



**Caracterización de los Casos de COVID-19 evaluados por controversia en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia (2020-2023) y Comparación de los aspectos normativos del COVID como Enfermedad Laboral en Países Hispanoamericanos**

José Albeiro Aguirre Castaño

Andrea Ocampo Uribe

Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Asesora

Mónica Lucia Soto Velásquez, Doctor (PhD) en Epidemiología

Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez  
Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Medellín, Antioquia, Colombia

2024

Cita	Aguirre Castaño y Ocampo Uribe (1)
Referencia	(1) Aguirre Castaño JA, Ocampo Uribe A. Caracterización de los registros de casos con COVID-19 evaluados por controversia en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquía entre los años 2020 y 2023 y comparación de los aspectos normativos del COVID como enfermedad laboral en los países de habla hispana de la región de las Américas [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo, Cohorte XXX.



Seleccione biblioteca, CRAI o centro de documentación UdeA (A-Z)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano:** Edwin Ronaldo González Marulanda.

**Jefe departamento:** Luz Mery Mejía Ortega.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## Contenido

Lista de tablas .....	5
Siglas, acrónimos y abreviaturas .....	8
Glosario de términos .....	10
Resumen .....	11
Abstract .....	13
1. Planteamiento del problema y problema de investigación .....	15
2. Justificación .....	17
3. Objetivos .....	19
3.1 Objetivo general .....	19
3.2 Objetivos específicos. ....	19
4. Hipótesis .....	20
5. Marco teórico .....	21
5.1 COVID-19 (SARS-CoV-2): .....	21
5.2 Panorama normativo de la calificación de la pérdida de capacidad laboral en Colombia:.....	22
5.3 Panorama normativo de la calificación de origen en Colombia:.....	24
6. Marco Institucional .....	26
7. Dimensión ética .....	28
8. Metodología .....	30
8.1 Diseño:.....	30
8.2 Fuentes secundarias de información .....	30
8.3 Criterios de selección.....	30
8.3.1 De los registros .....	30
8.3.2 De la normativa .....	30

8.4 Muestra y muestreo: .....	31
8.4.1 Cuántos registros y de qué periodo .....	31
8.4.2 Cuántas normativas y de qué periodo.....	31
8.4.3 Forma de obtención y análisis de los datos encontrados.....	31
9.    Resultados.....	36
9.1 Desarrollo del objetivo número 1 .....	36
9.2 Desarrollo del objetivo número 2 .....	46
9.3 Desarrollo objetivo número 3 .....	54
9.3.1 Aspectos importantes de los baremos en 12 países de habla hispana en la región de las Américas:.....	55
9.3.2 Primera respuesta normativa frente al COVID 19 en los países analizados: .	60
9.3.3 El COVID - 19 como enfermedad laboral en los baremos de los países hispanoamericanos. ....	62
9.3.4 Línea de tiempo entre la expedición de la normativa definiendo origen del COVID 19 con respecto a la expedición de las normas promulgadas como primera medida para hacer frente a la Pandemia: .....	66
10 Discusión .....	68
11 Conclusiones .....	71
12. Recomendaciones en seguridad y salud en el trabajo .....	72
Referencias .....	73
Anexos .....	86

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Fases de vacunación, establecidas por MinSalud Colombia contra el COVID-19 durante el año 2021 .....	22
<b>Tabla 2.</b> Distribución de frecuencia de los Casos COVID-19 en trabajadores de la salud en Colombia periodo 2020-2023. ....	22
Tabla 3. Variables utilizadas para el análisis de 300 registros que reposan en la JRCIA relacionados con el COVID 19 correspondientes al periodo 2020-2023. ....	33
Tabla 4. Variables utilizadas para obtener la información normativa relacionada con el COVID – 19 en los países de habla hispana en la región de las Américas. ....	34
Tabla 5. Variables utilizadas como criterio de análisis de la información normativa encontrada en los países de habla hispana de la región de las Américas, relacionada con el COVID – 19.....	34
<b>Tabla 6.</b> Clasificación de 300 casos de COVID-19 según tasa de mortalidad y variables asociadas. JRCIA 2020-2023. ....	39
<b>Tabla 7.</b> Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral y sus principales variables registradas. JRCIA 2020-2023. ....	49
<b>Tabla 8.</b> Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral, origen y deficiencias. JRCIA 2020-2023.....	52
<b>Tabla 9.</b> Resultados de la información normativa relacionada con el COVID -19 encontrada en 19 países de habla hispana en la región de las Américas.....	55
<b>Tabla 10.</b> Baremos de pérdida de capacidad laboral encontrados en 13 de 19 países de habla hispana en la región de las Américas. ....	57
<b>Tabla 11.</b> Estructura del componente de roles contenidos en los baremos de PCL de 13 de 19 países de habla hispana de la región las Américas.....	60
<b>Tabla 12.</b> Normas expedidas declarando Estados de Excepción a raíz del COVID – 19 en 18 de 19 países de habla hispana en la región de las Américas.....	62
<b>Tabla 13.</b> Tablas de enfermedades laborales y COVID – 19 como enfermedad laboral en 15 de 19 países de habla hispana de la región de las Américas.....	66
<b>Tabla 14.</b> Línea de tiempo entre declaratoria de emergencia por COVID – 19 y norma que se refirió a su origen en 8 de 19 países de habla hispana de la región de la Américas.....	66

