistema General de Seguridad Social de Colombia todos ellos tienen serios problemas de calidad, confiabilidad en sus estadísticas, cobertura y estabilidad financiera expresados en:

- Cobertura de pensiones del 30 % ó lo que es lo mismo, uno de cada tres colombianos va a tener una pensión.
- El 27 % de los colombianos está por fuera del sistema de salud, no son del régimen contributivo ni del subsidiado.
- Un 33 % de la población económicamente activa está por fuera del sistema de riesgos profesionales.

Mientras estas cifras se consolidan los grupos financieros obtienen ganancias en el negocio de la salud como se describe en el caso de pensiones y riesgos profesionales.

7.6. CONTEXTO Y UBICACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

7.6.1. Discapacidad en Colombia.

Las definiciones que se van a exponer a continuación permiten hacer un breve recuento del desarrollo conceptual reciente en discapacidad en nuestro país y tienen en común que su origen es la CIDDM, como se ha visto antes y

¹¹¹ RENTERIA, C. Política Social en Colombia. Directora Departamento Nacional de Planeación. Hacia una sociedad equitativa e incluyente. Informe al Senado de la República de Colombia. Octubre de 2008

muestran la poca coordinación de la información y las acciones de las instituciones con respecto a las personas con discapacidad. Una prueba de ello es que en nuestro medio la Ley 361 del siete de febrero 1.997, llamada de discapacidad y conocida como Ley Clopatofsky, por ser su ponente el Senador Jairo Clopatofsky parapléjico por un accidente, no establece la definición de Discapacidad y se refiere a “personas con limitación” leve, moderada ó severa.

La definición de discapacidad del Plan Nacional de Atención a las Personas Discapacitadas, expresa que: “Es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social”¹¹².

La definición del Congreso de la República de Colombia se refiere a la “...deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”¹¹³.

Y la de Ministerio del Transporte “...es toda restricción en la participación y relación con el entorno social o la limitación en la actividad de la vida diaria, debida a una deficiencia en la estructura o en la función motora, sensorial, cognitiva o mental”¹¹⁴

Al revisar estadísticas según el Censo General 2005, por cada 100 colombianos, 6,4 personas presentan alguna limitación permanente; es decir que 2.632.255 colombianos tienen ¹¹⁵ por lo menos una limitación física o mental.

De este total, 1.143.992 presentan limitaciones para ver, 770.128 para caminar y 454.822 para oír.

De la población discapacitada un 42.6% son Hombres y un 57.4% son Mujeres. Según estrato: Estrato 1 el 15 %, Estrato 2 el 44 %, Estrato 3 el 39 % y Estratos 4, 5, 6 el 2 %.

El 21% de la población discapacitada tiene afiliación al Régimen Contributivo, el 49% al Régimen Subsidiado y el 30% no tienen seguridad social.

Si se aplican los datos de la OMS respecto a la discapacidad en el mundo de aproximadamente el 12 % de la población, el número de discapacitados en Colombia se duplicaría – 5,6 millones – cifra más cercana a nuestro conflicto social.

¹¹² República de Colombia, Presidencia de la República: Plan Nacional de Atención a Personas con Discapacidad 1999 – 2002.

¹¹³ República de Colombia - Congreso de la República: Ley 762 del 31 de julio 2002, la cual ratifica la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”.

¹¹⁴ República de Colombia, Ministerio de Transporte: Decreto presidencial 1660 del 16 de junio de 2003.

¹¹⁵ DANE República de Colombia Censo General 2005.

En lo que se refiere a Bogotá en el 2003 se reportó que había 63.143 personas con alguna discapacidad, lo que corresponde al 1.2% de la población de la ciudad con la siguiente distribución:

- 48% presentaba ceguera,
- 27% sordera,
- 24% parálisis de alguno de sus miembros,
- 17% retardo mental
- 4.7% mudez.

8. ESTADO ACTUAL DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EN COLOMBIA

8.1. CONCEPTOS SOBRE INVALIDEZ Y DISCAPACIDAD EN COLOMBIA.

A pesar del avance conceptual en el mundo y al reciente progreso dado en Colombia, las diferentes instituciones que califican en los sistemas del Sistema General de Seguridad Social continúan utilizando el MUCI – originado en la CIDDM - y por lo tanto declaran inválidas a las personas. Las instancias del estado que tienen que ver con la discapacidad en los planes y normas recientes no se refiere a la discapacidad laboral ni a la revisión y modificación del Manual Único de Calificación de Invalidez, es decir, se avanza en lo conceptual pero no en la concreción en derechos para los colombianos.

Como se ha dicho, en Colombia no es fácil separar el proceso que debe seguir una persona para llegar a la consulta de Medicina Laboral; del procedimiento, acto médico ó peritaje de la calificación de invalidez.

El proceso de calificación de invalidez es aplicado a beneficiarios de pensionados ó cotizantes, a trabajadores y a pensionados que necesitan la revisión de invalidez y tiene dos etapas:

- Completar los requisitos administrativos.
- Ser citado (o) a consulta médica para la calificación de la invalidez, en la cual los médicos siguen los procedimientos establecidos en el manual y en las normas complementarias.

Es claro lo que significan proceso y procedimiento dentro de la estructura y presentación del trabajo que serán explicados con más detalle adelante.

8.2. ASPECTOS NORMATIVOS SOBRE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

Un aspecto que es importante dentro del análisis del MUCI es la parte jurídica a partir del Decreto 917 de 1999 y las normas relacionadas, cuya descripción se presenta a continuación, comenzando con aspectos constitucionales, normas relacionadas con el proceso y procedimiento de calificación de invalidez antes y después de la Ley 100 de 1993 y se termina con los niveles de aplicación de las normas en la calificación.

8.2.1. Aspectos Constitucionales

En el análisis del MUCI, al realizar la búsqueda de referencias sobre conceptos jurídicos referentes al Decreto 917 de 1999, se encuentra que las demandas ante las diferentes instancias judiciales, se refieren a derechos vulnerados en el proceso de calificación de invalidez dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social y tal vez la única y principal demanda referente al mencionado decreto es la que se describe a continuación:

Expediente N. D-5416 Corte Constitucional.

R A C, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 3.227.853 de Usaquén y actuando en su propio nombre, ejerciendo la acción pública de inexigibilidad por Inconstitucionalidad, teniendo en cuenta la unidad de materia, ataca el parágrafo 2º del artículo 8º y parcial del numeral 1.5. parcial AMPUTACIONES del Decreto 917 de 1999 “Por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995”. Y el parágrafo 1º del artículo 1º de la LEY 776 DE 2002 “Por el cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales”.

Parágrafo 2. En concordancia con el parágrafo 1 del Artículo 34o del Decreto Ley 1295 de 1994, para la calificación en el caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, la existencia de patologías anteriores no es causa para aumentar el grado de incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

- Amputaciones

Para el caso de la evaluación de los dedos y la aplicación de este manual, se entiende por amputación cuando la pérdida compromete el tejido óseo. Aquellas amputaciones que sean menores del 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor del 50% de la pérdida de la capacidad laboral correspondiente.

Si son mayores o iguales al 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor total de la deficiencia global correspondiente a ella.

En los casos anteriores cuando una nueva lesión afecte el nivel de amputación que involucre lo ya calificado, no tendrán carácter sumatorio. Es decir, no será considerado como factor que aumente el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral.

LEY 776 17/12/2002

Artículo 1º. “Derecho a las prestaciones. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto- ley 1295 de 1994, sufra un accidente de

trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas a que se refieren el Decreto ley 1295 de 1994 y la presente ley.

Parágrafo 1º. La existencia de patologías anteriores no es causa para aumentar el grado de incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador”

Invoca el demandante como violadas las siguientes normas constitucionales:

Artículo 1º, Artículo 2º, Artículo 13º, Artículo 47º, Artículo 48º y Artículo 53º de la Ley 776 de 2002.

El accionante es persona idónea y conocedora de la Ley y de su aplicación práctica como quiera que fuera funcionario en Junta Nacional de Calificación de Invalidez, por cerca de ocho (8) años y por sus nexos con el Ministerio de La Protección Social.

Las normas atacadas fueron declaradas así:

- El Decreto 917 de 1999 exequible.
- El artículo 1º parágrafo 1º de la Ley 776 de 2002 inexecutable

La declaración fue apegada a la Constitución Nacional con ponencia del Magistrado DOCTOR JAIME ARAUJO RENTERIA.

Diversas sentencias de la Corte Suprema de Justicia y otras instancias judiciales, reconocen los derechos de los trabajadores y sus familias frente a las empresas y a las Administradoras de Riesgos Profesionales por lo que presentan algunas de ellas:

- Actuando en su propio nombre y en representación de su hija menor LCOS, la señora ASM demandó a TRANSPORTES F LTDA ante el Juzgado Primero Laboral del Circuito de Pereira, para que, previo el trámite del proceso ordinario laboral de doble instancia, y previa la declaración de que entre GALS y la demandada existió un contrato de trabajo, que tuvo vigencia del 13 de noviembre de 1993 al 25 de febrero de 1994 cuando falleció el trabajador en accidente de trabajo ocurrido por culpa de la sociedad empleadora, la CC ordena se le condene "...a pagar a ASM y a LCO SANCHEZ, en sus calidades de madre y hermana, respectivamente, del señor G A L S, en la proporción máxima legal, la indemnización plena de perjuicios materiales y morales, que les ocasionó la muerte de éste.

- En otro caso la Corte Constitucional revoca la sentencia de la Corte Suprema de Justicia que había, a su vez, revocado la decisión del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá — Sala Laboral que TUTELÓ los derechos de la accionante que solicitaba copia de la historia clínica de su hijo muerto en un AT como soldado profesional y declara constitucional la decisión del mencionado tribunal.
- La Corte Constitucional declara inexecutable los numerales 9, 10 y 13 del Decreto 1295 de 1994 que reglamenta la Ley 100 de 1993 y crea el Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Otras sentencias son:
 - Expediente 9806 de 1997 que reconoce la responsabilidad de la empresa en una muerte por AT de un ayudante de un bus escalera.
 - Expediente 9893 de 1997 que reconoce la responsabilidad de la empresa en una muerte por caída en AT de un obrero.
 - Expediente 17159 de 2002 que reconoce la responsabilidad de la empresa en la paraplejia por caída de altura en un AT de un obrero realizando funciones diferentes a las suyas y despedido a los 180 días de incapacidad.
 - Expediente 17195 de 2002 que reconoce la responsabilidad de la empresa en una muerte por herida de arma de fuego en un AT de un escolta.
 - Expediente 17429 de 2002 que reconoce la responsabilidad de la ARP en una muerte en el terremoto del eje cafetero como AT de un vendedor.
 - Expediente 17706 de 2002 que reconoce la responsabilidad de la empresa en una muerte por herida de arma de fuego en un AT de administrador de cooperativa.
 - Expediente 19357 de 2003 que reconoce la responsabilidad de la empresa en muertes por ahogamiento en AT de obreros.

Como se ve las demandas no son contra el Manual Único de Calificación de Invalidez, cuya revisión y actualización están consagradas en su artículo 15 desde 1999, sino contra el SGSS.

8.2.2. Normas antes de la Ley 100 de 1993.

Las normas que se utilizaban antes de la Ley 100 de 1993 son las siguientes:

- Ley 141 de 1961 que creó y reglamentó el Código Sustantivo del Trabajo¹¹⁶.

¹¹⁶ Congreso de la Republica de Colombia. Ley 141 de 1961

- Decreto 3170 de 1964 aprueba el Reglamento del Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS), establecido mediante Acuerdo 155 de 1963, del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales¹¹⁷.
- Acuerdo número 258 de 1967 del Instituto Colombiano de Seguros Sociales con el que se adopta la Tabla de Evaluación de Incapacidades por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional¹¹⁸, éste acuerdo se utilizaba también en la Caja Nacional de Previsión Social.
- Decreto 770 de 1975 aprueba el Acuerdo 536 de 1974 del Consejo Directivo del ICSS que reglamenta el seguro de enfermedad general y maternidad y las incapacidades¹¹⁹.
- Ley 4 de 1976, por la cual se dictan normas sobre pensiones en general¹²⁰.
- Decreto 2177 de 1989 que desarrolla la Ley 82 de 1989 aprobatoria del convenio 159 de la OIT sobre empleo de inválidos¹²¹.

8.2.3. Normas después de la Ley 100 de 1993.

De las normas vigentes en la actualidad se describen a continuación las más importantes, con los artículos relevantes para el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral. .

Ley 100 de 1993. Crea el Sistema General de Seguridad Social con sus tres sistemas: Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales (Salud Ocupacional).

Artículos 41, 42 y 43: Determinan la calificación del estado de invalidez por riesgo común y la creación de las juntas de calificación de carácter privado y nombradas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 44: Obliga a la revisión de las pensiones de invalidez cada tres años.

Artículo 250: La calificación del estado de invalidez por riesgos profesionales se sujetará a lo dispuesto en el artículo 41.

Decreto 1295 de junio 22 de 1994: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Artículo 12: Toda enfermedad, accidente ó muerte no clasificados de origen profesional son de origen común. La calificación del origen del Accidente de Trabajo y la Enfermedad Profesional lo hará en primera instancia la IPS.

¹¹⁷ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Colombia Decreto 3170 de 1964

¹¹⁸ Instituto Colombiano de Seguro Social: Tabla de Evaluación de Incapacidades por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. Acuerdo 258 de 1967.

¹¹⁹ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Colombia Decreto 770 de 1975.

¹²⁰ Congreso de la Republica de Colombia. Ley 4 de 1976

¹²¹ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Colombia. Decreto 2177 de 1989.

Artículo 41: La declaración de incapacidad permanente parcial (IPP) la hará un médico ó una comisión médica dispuesta por la Administradora de Riesgos Profesionales.

Artículo 43: Las controversias en la calificación de IPP se resolverán según los artículos 41 y 42 de la ley 100 y reglamentarios.

Artículo 47: La calificación de invalidez y su origen en RRPP se hará con base en los artículos 41 y 42 de la ley 100.

El artículo 12 que determina que toda enfermedad, accidente ó muerte no clasificados de origen profesional son de origen común, es una de las causas por las que una persona que es calificada¹²² en el marco del sistema de la Ley 100 de 1993, debe demostrar que su enfermedad ó accidente es de ORIGEN laboral a la compañía de seguros de la empresa en la que trabaja (ARP). Por tanto las prestaciones económicas dependen de las decisiones de instituciones que son juez y parte en el proceso.

Decreto 1346 de junio 27 de 1994: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Reglamenta la integración, financiación y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Decreto 1832 de agosto 3 de 1994: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales.

Decreto 1834 de agosto 3 de 1994: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social reglamenta la integración y funcionamiento del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.

Decreto 692 de 1995: Ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social. Crea el Manual Único de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral. Es el antecedente inmediato del Decreto 917 de 1999 y reemplazó a un sistema sencillo de calificación que utilizaba el Instituto Colombiano de Seguro Social.

Decreto 2644 de 1994: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Establece la Tabla única de indemnizaciones por pérdida de capacidad laboral entre el 5% y 49,9 % y la prestación económica correspondiente.

Decreto 917 de 1999: De los Ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social. Modifica el Decreto 692 del 95 ó Manual Único de Calificación de Invalidez. Es la versión actual - conceptualmente anclado en los años 80 del siglo XXI - que no ha sido revisado desde hace 10 años.

La Resolución 1971 de 1999 Crea y establece el formulario para la Calificación de invalidez autorizado por el Ministerio de Salud.

Decreto 2463 del 2001. Ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social. Define procesos e instancias de la calificación de invalidez - pérdida de capacidad laboral.

¹²² Ministerio de Salud. Decreto 1295 de 1994.

Para la Calificación de invalidez la primera instancia es la Junta de Calificación Regional.

La calificación del origen del Accidente, la Enfermedad y la Muerte la hará la IPS – EPS y en segunda instancia la ARP. Las controversias son pagadas por la institución correspondiente (EPS, ARP) en la siguiente instancia.

Los documentos para la solicitud de Calificación de invalidez: Historia Clínica, proceso de rehabilitación integral, certificado de cargos y labores, análisis de Puesto de Trabajo, exámenes médicos de Ingreso y Periódicos, mediciones ambientales y disposiciones de salud de la empresa (PSO) dados por el empleador ó la ARP, concepto del origen del Accidente, la Enfermedad y la Muerte por la ARP y la EPS.

Asistentes a la Junta de Calificación Regional: persona, médicos tratantes, Administradora de Riesgos Profesionales, Fondos de Pensiones, Entidades Promotoras de Salud, Compañías de Seguros y peritos.

Normas posteriores a la Ley 100 de 1993 y su decreto reglamentario 1295 de 1994, como el Decreto 2463 de 2001 incluyen el estudio del puesto de trabajo, pero las entidades del SGSS: IPSs, EPSs, ARPs y AFPs no las exigen ni las consideran información fundamental para la calificación de invalidez – pérdida de capacidad laboral - como lo expresaron los expertos consultados y los médicos calificadores.

Ley 776 del 2002. Modifica aspectos de la Ley 100 de 1993 en el Sistema General de Pensiones definiendo términos y cuantías de Invalidez Permanente Parcial, reubicación, estado de invalidez, monto de la pensión de invalidez, indemnización substitutiva y cotización. Las patologías anteriores no son causa para aumentar el grado de incapacidad (sic) ni las prestaciones que corresponden al trabajador. Todo afiliado al SGRP que sufra un accidente de trabajo ó una enfermedad profesional ó se incapacite tendrá derecho a los servicios asistenciales y a que se le reconozcan las prestaciones económicas.

Ley 797 del 2003. Modifica la Ley 100 de 1993 en aspectos del Sistema General de Pensiones, en las áreas de vejez, invalidez y muerte, se refiere a los requisitos para obtener la pensión de invalidez, a los recursos para el fondo de solidaridad pensional, a la afiliación obligatoria al Sistema de Pensiones de los trabajadores dependientes e independientes y a la base de cotización para ellos.

Ley 962 del 2005 denominada Antitrámites. Modifica la Ley 100 de 1993 en el Sistema General de Seguridad Social, el Artículo 52 determina que el Instituto del Seguro Social, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las Compañías de Seguros, los Fondos de Pensiones y las Entidades Promotoras de Salud son la primera instancia en la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Si la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral tiene menos del 10 % de los límites que califican el estado de invalidez – 50 % - ó sea que está entre 45 y 49,9 %, obligatoriamente irá a la Junta de Calificación Regional por cuenta de las entidades a las que se refiere el Artículo 52.

