

**XVI CONGRESO LATINOAMERICANO DE SALUD OCUPACIONAL “ALSO”
39 CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y DE SALUD OCUPACIONAL
Cartagena, Colombia, mayo 28, 29, 30 y 31 de 2019**

CONFERENCIA

**ITINERANCIA DE LOS TRABAJADORES QUE HAN SIDO CALIFICADOS POR
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD
LABORAL O COMÚN**

Trabajo de Investigación Aplicada

Investigadoras

María Teresa Buitrago Echeverri
Consuelo Granja Palacios

CONFERENCISTA

CONSUELO GRANJA PALACIOS

Docente Investigadora Enfermera Especialista en
Gerencia de la Salud Ocupacional
Magister en Educación

Coordinadora Académica

Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo
Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo
Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, mayo 29 de 2019

INTRODUCCIÓN

A través de esta investigación, se pretende dar a conocer como actualmente los costos administrativos de los riesgos laborales y el sistema jurídico, se constituyen en una dinámica social burocrática que prevalece sobre la salud y la protección de los trabajadores que requieren las prestaciones asistenciales y económicas, derivadas de un accidente o enfermedad laboral o común; pues el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) ha creado diferentes itinerarios en los que la atención en salud está supeditada no solo por las necesidades de las personas o por la valoración del equipo interdisciplinario de las (Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y Juntas de Calificación de Invalidez (JCI), sino además por el cumplimiento a cabalidad de procedimientos administrativos, jurídicos y de costos financieros.

Este camino que se exige recorrer al trabajador en busca de superar las barreras de acceso, para recibir la debida atención y finalmente llegar a obtener una indemnización por Pérdida de Capacidad Laboral (PCL), pensión de invalidez y la atención en salud para su rehabilitación y reintegro laboral, que cuando son posible obtener, se logra en muchos de los casos a través de demandas o tutelas, las cuales se pudieron omitir, en la medida que se hubieran evitado los itinerarios burocráticos, descritos como “las demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas que el sistema de aseguramiento impone a los pacientes y familiares para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada” [1].

La práctica en investigación nos hizo pensar que las miradas que intentan entender la experiencia de las personas al interior del Sistema de Seguridad Social podrían ser útiles para abordar el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), por lo cual se realizó esta investigación entre mayo de 2014 y febrero de 2016, con el propósito de que los resultados se utilicen como insumo para la transformación del Sistema General de Riesgos Laborales en el país, que consideramos urgente y necesaria y que se ha evidenciado de manera exacerbada en los últimos años, en las movilizaciones sociales de colectivos de trabajadores quienes se denominan “enfermos del trabajo” que han visto violados sus derechos.

Objetivo

Describir y analizar los itinerarios burocráticos de un grupo de trabajadores que han sido calificados por pérdida de capacidad laboral por un accidente o enfermedad laboral o común y los efectos que su recorrido trae para ellos y sus familias.

Metodología

Esta investigación se hizo a partir del constructo teórico y metodológico propuesto por Abadía y Oviedo en el año 2009 conocido como *Itinerarios burocráticos* [1, 2] para evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia, compuesto por tres elementos a saber: El recorrido dentro del sistema para acceso a los servicios,

la relación de éste con fallas estructurales, y las consecuencias para la vida de la gente que se derivan de esta interacción.

Es un estudio cualitativo etnográfico, con un componente cuantitativo, que busca comprender una experiencia, con base en una revisión intensa y profunda de diversos aspectos de un hecho, y documentarlo a través de la recolección, el análisis y la presentación detallada y estructurada de la información proveniente de diversas fuentes e inclusión de las experiencias y visiones de los mismos sujetos [3].

La información se obtuvo a través de una entrevista semiestructurada que se realizó a 22 trabajadores escogidos al azar, que se encontraban en proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL), secundaria a un accidente o enfermedad laboral o común de diferentes ciudades del país, y quienes mediante consentimiento informado aceptaron participar en el estudio y revisar sus expedientes, a partir de lo cual se construyó una línea de tiempo para cada caso, con hitos relacionados con su trayectoria por el Sistema General de Seguridad Social (EPS, ARL, AFP).

Otros participantes fueron 32 actores involucrados en el proceso de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Entidad Promotora de Salud (EPS), Junta Regional de Calificación de Invalidez (JRCl), Junta Nacional de Calificación de Invalidez (JNCI), Profesionales Independientes, entre ellos, médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, directores, administrativos, abogados y expertos académicos de nueve ciudades del país.

Se trianguló la información [4] obtenida de los expedientes y las entrevistas a los trabajadores y los actores del sistema, y se elaboró una ruta de los itinerarios que se plasmó en una matriz de doble entrada que relaciona el acceso a los servicios, las fallas del sistema y los desenlaces del proceso a corto, mediano y largo plazo. Los resultados se validaron a través de videoconferencia con los participantes, y de un conversatorio con expertos académicos y representantes de los diversos actores del sistema [5].

La investigación se clasificó como de riesgo medio [6 - 7]; tuvo aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana y el consentimiento informado de todos los participantes.

Resultados

Características sociodemográficas

Con relación a los 22 casos analizados el 64% (n=14) correspondieron al sexo masculino con un promedio de edad de 43 años y un intervalo entre 25 y 60 años y el 26% restante de sexo femenino con un promedio de edad de 47 años y un intervalo entre 30 y 57 (n=8). Entre estos, el 50% correspondió a casos de enfermedad laboral, el 31,8% a accidente laboral, el 13,6% a enfermedad común y solo un caso con el 4,54% había presentado un accidente común. La enfermedad

laboral correspondió a 45,5% (n=5) mujeres y 55,5 (n=6) hombres, al igual que el accidente laboral que se presentó de manera prevalente entre los hombres con un 85,71% (n=6), y solo un caso en mujeres con un 14,29% (n=1).

Del total de los casos solo el 18% (n=4) de los trabajadores tenían empleos calificados: Contador, Jefe de laboratorio, Jefe de Operaciones y Licenciado en Lenguas, el restante 82% (n=18) de los casos fueron empleos no calificados con los siguientes cargos: recaudador de cuentas, cosechadora de esquejes, operario, auxiliar de bodega, ayudante de construcción, carpintero, soldador, auxiliar de lavandería, servicios generales, aseadora, operario de electromecánica, revisor de latas, cortador de prados, recogedor de basura, mecánico y halador de hornos.

Con respecto a la contratación las personas, estaban vinculadas de manera directa con la empresa un 59% (n=13) y el restante 41% (n=9) eran tercerizados (cooperativas de trabajo, otra empresa que subcontrata o prestación de servicios), entre otros, uno independiente.

El mayor número de casos se ubicaron en las actividades de manufactura y de agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca cada una con cuatro casos respectivamente, seguidas de servicios administrativos y de apoyo con tres casos, los demás están repartidos en las otras ocho actividades económicas con dos y un caso.

Tabla No. 1. Relación de los casos según actividad económica de la empresa y grado de riesgo

Actividad económica de la empresa	No. Casos	Grado de Riesgo
Educación	1	I
Transporte y Almacenamiento	1	IV
Actividades Profesionales, Científicas y Técnicas	2	I
Agricultura, Ganadería, Caza, Silvicultura y Pesca	4	III
Distribución de Agua; Evacuación y Tratamiento de Aguas	1	III
Actividades de Atención de la Salud Humana y de Asistencia Social	1	III
Residuales, Gestión de Desechos y Actividades de Saneamiento Ambiental	1	I
Actividades de Servicios Administrativos y de Apoyo	3	III
Industrias Manufactureras	4	III
Construcción	2	V
Explotación de Minas y Canteras	2	V
Total	22	

Fuente: Elaboración propia con datos de los casos.

Diagnósticos más frecuentes

En el momento de la captación del caso, con respecto a los diagnósticos relacionados con la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral por Accidente Laboral, todos se relacionaban con lesiones osteomusculares; al igual que en la mayoría de los casos con diagnóstico de Enfermedad Laboral (n=9); en la cual se incluyó además de las anteriores, un trabajador con diagnóstico de carcinoma basocelular y un trastorno depresivo, que aparece también en una calificación de origen común.

Tabla No. 2. Diagnósticos más frecuentes entre los casos, según clasificación de Accidentes o Enfermedades de origen laboral o común

ACCIDENTE	Laboral	Común	ENFERMEDAD	Laboral	Común
Diagnóstico	F	F	Diagnóstico	F	F
Amputación MMII	2		Lumbalgia Crónica Discopatía Lumbar – Trastorno de disco. Espondilólisis Lumbar	5	
Lumbalgia postraumática por protrusión discal	1		Síndrome del Túnel del Carpo	2	
Trauma de cadera derecha con Fractura acetabúlica y de cabeza femoral	1		Epicondilitis – Bursitis – tendinitis de flexores	1	
Trauma en rodilla, artrosis tricompartmental de rodilla	1		Síndrome del Manguito Rotador	1	
Cervicalgia postraumática luxación de articulación acromio clavicular, Fractura de epífisis inferior de cubito y radio, esguinces y torceduras de la columna cervical	1		Carcinoma Basocelular	1	
Traumatismo de cadera derecha. Fractura acetabúlica de cabeza femoral. Reemplazo total e cadera derecha y acortamiento de MII	1		Hernias de la cavidad abdominal especificadas. Adherencias (bridas intestinales con obstrucción)		1
Lesión severa de nervio cubital y medial, tenorrafia de flexores de MSI		1	Fractura que afectan múltiples regiones de MMSS e II, Artritis reumatoidea seropositiva. Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente		1
			Trastorno depresivo	1	1

Fuente: Elaboración propia con datos de los casos.

Esta tendencia coincide con los datos oficiales de patologías más conocidas, tanto por accidente de trabajo, como por enfermedad laboral, y ponen de manifiesto la alerta que se enuncia desde hace algún tiempo sobre el sub-diagnóstico de cáncer ocupacional y el dilema ético que se plantea respecto a la calificación ocupacional de las enfermedades mentales.

Calificación de origen

Entre los siete trabajadores con accidente laboral, el 66,6% (n=4) no requirió acudir a ninguna instancia diferente a la ARL para el reconocimiento del origen porque desde el inicio fue reconocido como tal, este itinerario se dio solo en tres casos de accidente laboral que debieron recurrir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez correspondiente, resultando finalmente el origen como laboral en dos de ellos y un tercero debió ir a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, que también dictaminó este origen.

Para los casos de Enfermedad Laboral, solo un caso correspondiente al 9%, no requirió otra instancia para la calificación de origen, tratándose de un paciente cuya patología correspondió a una lesión lumbar secundaria a un accidente laboral previamente reconocido por la ARL. El 91% de los demás casos (n=10) si requirieron este itinerario. Entre estos 9 (81,1%) debieron pasar por EPS, ARL, Junta Regional y Junta Nacional y uno (9%) solo llegó hasta la Junta Regional y finalmente solo un caso apeló el dictamen de la Junta Nacional, ante la justicia ordinaria.

