

TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE ENFERMEDAD Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

INTRODUCCIÓN

Conscientes de la responsabilidad que tiene el COISO, queremos presentar este folleto que sirve de guía a los trabajadores, para realizar la respectiva reclamación de sus derechos en un proceso de calificación de origen o pérdida de capacidad laboral.

Para el Coiso es de vital importancia la formación de los trabajadores, revisar las condiciones de trabajo y su impacto; saber cuáles son los factores que en nuestro sitio de trabajo pueden beneficiar o deteriorar nuestro estado de salud, el medio ambiente y determinar porque estamos enfermos, aprender cómo podemos controlar los que nos enferma y como fortalecer la prevención.

Existe una gran legislación para realizar este proceso, la vía gubernativa la puede realizar el trabajador sin tener que optar por el abogado, esta inicia con la remisión del trabajador ante Medicina Laboral de la EPS por parte del médico tratante para obtener la valoración médica de presunta enfermedad común o laboral y finaliza con seguimiento o recomendaciones médico laborales emitidas por la EPS y la ARL según la calificación de la enfermedad.

Realizando el debido proceso que inicia en la EPS hasta terminar en la junta Nacional de Calificación, durante este recorrido formamos al trabajador a que conozca las normas que le deben aplicar en la calificación de origen de la enfermedad y calificación de pérdida de capacidad laboral por enfermedad común o enfermedad laboral y accidente de trabajo, dándoles a los trabajadores las herramientas necesarias para apropiarse de su calificación de origen o de perdida y de esta forma exigir que se cumpla la normatividad vigente existente.

1. DEFINICIONES

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

AFP: Administradora de Fondos de Pensiones

EPS: Entidad Promotora de Salud

JRCI: Junta Regional de Calificación de Invalidez

JNCI: Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

PCL: Pérdida de capacidad laboral

Incapacidad permanente parcial de origen laboral:

Artículo 5° de la Ley 776 de 2002. Se presenta cuando el trabajador como consecuencia de una enfermedad profesional, sufre una disminución parcial, pero definitiva, en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual. Se considera como incapacitado permanente parcial, al trabajador que, como consecuencia de una enfermedad profesional, presenta una disminución definitiva, igual o superior al 5%, pero inferior al 50%, de su capacidad laboral, para la cual se ha contratado o capacitado (GTC 3701 DE 1995).

Incapacidad temporal: Artículo 2° de la Ley 716 de 2002. Define la incapacidad temporal como aquella que, según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

Invalidez: Artículo 9° de la Ley 776 de 2002. Para los efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales considera inválida la persona que, por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su capacidad laboral de acuerdo con el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación.

Recurso de reposición: Es un recurso que se interpone por escrito frente a un acto administrativo y se instaure ante quien expidió la decisión para que lo aclare, modifique, adicione o revoque. Artículo número 74 de la Ley 1437 de 2011.

Recurso de apelación: Es un recurso que se interpone por escrito frente a un acto administrativo, con el fin de que el inmediato superior administrativo o funcional (de quien emite el acto) para que lo aclare, modifique, adicione o revoque. Artículo número 74 de la Ley 1437 de 2011.

Capacidad laboral: El Artículo 3° del Decreto 1507 de 2014, indica que capacidad laboral es el conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten desempeñarse en un trabajo.

Rehabilitación: Conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador y su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida. Manual Guía Sobre Procedimientos para la rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores, en el Sistema General de Riesgos Laborales, Ministerio de Trabajo.

Trabajo Habitual: El artículo 3° del Decreto 1507 de 2014, define como trabajo habitual aquel oficio o labor que desempeña la persona con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración.

