

Origen, desarrollo y evolución del baremo colombiano de calificación de pérdida
de capacidad laboral

Gabriel Jaime Cuéllar Herrera
Adriana Lucía Cárdenas
Hernán Darío Carmona Marín
Rodrigo Andrés Patiño Tobón

Universidad CES
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Postgrado Gerencia de la Salud Ocupacional
Medellín
2007

Origen, desarrollo y evolución del baremo colombiano de calificación de pérdida
de capacidad laboral

Gabriel Jaime Cuéllar Herrera
Adriana Lucía Cárdenas
Hernán Darío Carmona Marín
Rodrigo Andrés Patiño Tobón

Revisión de tema

Asesora Trabajo de Grado
Jenny Cecilia Brome Bohórquez
Médica y Cirujana
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoría de la salud
Master en Medicina Valoradora

Universidad CES
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Postgrado Gerencia de la Salud Ocupacional
Medellín
2007

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Jenny Cecilia Brome Bohórquez quien con su paciencia, colaboración y dedicación siempre supo motivar la búsqueda y el análisis continuo sin dejar de lado el disfrute de este proceso.

.

CONTENIDO

	pág.
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA BAREMOLOGÍA	7
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN COLOMBIA	10
3. MARCO ACTUAL	17
BIBLIOGRAFÍA	25

RESUMEN

La necesidad de valorar el daño físico o mental de un individuo ha existido desde la aparición del hombre como una necesidad a resarcir las pérdidas sufridas en sus diferentes actividades.

El desarrollo de los manuales de calificación están en relación directa con la evolución económica y social de la humanidad. Además tiene en cuenta la evolución de los sistemas de seguridad social o del modelo de aseguramiento existente en cada país.

En Colombia nos remitimos en todo el devenir histórico solo a tres baremos entre los que se encuentran las tablas del Código Sustantivo del Trabajo, mas adelante aparecen las tablas del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales y finalmente con la ley 100 de 1993 se abre la puerta para el manual único de calificación de invalidez con los decretos 692 de 1995 y el 917 de 1999. Este último decreto es el que se encuentra actualmente vigente en nuestro país.

Palabras claves

Baremo, calificación, pérdida de capacidad laboral, sistema pensional, accidente de trabajo, enfermedad común, sistema de seguridad social, incapacidad permanente parcial.

ABSTRACT

The need to give value to physical or mental damage has existed since man's first days as a need to make up for the loss of the capacity to perform different activities.

The development of manuals of qualification is directly related to the economic and social evolution of humankind. Besides, the evolution of social security systems and/or the insurance model available is considered in such manuals.

In our Colombian History we have referred only to three scales which are the tables of Código sustantivo del trabajo, the tables of Instituto Colombiano de Seguros Sociales and the more recent Manual único de clasificación de invalidez, whose creation was stipulated by the law 100, decrees 692 of 1995 and 917 of 1999; this last decree is the one that is currently in force.

Keywords

Scale; qualification/evaluation, Loss of labor capacity/ loss of work capacity, Pension plan, workplace accident/ workplace injury, common disease, Social Security, Permanent partial disability.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA BAREMOLOGÍA

La necesidad de valorar el daño físico o mental de un individuo ha existido desde el inicio de la civilización, pero el término de valoración del daño corporal solo se acuña en el siglo XVI, cuando se requiere la participación pericial médica en los procedimientos jurídicos, con el fin de determinar culpabilidad o dolo⁽¹⁻²⁾. Entre los años 2500 y 1700 A.C. se desarrollan las Tablas de Nippur, el Código de Hammurabi y la Ley del Talión, siendo las primeras tablas baremológicas de la humanidad ⁽¹⁾. En el Pentateuco ⁽³⁾ se mencionan las primeras deficiencias que no podían tener los sacerdotes para realizar su oficio, además de las indemnizaciones que se debían pagar por lesiones personales. Con la *Ley del Talmud* se definió el daño propiamente dicho, clasificándolo en daño temporal y permanente, la humillación, daño moral y dolor físico ⁽¹⁾. En China (1200 a 1100 A.C.) el juez Sang T'Zu describió la teoría de El S'Yuan permitiéndole a los médicos la participación en los tribunales para dirimir alguna controversia ⁽¹⁻²⁾

En Grecia se avanzó de manera importante, surgiendo nociones sobre el daño involuntario, la asistencia a los inválidos por parte de la comunidad, la valoración de la imposibilidad de desarrollar el trabajo habitual, los gastos o pérdidas ocasionadas por la lesión. Platón, realizó los primeros intentos por codificar las lesiones y las heridas; Esquines y Demóstenes promulgaron que eran los médicos los que debían dar conceptos sobre la existencia y gravedad de las heridas ante los tribunales. Pero fue la civilización romana la que determinó de manera oficial que los médicos fueran llamados en calidad de “asesores” a los tribunales, buscando que el agresor escapara de la venganza de la familia del agredido mediante el pago de una indemnización⁽¹⁾.

En el siglo XVII los filibusteros, antes de cualquier misión, elaboraban el “*Charte partie*”, una especie de contrato en donde se especificaba, además de las rutas, compensaciones y otros tratos de importancia, un baremo con las indemnizaciones en caso de lesiones o secuelas, el cual era ley obligatoria al momento de zarpar ⁽⁴⁾.

Paralelo a los procesos de valoración en búsqueda de un resarcimiento o una compensación económica por daños y lesiones provocados de diferentes causas, se fue desarrollando el concepto de la Seguridad Social, la cual también exigía del ejercicio valorador para establecer los derechos a los que da lugar el aseguramiento ⁽¹⁾.