Respecto de los tres casos de enfermedad común ninguno realizó itinerario de calificación de origen. Sin embargo, es necesario precisar que uno de ellos correspondió a una enfermedad mental (depresión) derivada de un accidente de trabajo reconocido como tal; no obstante, a pesar de que los médicos tratantes le reconocían un nexo, dados las condiciones de dolor crónico, Medicina Laboral no aceptó dicho nexo y siempre se manejó como enfermedad común. El otro caso también correspondió a una persona con diagnóstico de enfermedad mental (depresión), el cual los médicos tratantes no vincularon con causa laboral, pero la paciente si lo asociaba a un alto estrés laboral que se agravaba con una situación familiar de dependencia económica de varios familiares con limitaciones mentales importantes. El tercer caso, fue de un trabajador con una necrosis avascular secundaria a una infección adquirida en un accidente de trabajo no reportado ni tratado a tiempo, en donde el paciente a pesar de reconocer el origen, se conforma con el manejo dentro del Sistema General de Salud con el dictamen de origen común, refiriendo que en el cultivo de caña donde labora, “es usual que las caídas que frecuentemente sufren los trabajadores en las chambas, no se reporten como accidentes de trabajo”.

El único caso clasificado como accidente común, corresponde en realidad a un accidente laboral de una persona que trabajaba en construcción y dada la suspensión temporal de la obra, busca emplearse de manera independiente para realizar arreglos locativos en una vivienda, sin que por ello hubiese contado con

un contrato de obra, razón por la cual al presentarse el accidente, éste es manejado como común.

Respecto a la calificación de origen, tres casos de enfermedad común y un caso de accidente común correspondiente al trabajador independiente, fueron remitidos directamente de la EPS a la AFP.

Entre los casos de accidente de trabajo, cuatro de ellos no requirieron calificación de origen, puesto que desde su inicio fueron notificados y se reconocieron como tal. Dos de ellos requirieron acudir a todas las instancias para dirimir controversia, presentándose en el primero, controversia entre EPS y ARL que termina en acuerdo con el dictamen de origen laboral emitido por EPS y ratificado por la JRCI y la JNCI.

En el segundo caso, hay acuerdo entre la EPS, ARL y JRCI, sin embargo, termina como accidente laboral, según dictamen de JNCI. El tercer caso, ingresa directamente calificado como de origen común por la ARL y la JRCI y JNCI dirimen controversia cambiando el origen del accidente, lo que se convierte en un desafío que a nivel profesional e institucional implica pasar el dictamen a origen laboral.

Esta situación confirma la tendencia que hay en el sistema de hacer más difícil y tortuoso el reconocimiento del origen laboral en los casos de enfermedades, respecto a poder hacer un proceso riguroso y ético a este respecto.

Tabla No. 3. Calificaciones de origen de casos de enfermedad laboral por cada una de las instancias del sistema

Instancia del Sistema	No. Casos									
	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
EPS	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
ARL	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
JRCI	1	1	2	2	1	1	2	1 - 2	1	1 - 2
JNCI	2	2	1	1	1		2	2	1	1 - 2

Fuente: Elaboración propia con datos de los casos. Convenciones: 1 - origen. 2 - origen común.

De los 11 trabajadores con enfermedad laboral, solo uno es remitido por EPS directamente a la ARL para calificación de origen, el cual obtiene de una vez su calificación, correspondiendo a un diagnóstico de lumbalgia mecánica. Los otros diez trabajadores recorren todas las instancias para dirimir controversias al respecto entre EPS, ARL, JRCI y JNCI.

En el 80% (n=8) de los 10 casos, hubo controversia entre el dictamen de origen laboral dado por la EPS, con el origen común emitido por la ARL. En el 50% (n=4) de estos 8 casos, hubo concordancia entre el dictamen para dirimir controversia entre la ARL y la JRCI, confirmando el origen común propuesto por la ARL y en el otro 50% de casos (n=4) las JRCI dirimieron la controversia a favor del origen profesional realizado por la EPS. En el 50% de los casos la JNCI dirime controversia

a favor del dictamen de la ARL como de origen común, pero en el 25% de estos (n=2) casos este dictamen controvierte el de la JRCl. En otros tres casos la JNCI dirime la controversia a favor del dictamen de la EPS como de origen laboral, siendo en todos los casos contrario a los dictámenes de la ARL y la JRCl. Solo en un caso la controversia entre la EPS y la ARL se resolvió con el dictamen de la JRCl, que confirmó el origen laboral emitido por la EPS.

Tiempo en meses del itinerario según origen de la causa

Entre los siete casos de accidente laboral, se encontró un caso atípico que duró 300 meses y continuó en curso. Entre los seis casos restantes el intervalo de tiempos fluctuó entre 25 y 58 meses, con un promedio de 39.6 meses; y de estos cuatro casos continuaron en curso.

Con respecto a la enfermedad laboral, de los 11 casos registrados, el tiempo varió entre 40 y 99 meses, para un promedio de 63,72 meses. Entre estos continúan en curso cinco de ellos, lo cual puede aumentar el promedio de tiempo del itinerario.

Con respecto a la enfermedad común se presentaron tres casos con un tiempo que fluctuó entre 37 y 66 meses, para un promedio de 53,6 meses, los cuales están resueltos en su totalidad. El caso del accidente “común” presentó 39 meses de duración.

DESCRIPCION DEL ESQUEMA DEL ITINERARIO Y SUS COMPONENTES

El itinerario de los trabajadores en el sistema de riesgos laborales parte por esclarecer el origen de la contingencia, en este proceso entran en juego los diversos actores que en él concurren, los cuales corresponden no solo al Sistema de Riesgos Laborales, sino a los otros sistemas dentro del Sistema General de Seguridad Social, como son Salud y Pensiones. Además de estos en algunos casos participa la justicia ordinaria.

El itinerario inicia con la identificación de la afiliación al seguro, las correspondientes instituciones prestadoras de servicio, los servicios que son dilatados, controvertidos o negados, la relación que el desenlace de los servicios tiene con las fallas del sistema y con acciones legales y sus resultados; los resultados representados en prestaciones asistenciales y económicas y por último termina con las consecuencias para la vida de los trabajadores y sus familias.

A continuación, se presenta cada uno de los componentes que se identificaron en el itinerario que se analizó en los diferentes casos.

1. AFILIACION AL SEGURO

Corresponde en primer lugar al empleador en modalidad directa, tercerizada o independiente; seguido de las ARL, las EPS y las AFP.

2. INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO

Prestan servicios las redes de instituciones propias o contratadas por las ARL, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) correspondientes a las EPS, y las Juntas de Calificación de Invalidez. Se incluyen también las compañías Administradoras de los Fondos de Pensiones y algunas Empresas Aseguradoras, las cuales prestan servicios que también configuran itinerarios.

3. EL SERVICIO REQUERIDO ES DILATADO, NEGADO O CONTROVERTIDO

Para la resolución del accidente de trabajo o la atención de enfermedad común o laboral, se requieren servicios que son dilatados o negados por diferentes fallas en el sistema, o controvertidos por algunos de los actores involucrados según sus intereses. Los siguientes fueron los servicios identificados de acuerdo a cada prestador involucrado en los itinerarios:

Empresas: ausente o deficiente en la educación al trabajador en derechos y deberes; pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales; contar con un efectivo Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo; realizar inspecciones de seguridad; suministro de elementos de protección personal; adaptación del puesto de trabajo; reubicación laboral; reporte de accidentes, incidentes o enfermedad laboral; garantizar recursos financieros, materiales y humanos para el cumplimiento de labores; y el aporte de los soportes requeridos por otras entidades, tales como historia laboral, evaluaciones médicas ocupacionales y mediciones ambientales.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: la atención de la urgencia; el traslado para la atención médica; pruebas diagnósticas; tratamientos (incluye medicamentos, terapias físicas, psicológicas, ocupacionales, cirugías, prótesis y órtesis); el pago de incapacidades médicas hasta el día 180; la calificación de origen en primera oportunidad.

Administradora de Riesgos Laborales directamente o a través de sus redes de prestadores de servicios: verificación de la actividad económica y clase del riesgo en la que se ha afiliado al trabajador; asesoría a la empresa en el diseño del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y la verificación de su implementación; el traslado para la atención médica, servicios de rehabilitación o para valoración en las juntas; reconocimiento de calificación de enfermedad laboral emitida en primera oportunidad por EPS; pruebas diagnósticas; estudio de puesto de trabajo; pago de incapacidad permanente parcial (IPP), pago de indemnización por pérdida de capacidad laboral (PCL); reubicación laboral; rehabilitación laboral y reconversión de mano de obra; reconocimiento de accidente de trabajo y reconocimiento de pensión.

Aseguradoras de las Administradoras de los Fondos de Pensiones: pago de incapacidades parciales posteriores al día 180 y hasta el día 360 con posible prórroga hasta el día 580; reconocimiento de pensión por invalidez; calificación de pérdida de capacidad laboral.

Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez: calificación de origen y de PCL en segunda y tercera instancia respectivamente; y peritazgo médico solicitado por justicia ordinaria.

Justicia ordinaria: la resolución de demandas contra dictámenes en firme.

4. FALLAS EN EL SISTEMA.

Corresponden a las maneras como se justifican las negaciones o dilaciones de los servicios requeridos. En estos itinerarios del Sistema de Riesgos Laborales las clasificamos en siete categorías: ambigüedad de responsabilidades y funciones entre empleador y administradora; problemas administrativos con el sistema basado en el aseguramiento; barreras económicas; limitaciones de la legislación; limitación en la autonomía profesional; problemas de inequidad en la cobertura de la póliza y deficiencias en la calidad de la atención. En el anexo No. 1, se resume la caracterización de las fallas para cada uno de los actores.

4. ACCIONES LEGALES

Son los mecanismos jurídicos a los que los trabajadores recurren durante los itinerarios: asesoría verbal, el derecho de petición, la tutela, la demanda penal y el recurso de reposición en subsidio de apelación, este último usado también por las aseguradoras.

5. RESULTADOS DE LA ACCION LEGAL

Los posibles desenlaces de estas acciones fueron: a favor del paciente, en contra del paciente, pendiente o desconocido, en los casos en que no se conoció el resultado. Si bien los dictámenes de las juntas son actos administrativos y no fallos legales, su resultado se incluyó aquí especificando, si fue a favor de las expectativas del paciente o de la aseguradora.