2. QUE SE BUSCA CON LA CALIFICACIÓN DE ORIGEN

El procedimiento de determinación de origen de una enfermedad o de un accidente, es muy importante, en razón a que nuestro país, dependiendo del origen (común o Laboral), se define a que

entidad de la Seguridad Social, corresponde la obligación de ofrecer la cobertura de las prestaciones correspondientes asistenciales y económicas, de acuerdo a lo que las normas tengan reglamentado. Las enfermedades y accidentes que son calificados como de origen común, corresponde la cobertura de las prestaciones mencionadas a los Sistemas de Salud y Pensión, por intermedio de la Empresa Promotora de Salud (EPS) y la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la que se encuentre afiliado el trabajador. Las enfermedades y accidentes que son calificados como de origen laboral o por causa del trabajo, corresponde la cobertura de las prestaciones mencionadas al Sistema de Riesgos laborales, por intermedio de la Administradora de Riesgos laborales (ARL). Para el caso de accidente, a la que estaba afiliado el trabajador, para la fecha de ocurrencia del accidente. Para el caso de enfermedad laboral, al momento que el trabajador requiera de la prestación, generalmente la última ARL, a la que se encuentre afiliado.

3. CALIFICACIÓN DE ORIGEN

3.1 ORIGEN COMÚN

Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen laboral, se consideran de origen común.

Solicitud o inicio de proceso:

Solicitar cita a médico tratante de la EPS para valoración e inicio de proceso de calificación de origen ante sospecha de enfermedad laboral. El médico tratante de la EPS remite a Medicina laboral de la EPS para inicio de proceso de calificación de origen de la patología; de no ser así el trabajador por medio de un derecho de petición puede solicitar se inicie este proceso.

Medicina Laboral de la EPS o ARL solicita al empleador y Trabajador los documentos pertinentes para iniciar proceso de calificación de origen. El empleador responde la solicitud documental a la EPS o ARL en un plazo máximo de 10 días.

En primera oportunidad (EPS) Si la enfermedad fue calificada como de origen común por la EPS en primera oportunidad y si el trabajador no está de acuerdo con el dictamen de la EPS, deben manifestar su inconformidad ante la EPS dentro del plazo estipulado (10 días siguientes, según artículo 142 del Decreto-Ley 019 de 2012).

La EPS remite el caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez (primera instancia) dentro de los 5 días siguientes, donde se resolverá la controversia y dictaminará el origen de la enfermedad, previo pago de los honorarios a la Junta Regional de Calificación por parte del Fondo de Pensiones del trabajador. Este requerimiento del pago de los honorarios lo realiza directamente la EPS al fondo de pensiones.

3.2. ORIGEN LABORAL

El artículo 4° de la ley 1562 de 2012, define la enfermedad laboral como la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos que una enfermedad no figure

en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.

Solicitud o inicio de proceso.

Solicitar cita a médico tratante de la EPS para valoración e inicio de proceso de calificación de origen ante sospecha de enfermedad laboral.

El médico tratante de la EPS remite a Medicina laboral de la EPS para inicio de proceso de calificación de origen de la patología.

De igual forma se puede solicitar por medio de Derecho de Petición ante Medicina Laboral de la EPS o ARL, con el fin de que califiquen en primera oportunidad.

Medicina Laboral de la EPS o ARL solicita al empleador y trabajador los documentos pertinentes para iniciar proceso de calificación de origen. El empleador responde la solicitud documental a la EPS o ARL en un plazo máximo de 10 días.

Medicina Laboral de la EPS-ARL realiza análisis y calificación de origen de la enfermedad en primera oportunidad y notifica el dictamen a las partes interesadas (Empleador, trabajador, ARL o EPS respectiva y Fondo de Pensiones).

Calificación como de origen laboral primera oportunidad (EPS): Si la enfermedad fue calificada como de origen laboral por la EPS en primera oportunidad y si alguna de las partes involucradas (ARL, empleador, Fondo de Pensiones y/o el trabajador) no está de acuerdo con el dictamen de la EPS, deben manifestar su inconformidad ante la EPS dentro del plazo estipulado (10 días siguientes, según artículo 142 del Decreto-ley 019 de 2012).

La EPS remite el caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez (Primera instancia) dentro de los 5 días siguientes, donde se resolverá la controversia y dictaminará el origen de la enfermedad, previo pago de los honorarios a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por parte del solicitante inconforme, los honorarios corren por cuenta de la AFP, ARL o el Empleador.