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Distribución de 300 casos de COVID-19 según ciclo de vida, sexo y sector económico. JRCIA 2020-2023.....	36
<b>Figura 2.</b> Distribución de 300 casos de COVID-19 según motivo de calificación, sexo y sector económico. JRCIA 2020-2023. ....	37
<b>Figura 3.</b> Distribución de 300 casos de COVID-19 por la entidad calificadora en primera oportunidad. JRCIA 2020-2023. ....	37
<b>Figura 4.</b> Distribución de 300 casos de COVID-19 según método de confirmación diagnóstica. JRCIA 2020-2023. ....	38
<b>Figura 5.</b> Distribución de 300 casos de COVID-19 por sector económico según tasa de mortalidad. JRCIA 2020-2023. ....	39
<b>Figura 6.</b> Distribución de 300 casos de COVID-19 según síntomas y signos por sector económico y total de signos y síntomas iniciales registrados. JRCIA 2020-2023. ....	40
Figura 7. Distribución de 300 casos de COVID-19 según síntomas y signos iniciales registrados. JRCIA 2020-2023. ....	41
<b>Figura 8.</b> Distribución de 175 casos de COVID-19 del sector salud con base en el año, motivo y tipo de oficio. JRCIA 2020-2023.....	41
<b>Figura 9.</b> Distribución de 175 casos de COVID-19 con base en número de casos por entidades y tipo de oficio. JRCIA 2020-2023.....	42
<b>Figura 10.</b> Distribución de 175 casos de COVID-19 sector salud con base en prueba diagnóstica. JRCIA 2020-2023. ....	43
<b>Figura 11.</b> Distribución de 175 casos de COVID-19 según síntomas referidos por ciclo de vida. JRCIA 2020-2023.....	44
<b>Figura 12.</b> Distribución de 175 casos de COVID-19 según síntomas referidos por sexo. JRCIA 2020-2023. ....	45
<b>Figura 13.</b> Distribución por calificador en primera oportunidad e instancia que controvierte en 125 casos de sectores económicos diferentes a salud. JRCIA 2020-2023. ....	46
<b>Figura 14.</b> Distribución por calificador en primera oportunidad e instancia que controvierte en 175 casos del sector salud. JRCIA 2020-2023. ....	47
<b>Figura 15.</b> Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por ARL en 1ª oportunidad y el empleador es el que controvierte. JRCIA 2020-2023.....	48

<b>Figura 16.</b> Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por EPS en 1ª oportunidad y la ARL es la que controvierte para todos los sectores. JRCIA 2020-2023. ....	48
<b>Figura 17.</b> Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por EPS en 1ª oportunidad y la ARL es la que controvierte para el sector salud no asistencial. JRCIA 2020-2023. ....	48
<b>Figura 18.</b> Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por EPS en 1ª oportunidad y la ARL es la que controvierte para los casos del sector salud asistencial. JRCIA 2020-2023. ....	49
<b>Figura 19.</b> Distribución de la normativa relacionada con el COVID - 19 según 19 países analizados de habla hispana en la región de las Américas. ....	54

## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>AFP</b>	Administradora de Fondos de Pensiones
<b>ARL</b>	Administradora de Riesgos Laborales
<b>CISO</b>	Comisión Internacional de Salud Ocupacional
<b>CIF</b>	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
<b>COVID</b>	Coronavirus disease
<b>EPS</b>	Entidades Promotoras de Salud
<b>JRCIA</b>	Junta Regional de Invalidez de Antioquia
<b>MECGI</b>	Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez
<b>MMM</b>	Mejoría Médica Máxima
<b>MUCILO</b>	Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>SRL</b>	Sistema de Riesgos Laborales

**SST** Seguridad y Salud en el Trabajo

**PCL** Pérdida de Capacidad Laboral

**UdeA** Universidad de Antioquia

## Glosario de términos

**Coronavirus:** Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, en personas y animales. Los virus se transmiten entre animales y de allí podrían infectar a los humanos. A medida que mejoran las capacidades técnicas para detección y la vigilancia de los países, es probable que se identifiquen más coronavirus (1) .