6. DESENLACE DEL CASO EN TÉRMINOS PRESTACIONALES: ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS

Esta categoría alude tanto a la obtención de un servicio asistencial, como a una indemnización o pensión; como al inicio de un nuevo itinerario que en el trayecto se puede desencadenar.

Cuadro 2. Desenlace según prestaciones económicas y asistenciales

Responsable	Desenlace							
Empresa	Prolongación de incapacidades médicas							
EPS	Pago de incapacidad temporal	Reintegro o reubicación laboral	Rehabilitación funcional	Reconversión de mano de obra	Inicio de itinerario para calificación de PCL	Indemnización por incapacidad permanente parcial	Pensión por invalidez de origen laboral	Demanda contra dictamen en firme
ARL								
AFP						Pensión por vejez	Pensión de invalidez de origen común	

Fuente: Elaboración propia con datos de los casos.

7. CONSECUENCIAS PARA LA VIDA

Las transformaciones que suceden en la vida de una persona con pérdida de capacidad laboral y su familia, como el entorno más inmediato. Las consecuencias de los accidentes y enfermedades, deben ser reconocidas en relación con los itinerarios desencadenados por la política de riesgos.

Estas consecuencias corresponden a aspectos tanto médicos como sociales. Las categorías que agrupan las consecuencias inmediatas son: prolongación del sufrimiento, las complicaciones médicas del estado de salud; la alteración de roles tanto familiares como sociales; la exclusión temporal o definitiva de uno o más sistemas (salud, riesgos laborales o pensiones); la dependencia económica; y la indemnización o pensión que cumple sus expectativas. En el mediano y largo plazo, se encuentran el daño y limitación permanente; la minusvalía ocupacional; insatisfacción con el nuevo cargo asignado, pérdida del trabajo; disolución del núcleo familiar; la pobreza, la indigencia y la muerte.

A partir de la identificación de cada uno de los componentes del itinerario y sus variables, se construyó una matriz que da cuenta de la interacción de las personas con el Sistema General de Seguridad Social. Se puede entender como un recorrido que pasa por distintos momentos y segmentos. En orden descendente (de arriba hacia abajo) y de izquierda a derecha o derecha a izquierda, según los actores, servicios, fallas y acciones legales que se involucran en cada caso particular.

Cuando se presenta una negación o controversia de un servicio, esta se relaciona con una o varias fallas del sistema y le sigue una reclamación con diferentes desenlaces. Este recorrido puede darse en más de una ocasión en un mismo caso e involucrar los distintos fragmentos del sistema; se puede dar un itinerario para la calificación de origen y otro para la definición de la pérdida de capacidad laboral; o un itinerario diferente para la calificación de cada evento o patología que una persona presente, por citar solo dos de múltiples posibilidades de recorrido.

El anexo 2 presenta una versión reducida de la matriz que se construyó, la cual contiene en la columna de cada actor, cada uno de los servicios, fallas, desenlaces y consecuencias que le corresponden.

Para ilustrar mejor cómo funciona el Itinerario construimos narrativas a partir de algunos casos que consideramos emblemáticos, una vez que representan bien a varios de los casos estudiados y describen en su trayectoria las complejidades de los itinerarios e ilustran unas de las más importantes fallas del sistema y sus consecuencias. A continuación, presentamos una de ellas.

NARRATIVA

“LO QUE ME GANÉ EN 20 AÑOS DE TRABAJO, LO PERDÍ EN LOS 4 QUE HE ESTADO INCAPACITADO”

Jacobo es un hombre de 50 años, trigueño, alto, de contextura fuerte. Vive con su esposa y siete hijos en la ciudad de Barranquilla. Ha trabajado en una empresa del Sector de Minería del Carbón, en el cargo de mecánico, desde hace 21 años. Allí se desempeñó como mecánico cargador, de tractores, camiones y bombas, también en el mantenimiento de generadores y mecánico de campo, siendo la actividad principal hacer reparaciones que le exigían posiciones críticas, forzosas y antigravitacionales y por fuera de los ángulos de confort.

Desde el año 2006 ha sido valorado y calificado por pérdida de capacidad laboral por diversos actores del Sistema General de Seguridad Social, debido a la presencia de seis enfermedades laborales entre ellas, Hipoacusia Mixta Bilateral, Lumbalgia, Neumoconiosis, Síndrome del Túnel del Carpo, Lesión del Manguito Rotador y Trastorno Depresivo Mayor.

Su primer itinerario comenzó en el año 2002, cuando acudió a la EPS y la audiometría evidenció deterioro auditivo en frecuencias altas, predominando en el oído derecho y en el año 2005, el trabajador manifestó tener pérdida de la audición. Durante varios años había manejado con el miembro superior derecho una pistola neumática, que emitía un ruido de impacto. En diciembre de ese año la EPS, realizó el diagnóstico de hipoacusia mixta profunda en oído derecho y leve o moderada en oído izquierdo, por lo que se calificó como enfermedad laboral.

Posteriormente, en febrero de 2006, la ARL determinó que la hipoacusia era de origen común, por lo cual el trabajador apeló y la JRCl, en septiembre del mismo año confirmó el dictamen como de origen común, por lo tanto, el trabajador nuevamente controversió el dictamen y fue enviado a la JNCI en el mes de octubre. En enero del año 2007, el trabajador se vio en la necesidad de enviar un derecho de petición a la JNCI por demora en la respuesta. Posteriormente, esta junta realiza audiencia en el mes de marzo, donde solicitó a la ARL, valoración por otorrinolaringología y exámenes complementarios, como TAC de oídos y potenciales evocados auditivos.

El primer otorrino de la red de servicios de la ARL mencionó que el diagnóstico es de hipoacusia sensorial leve, "la exposición laboral deteriora la capacidad auditiva de manera uniforme, en este caso es mayor en el oído derecho, puede deberse a la falta de irrigación del Órgano de Corti". Por el contrario, el médico del paciente refirió que: "la hipoacusia obedece a una enfermedad profesional, ya que el paciente

ha estado expuesto a la pistola neumática que produce ruido de impacto por exposición de 12 horas diarias”. Igualmente, la audiometría de ingreso era normal. La JNCI refirió que no podía manifestarse a este respecto, que el origen de la hipoacusia al ser asimétrica no correspondía a enfermedad laboral y dictaminó enfermedad común.

En el mes de noviembre del mismo año, luego de recibir el dictamen de la JNCI, Jacobo interpuso una tutela manifestando su inconformidad con la calificación. El Juzgado Penal Municipal, informó a la Junta Nacional sobre dicha tutela impuesta por violación al debido proceso, en la que se argumentaba “que las Guías Técnicas de la Sociedad de Medicina del Trabajo del 2007 consideran el ruido de impacto como generador de este tipo de lesiones. Que revise la decisión con las pruebas aportadas y que aporte resolución donde diga que los protocolos del Ministerio de Protección son la norma con la cual deben registrarse”.

Puede inferirse que los parámetros emitidos por la GATISO son limitados y no son lo suficientemente amplios, para que haya claridad de los conceptos, lo cual hace que los profesionales se vean sometidos solo a la norma, manejando la situación como un simple proceso encasillado dentro de ésta. Así mismo, desconocen que detrás de ello existe un ser humano que debe ser valorado dentro de una realidad contextual, teniendo en cuenta que cada caso es particular. Esto da cuenta de que el sistema se apoya en saberes y técnicas científicas mostrándose objetivo, subvalorando y desestimando la experiencia subjetiva de las personas.

En noviembre de 2007, la JNCI respondió al juzgado haciendo un recuento de todo el proceso y mencionó que consideraba improcedente la acción de tutela y que debía ser solicitada la revocación de la acción administrativa con la demanda ante la justicia ordinaria. El juzgado en efecto negó la tutela por considerarla improcedente y encontrarse de acuerdo con la respuesta de la JNCI.

En agosto de 2008, la JNCI envió copia del dictamen a Salud Total. Posteriormente, en el mes de septiembre Jacobo demandó a la JNCI por el error en la calificación de origen de la hipoacusia y lo radicó en un juzgado diferente.

En el mes de noviembre de 2008, el Informe de potenciales evocados de conducción electrográfica auditiva hasta el tallo cerebral reportó compromiso coclear bilateral. El Juzgado Noveno comunicó a la Junta Nacional que recibió demanda. Luego de dos años, en noviembre de 2010, el juzgado le escribe a la JNCI, con respecto al proceso laboral sobre la hipoacusia y solicitó que hagan peritazgo a la mayor brevedad. La JNCI reconoció que el médico de una de las salas tenía impedimento porque había asesorado en una ocasión anterior al paciente. En enero de 2012, el juzgado le notificó a la JNCI que el caso había sido trasladado a la oficina judicial

para ser repartido a juzgados de descongestión. Finalmente, en febrero de 2014 la JNCI cobró las costas procesales al paciente por haber sido vencido en la sentencia de noviembre de 2013, en la que el juez finalmente determinó que la hipoacusia era de origen común fallando entonces a favor de la Administradora de Riesgos Laborales, a pesar de que las calificaciones de las dos juntas regionales a las que se les solicitó realizar peritazgo fueron de origen laboral.

Este itinerario muestra que no solo los instrumentos legales creados para emitir el dictamen –como las mencionadas GATISO- pueden crear dificultades en el itinerario, sino que, además, el sistema jurídico mismo complejiza el desenlace de los casos en tanto la intermediación legislativa es incorporada al itinerario dentro del Sistema de Seguridad Social. A través de ésta se pretende favorecer el ejercicio del derecho a un trabajo digno, no obstante, mediado por lógicas burocráticas que permiten la emergencia de un mercado de servicios. Durante todo el tránsito que tiene el trabajador se presenta una asimetría de conocimiento en el sistema, ya que el que se requiere en cada una de las instancias del itinerario es muy especializado y solo los actores más involucrados lo dominan. Esto supone un problema en la medida en que, por un lado, permite que se genere lucro a partir de asesorías de los profesionales del derecho especializados en el área; y, por otro lado, no existen garantías de que todos los miembros del sistema jurídico conozcan las especificidades relativas a los riesgos laborales, las responsabilidades de cada uno de los actores o las consecuencias que estos pueden traer en términos de calidad de vida para los trabajadores. Igualmente, la asimetría de conocimiento también se expresa en la subvaloración que puede hacer el sistema jurídico del conocimiento científico.

Además de la hipoacusia, Jacobo presentó otras 5 patologías que lo hicieron recorrer múltiples veces el Sistema de Seguridad Social. El segundo itinerario que realizó fue por patología lumbar. Comenzó a presentar síntomas en el año 2009, en marzo de 2010 la EPS calificó el origen laboral con base en la información consignada en el análisis de puesto de trabajo. La ARL calificó origen común con base en otro análisis de puesto de trabajo en julio del mismo año. La JRCL dirimió la controversia dictaminando origen laboral, no obstante, el caso pasó a la JNCI por apelación de la ARL y finalmente quedó como enfermedad común en marzo de 2011.

