

Artículo de Investigación Científica o Tecnológica

Análisis comparativo médico-jurídico del proyecto de reforma del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y ocupacional en Colombia

Medical-legal analysis of the draft reform of the single manual for the qualification of the loss of labor and occupational capacity in Colombia

Laura Lizeth Gaona Diaz, Nicol Alexandra Martinez Rodriguez, Clara Margarita Giraldo Luna, Yanina Cecilia Rodriguez Maestre Luisa Fernanda Velasquez Barinas

Received: 23 febrero 2023

Accepted: 15 mayo 2023

Abstract

Introducción: La calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional en Colombia, se realiza utilizando MUCPCLO. En 2021 se gestó un proyecto de reforma y actualización por parte del Ministerio del Trabajo sin avances importantes desde su emisión.

Objetivo: Identificar los cambios estructurales entre el contenido de la norma vigente MUCPCLO 2014 y el proyecto de reforma del MUCPCLO 2021.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, observacional descriptivo con enfoque de análisis comparativo. Se comparan dos textos normativos, uniendo la ciencia jurídica con la ciencia médica por medio de la relación triádica del derecho.

Resultados: No se tiene en cuenta el avance conceptual de la OMS, donde se pasa del CIE-10 a la CIE-11 en 2019. Introduce la posibilidad de evaluación presencial o telemedicina (Resolución 2654 de 2019). Respecto a las deficiencias, no aclara cuál debe ser el TNM que debe ser utilizado en el momento de la calificación, si es al momento del diagnóstico, o después de haber concluido el tratamiento. En deficiencias del sistema respiratorio da prioridad al resultado de pruebas funcionales objetivas complementado con criterios clínicos. En la valoración del dolor crónico, continúa utilizándose la escala subjetiva de EVA, con lo que se puede permitir ingreso de variables de simulación o exageración. En la evaluación de las deficiencias por trastornos mentales, se realiza con el DSM-IV que puede tener grandes repercusiones clínicas y de valor en la calificación.

Conclusión: El borrador del MUCPCLO 2021 presenta modificaciones limitadas en su contenido, manteniendo la estructura de la norma vigente. Tendrá validez porque es expedido por el Ministerio de Trabajo, no será legítimo pues no se contó con la opinión de todos los actores del SGRL de Colombia y su eficacia se podrá determinar en cuanto entre en vigor.

Palabras clave: evaluación de capacidad de trabajo; salud laboral; legislación médica.

Resumen

Introduction: Qualification of the Loss of Labor and Occupational Capacity in Colombia is made using MUCPCLO. In 2021 a reform and update project was developed by the Ministry of Labor without significant progress since its issuance.

Objective: Identify structural changes between the content of the current MUCPCLO 2014 and the MUCPCLO 2021 reform project.

Methods: A qualitative, descriptive observational study was carried out with a comparative analysis approach. Two normative texts are compared, linking legal science with medical science by means of the triadic relationship of the law.

Results: It does not take into account the conceptual advance of the WHO, where it moves from ICD-10 to ICD-11 in 2019. It introduces the possibility of presential assessment or telemedicine (Resolution 2654 of 2019). Regarding the deficiencies, it does not clarify which TNM should be used at the time of the qualification, whether it is at the time of diagnosis, or after having concluded the treatment. In respiratory system impairments, it gives priority to the results of objective functional tests complemented with clinical criteria. In the assessment of chronic pain, the subjective VAS scale continues to be used, which may allow the inclusion of simulation or exaggeration variables. In the evaluation of impairments due to mental disorders, it is performed with the DSM-IV, which can have great clinical repercussions and value in the qualification.

Conclusion: The draft of the MUCPCLO 2021 presents limited modifications in its content, maintaining the structure of the current standard. It will be valid because it is issued by the Ministry of Labor, it will not be legitimate because it did not have the opinion of all the actors of the Colombian LRMS and its effectiveness will be determined as soon as it enters into force.

Key words: work capacity evaluation; occupational health; medical legislation

Universidad El Bosque, Bogotá Colombia

Autor de correspondencia: Laura Lizeth Gaona. lgaona@unbosque.edu.co

Introducción

En Colombia, la calificación de la pérdida de capacidad laboral (PCL), es un procedimiento pericial en salud, técnico y científico que permite conocer, determinar y calificar el porcentaje de la PCL de una persona y su estado de salud después de un proceso de tratamiento médico pertinente de acuerdo con su condición de salud. Para esta calificación se utiliza un baremo denominado Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (MUCPCLO), establecido a través del Decreto 1507 de 2014, por el Ministerio de Trabajo y uno de sus objetivos es definir las condiciones finales que le permiten o no a una persona acceder a la pensión de invalidez, independiente del origen, si alcanza los valores y requisitos descritos en este manual. Asimismo, también sirve para definir el acceso a la prestación económica por incapacidad permanente parcial, en caso de enfermedad o accidente laboral.

El término baremo, se denomina así en honor a François Barrême, matemático francés considerado uno de los fundadores de la contabilidad y la Real Academia Española (RAE) lo define como “cuadro gradual establecido para evaluar los daños derivados de accidentes o enfermedades, o los méritos personales, la solvencia de las empresas, etc.” “cuaderno o tabla de cuentas ajustadas” y “lista o repertorio de tarifas”.¹ De esta manera, se considera que un baremo es un documento que contiene evaluaciones o grados de los efectos (patológicos, anatómicos o funcionales) de los accidentes o enfermedades (de origen común o laboral), expresados en porcentajes de las capacidades de una persona, como lo afirma Rodríguez² en su libro Manual del Perito Médico: Fundamentos técnicos y jurídicos.

El procedimiento de calificación de PCL es materia de análisis y discusión en la determinación del estado de discapacidad o condiciones de discapacidad para los ciudadanos. Por la importancia y minucia de esta discusión los conceptos que refieren a la discapacidad no se desarrollarán en esta investigación. Se analizará la herramienta jurídica y técnica para evaluar la PCL y ocupacional de cualquier origen, que se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes y del sector privado en general, independientemente de su tipo de vinculación laboral, clase de ocupación, edad, tipo y origen de discapacidad o condición de afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI).³

Desde el enfoque teórico de la relación triádica del derecho con los elementos de validez, legitimidad y eficacia y teniendo en cuenta que el cuidado de la salud de los trabajadores en Colombia no ha tenido desarrollos legislativos organizados, el objetivo de la presente investigación es identificar los cambios estructurales entre el contenido de la norma vigente MUCPCLO 2014 - Decreto 1507 de 2014 y el borrador del MUCPCLO 2021 mediante la comparación de las modificaciones propuestas por el Ministerio del Trabajo, dado que este último no ha tenido avances importantes desde su emisión para consulta pública el 05 de febrero de 2021,⁴ debido a los cambios políticos que ha presentado el país y las otras reformas en estudio como la tributaria y la de salud, exponiendo las opiniones de las autoras respecto a los principales cambios.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto y conforme al Decreto-Ley 1295 de 1994,⁵ que ordena actualización del manual cada quinquenio, en esta investigación, solamente se hará el análisis de las definiciones, del título preliminar y de cinco capítulos del Título I (Valoración de las Deficiencias) del borrador del MUCPCLO 2021, en los que se encuentran enfermedades neoplásicas, del sistema respiratorio, dolor crónico (Deficiencias por Alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico) y trastornos mentales y del comportamiento, dado la relevancia que han tomado las patologías descritas en este Título en nuestro país en los últimos años.