**Baremo:** “Instrumento que contiene unos criterios y tablas de evaluación a los cuales se le ha asignado un porcentaje en términos de pérdida de capacidad laboral” (2).

**Impedimento físico:** De acuerdo a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), el término ‘impedimento físico’ significa que una persona tiene una condición física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades más importantes de su vida o que existe un registro de este tipo de impedimento o se considera que un individuo tiene tal condición (3).

**Calificación en primera oportunidad:** La calificación en primera oportunidad es el procedimiento técnico científico mediante el cual se establecen las limitaciones funcionales derivadas de las condiciones en salud, que permite determinar el origen de la contingencia y la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, el grado de invalidez, la fecha de estructuración y el de revisión de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional por parte de las entidades autorizadas para realizarla\_(4).

## Resumen

**Antecedentes:** El manejo médico legal del COVID-19 no fue homogéneo en América. En Colombia se decretó como enfermedad laboral directa para los y las trabajadoras de la salud, no obstante, para los trabajadores de otros sectores económicos debía establecerse el nexo causal. Esta situación llevó a controversias en la calificación, que debieron resolverse en las Juntas de Calificación de Invalidez. **Objetivo:** Caracterizar los casos de COVID-19 evaluados por controversia en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia\_JRCIA durante los años 2020 - 2023, y comparar los aspectos normativos del COVID-19 en hispano América. **Método:** Enfoque empírico analítico, descriptivo. Se revisaron características demográficas, clínicas, de la calificación de origen, pérdida y de controversia en 300 dictámenes anonimizados de la JRCIA relacionada con el COVID – 19 en el periodo 2020-2023. Para 19 países de América se analizaron normas constitucionales, jurisprudenciales, leyes, decretos, resoluciones, acuerdos, baremos, códigos, dictámenes, reglamentos, boletines administrativos, procedimientos y normas técnicas, tesis de grado, libros, disponibles para acceso en internet. **Resultados:** El 93% de las calificaciones en primera oportunidad las realizaron las ARL, en 83% las controversias fueron iniciadas por empleadores y trabajadores, en 91% fueron por origen, en 58,3% fueron sobre trabajadores del sector salud y en 100% los casos fueron calificados por la JRCIA como laborales. Al igual que en Colombia, en 12 de los 18 países con baremos o manuales de calificación de pérdida de capacidad laboral, no regularon aspectos particulares por COVID – 19. Solo en Colombia y otros cuatro países, COVID- 19 se reguló como laboral directa para el sector salud. **Conclusiones:** La normativa colombiana a diferencia de la de otros países de Hispano América, garantizó el derecho a la salud y el trabajo de las y los trabajadores en relación con la enfermedad laboral por COVID-19. La sociedad civil ha apropiado este derecho y la JRCIA posibilitó su materialización aplicando en sus decisiones la normativa específica sobre COVID-19 y la general sobre la carga de la prueba para enfermedades laborales. **Términos clave:** enfermedad laboral, COVID -19, región de las Américas,

Junta de Calificación de Invalidez, controversia a la calificación de pérdida de capacidad laboral, Medicina laboral, Medellín, Colombia.

## Abstract

**Background:** The medico-legal handling of COVID-19 was not uniform across the Americas. In Colombia, COVID-19 was declared a direct occupational disease for healthcare workers. However, for workers in other economic sectors, the causal link had to be established. This situation led to disputes in the classification that had to be resolved by the Disability Rating Boards. **Objective:** To characterize the COVID-19 cases reviewed due to disputes by the Regional Disability Rating Board of Antioquia (JRCIA) during the years 2020 - 2023, and to compare the regulatory aspects of COVID-19 in Spanish-speaking America. **Method:** An empirical analytical, descriptive approach was used. The demographic, clinical, origin classification, loss, and dispute characteristics of 300 anonymized JRCIA opinions related to COVID-19 from the period 2020-2023 were reviewed. For 19 American countries, constitutional norms, case law, laws, decrees, resolutions, agreements, scales, codes, opinions, regulations, administrative bulletins, procedures and technical standards, theses, and books available online were analyzed. **Results:** 93% of the initial classifications were conducted by ARLs, 83% of disputes were initiated by employers and employees, 91% of disputes were about the origin of the disease, 58.3% of the cases involved healthcare workers, 100% of the cases were classified by the JRCIA as work-related. Similar to Colombia, in 12 of the 18 countries with scales or manuals for assessing loss of work capacity, no specific aspects for COVID-19 were regulated. Only in Colombia and four other countries was COVID-19 regulated as a direct occupational disease for the health sector. **Conclusions:** Unlike other countries, Colombian regulations ensured the right to health and work for workers regarding occupational disease due to COVID-19. Civil society has embraced this right, and the JRCIA facilitated its realization by applying specific COVID-19 regulations and general guidelines on the burden of proof for occupational diseases in its decisions. **Key terms:** Occupational disease, COVID-19, Americas region, Disability Rating Board, Dispute on loss of work capacity classification, Occupational medicine, Medellín, Colombia.