Calificación de origen en primera instancia (JRCl): Si la enfermedad fue calificada como de origen laboral o común por la primera instancia (Junta Regional de Calificación de Invalidez) y si alguna de las partes involucradas no está de acuerdo con el dictamen, deben instaurar un recurso de reposición y/o apelación ante Junta Regional de Calificación de Invalidez dentro del plazo estipulado (10 días hábiles siguientes, según artículo 43 del Decreto 1352 de 2013).

En caso de que se haya instaurado un recurso de reposición, la Junta Regional de Calificación de Invalidez tiene 10 días calendario para pronunciarse.

En caso de que se haya instaurado un recurso de apelación, la Junta Regional de Calificación de Invalidez tiene dos (2) días hábiles siguientes para remitir el expediente a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, previo pago de honorarios de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez por parte del solicitante inconforme.

Nota. Artículo 17 ley 1562 de 2012: Honorario Juntas Nacional y Regionales. Los honorarios que se deben cancelar a las Juntas Regionales Y Nacional de Calificación de Invalidez, de manera anticipada,

serán pagados por la Administradora del Fondo de Pensiones en caso de que la calificación de origen en primera oportunidad sea común; en caso de que la calificación de origen sea laboral en primera oportunidad el pago de ser cubierto por la Administradora de Riesgos Laborales, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Trabajo.

Calificación de Origen en segunda y última instancia (JNCI): La Junta Nacional de Calificación de Invalidez en segunda y última instancia gubernativa emite el dictamen de origen sobre la enfermedad.

Las controversias que se susciten contra los dictámenes en firme de la Junta Nacional de Invalidez, serán dirimidas por la Justicia Laboral Ordinaria de conformidad con lo previsto en el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, mediante demanda promovida contra el dictamen respectivo por parte del interesado inconforme.

Documentación que debe enviar el paciente

Historia clínica completa de la EPS, incluyendo las consultas con médicos generales, especialistas, terapia física, resultado de ayudas diagnósticas como RX, pruebas de función pulmonar, TAC, RNM, exámenes de laboratorio.

Historia clínica Ocupacional de las diferentes empresas donde ha laborado.

Historia Laboral: Relación de las empresas donde ha trabajado, el oficio desempeñado, descripción de las actividades que realiza o realizó, indicando las fechas de inicio y término.

Actividades extra Laborales: Relación de las actividades que realiza fuera del trabajo como deportes, pasatiempos, otros trabajos, indicando el tiempo que les dedica a ellas (diario, semanal, mensual).

Documentación que debe enviar la empresa.

Certificado de cargos y labores desempeñados, con sus respectivas fechas de inicio y de término.

Historia Clínica Ocupacional se la empresa la tiene.

AROS (Actividades de Riesgo por oficios) de los oficios desempeñados por él(la) trabajador en referencia desde su vinculación a la empresa.

Estudio del puesto de trabajo del o los oficios desempeñados por el trabajador que haya tenido o reportado.

Reporte de accidentes de Trabajo o enfermedades laborales que le trabajador haya tenido o reportado.

La información si hay otros trabajadores que realizan la misma labor y hayan tenido notificación de estudio o diagnóstico de enfermedades similares a las estudiadas en el caso de la referencia.

4. ACCIDENTE DE TRABAJO

Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o muerte.

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

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

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

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

Calificación en primera oportunidad (ARL): Una vez reportado el presunto accidente de trabajo ante la ARL y generado el respectivo radicado de reporte de accidente de trabajo, la ARL iniciará el proceso de investigación para determinar si se trata de un evento de origen común o laboral. Si la ARL dictamina que el evento es de origen común y no por accidente de trabajo, cualquier de las partes interesadas deben manifestar su inconformidad ante la ARL dentro del plazo estipulado (10 días siguientes, según artículo 142 del Decreto-ley 019 de 2012) La ARL remite el caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez (primera instancia) dentro de los 5 días siguientes, donde se resolverá la controversia y dictaminará el origen del presunto accidente de trabajo.