En Roma se dan los primeros avances por iniciativa popular para crear asociaciones que de alguna manera se asemejan a las primeras entidades de seguridad social; organizaciones tales como los Collegia que buscan reunir los artesanos y pasar su oficio de generación en generación; posteriormente viene el apoyo del Estado y se da mayor protección a los ciudadanos en cuanto a dinero y especie. Esta forma de asociación se traslada a otros países como los Germanos que desarrollan las Guildas organizaciones para el combate. En España se desarrollan las Cofradías con el apoyo de la Iglesia Católica para ofrecer auxilios de enfermedad y asistencia médica ⁽¹⁾.

La Revolución Industrial (siglo XVIII) florece con el descubrimiento de la máquina de vapor, el telar mecánico y la máquina de hilar, dándose gran auge a la maquinización de los procesos, mayor especialización del trabajo, la aparición de nuevas relaciones laborales y de diferentes riesgos que afectaban el estado de salud de los trabajadores, principalmente niños y mujeres los cuales constituían la población más vulnerable y explotada para ese momento ⁽⁵⁾. Surge la figura sindical en búsqueda de mejores condiciones de trabajo y con la ayuda de otros estamentos se inician acciones para obtener “una mayor seguridad para todos” ⁽⁶⁾.

En Francia, 1879, la Revolución Francesa, estableció la primera ley social que garantizaba a todos los miembros de la sociedad los medios para existir: “la sociedad está obligada a ocuparse de la subsistencia de todos sus miembros, ya fuese procurándoles trabajo o asegurándoles los medios de existencia a todos aquellos que estén impedidos para trabajar”, “los seguros públicos son una deuda sagrada” Robespierre ⁽⁵⁾

Ante los problemas de seguridad en el trabajo que se van desarrollando paralelamente con la industrialización se visualiza en Europa para el siglo XVIII, una mayor participación del Estado, especialmente en Alemania, en donde los gobernantes desarrollan políticas que posteriormente se convierten en modelos, como es el caso del “Bismarckiano” (por el

precursor de éste mariscal Bismarck, en el año de 1883) donde se describe que el aseguramiento “debía ser obligatorio ya que su esperanza de vida es muy poca y no habría tal ahorro por voluntad propia, los trabajadores constituyen un fondo que sirve para cubrir en caso de requerirlo la atención de los gastos en salud y así se garantizaría un ingreso mínimo”, cuando ya no se podía trabajar. En este modelo no se evidencia el principio de solidaridad, sólo se piensa en el aseguramiento de la fuerza laboral ⁽⁷⁾ *“Si por infracción de los reglamentos o por imprudencia o falta de previsión ocurriese algún daño material al operario o dependiente, los gastos de su curación, así como los salarios que le hubieran correspondido en los días que no haya podido trabajar, serán de cargo del dueño del establecimiento, y tendrá que indemnizarle cuando el daño lo inutilice perpetuamente para el trabajo, todo ello sin perjuicio de la correspondiente responsabilidad penal”* ⁽⁸⁾

Para la década de los años cincuenta del siglo pasado en Inglaterra con Beveridge se pasa del aseguramiento puro al principio de solidaridad, donde los trabajadores renuncian obligatoriamente a una parte de su capital para desarrollar un fondo que sea el encargado de brindar a toda la población unos recursos para asegurar su atención en salud (pago de la prima de aseguramiento) ^(8.9)

Este corto recorrido histórico permite inferir cómo desde los orígenes de la seguridad social las coberturas básicas de las contingencias que alteran la salud de los individuos, y por tanto su capacidad económica, han requerido del proceso valorador de la funcionabilidad, grado de afectación y capacidad laboral para definir las responsabilidades prestacionales, ya fueran del Estado o de los empleadores, así la historia no guarde con suficiente claridad la forma baremológica de realizarse.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN COLOMBIA

En Colombia fue el Libertador Simón Bolívar, en su discurso de Angostura en 1819, el primero en hablar de Seguridad Social, al promulgar que el sistema de gobierno más perfecto era el que compartiera la mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política ⁽⁹⁾

Con el modelo militar y la implementación de los Montepíos militares se creó la primera institución prestadora de seguridad social, la que se mantuvo hasta 1827. ⁽¹⁰⁾ Desde esta época se concibió el derecho a la pensión por vejez o invalidez como una recompensa de grandes o largos años de servicios prestados a la patria ⁽¹¹⁾.

La Ley 50 de 1879 estableció las prestaciones a las personas inválidas y definió como el estado de invalidez en “cualquier individuo que sirviendo en la fuerza pública haya sufrido una herida o lesión o contraído enfermedad que lo incapacite para trabajar como antes y le impida pagar la subsistencia”. Planteó igualmente como “inválido mutilado los que han sufrido la amputación de algún miembro y los asimilados a los que sin haber sufrido amputación han perdido completamente el uso de algún miembro; y los no mutilados a los que no se contemplen en la definición anterior” ⁽¹²⁾.

El decreto Legislativo N° 26 de 1906 creó la Caja de Recompensas para los empleados de los ramos postal y telegráficos dándose inicio a un cubrimiento especial para los trabajadores de este sector, “...donde los empleados que cumpliendo sus funciones sufrieran alguna enfermedad que lo imposibilitara para trabajar, tenían derecho a una pensión de 10 a 20 pesos oro mensuales por el tiempo que durara la enfermedad...” ⁽¹³⁾

La Ley 50 de 1915, considerada como la ley pionera en Seguridad Social para los trabajadores del sector privado, consagra la obligación por parte de ciertos empleadores y empresas de brindar asistencia médica y de indemnizar por accidente de trabajo o muerte ⁽¹⁴⁾.