---

## Introducción

La infección por COVID-19 surgió en diciembre de 2019 en Wuhan, China, propagándose de manera súbita y rápida, lo que obligó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declararla como emergencia de salud pública de importancia internacional en enero de 2020 y como pandemia en marzo del mismo año. Aunque en mayo de 2023 se dio por finalizada la emergencia sanitaria internacional, el COVID-19 persiste en la sociedad, agregando complejidad al abordaje médico-legal debido a su presunto origen profesional o laboral y a su impacto en la calidad de vida particularmente la laboral, por las incapacidades frecuentes y prolongadas y el deterioro en el desempeño en el trabajo.

Desde 2020 en Colombia, se decretó el origen laboral directo del COVID-19 y sus secuelas para los trabajadores de la salud asistenciales, no así para los demás oficios. Para estos últimos ha sido necesario establecer la relación de causalidad, lo que generó la necesidad de solicitar a las instancias correspondientes la determinación del origen y del porcentaje de pérdida de capacidad laboral (PCL), llevando a diferencias en las decisiones y suscitando controversias en la calificación, afectando a las personas trabajadoras, quienes además de enfrentar el COVID-19, debieron afrontar este proceso médico-legal.

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia (JRCIA) fue una de las instancias que dirimió las controversias para COVID-19 durante el periodo 2020-2023. Esto motivó la realización de su descripción y análisis comparativo con las normas regulatorias en los países de habla hispana de la región de las Américas, con el fin de reconocer el cumplimiento del Decreto 676 de 2020 (5), que definió al COVID-19 como enfermedad laboral directa para el personal de la salud, y de contribuir con información para la toma de decisiones tendientes a lograr el cumplimiento de la normativa nacional, toda vez que a la fecha no se han realizado investigaciones al respecto.

---

## 1. Planteamiento del problema y problema de investigación

Durante el periodo 2020-2023, la JRCIA conoció una serie de casos relacionados con el COVID-19, los cuales llegaron allí por controversia presentada frente a las calificaciones realizadas en primera oportunidad. Si bien es cierto, en principio esta situación se encuentra dentro de la normalidad debido a que una de las funciones de las juntas regionales de calificación de invalidez es conocer de los casos que llegan por controversia frente a las calificaciones emitidas en primera oportunidad, llamó la atención que varios de los casos estaban relacionados con personal de la salud, sector que por normativa nacional tiene definida la enfermedad del COVID-19 como de origen laboral de manera directa, Decreto 676 de 2020 (5), lo cual significa que una vez confirmada la enfermedad las ARL están en la obligación, sin discusión alguna, de asumir las prestaciones asistenciales y económicas a que haya lugar a favor de estos trabajadores, y ante dicha situación, compartiendo la preocupación del médico calificador cabe preguntarse acerca de ¿por qué estos casos llegaron a dicha instancia?.

La anterior inquietud toma mayor fuerza si se tiene en cuenta que la finalidad de las juntas de calificación es la evaluación técnico-científica del origen y el grado de pérdida de la capacidad laboral de aquellas personas que hacen parte del sistema general de seguridad social (6), basada en principios rectores que rigen su actuación como el debido proceso, la eficiencia, la eficacia, la economía y la celeridad, y en la adecuación de las decisiones que toman a las disposiciones del manual único de calificación de invalidez o las normas que lo modifiquen o adicionen (7).

Ahora bien, es importante señalar que el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral en Colombia, además del manual de calificación, se encuentra integrado por otras herramientas, entre las que se encuentran las tablas de enfermedades laborales, las cuales permiten realizar la determinación del origen, mismas que en la actualidad están contenidas en el Decreto 1477 de 2014 (8) adicionado por el Decreto 676 de 2020 (5) que incluyó el COVID -19 como enfermedad laboral directa para los trabajadores del sector salud.

Por su parte es importante señalar que en Colombia las Administradoras de Fondos de Pensiones AFP, las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP-, hoy ARL

y las Entidades Promotoras de Salud EPS, tienen la competencia para determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y el origen de las contingencias (9), así mismo, las Juntas Regionales y la Nacional de Calificación son las únicas competentes para resolver en primera y segunda instancia respectivamente, las controversias que se presenten en relación a los dictámenes emitidos en primera oportunidad (10).