Calificación en primera instancia (JRCD: Una vez emitido dictamen por la primera instancia (Junta Regional de Calificación de Invalidez) y si alguna de las partes involucradas no está de acuerdo con el dictamen, podrá instaurar un recurso de reposición y/o apelación ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez dentro del plazo estipulado (10 días calendario siguientes, según artículo 43 del Decreto 1352 de 2013). En caso de que se haya instaurado un recurso de reposición, la Junta Regional de Calificación de Invalidez tiene 10 días calendario para pronunciarse. En caso de que se haya instaurado un recurso de apelación, la Junta Regional de Calificación de Invalidez tiene dos (2) días hábiles siguientes remitir el expediente a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, previo pago de los honorarios de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez por parte del solicitante inconforme.

Calificación de origen en segunda y última instancia: La Junta Nacional de Calificación de Invalidez segunda y última instancia emite el dictamen de origen sobre el accidente de trabajo.

Las controversias que se susciten contra los dictámenes en firme de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, serán dirimidas por la Justicia Laboral Ordinaria de conformidad con lo previsto en el

Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, mediante demanda promovida contra el dictamen respectivo por parte del interesado inconforme.

5. CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, ENFERMEDAD LABORAL Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

Rehabilitación integral (ARL): Una vez que la enfermedad laboral y/o el accidente de trabajo ha sido calificado como origen Laboral en firme, la ARL asume el proceso médico de rehabilitación de las patologías laborales.

Transcurridos treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral, la ARL inicia proceso de calificación de porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Este proceso no puede exceder los quinientos cuarenta (540) días después de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

La ARL realiza proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral en primera oportunidad y notifica a las partes interesadas (Trabajador Empleador)

Nota: Si la ARL no realiza la calificación de PCL en este término, el Trabajador puede solicitar directamente a la JRCI la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Controversias: Si alguna de las partes interesadas (trabajador o empleador) no está de acuerdo con el porcentaje de pérdida de capacidad laboral otorgado por la ARL, debe manifestar su inconformidad ante la ARL dentro del plazo estipulado (10 días siguientes, según artículo 142 del Decreto-Ley 019 de 2012).

La ARL remite el caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez (primera instancia) dentro de los 5 días siguientes, donde se resolverá la controversia y dictaminará el porcentaje de pérdida de capacidad laboral. La primera instancia (JRCI) profiere dictamen confirmando o modificando el porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Si alguna de las partes interesadas (Trabajador, Empleador y/o ARL) no está de acuerdo con el dictamen de pérdida de capacidad laboral, debe instaurar un recurso de reposición y/o apelación ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez dentro del plazo estipulado (10 días calendario siguientes, según artículo 43 del Decreto 1352 de 2013).

En caso de que se haya instaurado un recurso de reposición, la Junta Regional de Calificación de Invalidez tiene 10 días calendario para pronunciarse.

En caso de instaurarse un recurso de apelación, la Junta Regional de Calificación de Invalidez tiene dos (2) días hábiles siguientes para remitir el expediente a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, previo pago de los honorarios de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez por parte del solicitante inconforme.

Nota. (Artículo 17 Ley 1562 de 2012): Honorarios Juntas Nacional y Regionales. Los honorarios que se deben cancelar a las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, de manera anticipada, serán pagados por la Administradora de Riesgos Laborales, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Trabajo.

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez en segunda y última instancia emite el dictamen de porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

Las controversias que se susciten en relación con los dictámenes en firme de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, serán dirimidas por la Justicia Laboral Ordinaria de conformidad con lo previsto en el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, mediante demanda promovida contra el dictamen respectivo por parte del interesado inconforme.

Nota: El trabajador puede solicitar ante la JRCI que se tengan en cuenta la totalidad de sus patologías en el proceso de calificación de porcentaje de pérdida de capacidad laboral, independiente de su origen, es decir, puede solicitar que además de sus patologías laborales sean incluidas las patologías de origen común cuando haya lugar a esta situación.

6. PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL:

Si el porcentaje de pérdida de capacidad laboral está entre 5% y 49.99%, el trabajador tiene una incapacidad permanente parcial la cual da derecho al pago de una indemnización por parte de la ARL respectiva. El valor de la indemnización se calcula con base en lo establecido en el Decreto 2644 de 1994.

Si el porcentaje de pérdida de capacidad laboral es igual o superior al 50%, el trabajador la ARL le reconoce paga una pensión de invalidez, de acuerdo a los montos establecidos en la normatividad vigente.

Una vez la ARL reconoce el pago de la pensión de invalidez e incluye al trabajador en nómina de pensionados, el servidor es retirado de la nómina de la empresa y se procede a realizar examen médico de egreso.

Nota: El proceso de rehabilitación puede continuar después de realizada la calificación de pérdida de capacidad laboral, bajo pertinencia y criterio del médico tratante. En caso de haber obtenido incapacidad permanente parcial y haber recibido la respectiva indemnización, el trabajador tiene derecho además de continuar con la rehabilitación a recibir incapacidades temporales si así se requiere. En caso de que el trabajador reciba pensión de invalidez, tiene derecho a continuar el proceso de rehabilitación médica.

7. CALIFICACIÓN MIXTA.

Dentro del Sistema Pensional Colombiano se debe empezar a reconocer la Pensión de Invalidez de Origen Mixto, la cual se puede otorgar a partir de que se logre determinar una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 50%, mediante la sumatoria de porcentajes de origen laboral y origen común, cuando estos por separado son inferiores al 50%. Esta pensión se determina a partir de la Sentencia C 425 de 2005 de la Corte Constitucional, que declara inexecutable el parágrafo 1 del artículo de la Ley 776 de 2002, y surge por la existencia de un afiliado al Sistema General

Pensional que materialmente es invalido, pero que, por tratarse de patologías de origen diferente, queda formalmente impedido para el reconocimiento de la pensión de invalidez. El cubrimiento económico derivado del reconocimiento de la Pensión de Invalidez de Origen Mixto, se hace de acuerdo a la corresponsabilidad entre las Aseguradoras de Fondos

Pensionales y las Aseguradoras de Riesgos Laborales, teniendo en claro que el pago queda en cabeza de una de ellas, atendiendo al principio de indivisibilidad de la mesada pensional, repitiendo esta ante la otra aseguradora por lo que proporcionalmente le corresponda.

8. PENSIÓN DE INVALIDEZ DE ORIGEN COMÚN

Porcentaje de Pérdida de Capacidad laboral: El estado de invalidez de origen común será determinado por la Administradora de Fondo de Pensiones del trabajador, quien determinará en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral. Para la realización de este proceso, se requiere previamente que la EPS emita concepto de rehabilitación del paciente antes de completarse los 120 días de incapacidad temporal.

Si el concepto de rehabilitación de la EPS es favorable el trabajador tiene derecho a recibir el subsidio de incapacidad (pagado por Administradora de Fondo de Pensiones) hasta completar máximo 540 días de incapacidad. Al finalizar ese periodo de tiempo, ya debe estar determinado el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, si es igual o superior al 50%, da lugar a la prestación económica de pensión de invalidez (a cargo de la Administradora de Fondo de Pensiones) Si el porcentaje de PCL asignado es inferior al 50%, el trabajador se debe reincorporar a su puesto de trabajo.

Si el concepto de rehabilitación de la EPS no es favorable, la Administradora de Fondo de Pensiones deberá realizar la calificación de pérdida de capacidad laboral, dando lugar a la prestación económica de pensión de invalidez si el porcentaje de PCL es igual o superior al 50%.

En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los 10 días siguientes y la entidad deberá remitirlo a la Junta Regional de Calificación de Invalidez dentro de los 5 días siguientes, cuya decisión podrá ser apelada ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, La decisión definitiva deberá proferirse en un término de 5 días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales. Ley 962 de 2005, artículo 52, modificado Decreto 019 de 2012, artículo 142.