En 1945 la Ley 6 establece que las prestaciones estuvieran a cargo de los empleadores quienes debían reconocer “indemnizaciones por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, auxilio por enfermedad no profesional, los gastos indispensables del entierro del trabajador, además de las vacaciones y las cesantías” ⁽¹⁵⁾.

La influencia de las relaciones internacionales, como la Carta de Filadelfia de la OIT promulgada en 1944, y la Declaración de los derechos del hombre, por la ONU en 1948, “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” ⁽¹⁶⁾, llevaron a un gran desarrollo de los mecanismos de aseguramiento para las contingencias derivadas del trabajo, reflejo de lo cual se evidencia con la aparición del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) y la norma que promulga el Código Sustantivo del Trabajo (CST).

La Ley 90 de 1946 creó el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, estableciéndose “el seguro obligatorio que consagra la cobertura de riesgos de enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez y vejez, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y muerte, igualmente determina las compensaciones económicas para estos riesgos” ⁽¹⁴⁾. Se trasladan algunas de las prestaciones a cargo del empleador al ICSS, con un desarrollo inicial de cobertura sólo para la enfermedad general y la maternidad, estableciéndose un modelo similar al esquema alemán donde se protege a los asalariados, difiriendo del resto de la población que sólo contaba con el amparo que podían brindar los hospitales públicos en atención en salud; es decir; el ICSS fue creado para la población asalariada, exceptuando los trabajadores públicos y los empleados oficiales que eran atendidos por las cajas de compensación a las que pertenecían ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

En 1950 se sancionó el Decreto Ley 3743, el cual en su artículo 46 creó el Código Sustantivo de Trabajo (CST), el cual fue creado para todos aquellos trabajadores (públicos y privados), planteando como finalidad primordial “lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, dentro de un espíritu de

coordinación económica y equilibrio social”. Este código contempla entre otros aspectos el concepto de accidente de trabajo (posteriormente modificado por el Decreto Ley 1295/94, actualmente en estudio por declararse inexecutable los artículos que hacen referencia a la definición) y las primeras tablas de calificación de pérdida de capacidad laboral, tablas que serían de utilidad para la seguridad social naciente y que actualmente continúan siendo la base de valoración en algunos de los regímenes de excepción del sistema de seguridad social colombiano. Se podría afirmar que las tablas del Código Sustantivo del Trabajo (CST) son el primer baremo oficial Colombiano ⁽¹⁹⁾.

Las tablas del CST, tienen la característica de ser una herramienta baremológica orientada a la calificación de las lesiones derivadas del riesgo profesional, de ahí el enfoque de lesión orgánica o de daño corporal relacionada con la estructura anatómica que presenta este baremo dado que la calificación más frecuente se presentaría por lesiones traumáticas originadas en los accidentes de trabajo objeto de resarcimiento ⁽²⁰⁾.

Este baremo se aplicaba para trabajadores con o sin vínculo laboral claramente establecido o para trabajadores no afiliados al ICSS a partir del ejercicio valorador de los médicos de las inspecciones del Ministerio de Trabajo, los cuales por el uso de las tablas, por homologación o por criterio médico de incapacidad asignaban una pérdida de la capacidad laboral al solicitante. Contempla el artículo 217 de este código que los médicos calificadores que eran contratados por los mismos empleadores “deben certificar si el trabajador queda o no incapacitado para continuar desempeñando sus labores”, y una vez terminado el tratamiento médico proceder a la calificación de dicha pérdida ⁽²⁰⁾.

Presenta también esta norma los mecanismos de controversia y de apelación, anotando que en caso de haber desacuerdo en la calificación podría solicitarse revisión ante los médicos de la Oficina Nacional de Medicina e Higiene Industrial o en su defecto a los médicos legistas y ya no habría lugar a más apelación ⁽²⁰⁾ El procedimiento de apelación, descrito en el artículo 220, refiere que debe instaurarse a través del Juez del Trabajo o del Juez Municipal, describiendo las condiciones en que sucedió el accidente, testigos de éste, descripción de la lesión o perturbación funcional avalada por el médico tratante. La apelación podrá ser realizada por el trabajador o por su representante o el empleador, y debe darse en los siguientes ocho días a la ocurrencia del accidente. Dicha calificación de

acuerdo con artículo 222 podría ser objeto de revisión “dentro de los 3 años siguientes a la ocurrencia del evento o en caso de agravamiento de la lesión primitivamente fijada para poder obtener el aumento correspondiente en las prestaciones económicas” ⁽²⁰⁾.

Paralelamente se dio un avance en la cobertura prestacional en la seguridad social a cargo del ICSS con la promulgación del Decreto 3170/64, por el cual se aprobó el reglamento general del seguro social obligatorio de accidentes de trabajo y accidentes profesionales, expedido por el Consejo Directivo del ICSS mediante el Acuerdo 155 de 1963 ⁽²¹⁾.

Este desarrollo legislativo se complementó con el Acuerdo 258 del Consejo Directivo del ICSS de 1967, mediante el cual se divulgaron las tablas de valuación de incapacidades originadas por lesiones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ⁽²¹⁾.

Este se convierte en el segundo baremo claramente identificable en la historia de la seguridad social colombiana, es un baremo similar al de CST dado el objetivo de medición que contempla direccionado a la tasación de la pérdida proveniente del riesgo profesional, razón de ello son las tablas que presenta de la estructura y lesión anatómica con su respectivo porcentaje de pérdida.