Elementos normativos para calificar la PCL en Colombia

El sistema baremológico ha evolucionado de manera significativa desde que la Ley 90 de 1946 dio origen al Sistema de Seguridad Social en Colombia y al Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS), con el objetivo de desarrollar servicios orientados a la protección de la población afiliada. Con esto, surge la necesidad de definir la pérdida funcional de los individuos afectados y establecer las prestaciones económicas previstas en la ley.⁶ A mediados del siglo XX, se publica el Decreto-Ley 2663 de 1950, mejor conocido como Código Sustantivo del Trabajo (CST) que en su artículo 209 presenta un listado de daños y se constituía como el único baremo existente en Colombia, que fue diseñado con el fin de que los patronos indemnizaran las secuelas de los accidentes de trabajo. En 1967, se reemplazó el artículo 209 del CST por el Acuerdo 258, expedido por el extinto ISS y se constituyó en la herramienta con la cual se calificó durante muchos años la pérdida funcional por accidente de trabajo o enfermedad profesional de sus afiliados en calidad de trabajadores cotizantes. Durante muchos años, la calificación de estos fue cualitativa y a criterio de los médicos legistas y laboralistas del ISS y de la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal), asimismo, era una actividad realizada por los médicos patólogos por su formación en medicina legal y los médicos generales debido a que se encontraba incluida en sus funciones, a pesar de que carecían de formación en esta materia.⁶

Con el advenimiento del modelo neoliberal, en los años 90, se expide la Ley 100 de 1993, la cual da paso a la formulación de un Manual Único para la Calificación de la Invalidez (MUCI), como herramienta para la valoración de la PCL, soportado por el Decreto 1295 de 1994 y adoptado finalmente mediante el Decreto 1836 de 1994 y el decreto 692 de 1995.⁷

En 1994, se expidieron dos normas importantes para la calificación de las personas, una es el Decreto 1346 de 1994, “por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez”⁸ y el Decreto 1836 de 1994 por el cual se adoptó la Tabla Única de Valuación de Incapacidades del Manual Único para la Calificación de la Invalidez (MUCI) y fue derogado por el Decreto 692 de 1995, donde se pasa de la “Tabla” al primer manual expedido por el entonces Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, cuya estructura tenía como base la cuarta versión de las Guías de la Asociación Médica Americana (en inglés American Medical Association - AMA) y la versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la OMS, publicada en 1980. En este manual se incluyeron los conceptos de deficiencias,

discapacidades y minusvalías, para tener en cuenta la integralidad de la persona y su desempeño en las actividades laborales y la vida diaria; cataloga en 14 capítulos las deficiencias; las discapacidades, en 8 categorías; y las minusvalías, en 7 categorías. Este Decreto presenta un resumen complejo y discutible en sus conceptos, pero trajo consigo que el ejercicio médico de la calificación de los daños incluyera aspectos biopsicosociales por basarse presuntamente en la CIDDM, en el establecimiento del porcentaje de pérdida indemnizable de las personas. En su construcción participaron, algunos de los profesionales calificadoros del ISS, de la Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda) las nuevas Aseguradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP) del momento. Ante la escasez de profesionales calificados en el tema y la nueva estructura del manual aún no se contaba con equipos de médicos y rehabilitadores con experiencia en la valoración del daño. El Decreto 692 de 1995 estuvo vigente por los siguientes dos años.⁵⁻⁷

En cuanto al Decreto 1346 de 1994, cabe resaltar que su artículo 3º, fue el primero en otorgar competencias a los entes de la seguridad social, para calificar la invalidez de sus propios afiliados. Sin embargo, tal decreto fue declarado nulo por el Consejo de Estado con ponencia del Magistrado Carlos Arturo Orjuela Góngora, mediante la Sentencia 11801 de fecha abril 24 de 1997, en la cual consideró que: “(...) no es lógico que la norma acusada le confiera una nueva instancia a las entidades eventualmente obligadas al pago de la prestación, para que definan el origen de las contingencias, permitiéndoles autocalificar su responsabilidad para pagar o no” debido a que de esta manera terminarían siendo juez y parte frente a una misma coyuntura”; finalmente procedió a decretar la nulidad alegada.⁹ Pese a lo anterior, se observa un reiterado interés por conceder estas atribuciones a las entidades administradoras del sistema de seguridad social, es así como en el Decreto 2463 de 2001,¹⁰ nuevamente se otorga potestades a las EPS y ARL para calificar el estado de invalidez. En el artículo 4º del mismo decreto se estableció, que las decisiones que tomen las EPS, ARL y Juntas de Calificación de Invalidez, sobre el grado de PCL, se emitirán con base en el MUCI o en las tablas de calificación vigentes al momento de la estructuración de dicha pérdida. Posteriormente, este decreto fue derogado por el artículo 61º del Decreto 1352 de 2013, actualmente vigente.

A finales del siglo XX, fue expedido el segundo manual por medio del Decreto 917 de 1999 basado en los mismos elementos conceptuales del anterior (deficiencias, discapacidades y minusvalías), pero realizando cambios en los porcentajes a las tablas de calificación especialmente en el título ocupacional, otorgando prioridad al aspecto laboral.^{7,11} En consecuencia, sus contribuciones se limitan en su aplicación, ya que la evaluación funcional y social son complejas y los aseguradores no están interesados en objetivar estos daños a favor de los afiliados y sus beneficiarios. En 2005, el artículo 52º de la Ley 962 de este año, modifica el artículo 41º de la Ley 100 de 1993 y establece que corresponde al ISS, a las ARP y a las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) determinar en primera oportunidad la PCL y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias.¹²

El actual baremo denominado en adelante MUCPCLO 2014, consta del Anexo Técnico que está conformado por el Título

preliminar y dos títulos más: Título I - “Valoración de las deficiencias” que se divide en 15 Capítulos por sistemas corporales y Título II - “Valoración del rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales” que se divide en 4 Capítulos y entró en vigor el 13 de febrero de 2015, para dar cumplimiento al Decreto-Ley 1295 de 1994 que ordena actualización del manual cada quinquenio. Este manual pondera los valores utilizando la fórmula de combinación de valores o de Balthazard, en la determinación de las deficiencias y las secuelas que estas han dejado en la persona. El rango de calificación oscila entre un mínimo de 0% y un máximo de 100%, correspondiendo, 50% al Título I y 50% al Título II. Actualmente, se encuentra en revisión para modificación, debido a la necesidad de actualizar el sistema de calificación de la PCL y ocupacional, conforme con los avances tecnológicos a nivel internacional, de acuerdo con el desarrollo científico y tecnológico de las ciencias de la salud, así como el de la baremología a nivel mundial, lo cual permitiría a Colombia situarse a la vanguardia en los sistemas de valoración y calificación de PCL y ocupacional, tema de máximo interés para los médicos calificadoros, abogados, calificados y demás integrantes del SSSI, dado los muchos intereses frente a un baremo que define el acceso o no, a prestaciones económicas a cargo de aseguradoras, empleadores o el Estado.