Simultáneamente, Jacobo presentó sintomatología relacionada con el síndrome de túnel del carpo en el año 2009. Fue manejado por la EPS, la cual calificó de origen común en el año 2010 y solicitó a la AFP que calificara la pérdida de capacidad laboral correspondiente, que fue valorada en agosto de 2011 con 10,68%. Ante la insatisfacción con esta calificación, Jacobo solicitó que su patología fuera calificada por la JRCL, quien emitió dictamen de origen laboral en diciembre de 2011. La ARL

apeló y la JNCI dirimió confirmando el dictamen de origen laboral en julio de 2012, asignándole una calificación de 10,78%

Siguiendo un itinerario muy similar a este último, Jacobo fue valorado nuevamente por la EPS, la cual diagnosticó como enfermedad común el Síndrome de Manguito Rotador en junio de 2013. Fue enviado al Fondo de Pensiones y allí emitieron una pérdida de capacidad laboral del 7% en septiembre de 2013. Frente a esta calificación, Jacobo solicitó que su caso fuera valorado en la JRCI y allí le reconocieron dos meses después el origen laboral con 16.14% de PCL. La ARL apeló, pero un año después la JNCI ratificó el origen laboral con una pérdida de 13.64%.

Estos tres itinerarios dan cuenta de la fragmentación del Sistema de Seguridad Social, donde prevalece la lógica burocrática en lugar de la atención integral de las personas, lo cual se traduce no solo en tramitología y tiempos de espera, sino también en el fraccionamiento del cuerpo y su consecuente deterioro. Cuando el interés es separar el origen de las contingencias se deja de concebir la integralidad de la vida y de comprender el bienestar de las personas. Una consecuencia de la fragmentación del sistema es que abre la posibilidad de realizar múltiples interpretaciones de los conceptos profesionales con el objetivo de favorecer con una u otra, los intereses particulares de los diversos actores del sistema. Y así mismo crear un estado de confusión que finalmente tiene impacto en la toma de decisiones y emisión de los dictámenes. Además, los múltiples recorridos de los trabajadores por los diferentes segmentos del sistema generan un desgaste en el equipo de salud que alimenta un conflicto de intereses y crea problemas y dilemas éticos.

Otro itinerario importante que tuvo Jacobo fue el del reconocimiento del origen laboral de la enfermedad respiratoria. Este itinerario muestra que uno de los efectos extremos de la fragmentación del sistema es la cooptación de profesionales para la emisión de dictámenes que favorezcan los intereses de las diferentes instituciones. Así como la instrumentalización de la ley puede llegar a sobreponerse y ensombrecer el saber científico.

La H.C. de la EPS, reportó en el año 2002, la presencia de síntomas como tos hemoptoica y disnea de esfuerzo progresiva. En 2006 presentó tos, cansancio al caminar, dolor pleurítico y malestar general. En abril de 2010, la EPS calificó de origen laboral la Neumoconiosis de Mineros del Carbón con base en una biopsia de pulmón que mostraba que los tejidos pulmonares tenían residuos de carbón y de sílice. Durante los meses posteriores se realizaron otros medios de diagnóstico confirmatorios de dicha patología. TAC de Tórax (imagen fibrótica, fibrosis residual, bronquiectasia lóbulo inferior derecho e izquierdo). En noviembre de 2010, le realizaron lobectomía superior e inferior derecha.

En mayo de 2010, la ARL apeló la calificación de origen laboral de la Neumoconiosis y Jacobo presentó un derecho de petición a la ARL, en el cual denunciaba: “dilataron el proceso y nunca me querían mandar a la JRCI, porque supuestamente esta enfermedad tenía reubicación, pero está reconocida científicamente, que es una enfermedad que no tiene cura y que es irreversible y allá no tienen donde reubicarme, ya que es una explotación a cielo abierto y la contaminación está en todas las áreas”.

Desde esta época Jacobo estuvo incapacitado, teniendo que interponer en repetidas ocasiones derechos de petición y tutelas, para que le fuera reconocido el pago de incapacidades, “yo firmé contrato con la multinacional, no con la ARL, ellos deberían coger al trabajador, pagarle su mesada y luego descontarle a la ARL, de lo que les corresponde a ellos cancelar”.

En abril de 2011, una institución reconocida del país emitió un concepto: “diagnóstico: silicoantracosis nodular por exposición a sílice, neumoconiosis de los trabajadores del carbón”. En mayo le realizaron una espirometría que mostraba limitación respiratoria por hiperreflexividad dinámica que, en efecto, confirmaba el diagnóstico. La EPS tuvo en cuenta estos diagnósticos y neumología emitió un concepto con respecto a los síntomas respiratorios crónicos, por exposición a polvo de carbón durante 20 años, solicitando reubicación y presentación ante la junta de Salud Ocupacional.

En octubre, la ARL presentó conceptos que fueron solicitados a un especialista extranjero en Salud Ocupacional broncopulmonar, que indicó, “la calidad de rayos X es deficiente, no hay evidencia de neumoconiosis y lo que se observa son opacidades regulares de ambos lóbulos superiores de aspecto residual, considerando que es un proceso que cede con broncodilatadores, compatible con asma bronquial”.

Posteriormente, la ARL anexó este concepto a la solicitud para calificación de origen de neumoconiosis en la JRCI. En este mismo mes la JRCI calificó de origen laboral con una PCL de 24.9% y fecha de estructuración de abril de 2011. En el mes de noviembre la ARL apeló este dictamen, argumentando que la junta definió el origen sin tener en cuenta parámetros de GATISO, según los cuales los rayos X deben ser leídos por dos expertos y cumplir con los parámetros de la OIT, e igualmente impugnó la PCL otorgada por la JRCI. Ésta trasladó el caso a la JNCI en diciembre de 2011, la cual realizó la citación para valoración en junio de 2012. Luego la ARL envió a la JNCI el concepto médico de la IPS extranjera, donde el médico especialista en Medicina Pulmonar - Salud Ocupacional informaba sobre la mala calidad de las placas y su no cumplimiento con las normas de la OIT y argumentaba

que “La dificultad respiratoria mejora con inhaladores, lo cual permite evidenciar que el diagnóstico es asma bronquial”.

Finalizando el mes de Junio la JNCI realizó la valoración física de Jacobo y en diciembre de 2012, emitió el dictamen donde calificó Neumoconiosis del Carbón, como enfermedad laboral, PCL de 26.2%, fecha de estructuración 29 de marzo de 2012.

Esta patología tiene la particularidad de corresponder a un contexto laboral muy específico, por lo cual implica que se visualice una problemática de enfermedad laboral que no se limita a casos individuales. El manejo que se le dio a la calificación de esta patología en efecto buscó individualizarla, en la medida en que se desconoció la relación de causalidad entre la exposición al riesgo y la consecuente presencia de la enfermedad laboral, recurriendo a estrategias éticamente cuestionables. El itinerario de Jacobo no solo da cuenta entonces de la falta de rigurosidad del empleador en el cumplimiento de deberes como el control de los riesgos y el seguimiento efectivo de la condición de salud del trabajador; la falta de voluntad política para el mejoramiento de las condiciones de trabajo; la dilación de la ARL en la prestación de servicios; sino que también muestra la ineficacia del Sistema De Riesgos Laborales para enfrentar una problemática de gran relevancia. La empresa en últimas traslada su responsabilidad y justifica la mercantilización del cuerpo en tanto que hay un aprovechamiento de la fuerza de trabajo que a su vez se desvaloriza y pierde relevancia en el escenario laboral. El esquema de mercado de aseguramiento legitima la subordinación de unos actores sobre otros, en la medida en que el trabajador se ve disminuido, desgastado y desprovisto de herramientas más allá de la calificación que otros le puedan otorgar.

Desde el año 2011 Jacobo ha sufrido un trastorno de depresión que desarrolló durante el tiempo que ha estado incapacitado y que en repetidas ocasiones requirió hospitalización. Tiene deudas de más de 200 millones con los amigos, compañeros del trabajo, hipotecó la casa, “son más peligrosas las deudas personales que las deudas bancarias, hasta amenazado estoy (...) esto ha repercutido enormemente en mi familia, mi señora también está sufriendo de depresión...mis hijos. Tengo tres graduados y los otros que estaban en la universidad me tocó retirarlos. La alimentación que les doy es una comida al día. Lo que me gané en 20 años de trabajo lo perdí en 4 o 5 años que he estado incapacitado, enfermo. No sé hasta dónde vamos a llegar. El impacto psicológico que eso genera en el núcleo familiar es muy duro. La situación en mi casa es bastante crítica, es un cambio de unas comodidades a no tener nada ¿Qué gana la empresa con eso? que uno se suicide. Le voy a explicar hasta dónde llega el desespero. Cuando yo empecé con las calificaciones le dije a mis hijos, esto está duro, estoy cansado, estoy desgastado estoy enfermo, yo quiero tener paz porque no tengo paz eso me intranquiliza, me

he vuelto antisocial, llego a mi casa y le digo a mis hijos, no estoy para nadie porque llegan a cobrar. Entonces yo dije, frente a esta situación yo voy a decidir irme por el fondo de pensiones, si el fondo me da la pensión común yo voy a aceptar porque yo no aguanto más, pero mire lo que me dan, origen laboral, quiere decir que la lucha continúa, la ARL va a decir que no está de acuerdo y voy a llegar hasta Junta Nacional. Imagínese cómo debo vivir yo, tengo mi casa embargada, los servicios me los cortan casi que mensual porque no tengo con qué pagar, que mi hija me pida para la merienda y yo no tenga que darle, eso a uno como padre de familia lo afecta, y uno tiene que tomar una decisión, yo trato de ser fuerte. Antes cuando yo estaba bien de salud yo leía las noticias, que se suicidó por deudas, que se ahorcó por deudas, pero cómo así la gente está loca, por qué tienen que llegar a ese extremo, pero yo lo decía porque no lo había vivido, ahora lo estoy viviendo en carne propia, es el desespero único, es único. En mi cartera no tengo nada y en mi casa no tengo un peso, todo gira alrededor del sacrificio que hace el ser humano para subsistir. Y no soy solo yo, son muchos los trabajadores que se han enfermado y se han ido por el fondo común y los han pensionado”.

Es evidente que además de las alteraciones funcionales lo que más afecta a los trabajadores, es el desgaste emocional que se desencadena durante el itinerario, la incertidumbre, la espera de una respuesta y la situación económica que tienen que atravesar. Esto influye en su núcleo familiar y lleva al trabajador a presentar un desequilibrio mental.