9. PENSIÓN DE INVALIDEZ DE ORIGEN MIXTO

El Sistema General de la Seguridad Social Colombiano, consagra el Sistema General de Pensiones, dentro del cual se atienden las contingencias derivadas de la pérdida de la capacidad laboral tanto de origen común como de origen laboral, atendidas cada una por las Aseguradoras de Fondo Pensional y por las Aseguradoras de Riesgos Laborales respectivamente, para acceder a los beneficios de la pensión de invalidez se deben cumplir varios requisitos exigidos de acuerdo a su origen, siendo común a las dos una calificación de la pérdida de la capacidad laboral del afiliado igual o superior al 50%. Por tratarse de dos sistemas diferentes no se consagraba, o más bien no se

permitía la suma de patologías anteriores para aumentar el grado de discapacidad, esto, de acuerdo al parágrafo 1 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002, lo que en muchas ocasiones llevó a permitir que existiera al interior del Sistema Integral de Seguridad Social, un individuo trabajador materialmente inválido aunque formalmente no lo esté para el sistema, quedando el afiliado desprotegido, sin tener en cuenta que legalmente es un sujeto que cuenta con protección especial y reforzada de acuerdo a los postulados de la Constitución Política. En la Sentencia C425 de 2005, la Corte Constitucional declaró inexecutable el parágrafo 1 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002, en dicha sentencia la Corte argumentó que, "al prohibir la norma que se aumente el grado de discapacidad con base en patologías anteriores, está desconociendo la realidad

física del trabajador a proteger, para darle prioridad a formalismo de asunción del riesgo creado". Y es a partir de esta sentencia que se puede empezar a hablar de "Pensión de Invalidez de Origen Mixto", la cual no está consagrada en el ordenamiento jurídico colombiano, esta pensión se podría definir como la oportunidad de adquirir el derecho a recibir los beneficios económicos, que permitan cubrir las contingencias derivadas de la pérdida de la capacidad laboral, permitiendo al afiliado la sumatoria de porcentajes de discapacidad de origen común y de origen laboral, cuando cada porcentaje individualmente sea inferior al 50%, y mirados conjuntamente sumen el 50% o más de pérdida de la capacidad laboral. El derecho a la "Pensión de Invalidez de Origen Mixto" "es incierto, escaso y desconocido por parte de los afiliados al Sistema de Seguridad Social, debido a que no hay una regulación para determinar su reconocimiento, ni de las obligaciones que se le derivan a las aseguradoras; tampoco es claro si hay corresponsabilidad entre ellas y de ser así en cabeza de quien está la respectiva obligación de hacer el pago al afiliado atendiendo al principio de indivisibilidad de la mesada pensional. Para el desarrollo de este trabajo se hará uso de la normatividad vigente en el Sistema de Seguridad Social, jurisprudencia de la Corte Constitucional y de la Corte Suprema de Justicia, lo que permitirá crear un concepto sobre la "Pensión de Invalidez de Origen Mixto", definir los requisitos para acceder, determinar la corresponsabilidad entre los Diálogos de Derecho y Política II Número 15 1l Año 6 ISSN 2145-2784 IW septiembre-diciembre de 2014. Pág. 44 Aseguradoras de Fondos Pensionales y las Aseguradoras de Riesgos Laborales, y el origen de la misma, atendiendo al orden de la pérdida de la capacidad laboral; mediante el desarrollo de los objetivos planteados y el alcance en materia pensional de la Sentencia C 425- de 2005, de la Corte Constitucional, y las posturas de la Corte Suprema de Justicia.

10. REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Es el procedimiento mediante el cual se vuelve a calificar la pérdida de capacidad laboral, ya sea porque se ha empeorado la condición de salud del trabajador con discapacidad o en el caso de los inválidos, porque el artículo 44 de la Ley 100, estipula que se debe revisar cada 3 años.

2. ¿Qué normas Reglamentan la Posibilidad de Revisión de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral en Colombia? El artículo 7° de la Ley 776/02, establece la posibilidad de revisión de la calificación de pérdida de capacidad laboral, en los casos que el trabajador demuestre mediante conceptos médicos y exámenes médicos complementarios, que su condición de salud ha empeorado, "En aquellas patologías que sean de carácter progresivo, se podrá volver a calificar y

modificar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral. En estos casos, la Administradora sólo estará obligada a reconocer el mayor valor resultante de restarle al monto de la nueva indemnización el valor previamente reconocido actualizado por IPC, desde el momento del pago hasta la fecha en la que se efectúe el nuevo.