Según Correa y Cruz,¹³ durante el proceso de actualización del MUCI 1999, se identificó que éste ha sido utilizado para calificar la condición de discapacidad bajo un modelo de invalidez, en relación con las deficiencias en los sistemas corporales, lo cual representa un atraso cultural y social en materia de discapacidad. Pero a diferencia del MUCI 1999, el MUCPCLO 2014 contempla, en su título II, la calificación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación presuntamente en el marco del modelo conceptual de la CIF versión 2001 (CIF-2001), no obstante, continúa el uso de conceptos con connotación peyorativa o discriminativa, como minusvalía e invalidez y la calificación se sigue realizando desde la pérdida general de la ganancia. Países como España, han sintonizado y ajustado sus textos normativos con el concepto de discapacidad acogido en la CIF-2001, de esta manera sustituyen el término minusvalía por el de discapacidad, tal y como se puede evidenciar en el artículo 2º del Real Decreto Legislativo 1/2013.^{14,15}

La CIF-2001, ha sido declarada por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) como la nueva clasificación estándar para la discapacidad, por lo que constituye la referencia internacional para comprender el funcionamiento, la discapacidad y la salud. (9) Su objetivo principal es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”, dado que va más allá de los modelos médicos y sociales e incluye a todas las personas independientemente de que tengan o no algún tipo de discapacidad, ya que concibe esta, como un fenómeno multidimensional, que integra aspectos biomédicos y sociales.¹⁶⁻¹⁸

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo, observacional descriptivo con enfoque de análisis comparativo, donde las autoras comparan dos textos normativos (Decreto 1507 de 2014 y borrador emitido por el Ministerio de Trabajo en 2021) desde un punto de vista referencial de la norma vigente, siguiendo los precedentes con

que se obtiene la versión de prueba o borrador del manual objeto de estudio, uniendo la ciencia jurídica con la ciencia médica por medio de la relación triádica del derecho.

Se realizó una revisión de información en fuentes tales como bases de datos especializadas, publicaciones oficiales, para conocer las normas relacionadas con el funcionamiento, la deficiencia, la calificación de invalidez y la discapacidad, tomando en cuenta palabras clave y ecuaciones de búsqueda (Tabla 1).

Para la realización del análisis no se requirió la aprobación de un comité de ética, ya que el objeto de la investigación es la comparación de dos normas. Ni el ser humano ni las comunidades o grupos subordinados son el objeto de estudio, por lo que se mantiene el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Resultados

Cambios relacionados con la valoración de las deficiencias

La propuesta del borrador del MUCPCLO 2021, tiene aspectos a favor y en contra que son resumidos en la Tabla 2, con su respectiva recomendación. A continuación, se describe más en detalle los hallazgos desde la perspectiva médica.

Transición invisible

El Artículo 3° del borrador del MUCPCLO 2021, expone las definiciones para la aplicación de esta norma. La definición de las “condiciones de salud” se organizan según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Esta definición se toma exacta de la CIF-2001, teniendo en cuenta que, para la fecha de publicación, solo se contaba con la décima revisión de la CIE, publicada en la última década del siglo pasado. En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la última versión de esta clasificación, la CIE-11 y desde el 2019 se está impulsando el proceso de transición de la CIE de la revisión 10 a la 11, esto exige a los países a planear los procesos de preparación, adopción e implementación que esta nueva revisión implica. Sin embargo, en la actualización del MUCPCLO, tanto Título I y II, se sigue utilizando la CIE-10. Por tanto, no se tiene en cuenta el avance conceptual de la OMS que no sólo permite transformar diferentes consideraciones diagnósticas al incorporar otras funcionalidades y cambios en los capítulos, sino que además genera una sección suplementaria para la evaluación del funcionamiento, la cual permite crear perfiles de funcionamiento y puntuaciones generales para describir y cuantificar el nivel de funcionamiento asociado a las condiciones de salud, incluyendo dos instrumentos basados en la CIF. Entonces, se seguirán codificando diagnósticos que quizá ya no se codifican igual. Debería utilizarse la última versión de la CIE, teniendo en cuenta que, la CIE-11, entró en vigor en enero de 2022 para sustituir la versión de 1990.

Colombia emitió un documento denominado “Transición de CIE-10 a CIE-11 para el registro de morbilidad” en el que se indicó que en el segundo semestre del 2021 se realizaría una prueba piloto que tendría una duración de cuatro meses con unas instituciones de salud seleccionadas donde se utilizarían las herramientas

Base de datos	Descriptorios y ecuación de búsqueda, combinaciones booleanas, términos (MeSH y DeCS)
Dialnet	Discapacidad y Salud Salud y Trabajo Calificación de discapacidad Accidente de trabajo y Enfermedad laboral
Lex base	Invalidez o Discapacidad
Redalyc	Discapacidad y Salud Funcionamiento y Discapacidad Pensión y Legislación colombiana
Scielo	Salud ocupacional Indicadores de salud ocupacional Accidente de trabajo y Enfermedad laboral

tecnológicas provistas por la OMS dentro de sus sistemas de información, para la adopción de la CIE-11 en la codificación de la morbilidad.¹⁹ Sin embargo, aún no se encuentran disponibles los resultados de esta prueba piloto en la página del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Telexperticia documental

En la aplicación de pruebas y valoración médica-laboral del borrador del MUCPCLO 2021, se adiciona la Resolución 2654 de 2019,²⁰ indicando que “para la determinación de la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional respecto al Título I de las Deficiencias, los médicos calificadoros deberán disponer de los antecedentes técnico-médicos objetivos sobre las patologías en estudio y citar a la persona para evaluarla de manera presencial o telemedicina en concordancia con esta Resolución. Dentro de las actividades de la TELEMEDICINA se encuentra la TELEXPERTICIA, considerada como la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de servicios de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación entre: Dos profesionales de la salud: Uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro que atiende a distancia”. Aquí no se especifica que “profesional de la salud”, si deben o no ser pares y si deben o no contar con una especialidad. Entonces, se podrían tener escenarios como: ¿Dos médicos calificadoros? ¿Un médico y una enfermera? ¿Una fisioterapeuta y un trabajador social? En contraste, la valoración del rol laboral, rol ocupacional y limitación en otras áreas ocupacionales (Título II), “los profesionales calificadoros competentes del área de la salud deben evaluar presencialmente el funcionamiento, habilidad ocupacional y desempeño laboral acorde con los instrumentos disponibles en la literatura científica”. Si el objetivo de la calificación es que sea integral, se preferiría que la persona a calificar fuera evaluada