Esta Ley 962/05 ó antitrámites que modificó la Ley 100 de 1993 al determinar que el Instituto del Seguro Social, las Administradoras de Riesgos Profesionales, los Fondos de Pensiones, las Compañías de Seguros y las Entidades Promotoras de Salud son la primera instancia en la calificación de pérdida de capacidad laboral, reafirmó que la calificación de invalidez - pérdida de capacidad laboral, el origen de las enfermedades y los accidentes y por consiguiente las prestaciones económicas de una persona enferma dependen de las decisiones de instituciones que son juez y parte en el proceso y pertenecen a grupos económicos con negocios en salud, seguros y pensiones.

8.2.4. Niveles normativos en la calificación de invalidez.

El origen del Accidente y la Enfermedad lo determina en primera instancia el Médico de la IPS según el Decreto 1295/ 94.

La Calificación de invalidez la hacían las Juntas Regionales de Calificación según la Ley 100 de 1993 y los Decretos 1295 de 1994 y 2463 de 2001.

La Ley 962 del 2005 (Antitrámites) en su artículo 52 – modifica los anteriores - determina que el ISS, las ARPs, las Compañías de Seguros y las EPSs son la primera instancia en la calificación de invalidez.

Las controversias se definen en las Juntas Regionales de Calificación, en la Junta Nacional de Calificación ó en la justicia ordinaria, se establece también que las responsabilidades de las instituciones en caso de controversia por calificaciones entre 45 y 49,9 deben ir por cuenta de las entidades de los tres sistemas salud, riesgos profesionales y pensiones a las Juntas Regionales de Calificación.

8.3. MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

8.3.1. Origen, evolución y desarrollo histórico.

Como se dijo, en el Sistema Nacional de Salud que existía antes de la Ley 100 de 1993 la salud, las pensiones y la salud de los trabajadores coexistían en un sistema de responsabilidad y financiamiento de las instituciones por el estado – seguridad social - lo que hacía sencillo y expedito el proceso de calificación de invalidez.

La calificación de invalidez¹²³ la hacía el Instituto Colombiano de Seguro Social a los trabajadores de las empresas privadas y la Caja Nacional de Previsión a los trabajadores del sector público, en un sistema sanitario único de salud, pensiones y trabajo. Para la calificación se utilizaba en éstas instituciones – ambas estatales - una tabla de evaluación – desarrollada en el ICSS - sencilla y completa que permitía un proceso rápido y efectivo.¹²⁴

El Manual Único de Calificación de Invalidez se encuentra dentro del marco conceptual de la OMS con base en la cual se crea, se refiere al análisis del proceso salud – enfermedad a partir de modelos de salud de enfoque biológico, por lo que se califica la invalidez no la discapacidad. Nació a partir de la Ley 100 de 1993.

Desde su expedición en 1995 no se ha hecho ninguna actualización, por lo tanto no se puede hablar de evolución a nivel conceptual, jurídico, argumental ni estructural en su contenido.

8.3.2. Fundamentos teóricos.

El manual objeto de estudio fue expedido inicialmente como Decreto 692 de 1995, con una base conceptual dada por la OMS en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980, recibió correcciones por fallas en su estructura y en las tablas de calificación de deficiencias – la amputación completa de un miembro inferior daba una deficiencia del 80 % (Tabla 1.86), superando el máximo valor, de ésta de 50 % - fue derogado y se convirtió en el Decreto 917 de 1999.

8.3.3. Estructura

La organización del Manual corresponde a la de una norma jurídica, decreto ya mencionado, con artículos, libros y capítulos. Está conformado por tres segmentos, que no corresponden con su disposición, descritos así:

Segmento 1.

Artículos 1 a 11 con aspectos varios sobre la calificación de invalidez – pérdida de capacidad laboral.

Segmento 2.

Artículo 12. Libro primero. Trata sobre las Deficiencias, consta de catorce (14) Capítulos que corresponden a la evaluación del daño o ausencia parcial o total

¹²³ Ministerio de Salud de Colombia Diez años de información en Salud. 1994.

¹²⁴ Instituto Colombiano de Seguro Social: Tabla de Evaluación de Incapacidades por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. 1967

de los diferentes sistemas orgánicos mediante una serie de criterios y tablas especiales de valores.

Artículo 13. Libro segundo. Trata sobre las Discapacidades, desglosadas en siete (7) categorías, que incluyen el nivel complementario de gravedad.

Artículo 14. Libro tercero. Define siete (7) categorías de minusvalías.

Segmento 3.

Artículo 15. De la revisión y actualización del Manual Único para la Calificación de la Invalidez.

Artículo 16. Vigencia y derogatorias.

Los 16 artículos del manual se resumen a continuación:

Artículo 1o. Se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial y del sector privado en general, para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen.

Artículo 2o. Contiene las definiciones de invalidez, incapacidad permanente parcial, capacidad laboral y trabajo habitual.

Artículo 3o. Fecha de estructuración, es la fecha en que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva.

Artículo 4o. Los calificadores se orientarán por los requisitos y procedimientos para la calificación de la invalidez y la fundamentación del dictamen establecidos en el manual para emitirlo. El dictamen es el documento que, con carácter probatorio, contiene el concepto experto que ellos emiten sobre el grado de la incapacidad permanente parcial, la invalidez o la muerte de un afiliado y debe fundamentarse en:

- a) El diagnóstico clínico.
- b) Establecido el diagnóstico clínico, se procede a determinar la pérdida de la capacidad laboral del individuo.
- c) Definida la pérdida de la capacidad laboral, se procede a la calificación integral de la invalidez.
- d) El dictamen debe contener los mecanismos para que los interesados puedan ejercer los recursos legales en caso de desacuerdo.

Las consecuencias normales de la vejez, por sí solas, sin patología sobreagregada, no generan deficiencia para los efectos de la calificación de la invalidez.

Artículo 5o. La determinación de la incapacidad permanente parcial su declaración, evaluación, revisión, grado y origen la realizarán: Las Administradoras de Riesgos Profesionales, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

En caso de controversia sobre el grado y el origen de la limitación determinada, se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez.

Artículo 6o. La calificación del estado de invalidez y la expedición del dictamen corresponde a las Juntas de Calificación de Invalidez en los siguientes asuntos:

- a) La calificación y revisión de la pérdida de la capacidad laboral y la incapacidad permanente parcial, en caso de controversia.
- b) La calificación del origen, el grado, la fecha de estructuración y la revisión del estado de invalidez.
- c) La calificación del origen del accidente y de la enfermedad en caso de controversia.
- d) La calificación del origen de la muerte en caso de controversia.

Las Juntas de Calificación de la Invalidez deben emitir el dictamen que reflejará el contenido del acta correspondiente a cada caso revisado y será el resultado de la deliberación de los miembros encargados de calificar, también debe notificar el dictamen al afiliado.

Artículos 7 y 8o. Criterios para la calificación integral de invalidez, se tendrán en cuenta los componentes funcionales biológico, psíquico y social del ser humano, entendidos en términos de las consecuencias de la enfermedad, el accidente o la edad, definidos y cuantificados así: Deficiencia 50 %, Discapacidad 20 % y Minusvalía 30 %.

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).

Para la calificación en el caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, la existencia de patologías anteriores no es causa para aumentar el grado de incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador. Cuando existan deficiencias congénitas o adquiridas antes de cumplir con las edades mínimas legales para trabajar y el individuo haya sido habilitado ocupacional y socialmente, no se tendrán en cuenta para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral de origen profesional, a no ser que se hayan agravado o hayan aparecido otras.

Cuando 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, así: Prótesis estética se resta el 10% del valor de la deficiencia global encontrada; prótesis funcional el 20% del valor de la deficiencia global encontrada y prótesis estética y funcional el 30% del valor de la deficiencia global encontrada.

Artículo 9o. Instrucciones generales para los calificadores.

El manual establece un método uniforme, de uso obligatorio para la determinación legal de la pérdida de la capacidad laboral que presenta un

individuo 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 aun sin terminar los mismos, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría.

Para la determinación de los valores de las deficiencias, discapacidades y minusvalías se deben seguir las siguientes instrucciones:

a) Para las deficiencias: El grado de deficiencia que se relaciona con los sistemas orgánicos, se expresa en porcentajes de pérdida funcional (deficiencia global) con una serie de tablas de valores por órganos o sistemas, en los casos en que se encuentren afectados dos o más órganos o sistemas, los valores parciales de las respectivas deficiencias globales deben ser combinados.

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.

Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. 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.

Cuando sea del caso, se deberá sustentar el dictamen con el concepto de Salud Ocupacional para determinar el origen de la lesión.

b) Para las discapacidades se procede a realizar una suma aritmética de todas las discapacidades con que se tipifique la lesión, el resultado corresponde al valor final de la discapacidad que debe registrarse.

c) Para las Minusvalías se deberá evaluar el estado del paciente en cada una de las categorías de escala asignadas, a cada una de ellas, se registra el mayor valor (son excluyentes) y luego se suman, el resultado corresponde al valor final de la minusvalía que debe registrarse.

d) Para obtener la calificación integral final del grado de pérdida de la capacidad laboral de la persona, se suman aritméticamente los porcentajes correspondientes a los valores de la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, que el calificador legal asignó a cada una de ellas.

Artículo 10. Instrucciones para médicos interconsultores.

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, proporcionados por los médicos tratantes o interconsultores, 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 la persona.
2. El peritaje se solicita para que 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 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 situaciones de difícil evaluación, se debe informar al calificador sobre los exámenes o pruebas de ayuda de diagnóstico adicionales 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 siguientes: Fecha de atención, diagnóstico, tratamientos recibidos o sugeridos, concepto y pronóstico.

Artículo 11. Para su comprensión se aplicarán las siguientes Normas de interpretación del manual:

1. 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.
2. Los términos de contenido técnico se utilizarán con el sentido que tienen en su respectiva disciplina.
3. Las definiciones y conceptos establecidos en el manual, se interpretarán dentro del contexto y con el propio sentido definido en él.
4. 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 la OIT, el Manual de Consecuencias de

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

Artículo 12. Libro primero: DEFICIENCIAS.

Corresponde a los 14 capítulos sobre la ó las enfermedades que padece la persona a calificar.

Artículo 13o. – Libro segundo: DISCAPACIDADES

1. Generalidades:

Este libro complementa el Primero y Tercero, para el logro de la calificación de la invalidez dentro del principio de integralidad. Por ello es necesario que los médicos comprendan con claridad lo que el impacto de una deficiencia provoca en el funcionamiento fisio-psico-social de un individuo o un trabajador.

2. Definición de discapacidad.

3. Características de la discapacidad.

4. Criterios Generales de la calificación de la discapacidad.

Para calificar la discapacidad deben tenerse en cuenta los siguientes criterios:

4.1. Concepto de integralidad: para adjudicar las discapacidades se considerará al ser humano como un sistema abierto compuesto por tres subsistemas.

a) Subsistema de voluntad: Gobierna, escoge, motiva e inicia la ejecución. La voluntad, determina el "por que hacemos lo que hacemos".

b) Subsistema de habituación: Organiza lo que hacemos en patrones (hábitos y rutinas) considerando cuando lo hacemos.

c) Subsistema de ejecución: "Es aquello con lo que se tiene que hacer" y comprende las estructuras utilizadas para producir el desempeño ocupacional.

4.2. El daño producido en cualquiera de estos subsistemas lleva a que se califique una discapacidad determinada.

4.3. 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.

4.4. Cada una de las discapacidades con excepción de las discapacidades de la situación tiene un nivel de gravedad diferente, según el tipo de patología así:

Calificación de gravedad

No discapacitado	0.0
Dificultad en la ejecución	0.1
Ejecución ayudada	0.2
Ejecución asistida, dependiente, incrementada.	0.3

Para adjudicar el puntaje se deberá utilizar la anterior tabla en cada una de las discapacidades, teniendo en cuenta que no se debe sobrepasar el valor máximo asignado a cada categoría de discapacidad.

5. Clasificación de las discapacidades

Para una mejor comprensión y facilidad del tipo de discapacidad que puede tener un individuo, estas se han dividido por categorías; cada categoría a su vez tiene un puntaje máximo calificable de acuerdo con el peso que cada categoría tiene dentro del desempeño habitual de un individuo.

Clasificación de discapacidades

Discapacidades de la conducta.
Discapacidades de la Comunicación.
Discapacidades del cuidado personal.
Discapacidades de la locomoción.
Discapacidades de la disposición del cuerpo.
Discapacidades de la destreza.
Discapacidades de la situación.

Artículo 14o. –Libro tercero: MINUSVALIAS

1. Generalidades.

Este último libro complementa los dos primeros, destacando en éste el componente que tiene el desempeño de la actividad laboral; es decir, dándole mucha fuerza al efecto que la deficiencia y la discapacidad pueden tener sobre la capacidad laboral residual del individuo. Por ello es necesario que los médicos comprendan con claridad que el método de evaluación de las minusvalías es la evaluación del impacto de la deficiencia y la discapacidad sobre el funcionamiento fisio-psico-social de un individuo o un trabajador.

2. Definición: Es una situación desventajosa para un individuo determinado, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales.

3. Características: La minusvalía 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 los "roles de supervivencia".

4. Clasificación de las minusvalías

Categoría:

Minusvalía de orientación.

Minusvalía de Independencia física.

Minusvalía de desplazamiento.

Minusvalía ocupacional.

Minusvalía de integración social.

Minusvalía de autosuficiencia económica.

Minusvalía en función de la edad.

Reglas generales para la asignación de la minusvalía:

1. Si se duda acerca de la categoría que debe asignarse a una persona, debe incluírsela en la categoría menos favorable. Es decir, aquella con un puntaje más alto.
2. A la persona debe asignársele la categoría de acuerdo con su situación real y no en función de lo que el evaluador piense que pueda ser capaz de realizar.

8.3.3.1. Datos cuantitativos en calificación de invalidez.

En el desarrollo de ésta tesis se solicitó a las entidades participantes: Junta Nacional de Calificación y Juntas Regionales, la EPS Unisalud, ARP Colpatria y Fondo de Pensiones del ISS, información estadística, la única institución que suministró una parte de la información fue el ISS, los dos médicos calificadores prestaron su colaboración para la revisión de historias, la explicación y la opinión sobre el MUCI por su amplia experiencia práctica en el uso y aplicación.

Con respecto al Fondo de Pensiones del ISS, en Bogotá se encuentra el centro más importante de calificación de invalidez en el país, es la sección de Medicina Laboral de la Seccional Bogotá y Cundinamarca. En ése sitio se encuentran dos médicos que califican 10 personas diarias, 200 mensuales y 2400 anuales, cifra que corresponde aproximadamente al 60 % del total del ISS. En el nivel nacional y las regionales hay otros 13 médicos calificadores¹²⁵.

Se debe tener en cuenta que el ISS tiene el 90 % de los pensionados del país, con datos a septiembre de 2008: afiliados 6.152. 384 y pensionados: 784.647 y de ARP positiva, afiliados 1.959.680 y 25.600 pensionados.

¹²⁵ Documentos internos clasificados del Fondo de Pensiones ISS. 2008

En los fondos privados de pensiones los datos a agosto 2009 son: afiliados 7.222.168, pensionados 29.539, en riesgos profesionales los datos son: 6.146.709 afiliados y pensionados 644¹²⁶.

Los profesionales médicos del ISS, por tanto, representan dignamente el rigor y capacidad del segmento de la población médica que realiza el procedimiento de calificación de invalidez con el MUCI.

8.3.3.2. Aplicación del manual en el Fondo de Pensiones del ISS.

Como ejemplo del proceso actual de calificación de invalidez con el manual vigente, en la sección de Medicina Laboral del Fondo de Pensiones del Instituto del Seguro Social, durante los primeros nueve (9) meses del 2007 fueron atendidos en consulta 1365 pacientes. En septiembre – mes escogido al azar para su análisis – uno de los médicos calificó 134 pacientes distribuidos por género así: 42.6% Hombres y 57.4% Mujeres, con la forma de vinculación al fondo que se ve en la tabla siguiente.

Estas personas son calificadas por enfermedad común y son trabajadores (afiliados), desempleados (desafiliados), beneficiarios (niños ó adultos con enfermedades mentales ó genéticas - hereditarias) y personas pensionadas por invalidez que deben ser revisadas cada tres años.

El Manual Único de Calificación de Invalidez se utiliza para calificar todo tipo de pacientes con enfermedades de origen común ó laboral y personas afiliadas a los fondos de pensiones, a las empresas promotoras de salud y a las administradoras de riesgos profesionales, sin establecer ninguna diferencia entre ellas y sin considerar aspectos laborales en el análisis y en la calificación.

Tabla 13. Estadística. Pacientes atendidos por vinculación

SEPTIEMBRE 2007		
Afiliados	91	67,9%
Desafiliados	17	12,7%
Beneficiarios (niños)	15	11,2%
Invalidos para Revisión	11	8,2%
TOTAL	134	100%

Fuente: Instituto de Seguro Social. Fondo de pensiones. Sección Medicina Laboral 2007

¹²⁶ http://www.fondoriesgosprofesionales.gov.co/Estadisticas/ESTADISTICAS_SGRP_AGOSTO_2008.pdf

La información obtenida del fondo de pensiones muestra que con el manual se califica tanto la invalidez de personas que padecen una enfermedad ó un accidente común – que son los pacientes atendidos en un fondo de pensiones - como la de los trabajadores con enfermedad ó accidente de trabajo – que son las personas atendidas en una ARP - para reconocer los derechos y prestaciones económicas de afiliados y beneficiarios de los tres sistemas del Sistema General de Seguridad Social. Por tanto no debería hablarse de pérdida de capacidad laboral pues no solamente se califican con el manual trabajadores que la pierden sino personas que padecen accidentes ó enfermedades comunes.

8.3.4. Proceso de calificación de invalidez.

Cuando una persona presenta en Colombia una enfermedad laboral ó común ó un accidente de trabajo ó común se tiene un gran reto: La calificación de invalidez ó pérdida de capacidad laboral.