El artículo 44 de la Ley 100 de 1993, establece que: ".. Además de estas dos normas, es importante tener en cuenta el Decreto 1507 de 2014, mediante el cual se determina como de uso obligatorio el Manual único de Calificación de Invalidez, el cual es la herramienta técnica que contiene los criterios a tener en cuenta para la calificación de pérdida de capacidad laboral y es allí en donde se encuentran los argumentos para controvertir los dictámenes emitidos por las diferentes instancias, si alguna de las partes interesadas no está de acuerdo, con la calificación emitida. Así mismo, se recomienda Tener en cuenta la Sentencia C425 de 2005 del Magistrado Dr. JAIME ARAUJO RENTERIA, que declara inexecutable el parágrafo 1o del artículo 1° de la Ley 776 de 2001, relacionado con las preexistencias, estableciendo que la calificación de pérdida de capacidad laboral se debe realizar de manera integral, es decir, teniendo en cuenta todas las patologías que aparecen diagnosticadas en la historia clínica, del trabajador.

¿Qué es el proceso de Revisión de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral?

Es el conjunto de actividades que deben realizar las diferentes instancias que tienen competencias en este proceso, para tomar la decisión respecto al porcentaje de pérdida de capacidad laboral, que tiene una persona con discapacidad, independientemente del origen de las enfermedades que se la generan.

Estas actividades son: en el caso de Revisión de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, la lectura y análisis de la historia clínica del trabajador, reportes, valoraciones o exámenes médicos periódicos y en general, los que puedan servir de prueba para justificar la severidad de las condiciones de salud, que le generan la discapacidad y minusvalía, en términos de una calificación porcentual de pérdida de capacidad laboral, en concordancia a las disposiciones del Decreto 1507 de 2014, el cual determina como de uso obligatorio el Manual único de Calificación de Invalidez Por último, después de la lectura y análisis de la información, y la verificación de las condiciones de salud del trabajador, debe proyectar el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral, con la fundamentación de hecho y de derecho, que tuvo en cuenta para la calificación realizada y en el formato de dictamen, adoptado como de uso obligatorio mediante el Decreto 1971 de 1999.

¿Quiénes tienen las competencias de calificar la pérdida de capacidad laboral?

Respuesta: Con el propósito de garantizar a las partes interesadas, el derecho a controvertir, bajo los principios de equidad, imparcialidad y justicia en un debido proceso, aportando las pruebas que se quieran hacer valer y que puedan incidir en la decisión de los equipos calificadores de las instancias, en este proceso, aplica las mismas instancias que realizaron la calificación inicial de pérdida de capacidad laboral. De acuerdo al artículo 52 de la Ley 962 de 2005, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Administradora de Riesgos Laborales (ARL), en primera oportunidad, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez en primera instancia y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez en segunda y última Instancia. Conforme al artículo 5° del Decreto 2463 de 2001, las entidades de Seguridad Social (EPS, AFP y ARL) deben, disponer de un equipo interdisciplinario compuesto por un médico con

experiencia mínima específica en medicina laboral de un (1) año, un médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años y un profesional diferente a las áreas de la medicina con formación en áreas afines a la salud laboral, con una experiencia relacionada de dos (2) años". A sí mismo este mismo Decreto en su artículo 12, dispone que las Juntas de Calificación de Invalidez, deben estar integradas por: Dos (2) Médicos con título de especialización en Medicina Laboral, Medicina del Trabajo o Salud Laboral, con una experiencia específica de 5 años o con 7 años de experiencia específica en alguna de estas disciplinas para quienes no acrediten los estudios de especialización correspondientes; Un (1) Psicólogo o Terapeuta Físico u Ocupacional con título de especialización en Salud Ocupacional y experiencia específica de 5 años de experiencia específica en alguna de esas disciplinas para quienes no acrediten los estudios de especialización correspondientes y un (1) Abogado con título de especialización en Derecho Laboral en Salud Laboral o Seguridad Social y 5 años de experiencia en alguna de esas disciplinas o 7 años de experiencia específica en alguna de ellas para quienes no acrediten el título de especialización.