Tabla 2. Hallazgos en el contenido del Título I del borrador del MUCPCLO

Título I	Hallazgos borrador del MUCPCLO	Recomendaciones
Capítulo 1. Deficiencias por alteraciones debidas a neoplasias o cáncer	Tabla 1.3. Evaluación de la deficiencia concerniente a las enfermedades neoplásicas. El factor principal, son los estadios son definidos por el oncólogo tratante con base en el sistema TNM (tumor (T), nódulo (N) y metástasis (M)) propio de cada neoplasia o para los casos en que el cáncer no tenga un sistema de calificación definido se tomará el que reporte el médico oncólogo tratante.	Modificar el pie de la tabla donde se establezca que el TNM a utilizar en el momento de la calificación sea el correspondiente al estadio del cáncer en dicho momento, no el TNM del diagnóstico. Adicional el mecanismo para calificar la Deficiencia de algunos cánceres que no tienen clasificación TNM, como el Linfoma (Hodgkin o No Hodgkin), sugerido por la JNCI en su Directriz No. 002 del 28 de junio de 2022.
Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular	Adicionan los defectos septales como resultado de pruebas objetivas (factor principal). En trasplante, se adiciona 10% al valor final de la deficiencia obtenida de acuerdo a la tabla aplicada. Se modifica la Tabla 2.6. Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva. Daño en órgano blanco: Cerebro.	Mantener la modificación realizada a la Tabla 2.6.
Capítulo 3. Deficiencias por trastornos del sistema respiratorio	La valoración de la deficiencia se fundamentará en el resultado de pruebas funcionales objetivas (la espirometría forzada post broncodilatador o el uso de inhaladores, la capacidad de difusión del monóxido de carbono y la medida de la capacidad de ejercicio), complementada con criterios clínicos. Persiste la denominación Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS).	Cambiar la disnea como factor principal y poner las pruebas funcionales como factores moduladores. Dando prioridad a la clínica del paciente y no a valoraciones complementarias (paraclínicos) que en muchas ocasiones pueden ser normales, de acuerdo con los valores de referencia. Modificar el término SAHOS (Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño) por Apnea Obstructiva del Sueño, según el término DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud).
Capítulo 4. Deficiencias del sistema digestivo	Adicionan a la Tabla 4.10. Criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias por enfermedad del hígado. Para calificar la severidad (factor modulador) se debe tener en cuenta la clasificación de las pruebas hepáticas de clasificación de Child-Pugh.	Mantener la modificación realizada a la Tabla 4.10.
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico	Deficiencia por dolor crónico somático y visceral Tabla 12.5. Para determinar el grado de dolor relacionado con la deficiencia se utiliza únicamente una escala de medición, la Escala Visual Análoga (EVA), lo que puede permitir ingreso de variables de simulación o exageración.	Usar otras escalas o conjunto de escalas y cuestionarios que permita mayor objetividad para valorar esta deficiencia. Las escalas son Escala visual análoga (EVA), Escala numérica (EN), Escala categórica (EC), Escala visual analógica de intensidad o de mejora. Los cuestionarios son Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), Cuestionario de Dolor en Español (CDE), Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD), Cuestionario DN4 (DN4), Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven Yale (WHYMPI), Test de Lattinen, Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory), The LANSS Pain Scale, The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ) y Pain DETECT.
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento	Para la evaluación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento se tendrá en cuenta como criterio 1 (Diagnósticos clínicos) la nomenclatura y los códigos correspondientes a la CIE-10. No obstante, aunque los criterios diagnósticos a utilizar son los del DSM IV.	Implementar el DSM-5 (2013), como criterios diagnósticos, dado que este manual elimina los ejes diagnósticos (incompatible con los sistemas de diagnóstico en el resto de la medicina) y organiza el manual en un modelo de "ciclo vital", menciona nuevas entidades y ajusta los criterios de diagnóstico de muchos trastornos.

Tabla 1.3. Evaluación de la deficiencia concerniente a las enfermedades neoplásicas.

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1			Clase 2			Clase 3			Clase 4		
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0	2% al 10%			11% al 29%			30% al 64%			65% al 85%		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		0	2	6	10	11	21	29	30	46	64	65	75	85
			A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historial clínico (FM)	Síntomas y tratamiento	Normales en la actualidad	Después del tratamiento o la remisión espontánea presenta un periodo libre de enfermedad superior a dos años			Después del tratamiento o la remisión espontánea presenta un periodo libre de enfermedad inferior a dos años			Remisión clínica luego de recaída locoregional o a distancia (dos años)			Sin respuesta a los tratamientos instituidos o sin posibilidades de tratamiento. o Recidiva posterior a cirugía radical. El tratamiento es sólo sintomático, paliativo o ambos		
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas *	Clasificación TNM	Sin síntomas en la actualidad	Estadio I ó Tis (carcinomas "in situ")			Estadio II			Estadio III			Estadio IV: Evidencia de metástasis a distancia		
<small>^a Factor principal. Estos estadios son definidos por el oncólogo tratante con base en el TNM propio de cada neoplasia o para los casos en que el cáncer no tenga un sistema de calificación definido se tomará el que reporte el médico oncólogo tratante.</small>														

Figura 1. Evaluación de la Deficiencia concerniente a las Enfermedades Neoplásicas. Fuente: Borrador del MUCPCLO 2021

presencialmente, de esta manera se realiza más objetivamente, se analiza su conducta, su contexto y situación, no solamente nos apoyaríamos con historia clínica y pruebas funcionales, sino que se daría paso a una calificación realmente integral. La telemedicina tiene como propósito facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud, lo que es útil en muchas de las áreas de la salud, pero no en la determinación de la PCL, un procedimiento pericial en salud que puede estructurar una incapacidad permanente parcial o un estado de invalidez y con ello el reconocimiento de una prestación económica. Por tanto, la calificación de los dos Títulos debería realizarse de manera física o presencial y evitar seguir realizando calificaciones documentales.

Cáncer ¿Cuándo calificarlo?

En el Capítulo I del borrador del MUCPCLO 2021, la Tabla 1.3 expone la evaluación de la Deficiencia concerniente a las Enfermedades Neoplásicas (Figura 1). El Factor Principal (FP), son los estadios son definidos por el oncólogo tratante con base en el sistema TNM (Tumor (T), Nódulo (N) y Metástasis (M)) propio de cada neoplasia o para los casos en que el cáncer no tenga un sistema de calificación definido se tomará el que reporte el médico oncólogo tratante. Sin embargo, no aclara cuál debe ser el TNM que debe ser utilizado en el momento de la calificación, si el TNM al momento del diagnóstico, o el TNM después de haber concluido el tratamiento. En los procesos de calificación de PCL, lo que se busca es evaluar el estado del paciente al momento de la calificación, por lo que es necesario utilizar el TNM correspondiente al estadio del cáncer en dicho momento y no en el momento del diagnóstico. Puede que para las personas conocedoras de la normatividad sea entendible que el TNM debe ser el último registrado por el oncólogo, una vez finalizado el proceso de rehabilitación integral o se hayan superado los 540 días de haber sido diagnosticada la enfermedad. Se decidió realizar este comentario, pensando en la

población del común o no conocedora de la interpretación de las normas, para que la norma sea más específica en su contenido para que no quede abierto a interpretaciones erróneas.