La aplicación baremológica en el ICSS se realizó en los inicios de la norma por médicos generales con experiencia valoradora. Los mecanismos de controversia se presentaban ante la misma institución y las áreas jurídicas daban respuesta en caso de apelación ⁽²¹⁾.

En cuanto al proceso de valoración de la pérdida de la capacidad laboral para patologías de origen común, es importante resaltar el Decreto 1650 de julio 18 de 1977, por el cual se determinó el régimen y la administración de los seguros sociales obligatorios, y se relacionaron las contingencias amparadas: enfermedad en general, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional, invalidez, vejez, muerte y asignaciones generales.

El proceso de definición de la invalidez por riesgo común se realiza a partir del concepto del médico calificador (laboral), que evalúa y soporta o no un estado de incapacidad, no existiendo en la normatividad inicial del ICSS ni en su desarrollo posterior, ningún baremo

para establecer la pérdida de la capacidad laboral para las patologías derivadas de este riesgo ⁽²²⁾.

De acuerdo con este proceso histórico, se tiene como entidad responsable de definir la invalidez al ICSS para los trabajadores asalariados afiliados a dicha institución, proceso que se realiza básicamente bajo los elementos de la experticia medica, sin requerirse por lo menos para riesgo común la aplicación de alguna tabla o baremo por el cual se fundamentará la calificación emitida; en cuanto a riesgo profesional el proceso a partir de 1967 se realizaba soportado en una herramienta baremológica, correspondiente a las tablas contempladas en el Acuerdo 258 de 1967. No se describe la existencia de equipo evaluador, es el médico laboral, (tampoco se establece una especialización específica como requisito), quien determina el estado o no de invalidez de acuerdo con la incapacidad laboral y en cuanto a las Instancias de controversia, son las contempladas por la misma institución con apoyo de sus áreas jurídicas ⁽²³⁾.

La creación de la Caja Nacional de Previsión en el año 1945, mediante la Ley 6ª de febrero 19, con funciones tales como atender el reconocimiento y pago de auxilios de cesantía, pensiones de jubilación, pensiones de invalidez, seguro por muerte, auxilios por enfermedad, asistencia médica y gastos de entierro de los empleados y obreros, de carácter permanente al servicio de la Nación, en cualquiera de las ramas del poder público, promovió otro tipo de aseguramiento y se constituyó en otro desarrollo para la seguridad social, tanto pública como privada, garantizando coberturas asistenciales y económicas de los empleados (y en algunos casos de las familias) que pertenecieran a la institución,. Se crearon diversas cajas nacionales, departamentales y municipales, así como cajas de previsión de empresas privadas, llegando a existir alrededor de 900 cajas de previsión, manejadas independientemente, con gran autonomía administrativa, lo que generó extremos prestacionales entre cada una de ellas, de acuerdo con el alcance en la cobertura asistencial y económica para los afiliados a ellas,"se podría decir que cada empresa pública podría llegar a tener una caja de previsión" ⁽²⁴⁾.

La autonomía administrativa de estos entes les permitía definir el alcance prestacional aun en cuanto a invalidez, la forma de determinación, la cobertura y los mecanismos de controversia, no existiendo un proceso unificado de valoración de pérdida entre ellas,

pudiendo contar con la posibilidad de utilizar las tablas del ICSS, del CST o las de la propia entidad si esta había desarrollado parámetros de evaluación. En su mayoría el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral se realizaba con base a las tablas del CST ⁽²⁵⁾. Las prestaciones económicas que se generaban de las calificaciones emitidas por las cajas también salían de los recursos propios de cada una de ellas, pero pocos años después de la creación de las cajas, se vio que los recursos que éstas disponían eran insuficientes y las pensiones debían ser asumidas por el Estado a través de adiciones presupuestales ⁽²⁵⁾. El proceso de calificación se realizaba con los médicos que hacían parte del servicio médico de las respectivas cajas, quienes al igual que los médicos del ICSS, definían la capacidad o incapacidad laboral de los afiliados.

Se resaltan regímenes como el de las Fuerzas Militares, Ecopetrol y el Magisterio, los cuales son excepciones al Sistema de Seguridad Social del país (regímenes de excepción a la Ley 100 de 1993), cuyo proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez se realiza bajo metodologías baremológicas diferentes a las actuales, como es la utilización de las tablas del CST como baremo para definición de la merma de capacidad en el riesgo profesional.

Unido al desarrollo normativo internacional publicado por la OIT, se presenta un gran auge en el tema de la salud ocupacional en el país a partir de la promulgación de la ley 9 de 1979 ⁽²⁶⁾, el decreto 614 de 1984 ⁽²⁷⁾ y la resolución 1016 de 1989 ⁽²⁸⁾, incentivando la aparición de las primeras facultades de medicina del trabajo y de salud ocupacional, promocionando una formación técnica para la definición de la pérdida de capacidad laboral unido al conocimiento de los riesgos laborales ⁽²⁹⁾.

Un avance en la metodología baremológica se registró a finales de la década de los 80, con el Acuerdo número 470 del 05 de abril de 1989 de la Junta Administradora del ISS, mediante el cual se crearon los Comités de Evaluación Funcional en el ISS para la calificación de manera integral del hombre entendiendo que el abordaje debe ser “bio – psico – social”. Mediante el decreto 1546 de julio 13 de 1989 de la misma institución, se determinó que en estos Comités participarán los médicos laboralistas, médicos de salud ocupacional, fisiatras, terapeutas físicas y ocupacionales, psicólogos y trabajadoras sociales. “La evaluación realizada debe concretar la relación que existe entre la capacidad

funcional del trabajador y su ocupación habitual y considerar la enfermedad no solo para su prevención, curación y rehabilitación, sino también para valorar las secuelas de la enfermedad o accidente, por ser éstas las que perturban el curso de la vida habitual” ⁽³⁰⁾.