Consecuente con todo lo anterior, resulta importante dar cuenta de las características clínico-epidemiológicas, demográficas y de modo de ocurrencia para comprender las controversias de los casos de COVID-19 evaluados en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquía durante los años 2020-2023 y de realizar un estudio comparativo a nivel normativo en los países de habla hispana de la región de las Américas debido a las diversidades que se pueden encontrar en estas legislaciones, las cuales de una u otra manera puedan contribuir al abordaje de esta problemática en Colombia, que se reitera tiene que ver con el desconocimiento de lo ordenado en la normatividad vigente actualmente en Colombia que establece la enfermedad del COVID-19 como enfermedad profesional directa para el personal de la salud, de ahí que para los propósitos del presente trabajo se busque responder al siguiente interrogante:

¿Qué características clínico-epidemiológicas, demográficas, de modo de ocurrencia y de la controversia presentaron los casos de COVID-19 evaluados en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia durante los años 2020-2023 y que diferencias y similitudes se presentan en los aspectos normativos del COVID-19 en los países de habla hispana de la región de las Américas?

---

## 2. Justificación

El personal de la salud en Colombia fue quien de primera mano le hizo frente a los efectos de la Pandemia declarada por el COVID-19 a través de la atención a todas las personas que resultaron contagiadas por este virus exponiendo, en muchos casos, su propia vida, aunque no siempre las consecuencias fueron tan devastadoras, no obstante su salud si resultó afectada a tal punto de requerir atenciones médicas y reconocimiento de prestaciones económicas por parte del Sistema de Seguridad Social Integral.

En vista de lo anterior y de que estas personas debido a la labor desempeñada se estaban enfermando, fue una de las razones para que se expidiera el Decreto 676 de 2020(5), que incluyó el COVID-19 como enfermedad laboral directa para los trabajadores de la salud, mediante el cual se buscó que las ARL fueran responsables del reconocimiento de los derechos de estas personas, no obstante, de conformidad con la información obtenida de parte de un médico calificador de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, tal parece que al menos en los casos conocidos en esta entidad por controversia en el periodo 2020-2023 relacionados con el COVID-19, lo dispuesto en la norma mencionada no se está cumpliendo porque en dicha dependencia en el periodo referido se conocieron casos de este tipo de trabajadores.

En virtud de lo anterior se justificó la realización de este trabajo porque en el evento de comprobarse el desconocimiento de la mencionada norma, estos trabajadores estarían viéndose sometidos a una injusticia, porque además de la carga del COVID-19 como enfermedad biológica, estarían asumiendo una serie de imposiciones sociales y económicas que por ley no les corresponde.

Como aporte para los estudiantes que realizaron este trabajo está el aprendizaje que se obtuvo sobre la enfermedad del COVID-19 y sus posibles secuelas, así mismo, en relación al marco normativo que regula su proceso de calificación y determinación del origen en los países de habla hispana de la región de las Américas, lo cual de una u otra manera, puede llegar a ser un referente consultable para futuros estudios y propuestas de cambio en el proceso de calificación actual en Colombia acerca de este problema en salud, especialmente en la determinación del origen.

Teniendo en cuenta que el deber ser de la Seguridad y Salud en el Trabajo es brindar protección a la salud de los trabajadores, al visibilizar la injusticia por el no acatamiento de la norma en relación con los trabajadores de la salud, se podrá contribuir a la toma de decisiones que busquen la materialización de las prestaciones económicas y asistenciales por parte de la entidad de seguridad social obligada a ello.

En lo conlleva a la contribución social, se considera importante este proyecto, ya que es una herramienta orientadora de investigaciones posteriores a través de las cuales se busque día a día la consolidación de criterios claros al momento de la toma de decisiones gubernamentales que busquen la protección de aquellos trabajadores afectados por el COVID-19.

Así mismo, es un instrumento importante de comparación de normativas internacionales, que permite analizar el COVID-19 como enfermedad laboral en países de habla hispana en la región de las Américas, y de este modo proporcione información importante para identificar buenas prácticas y áreas de mejora en la legislación laboral de nuestro país.

Contribuye a una mejor comprensión de cómo el COVID-19 afecta a los individuos en términos de discapacidad y sus implicaciones laborales.

Se constituye en un documento de apoyo para la toma de decisiones que en diferentes niveles o escenarios busquen el acatamiento de la norma que define al COVID-19 como una enfermedad laboral directa para los trabajadores de la salud en Colombia.

En conclusión, la investigación propuesta no solo buscó caracterizar los casos de COVID-19 en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquía, sino también proporcionó una perspectiva comparativa que podría contribuir a propuestas de cambio en la legislación que sobre el tema objeto de estudio existe no solo en Colombia sino a nivel de la región de las Américas.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Caracterizar los casos de COVID-19 evaluados por controversia en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia JRCIA durante los años 2020 - 2023, y comparar los aspectos normativos del COVID-19 en hispano América.