Dificultad para respirar o para probar

La valoración de la deficiencia por Trastornos del Sistema Respiratorio dispuesta en el Capítulo III del borrador del MUCPCLO 2021, se fundamenta en el resultado de pruebas funcionales objetivas complementado con criterios clínicos. A saber, la neumoconiosis es una enfermedad clasificada como laboral directa por la Tabla de Enfermedades Laborales expedida por el Ministerio del Trabajo mediante el Decreto 1477 de 2014 y modificada por el Decreto 676 de 2020. En estadios iniciales se presentan pocos síntomas respiratorios, por lo que el hallazgo radiológico anormal, sumado al antecedente ocupacional, sugiere el diagnóstico. Sin embargo, en esta fase las pruebas funcionales respiratorias son casi normales. Al progresar la enfermedad pueden aparecer síntomas como tos y dificultad respiratoria, que será más grave cuanto más extensa sea la lesión o el compromiso pulmonar, que podría llevar a insuficiencia respiratoria crónica.²¹

Los exámenes paraclínicos contribuyen a la toma de decisiones para establecer la severidad de la enfermedad y para confirmar el diagnóstico basado en una sospecha clínica. Por lo que, en la valoración de un paciente, prima la clínica sobre las valoraciones complementarias como los paraclínicos. Aunque se debería dar mayor relevancia a las manifestaciones clínicas de los trabajadores que, al resultado de las pruebas funcionales, que como se indicó previamente, en fases iniciales de una enfermedad respiratoria laboral directa, estas pueden ser casi normales. Cabe resaltar que, en medicina laboral, no se realiza prevención, sino valoración de las secuelas de exposición a noxas que son cuantificadas mediante pruebas diagnosticas objetivas, teniendo en cuenta algunas manifestaciones clínicas y de esta manera poder realizar la

Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS): Las manifestaciones del SAHOS (hipoventilación alveolar, hipertensión pulmonar, déficit intelectual y cambios en la personalidad, entre otros) se calificarán de acuerdo con el o los capítulos correspondientes y se combinarán los valores obtenidos. La deficiencia por hipoventilación alveolar, se calificará en Tabla 3.2.

Figura 2. Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Fuente: Borrador del MUCPCLO 2021

calificación. A continuación, dejamos este comentario a manera de reflexión: ¿Se debería esperar que la calidad de vida del trabajador tenga mayor deterioro y se vea reflejada en los paraclínicos?, o se atienden los síntomas que refiere el paciente a tiempo, evitando mayor exposición y la aparición de complicaciones como el cor pulmonare y falla cardiaca derecha y en ese momento se califica.

De igual manera, persiste la denominación Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) (Figura 2), siendo que, a partir del año 2000, la denominación que se hace en español por los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) es Apnea Obstructiva del Sueño, al trastorno caracterizado por apneas recurrentes durante el sueño a pesar de esfuerzos respiratorios persistentes, producido por obstrucción de las vías aéreas superiores.²²

Dolor indoloro

En medicina, se ha recurrido tradicionalmente a cuestionarios y escalas: analógica, verbal, numérica, gráfica, etc., para evaluar el dolor y el Capítulo XII del borrador del MUCPCLO 2021 lo afirma al exponer la Tabla 12.5 para determinar el grado de dolor relacionado con la deficiencia por dolor crónico somático y visceral. Esta tabla (Tabla 12.5) utiliza únicamente una escala de medición subjetiva, la Escala Visual Análoga (EVA) (Figura 3). Al utilizar un solo elemento se puede permitir ingreso de variables de simulación o exageración. Como menciona Vicente et al.²³, en la revisión comparativa de escalas para valoración del dolor. Definir el dolor y hacerlo de tal manera que tenga una aceptación unánime es complejo, dado que se trata de una experiencia subjetiva, por lo que no existe método científico que lo haga “medible”, además se acompaña de matices y sensaciones que pueden incrementarla. La bibliografía médica concuerda que se precisan pautas universales sobre la definición y la medición del dolor y más si da paso a posterior calificación con finalidad pericial. A pesar de que se considera que escalas y cuestionarios pueden ser válidos, ninguno es concluyente, siendo el calificador quien decida cuál o cuáles utilizar en cada caso en función de su experiencia y del objetivo buscado. Por tanto, se recomienda usar otras escalas o conjunto de escalas y cuestionarios que permita mayor objetividad para valorar esta deficiencia.

Codificando los trastornos mentales

Respecto a la evaluación de las deficiencias por Trastornos Mentales y del Comportamiento descrita en el Capítulo XIII del borrador del MUCPCLO 2021, se tendrá en cuenta como criterio 1 (Diagnósticos clínicos) la nomenclatura y los códigos correspondientes a la CIE-10, (que como se expuso anteriormente al inicio de esta sección, está desactualizado) aunque los criterios diagnósticos a utilizar son los del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés). Recordemos que el DSM-IV fue publicado en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como un sistema de clasificación de los trastornos mentales con el objetivo de proporcionar descripciones claras y precisas de las categorías diagnósticas, para que clínicos e investigadores pudieran estudiar, diagnosticar e intercambiar información respecto de estas. Sin embargo, el DSM-IV, presentaba una serie de limitaciones, según los psiquiatras Muñoz y Jaramillo,²⁴ altas tasas de comorbilidad entre los diagnósticos, un uso masivo y extendido de los diagnósticos “no especificados” y una creciente incapacidad para integrar los diagnósticos del DSM con los hallazgos de la investigación genética y neurobiológica. Por lo anterior, en 2013, salió a la luz el DSM-5, que elimina los ejes diagnósticos del DSM-IV y organiza el manual en un modelo de “ciclo vital”, menciona nuevas entidades y ajusta los criterios de diagnóstico de muchos trastornos.²⁵ Por tanto, no es pertinente que la evaluación de las deficiencias de este capítulo se continúe realizando con el DSM-IV, un manual de más de 20 años de aparición y que cuenta con una actualización que puede tener grandes repercusiones clínicas, dado que el diagnóstico de los trastornos mentales va más allá de una simple lista de chequeo de los criterios planteados por el borrador del MUCPCLO 2021 y requiere un ejercicio mental mucho más complejo para poder entender lo que le pasa a los trabajadores con alteraciones mentales.

Sobre lo positivo

Es válido dar una apreciación positiva a los Capítulos II y V. En el primero, la deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva se presenta en la Tabla 2.6, de la cual llama la atención

Tabla 12.5. Deficiencia por dolor crónico somático y visceral .

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA TOTAL (%)	0%	5%	10%	15%	20%
Descripción	No existe dolor (0 puntos- EVA)	(1-2 puntos según EVA)	(3-5 puntos según EVA)	(6-8 puntos según EVA)	(9-10 puntos según EVA)

* Escala Visual Análoga de Dolor (EVA):

Figura 3. Evaluación de la Deficiencia por dolor crónico somático y visceral. Fuente: Borrador del MUCPCLO 2021

Tabla 2.6. Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0	2% al 14%	15% al 49%	50% al 74%	75% al 99%*
GRADO DE SEVERIDAD (%)		0	2 5 8 11 14 A B C D E	15 24 32 41 49 A B C D E	50 56 62 68 74 A B C D E	75 81 87 93 99 A B C D E
Daño en órgano blanco: Cerebro	No aplica		Sin historia de lesión cerebro-vascular por hipertensión	Antecedentes de lesión cerebro-vascular por hipertensión sin secuelas al momento de la evaluación	Lesión cerebrovascular por hipertensión, sin secuelas neurológicas permanentes.	Daño cerebrovascular hipertensivo o encefalopatía hipertensiva episódica, con secuelas neurológicas permanentes.

Tabla 2.6. Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva.