8.3.4.1. Alcance.

Al describir y analizar el alcance del proceso de calificación de invalidez en Colombia se observa que las personas que presentan una enfermedad ó accidente de cualquier origen son calificadas¹²⁷⁻¹²⁸ por empresas de los tres sistemas: Salud, riesgos profesionales y pensiones.

Las personas calificables por invalidez en Colombia, son todas aquellas vinculadas a los sistemas de salud, riesgos profesionales y pensiones, así como las que ya son inválidas y deben ser calificadas ó revisadas.

8.3.4.2. Entidades

Participan en el proceso entidades de los tres sistemas del Sistema General de Seguridad Social: Administradoras de Riesgos Profesionales, Fondo de Pensiones, Empresas promotoras y prestadoras de salud, así como la sociedad en general y la persona a calificar para quien la invalidez es una catástrofe.

8.3.4.3. Calificadores

No hay cifras exactas de cuantos médicos calificadores hay en el país porque no se ha hecho un censo, se pueden hacer suposiciones aproximadas considerando que hay 19 EPSs, 14 ARPs y 7 FPs. Si en una institución, el fondo de Pensiones del ISS, hay 15 médicos que califican, los 6 fondos privados pueden tener 5 MD cada uno para un total de 30. Las EPSs, 6

¹²⁷ Ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social, Decreto 1295 de 1994, Decreto 2463 de 2001.

¹²⁸ Congreso de la República de Colombia. Ley 962 de 2005.

médicos cada una, 114 y las ARPs 6 cada una, 84, para un gran total de 228 médicos calificadoros, sin olvidar que un médico puede trabajar en varias instituciones, por lo que una cifra cercana a la realidad podría ser 120 calificadoros en el país.

En cuanto a su formación en posgrado los médicos calificadoros son especialistas en Salud Ocupacional y desde hace pocos años en Medicina Laboral.

8.3.4.4. Los calificadoros y el dictamen médico.

El dictamen médico laboral en Colombia es un concepto pericial y según el Diccionario de la R.A.L.E. perito es "la persona que, poseyendo conocimientos teóricos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia"¹²⁹.

En éste orden de ideas peritaje, es el examen y estudio que realiza el perito sobre el problema encomendado para luego entregar su informe o dictamen pericial con sujeción a lo dispuesto por la ley.

Las cualidades personales que debería reunir el perito ideal¹³⁰:

- Diligencia, entereza, moderación, veracidad, franqueza, prudencia, consideración, inclinación al bien y dignidad profesional.
- Objetividad en la interpretación de las pruebas, reflexión y sentido común para aclarar y aportar sencillez a problemas complejos y capacidad de juicio para discernir lo importante de las cuestiones que se le plantean.

Los tres defectos que incapacitan al perito son la ignorancia, el orgullo y la deshonestidad.

En Colombia la calificación es un acto médico pericial (procedimiento) en el que participan los tres sistemas del Sistema General de Seguridad Social: Administradoras de Riesgos Profesionales, Fondo de Pensiones, Empresas promotoras y prestadoras de salud, con sus médicos calificadoros, recordando que un médico puede trabajar en varias instituciones, las cuales, como se ha dicho antes, son jueces y parte en el proceso, pues califican, reconocen y pagan los derechos económicos de sus asegurados.

¹²⁹ <http://www.depericias.com/informe-pericial.html>

¹³⁰ GISBERT C, J.A. La peritación médico legal. En: Medicina legal y toxicología. Fundación García Muñoz. Valencia, 1985, 3:44-54.

9. ANÁLISIS CRÍTICO DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (MUCI).

De la utilización práctica del manual para la calificación de invalidez y de su análisis crítico en lo conceptual, lo normativo y lo estructural partieron los objetivos de éste proyecto de investigación.

9.1. ASPECTOS CONCEPTUALES.

El manual conceptualmente está centrado en la Invalidez, su sistema de calificación fundado en la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía y el reconocimiento de las prestaciones económicas con base en la calificación.

Se trata de la invalidez centrada en el individuo, se considera inválida – que vale menos - la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

La discapacidad a la cual se refiere el manual es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se centra en la limitación, en lo que la persona no puede hacer, no en la capacidad que conserva para realizar otras actividades.

El MUCI actual fue creado con base en CIDDM y los Baremos español, chileno y la Guía AMA, que evalúan la invalidez con criterios administrativos contemplando factores médicos, socioeconómicos, psicológicos y laborales. En la versión de 2009 de la Guía AMA, el capítulo de la visión tiene 11 tablas, con énfasis en lo anatómico y fue desarrollada para un sistema de salud completamente diferente al de Colombia.

Con respecto al MUCI, fue diseñado para calificar la invalidez - pérdida de capacidad laboral:

- De origen laboral, como en el caso de un trabajador con hipoacusia por ruido.
- De origen común:
 - Un niño de siete años de edad que padece parálisis cerebral por hipoxia perinatal y debe ser calificado para que sus padres reciban una pensión especial por un hijo discapacitado.
 - Un ama de casa con secuelas de un accidente cerebro vascular.

Lo anterior significa que cuando se utiliza para calificar la pérdida de capacidad laboral en el caso de un niño con parálisis cerebral ¿a cuál se refiere?, a ¿la

ideal que podría alcanzar sin la discapacidad ó a la real en un país con las limitaciones en salud, educación y trabajo de la población en general y en particular para los discapacitados como Colombia?

Diferencia entre proceso y procedimiento de calificación de invalidez.

Como se ha dicho, en la calificación de invalidez en Colombia no es fácil separar el proceso que debe seguir una persona para llegar a la consulta de Medicina Laboral, de la consulta propiamente dicha en la que se realiza el procedimiento, acto médico ó peritaje de la calificación médica de invalidez. Se presentan a continuación las definiciones de los dos términos.

Proceso¹³¹ (del latín *processus*), es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) con un fin determinado. Este término tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la técnica en que se utilice. En Medicina, el proceso es el conjunto de acciones ó actividades administrativas que deben seguir y cumplir el usuario o paciente y los servicios de salud, que concluye en la realización de actos ó procedimientos médicos.

Procedimiento¹³², es el modo de ejecutar determinadas acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos, que permiten realizar una ocupación o trabajo correctamente. En Medicina el Acto ó Procedimiento Médico es un conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, cuyo objeto es la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la Medicina.

A partir de ahora es claro lo que significan proceso y procedimiento dentro de la estructura y presentación del trabajo.

Dentro del análisis crítico conceptual del MUCI se consideran importantes las opiniones de expertos y médicos calificadores y de los pacientes que son calificados con éste, por lo tanto se incluyen en ésta parte del trabajo.

9.1.1. Conceptos de expertos sobre el manual.

Para conocer los conceptos de expertos en Medicina Laboral acerca del tema objeto de estudio, el MUCI, se realizan conversaciones con tres de ellos: Un médico con 20 años de experiencia en calificación de invalidez en el ISS, una médica especialista en Salud Ocupacional y un abogado con formación en derecho laboral, sus conceptos principales son:

En conversación sostenida el 22 de octubre de 2007 con el Asesor Jurídico del Ministerio de la Protección Social, Abogado Carlos Luis Ayala Cáceres especialista en Derecho Laboral, profesor universitario y autor de varios libros

¹³¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso>

¹³² Seminario Nacional "Acto Médico", Ministerio de Salud, Costa Bauer, Marino MD, Lima, Perú Octubre 1998. p 33

sobre Derecho laboral, él insiste en la necesidad de revisar y modificar la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios en general y en particular revisar y actualizar el Manual Único de Calificación de Invalidez por las dificultades e inconsistencias jurídicas a las que da lugar su aplicación. No precisa sus conceptos aunque se le insiste en ello.¹³³

Conversación sostenida el 6 de diciembre de 2007, con la Doctora Julietta Rodríguez. Medica Especialista en Salud Ocupacional, ex Directora de riesgos profesionales de Fasecolda y asesora del Ministerio de Salud, fue una de las personas que creó el Manual, con base en el Baremo español, el baremo chileno y la Guía de valoración de la Asociación Médica Americana (AMA), publicada en la revista JAMA. La Doctora afirmó que el MUCI (Baremo colombiano) debe ser analizado, revisado y modificado pues en el mismo se establece que “podrá ser objeto de revisión y actualización de su contenido, en forma parcial ó total, de acuerdo con el desarrollo científico y tecnológico de las ciencias de la salud (sic) y de la baremología a nivel mundial” como aparece en el artículo 15 del Decreto 917 de 1999).

Por fuera de la conversación, se encontró información relacionada e importante con ésta, en comunicación pública de la Doctora Rodríguez en Internet. El 7 de Septiembre del 2000 respondía a la Red Salud de los Trabajadores en Latinoamérica y el Caribe a la Dra. Falcón y al Dr. Idarraga lo siguiente: “Efectivamente en Colombia utilizamos como baremo el Manual Único para Calificación de la Invalidez, cuyo diseño y redacción estuvo bajo mi coordinación en las dos oportunidades que se ha expedido dicho instrumento en 1995 y en 1999. Como todos los baremos existentes en el mundo, su objetivo final es determinar el resarcimiento del daño que le fue ocasionado a un individuo por riesgo común o profesional, desde los puntos de vista asistencial, social y económico. Por tanto, este baremo (MUCI) se diseñó para evaluar la perdida de la capacidad laboral en términos de deficiencias, discapacidades y minusvalías, lo cual permite determinar la invalidez y la incapacidad permanente parcial. Se estima que el resarcimiento de los daños que han tenido las poblaciones afectadas por riegos comunes o profesionales, han sido eficientes, a pesar que el Sistema de Calificación dentro del cual se inserta el baremo no ha resultado tan eficiente como se esperaba”. Julietta Rodríguez de Villamil Directora de la CTRP (institución privada) - Fasecolda, Vicepresidenta de la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo.¹³⁴

En conversación sostenida, el 12 de Diciembre de 2007, con el Dr. Isidoro Iván Villamizar, Medico, Psicólogo y Abogado, calificador de invalidez en Medicina Laboral del ISS por 20 años, con amplia experiencia desde antes de la Ley 100, expresa sus reservas sobre la estructura de salud en Colombia después de la mencionada Ley, el MUCI y el proceso de calificación de invalidez vigente. Sobre el MUCI dice que deja muchos interrogantes e inquietudes que se deben resolver con un manual mejorado y actualizado, que además debe incluir capítulos específicos sobre el puesto de trabajo de la persona evaluada

¹³³ AYALA C, L. Concepto jurídico de Enfermedad Profesional. 2007.

¹³⁴ juliettarodriguez@MAILCITY.COM

e instrucciones específicas para diferenciar las enfermedades y accidentes comunes de los profesionales.

Las opiniones expresadas por los expertos destacan lo siguiente:

- Da lugar (el MUCI) a inconsistencias jurídicas en su aplicación.
- Se presentan dificultades en el proceso y en el procedimiento de calificación de invalidez así como en la asignación del origen.
- Se confirma la necesidad de revisar y modificar el manual vigente (MUCI) que en su articulado establece que podrá ser objeto de revisión y actualización de su contenido, en forma parcial ó total, como se determina en el artículo 15 del Decreto 917 de 1999.

9.1.2. Opiniones de los calificadores.

9.1.2.1. Acerca del proceso.

Los Médicos tratantes se quejan de que los conceptos les aumentan el trabajo y que no todos los exámenes y valoraciones son autorizados por las EPSs.

Los Médicos tratantes no conocen las normas ni sus responsabilidades y entorpecen el procedimiento, en general la documentación allegada es muy precaria y no hay una lista exacta de cuales exámenes se necesitan por diagnóstico.

Los estudios de puesto de trabajo deberían ser hechos por instancias independientes de EPSs y ARPs.

Las normas reglamentarias del SGRP pertenecen a la colcha de retazos existente en el país.

Las limitantes al estudio de los casos es (sic) de quienes tienen la responsabilidad del estudio (EPSs).

9.1.2.2. Acerca del procedimiento.

El manual habla de pérdida de capacidad laboral y no tiene ningún punto sobre el puesto de trabajo de la persona a calificar, falta éste importante aspecto porque un alto porcentaje de la gente que se califica pertenece a Riesgos Profesionales, como no incluyen datos del Puesto de Trabajo la información es la que da el trabajador.

El manual está diseñado para asignar Perdida de Capacidad Laboral y no para descartar (sic) origen.

Respecto a la Fecha de Estructuración (FE), en el artículo 3 se habla de pérdida de capacidad laboral y en el artículo 4 de calificación de invalidez.

Sugerencias de los médicos calificadores:

- En un nuevo manual se deberá utilizar una metodología más funcional menos anatómica.
- Incluir un capítulo de dolor.
- Una clasificación más sencilla.
- Modificar los capítulos, hacerlos más precisos y que no permitan las apreciaciones subjetivas.
- Incluir un capítulo de enfermedades profesionales y otro de enfermedades genéticas.

9.2. ASPECTOS JURÍDICOS.

Los aspectos jurídicos básicos se encuentran en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, el principal es el 917 de 1999, descritos y explicados en el capítulo 3. Las demandas que se han establecido contra ellos ante las diferentes instancias judiciales, se refieren a derechos vulnerados en el proceso de calificación de invalidez dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social y una sola demanda contra el mencionado decreto y el procedimiento de calificación de invalidez.

En el Sistema Nacional de Salud que existía antes de la Ley 100 de 1993 la salud, las pensiones y la salud de los trabajadores coexistían en un sistema de responsabilidad y financiamiento de las instituciones por el estado – seguridad social - lo que hacía sencillo y expedito el proceso de calificación de invalidez, el sistema actual es complejo, complicado, largo y dispendioso para los pacientes como se ha descrito con anterioridad.

La Ley 962/05 ó antitrámites al determinar que los sistemas de salud, riesgos profesionales y pensiones son la primera instancia en la calificación de invalidez y definen el derecho a la salud, el origen de las enfermedades y los accidentes y las prestaciones económicas de sus afiliados y beneficiarios¹³⁵, determinó que las instituciones son juez y parte en el proceso.

En el proceso y procedimiento de calificación se presentan controversias a partir de:

- La calificación misma.¹³⁶
- La cuantía de las prestaciones económicas.

¹³⁵ Congreso de República de Colombia, Ley 100 de 1993, Ministerio de Salud y Trabajo y Seguridad Social, Decreto 1295 de 1995 Ministerio de Salud y Trabajo y Seguridad Social Decreto 2463 de 2001, Congreso de la República de Colombia Ley 962 de 2005.

¹³⁶ Ibid.

- El origen.
- La fecha de estructuración de la invalidez¹³⁷, uno de los temas importantes que no se tocan en esta tesis porque supera sus objetivos.

La persona que solicita ser calificada se enfrenta a cinco niveles creados por la Ley 100 de 1993, en el caso de no estar de acuerdo con el dictamen (controversias):

- a. Empresas Promotoras de Salud.
- b. Administradoras de Riesgos Profesionales.
- c. Administradoras de Fondos de Pensiones.
- d. Para dirimir las controversias con éstas a:
 - Las Juntas de Calificación Regional.
 - La Junta de Calificación Nacional.

Para terminar, eventualmente, en la justicia laboral ordinaria en busca de que se reconozcan sus derechos¹³⁸, en procesos largos y complicados.

Además de lo anterior los colombianos han tenido que recurrir a mecanismos como las acciones de tutela¹³⁹ para que los cinco niveles de instancias que califican, descritos antes, resuelvan los procesos.

9.3. ASPECTOS ESTRUCTURALES.

Como se describió antes, la estructura del manual es como sigue:

Segmento 1.

Artículos 1 a 11 con aspectos varios sobre la calificación de invalidez – pérdida de capacidad laboral.

Segmento 2.

Artículo 12. Libro 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 mediante una serie de criterios y tablas especiales de valores.

Artículo 13. Libro segundo. Trata sobre las Discapacidades, desglosadas en siete (7) categorías, que incluyen el nivel complementario de gravedad.

Artículo 14. Libro tercero. Define siete (7) categorías de minusvalías.

¹³⁷ Ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social. Decreto 2463 de 2001, Congreso de la República de Colombia. Ley 962 de 2005.

¹³⁸ Ibid.

¹³⁹ VÉLEZ, AL. M.S.P. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud o un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? Colombia Online 2005

Segmento 3.

Artículo 15. De la revisión y actualización del Manual Único para la Calificación de la Invalidez.

Artículo 16. Vigencia y derogatorias.

Llama la atención que, algunos artículos del manual, en los segmentos 1 y 3, para la calificación de invalidez, se refieren al proceso y otros al procedimiento ó acto médico del peritaje en sí, lo cual confirma lo dicho respecto a la dificultad para separar el proceso administrativo del procedimiento médico.

Los artículos que corresponden a cada parte son los siguientes:

Proceso: Artículos 1, 2, 5, 6, 10, 15 y 16.

Procedimiento: Artículos 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13 y 14.

9.3.1. Aspectos estructurales del proceso.

Uno de los aspectos fundamentales de las críticas que se hacen al proceso nacen de los problemas administrativos de las instituciones de salud y riesgos profesionales que no autorizan ni realizan oportunamente las valoraciones médicas, los exámenes ni los tratamientos, necesarios para la consulta de medicina laboral¹⁴⁰

El proceso se hace difícil porque el manual no incluye información sobre el puesto de trabajo que desempeña la persona, no considera sus entornos, familiar, social y laboral, se utiliza para calificar la invalidez de niños y adultos y además, tiene un gran impacto social y económico para los colombianos discapacitados y sus familias.

Una parte vital del proceso tiene que ver con el hecho de que el estado colombiano no cumple sus compromisos nacionales e internacionales de reconocer los derechos de las personas discapacitadas ¹⁴¹⁻¹⁴².

La fecha de estructuración ó declaratoria de invalidez - artículo 3 del Manual – es uno de los puntos que causan más controversia, pues no es fácil de asignarla en las enfermedades crónicas por el curso mismo y por las demoras administrativas de los sistemas de salud, riesgos profesionales y pensiones, es decir desde el proceso se afecta el procedimiento.

¹⁴⁰ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Decreto 917 de 1993.

¹⁴¹ Presidencia de la República – Consejería de Programas Especiales – Red de Solidaridad Social: Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006; Bogotá 2006.

¹⁴² Ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social Colombia Decreto 917 de 1999

9.3.2. Aspectos estructurales del procedimiento de calificación de invalidez.

Según el MUCI, los médicos calificadores – peritos - deben ser personal idóneo científica, técnica y éticamente, con su respectivo reconocimiento académico oficial, Art. 4b.