#### **3.2 Objetivos específicos.**

- i. Describir la frecuencia y características sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas en una serie de registros de casos de COVID-19 evaluados por controversia en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquía durante los años 2020 - 2023.
- ii. Analizar las causas de la controversia y su solución en una serie de registros de casos de COVID-19 evaluados en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquía durante los años 2020 - 2023.
- iii. Comparar el marco normativo de calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de origen del COVID -19 en los países de habla hispana de la región de las Américas.

#### **4. Hipótesis**

Los casos que llegaron a la JRCIA en el periodo 2020-2023 por COVID -19 fueron por controversia frente a la determinación del origen.

Los casos que llegaron por controversia a la JRCIA en el periodo 2020-2023 por COVID-19 NO se relacionaron con trabajadores del sector salud.

En los países de habla hispana en la región de las Américas, existe regulación en materia de calificación de pérdida de capacidad laboral relacionada con el COVID-19.

En los países de habla hispana en la región de las Américas, el COVID -19 para los trabajadores del sector salud se encuentra definido como una enfermedad laboral directa.

---

## 5. Marco teórico

### 5.1 COVID-19 (SARS-CoV-2):

Los coronavirus forman parte de la familia Coronaviridae y fueron identificados por primera vez en los años 60, siendo causantes de resfriados comunes e infecciones respiratorias leves. En términos de gravedad, los coronavirus epidémicos SARS-CoV y MERS-CoV surgieron en 2002 y 2012, respectivamente y en diciembre de 2019, apareció en Wuhan, China, el SARS-CoV-2, responsable de la pandemia de COVID-19. (11).

El COVID-19 se manifiesta con diversos síntomas que van desde infecciones leves del tracto respiratorio superior hasta dificultades respiratorias agudas. Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos, disgeusia, hiposmia, disnea y fatiga. (12) La infección puede afectar otras partes del cuerpo, considerándose una enfermedad sistémica aguda (13). Puede desencadenar secuelas que varían según la etapa de vida: primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14-26 años), adultez (27-59 años) y persona mayor (60 años o más) (14).

En encuestas realizadas en España (15) y otros 56 países en 2020, se identificaron alrededor de 200 síntomas diferentes asociados al post-COVID-19, tales como fatiga, tos seca, pérdida de gusto y olfato, dificultades de atención y memoria, ansiedad, taquicardia, coágulos, encefalitis y parálisis muscular. Según García (13), existe una diferenciación entre secuela y COVID persistente: la secuela produce una nueva patología, mientras que el COVID persistente implica la prolongación de los síntomas habituales de la enfermedad.

La vacunación contra el COVID-19 no solo previene la infección, sino que también puede modificar el curso de la enfermedad y sus secuelas. (16) En Colombia, el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 se llevó a cabo en dos fases durante 2021, con la primera fase clasificando en tres etapas que incluyeron al personal de salud y apoyo logístico, así como a técnicos y epidemiólogos (17), La segunda fase se dividió en dos etapas, ejecutadas según la información del Ministerio de Salud, como se presenta en la tabla 1.

**Tabla 1.** Fases de vacunación, establecidas por MinSalud Colombia contra el COVID-19 durante el año 2021

FASE 1-2021			FASE 2-2021	
<i>Etapa 1</i>	<i>Etapa 2</i>	<i>Etapa 3</i>	<i>Etapa 4</i>	<i>Etapa 5</i>
1.453.432,00	6.620.274,00	9.325.861,00	8.436.318,00	15.750.703,00
17/02/2021	8/03/2021	22/05/2021	17/06/2021	17/07/2021

Fuente elaboración propia

El síndrome COVID-19 ha alcanzado cifras históricas, con aproximadamente 668.613.487 personas infectadas y 6.713.586 muertes a nivel mundial. (18). A pesar de que el 5 de mayo de 2023 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), vigente desde el 30 de enero de 2020, los efectos del COVID-19 siguen presentes y representan una amenaza continua para la salud global. Brotes de nuevas variantes y sus consecuencias mantienen a la población en alerta. (19), Aunque para finales de 2022 se registró la tasa más baja de mortalidad, la OMS previó picos y oleadas de contagio por la subvariante de Ómicron para el año en curso (20).

El sector de la salud, uno de los más afectados por la pandemia, es de especial interés en este análisis. A continuación, se presentan los resultados de los casos de trabajadores de la salud diagnosticados con COVID-19 en Colombia y en el departamento de Antioquia durante los años 2020-2023. (21).