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0	2% al 14%	15% al 49%	50% al 74%	75% al 99%*
GRADO DE SEVERIDAD (%)		0	2 5 8 11 14 A B C D E	15 24 32 41 49 A B C D E	50 56 62 68 74 A B C D E	75 81 87 93 99 A B C D E
Daño en órgano blanco: Cerebro	Sin daño de Órgano blanco Y sin historia		Historia de AIT (accidente isquémico transitorio)	Antecedentes de lesión cerebro-vascular sin secuelas al momento de la evaluación	Lesión cerebro-vascular con secuelas neurológicas permanentes.	Daño cerebro-vascular con secuelas neurológicas permanentes y encefalopatía

Figura 4. Daño en órgano blanco: cerebro. Fuente: MUCPCLO 2014 y Borrador del MUCPCLO 2021.

el FP “daño en órgano blanco: cerebro” dado que se realizó un cambio significativo en la gradualidad en las secuelas de las diferentes clases funcionales. En el MUCPCLO 2014, la clase 1 a la 3 es prácticamente la misma (persona sana a nivel neurológico) y la clase 4 se le asigna a una persona con secuelas neurológicas permanentes sin importar su intensidad y extensión (Figura 4). La Tabla 4.10 presenta los Criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias por enfermedad del hígado, en el Capítulo IV del borrador del MUCPCLO, donde adicionan el grado de severidad (Figura 5) y se debe tener en cuenta la clasificación Child-Pugh, publicada en 1964, para evaluar pronóstico en los pacientes cirróticos que eran sometidos a cirugía de shunt para aliviar la hipertensión portal. Se ha convertido en una herramienta de uso controvertido para evaluar severidad en pacientes con cirrosis hepática, permitiendo desarrollar trabajos de investigación basados en ese proceso inflamatorio y el compromiso de órganos.^{26,27}

En los capítulos del V al XI y del XIV al XV, no se evidenciaron modificaciones significativas del MUCPCLO 2014 al borrador dado están acordes con las necesidades médicas del país, por tanto, no hubo análisis profundo de estos.

Cabe resaltar que las enfermedades aquí analizadas fueron objeto de revisión por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez (JNCI), uno de los organismos del SSSI encargado de asesorar al Ministerio del Trabajo en la actualización del MUCPCLO y del proceso administrativo para emitir los dictámenes de PCL,^{28,29} con lo cual las autoras están de acuerdo. Se espera que las observaciones que emitió la JNCI, también sean tenidas en cuenta por el Ministerio del Trabajo.

Condiciones de calificación

En la última década, la JNCI ha reiterado la necesidad de realizar la actualización del MUCPCLO 2014, en busca de actualizar conceptos y corregir falencias detectadas especialmente en lo que tiene que ver con aspectos de subvaloración y sobrevaloración que se encuentran en muchos de los contenidos del manual y que afectan el resultado final de la calificación, y que, consideran que si bien las directrices emitidas durante los últimos años por la entidad ayudan a aclarar y unificar conceptos, estas no pueden apartarse de la validez de lo dispuesto en el actual decreto, por lo que aquellos aspectos de fondo deber ser revisados, actualizados y ajustados en una nueva normativa, que ofrezca un nuevo manual técnicamente aceptado, confiable, consistente y en lo posible fácil de utilizar para evaluar la pérdida de la integridad de las personas, ajustada a los principios del SSSI para proteger de forma más efectiva a quienes lo requieran, partiendo de un abordaje integral de la validez, la legitimidad y la eficacia del derecho, inmerso y arraigado a las realidades internas políticas y sociales, y la influencia de los factores externos que caracterizan nuestros tiempos.

Para lograrlo, el 01 febrero de 2021 se actualizó el borrador del MUCPCLO y el 05 de febrero de ese mismo año, fue publicado para participación ciudadana, por la Dirección de Riesgos laborales del Ministerio de Trabajo,^{4,28} y que actualmente continúa en revisión, ya que, ha suscitado en la comunidad trabajadora, sindical, gremial, académica y población en general, no conformidades relacionadas con aspectos de orden jurídico, científico-técnico, de inclusión a personas con discapacidad y de orden participativo de la academia y los actores del Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) en Colombia, generando percepción de excluyente y regresivo. A pesar de esto, no ha tenido avances importantes, debido al contexto político, social y normativo del país desde cambio de gobierno en 2022.

Tabla 4.10. Criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias por enfermedad del hígado.

CLASE DE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4 (H)
VALOR DE LA DEFICIENCIA	0	5% al 14%	15% al 29%	30% al 49%	50% al 90%
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5 10 14 (A B C)	15 22 29 (A B C)	30 40 49 (A B C)	50 70 90 (A B C)
RESULTADOS OBJETIVOS (factor modulador) ^{d)}	No presenta anomalías en las pruebas	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteraciones leves o trastornos en la función principal del metabolismo de la bilirrubina	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteración hepática moderada	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteración hepática severa con compromiso sistémico, alteración de las proteínas, la albúmina o los factores de coagulación	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteración hepática muy severa e irreversible con compromiso sistémico, alteración de las proteínas, la albúmina o los factores de coagulación.

d) Para calificar la severidad, RESULTADOS OBJETIVOS (factor modulador) se debe tener en cuenta la clasificación de las pruebas hepáticas de clasificación de Child Pugh.

Parámetros	Puntos asignados		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina, mg/dL	< / = 2	2-3	>3
Albúmina, g/dL	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Tiempo de protrombina * Segundos sobre el control * INR	1-3 <1,8	4-6 1,8-2,3	>6 >2,3
Encefalopatía	No	Grado 1-2	Grado 3-4

Una puntuación total de 5-6 es considerada leve, de 7 a 9 moderada; y 10-12 severa y de 12 a 15 muy severa.

Figura 5. Evaluación de las Deficiencias por Enfermedad del Hígado. Fuente: Borrador del MUCPCLO 2021

La Figura 6 resume los elementos de la relación triádica del derecho en la norma de referencia internacional CIF, el MUCPCLO 2014 y el borrador del MUCPCLO 2021. La CIF tiene validez porque ha sido emitida por la OMS y aprobada por la AMS, la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional; es legítima porque contó con la participación de un equipo multicéntrico internacional para su elaboración y ha sido eficaz dado que, desde su publicación en 2001, no ha tenido actualizaciones ni nuevas revisiones y permite hacer una descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. El MUCPCLO 2014 es válido dado que fue emitido por el ente encargado de regular las normas laborales, el Ministerio de Trabajo, es legítimo porque contó con la participación de la Universidad Nacional de Colombia, la cual conformó un equipo multidisciplinario con los actores de la seguridad social, pero no es eficaz porque no se ha cumplido con

	CIF-2001	MUCPCLO 2014	Borrador MUCPCLO 2021
VALIDEZ	Si	Si	Si
LEGITIMIDAD	Si	Si	No
EFICACIA	Si	No	?

Figura 6. Comparación de la CIF, el MUCPCLO 2014 y el borrador del MUCPCLO 2021 a partir de los elementos de la relación triádica del derecho. Fuente: Elaboración propia

el objetivo de reconocer en las personas su verdadera condición de salud, por lo que se han presentado demandas y conflictos entre los empleadores, trabajadores con las entidades del SSSI porque esta norma no cumple con todo el contenido en términos médicos para calificar a las personas.

El borrador del MUCPCLO 2021 tiene validez en el derecho, entendiéndose esta como la conformidad, tanto en los aspectos formales como en los sustanciales, con las normas superiores que rigen dentro del ordenamiento, sean éstas anteriores o posteriores a la norma en cuestión,³⁰ dado que será emitido por el Ministerio de Trabajo, departamento del gobierno encargado de generar políticas y lineamientos en materia de trabajo y empleo con derechos a la protección social.