Luego de cinco años de tratamiento por trastorno depresivo la EPS lo calificó de origen laboral, calificación que fue apelada por la ARL, que lo envió a la JRCI y ésta emitió el dictamen, como de origen laboral, lo cual fue aceptado finalmente por la ARL, puesto que no interpuso apelación. La ARL le dio una indemnización de 85 millones por la pérdida de capacidad de la neumoconiosis (26.20%), el síndrome de túnel del carpo (10.78%) y el síndrome de manguito rotador (13.76%), pero no consideró la pérdida correspondiente al trastorno depresivo, con la que seguramente habría alcanzado la pensión de invalidez.

De acuerdo con lo mencionado por Jacobo, a finales de 2014 solicitó a la Junta Regional que realizara una valoración integral de la pérdida de capacidad laboral de todas las patologías siguiendo la sentencia 425; finalmente en enero de 2015 la JNCI solo calificó neumoconiosis y trastorno depresivo, otorgando el 29.75%.

Frente a lo definido por la JNCI, con respecto a que en la valoración integral no se incluyeron todas las patologías, él piensa “esto nunca me lo van a dar. Ellos no metieron todo porque sabían que iba a sumar más del 50% de origen laboral, entonces muy amañadamente nada más calificaron las dos patologías

neumoconiosis y trastorno depresivo mayor, dejando por fuera el túnel y el manguito rotador”.

Después de completar más de año y medio sin pago de salarios, ni incapacidades, lo cual ha afectado económicamente a su familia, se vio en la necesidad de obtener una pensión de invalidez, así no fuera por el sistema de riesgos laborales. Acudió a la EPS para que le realizaran una nueva calificación, a lo cual ellos se negaron por no corresponderles esta labor y lo remitieron al Fondo de Pensiones. Finalmente, éste emitió la calificación, teniendo en cuenta todas las patologías reconocidas (hipoacusia mixta, patología lumbar, neumoconiosis, síndrome del túnel del carpo, síndrome del manguito rotador, trastorno depresivo mayor y artrosis). En marzo de 2016, el Fondo otorgó el 80,14% de PCL y estableció que la pensión es de origen laboral, debido a que tiene en cuenta que la última patología calificada es de origen laboral. El desenlace aún es desconocido, ya que actualmente, la ARL puede apelar el dictamen y dar curso a la acción de las juntas.

La necesidad de supervivencia de Jacobo y su familia que lo lleva a acudir al Fondo de Pensiones para obtener una pensión así sea de menor cuantía que la que podría obtener a través de la ARL, demuestra que el itinerario genera un desgaste en el trabajador a nivel físico y mental, que lo lleva a someterse y a soportar el maltrato del sistema, tal como es, el que la vida sea tasada en dinero de manera diferencial en cada uno de los fragmentos del Sistema de Seguridad Social. Pero, sobre todo, sufrir los intentos de las distintas entidades por desviar la responsabilidad para asumir las prestaciones económicas: por una parte, la ARL y las Juntas que no aplican la jurisprudencia para realizar la calificación integral de todas las patologías, y, por otra parte, el Fondo de Pensiones que continúa extendiendo el itinerario.

Ahora bien, la fragmentación misma produce un desgaste dentro del sistema que conduce a que en los actores se alimente la idea de que existe un interés en los trabajadores por sacar provecho, que los hace incluso convertirse en simuladores, lo cual le resta importancia, e incluso oculta, la legítima lucha de las vidas que también han sido desgastadas por el sistema. Para el trabajador es de gran relevancia su fuerza de trabajo pues ésta se convierte en capital para su familia, sin embargo, para la empresa el cuerpo del trabajador solo tiene valor mientras esté en función de la productividad a pesar de las deficientes condiciones de trabajo. Se trata entonces de dos capitales distintos que el sistema no termina de reconocer, creándose así una disputa de intereses que llevan al trabajador a la prolongación del sufrimiento, la pobreza y la minusvalía ocupacional.

DISCUSION DE RESULTADOS

El ordenamiento social neoliberal actual determina las interacciones del trabajador con el sistema para la garantía de los derechos, en relación a la cobertura de prestaciones asistenciales y económicas por contingencias vinculadas al trabajo.

En Colombia la ley 100 de 1993 (8) da origen al Sistema General de Riesgos Profesionales como parte del modelo de Seguridad Social mixto, incluido en ella de manera marginal y reglamentado por el decreto 1295 de 1994 (9), que debido a las demandas de inconstitucionalidad de que fue objeto requirió múltiples ajustes (10).

Este modelo incluyó la participación de compañías de seguros de vida privadas para el manejo de los riesgos profesionales, lo que implicó una complejidad de relaciones y obligaciones entre los múltiples actores del sistema y la primacía del interés financiero en un escenario de mercado que involucra además a los corredores de seguros y en el cual lo importante es ganar clientes.

En el año 2012 la ley 1562 modifica el Sistema de Riesgos Laborales (11), lo cual no fue solo un cambio de nombre, sino la apertura del mercado de aseguramiento frente a la necesidad de ampliar coberturas a trabajadores del sector informal de la economía, bajo el discurso de la Protección Social (12), siguiendo la misma lógica de transformación del Sistema de Salud, de Pensiones y de flexibilización laboral impuestas al país por el Banco Mundial en la década de los 90.

Todos estos ajustes corresponden a la lógica del manejo social del riesgo (12) y en este marco el riesgo laboral, se expresa como un riesgo social, donde las medidas de aseguramiento son las efectivas, a pesar de que se reconoce su origen en los procesos de industrialización (12). Así las cosas, se argumenta que el problema es de los países no industrializados, que no aseguran la previsión social de sus trabajadores, y no del sistema de producción capitalista que aumenta los riesgos por la estructura misma del proceso productivo.

El Sistema General de Seguridad Social concebido desde su inicio de manera fragmentada, posibilita la primacía del interés económico y favorece una lógica individualista por parte de cada uno de los sistemas que lo componen, que hace del interés por el bienestar humano un tema marginal; al estructurarse sobre la lógica de que los riesgos se distribuyen desigualmente según las actividades económicas y para ello responde a estas disparidades con pólizas de seguro más altas para las actividades de riesgo mayor, desconociendo que lo que hace es exponer la fuerza de trabajo menos calificada a los riesgos ocupacionales más altos.

Al basar su respuesta frente a las contingencias derivadas de los accidentes de trabajo o enfermedades laborales en prestaciones asistenciales y económicas que dependen del nivel salarial y de la calificación del origen de la pérdida, no solo fracciona el cuerpo cuando separa el origen entre común y laboral, sino que tasa la vida en dinero haciendo a un lado la concepción integral del ser humano y la razón de ser de la seguridad social que debe ser su bienestar.

La primacía de la lógica mercantil sobre el bienestar de los trabajadores ha permitido un desarrollo de la integración vertical entre las Administradoras de Riesgos Laborales, su red de prestadores de servicios y los intermediarios; derivando la interacción entre empresas y aseguradores en un interés por el gana-gana sobre la negociación de la póliza, pasando a segundo plano el seguimiento del funcionamiento efectivo de los Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo.

La dinámica del Sistema de Riesgos Laborales presiona a los Sistemas de Salud y de Pensiones a asumir las prestaciones asistenciales y económicas, que al ser diferenciales por las inequidades de cubrimiento de la póliza, favorecen la acumulación de capital en el primero a costa del detrimento de fondos de los otros dos.

Las Juntas de Calificación de Invalidez, dada su naturaleza autónoma como árbitros dentro del sistema, permiten la desarticulación, competencia desregulada, e incluso conflictiva entre sí (regionales y nacional), situación que ocasiona prolongación de los itinerarios y genera conflictos éticos cuando su valoración es discordante en relación con la de los otros actores. Al respecto se pudo evidenciar una rotación de profesionales que pasan de ser empleados de una empresa, a asesores independientes o empleados de diferentes aseguradoras y posteriormente profesionales de los equipos de calificación de las juntas, escalafón que es valorado positivamente en el gremio, pero que evidencia los conflictos de intereses que se pueden presentar.

En el marco de los juegos e intereses económicos se conoció que existe también cooptación dentro del sistema entre empresas multinacionales y Administradoras de Riesgos Laborales, o de estas dos sobre algunas juntas de calificación, cuando hay resistencia al reconocimiento de prestaciones asistenciales y económicas, especialmente en las empresas con actividades de mayor riesgo laboral.

Durante los itinerarios del trabajador en el sistema se presenta asimetría de conocimiento en diferentes escenarios, aprovechando que el trabajador carece de información de todos los procesos; en primer lugar, se da cuando la empresa no da a conocer los derechos al trabajador, en un segundo lugar, cuando los profesionales evitan explicarle al trabajador y su familia la situación de salud, y en tercer lugar, por la divergencia del conocimiento entre los profesionales de la salud, cuyo criterio entra en cuestión, o bien porque pretenden ser justos con el trabajador, o por querer favorecer las finanzas del asegurador.

La fragmentación misma del proceso de atención y rehabilitación efectiva de los trabajadores que tienen pérdida de capacidad laboral, produce un desgaste dentro del sistema que alimenta entre los diversos actores la idea de que existe un interés en los trabajadores por sacar provecho, que se convierten en “simuladores”, lo cual oculta y deslegitima la lucha de las vidas que han sido desgastadas por el sistema. Para el trabajador es de gran relevancia su fuerza de trabajo pues es el capital para

su familia, pero, para la empresa el cuerpo del trabajador solo tiene valor mientras esté en función de la productividad a pesar de las deficientes condiciones de trabajo. Se trata de dos capitales distintos que el sistema no termina de reconocer, que conlleva a una disputa de intereses que producen en el trabajador prolongación del sufrimiento, minusvalía ocupacional y pobreza.

Por otra parte el conocimiento que se requiere en cada una de las instancias del itinerario es muy especializado, lo cual hace que se involucren actores como los abogados para la guía y el acompañamiento de los itinerarios de los trabajadores. Esta dinámica permite de un lado que se genere lucro a partir de asesorías de los profesionales del derecho especializados y de otro lado, no existen garantías de que todos los actores del sistema jurídico conozcan estas especificidades y las consecuencias que sus decisiones pueden traer en términos de calidad de vida para los trabajadores. La intermediación legislativa se ha incorporado como un mecanismo clave dentro del itinerario burocrático para el ejercicio de los derechos a la salud y al trabajo digno, a pesar de que las resoluciones en los juzgados suelen ser favorables para las personas, esto solo indica una profundización de las desigualdades pues no todos logran tener acceso a estas instancias(1).