**Tabla 2.** Distribución de frecuencia de los Casos COVID-19 en trabajadores de la salud en Colombia periodo 2020-2023.

FECHA	COLOMBIA	ANTIOQUIA
27/02/2020 - 31/12/2020	51.048	13.927
01/01/2021 – 31/12/2021	21.347	9.668
01/01/2022 – 31/12/2022	9.171	5.275
01/01/2023 – 31/12/2023	0	0

Fuente: Instituto Nacional de Salud

## 5.2 Panorama normativo de la calificación de la pérdida de capacidad laboral en Colombia:

En primer lugar, la Constitución Política de 1991 en su artículo 13 establece como mandato para el Estado Colombiano la protección de aquellas personas que por diversas

---

razones se encuentran en situación de debilidad manifiesta, el cual concordado con el artículo 48 de esta misma obra que regula el derecho fundamental a la seguridad social constituyen, junto con otras normas de igual jerarquía, el soporte sobre el cual descansa el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral en Colombia (22).

Siguiendo esta misma línea, la Ley 100 de 1993 en su artículo 41 se refiere a la calificación del estado de invalidez y a la herramienta con la cual se logra su materialización cual es, el Manual Único para la Calificación de la Invalidez, así como a las entidades competentes para realizar la calificación en primera oportunidad, esto es, las Administradoras de Fondo de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Laborales y las Entidades Promotoras de Salud, designando además a las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, como las entidades legitimadas para resolver las controversias que en primera y segunda instancia, respectivamente, se presenten en contra de las decisiones de quienes realizaron la calificación en primera oportunidad (23), por su parte, el artículo 42 de esta norma define la naturaleza de dichas Juntas de Calificación.

Ya para el año 2012 se expidió la Ley 1562 de 2012 (24) la cual a través del artículo 16 se refirió a la naturaleza, administración y funcionamiento de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, aspectos que también fueron regulados por el Decreto 1352 de 2013 (25).

En este orden de ideas, nos encontramos con el Decreto 019 de 2012 el cual en su artículo 142 reguló el procedimiento a través del cual se debe llevar a cabo la calificación (9); continuando con esta línea de tiempo en el año 2014 se profirió el Decreto 1507 de 2014 (26) que consagra el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional implementado en Colombia y aplicable en la actualidad, como última norma importante expedida sobre la materia se encuentra el Decreto 1072 de 2015 Único Reglamentario del Sector Trabajo en el cual se recopiló toda la normatividad existente en materia de calificación de pérdida de capacidad laboral, definiéndose en su artículo 2.2.5.1.4. (27) la naturaleza jurídica de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez y a partir del artículo 2.2.5.1.33. (28). el procedimiento para llevar a cabo la calificación ante estas entidades.

### **5.3 Panorama normativo de la calificación de origen en Colombia:**

En relación con el procedimiento para la calificación del origen lo primero que ha de manifestarse es que no se encuentra definido dentro del Manual de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional.

Hecha la anterior aclaración, es importante señalar que en relación con el tema de la calificación del origen de la enfermedad el artículo 2.2.5.1.27. del Decreto 1072 de 2015 (29) atribuyó la competencia a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) para llevar a cabo el procedimiento de determinación de origen, por su parte, el artículo 142 del Decreto 019 de 2012 (9) también se refirió a este asunto agregando que en este caso estas entidades realizaban la calificación en primera oportunidad.

En relación con este tema, se trae a colación la Resolución 2569 de 1999 (30) del Ministerio de Salud que reglamentó el proceso de calificación de origen de los eventos de salud en primera instancia, indicando, entre otras cosas, que para determinar el origen profesional de una enfermedad se debe sustentar en la historia clínica y en los antecedentes laborales de la persona y que cuando hay factores de riesgo inherentes a una tarea u oficio no es necesario establecer nexo causal con el factor de riesgo, según lo preceptuado en su artículo 7, en consonancia con lo definido en el artículo 3 del Decreto 1477 de 2014 (8) al hacer relación a la determinación de la causalidad, lo cual se complementa con lo dispuesto en el artículo 2 de esta misma norma al señalar que en los casos en 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.

Ahora bien, una herramienta fundamental para realizar la calificación de origen es la tabla de enfermedades laborales a través de la cual se determina si una enfermedad puede ser catalogada como profesional, ya sea de manera directa o por nexo causal.

Al respecto en Colombia continua vigente, aunque con modificaciones parciales al incluirse el COVID -19 como una enfermedad laboral directa para los trabajadores del sector salud (5), la tabla de enfermedades profesionales regulada a través del Decreto

1477 de 2014 (8), cuya estructura da cuenta de dos grupos de patologías, por un lado, aquellas catalogadas como enfermedades laborales directas y por el otro, las pertenecientes al conjunto de enfermedades clasificadas por grupos o categorías.