Por otro lado, durante la elaboración del borrador del MUCPCLO 2021, no se tuvo en cuenta las funciones comunes de las Juntas de Calificación de Invalidez (JCI), dispuestas en el artículo 2.2.5.1.6 párrafo 5 del Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo (Decreto 1072 de 2015), que establece que las JCI son las entidades encargadas de asesorar al Ministerio del Trabajo en la actualización del MUCPCLO, en la elaboración de formularios y formatos que deban ser diligenciados en el trámite de las calificaciones y dictámenes,²⁸ debido a que para la construcción del borrador de aportes no fue tenida en cuenta la opinión científico-técnica de las juntas de calificación, construidas de manera colectiva e interdisciplinaria, producto de la deliberación llevada a cabo por los profesionales que conforman la entidad, según lo expresado en el libro “Trabajo y prevención de la discapacidad para trabajar en Colombia” de la Dra. Diana Cuervo, médica principal de la JNCI.³¹

De igual manera, no se contó con la participación ni acogida de todas las partes interesadas, los actores del SGRL de Colombia, es decir, trabajadores, empleadores, sindicatos, academia, EPSS, Instituciones Prestadoras de Salud (IPSS) y Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARLs), lo cual conlleva de manera ineludible a pérdida de legitimidad en el proyecto de manual que se propone impulsar, debido a que la legitimidad en el derecho, hace referencia a la participación, acogida y respeto de las normas laborales por parte de los actores de la relación laboral. Es el elemento de la teoría triádica del derecho que verifica la justificación moral de la norma y de no encontrarla garantiza la posibilidad de corrección, a partir del reconocimiento de los valores en las relaciones sociales.³²

En cuanto a la eficacia, puede ser entendida tanto en un sentido jurídico como en un sentido sociológico, el primero se refiere a la aptitud que tiene dicha norma de generar consecuencias en tanto ordena, permite o prohíbe algo y el sentido sociológico, se refiere a la forma y el grado en que la norma es cumplida en la realidad, en tanto es socialmente observable; así, se dirá que una norma

es eficaz por controlar el comportamiento de las personas y los procesos que determinan el curso de sus vidas y a su vez el respeto y entendimiento de la normatividad vigente, demostrando que el derecho es eficaz y que es una garantía del bienestar y la paz social de un sistema y un estado de derecho, que sólo se podrá determinar cuando el borrador del MUCPCLO entre en vigor. Es importante mencionar que cualquier norma que le falte alguno de los elementos, ya empieza a considerarse que no va a ser eficaz.

Discusión

La publicación del borrador del MUCPCLO 2021 produce reacciones paradójicas. Por una parte, no actualiza debidamente el contenido del texto normativo dado que mantiene la estructura del decreto vigente y hace modificaciones a algunos de los capítulos sobre todo del Título I, como se evidenció en los resultados. Por otra parte, se encuentra que no hay legitimidad, porque no se ha permitido una participación clara y precisa de los trabajadores, de las organizaciones sindicales, por mencionar Central Unitaria de Trabajadores (CUT), Confederación General del Trabajo (CGT) y Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC); de las organizaciones de enfermos por el trabajo, como la Unión de Trabajadores Enfermos de General Motors (UTEGM); de universidades públicas como la Universidad Nacional de Colombia y privadas como la Universidad El Bosque, dejando a un lado la academia desde la medicina y del derecho, debido a que no se les llamó ni se les permitió contribuir al borrador del MUCPCLO 2021. El objetivo de actualizar una norma no sólo es adopción de nuevos términos y definiciones, también es permitir la participación de todos los actores interesados en dicho proceso de calificación, empleadores, trabajadores, ciudadanos en general, no solamente quienes responden por las prestaciones económicas, de acuerdo con el dictamen que se emita.

Este documento tiene validez porque será expedido por el Ministerio de Trabajo, bajo las competencias que la norma le ha dado, pero podía pensarse que no será legítimo ya que como se mencionó anteriormente, no ha permitido la participación de todos los actores del SSSI. Hasta la fecha podemos afirmar que el MUCPCLO 2014 no ha sido eficaz debido a que tiene muchos problemas, uno de esos es que fue expedido hace ocho años, no ha sido modificado cada quinquenio como lo indica el Decreto-Ley 1295 de 1994 y no reconoce la condición de salud real en las personas por carecer de contenido en términos médicos para calificar a las personas. Por tanto, su ineficacia difiere con los objetivos del MUCPCLO 2014, dando como consecuencia la ineficacia de este.

Cabe resaltar que Colombia, forma parte de la OMS desde 1959 y es miembro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), desde el año 1919. Esto no sólo ha permitido el fortalecimiento e impulso de políticas públicas no solamente para la prevención, promoción e intervención en salud sino también para la dignificación del empleo mediante la adopción de estándares indicados por estas organizaciones para garantizar los derechos de la población colombiana.³³ Al igual que otros países, Colombia cuenta con una herramienta o baremo para calificar el funcionamiento y la discapacidad, una herramienta que intenta incorporar la referencia internacional CIF, pero se queda corta por mantener términos

peyorativos y estigmatizantes, como el de minusvalía. Se queda corta en que es un manual diseñado para calificadores, no es una norma de fácil entendimiento para la población en general e inclusive se presta para interpretaciones erróneas.

Según Montoya y Escobar,⁶ un aspecto a discutir de los baremos es que son evaluaciones y clasificaciones diseñadas por grupos de expertos, que se ajustan a nuevos conocimientos de manera periódica y que con su uso en la sociedad se pueden llegar a transformarse en normas; en otras ocasiones por escasez de estudios propios de la población local se adaptan de modelos externos a las condiciones de vida, trabajo y rehabilitación del contexto en el que se pretende aplicar. Lo anterior, genera expectativa a nivel económico, propende dilemas éticos y contraposiciones en evaluados y evaluadores, debido a que generalmente la valoración se realiza para obtener una compensación económica en reclamaciones de seguros o procesos judiciales y produce beneficios secundarios al objeto de la calificación.

El propósito de la baremología consiste en la necesidad de valorar por parte profesionales, el daño físico y mental de las personas y sus consecuencias en todos los ámbitos.² Por tanto, surge la necesidad de una perspectiva internacional sobre los criterios de valoración para establecer la PCL que se tuvieron en cuenta parcialmente en el desarrollo del actual baremo y así determinar si la legislación colombiana está o no acorde a las necesidades de la calificación para la pensión por invalidez en la población trabajadora, objeto de estudio de este análisis. Se espera que el baremo que está en proyecto de reforma sea una herramienta técnicamente aceptada, confiable, consistente y en lo posible fácil de utilizar para evaluar la pérdida de la integridad de las personas, ajustada a los principios del SSSI y la salud pública, para proteger de forma más efectiva a quienes lo requieran.

En cuanto a los avances para su publicación, ha pasado a un segundo plano, debido al contexto político, social y normativo del país desde cambio de gobierno en 2022. Por tanto, se desea realizar una nueva contribución, cuando se expida el nuevo manual, entre en vigor y sea socialmente observable, para determinar su eficacia y que se cuente con el concepto de la academia, las juntas de calificación, las centrales obreras y las asociaciones de enfermos, etc.