Los peritos, son personas que poseen un título académico oficial o título reconocido para ejercer una actividad que acredita sus conocimientos respecto al tema objeto del informe pericial. Se debe puntualizar que sólo podrán actuar como peritos médico laborales en Colombia los especialistas en Salud Ocupacional, Medicina Laboral o Salud y Seguridad en el Trabajo.

El Médico calificador emite un dictamen fundamentado en:¹⁴³

Los hechos ocurridos que dieron lugar al accidente, la enfermedad o la muerte, indicando las circunstancias de modo, tiempo y lugar dentro de las cuales sucedieron y el DIAGNOSTICO CLINICO de carácter técnico-científico, soportado en la historia clínica, la historia ocupacional y con las ayudas de diagnóstico requeridas de acuerdo con la especificidad del problema.

Establecido el diagnóstico clínico, se procede a determinar la PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL del individuo, mediante los procedimientos definidos en el manual. En todo caso, ésta determinación debe ser realizada por 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 establecidos en el manual.

Definida la pérdida de la capacidad laboral, se procede a la CALIFICACION INTEGRAL DE LA INVALIDEZ, la cual se registra en el dictamen, en los formularios e instructivos que para ése efecto ha expedido el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, los cuales deben registrar por lo menos: el origen de la enfermedad, el accidente o la muerte, el grado de pérdida de la capacidad laboral causado por el accidente o la enfermedad, la fecha de estructuración de la invalidez y la fundamentación con base en el diagnóstico y demás informes adicionales, tales como el reporte del accidente o el certificado de defunción, si fuera el caso.

El dictamen debe contener los mecanismos 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.

Es decir la calificación se hace con la asignación de puntaje de pérdida de capacidad laboral según el diagnóstico de la enfermedad ó deficiencia, a la discapacidad y a la minusvalía y la unión de los anteriores da la calificación integral de invalidez.

¹⁴³ Ibid.

Invalidez = Deficiencia (Diagnóstico de Enfermedad) + pérdida de capacidad laboral.

Pérdida de capacidad laboral = Discapacidad + Minusvalía

Luego:

Invalidez = Deficiencia (Enfermedad) + (Discapacidad + Minusvalía)

En general el MUCI tanto en la parte inicial como en su estructura no tiene información suficiente sobre la forma de uso y el contenido de los capítulos lo que dificulta su correcta comprensión y utilización.

En cuanto a los capítulos se va a hacer una descripción de cada uno, las fallas más evidentes, con algunas observaciones.

Capítulo 1. Sistema músculo-esquelético, tiene 87 tablas, distribuidas así: una general, columna vertebral 16 tablas, miembros superiores 32 tablas y miembros inferiores 38 tablas.

Capítulo 2. Sistema nervioso periférico, tiene 12 tablas y 4 figuras.

Capítulo 3. Reumatología, tiene 3 tablas. No incluye nuevas enfermedades, como el Síndrome Antifosfolípido.

Capítulo 4. Aparato Respiratorio, tiene 3 tablas.

Capítulo 5. Aparato Digestivo, tiene 12 tablas. No incluye obesidad ni desnutrición.

Capítulo 6. Sistema Genitourinario, tiene 11 tablas. Un dato curioso, es que en las Tablas 6.5 y 11.5, la deficiencia global máxima para el hombre por patología del pene, es del 10% cuando no es posible la función sexual; mientras que en la Tabla 6.9 se da una deficiencia global máxima para la mujer por patologías de la vulva y vagina, que impiden el coito del 20%. ¿Cuál es la razón de esta diferencia? El manual no lo explica.

Capítulo 7. Sistema Cardiovascular, tiene 5 tablas. En este capítulo se encuentra uno de los errores más evidentes, en la tabla 1.86 la desarticulación de la cadera da una deficiencia global del 20%; mientras que en la tabla 7,4 la misma desarticulación da una deficiencia global del 35%. ¿Por qué la diferencia?

Capítulo 8. Enfermedad Neoplásica: Cáncer y SIDA, con 2 tablas. El SIDA tiene un máximo de calificación de deficiencia global del 50%, siendo una enfermedad crónica, con grandes cambios en su curso y periodos de mejoría. No se explica esa calificación tan alta si se compara con las secuelas de un

accidente cerebro-vascular o con una esquizofrenia residual, enfermedades que generan una gran discapacidad.

Capítulo 9. Sistema Endocrino, tiene 7 tablas. No se entiende en este capítulo, que la diabetes mellitus insulino-dependiente con complicaciones severas solamente da una deficiencia global del 30%, pues por su severidad debería tener un 40% sin recurrir a la calificación de las complicaciones por separado.

Capítulo 10. Piel, tiene 2 tablas.

Capítulo 11. Sistema Nervioso Central, tiene 6 tablas. ¿Por qué una persona que tiene una deficiencia global por alteraciones de la comunicación del 24,9% en la Tabla 11.1, tiene solamente un 20% en la Tabla 13.9 de alteraciones en el habla cuando no puede pronunciar ni articular? ¿Por qué en las Tablas 1.85 y 7.4 se asigna una deficiencia global del 30% a la amputación de una extremidad y en la Tabla 11,5 la pérdida de función de la extremidad no dominante tiene una deficiencia global del 20%? ¿No cabe aquí la noción de alternancia en la función y de reeducación?

Capítulo 12. Enfermedades Mentales, tiene 10 tablas. ¿Por qué se presentan diferencias en las tablas respecto a las máximas deficiencias entre Demencia, Dependencia de sustancias, Trastornos del humor, Trastornos relacionados con el estrés y trastornos de personalidad, entre otros, cuando se sabe que todas éstas enfermedades en su forma severa dan una alta discapacidad?

Capítulo 13. Órganos de los Sentidos, tiene 9 tablas. En este capítulo se encuentran dos de las tablas más difíciles de aplicar: La 13.4 de Deficiencia por pérdida del campo visual de un ojo y la Tabla 13.7 de Deterioro auditivo binaural.

Capítulo 14. Sistema Hematopoyético, tiene 3 tablas. En este capítulo, ampliado con inmunología, ¿no debería quedar incluido el SIDA?

Las tablas del MUCI actual tienen mezclados aspectos referentes a la lesión anatómica ó a la funcionalidad del miembro, órgano ó sistema afectado. Dentro del mismo capítulo del manual se pueden encontrar los valores anatómicos ó funcionales (Tabla 1.16, Tabla 1.85 y Tabla 1.86). Hay capítulos completamente enfocados en lo funcional como el respiratorio, cáncer y enfermedades mentales y la evaluación siempre se ha hecho con base en la funcionalidad del órgano ó sistema afectados.

Resumiendo, los problemas estructurales relacionados con defectos de diseño de las tablas son:

- Amplio número de tablas, 172 para ser precisos.
- Intervalos amplios que hacen imprecisa la calificación.
- Tablas complejas que solamente pueden ser interpretadas ó utilizadas por los especialistas correspondientes, por ejemplo: Ortopedistas ó Fisiatras en

el primer capítulo y Otorrinos en el capítulo 13, pues superan la formación del Médico laboral.

- Algunas tablas no incluyen lo funcional de la deficiencia, solamente lo anatómico.
- Las tablas contienen diferencias porcentuales en patologías similares.
- Lo laboral es – en el máximo porcentaje aplicable - el 19,8 % del total de la calificación de pérdida de capacidad laboral con un 0,3 % de discapacidad del rol ocupacional, 2 % de discapacidad de la situación, 15 % de minusvalía ocupacional y 2,5 % de autosuficiencia económica.

9.4. CONSECUENCIAS DE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

La calificación de una persona como inválida tiene implicaciones laborales y económicas para ella misma, su familia, la sociedad y las instituciones involucradas.

La determinación del origen del accidente ó la enfermedad tiene alcances sociales, laborales y económicos para la persona y su entorno.

Como se ha visto, las instituciones que califican son juez y parte en el proceso, por lo que – entre otras razones - los colombianos han tenido que recurrir a las acciones de tutela para que se resuelvan los procesos de calificación de invalidez, determinación de origen y pago de las prestaciones económicas.

Al no haber sido revisado, ni actualizado el manual continúan los conceptos y términos que han sido revaluados en otros países, como invalidez.

Las instancias del estado que tienen que ver con la discapacidad no se refieren a la discapacidad laboral.

De lo encontrado en el análisis documental y lo aportado por los expertos y los médicos calificadores, se deduce que el manual debe ser actualizado y la propuesta de ésta tesis debe permitir la calificación de la discapacidad – con énfasis en lo laboral - en forma clara, objetiva y aplicable a todos los colombianos independientemente de su edad, género, trabajo y estado civil y con base en su situación en el proceso salud – enfermedad, se dará así cumplimiento a uno de los objetivos de ésta investigación.

10. PROPUESTA PARA ACTUALIZAR Y MODIFICAR EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

La propuesta sigue el orden de la tesis desde sus fases iniciales, desarrolla respuestas a los objetivos, a lo descrito en el marco teórico con respecto a avances conceptuales, modelos de salud, baremología, relación entre aspectos socio – demográficos y formas de calificación de invalidez de los países referentes y de Colombia, todo ello en el marco de sus sistemas de seguridad social.

10.1. ASPECTOS JURÍDICOS.

El Manual Único de Calificación de Invalidez (MUCI) fue expedido como Decreto 917 de 1999 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Colombia y su revisión y actualización (Artículo 15) debe hacerse mediante otro decreto. Desde el comienzo se planteó que la propuesta estaba sujeta a las decisiones de la instancia del estado que tiene la potestad para hacerlo, es decir el Ministerio de la Protección Social, que puede ó no acogerla ó hacerlo parcial ó totalmente como insumo para una nueva estructura en materia de calificación.

La propuesta presentada se adecua al proceso vigente en el Sistema General de Seguridad Social de Colombia, pues las modificaciones a éste y a los aspectos jurídicos superan los objetivos de la tesis.

10.2. ESTRUCTURA CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA.

10.2.1. Definiciones.

En Colombia desde el año 2000 se ha presentado un acercamiento teórico a los nuevos conceptos de la OMS, expresados en la CIF, y se han establecido las bases para la formación de Política Pública en Discapacidad, a partir de la cual se han realizado las siguientes definiciones:¹⁴⁴

- **Situación de Discapacidad**, entendida como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas y sociales, en las que fluye la vida cotidiana de la población, que pueden afectar la autonomía y la participación personal en algún momento del ciclo vital, como resultado de las interacciones con las condiciones individuales¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Presidencia de la República – Consejería de Programas Especiales – Red de Solidaridad Social: Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006; Bogotá 2006.

¹⁴⁵ <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/SituacionDiscapacidadCES2003.pdf>

- **Persona con Discapacidad**, es aquella que tiene limitaciones en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud¹⁴⁶.

En éste marco conceptual se presentan las siguientes definiciones que forman parte de la propuesta, permiten encajarla en el marco del proceso actual de calificación y **reemplazan** las definiciones del MUCI.

- **Persona Discapacitada**, es aquella que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, haya perdido el 50% o más de su capacidad. Este calificativo reemplaza al de persona inválida.
- **Discapacidad permanente parcial**, es la pérdida del 5 al 49,9 % de la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida cotidiana ó del trabajo.

La propuesta desarrollada en ésta tesis no se hace “cruzando ó mezclando” baremos ya conocidos como se hizo con el manual vigente, se crea un sistema nuevo a partir del conocimiento actual, en el marco de los dominios de la CIF y a partir de las escalas en uso descritas en el marco teórico.

Los conceptos actuales sobre salud en el mundo han evolucionado desde la invalidez a la discapacidad, Colombia aún no los acoge pues el MUCI está fundado en la CIDDM con su deficiencia, discapacidad y minusvalía para la calificación; por eso la propuesta acoge la evolución conceptual de la CIF como marco estructural del sistema de calificación.

Hay estrecha relación entre el avance en aspectos sociodemográficos de los países y el reconocimiento de las prestaciones económicas, la discapacidad es reconocida, no calificada, pues sus ciudadanos tienen derecho a la salud, al trabajo y a una pensión digna por vejez ó enfermedad. Ninguno de los países desarrollados que fueron estudiados califica la invalidez ni utiliza los términos deficiencia ó minusvalía.

Además de lo anterior, al revisar el MUCI se encuentra que no tiene información suficiente sobre el contenido de los capítulos y la forma de uso lo que dificulta su correcta comprensión y utilización; por ésa razón la propuesta contiene la explicación de cada paso lo que permite una fácil aplicación.

El análisis crítico del MUCI incluyó las normas que reglamentan el procedimiento médico y el proceso que se cumple en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social del país para que la personas lleguen a la consulta en la que se utiliza el manual, por lo tanto toda la propuesta está encuadrada en la normatividad vigente en Colombia.

Con el MUCI se califica la pérdida de capacidad laboral y no incluye la descripción del puesto de trabajo ni la función cumplida por el trabajador, por

¹⁴⁶ Presidencia de la República – Consejería de Programas Especiales – Red de Solidaridad Social: Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006; Bogotá 2006.

tanto la propuesta establece una nueva forma de calificación que incluye tanto lo común como lo laboral con los formatos correspondientes.

Hay diferencias en la clasificación de enfermedades, problemas estructurales de las tablas con intervalos amplios y desiguales y complejidad en su utilización. Por lo anterior la propuesta ofrece diversas opciones para la modificación de tablas y capítulos en la parte de enfermedad y plantea nuevas formas de calificar discapacidad común y discapacidad laboral.

En el MUCI lo laboral es – en el máximo porcentaje aplicable - el 19,8 % del total de la calificación de pérdida de capacidad laboral. Como respuesta a lo anterior la propuesta incluye una forma de calificación específica para lo laboral y otra para lo común cada una con un 50% de valor máximo.

10.3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

La estructura del MUCI presenta un primer grupo de artículos del 1 a 11 con aspectos varios sobre la calificación de invalidez – pérdida de capacidad laboral. La propuesta contiene algunas modificaciones relacionadas con el contenido, pues hacer algo más específico supera los objetivos de la tesis.

El Artículo 12. Libro primero del MUCI 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 mediante una serie de criterios y tablas especiales de valores. La propuesta incluye opciones, cambia el nombre por el de Enfermedad General y tiene algunas tablas nuevas.

Artículo 13. Libro segundo del MUCI trata de las discapacidades distribuidas en siete (7) categorías así:

- Discapacidades de la conducta.
- Discapacidades de la Comunicación.
- Discapacidades del cuidado personal.
- Discapacidades de la locomoción.
- Discapacidades de la disposición del cuerpo.
- Discapacidades de la destreza.
- Discapacidades de la situación.

Artículo 14. Libro tercero del MUCI define siete (7) categorías de minusvalías:

- Minusvalía de orientación.
- Minusvalía de Independencia física.
- Minusvalía de desplazamiento.
- Minusvalía ocupacional.
- Minusvalía de integración social.
- Minusvalía de autosuficiencia económica.

Minusvalía en función de la edad.

La propuesta incluye el equivalente a éstos dos libros y contiene apartados de calificación de discapacidad común y de discapacidad laboral con sus correspondientes tablas y porcentajes a los que se les aplica la denominación de los dominios de la CIF.

Artículo 15. Del MUCI se refiere a la revisión y actualización del Manual Único para la Calificación de la Invalidez. La propuesta recomienda que se haga cada 4 años obligatoriamente.

Artículo 16. Vigencia y derogatorias.

El MUCI establece que el médico calificador emite un dictamen fundamentado en:

El DIAGNÓSTICO CLÍNICO soportado en la historia clínica, la historia ocupacional y las ayudas de diagnóstico requeridas; en la propuesta se denomina ENFERMEDAD GENERAL con su correspondiente diagnóstico.

Establecido el diagnóstico clínico, se procede a determinar la PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL de la persona. En la propuesta se denomina DISCAPACIDAD COMÚN Ó DISCAPACIDAD LABORAL.

Definida la pérdida de la capacidad laboral, se procede a la CALIFICACIÓN INTEGRAL DE LA INVALIDEZ, que se registra en los formularios e instructivos que para ése efecto ha expedido el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En la propuesta corresponde a CALIFICACIÓN INTEGRAL DE DISCAPACIDAD.

Es decir:

En el MUCI:

Invalidez = Deficiencia (Diagnóstico de Enfermedad) + pérdida de capacidad laboral.

En la propuesta:

Discapacidad = Enfermedad general (Diagnóstico de Enfermedad) + discapacidad común ó discapacidad laboral.

Ó sea:

Discapacidad laboral = Enfermedad ó accidente, laborales + Discapacidad
Discapacidad común = Enfermedad + Discapacidad

Luego:

En el MUCI: Invalidez = Deficiencia (Enfermedad) + (Discapacidad + Minusvalía)

En la Propuesta, con un formato sencillo y que separa lo laboral de lo común:

Discapacidad común = Enfermedad común + Discapacidad.

Discapacidad laboral = Enfermedad ó accidente laborales + Discapacidad

10.4. ALCANCE.

Esta tesis presenta una propuesta para actualizar y modificar el Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999) que – las instancias competentes del Estado – en el futuro decidirán sobre su utilidad para las personas discapacitadas del país ó no.

10.4.1. Opciones de la propuesta.

Lo fundamental de la propuesta de esta tesis es superar el concepto invalidez para llegar al actual de discapacidad. La relación entre los aspectos sociodemográficos de los países y el reconocimiento de la discapacidad, no calificación, es evidente pues la salud en éstos es un derecho así como el trabajo y una pensión por vejez ó enfermedad. En la propuesta se consideran éstos aspectos de gran importancia en el proceso de calificación y se presentan a continuación diversas opciones de la misma.

10.4.1.1. Primera opción.

Colombia puede dar un paso trascendental en el abordaje de la discapacidad no calificándola sino reconociéndola, con los derechos y prestaciones económicas que genera, como se ha mostrado en la revisión documental realizada a lo largo de la tesis, se hace en los países desarrollados.

10.4.1.2. Segunda opción.

Modificar los capítulos del Libro I de Deficiencias del manual actual, agregando uno sobre dolor y otro sobre enfermedades genéticas, y adaptar la parte de calificación de discapacidad común y laboral de ésta tesis para obtener una nueva forma de calificación.