11. PAGO DE HONORARIOS A LAS JUNTAS REGIONALES Y NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

Recibirán de manera anticipada por la solicitud de dictamen, sin importar el número de patologías que se presenten y deban ser evaluadas, el equivalente a un (1) salario mínimo mensual legal vigente de conformidad con el salario mínimo establecido para el año en que se radique la solicitud, el cual deberá ser cancelado por el solicitante. El incumplimiento en el pago anticipado de honorarios a las Juntas de Calificación de Invalidez por parte de las entidades Administradoras de Riesgos Laborales y empleadores, será sancionado por las Direcciones Territoriales del Ministerio del Trabajo. El no pago por parte de las demás entidades será sancionado por la autoridad competente. Cuando la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúe como perito por solicitud de las entidades financieras, compañías de seguros, éstas serán quienes deben asumir los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez. En caso que la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúe como perito, por solicitud de autoridad judicial, los honorarios deberán ser cancelados por quien decreta dicha autoridad.

En el evento que el pago no se realice oportunamente, la Junta Regional de Calificación de Invalidez informará de tal hecho al juez quien procederá a requerir al responsable del pago, sin que sea posible suspender el trámite de dictamen.

En los casos en que la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúe como perito en los términos previstos en el Código de Procedimiento Penal, su gestión no generará honorario alguno. Cuando las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actúen como segunda instancia en los casos de los educadores y servidores públicos de Ecopetrol, serán el Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio o Empresa Colombiana de Petróleos, quienes asumirán los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Si la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúa como perito por solicitud del inspector de trabajo del Ministerio del Trabajo, los honorarios serán asumidos por parte del empleador. Cuando el pago de los honorarios de las Juntas Regional y/o Nacional de calificación de invalidez hubiere

sido asumido por el interesado, tendrá derecho al respectivo reembolso por parte de la entidad que conforme al resultado del dictamen le corresponda asumir las prestaciones ya sea la Administradora de Riesgos Laborales, o Administradora del Sistema General de Pensiones, en

caso que el resultado de la controversia radicada por dicha persona, sea a favor de lo que estaba solicitando, en caso contrario, no procede el respectivo reembolso.

A los integrantes de las Juntas de Calificación de Invalidez les está prohibido exigir cualquier otro tipo de remuneración por los dictámenes proferidos, así como recibir directamente el pago de los honorarios, so pena de incurrir en sanciones conforme lo establece el Código Disciplinario Único, contenido en la Ley 734 de 2002. Los honorarios de las juntas corresponderán a un (1) salario mínimo mensual legal vigente' por cada dictamen solicitado, sin importar el número de patologías que se presenten y deban ser evaluadas, del cual un porcentaje será para el pago de honorarios de los integrantes de las Juntas y otro porcentaje a la administración de la Junta.

Luego de terminada la parte gubernativa de los procesos esto quiere decir que cuando se de dictamen por la Junta Nacional de Invalidez, este ya no tendrá apelación, por lo tanto, el paso a seguir por el afiliado al sistema de

seguridad social es iniciar un proceso ordinario para lo cual debe ir acompañado de un abogado.

12. PROCESO ORDINARIO:

Los procesos de calificación se dan inicialmente desde la parte gubernativa, esta etapa se da hasta en el momento que califica la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, ya que contra este dictamen no hay apelación, solo se puede interponer una demanda ordinaria para lo cual el afiliado se debe acompañar de un abogado.

13. BIBLIOGRAFIA:

Decreto-Ley 019 de 2012 Ley 776 de 2002 Decreto-Ley

019 de 2012 Decreto 1352 de 2013 Decreto 2644 DE

1994 Ley 1562 de 2012 Decreto 1507 de 2014.