En 1989 se definió mediante el decreto 2177 de septiembre 21 de 1989, por persona inválida, “aquella cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico, mental o sensorial debidamente reconocido”. El reconocimiento de una invalidez será certificado por las dependencias de Salud Ocupacional o quien haga sus veces en las entidades de Seguridad y Prevención Social Públicas o Privadas. En el evento de que no exista cobertura por parte de ninguna institución de seguridad y previsión social, el reconocimiento de invalidez será declarado por los médicos del trabajo dependientes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en los diferentes niveles. Este concepto de invalidez adoptado por el país fue desarrollado a través del Convenio 159 de la OIT del año 1983 que habla sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas ⁽³¹⁾.

La Ley 10 del 10 de enero de 1990 es considerada una Ley revolucionaria en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud, la responsabilidad del Estado y la concepción de la seguridad social ⁽³²⁾.

3. MARCO ACTUAL

El desarrollo de la Constitución Nacional de 1991, produjo un giro en la conceptualización de la seguridad social del país. Según el artículo 48, se define “...como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado,...” ⁽³³⁾; a partir de lo cual se promulga la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, cuyo preámbulo estipula que “La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”, y en el artículo 7: “garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstos por esta ley”. Se “concreta el Sistema General Integral de Seguridad Social, que articula los tres subsistemas, salud, pensiones y riesgos profesionales” ⁽³⁴⁾, todos con responsabilidades y alcances prestacionales claramente definidos para lograr una cobertura universal, integral y solidaria en seguridad social.

A partir de la ley 100 de 1993, y de sus decretos reglamentarios, se presentan importantes cambios para la historia baremológica del país: la definición única de invalidez a través del artículo 38 de la Ley 100/93: “persona inválida como aquella que tenga una pérdida de capacidad laboral igual o mayor del 50%”, la definición de la incapacidad permanente parcial “como aquella pérdida de capacidad laboral mayor del 5% y menor del 50% que sobrevenga de una enfermedad profesional o de un accidente de trabajo”; se establecen alcances prestacionales asistenciales y económicos dependiendo de cada sistema al que se le impute el riesgo, se define que el monto mensual de la pensión de invalidez dependerá del tipo de origen y del grado de pérdida de la capacidad laboral; para riesgo común se reconoce un pago del 45% del ingreso

base de liquidación (IBL) cuando la incapacidad determinada haya sido igual o superior al 50% e inferior al 66% y agrega que se tendrá derecho a un monto mensual de pensión del 54% del IBL cuando la incapacidad determinada sea igual o superior al 66%, ambas mesadas pensionales serán ajustadas de acuerdo con el número de semanas cotizadas, quedando establecido que la pensión por invalidez en régimen común no podrá superar el 75% del IBL. En cuanto al riesgo profesional, se reconocerá el 60% del IBL en pérdidas de capacidad laboral iguales o superiores al 50% y hasta menos del 66%, y cuando la pérdida es superior al 66% se reconocerá un 75% del IBL, estableciéndose para este sistema que cuando el pensionado por invalidez requiere de auxilio de otra u otras personas para realizar las funciones elementales de su vida, el monto de la pensión se incrementa en un 15%; además en este sistema se reconoce el pago de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP) en una suma no inferior a dos salarios base de liquidación, ni superior a 24 veces su salario base de liquidación” (34 - 37).

El punto que marcó completamente la diferencia del esquema valorador en la naciente seguridad social ante el esquema anterior fue la definición de un sistema baremológico único a partir del Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 692/95), el cual no solo brindó unificación en la conceptualización de integralidad del ser en el proceso de valoración, sino que buscaba la objetivización del daño y a eliminar la subjetividad que para la fecha se mantenía. Alrededor de este cambio baremológico se definen y reglamentan los requisitos para llevar a cabo el proceso de calificación, las características técnicas de los valoradores, así como el alcance de cada uno de los entes del sistema en el proceso calificador (34, 38).

Este manual se convirtió en una única herramienta que “aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, trabajadores del sector público o privado” eliminándose así las tablas de valuación anteriormente descritas (ISS y del CST). (Artículo 1), y dejando a un lado los afiliados pertenecientes al régimen de excepción. (34, 38)

El **manual único de calificación de invalidez** (MUCI) creado mediante decreto 692 del 26 de abril de 1995, unificó criterios dejando de lado la anterior conceptualización “anatomista”, para pasar a una conceptualización funcional que se enlaza con la evaluación del impacto en la labor; permitiendo así mismo definir el estado de incapacidad

e invalidez en individuos con discapacidad congénita bajo la conceptualización general de la ocupación. Este decreto buscaba que los valoradores puedan dar una calificación integral, teniendo en cuenta los componentes biológico, psíquico y social del ser humano, entendidos en términos de las consecuencias de la enfermedad o del accidente (artículo 3), y definidos por tres variables: deficiencia (alteración funcional o estructural), la cual tiene asignado un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 50%, discapacidad (restricción o limitación para realizar una actividad dentro del contexto de normalidad), con un porcentaje del 20% y la minusvalía (esa situación de desventaja en la que se encuentra la persona por efecto de su deficiencia o discapacidad) con un porcentaje del 30%, para lograr una calificación integral del 100% de la capacidad laboral de la persona [\(38\)](#).