Los largos tiempos de espera, en cualquier instancia del itinerario, se configuran como un mecanismo de poder con el que los trabajadores asimilan el mensaje de que deben ser pacientes (13). La espera implica subordinación al saber especializado y a los mecanismos burocráticos y muestra que los derechos de los trabajadores no están siendo garantizados de manera oportuna y se encuentran sometidos a los intereses de las entidades administradoras de la seguridad social (14).

Las consecuencias para la vida de los trabajadores y sus familias derivan en muchos casos en situaciones de discapacidad e indefensión social, habiendo soportado actitudes que pasan por la indiferencia, amenazas, persecución y el despido, quedando prácticamente sin la posibilidad de volver a ingresar al mundo del trabajo (13), disolución del núcleo familiar, precarización de los ingresos que deriva en pobreza de los trabajadores y sus familias, e incluso la muerte.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones emanadas del análisis de los itinerarios de los 22 casos estudiados con respecto a las fallas del sistema y sus consecuencias para los trabajadores y sus familias:

Respecto a los servicios negados, dilatados y controvertidos las empresas incurren en esta falta de respeto de la educación al trabajador en derechos y deberes, la existencia y ejecución de un efectivo Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo; mientras que las EPS fallan en la atención de urgencias y la dilatación de tratamientos prolongados que revierten directamente sobre el pronóstico y éxito

de la rehabilitación funcional. Las ARL niegan con mayor frecuencia el reconocimiento de la calificación de enfermedad laboral emitida en primera instancia emanada de las EPS al igual que el del accidente de trabajo y las AFP incurren en dilación del pago de incapacidad permanente parcial después del día 180 y la solicitud de calificación de PCL cuando el caso es rechazado por el sistema de riesgos laborales; mientras que los servicios más demorados por parte de las juntas son la calificación de origen en segunda y tercera instancia y la calificación de PCL.

Las fallas estructurales más frecuentes en las empresas fueron los problemas administrativos como falta de voluntad política de la empresa para el mejoramiento de las condiciones de trabajo de sus empleados y la falta de rigurosidad en el cumplimiento de sus deberes para con el empleado; además del uso de estrategias de negociación para terminación del contrato en detrimento del trabajador.

Las Empresas Promotoras de Salud fallan con mayor frecuencia en la gestión para que las incapacidades que pasan los 180 días sean asumidas por el asegurador correspondiente; además de ser responsable directamente de la ejecución de las acciones de inequidad correspondientes al reconocimiento de prestaciones económicas sobre el 665 y procedimientos restrictivos de atención con respecto al Sistema de Riesgos Laborales. Otra de las fallas más recurrentes, es el desconocimiento de los médicos de las EPS sobre la legislación en Salud Ocupacional y la calificación de origen de los eventos que atienden.

Para las ARL una de las fallas graves más frecuente fue el uso de dictámenes especializados que por deficiencia o manipulación de soportes de la historia clínica y otras pruebas del expediente comprometen la ética profesional, seguidos de la falta de información y educación al trabajador con respecto a sus derechos y la tercerización de servicios. Además de la inequidad que genera el hecho de que el pago de las indemnizaciones esté sujeto a la valoración de PCL, donde no se tienen en cuenta las consecuencias que pueden traer a largo plazo.

Respecto a las acciones legales y su desenlace las más frecuentes para las empresas fueron la demanda penal relacionada con el no pago de incapacidades, falladas a favor del paciente, cuyos desenlaces fueron la prolongación de incapacidades médicas y deficientes procesos de reubicación laboral relacionados con las demoras en la atención.

Para las EPS lo constituyeron el derecho de petición y la tutela, por parte de los pacientes, fallados a su favor y los desenlaces se concentran en los casos que requieren rehabilitación funcional que aunque reciben los servicios, no la logran por falta de oportunidad y por barreras económicas, además de las demoras en el pago de incapacidades.

En el caso de las ARL la acción legal más frecuente fue el recurso de reposición en subsidio de apelación, tanto por parte de los pacientes como de las Administradoras de Riesgos Laborales hacia las EPS y Juntas de Calificación, seguidas de la demanda penal, derechos de petición y tutelas; y los desenlaces se relacionaron con demora o negación de las prestaciones asistenciales y económicas y se concentraron en el inicio de un nuevo itinerario para la calificación de pérdida de capacidad laboral; seguido de nuevas acciones legales.

Para las AFP las acciones legales más frecuentes lo constituyeron el recurso de reposición en subsidio de apelación interpuesto tanto por pacientes como por ARL, seguida de la asesoría verbal; y los desenlaces estuvieron en su mayoría a favor del paciente, con reconocimiento de la pensión de invalidez de origen común y dos casos cuyo itinerario fue extenso, terminaron alcanzando la pensión de vejez.

En las Juntas de Calificación, las acciones legales son el recursos de reposición en subsidio de apelación por parte de las aseguradoras, seguidas de este mismo recurso interpuesto por los pacientes, además de la acción de tutela; y sus fallos fueron con mayor frecuencia a favor de las administradoras.

Con relación a las consecuencias inmediatas para la vida de la trabajadores las empresas contribuyen a las complicaciones médicas del estado de salud, prolongación del sufrimiento, dependencia económica y alteración de roles familiares y sociales. Las EPS se relacionan en su intervención con las complicaciones médicas del estado de salud, al igual que las ARL que contribuyen también a la alteración de roles familiares y prolongación del sufrimiento. Las AFP participan con la exclusión temporal o definitiva del sistema.

En el mediano y corto plazo las consecuencias para los trabajadores y su familias se relacionan con cada uno de los actores del sistema así:

Las empresas son responsables de la minusvalía ocupacional, daño y limitación permanente, pérdida del trabajo, disolución del núcleo familiar e insatisfacción con el nuevo cargo asignado; mientras que las EPS contribuyen a los daños y limitaciones permanentes, que por la larga itinerancia de los pacientes dentro del sistema derivan en minusvalía ocupacional.

Las ARL son responsables de configurar el daño y limitación permanente, la pérdida del trabajo, seguida de la minusvalía ocupacional, en algunos casos con disolución del núcleo familiar y la pobreza extrema y a las AFP correspondió una mayor contribución en la precarización de los ingresos que deriva en pobreza de los trabajadores y sus familias.

Con respecto a la configuración de los itinerarios por el Sistema en su conjunto, se puede concluir lo siguiente:

El acceso que tienen los trabajadores a las prestaciones asistenciales y económicas se ha visto limitado, debido a la fragmentación del Sistema General de Seguridad Social en el país, una vez que para éste es necesario transitar por un itinerario burocrático, que involucra en la mayoría de casos a los tres sistemas.

Las manifestaciones cotidianas que evidencian la crisis del Sistema de Salud en el país, mediadas por la cobertura de los medios de comunicación, han hecho que se reste importancia a la también crítica situación del Sistema de Riesgos Laborales y se minimice el lugar que tiene como problema de Salud Pública, la precaria respuesta sobre los derechos de los trabajadores afectados por accidente de trabajo y enfermedad laboral.

Al estado le corresponde la regulación y la dirección, vigilancia y control del Sistema de Riesgos Laborales en el país, sin embargo a lo largo de los itinerarios estudiados, se evidenció la ausencia de éste en cumplimiento de estas responsabilidades, lo que demuestra indiferencia frente a la garantía de los derechos de los trabajadores, lo cual favorece la primacía de intereses económicos en las políticas sociales que concuerdan con el modelo neoliberal imperante en el país.

A pesar de que el marco legal del Sistema General de Riesgos Laborales es amplio, su compleja y fragmentada aplicación conlleva a una posición marginal de la empresa y a un deterioro de las condiciones de los trabajadores, con el consecuente favorecimiento de las Administradoras de Riesgos Laborales.

Los pronunciamientos cada vez más frecuentes de la jurisprudencia, relacionados con demandas al Sistema de Riesgos Laborales en el país, si bien han incidido sobre el desenlace de casos particulares, no han tenido efecto sobre reformas estructurales del mismo, lo que hace de éste un sistema dedicado a atender consecuencia y contingencias y no a intervenir sobre las condiciones laborales y de salud de los trabajadores. Consideramos al igual que Concha & Velandia que es necesario pensar un sistema para las condiciones propias del país, pues "Los Sistemas de Seguridad Social se ajustan a las necesidades del respectivo mercado laboral, por lo que replicarlos puede no ser útil o adecuado" (15)

Si bien se promueve y se estimula la aplicación de una visión armónica de derechos y deberes de las personas para con el Sistema de Protección Social (16), el desarrollo de una Cultura de la Seguridad Social en Colombia requiere de una responsabilidad ética de todos los actores que conforman el sistema en el marco de la corresponsabilidad sobre estos derechos y deberes y no se limita solamente al cumplimiento de deberes de los usuarios para hacer buen uso del mismo.

RECOMENDACIONES

- A los entes gubernamentales que representan al Estado, realizar una reflexión profunda acerca del tipo de sociedad por el que hemos optado, para revisar el SGSS actual y reencaminarlo a una estructura que corresponda a una Ética Social del cuidado mutuo que requerimos como especie, para defender la dignidad y el valor de las personas, el cual debe estar por encima de los intereses del desarrollo económico y la acumulación capitalista.
- La problemática derivada de los riesgos laborales, representada en accidentes de trabajo y enfermedad laboral y sus consecuencias, debe ser asumida como una prioridad en Salud Pública para el país que requiere de acciones integrales y respuestas sociales complejas que exigen una concurrencia de diferentes actores sociales.
- La reforma estructural del Sistema General de Seguridad Social requiere fundamentarse en las características sociales, económicas y culturales particulares del país, y las posibilidades reales de empleo, tanto del sector formal, como informal, máxime cuando se está abocado a la recepción de un número importante de colombianos que van a requerir condiciones que garanticen su inserción social y productiva, en el marco del próximo acuerdo de paz.
- Si bien se reconoce la necesidad de la competencia regulada de los prestadores de servicios públicos y privados dentro del SGSS, el aseguramiento de la población debe hacerse a través de la administración pública, dada la naturaleza de los recursos y las conocidas consecuencias de malversación e inadecuado manejo de los recursos que se han dado en el país por parte de los administradores privados, tanto en el sistema de salud, como en el de pensiones y de riesgos laborales.
- Si asumimos que el proceso Salud – Enfermedad está determinado socialmente, es necesario replantear la manera como el estado a través del SGSS está respondiendo; esto implica una reforma estructural, en la cual el interés sea el bienestar de los trabajadores y la garantía de su derecho a la salud de manera integral. Por lo tanto, es central poder plantear una revisión de la normatividad en la cual se establezcan pólizas iguales para dar una atención integral en términos de prestaciones asistenciales y económicas que sean equitativas, tanto para eventos de origen común, como de origen laboral, de tal manera que no pongan en riesgo la vida de los trabajadores, ni privilegien al sector asegurador de riesgos laborales.