10.4.1.3. Tercera opción.

Tomar los temas de los capítulos del manual vigente y agregar los sugeridos por los calificadores: enfermedades genéticas y dolor, incluyendo lo correspondiente a discapacidad común y laboral de ésta tesis.

En ésta opción:

- Las sociedades de especialidades médicas deben integrar comisiones científicas formadas por dos de sus miembros en compañía de un médico especialista en Salud Ocupacional y el apoyo de integrantes del equipo de salud y de otras profesiones, para que en un plazo definido presenten la que a su juicio debe ser el contenido de las enfermedades en su área disciplinar.
- Por ejemplo, el Capítulo Sistema Músculo - Esquelético sería modificado por un miembro de las Sociedades Colombianas de Ortopedia y Fisiatría, un Médico(a) Especialista en Salud Ocupacional, un(a) Terapeuta Físico(a), un(a) Terapeuta Ocupacional y un(a) Abogado(a).

Esta opción es una versión más avanzada que la segunda pues permite la participación de las sociedades científicas, pero ésta misma es su mayor dificultad; pues significa activar y unificar las acciones de éstas.

10.4.1.4. Cuarta opción.

La discapacidad puede calificarse – en lo que corresponde a lo laboral - con base en la Tabla de Evaluación de Incapacidades por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional del Instituto Colombiano de Seguro Social, vigente hasta el año de 1994 en Colombia¹⁴⁷, la cual es sorprendentemente similar a la Clasificación de Grados de Discapacidad utilizada actualmente en el Japón¹⁴⁸.

La mejor opción de las presentadas anteriormente es la primera, pero supera la realidad actual de Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social vigente. El autor de la Tesis considerando la realidad del país, opta por la segunda opción: Modificar los capítulos del Libro I de Deficiencias del manual actual que pasaría a llamarse LIBRO DE ENFERMEDAD GENERAL, agregando un capítulo sobre dolor y otro sobre enfermedades genéticas y quitar la parte de discapacidad y minusvalía actuales cambiándolas por la discapacidad común y laboral propuestas por ésta tesis, para obtener una nueva forma de calificación.

El autor escogió la segunda opción dentro de la realidad del Sistema General de Seguridad Social y de la eficiencia en términos de tiempo de la interacción

¹⁴⁷ Instituto Colombiano de Seguro Social: Tabla de Evaluación de Incapacidades por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. Acuerdo 258 de 1967.

¹⁴⁸ Asia & Pacific Journal on Disability N° 3, Disability Statistics in Japan. Sept. 1998

de éste con las sociedades científicas médicas y con el cuerpo médico nacional, que hace improbable cambios trascendentales en el corto plazo; por eso la propuesta planteó actualizar y modificar el MUCI vigente en Colombia.

10.5. ESTRUCTURA GENERAL.

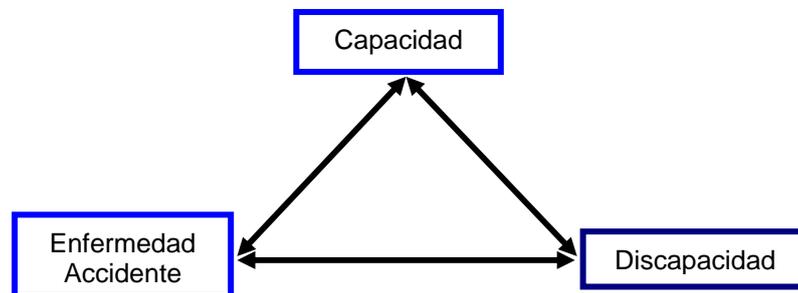
10.5.1. Calificación de discapacidad.

La propuesta de modificación y actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez supera el concepto invalidez para llegar a discapacidad y abordar, diferenciar y calificar por separado y con formatos distintos la invalidez común y la laboral.

La propuesta parte de la relación entre los conceptos: Enfermedad ó accidente que causan algún grado de discapacidad y capacidad pues aún en los casos más graves hay una capacidad residual.

El siguiente gráfico, muestra las interrelaciones, que actúan en todos los sentidos, entre capacidad, enfermedad ó accidente y discapacidad

Grafico 16. Relación: Capacidad - Enfermedad - Discapacidad.



Buendía, S. Desarrollada por el autor.

De la relación entre la enfermedad - accidente, la discapacidad generada por estos y la capacidad que conserva la persona surge el grado o porcentaje de discapacidad integral.

Este sencillo proceso pasa de la invalidez a la discapacidad - capacidad y da a las personas la posibilidad de que se les reconozca lo que pueden hacer a pesar de su enfermedad.

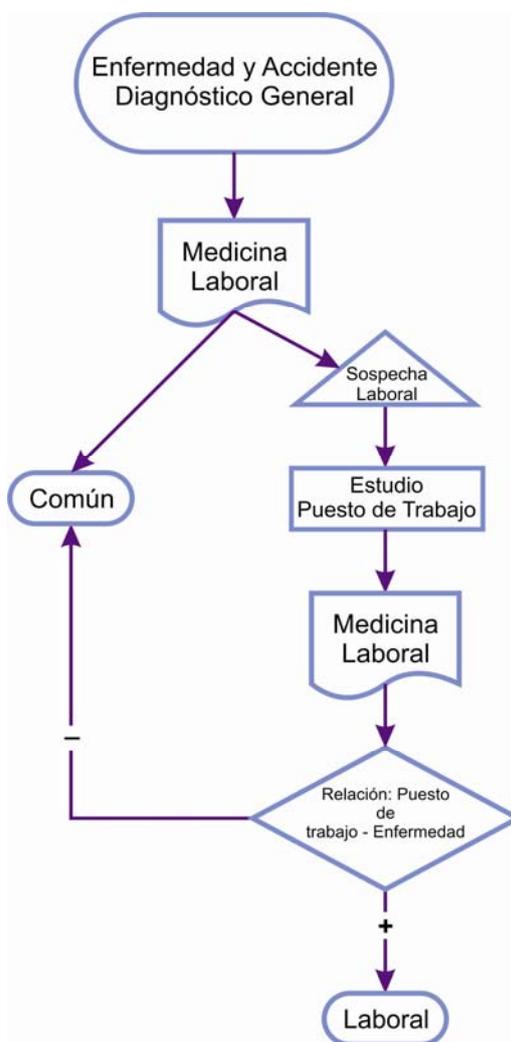
La calificación, entonces, se hace en los siguientes aspectos:

- Enfermedad.
- Discapacidad - Capacidad.

El proceso comienza con el correspondiente DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GENERAL y lleva al paciente a la valoración por medicina laboral para la determinación, así sea presuntiva, del origen del accidente ó enfermedad, común ó laboral.

- Si se piensa en el origen común de la discapacidad se deben utilizar la tabla y el formato específicos para ése origen, (ver anexos).
- Si se sospecha ó se tiene la certeza de un origen laboral se deben utilizar las tablas y el formato específicos (ver anexos) para ése tipo de discapacidad.

Gráfico 17. Flujograma de la propuesta.



Fuente: Buendía, S. Desarrollado por el autor.

Cuando se presume un origen laboral se debe solicitar el estudio del puesto de trabajo de la persona a calificar, a las instancias competentes: La empresa en

la que trabaja y la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual esté afiliada la persona a calificar.

El análisis de la relación entre el puesto de trabajo y el cuadro clínico que presenta el paciente permite establecer, cuando el resultado es negativo, que el origen es común y si es positivo, el origen es laboral. La ley define como enfermedad profesional, todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga a un trabajador como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo, o del medio en que se ha visto obligado a laborar y que haya sido determinado como enfermedad profesional por el gobierno nacional.¹⁴⁹

Desde el planteamiento inicial para ésta tesis, se estableció que la propuesta debía hacer énfasis en lo laboral, por lo tanto el proceso, el procedimiento y los formatos de calificación de discapacidad propuestos son diferentes según que el origen sea por enfermedad ó accidente común ó laboral.

En ambas situaciones, Origen Común y Origen Laboral corresponde hacer la calificación determinando la discapacidad de la persona y la capacidad que conserva independientemente del origen.

- **Sustento estructural de la propuesta en el marco de los dominios de la CIF**

Como ya se explicó en el marco teórico, la propuesta de ésta tesis se establece en el nivel de los dominios de la CIF como base estructural recordando que el orden jerárquico en aquella es de constructos, dominios, categorías dentro del dominio y niveles.

El procedimiento se inicia a partir del Diagnostico General de Enfermedad ó Accidente y continúa con la aplicación de las tablas construidas en apartados con la denominación de los dominios de la CIF.

La CIF, como se ha dicho varias veces, es una clasificación que sirve como herramienta útil, práctica y precisa, reconocida internacionalmente como marco estructural en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad asociados a las condiciones de salud del ser humano. Por lo anterior la propuesta, que es un baremo, acoge sus dominios como base estructural de los apartados.

- **Correspondencia de los dominios CIF con los apartados de la propuesta.**

Los mencionados dominios – áreas de calificación, corresponden con los apartados de las tablas de asignación de puntaje de la propuesta, así:

¹⁴⁹ Ley 100 de 1993, Ministerio de Salud: Decreto 1832 de 1994.

Gráfico 18. Áreas de calificación – dominios CIF.

DOMINIOS	
D1	Aprendizaje y aplicación
D2	Tareas y demandas generales
D3	Comunicación
D4	Movilidad
D5	Autocuidado
D6	Vida domestica
D7	Interacciones y relaciones interpersonales
D8	Áreas personales de la vida
D9	Vida comunitaria, cívica y social

Fuente: CIF 2001

Los apartados para los dominios de la CIF se presentan a continuación:

- **D1.** Aprendizaje y aplicación: Capacidad mental, de visión, audición y habla.
- **D2.** Tareas y demandas generales: Actividades cotidianas, salud, independencia, trabajo, responsabilidad y relación con el entorno.
- **D3.** Comunicación: Capacidad de visión, audición y habla, mental y de cognición.
- **D4.** Movilidad: Capacidad física, de deambulación, dolor, estabilidad, e independencia.
- **D5.** Autocuidado: Capacidad en actividades cotidianas, de responsabilidad, independencia, salud y limpieza
- **D6.** Vida domestica: Capacidad en actividades cotidianas, en responsabilidad, asuntos de salud, limpieza y relación con el entorno.
- **D7.** Interacciones y relaciones interpersonales: Capacidad mental, de relación con su entorno,
- **D8.** Áreas personales de la vida: Capacidad mental, independencia, limpieza, asuntos de salud y de trabajo.
- **D9.** Vida comunitaria, cívica y social: Capacidad mental, cognición, de responsabilidad, de relación con su entorno, aprendizaje y trabajo.

Los mencionados apartados de las tablas de asignación porcentual de la propuesta utilizan las denominaciones de los dominios – áreas de calificación y corresponden a las categorías de discapacidades y minusvalías del MUCI.

Las Tablas de la propuesta enumeran los apartados y fueron desarrolladas por el autor para evaluar en forma completa y minuciosa la discapacidad tomando como base estructural en el diseño los dominios de la CIF con el fin de hacerlas compatibles con los desarrollos y sistemas mundiales de calificación de discapacidad.

En el MUCI se relacionan los criterios de calificación con el porcentaje. La propuesta incluye la modificación de los criterios dentro de los apartados con nuevos valores porcentuales, como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 14. Criterios de calificación en los apartados.

CRITERIOS	PORCENTAJE
No discapacidad	0,5
Dificultad en la ejecución	1,0
Ejecución ayudada	1,5
Ejecución dependiente	2,0
Dependencia total	2,5

Fuente: Buendía, S. Desarrollado por el autor.

Los criterios utilizados en los apartados permiten realizar la calificación en las tablas desde un mínimo, sin discapacidad, hasta el porcentaje máximo permitido por las normas vigentes.

Las principales escalas¹⁵⁰ – Baremos - utilizadas en el mundo para “medir” variables de incapacidad ó dependencia, descritas en el numeral 6.4.2 del Marco Teórico, sirven para evaluar los cambios en la ejecución de las actividades diarias, en los hábitos, en la personalidad y en la conducta de personas con cualquier tipo de enfermedades ó edad.

Para construir las tablas se tomaron las variables que se encuentran en las escalas, repetidas en varias de estas, y se emplearon para la calificación de discapacidad común y laboral asignando a cada una un puntaje que permite hacerlas cuantificables. Las variables corresponden a las categorías de discapacidades y minusvalías del MUCI y sirven para describir y evaluar el nivel de actividad e independencia de las personas enfermas en su vida diaria con respecto a su autonomía en alimentación, continencia, movilidad, uso del baño, vestirse y bañarse, tanto en sus actividades comunes como laborales.

Uno de los factores importantes tanto en discapacidad común como laboral, es la edad, por lo cual se creó una tabla de conversión en la cual se la relaciona

¹⁵⁰ Alzheimer@hipocampo.org Sociedad Española de Neurología.

con el porcentaje para incluirla en uno de los apartados de las tablas de calificación de discapacidad común y laboral.

Tabla 15. Conversiones entre edad y porcentaje de discapacidad.

EDAD	< 20	21 - 32	33 - 44	45 – 56	> 56
PORCENTAJE	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5

Fuente: Buendía, S. Desarrollado por el autor.

Como se dijo antes, en la propuesta se califica con base en las tablas de deficiencia del MUCI actual, que corresponden a la ENFERMEDAD GENERAL con modificaciones en aspectos anatómicos y funcionales del miembro, órgano ó sistema afectado. La construcción de nuevas tablas con predominio anatómico ó funcional puede ser el origen de otra tesis en medicina laboral.

En el caso de varias enfermedades se acogen tanto la fórmula para hacer la combinación de éstas como la tabla para hacerla sin aquella¹⁵¹⁻¹⁵².

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

A= Enfermedad A

B= Enfermedad B

C= Calificación combinada

10.5.1.1. Discapacidad común.

Se propone un baremo porcentual dado que la valoración, se calcula a partir de la “normalidad” básica de la persona con una discapacidad del diez por ciento, pues no hay nadie totalmente sano y “capaz” y un máximo del ciento por ciento que es la muerte. La calificación, seguirá siendo porcentual por esa razón y porque las normas vigentes en el país obligan a ello.

La calificación de discapacidad común se propone realizarla así:

- Diagnostico general de la enfermedad: La deficiencia en el manual actual. La evaluación se hace utilizando los capítulos actuales con los nuevos:

¹⁵¹ Ministerio de Salud y Trabajo y Seguridad Social. Decreto 917 de 1999.

¹⁵² Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud. Decreto 1436 de 1995.

Dolor y enfermedades genéticas. Su máximo valor es de 50 %, que es lo que las normas vigentes establecen.

- Discapacidad común: La discapacidad y la minusvalía en el manual actual. La evaluación se hace con la tabla para la calificación de discapacidad común que se presenta en ésta propuesta con un valor máximo de 50 %.

La calificación se hará mediante los apartados, basados en los dominios CIF, propuestos en la tabla 16, a cada uno de ellos el calificador le asignará un valor, el cual será escrito en la casilla correspondiente, al final se suman los puntajes en la casilla del total y éste resultado proporcionará la calificación de discapacidad común que sumada al puntaje obtenido al calificar la ó las enfermedades da la calificación final de discapacidad.

Como fue mencionado anteriormente se califica la capacidad así:

En primer lugar, un puntaje bajo corresponde a menor discapacidad que la enfermedad le genera a la persona y a mayor capacidad residual (lo que la persona aún puede hacer).

En segundo lugar, un puntaje alto corresponde a mayor discapacidad que la enfermedad le genera a la persona y a menor capacidad residual (lo que aún puede hacer).

- **Calificación de la discapacidad común.**

Esta tabla permite calificar, en los apartados equivalentes a los dominios anteriormente mencionados, la discapacidad en la que se encuentra la persona debido a una ó unas enfermedades.

Se ofrecen los puntajes para determinar la discapacidad siempre en relación con la enfermedad que la causa, es decir que un individuo capaz tiene 10 % y un discapacitado al máximo tiene 50 % que correspondería a un estado cercano a la muerte.

No se debe olvidar que las variables se desarrollaron a partir de las escalas en uso en el mundo y corresponden al 50 % del actual manual en discapacidad y minusvalía.

El perito Médico calificador escoge en la tabla el puntaje que le corresponde al paciente, según las consecuencias de su enfermedad ó accidente, en cada uno de los 20 apartados de 0,5 a 2,5 % para un máximo de 50% y luego totaliza para establecer la discapacidad.

Las tablas se desarrollaron acogiendo los dominios de la CIF y reemplazando las variables de discapacidad y minusvalía del MUCI con las equivalentes de la propuesta, cuya sumatoria en porcentaje corresponde al total asignado por las normas vigentes.

Tabla 16. Calificación de discapacidad común

1. Capacidad física	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
2. Capacidad mental	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
3. Capacidad en actividades cotidianas	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
4. Capacidad en responsabilidad	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
5. Capacidad en asuntos de salud	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
6. Capacidad en la relación con su entorno	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
7. Capacidad en independencia	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
8. Capacidad para la limpieza	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
9. Capacidad de visión	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
10. Capacidad de audición	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
11. Capacidad del habla	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
12. Capacidad para la deambulación	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
13. Capacidad de la destreza	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
14. Capacidad de cognición	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
15. Capacidad por dolor	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
16. Capacidad de la conducta	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
17. Capacidad de la estabilidad	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
18. Capacidad del aprendizaje	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
19. Capacidad en el trabajo	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
20. Edad	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
TOTAL					50

Fuente: Buendía, S. Desarrollado por el autor.

- **Apartados de discapacidad común.** En los apartados se asume que todos los seres humanos tienen cierto grado de discapacidad básica, por lo tanto no parte de 0 sino de 0,5. Se presenta enseguida la descripción de las Tablas de la propuesta con los apartados desarrollados por el autor para evaluar la discapacidad con la base estructural en los dominios de la CIF.

1. Capacidad física:

- 0,5 Se vale por sí mismo (a) y anda con normalidad
- 1,0 Leve dificultad en actividades de la vida diaria y para deambular, es continente.
- 1,5 Moderada dificultad en actividades de la vida diaria, deambula ayudado al menos por una persona, incontinencia ocasional.
- 2,0 Severa dificultad en actividades de la vida diaria, deambula ayudado al menos por 2 personas, incontinencia habitual
- 2,5 Inmovilidad en cama o sillón, necesita cuidados de enfermería

constantes, incontinencia permanente.