Este decreto tuvo una aplicación de casi cuatro años hasta ser reemplazado por el actual baremo, Decreto 917 de 1999 [\(39-40\)](#).

Este manual de calificación presenta algunas diferencias con el anterior baremo, siendo el cambio de mayor trascendencia el que tiene que ver con la conceptualización de minusvalía ocupacional en la cual se le da mayor peso porcentual al impacto de la deficiencia y la discapacidad en la Minusvalía de la ocupación habitual. En general, se puede anotar que los cambios no alteraron la filosofía del primer baremo y la forma “integral” de calificación basada en el esquema de consecuencias de enfermedad, OMS 1980, y la evaluación de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, se ha mantenido.

El proceso de calificación baremológica se fundamentó principalmente en la metodología CIDDM de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías, de la Organización Mundial de la Salud, OMS 1980 y además, tuvo en cuenta el Manual de Discapacidades de la Asociación Medica Americana AMA.

Este cambio legislativo llevó a la estandarización de los procedimientos de calificación y de controversia para los actuantes de la seguridad social (EPS, ARP, ISS, Aseguradoras de Vida y Pacientes). En el artículo 41 de la Ley 100/93 se describe: “En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación, dentro de los cinco (5) días siguientes a

la manifestación que hiciere sobre su inconformidad, se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez del orden regional, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales” en la eventualidad de no estar de acuerdo con el dictamen emitido cualquiera de las partes podrán realizar la apelación ante las juntas de calificación en caso de necesitarlo ⁽³⁴⁾.

A su vez se reglamentó el procedimiento de juntas a través del decreto 1346 de 1994, el cual fue posteriormente derogado por el decreto 2463 de 2001, en el cual se establecieron los criterios técnicos que deben tener los miembros de éstas y a su vez la conformación de grupos interdisciplinarios para determinar la pérdida de capacidad laboral, dando una visión integral de la persona, y estableciendo que las decisiones tomadas en ambas instancias se hagan de acuerdo con el MUCI.

El decreto 1346/94, establecía que “Una vez se realice el dictamen de la pérdida de capacidad laboral terminado el tratamiento e instauradas las secuelas si el trabajador no estuviese de acuerdo con dicha calificación podría interponer los recursos de apelación y reposición ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez (JRCI) respectiva, y de continuar dicha controversia podría apelar a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez (JNCI), y si una vez emitido el dictamen por la JNCI se mantiene la controversia el trabajador afectado podrá ir a la Justicia ordinaria como última instancia” ^(34, 36, 41).

Así mismo, se establecieron los tiempos de revisión de la calificación de invalidez, definiéndose en el Art. 44 de la Ley 100 de 1993 que en cualquier momento a petición del trabajador si ha empeorado su condición de salud o cada tres años a petición de la ARP, el afiliado tendrá tres meses para adjuntar la documentación y someterse a dicha evaluación, sino lo hace se suspende el pago de la mesada pensional y si trascurrido doce meses no ha hecho la diligencia prescribirá la pensión ⁽³⁴⁾. Posteriormente, el decreto 1295 de 1994 en su artículo 41 determina que “La declaración, evaluación, revisión, grado y origen de la incapacidad permanente parcial serán determinados, en cada caso y previa solicitud del interesado, por un médico o por una comisión médica interdisciplinaria, según lo disponga el reglamento de la entidad administradora de riesgos profesionales en donde se encuentre afiliado el trabajador”. Tiempos que de acuerdo con el Decreto 2463/2001 y la Ley 776/2002 han cambiado para el sistema de riesgos profesionales ⁽³⁵⁻³⁷⁾.

Todo el desarrollo normativo ha dado lugar a que se establezcan unos requisitos técnicos para llevar a cabo el proceso de calificación para poder determinar la pérdida de capacidad laboral, entre los que se encuentran: un diagnóstico definitivo de la patología, se termine el tratamiento y se hayan realizado los procesos de rehabilitación integral o cuando aún sin terminar los mismos exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría [\(36, 42\)](#). Además, la norma también ha establecido que el acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho (historias clínicas, reportes, valoraciones o exámenes médicos periódicos y todo aquello que pueda servir para evidenciar el estado funcional del paciente) y los elementos de derecho (normatividad vigente) que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede establecer los mecanismos de controversia [\(34, 36, 43\)](#)

Desde la creación de la Ley 100/93 se le dio facultad a las Administradoras de Riesgos Profesionales y al Instituto de Seguros Sociales para determinar la pérdida de la capacidad laboral mientras que a las EPS y a las compañías aseguradoras de vida solamente se les da esta facultad años posteriores, a partir del decreto 2463 del 2001 y se ratifica con la Ley 962 de 2005, buscando agilizar el trámite de calificación del origen de pérdida de capacidad laboral.

Este proceso de calificación se amplió debido a que de acuerdo con la Ley 962 de junio 27 de 2005 “corresponde al Instituto de Seguros Sociales, a las administradoras de riesgos profesionales, ARP, a las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y a las entidades promotoras de salud, EPS, determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias. Paralelamente se establecen posibilidades de garantizar mayor confiabilidad del sistema al establecer la invalidez, definiendo en esta nueva ley que: “cuando la incapacidad declarada por una de las entidades antes mencionadas (ISS, ARP o Aseguradora) sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la entidad.” [\(34, 43\)](#).