- El estado como ente regulador en el mercado de los servicios que responde por las prestaciones asistenciales y económicas que buscan mantener la salud de los trabajadores, debe cumplir a cabalidad con las funciones de inspección, vigilancia y control de todos los actores, procurando que realmente participen de manera ordenada y funcionen como todo un sistema. Para esto también debe apoyarse en otras instancias, como las veedurías, contralorías, procuradurías y organizaciones de trabajadores a quienes se le han vulnerado sus derechos, quienes han manifestado abiertamente su interés a este respecto.
- El Ministerio de Trabajo debe revisar cómo se está llevando a cabo el proceso de autorización a las empresas para realizar los despidos masivos de los trabajadores a quienes por causa de accidente o enfermedad laboral o común, se encuentran en procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral y rehabilitación funcional, violando el fuero de estabilidad laboral reforzada, para corregir las irregularidades que cotidianamente se presentan en diversos sectores económicos.
- Darle prioridad y ser estricto frente a la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Garantía de Calidad en Riesgos Laborales en las empresas, de tal manera que no solo se cumpla con su diseño como requisito legal, sino que se implemente de acuerdo a los tiempos establecidos, no supeditando su aplicación a los intereses y presiones de los diferentes gremios económicos y políticos.
- Realizar seguimiento a la implementación de instrumentos técnicos que ha elaborado el Sistema de Riesgos Laborales, a lo largo de varias décadas, tales como el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación Y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Laborales, las Guías de Atención Integral de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Manual Único de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional y el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otros, dada su importancia en la garantía de los derechos de los trabajadores.
- Garantizar la idoneidad y ética de los profesionales involucrados en los procesos de asesoría en Riesgos Laborales, tanto a los trabajadores, como a las empresas, otras instancias públicas y privadas y a quienes dentro de la justicia ordinaria le sean delegadas estas funciones, pues de ellas dependen en muchos casos, no solamente los largos tiempos de los itinerarios, sino las consecuencias para la vida de los trabajadores y sus familias, que de ellos se derivan.
- Revisar y definir con mayor claridad los criterios de conformación y actuación de las Juntas de Calificación de Invalidez y sus responsabilidades dado que se trata actualmente de entes privados que cumplen funciones públicas,

situación que las coloca en posiciones conflictivas respecto a los diferentes procesos que deben ejecutar con relación a los demás actores del sistema.

- Ampliar y fortalecer la interacción entre los grupos académicos y el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud para favorecer el desarrollo y la apropiación social del conocimiento a través de la investigación.
- Fortalecer la formación del recurso humano implicado en el Proceso de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, Rehabilitación Ocupacional Reintegro y reconversión de mano de obra, a nivel de todas las instancias del sistema implicadas en los itinerarios.
- Generar estrategias para fortalecer la educación permanente en materia de derechos y deberes de los trabajadores a toda la población económicamente activa de los sectores formales e informales de la economía con participación de todos los actores del sistema.
- Fortalecer la Ética Empresarial, a través de la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, para evitar la carrera desmedida de las empresas por obtener y mantener estándares de calidad que favorecen su posicionamiento en el mercado a costa del bienestar y la salud de los trabajadores.
- Generar mecanismos formativos para que los trabajadores exijan el cumplimiento de sus derechos con ética, evitando buscar ganancias económicas a través de la manipulación del SGSS, que ocasiona detrimento de éste y del bienestar de otros trabajadores, generando pérdida de la calidad de vida de ellos y sus familias a largo plazo.

Anexos

Anexo 1. Caracterización de las fallas por categorías y actores del Sistema

Falla del Sistema	Empresas	EPS	ARL	AFP	Juntas
<i>Ambigüedad de responsabilidades y funciones entre empleador y Aseguradora</i>	-Escaso desarrollo de acciones de promoción y prevención de riesgos en el trabajo -Ausencia de recursos para garantizar un reintegro efectivo		-Escaso desarrollo de acciones de promoción y prevención de riesgos en el trabajo -Ausencia de recursos para garantizar un reintegro efectivo		
		-Ausencia de rehabilitación para la efectiva reubicación laboral			
	- Escaso o nulo seguimiento a las recomendaciones sobre readaptación del puesto de trabajo o reubicación				
<i>Problemas administrativos con el sistema basado en el aseguramiento</i>	-No afiliar al trabajador -Afiliar al trabajador con una actividad económica y riesgo diferente al real.	-Negar la atención por la no afiliación del trabajador o por no aparecer en el sistema -No brindar información y educación al trabajador con respecto a sus derechos -Dilatar la prestación de servicios -Tercerizar servicios (exámenes de ingreso y de egreso, valoración de APT, rehabilitación, calificación de origen, valoración de la PCL, entre otros.) -Demorar el pago de honorarios a las juntas cuando requieren de sus servicios.			
	-Falta de rigurosidad en el cumplimiento de deberes para con el empleado (p. ej. Omitir reporte de accidentes) -Falta de voluntad política de la empresa para el mejoramiento de las condiciones de trabajo de los empleados.	-Falta de cobertura en algunos territorios	-Afiliar al trabajador con otra actividad económica -Negar el reporte extemporáneo del accidente. -Realizar procesos burocráticos para verificación de las contingencias. -No reconocer el Accidente laboral por secuelas previas de otro AL.		
<i>Barreras económicas</i>	-Demora o falta de pago de aportes a la seguridad social.	-Falta de recursos económicos por parte del trabajador independiente para cotizar al sistema, que impide la atención oportuna.			

	-Evitar el incremento de la siniestralidad para impedir la disminución de la reinversión de los aportes cotizados a la ARL -Evitar realizar acondicionamientos de puestos de trabajo por sus altos costos.	-Traslado de gastos al trabajador por negación de servicios debido a deficiencias institucionales y problemas administrativos. (P. ej.: Pago de exámenes, traslados, medicamentos). -Falta de recursos económicos para suplir necesidades de rehabilitación			
		-Negación o dilación del pago de prestaciones económicas (P. ej.: incapacidades, traslados para rehabilitación o para valoración en las Juntas según corresponda).			
<i>Limitaciones de la legislación.</i>		-Diferencias en el cubrimiento de prestaciones asistenciales y económicas entre el sistema de salud y riesgos laborales. (P. ej.: la existencia del plan obligatorio de salud que define los límites de atenciones y tratamiento para las EPS; el porcentaje para el pago de incapacidades)	-Requerimiento de número mínimo de semanas cotizadas	-Restricción para calificar únicamente lo que viene del proceso que está en controversia	
		-La existencia y obligatoriedad del uso de instrumentos para calificación de origen (GATISO) por parte de los profesionales de medicina laboral, sin hacer previo análisis de estos. -La existencia y obligatoriedad de las tablas de clasificación de enfermedades laborales			
	-Inexistencia de normas que definan la cuantía de reinversión de la póliza de aseguramiento entre ARL y empresa		-Inexistencia de normas que definan la cuantía de reinversión de la póliza de aseguramiento entre ARL y empresa		
<i>Limitación en la autonomía profesional</i>	- La cooptación de profesionales en altos niveles de decisión para lograr beneficios propios				
		-Restricciones sobre procedimientos supeditando la continuidad del contrato de trabajo del personal de salud.			
		- Soborno económico a profesionales para expedición o negación de incapacidades.			

<i>Problemas de inequidad en la cobertura de la póliza</i>		-El pago de incapacidades se hace sobre el 66% -Disparidades de reconocimiento entre el POS de régimen contributivo y régimen subsidiado	-Pago de incapacidades sobre el 100% -Indemnización está sujeta a la pérdida de PCL en un momento del tiempo y no valora las repercusiones a largo plazo de sus consecuencias.	-Pago diferencial de porcentaje de pensión de invalidez de acuerdo al régimen de prima media por prestación definida o régimen de ahorro individual.	
			-Indemnización o pensión sujetas a calificación de PCL y nivel salarial. -Pensión por invalidez con prescripción de 3 años, previa valoración de PCL.		
<i>Deficiencias en la calidad de la atención</i>		-El uso de un lenguaje técnico especializado que aleja al trabajador del sistema - Ausencia y/o manipulación de soportes de información por parte de diferentes actores involucrados			
	-Retraso o negación de reporte de Accidente de Trabajo -Uso de estrategias de negociación para terminación del contrato en detrimento del trabajador -Barreras actitudinales y culturales que ocasionan menosprecio a los trabajadores que, dada su condición de salud, deben ser reubicados. -Violación de la norma que exige no despedir personas calificadas con PCL inferior a 50%	-Escasa disponibilidad de recursos humanos y materiales acordes al nivel de complejidad, fallas en la referencia y contra referencia. -Desconocimiento de los médicos de IPS sobre la calificación de origen de los eventos y de la legislación en Salud Ocupacional -Falta de rigurosidad en la consecución de soportes para la calificación de origen.	-Tendencia a calificar eventos y patologías de origen común. -Deficiencia o manipulación en la calificación, el registro de accidentes de trabajo y de evaluaciones periódicas y de ingreso y egreso. -Emisión de calificación sin suficiencia de pruebas, solo lo que consta en el expediente, sin presencia del trabajador y/o con ausencia de pruebas solicitadas pero no allegadas.	-Escasa preparación de algunos profesionales en el campo de la seguridad social y derecho laboral.	-Demoras en la valoración. -Emisión de dictamen sin suficiencia de pruebas; solo lo que consta en el expediente, sin presencia del trabajador y/o con ausencia de pruebas solicitadas pero no allegadas. -Omisión y/o desconocimiento de la aplicación de jurisprudencia.

Anexo 2. Matriz de itinerarios burocráticos.