Conclusiones

El borrador del MUCPCLO 2021 presenta modificaciones limitadas en su contenido, manteniendo la estructura del MUCPCLO2014 y definiciones en cuanto a términos que no hacen mayor diferencia y que no contemplan en su totalidad la norma de referencia internacional CIF. Desde la perspectiva médica, permanece desactualizado dado que sigue teniendo en cuenta la CIE-10, siendo que a nivel mundial se cuenta con la CIE-11 que, esta transforma diferentes consideraciones diagnósticas al incorporar otras funcionalidades y cuenta con una sección para la evaluación del funcionamiento asociado a las condiciones de salud de la persona. Después del capítulo V del Título I, no se evidenciaron modificaciones significativas del MUCPCLO 2014 dado están acordes con las necesidades médicas del país. Podemos afirmar que, el borrador del MUCPCLO 2021 tendrá validez porque será expedido por el Ministerio de Trabajo, bajo

las competencias que la norma le ha dado. Sin embargo, podría pensarse que no es legítimo dado que el Ministerio del Trabajo no tuvo en cuenta a todos los actores del SSSI, por lo que se invita al Ministerio del Trabajo a tener en cuenta a las JCI, ARLs, EPSs, IPSs, trabajadores, sindicatos, agremiaciones y academia en la discusión del documento, para que de esa manera se genere gran cohesión y se logre legitimidad. Asimismo, se puede indicar que el borrador del MUCPCLO 2021, será ineficaz, no sólo porque podría carecer de legitimidad sino porque no resolverá los problemas sociales de la calificación de la PCL. De acuerdo con lo anterior, se espera evaluar en posteriores estudios la eficacia del nuevo manual, en cuanto sea cumplida en la realidad, que sea socialmente observable y su comportamiento o las decisiones sean acatadas por los obligados a respetarla.

Referencias

1. Real Academia Española. Baremo. Madrid: Real Academia Española; 2022. [citado 05 May 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/baremo>
2. Rodríguez JM. Manual del perito médico: Fundamentos técnicos y jurídicos. Madrid: Díaz de Santo; 2000. p. 47
3. Presidencia de la República. Decreto 1507 de 2014. Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Diario Oficial, 49.241. Colombia: Presidencia de la República; 2014
4. Ministerio del Trabajo. Participe en la Construcción de Leyes, Decretos y demás Normatividad; 2023. [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest/normatividad/participe-en-la-construccion-de-normatividad>
5. Congreso de la República. Decreto Ley 1295 de 1994. Por la cual se determina la organización y administración del sistema general de riesgos profesionales. Diario Oficial, 41.405. Colombia. Congreso de la República; 1994.
6. Montoya L, Escobar ML. Presente y futuro de la calificación de invalidez en Colombia. Rev CES DERECHO. 2012; 3(1): 85-91
7. Gómez NE, Duque SP, González P. La pensión de vejez por deficiencia en la legislación colombiana: restricciones de acceso desde su instrumento evaluador. Rev Fac Nac Salud Pública. 2010; 28(2): 174-182
8. Presidencia de la República. Decreto 1346 de 1994. Por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez. Diario Oficial. N. 41415. Colombia: Congreso de la República; 1994)
9. Britton S. Constitucionalidad de la facultad de las Administradoras de riesgos laborales para calificar el estado de invalidez - Transgresión al debido proceso y la seguridad social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. [citado el 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/52205/06701034.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Presidencia de la República. Decreto 2463 de 2001. Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez. Diario Oficial 44.652. Colombia: Presidencia de la República; 2001
11. Presidencia de la República. Decreto 917 de 1999. Por el cual se modifica el decreto 692 de 1995 Manual Único para la Calificación de la Invalidez. Diario Oficial, 43.601. Colombia: Presidencia de la República; 1999.
12. Congreso de la República. Ley 962 de 2005. Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos. Diario Oficial, 45963. Colombia: Congreso de la República; 2005
13. Correa M, Cruz E, Machado S, Muñoz V. Análisis comparativo entre el manual único para la calificación de la invalidez (decreto 917 de 1999) y el manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (decreto 1507 del 2014) para identificar posibles diferencias en el método de valoración, año 2016. Medellín: Universidad CES; 2016. [citado el 10 de May 2022]. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5880?show=full>
14. Vicente MT, Terradillos MJ, Capdevilla LM et al. Incapacidad laboral y discapacidad en España. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018; 56(1):84-91
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE-A-2013-12632. Ministerio de Sanidad; 2013
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001
17. Crespo M, Campo M, Verdugo MA. Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (cif): un largo camino recorrido. REDIS. 2003; 34(205): 20-26
18. Seoane JA. ¿Qué es una Persona con Discapacidad? ÁGORA. 2011; 30(1): 143-161
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Transición de CIE-10 a CIE-11 para el registro de morbilidad. 2022. [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/transicion-cie10-cie11-registro-morbilidad-prueba.pdf>
20. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2654 de 2019. Por la cual Establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Colombia: Ministerio de salud y protección social; 2019
21. Torres C. Neumología. 6a ed. Medellín Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2007

22. OPS. DeCS/MeSH Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=34202&filter=ths_termall&q=apnea#Details
23. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, MV, Capdevilla-García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018; 25(4): 228-236
24. Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos?. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015; 35(125): 111-121
25. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5(r)), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2014
26. Bohórquez HE, Beltrán OA. Modelos de pronóstico en enfermedad hepática Child & Meld. *Rev Col Gastroenterol*. 2004; 19(2): 109-114.
27. Bernal JM, López E, Sandino NJ et al. Cirrosis o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación agudizada: definición y clasificación. *REPERT MED CIR*. 2022; 31(2):112-122
28. Presidencia de la República. Decreto 1072 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. *Diario Oficial*, 49.523. Colombia: Presidencia de la República; 2015
29. Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Directriz de unificación de criterios No. 003 de 05 de junio de 2020; 2020. [citado el 08 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://juntanacional.co/files/Directriz%20No.%20003%20de%2005-06-2020.pdf>
30. Corte Constitucional. Sentencia C-873/03 del 30 de septiembre de 2003, exp. D-4504. Colombia; Corte Constitucional. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/c-873-03.htm>
31. Cuervo D, Moreno M. Trabajo y prevención de la discapacidad para trabajar en Colombia. Una aproximación a su manejo desde una perspectiva de justicia social. 1ª Edición. Bogotá: Tirant Humanidades; 2022
32. Ortega DL. Elementos estructurales generadores del conflicto laboral en la garantía de la estabilidad laboral reforzada por accidente de trabajo y enfermedad laboral en Colombia. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia; 2022
33. Ministerio de Trabajo. La OIT para Colombia es el mejor garante para lograr cambios que perduren en nuestro país: Ministra del Trabajo. Bogotá: Ministerio del Trabajo; 2022. Disponible en: <https://www.mintrabajo.gov.co/prensa/comunicados/2019/abril/la-oit-para-colombia-es-el-mejor-garante-para-lograr-cambios-que-perduren-en-nuestro-pais-ministra-del-trabajo>

© Universidad Libre. 2023. Licence Creative Commons CC-by-nc-sa/4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