Para determinar la pérdida de capacidad laboral (PCL) en riesgo común se utiliza la misma tabla de valuación vigente, correspondiente al decreto 917/99 ⁽⁴²⁾, y podrán calificar los médicos que tengan licencia de salud ocupacional otorgada por la respectiva dirección seccional de salud.

Con la Ley 962 de junio 27 de 2005 se ratificó el baremo para determinar la pérdida de capacidad laboral, el Manual Único de Calificación de Invalidez (decreto 917 de 1999), y la conformación de grupos interdisciplinarios para la calificación en relación a lo expuesto en la Ley 100 de 1993; estableciéndose que en caso que el interesado no esté de acuerdo con la calificación emitida por cualquiera de los componentes del sistema de seguridad social en salud (EPS, ARP, aseguradoras de vida) dentro de los cinco (5) días siguientes a la manifestación que hiciera sobre su inconformidad, se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez del orden regional que actúan como segunda instancia, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional que actúa como última instancia para la calificación de la pérdida de capacidad laboral...”, se eliminan pasos, tanto en el proceso de calificación de origen y de pérdida, como para definir la controversia, y se modifican tiempos de respuesta dentro del sistema de seguridad social ^(34. 42. 43).

De acuerdo con lo anterior, es importante resaltar las responsabilidades en las que están inmersos los calificadores que serán responsables solidariamente si estos dictámenes perjudican a los afiliados o administradores del sistema de seguridad social si llegare a comprobarse, concepto que estaba definido previamente en la legislación existente ⁽⁴³⁾.

Todo lo anteriormente expuesto dio lugar a un gran desarrollo del ejercicio valorador del país, tanto para el ejercicio privado dentro de las aseguradoras del sistema como para el ejercicio público de las juntas regionales o nacionales de calificación. La demanda profesional con formación específica en la aplicación del baremo es uno de los puntos críticos que ha tenido el desarrollo del sistema de seguridad social en el cual aun se vela por la homologación y la estandarización de calificadores para garantizar el justo ejercicio. Antecedentes que llevan a que se incluya dentro de los pénsum de salud ocupacional y medicina del trabajo la cátedra de medicina laboral con énfasis en el proceso valorador y de reconocimiento del baremo, brindando elementos que fundamentan la calificación del origen de las contingencias y de la pérdida de capacidad laboral.

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 en nuestro país, el sistema de calificación de pérdida de capacidad laboral ha tenido modificaciones constantes, afectando a toda la población afiliada al sistema de seguridad social, a las entidades aseguradoras y administradoras de los diferentes regímenes (salud, pensiones y riesgos profesionales). Sin embargo, desde el punto de vista de uso de la herramienta baremológica, de filosofía única e integradora de la relación función – labor evidenciada tanto en el decreto 692/1995 como en el decreto 917/1999, se podría anotar que el proceso valorador de la seguridad social ha permanecido estable, se unificaron los baremos que para la época se mantenían en el país, dándose cumplimiento a algunos de los principios de la ley 100 de 1993, el de integrar y unificar el sistema de seguridad social, y brindó elementos necesarios para realizar una calificación holística del “ser”, valorándolo como un ser funcional, un ser ocupacional y un ser social, lo cual no era tenido en cuenta por las diferentes tablas valoradoras que se tenían con anterioridad en el país. Igualmente, se unificaron criterios técnicos para la calificación, estipulando el abordaje desde grupos interdisciplinarios de tal manera que se de un manejo más objetivo e integral, y exigió el cumplimiento de unos requisitos técnicos mínimos que deben tenerse en cuenta para la calificación, como son: la historia clínica, las pruebas paraclínicas y los conceptos de especialidades en los cuales se describa el pronóstico, el tratamiento y el proceso de rehabilitación necesarios para objetivizar la pérdida de capacidad laboral una vez se hayan terminado los procesos de tratamiento y de rehabilitación o cuando el pronóstico sea desfavorable, garantizando que la calificación se realice cuando la condición del paciente se haya estabilizado, constituyéndose el proceso de valoración en un proceso en alto porcentaje objetivista.

Pero el sistema baremológico no ha permanecido estable, se han presentado cambios en relación con los mecanismos de controversia, la estandarización del proceso, y la participación y alcance de los entes actuantes, tanto a nivel de las administradoras del sistema de seguridad social (ARP, EPS, ISS) y las Juntas de calificación, como en las demás aseguradoras que amparan el riesgo de invalidez o de indemnización por incapacidad permanente parcial, evidenciándose en el proceso una búsqueda continua de unificación, no solo de estándares de calificación sino también de homologación de calificadores, de eficiencia y responsabilidad técnica del proceso de valoración y de controversias.