2. Capacidad mental

- 0,5 Completamente normal.
- 1,0 Leves trastornos de la memoria, puede mantener una conversación normal, continente.
Moderadas alteraciones de la memoria y de la orientación,
- 1,5 conversación imperfecta, trastornos del carácter, dificultades en el autocuidado, incontinencia ocasional.
Alteraciones graves de memoria y orientación, imposible mantener una
- 2,0 conversación coherente, trastornos del comportamiento, no autocuidado, incontinencia frecuente.
- 2,5 Alteraciones avanzadas, vida vegetativa con o sin episodios de agitación, incontinencia total.

3. Capacidad en actividades cotidianas.

- 0,5 Realiza normalmente las actividades cotidianas: Usar el teléfono, hacer las compras, organizar, preparar y servir las comidas, mantener la casa con ayuda ocasional, viajar solo (a) en transporte público o en su carro.
- 1,0 Tiene dificultades para realizar las actividades cotidianas pero las hace.
- 1,5 Tiene dificultades para realizar algunas de las actividades cotidianas.
- 2,0 Tiene algunas dificultades para realizar la mayoría de las actividades cotidianas.
- 2,5 No puede realizar ninguna de las actividades cotidianas.

4. Capacidad en responsabilidad.

- 0,5 Es capaz de vivir en su casa y mantenerla, tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta, encargarse de sus asuntos económicos y manejar dinero, capaz de trabajar sin necesidad de cuidados especiales.
- 1,0 Puede satisfacer sus necesidades con ayuda ocasional.
- 1,5 Es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades con ayuda.
- 2,0 Puede satisfacer algunas de sus necesidades con ayuda permanente.
- 2,5 No puede satisfacer sus necesidades sin ayuda.

5. Capacidad en asuntos de salud.

- 0,5 Capaz de cuidarse en asuntos de salud con atención ocasional.
- 1,0 Leve dificultad para atender sus necesidades básicas en salud, requiere atención corriente.
- 1,5 Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente para satisfacer sus necesidades, las enfermedades pueden agravarse rápidamente.
- 2,0 Necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo, gravemente enfermo (a). Tratamiento activo necesario.

2,5 Moribundo (a).

6. Capacidad en la relación con su entorno.

- 0,5 Puede usar dinero, recordar listas de compras, orientarse en casa y en calles familiares y recordar hechos recientes No tiene tendencia a recordar el pasado, a retraerse, al egocentrismo y mantiene el control emocional.
- 1,0 Tiene algunas dificultades en la relación con su entorno.
- 1,5 Tiene moderadas dificultades en las relaciones con su entorno puede superarlas sin compañía.
- 2,0 Tiene serias dificultades en la relación con su entorno requiere compañía.
- 2,5 No tiene relación con su entorno requiere internación.

7. Capacidad en independencia.

- 0,5 Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del baño, vestirse y bañarse.
- 1,0 Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- 1,5 Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- 2,0 Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y uso del sanitario
- 2,5 Dependiente en las seis funciones.

8. Capacidad para la limpieza.

- Bañarse en ducha y salir o entrar en ésta, escoger la ropa, ponérsela, utilizar cremalleras, amarrarse los zapatos, entrar y salir del baño,
- 0,5 limpiarse los órganos excretores y arreglarse la ropa, entrar y salir de la cama y sentarse y levantarse de una silla y llevar la comida desde el plato a la boca.
- 1,0 Puede realizar la mayoría de éstas actividades.
- 1,5 Realiza la mayoría de actividades con ayuda.
- 2,0 Realiza algunas actividades con ayuda
- 2,5 Depende totalmente de otras personas para éstas actividades.

9. Capacidad en visión

- 0,5 Ve bien sin gafas ni lentes de contacto.
- 1,0 Ve lo suficiente usando gafas o lentes de contacto.
- 1,5 Puede leer con gafas o lentes de contacto de cerca pero no tiene buena visión a media distancia.
- 2,0 No puede leer ni ver a corta ó media distancia sin gafas o lentes de contacto.
- 2,5 No puede ver.

10. Capacidad de audición

- 0,5 Capaz de oír una conversación con una persona ó en grupo, sin ayuda auditiva.
- 1,0 Capaz de oír una conversación con otra persona sin ayuda auditiva, pero necesita ayuda auditiva para oír una conversación en grupo.
- 1,,5 Capaz de oír una conversación con otra persona ó en grupo con ayuda auditiva.
- 2,0 No puede oír una conversación con otra persona ó en grupo sin ayuda auditiva.
- 2,5 Incapaz de oír.

11. Capacidad del habla

- 0,5 Capaz de hacerse entender completamente con extraños o con amigos.
- 1,0 Capaz de hacerse entender parcialmente cuando habla con extraños pero se hace entender por conocidos.
- 1,5 Capaz de hacerse entender parcialmente cuando habla con extraños o conocidos.
- 2,0 No se hace entender cuando habla con extraños pero se hace entender parcialmente por conocidos.
- 2,5 Incapaz de hacerse entender cuando habla con cualquiera. Afasia, disartria.

12. Capacidad para deambulación

- 0,5 Capaz de caminar sin dificultad y sin ayudas.
- 1,0 Capaz de caminar con dificultad pero sin ayudas.
- 1,5 Capaz de caminar con ayudas sin el auxilio de otra persona.
- 2,0 Capaz de caminar solo con ayudas y con otra persona.
- 2,5 Incapaz de caminar en absoluto.

13. Capacidad de la destreza

- 0,5 Utiliza completamente las manos.
- 1,0 Limitación en el empleo de las manos sin necesitar instrumentos especiales ni la ayuda de otra persona.
- 1,5 Limitaciones en el empleo de las manos o de los dedos necesita instrumentos especiales.
- 2,0 Limitaciones en el empleo de las manos, precisa la ayuda de aditamentos (ortesis - prótesis) instrumentos y de otra persona.
- 2,5 No puede emplear las manos, precisa la ayuda de otra persona para realizar cualquier tarea.

14. Capacidad en cognición

- 0,5 Recuerda la mayoría de las cosas, piensa con claridad y resuelve los problemas cotidianos.

- 1,0 Recuerda la mayoría de las cosas, cierta dificultad cuando intenta pensar y resolver los problemas cotidianos.
- 1,5 Bastante olvidadizo, pero piensa con claridad y resuelve los problemas cotidianos.
- 2,0 Bastante olvidadizo con dificultad para pensar o resolver los problemas cotidianos.
- 2,5 No puede resolver nada ni pensar con claridad.

15. Capacidad por dolor.

- 0,5 Sin dolor ni molestias.
- 1,0 Dolor leve que no impide realizar actividades.
- 1,5 Dolor moderado que impide realizar ciertas actividades.
- 2,0 Dolor intenso que impide realizar la mayoría de actividades.
- 2,5 Dolor severo que impide todas las actividades.

16. Capacidad de la conducta.

- 0,5 Sin trastornos de conducta, colaborador (a).
- 1,0 Trastornos de conducta que alteran la convivencia de forma leve, colaborador (a).
- 1,5 Trastornos de conducta moderados (Ideas de muerte, auto ó hetero agresividad), poca colaboración.
- 2,0 Trastornos de conducta intensos que alteran la convivencia de forma grave, no colabora.
- 2,5 Requiere internación y vigilancia permanentes.

17. Capacidad de la estabilidad

- 0,5 Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.
- 1,0 Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída (por ejemplo: mareos frecuentes).
- 1,5 Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes
- 2,0 No puede permanecer de pie sin apoyo.
- 2,5 Debe usar silla de ruedas, caminador ó estar en cama.

18. Capacidad del aprendizaje.

- 0,5 Puede aprender.
- 1,0 Tiene limitaciones leves para aprender, puede educarse.
- 1,5 Tiene limitaciones moderadas para aprender, puede ser reeducado.
- 2,0 Tiene limitaciones graves para aprender y para ser educado.
- 2,5 No puede ser educado.

19. Capacidad en el trabajo.

- 0,5 Puede retornar a su trabajo sin limitaciones.
- 1,0 Puede regresar a su trabajo con algunas limitaciones.

- 1,5 Puede regresar a su trabajo con serias limitaciones y debe ser reentrenado.
- 2,0 No puede regresar a su trabajo, debe ser reubicado y reentrenado.
- 2,5 No puede regresar a su trabajo ni ser reentrenado.

20. Edad

- 0,5 Menor de 20 años.
- 1,0 De 21 a 32 años.
- 1,5 De 33 a 44 años.
- 2,0 De 45 a 56 años.
- 2,5 Mayor de 57 años.

Se presentan dos ejemplos sobre cómo operaría el sistema propuesto.

Paciente hombre de 35 años con Sida E C2.

Enfermedad: 47 % (MUCI, Tablas 8.1 y 8.2), ésta calificación debe conservarse, es generada en el CDC.

Capacidad: 10 %. Se califican los 20 apartados de discapacidad común con 0,5 por ser un paciente actualmente sintomático (Ver tabla 14 con la que se califica.)

Total discapacidad: 57 %, Capacidad 43 %.

Paciente femenino de 63 años con enfermedad vascular oclusiva en miembros inferiores, (MUCI Tabla 7.4), que genera la amputación de ambos a nivel supracondileo, 30% cada una con suma combinada 36%, cardiopatía coronaria, (MUCI Tabla 7.1) y fórmula de suma combinada 36% y 30% dan:
Enfermedad: 40,2 % según el capítulo de Sistema cardiovascular.
Discapacidad: 20 %. Se califican los Apartados de discapacidad común 6, 7, 17 y 20 con 1,5. El apartado 15 con 1,0. Los números 1, 3 y 12 con 2,5. Los números 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 y 19 con 0,5 (Ver tabla 14 con la que se califica.)

Total discapacidad: 60,2 %, Capacidad 39,8 %.

10.5.1.2. Discapacidad laboral.

Aquí también se propone un baremo porcentual porque la calificación es así, con base en las normas vigentes en el país. No se debe olvidar que las variables se desarrollaron a partir de las escalas en uso en el mundo y corresponden al 50 % actual de discapacidad y minusvalía.

La discapacidad laboral se califica con base en tres tablas:

- Clasificación por clases de trabajo.
- Capacidad laboral, evaluación de la función.
- Calificación de Capacidad.

Estas tablas permiten calificar al individuo en los aspectos más importantes de su vida considerando lo laboral como el centro de la evaluación sin excluir lo extra laboral. El procedimiento es el siguiente:

- Se comienza con la enfermedad que corresponde al 50 % del total con base en lo determinado en la Ley 100 de 1993.
- Posteriormente se hace la clasificación de la clase de trabajo que desempeña la persona sin asignarle porcentaje.
- Se evalúa la función laboral afectada por la enfermedad, con un máximo porcentaje de 20 %.
- Se califica la discapacidad laboral, con un máximo del 30 %.

Lo laboral, en la propuesta pasa del máximo porcentaje aplicable en el MUCI del 19,8 % al 50% del total de la calificación de pérdida de capacidad laboral. Esto significa un cambio radical del sistema actual de calificación y responde al propósito inicial y a los objetivos de la tesis de hacer énfasis en lo laboral.

Grafico 19. Clasificación por clases de trabajo

CLASE DE TRABAJO	ACTIVIDAD MENTAL	ACTIVIDAD FÍSICA	TÉCNICAS UTILIZADAS	ENTORNO LABORAL
INTELLECTUAL	Memoria, concentración, decisiones.	Fuerza y energía.	Ejecución, gestión planeación, gerencia.	Riesgos laborales
MANUAL	Atención concentración.	Ritmo y coordinación	Habilidad, destreza, planeación.	Riesgos laborales.
MIXTO CON PREDOMINIO INTELLECTUAL	Memoria, concentración, creatividad.	Habilidad y destreza	Planeación, destreza, gerencia.	Riesgos laborales.
MIXTO CON PREDOMINIO MANUAL	Memoria, concentración, atención y destreza.	Trabajo, fuerza, energía.	Gestión, destreza.	Riesgos laborales.

Fuente: RODRÍGUEZ JOUVENCEL M, Cita: Método per l'analisi ergonomica dei posti di lavoro (AET). Edición italiana, Editorial Franco Angelli, Milano (Italia), 1987.

Para el abordaje integral de las condiciones de trabajo se recomienda que el perito médico laboral aplique con todo cuidado las tablas sobre la clase de trabajo que desempeña la persona que se está evaluando: Intelectual, manual ó mixto, muy importante para tener claro el compromiso de las consecuencias de la enfermedad ó el accidente para su labor y la otra tabla de la función laboral afectada por la enfermedad que causa la discapacidad con sus

variables: Alternancia, Importancia, Especificidad, Duración y Frecuencia, que se exponen en el siguiente numeral.

Los puntajes para determinar la discapacidad se asignan siempre en relación con la enfermedad que la causa, es decir que un individuo capaz tiene 10 % y un enfermo máximo tiene 50 % que correspondería a un estado cercano a la muerte.

Siempre se debe contar con la información suministrada sobre el puesto de trabajo por la empresa en donde trabaja el paciente, la Administradora de Riesgos Profesionales a la que está afiliada ésta y la propia persona, evaluación efectuada con cualquiera de los métodos descritos antes.

- **Calificación de discapacidad laboral.**

Función.

Para analizar la función ó funciones, afectadas por la enfermedad que causa la discapacidad, se proponen los factores que se mencionan en los siguientes párrafos¹⁵³:

- Alternancia (A)
- Importancia (I)
- Especificidad (E)
- Duración (D)
- Frecuencia (F)
- Seguridad (S)

Los referidos factores deben relacionarse entre sí, para lo que se formulan unas preguntas con su escala respectiva.

1. Alternancia (A).

¿La función estudiada permite la alternancia en el trabajo? Si_____ No_____

En el caso de respuesta positiva no se debe seguir adelante, pues no hay discapacidad laboral debido a que la función perturbada puede ser sustituida por otra (función alternativa). Ejemplo, en el caso de una lesión en la mano derecha, tratándose de una tarea que se puede realizar indistintamente con ella o con la izquierda, se dice que la función es alternativa, por lo tanto en caso de lesión de la extremidad derecha no hay discapacidad por la posibilidad de alternancia.

En el caso de respuesta negativa, la función perturbada no permite la sustitución, no hay alternancia, se debe continuar el estudio para el resto de los factores preliminares.

¹⁵³ GRIECO, A., AZZAROLLI, G., CHIECHI, L., FLETRIN G. y LAMA A. Op. Cit.

La calificación de la alternancia debe tener en cuenta la dominancia, derecha ó izquierda al ser evaluada.

2.- Importancia (I)

Es importante, útil, la función para el desarrollo del trabajo, se califica con la siguiente escala:

- 0,5 No importante (inútil)
- 1,0 Poco importante (raramente se utiliza)
- 1,5 Importancia moderada
- 2,0 Importancia notable
- 2,5 Indispensable

3.- Especificidad (E)

¿Es específica la función para ése trabajo? Se responde con la siguiente escala:

- 0,5 No especifica.
- 1,0 Baja
- 1,5 Media
- 2,0 Alta
- 2,5 Muy alta especificidad

4.- Duración (D)

Esa función, ¿se requiere mucho o poco tiempo durante la jornada laboral?

- 0,5 Hasta una décima parte de la jornada laboral (menos de una hora)
- 1,0 Hasta un tercio de la jornada laboral (menos de tres horas)
- 1,5 Hasta dos tercios de la jornada laboral (menos de 5 horas y media)
- 2,0 Más de dos tercios de la jornada laboral (más de 7 horas)
- 2,5 Toda la jornada laboral

5.- Frecuencia (F)

¿La función perturbada se necesita con mucha o poca frecuencia en la jornada de trabajo?

- 0,5 Frecuencia mínima (una vez cada dos horas)
- 1,0 Frecuencia limitada (una vez cada hora)
- 1,5 Frecuencia media (una vez cada media hora)
- 2,0 Frecuencia alta (una vez cada cuarto de hora)
- 2,5 Frecuencia muy alta (varias veces en un cuarto de hora)

6.- Seguridad (S)

La función estudiada, ¿en qué medida se requiere para prevenir ó neutralizar los riesgos laborales?

- 0,5 Muy escasamente se requiere
- 1,0 Se requiere escasamente
- 1,5 Se requiere moderadamente
- 2,0 Se requiere en alta medida
- 2,5 Se requiere en muy alta medida

• Calificación de la función.

Se hace con base en la descripción de la o las funciones que cumple el trabajador en su puesto y la forma en que la ó las enfermedades que padece las afectan.

Esta tabla permite calificar los ítems anteriormente mencionados, además ofrece el resultado acerca del compromiso directo que existe entre la actividad laboral y la discapacidad.

Tabla 17. Calificación de la función.

Alternancia (A)	SI	0	NO	7,5	
Importancia	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
Especificidad	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
Duración	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
Frecuencia	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
Seguridad	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
TOTAL					20

Fuente: Buendía, S. Desarrollado por el autor.

Esta tabla es muy importante porque permite calificar cómo la enfermedad ó el accidente afectan la función ó funciones que en su puesto de trabajo cumple el trabajador que va a ser evaluado. Comienza con la calificación de alternancia con dos posibilidades: La lesión permite la alternancia usando la otra extremidad lo cual da 0% ó no la permite lo que da 7,5%. Después se califican la importancia, especificidad, duración, frecuencia y seguridad de la función ó de su utilización en la jornada de trabajo con un máximo de 12,5% para un total de la afectación funcional del 20%.

• Calificación de la discapacidad.

Esta tabla, creada en la propuesta, permite calificar los ítems anteriormente mencionados y establecer el compromiso directo que existe entre la actividad

laboral y la discapacidad, así como la reubicación de las personas con alguna enfermedad.

El perito Médico calificador escoge en la tabla el puntaje que le corresponde al paciente, según las consecuencias de su enfermedad ó accidente, en cada uno de los apartados y luego totaliza para establecer la discapacidad laboral.

En la calificación de discapacidad laboral la evaluación de la función y de la discapacidad reemplazan suficientemente a las calificaciones de discapacidad y minusvalía del manual actual (MUCI).

Tabla 18. Calificación de discapacidad laboral.