AFILIACIÓN AL SEGURO		Empresa promotora de salud EPS	Administradora de Riesgos Laborales ARL	Administradora de Fondo de Pensiones AFP			
1. INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO	Empresas	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS	Red de prestadores de servicios de salud de las ARL	Aseguradora de la Administradora de Fondo de Pensión	Juntas Regionales de Calificación de Invalidez	Junta Nacional de Calificación de Invalidez	Justicia Ordinaria
2. EL SERVICIO REQUERIDO ES: DILATADO O NEGADO O CONTROVERTIDO	La reubicación laboral	Atención de la urgencia	Reconocimiento de calificación de Enfermedad Laboral emitida en primera oportunidad por EPS	Solicitud de Calificación de PCL	Calificación de origen en segunda instancia (JR)	Calificación de PCL en tercera instancia (JN)	Resolución de demandas contra dictámenes en firme
3. FALLAS EN EL SISTEMA	Ambigüedad de responsabilidades y funciones entre empleador y Aseguradora.	Problemas Administrativos con el sistema basado en el aseguramiento	Barreras económicas	Limitaciones de la legislación	Limitación en la autonomía profesional	Deficiencias institucionales	Problemas de inequidad en la cobertura de la póliza
4. ACCIONES LEGALES	Asesoría verbal	Derecho de petición	Tutela	Recurso de reposición en subsidio de Apelación	Demanda Penal		
5. RESULTADOS DE LA ACCIÓN LEGAL	A favor de las expectativas del paciente	A favor de la Aseguradora	Pendiente	Desconocido			
6. DESENLACE DEL CASO EN TÉRMINOS PRESTACIONALES: ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS	Reintegro o reubicación laboral	Rehabilitación funcional	Pago de Incapacidad temporal	Reconversión de mano de obra	Indemnización por Incapacidad permanente parcial	Pensión por invalidez de origen laboral	Pensión por invalidez de origen común
7. CONSECUENCIAS PARA LA VIDA INMEDIATA	Complicaciones médicas del estado de salud	Prolongación del sufrimiento	Dependencia económica	Alteración de roles familiares	Alteración del rol social	Exclusión temporal o definitiva del sistema	
8. CONSECUENCIAS PARA LA VIDA MEDIANO-LARGO PLAZO	Insatisfacción con el nuevo cargo asignado	Minusvalía ocupacional	Pérdida del trabajo	Disolución del núcleo familiar	Daño y limitación permanente	Pobreza, pobreza extrema, Indigencia y Muerte	

Referencias Bibliográficas

1. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratis Itineraries in Colombia. A Theoretical and methodological tool to asses managed – care health care system. *Social Science & medicine*. 2009;(68):1160-1163.
2. Abadía C, Oviedo D. Itinerarios Burocráticos de la Salud en Colombia: La burocracia Neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2010;9(18):86-102.
3. Galeano M. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín: La carreta editores; 2004.
4. Maxwell J. A. *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications;1996; Vol. 41.
5. Creswell J. W, Plano Clark V.L. *Designing and conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1977.
6. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. [Sede Web] Resolución 8430 de 1993. Por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Acceso 14 de julio de 2014] Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.
7. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Sede Web] [Acceso 14 de julio 2014]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
8. Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148 (23-12-1993)
9. Decreto 1295 de 1994. Diario Oficial No. 41.405 (24-6-1994).

10. Luna J. El Sistema de Riesgos Laborales Colombiano: del ISS a la actualidad. En: Cortes E, Eslava J, editores. Sistema de riesgos laborales en Colombia: suficiencia y variación de la tasa de cotización. Bogotá: Empresa Editorial Universidad Nacional; 2014. p. 19.

11. Ley 1562 de 2012. Diario Oficial No. 48488 (11-7-2012).

12. Holzmann R, Jørgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 0006 Unidad de la Protección Social Red de Desarrollo Humano El Banco Mundial; 2000.

13. Auyero J. Patients of the State: An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. *Latin American Research Review*. 2011;46(1):5-29.

14. Torres M, Luna J. Situación en Colombia. Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo. Documento electrónico, 2008. <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/dd2d7b8f-ed5f-43a6-baa1-691c80d18520/Situacion+en+Colombia.pdf?MOD=AJPERES>

15. Concha A, Velandia E. Seguros de personas y seguridad social. El Sistema General de Riesgos Profesionales. *Fasecolda* 35 años, 2011; 118.

16. Ley 1502 de 2011. Diario Oficial No. 48.298 (29-12-2011)

BIBLIOGRAFIA

- Abadía, César; Oviedo Diana. (2009). Bureaucratis Itineraries in Colombia. A Theoretical and methodological tool to asses managed – care health care system. Social Science & medicine. 2009. (68): 1160- 1163.
- Abadía, C. Oviedo, D., (2010), “Itinerarios Burocráticos de la Salud en Colombia: La burocracia Neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud”. Revista Gerencia y Política en Salud, vol. 9, núm. 18, enero-junio, p.86-102.
- Abadía-Barrera C. & Melo-Moreno M. Repensar la salud desde una Academia crítica y comprometida. Vida, acumulación y emancipación. Rev. Gerencia. Política Salud. 2014;13(27):41-57.
- Aristizábal, J. C. (abril de 2013). Consejo Colombiano de Seguridad. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.consejocolombianodeseguridad.org.co/img/Enfermedad%20Laboral%20en%20Colombia%20Fasecolda.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Documento Pdf. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf. Consultado el 12 de Marzo de 2014.
- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia. (2010). www.pacto por la productividad. (ANDI, Ed.) Recuperado el 19 de Septiembre de 2013, de <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/encuestaderesponsabilidadsocial20092010andi.pdf>.

- Auyero J. Patients of the State: An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. *Latin American Research Review*. 2011;46(1):5-29.
- Buitrago, M. T. (2013). *Discapacidades peregrinas*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Colombia, E. C. (27 de febrero de 2013). wsp.presidencia.gov.co. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>
- Concha, A., & Velandia, E. (2011). Seguros de personas y seguridad social. *El Sistema General de Riesgos Profesionales*. Fasecolda 35 años, 118.
- Correa Y. Barreras de acceso a la cobertura de riesgos profesionales en un grupo de profesionales independientes (contratados por prestación de servicios) del sector público de salud en Bogotá. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, Universidad nacional de Colombia. Tesis para el título de Magister en Salud Pública. 2012. <http://www.bdigital.unal.edu.co/7715/1/598947.2012.pdf>
- Debate sobre la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad: realidad o utopía. Bogotá, 2013: Universidad Nacional de Colombia.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2000). *The handbook of qualitative research* (Second ed.). Thousand Oak, CA: Sage Publications.
- Diario Oficial No. 41.405 (24-6-1994). Decreto 1295 de 1994.
- Diario Oficial No. 48488 (11-7-2012). Ley 1562 de 2012.
- El Congreso de Colombia (1997). Ley 361 de 1997. Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan

otras disposiciones. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=343>.
Consultada el 20 de septiembre de 2013.

El Espectador. (30 de Abril de 2013). Recuperado el 19 de Septiembre de 2013, de
El espectador: <http://www.elespectador.com/noticias/economia/articulo-419329-el-68-de-poblacion-laboral-activa-colombia-informal>

Escobar, A. (1995). *Encountering development. The making and unmaking of the third world*. Princeton: Princeton University Press.

Fassin D. El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*. 2010; (19): 191-204

Galeano Marín, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada*. Medellín: La Carreta Editores. Cap. 2 “estudio cualitativo de caso, el interés por la singularidad” pág. 63-81

Galíndez L, Rodríguez Y. La Discapacidad Laboral como problema social. *Salud de los Trabajadores*. 2004;12(2).

Gomes Victora, C. (2003). *Latín American Social Medicine*. *American Journal of Public Health*, 93(12), 1987.

Holzmann R, Jørgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 0006 Unidad de la Protección Social Red de Desarrollo Humano El Banco Mundial; 2000.

Krieger, N. (2003). *Latin American Social Medicine: The quest for social justice and public health*. *American Journal of Public Health*, 93(12), 1989-1991.

Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148 (23-12-1993)

Luna J. El sistema de riesgos laborales colombiano: del ISS a la actualidad. En: Cortes E, Eslava J, editores. Sistema de riesgos laborales en Colombia: suficiencia y variación de la tasa de cotización. Bogotá: Empresa Editorial Universidad Nacional; 2014. p. 19.

Martínez, K., & Triana, D. (2012). Características del proceso y la población que consultó a una empresa de asesoría jurídica y se sometió a calificación por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez entre el 1 de enero de 2008 y el 30 junio de 2012. Obtenido de www.javeriana.edu.co

Maxwell J. A. Qualitative research design: An interactive approach. Vol. 41. Thousand Oaks, CA: Sage Publications;1996.

Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. Enero-abril 2005; 1:9-32.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Recuperado el 19 de septiembre de 2013, de [minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co):
<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia. (2012). Certificación de Discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y protección social [Sede Web] (Fecha de acceso: Abril 21 de 2016)
[https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/in
dicadores.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/indicadores.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 8430 de 1993. [Sede Web]

(4-10-1993) http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf

Ministerio de Trabajo. Más de la mitad de los colombianos tiene un empleo formal, revela Presidente Santos. [Sede Web] (Febrero 10 de 2016) [Fecha de acceso: abril 21 de 2016] <http://mintrabajo.gov.co/febrero-2016/5808-mas-de-la-mitad-de-los-colombianos-tiene-un-empleo-formal-revela-presidente-santos.html>.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2001). Recuperado el 14 de Agosto de 2013, de <http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Clasificacion-CIF.pdf>

Organización Mundial de la salud - OMS. (2011). Informe mundial. (OMS, Ed.)

Organización de Naciones Unidas. (2006). onu.gov. Recuperado el 14 de Agosto de 2013, de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, (OPS), Antecedentes y Evolución Histórica del Accidente de Trabajo y la Enfermedad Profesional. www.bsde/paho/cap.1pdf. [en línea] recuperado octubre 14 de 2013.

Productividad, P. p (diciembre de 2012). Recuperado el 19 de septiembre de 2013, de <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediscapacidadfsc.pdf>

Productividad, P. p. (2012). www.pactodeproductividad.com. Recuperado el 21 de Octubre de 2013, de www.pactodeproductividad.com/s_proant.htm

Pacto por la productividad. (2012) En:

http://www.pactodeproductividad.com/s_proant.html. Consultado 10 de octubre de 2012

República de Colombia, M. d. (26 de septiembre de 2013).

República, P. d., & Presidencia, d. I. (2012).
.www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45322.

Recuperado el 22 de octubre de 2013

Rogers, A. G., Casey, M. E., Ekert, J., Holland, J., Nakkula, V., & Sheinberg, N.(1999). An interpretive poetics of languages of the unsayable. En R. Josselson & A. Lieblich (Eds.), Making meaning of narratives -in- the narrative study of lives.

Singer, M., & Baer, H. (1995). Critical medical anthropology. Amityville: Baywood Publishing Company, Inc.

Singer, M., Baer, H., & Lazarus, E. (1990). Critical medical anthropology in question. Social Science & Medicine, 30(2), V-VIII

Tajer, D. (2003). Latin american social medicine: Roots, development during the 1990s, and current challenges. American Journal of Public Health, 93(12), 2023-2027.

Torres, M., & Luna, J. E. (2008). Informe Continental sobre la situación del derecho a la salud en el trabajo 2008.

<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/dd2d7b8f-ed5f-43a6-baa1-691c80d18520/Situacion+en+Colombia.pdf?MOD=AJPERES>

Unidas, O. d. (13 de Diciembre de 2006). www.un.org. Recuperado el 12 de Octubre de 2013, de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: Lessons from Latin America. American Journal of Public Health, 91(10), 1592-1601.