El gran avance en los procesos de valoración de invalidez en la última década deja establecidos retos por desarrollar desde el punto de vista investigativo, de la verificación de la efectividad del proceso, de la estandarización, de la homologación de calificadoros en el uso de la herramienta y de la conceptualización de integridad, tratamiento terminado y de rehabilitación integral al momento de calificar, entre otras.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández Cueto, C. Introducción a la Valoración del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. Barcelona: Masson; 1996. p4-13.
2. Vispe Román C, Bascuas Hernández J, Alcalde Lapiedra V. Propuesta de un método de valoración de daño por lesión musculoesquelética como instrumento de prevención terciaria en el medio laboral. Mapfre Medicina 2007 Enero/Marzo; 18 (1): 42-52.
3. La Biblia para el Pueblo de Dios. 14 ed. Fuenlabrada: San Pablo; 1994. Éxodo 21: 12-27 y Levítico 21: 16-21.
4. Valoración del daño corporal en filibusteros. Escrito por Francesc Roca. www.la-plaza.com/vdc/index.php?option=com_content&task=view&id=224&Itemid=151
5. Rodríguez Mesa, Rafael. La seguridad social en Colombia: régimen jurídico. Bogotá: Legis; 1999 p11-12.
6. Dormond Herrera, Emilio. Historia de la Seguridad Social. San José: Nacional de Salud y Salud Social; 1996. p 4 -7
7. González, Jorge Iván. Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad. En Revista y Gerencia de Políticas de Salud. Universidad Pontificia Javeriana. 2002. No. 2 Septiembre. Paginas 19-20.
8. Espuny Tomas, M. Jesús. Los accidentes de trabajo: perspectiva histórica. Historia del Derecho y de las Instituciones. Universidad Autónoma de Barcelona. 03/2005. www.upf.edu/iuslabor/032005/art16.htm.
9. Abad Gómez, Héctor. Teoría y Práctica de Salud Pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1987. p. 131.
10. Arenas Monsalve, Gerardo. El derecho colombiano de la seguridad social. Bogotá: Legis; 2007. p. 63.
11. Morales Benítez Otto. Bases Históricas y doctrinarias del Régimen Social y del Subsidio Familiar en Colombia. Bogotá: Colsubsidio; 2001. p. 84 - 86.
12. Morales Benítez Otto. Bases Históricas y doctrinarias del Régimen Social y del Subsidio Familiar en Colombia. Bogota: Colsubsidio; 2001. p. 348 – 352.
13. Morales Benítez Otto. Bases Históricas y doctrinarias del Régimen Social y del Subsidio Familiar en Colombia. Bogota: Colsubsidio; 2001. p. 73 – 75.
14. Morales Benítez Otto. Bases Históricas y doctrinarias del Régimen Social y del Subsidio Familiar en Colombia. Bogota: Colsubsidio; 2001. p. 82 – 84.

15. ARENAS MONSALVE, Gerardo. El derecho colombiano de la seguridad social. Bogotá: Legis; 2007. p. 71
16. Código de Salud Ocupacional Aplicable en el Régimen del Seguro Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Instituto de Seguros Sociales Seccional Antioquia Medellín. Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de Diciembre Artículo 25. p20.
17. Código de Salud Ocupacional Aplicable en el Régimen del Seguro Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Instituto de Seguros Sociales Seccional Antioquia Medellín. 1990. p319-338.
18. La seguridad social y las cajas de compensación familiar. Revista del Consejo Colombiano de Seguridad: Protección y Seguridad. Año 49 No. 290 julio/agosto de 2003. pag. 10-11.
19. Código Sustantivo de Trabajo. Decreto 3743 de 1950. Artículo 46.
20. Código Sustantivo de Trabajo. Decreto Ley 3743/1950. Artículo 217. Este artículo corresponde al artículo 219 del Decreto 2663 de 1950, modificado por el artículo 14 del Decreto 3743 de 1950. Su numeración inicial fue variada por la edición oficial del Código Sustantivo del Trabajo, ordenada por el artículo 46 del Decreto 3743 de 1950.
21. Código de Salud Ocupacional Aplicable en el Régimen del Seguro Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Instituto de Seguros Sociales Seccional Antioquia Medellín. 1990 p390 y p426.
22. Decreto 1650 de julio 18 de 1977 artículo 4. Por el cual se determina el régimen y la administración de los Seguros Sociales Obligatorio y se dictan otras disposiciones
23. Acuerdo 258 del 29 de noviembre de 1967 del Consejo Directivo del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales por el cual se adopta la tabla de valuaciones de incapacidades originadas por lesiones, por accidentes de trabajo y por enfermedades profesionales.
24. Ley 6ª febrero 19 de 1945 Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo.
25. Arenas Monsalve, Gerardo. El derecho colombiano de la seguridad social. Bogotá: Legis; 2007. p. 75, 82.
26. Ley 9 de enero 24 de 1979 (Código Sanitario Nacional) por el cual se dictan medidas sanitarias. Título III Salud Ocupacional, Título XI Vigilancia y Control.
27. Decreto 614 marzo 14 de 1984 por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país.

28. Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de Salud, por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.
29. Código de Salud Ocupacional Aplicable en el Régimen del Seguro Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Instituto de Seguros Sociales Seccional Antioquia Medellín. 1990 p 27 - 43.
30. Decreto 1546 de julio 13 de 1989 por el cual se aprueba el Acuerdo número 470 de 05 de abril de la Junta Administradora del ISS
31. Decreto 2177 de 21 de septiembre de 1989 por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988 aprobatoria del convenio 159 suscrito con la Organización Internacional del Trabajo sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
32. Ley 10 de enero 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
33. Constitución Nacional de la República de Colombia 1991. Artículo 48.
34. Ley 100 de 23 de diciembre de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
35. Decreto Ley 1295 del 27 de junio de 1994 por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.
36. Decreto 2463 de noviembre 20 de 2001 por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.
37. Ley 776 de diciembre 17 de 2002 por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.
38. Decreto 692 de 26 de abril de 1995 por el cual se adopta el manual único para la calificación de la invalidez.
39. Cambas Zuluaga, Luis Armando. Determinación del origen y valoración del daño corporal. Medellín: Comlibros; 2004. p. 21 – 22.
40. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM). OMS 1980.
41. Decreto 1346 de 27 de junio de 1994 Por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.
42. Decreto 917 de 28 de mayo 1999 por el cual se modifica el Decreto 692 de 1955. Artículo 9
43. Ley 962 de julio 08 de 2005 por la cual se dictan disposiciones sobre nacionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.