1. Capacidad física laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
2. Capacidad mental laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
3. Capacidad en actividades laborales	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
4. Capacidad en responsabilidad laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
5. Capacidad en asuntos de salud laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
6. Capacidad en la relación con su entorno laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
7. Capacidad en independencia (en su sitio de trabajo)	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
8. Capacidad para la limpieza	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
9. Capacidad de visión en el trabajo	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
10. Capacidad de audición en el trabajo	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
11. Capacidad del habla en el trabajo	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
12. Capacidad para la deambulaci3n (en el sitio de trabajo)	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
13. Capacidad de la destreza laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
14. Capacidad de cognici3n en el trabajo	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
15. Capacidad dolor	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
16. Capacidad de la conducta laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
17. Capacidad de la estabilidad en el sitio de trabajo	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
18. Capacidad del aprendizaje laboral	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
19. Capacidad en el trabajo	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
20. Edad	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5
TOTAL					30

Fuente: Buendía, S. Desarrollado por el autor.

Apartados de la discapacidad laboral.

En los apartados se asume que todos los seres humanos tienen cierto grado de discapacidad básica, por lo tanto no parte de 0 sino de 0,3. Se presenta

enseguida la descripción de las Tablas de la propuesta con los apartados desarrollados por el autor para evaluar la discapacidad laboral también con la base estructural de los dominios de la CIF.

1. Capacidad física laboral:

- 0,3 Se vale por sí mismo (a) y anda con normalidad.
- 0,6 Leve dificultad en actividades laborales y para deambular, es continente.
- 0,9 Moderada dificultad en actividades laborales, deambula ayudado al menos por una persona, incontinencia ocasional.
- 1,2 Severa dificultad en actividades laborales puede trabajar en su casa.
- 1,5 Inmovilidad en cama o sillón no puede trabajar.

2. Capacidad mental laboral.

- 0,3 Completamente normal.
- 0,6 Leves trastornos de la memoria, puede mantener una conversación normal en su sitio de trabajo.
Moderadas alteraciones de la memoria y de la orientación,
- 0,9 conversación imperfecta, trastornos del carácter, dificultades en el autocuidado, puede trabajar en su casa.
Alteraciones graves de memoria y orientación, imposible mantener
- 1,2 una conversación coherente, trastornos del comportamiento, no autocuidado, No puede trabajar.
- 1,5 Alteraciones avanzadas, vida vegetativa con o sin episodios de agitación, incontinencia total. No puede trabajar.

3. Capacidad en actividades laborales.

- 0,3 Realiza normalmente las actividades laborales: Usar el teléfono, hacer sus labores, mantener su puesto de trabajo con ayuda ocasional, viajar solo (a) en transporte público o en su carro.
- 0,6 Tiene dificultades para realizar las actividades laborales pero las hace.
- 0,9 Tiene dificultades para realizar algunas de sus actividades laborales.
- 1,2 Tiene algunas dificultades para realizar la mayoría de sus actividades laborales.
- 1,5 No puede realizar ninguna de sus actividades laborales.

4. Capacidad de responsabilidad laboral.

- 0,3 Es capaz de trabajar, mantener su puesto de trabajo, encargarse de sus asuntos económicos y manejar dinero, no necesita cuidados especiales.
- 0,6 Puede trabajar y cumplir sus responsabilidades laborales con ayuda ocasional.

- 0,9 Es capaz de cumplir la mayoría de sus responsabilidades laborales con ayuda.
- 1,2 Para trabajar necesita ayuda permanente.
- 1,5 No puede trabajar.

5. Capacidad en asuntos de salud laboral.

- 0,3 Capaz de cuidarse en asuntos de salud con atención ocasional.
- 0,6 Leve dificultad para atender sus necesidades básicas en salud, requiere atención corriente.
- 0,9 Necesita ayuda importante y asistencia médica puede trabajar en su casa.
- 1,2 Necesita hospitalización, no puede trabajar.
- 1,5 No puede cuidarse a sí mismo, ni trabajar.

6. Capacidad de relación con su entorno laboral.

- 0,3 Puede usar dinero, recordar listas de actividades laborales, orientarse en el sitio de trabajo y en calles cercanas y recordar labores recientes.
- 0,6 Tiene algunas dificultades en la relación con su entorno laboral.
- 0,9 Tiene moderadas dificultades en las relaciones con su entorno puede superarlas sin ayuda de Salud Ocupacional.
- 1,2 Tiene serias dificultades en la relación con su entorno requiere ayuda de Salud Ocupacional.
- 1,5 No tiene relación con su entorno ni puede trabajar.

7. Capacidad de independencia en su sitio de trabajo

- 0,3 Independiente en trabajo, alimentación, continencia, movilidad y uso del baño.
- 0,6 Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- 0,9 Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- 1,2 Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y uso del sanitario
- 1,5 Dependiente en las funciones.

8. Capacidad para la limpieza.

- 0,3 Ponerse su ropa de trabajo, entrar y salir del baño, limpiarse los órganos excretores y arreglarse la ropa, sentarse y levantarse de una silla y llevar la comida desde el plato a la boca.
- 0,6 Puede realizar la mayoría de éstas actividades.
- 0,9 Realiza la mayoría de actividades con ayuda.
- 1,2 Realiza algunas actividades con ayuda
- 1,5 Depende totalmente de otras personas para éstas actividades.

9. Capacidad de visión en el trabajo.

- 0,3 Capaz de ver lo suficiente para hacer su trabajo sin gafas ni lentes de contacto.
- 0,6 Capaz de ver lo suficiente para hacer su trabajo usando gafas o lentes de contacto.
Capaz de ver lo suficiente para hacer su trabajo de cerca con gafas o lentes de contacto, pero incapaz de ver a distancia usando gafas ni lentes de contacto.
- 0,9 lentes de contacto, pero incapaz de ver a distancia usando gafas ni lentes de contacto.
- 1,2 No puede ver lo suficiente para hacer su trabajo de cerca ó lejos con gafas o lentes de contacto.
- 1,5 No puede ver.

10. Capacidad de audición en el trabajo.

- 0,3 Capaz de oír las situaciones propias de su trabajo tanto en lo individual como en grupo, sin ayuda auditiva.
- 0,6 Capaz de oír las situaciones propias de su trabajo en lo individual, con ayuda auditiva.
- 0,9 Capaz de oír las situaciones propias de su trabajo tanto en lo individual como en grupo, con ayuda auditiva.
- 1,2 No puede oír las situaciones propias de su trabajo tanto en lo individual como en grupo con ayuda auditiva.
- 1,5 Incapaz de oír.

11. Capacidad del habla en el trabajo.

- 0,3 Capaz de hacerse entender cuando habla con sus compañeros de trabajo.
- 0,6 Capaz de hacerse entender parcialmente cuando habla con sus compañeros de trabajo.
- 0,9 Capaz de hacerse entender con dificultad cuando habla con sus compañeros de trabajo.
- 1,2 No puede hacerse entender cuando habla con sus compañeros de trabajo.
- 1,5 No puede hacerse entender en toda circunstancia.

12. Capacidad para la deambulación en el sitio de trabajo.

- 0,3 Capaz de caminar sin dificultad y sin ayudas.
- 0,6 Capaz de caminar con dificultad pero sin ayudas.
- 0,9 Capaz de caminar con ayudas sin el auxilio de otra persona.
- 1,2 Capaz de caminar solo con ayudas y con otra persona.
- 1,5 Incapaz de caminar en absoluto.

13. Capacidad de destreza laboral.

- 0,3 Utiliza completamente las manos.
- 0,6 Limitación en el empleo de las manos sin necesitar instrumentos especiales ni la ayuda de otra persona.
- 0,9 Limitaciones en el empleo de las manos o de los dedos necesita instrumentos especiales.
- 1,2 Limitaciones en el empleo de las manos, precisa la ayuda de instrumentos y de otra persona.
- 1,5 No puede emplear las manos, precisa la ayuda de otra persona para realizar cualquier tarea.

14. Capacidad de cognición en el trabajo.

- 0,3 Recuerda la mayoría de las cosas, piensa con claridad y resuelve los problemas laborales.
- 0,6 Recuerda la mayoría de las cosas, cierta dificultad cuando intenta pensar y resolver los problemas laborales.
- 0,9 Bastante olvidadizo, pero piensa con claridad y resuelve los problemas laborales, requiere supervisión.
- 1,2 Bastante olvidadizo con dificultad para pensar o resolver los problemas de trabajo, no puede trabajar.
- 1,5 No puede resolver nada ni pensar con claridad.

15. Capacidad por dolor.

- 0,3 Sin dolor ni molestias.
- 0,6 Dolor leve que no impide realizar actividades laborales.
- 0,9 Dolor moderado que impide realizar ciertas actividades.
- 1,2 Dolor intenso que impide realizar la mayoría de actividades.
- 1,5 Dolor severo que impide todas las actividades laborales.

16. Capacidad en la conducta laboral.

- 0,3 Sin trastornos de conducta, colaborador (a).
- 0,6 Trastornos de conducta que alteran la convivencia de forma leve, colaborador (a).
- 0,9 Trastornos de conducta moderados (auto ó hetero agresividad), poca colaboración, puede trabajar en su casa.
- 1,2 Trastornos de conducta intensos que alteran la convivencia de forma grave, no puede trabajar.
- 1,5 Requiere internación y vigilancia permanentes.

17. Capacidad de estabilidad en el sitio de trabajo.
- 0,3 Se mantiene bien de pie o en cualquier postura de trabajo.
 - 0,6 Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída (por ejemplo: mareos frecuentes).
 - 0,9 Marcada inseguridad en la marcha, caídas frecuentes, puede trabajar en su casa.
 - 1,2 No puede permanecer de pie sin apoyo, puede trabajar.
 - 1,5 Debe usar silla de ruedas, caminador ó estar en cama, puede trabajar.

18. Capacidad de aprendizaje laboral.

- 0,3 Puede aprender.
- 0,6 Tiene limitaciones leves para aprender, puede educarse.
- 0,9 Tiene limitaciones moderadas para aprender, puede ser reeducado.
- 1,2 Tiene limitaciones graves para aprender y para ser educado.
- 1,5 No puede ser educado.

19. Capacidad de trabajar.

- 0,3 Puede retornar a su trabajo sin limitaciones.
- 0,6 Puede regresar a su trabajo con algunas limitaciones.
- 0,9 Puede regresar a su trabajo con serias limitaciones y debe ser reentrenado.
- 1,2 No puede regresar a su trabajo, debe ser reubicado y reentrenado.
- 1,5 No puede regresar a su trabajo ni ser reentrenado.

20. Edad

- 0,3 Menor de 20 años.
- 0,6 De 21 a 32 años.
- 0,9 De 33 a 44 años.
- 1,2 De 45 a 56 años.
- 1,5 Mayor de 57 años.

Se presentan dos ejemplos de cómo opera el sistema para la calificación de discapacidad laboral.

- Paciente masculino de 45 años con Síndrome del manguito rotador del hombro derecho (paciente dominante derecho) que trabaja en un cultivo, cortando flores.

Enfermedad: 8,76 % según las tablas 1.17, 4%, 1.19, 4% y 1.21, 0,5% del MUCI con suma combinada.

Función laboral 6 %. Alternancia SI, 0,0. Importancia 1,5. Especificidad 1,5. Duración 1,0. Frecuencia 1,0. Seguridad 1,0.

Discapacidad: 10,2 %. Los apartados 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 19 se califican con 0,3. Los apartados 3, 6, 7 y 20 se califican con 0,9. Los apartados 13 y 15 con 1,2.

Total discapacidad laboral: 16,2 %. Función laboral 6 % + Discapacidad 10,2 %, Grafico 19, Tabla 15 y Tabla 16.

Capacidad 83,8 %.

- Paciente femenino de 43 años con hipoacusia neurosensorial bilateral severa que trabaja en una fábrica de confecciones desde hace 15 años.

Enfermedad: 20 % Tabla 11,6 del MUCI.

Función laboral 11,5 %. Alternancia NO, todos los demás apartados se califican 0,5 salvo seguridad que se califica con 2,0.

Discapacidad: 7,5 %. Todos los apartados se califican con 0,3 salvo los apartados 6 con 0,9 y 10 con 1,2. Grafico 19, Tabla 15 y Tabla 16.

Total discapacidad laboral: 39 %

Capacidad 61 %.

Se hacen a continuación unas precisiones acerca de la propuesta con relación al MUCI:

- En el MUCI y en la propuesta la deficiencia y el diagnóstico general de enfermedad tienen el mismo valor porque así lo disponen las normas vigentes.
- El MUCI se utiliza para calificar enfermedades y accidentes tanto de origen común como de origen laboral, la propuesta tiene dos formatos uno para lo común y otro para lo laboral.
- La suma de deficiencia y minusvalía del MUCI suman 50% que equivale en la propuesta al 50% de discapacidad común y al 50% de discapacidad laboral distribuida así: 20% de la función y 30% de discapacidad.
- Del MUCI quedan los capítulos agregando dos: Dolor y enfermedades genéticas con enfoque funcional ó anatómico.
- Todos los 16 capítulos del nuevo MUCI pueden tener un enfoque funcional ó anatómico cuya definición supera los alcances de ésta tesis.
- El autor propone dos nuevos capítulos los cuales no fueron desarrollados, considerando que esto puede dar origen a una nueva tesis y que hacerlo corresponde a la entidad competente: El Ministerio de la Protección Social.

Se presenta en seguida una tabla que resume las diferencias entre el MUCI y la propuesta tanto para la calificación de discapacidad común como laboral:

Tabla 19. Equivalencia entre el MUCI y la propuesta para la calificación de discapacidad común y laboral.

MUCI		PROPUESTA	
Artículos 1 a 11 corresponden a aspectos de manejo exclusivo del Ministerio de la Protección Social y cuya definición supera los límites de ésta tesis.		Nuevas definiciones de discapacidad, discapacidad laboral, función y clase de trabajo, lo demás artículos sin modificación por ser de manejo exclusivo del Ministerio de la Protección Social.	
Deficiencia Artículo 12. Libro 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 mediante una serie de criterios y tablas especiales de valores.	50%	Diagnóstico de enfermedad ó accidente 16 Capítulos: Los 14 actuales más dolor y enfermedades genéticas.	50%
Discapacidad Artículo 13. Libro Segundo. Trata sobre las Discapacidades, desglosadas en siete (7) categorías, que incluyen el nivel complementario de gravedad.	20%	Discapacidad común - Capacidad Tabla 16 Calificación de discapacidad común	Discapacidad laboral - Capacidad - Clases de trabajo - Función laboral 20% - Discapacidad 30% Gráfica 19 Clasificación por clases de trabajo Tabla 17 Calificación de la función. Tabla 18 Calificación de discapacidad.
Minusvalía Artículo 14. Libro tercero. Define siete (7) categorías de minusvalías.	30%		50%
Artículos 15 y 16. De la revisión y actualización y vigencia y derogatoria.		Vigencia y derogatoria. Sin modificación	

Esta tabla muestra la equivalencia entre los conceptos y los apartados de calificación del MUCI y los equivalentes en la propuesta que separa la calificación de enfermedad común y de la de origen laboral con una estructura que permite encajarlos en el formato en uso actualmente (Resolución 1971 de 1999).

11. CONCLUSIONES

La propuesta surgió de la experiencia académica y profesional del autor como Médico Calificador de Invalidez al observar las dificultades que presentan los pacientes, sujetos de la calificación de invalidez, en las diversas instituciones del Sistema General de Seguridad Social así como los problemas que el manejo del Manual actual genera para los médicos.

La propuesta responde a lo planteado en los objetivos y el propósito desde el comienzo de la tesis:

- Realizar el análisis crítico del Manual Único para la Calificación de Invalidez (Decreto 917/99) enmarcado en el actual Sistema General de Seguridad Social de Colombia.
- Describir los conceptos actuales en el mundo y en Colombia para la calificación de invalidez.
- Contribuir al cumplimiento del artículo 15 del MUCI el cual establece que debe ser revisado y actualizado en forma parcial o total.
- Desarrollar una propuesta para actualizar y modificar el MUCI vigente en Colombia con una nueva forma de calificación que incluya lo laboral.

La propuesta además de responder a lo planteado en los objetivos sigue el mismo orden de la tesis parte de la perspectiva del mundo y los países de referencia y termina en Colombia esbozando un renovado Manual Unico de Calificación de Discapacidad.

Se comienza con las conclusiones obtenidas en la revisión documental sobre los cambios conceptuales en el mundo y los sistemas de calificación de invalidez en los países de referencia:

- En el mundo ya no se habla de invalidez, deficiencia, ni minusvalía sino de discapacidad, funcionamiento y habilidades de las personas que tienen una enfermedad ó un accidente.
- En los países desarrollados la discapacidad se reconoce como un derecho y se caracteriza a las personas discapacitadas para definir los programas y estrategias de intervención con relación a ellas.
- Las leyes de los países desarrollados y sus instituciones garantizan a las personas con discapacidad la igualdad de oportunidades, obligan a la no discriminación y a la accesibilidad universal para esas personas buscando la igualdad de oportunidades y su participación en la sociedad.
- En todos los países existen organizaciones de discapacitados, agrupadas principalmente con base en los diagnósticos de sus miembros, son muy importantes en el tejido social, informan sobre las condiciones de vida y

trabajo, presentan propuestas y proyectos, aportan al conocimiento y la investigación y organizan programas especializados para ellos.

- La minusvalía en España no es sinónimo del término utilizado en Colombia, se reconoce con el fin de garantizar el acceso a beneficios sociales y económicos, por lo tanto la calificación se hace con una intención incluyente de reconocimiento de derechos. El desarrollo legislativo en ése país se concreta en la Ley 13 de abril de 1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y el Sistema Especial de Prestaciones Sociales y Económicas.
- La discapacidad laboral en Suecia es la relación existente entre la deficiencia física, mental, intelectual o médico-social de una persona y el entorno de trabajo en el sentido más amplio, el estado facilita que los discapacitados obtengan y conserven un puesto de trabajo y que reciban prestaciones económicas.
- En el Japón se califica la discapacidad para incluir a las personas no para el reconocimiento de prestaciones económicas. El desarrollo legislativo comenzó con leyes desde 1947.
- El desarrollo legislativo en Canadá incluye la Constitución de 1982 con la Carta Canadiense de Derechos y Libertades y determina el Sistema de Pensiones de Canadá.
- El desarrollo legislativo en países como Argentina y Perú con una situación de progreso similar al de Colombia comienza también en los años 90 y sus procesos de calificación son engorrosos y complicados como el nuestro.
- Desde el punto de vista de indicadores sociodemográficos el país con los mejores indicadores es Suecia y con el proceso más expedito para la calificación de discapacidad y el reconocimiento de los derechos de ésas personas, algo parecido ocurre con el Canadá y el Japón.
- Todos los países tienen Ministerio de Salud.

Gráfico 20. Cuadro comparativo de los Países

INDICADORES	CANADA	SUECIA	JAPÓN	ESPAÑA	ARGENTINA	PERÚ	COLOMBIA
Ingreso per capita (USD)	42.220	35.000	33.885	32.061	6.606	3.885	3.614
Gasto en Salud del PIB (%)	9,8	9,2	8	5,1	10,2	4,5	6,8
Tasa de mortalidad infantil muertes / 1.000 nacimientos	5,1	2,75	2,8	4	12,6	29,5	19,51
Poblacion en la pobreza	10,5	0	0	19,7	24	44	48
Presupuesto Militar % PIB	1,1	1,5	0,8	1,2	1,3	1,5	3,4

Fuente: OMS, www.indexmundi.com 2008

- El gráfico 20 documenta una de las conclusiones más importantes de la tesis, muestra la estrecha entre aspectos sociodemográficos de los países,

en particular indicadores del sector de Seguridad Social: Gasto en salud, pensiones y trabajo, con indicadores económicos como Producto Interno Bruto y niveles de pobreza. A mayor desarrollo socio demográfico, sanitario y educativo de un país más sencillo y expedito es el procedimiento para el reconocimiento de la discapacidad (pensión de invalidez en Colombia).

Con respecto al análisis crítico del MUCI en el marco del Sistema General de Seguridad Social se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- En el análisis de los tres sistemas que conforman el Sistema General de Seguridad Social de Colombia se observa que todos tienen serios problemas de calidad, cobertura y estabilidad financiera.
- La cobertura de pensiones es del 30 % ó lo que es lo mismo, uno de cada tres colombianos va a tener una pensión.
- El 27 % de los colombianos está por fuera del sistema de salud, no pertenecen al régimen contributivo ni al subsidiado.
- Un 33 % de la población económicamente activa está por fuera del sistema de riesgos profesionales.
- A pesar de la evolución del enfoque conceptual liderado por la OMS, Colombia, aún no acoge - en su Sistema General de Salud y en el procedimiento de calificación - los cambios que se han dado en el mundo que pasan de invalidez a discapacidad.
- Colombia no tiene una ley marco de discapacidad, que sirva como referencia con respecto a este tema, por ende no existen planes, políticas y programas unificados, establecidos en los niveles nacional, departamental y municipal, con instituciones que manejen la discapacidad para las personas discapacitadas de origen común como de origen laboral.
- En la calificación de invalidez en Colombia no es fácil separar el proceso administrativo, de la consulta en la que se realiza el procedimiento, acto médico ó peritaje, de calificación de invalidez.
- Los efectos sobre la población dependen más de la modificación del proceso que de la actualización del MUCI; aún así es muy importante el cambio conceptual en el nuevo Manual Único de Calificación de Discapacidad pasando de invalidez a discapacidad.
- El problema fundamental en la calificación de invalidez en Colombia no es el **procedimiento** médico en el cual se utiliza el MUCI sino el **proceso** administrativo en el cual las Administradoras de Riesgos Profesionales, las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Fondos de Pensiones, son juez y parte en el reconocimiento de los derechos y prestaciones económicas de sus afiliados.
- De poco vale actualizar y modificar el actual manual ó hacer uno totalmente nuevo, si no se transforma completamente el SGSS de Colombia, se crea una entidad totalmente independiente de las Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Promotoras de Salud y Administradoras de Fondos de Pensiones para la calificación objetiva de discapacidad (invalidez) y se limita la participación de los grupos económicos del país en los tres negocios de aseguramiento del sistema.

- Con la propuesta, desde el comienzo se ha esperado generar discusiones académicas, profesionales, disciplinares, gremiales, laborales y económicas, lograrlo significa que se han obtenido parte de las metas establecidas. El autor va a presentarla, con la participación de la UN, en el Ministerio de la Protección Social esperando que sirva como insumo para el proceso de revisión, actualización y modificación del MUCI y como una contribución al país en la atención de las personas con discapacidad.
- En lo correspondiente a la Universidad Nacional de Colombia, ésta tesis aporta al abordaje de la relación salud – trabajo y de la discapacidad así como en el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, dentro de la Línea de Investigación en Medicina del Trabajo de la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo de la universidad.

Conclusiones sobre la propuesta misma.

- Se acogen en la propuesta los nuevos conceptos utilizados en el mundo:
- Pasando de invalidez a discapacidad.
- Calificando ó reconociendo la discapacidad en el marco estructural de los dominios de la CIF.
- En la propuesta, encuadrada en las normas vigentes, la enfermedad ó el accidente se denominan enfermedad general con un valor de 50% para discapacidad común y un 50% para discapacidad laboral distribuida así: 20% de la función ó funciones afectadas y 30% de discapacidad laboral.
- Se crean nuevas tablas para la calificación de discapacidad común y de discapacidad laboral de fácil aplicación para el médico (a) laboral.
- La propuesta se puede utilizar para calificar enfermedades y accidentes tanto de origen común como laboral con formatos específicos para éstos que encajan en las normas vigentes por lo cual podrían ser utilizados inmediatamente.
- Del MUCI quedan los 14 capítulos originales agregando dos: Dolor y enfermedades genéticas con enfoque funcional ó anatómico.
- Todos los 16 capítulos del nuevo MUCD pueden tener un enfoque funcional ó anatómico cuya definición en uno u otro sentido supera los alcances de ésta tesis.
- El autor hace esta propuesta como insumo para la entidad competente para modificar el MUCI: El Ministerio de la Protección Social.

12. RECOMENDACIONES.

No es conveniente crear un nuevo MUCI, éste debe ser revisado, actualizado conceptualmente y corregido.

La actualización del manual se debe realizar obligatoriamente cada 4 años, para el ajuste de términos, la modernización conceptual y aportes adicionales que puedan ofrecer, los grupos participantes deben reunirse cada dos años.

Se deben incluir Capítulos de Dolor y Enfermedades genéticas.

El manual de calificación de discapacidad debe incluir un capítulo y un formato especial para la evaluación integral de los niños en su estado actual y futuro en la realidad de Colombia aunque con las tablas de discapacidad común propuestas se pueden calificar.

Debe hacerse un proceso de educación para los médicos sobre el proceso de calificación con el nuevo manual por el Ministerio de Salud de Colombia. Este proceso sería más sencillo y rápido si se opta por actualizar y modificar el MUCI.

En Colombia se necesita, a la mayor brevedad, un proceso de información a todos los colombianos y extranjeros residentes en el país, al cuerpo médico y a los pacientes sobre sus derechos y deberes dentro del proceso de calificación.

El procedimiento de calificación de la discapacidad debe hacerse en una entidad dependiente del Ministerio de Salud y alejada por completo de la influencia de Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Promotoras de Salud y Administradoras de Fondos de Pensiones.

En Colombia debe crearse una ley marco de discapacidad como la Ley 13 de abril de 1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de España, leyes de Asistencia Infantil como en el Japón y referencias claras en la Constitución como en Canadá. El modelo de inclusión social de los discapacitados es Suecia.

En lo que tiene que ver con la Universidad Nacional de Colombia, éste trabajo puede y debe dar origen a otras tesis en Medicina Laboral, Legislación, Políticas en Discapacidad, Derecho laboral y áreas afines, para contribuir a

desarrollos jurídicos, económicos y sociales tanto del proceso como del procedimiento de calificación de discapacidad.

Un tema que se debe tratar a fondo por sus implicaciones personales, familiares, laborales y sociales es el de la fecha de estructuración, aspecto que genera gran número de controversias en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social.

El autor reconoce las normas legales vigentes pero reitera que el procedimiento de calificación de invalidez, en Colombia y en todos los países del mundo, es un acto médico de peritaje, apoyado como ocurre con otras especialidades médico-quirúrgicas en las demás profesiones de la salud de gran importancia en el proceso.

Finalmente, el autor pone a consideración de las comunidades académicas, profesionales, gremiales, laborales y económicas del país ésta propuesta para su análisis y discusión, en la UN y en otras universidades, en el Ministerio de la Protección Social y demás instituciones del Sistema General de Seguridad Social, esperando que sirva como insumo para el proceso de revisión, actualización y modificación del MUCI como una contribución al país en la atención de las personas con discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

Abad F. H. El olvido que seremos. Editorial Planeta 2007.

A. Grieco, G. Azzarolli, I. Chiechi, g., Fletrin y a. Lama las notas referidas a los códigos de alternancia, importancia, especificidad, duración, frecuencia y seguridad, han sido tomadas del Método A.E.T, para el análisis ergonómico del puesto de trabajo, adaptado por el autor para este desarrollo. Puede verse Método per l'analisi ergonomica dei posti di lavoro (AET). Edición italiana, Editorial Franco Angelli, Milano (Italia), 1987.

Alba Lucía Vélez, M.S.P, La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? Colombia Online 2005

Asia & Pacific Journal on Disability. Disability Statistics in Japan. N° 3, Sept. 1998.

Bonilla L. Documentos Curso de Contexto en Salud Ocupacional 2008. Universidad Nacional de Colombia.

Buendía S. Condiciones de Trabajo y Salud del personal de Salud del Instituto Materno Infantil. Trabajo final Especialización en Salud Ocupacional. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 1999.

Cáceres R. C., Sobre el Concepto de Discapacidad. <http://www.auditio.com> 2004

Comisión Técnica Médica, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez laboral Lima – Perú 2005

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Censo General de Colombia 2005

Discapacidad e inclusión social, Reflexiones desde la UN, Maestría en Discapacidad e Inclusión Social FMUN, 2005

Egea C, Sarabia A., Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad 2001. Fasecolda. Estadísticas de la Industria Aseguradora y de capitalización. Cifras preliminares Enero – Diciembre de 2007

Gómez P. Documentos Curso de Contexto en Salud Ocupacional 2008. Universidad Nacional de Colombia.

Guía Técnica 045 Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC

Instituto Colombiano de Seguro Social: Tabla de Valuación de Incapacidades por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. 1967

Laín Entralgo, P. Inmunoterapia e inmunología, En: Historia Universal de la Medicina, Barcelona, Salvat, vol. 6., pp. 192-201.

Lozada A, Guerrero J, Muñoz M, Documentos de la Especialización en Salud Ocupacional, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia 1995

Ministerio de Salud. 10 Años de Información en Salud. 1990

Ministerio de la Protección Social, Sistema General de Riesgos Profesionales 2007

Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías. CIDDM 1980.

Organización Mundial de la Salud. Carta Magna 1948

Japón: El nacimiento de una sociedad para el estudio de las discapacidades. Volumen No. 23 Abril-Mayo 2004.

Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad. República de Colombia – Presidencia de la República. 1999 – 2002.

Presidencia de la República – Consejería de Programas Especiales – Red de Solidaridad Social: Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006; Bogotá 2006.

Restrepo Guillermo MD.*, Juan Carlos González Q, MD** Algunos aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y sobre su sistema de seguridad social. Revista de Neumología.2002

Ley 100 de 1993 Congreso de la República de Colombia

Decreto 1295/1994 Ministerio de Salud

Decreto 2463/2001 Ministerio de Salud

Ley 962/2005 Ministerio de la Protección Social

Decreto 917/1999 Ministerio de Salud

Ley 762 del 31 de julio 2002, República de Colombia - Congreso de la República la cual ratifica la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”.

Decreto Presidencial 1660 del 16 de junio 2003 Ministerio de la Protección Social

Decreto 2463 / 2001 Ministerio de Salud

Ley 962 / 2005 congreso de la republica de Colombia

Decreto 3615 / 2005 Ministerio de la Protección Social

Decreto presidencial 1660 del 16 de junio de 2003. República de Colombia – Ministerio de Transporte

Páginas Web y sitios en Internet:

<http://www.auditio.com>

Usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/index.htm

http://www.safp.cl/sist_previsional/convenios_extranj/convenio_peru.html
www.saludcapital.gov.co. Normas en salud.

<http://ufr6.univparis8.fr/desshandi/index.html>

http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/spanish/factsheets/.html

<http://www.forsakringskassan.se>

http://es.mt.com/mt_ext_files/Editorial/Generic/1/samhall_0x000010083ee05aa34001cac6_files/samhall_mag1_2003_sp.pdf

http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_05/05_04_02.htm

<http://www.msal.gov.ar/> - Ministerio de Salud de Argentina

<http://www.trabajo.gov.ar/legislacion/index.html>

http://www.safjp.gov.ar/digesto_2/Index/Normas/LEY%2024241/Ley%2024557.htm

http://www.safjp.gov.ar/digesto_2/Index/Normas/DECRETOS/dec_659_96.htm
- Listado de incapacidades profesionales

<http://www.iadb.org/sds/doc/soc>. Encargado por: banco Inter- americano de desarrollo Autor: Prof. Dr. José Luís Tortuero Plaza. Universidad complutense de Madrid. 2001.

Guía sobre lesiones en el trabajo en Canadá.
http://www.naalc.org/migrant/spanish/pdf/mgmexmes_sp.pdf

<http://www.disabilityworld.org/>

SÍMBOLOGIA EN JAPÓN. <http://www.pixelydixel.com/2006/01/simbologia-en-japon.html>

<http://www.pixelydixel.com/2006/01/simbologia-en-japon.html>

ANEXOS

Anexo A

Formulario para solicitud de calificación de discapacidad.(Resolución 1971 de 1999)

FECHA DE SOLICITUD

1. DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE:

NOMBRE DE ENTIDAD REMITENTE

TIPO DE ENTIDAD

DIRECCION

CIUDAD

TELEFONO

FAX

NUMERO DE FOLIOS

DESCRIPCION DE DOCUMENTOS ANEXOS:

2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA:

APELLIDOS

NOMBRES

DOCUMENTO

IDENTIDAD

TIPO:

CC

TI

CE

NUMERO

EXPEDIDO EN

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

AÑOS

GENERO: M ___ F ___

DIRECCION

CIUDAD

TELEFONO

TIPO DE VINCULACION AL SISTEMA: AFILIADO ___

BENEFICIARIO ___

OTRO ___

Especifique

3. DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA:

NOMBRE DE LA EMPRESA:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

FAX:

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA:

CARGO ACTUAL: _____

4. MOTIVO DE REMISION: _____

CALIFICACION DE DISCAPACIDAD: _____

CALIFICACION DEL ORIGEN: _____

REVISION DE LA CALIFICACION: _____ OTRO _____

Especifique: _____

5. RESPONSABLE DE LA REMISION:

NOMBRES Y APELLIDOS _____

CARGO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

FIRMA _____

5.3. EXAMENES DE DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR:

Tipo de examen o interconsulta Resultado

CALIFICACION DE DISCAPACIDAD COMUN

Parámetros	Calificación					TOTAL
	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	
Capacidad física						
Capacidad mental						
Capacidad en actividades cotidianas						
Capacidad en responsabilidad						
Capacidad en asuntos de salud						
Capacidad en la relación con su entorno						
Capacidad de independencia						
Capacidad para la limpieza						
Capacidad de visión						
Capacidad de audición						
Capacidad del habla						
Capacidad para la deambulaci3n						
Capacidad de la destreza						
Capacidad de cognici3n						
Capacidad por dolor						
Capacidad de la conducta						
Capacidad de la estabilidad						
Capacidad para dormir						
Capacidad del aprendizaje						
Capacidad en el trabajo						
TOTAL						

6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN:

I. Descripci3n de Diagn3sticos:

Orden Descripci3n % Asignado Capitulo, Numeral, Literal, Tabla

SUMATORIA %

Calificaci3n m3xima posible 50%

II. Descripci3n de discapacidades:

Discapacidad Numero de la discapacidad %

7. PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

Incapacidad Permanente Parcial Invalidez
Fecha de estructuración de la invalidez

8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Origen Común Profesional

9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION:

EXAMENES PRE-OCUPACIONALES
 EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES
 EXAMENES POST-OCUPACIONALES
 CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL
 OTROS

5.2. DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION:

CALIFICACION DE FUNCION

Parámetros	Calificación					TOTAL
	SI	0	NO	7,5		
Alternancia						
	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	
Importancia						
Especificidad						
Duración						
Frecuencia						
Seguridad						
TOTAL						

CALIFICACION DE DISCAPACIDAD LABORAL

Parámetros	Calificación					TOTAL
	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5	
Capacidad física						
Capacidad mental						
Capacidad en actividades cotidianas						
Capacidad en responsabilidad						
Capacidad en asuntos de salud						
Capacidad en la relación con su entorno						
Capacidad de independencia						
Capacidad para la limpieza						
Capacidad de visión						
Capacidad de audición						
Capacidad del habla						
Capacidad para la de ambulación						
Capacidad de la destreza						
Capacidad de cognición						
Capacidad por dolor						
Capacidad de la conducta						
Capacidad de la estabilidad						
Capacidad para dormir						
Capacidad del aprendizaje						
Capacidad en el trabajo						
TOTAL						

5.3. EXAMENES DE DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR:

Tipo de examen o interconsulta Resultado

6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN:

I. Descripción de Diagnósticos:

Orden Descripción % Asignado Capitulo, Numeral, Literal, Tabla
SUMATORIA %

Calificación máxima posible 50%

II. Descripción de discapacidades:

Discapacidad Numero de la discapacidad %

7. PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD LABORAL

Incapacidad Permanente Parcial Invalidez

Fecha de estructuración de la invalidez

8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Origen Común Profesional

9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION:

MODELO DE FICHA BIBLIOGRAFICA

Fuente:

- Libro
- Revista
- Internet

Autor ó institución _____

Título ó tema _____

Identificación:

- Editorial _____
- Revista _____
- Fecha de consulta y verificación _____

Criterios de análisis encontrados en la fuente de investigación y establecidos en la ficha.

- Sistema de seguridad social de los países de referencia y de Colombia.
- Legislación y desarrollo legislativo.
- Formas de discapacidad en el país.
- Servicios para las personas discapacitadas.
- Procedimientos y procesos para calificar la invalidez, baremos utilizados.
- Indicadores de salud
- Indicadores sociodemográficos

Resumen _____