Para concluir, resulta importante tener en cuenta que según el artículo 4º de la Ley 1562 de 2012 (24), la enfermedad laboral es aquella que es 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 y establece que el Gobierno Nacional determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales.

---

## 6. Marco Institucional

Las juntas de calificación de invalidez en Colombia, entre las que se encuentra la JRCIA cumplen un papel preponderante en la sociedad ya que con sus decisiones, las cuales plasman a través de los dictámenes que emiten, están desarrollando el mandato constitucional consagrado en el artículo 47 de la Constitución Política de Colombia de 1991 (31), consistente en el deber que tiene el Estado de brindar protección especial a quienes se encuentran en situación de debilidad manifiesta, encontrándose en este grupo aquellas personas que son atendidas en dichas entidades en busca de la resolución de una controversia relacionado con una calificación de pérdida de capacidad laboral y/o de origen que deviene de las juntas calificadoras que actúan en primera oportunidad.

Es así como en desarrollo de dicho mandato constitucional a través de la Ley 100 de 1993 en su artículo 41(23) se le dio la competencia a las Juntas Regionales de Calificación para calificar en primera instancia la pérdida de capacidad laboral, el estado de invalidez y determinar su origen, además se les atribuyó, al igual que a sus miembros, responsabilidad solidaria en relación con los dictámenes que lleguen a producir algún perjuicio a los afiliados a la Sistema de Seguridad Social Integral.

Por su parte, en consonancia con esa responsabilidad solidaria a los miembros de las juntas regionales de calificación se les exige actuar respetando los principios constitucionales de buena fe, debido proceso, igualdad, moralidad, eficiencia, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad, integralidad y unidad, con ética profesional (7).

Ahora bien, bajo el entendido de que una de las funciones de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia es decidir en primera instancia las controversias sobre las calificaciones proferidas en primera oportunidad relacionadas con origen y la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional y la fecha de estructuración (32) resulta importante entender que una controversia, como su nombre lo indica es una inconformidad que presenta un sujeto que ha sido calificado ante la misma entidad que profirió el dictamen por no encontrarse de acuerdo ya sea con el origen, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral o la fecha de estructuración, para que el caso sea evaluado

por su superior jerárquico, es decir, por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez en primera instancia (9).

Adicional a lo anterior, tratándose de calificación de origen de una enfermedad laboral, para que la controversia pueda ser conocida por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia se exigen unos requisitos mínimos, a saber:

El Formato Único de Reporte de Enfermedad Laboral (FUREL), o el que lo sustituya o adicione, debidamente diligenciado por la entidad o persona responsable, o en su defecto, el aviso dado por el representante del trabajador o por cualquiera de los interesados; evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso o retiro. Si el empleador no contó con alguna de ellas deberá reposar en el expediente certificado por escrito de la no existencia de la misma, caso en el cual la entidad de seguridad social debe informar esta anomalía a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo para la investigación y sanciones a que hubiera lugar; contratos de trabajo, si existen, durante el tiempo de exposición e información ocupacional con descripción de la exposición ocupacional que incluyera la información referente a la exposición a factores de riesgo (33).

## 7. Dimensión ética

El presente proyecto tuvo como fin evaluar expedientes de personas con reporte de afectaciones en su estado de salud por COVID -19, por ende se veló por la integridad, respeto y manejo adecuado de su historial clínico, el cual al ingresar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, se convirtió en un expediente administrativo, que contó con el aval y firma de consentimiento informado de cada persona para ser estudiado en pro de brindar una evaluación con criterios objetivos y de promoción de su bienestar y el de los demás.

El material evaluado fueron dictámenes que se encuentran en custodia por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, los cuales contienen las autorizaciones pertinentes derivadas para fines investigativos, teniendo inmerso el consentimiento informado, criterio principal requerido para este tipo de análisis.

Para hacer buen uso de los datos:

1. Se evaluó el cumplimiento de los requisitos establecidos por las normas que regulan la ética en la investigación, entre ellos el Código Internacional de Ética para los profesionales de la salud ocupacional con actualización en el año 2002, elaborado por la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (CISO), el cual hace énfasis en la independencia y autonomía del profesional de seguridad y salud en el trabajo y la confidencialidad en el ejercicio de sus funciones.

En concordancia con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, específicamente en el artículo 5 que nos indica “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (34). Como también el artículo 6, el cual puntualiza la importancia de contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

2. La asesora del presente trabajo tiene experiencia y formación en ética de la investigación y estuvo revisando la conducción ética del mismo.
3. Los dictámenes evaluados se encuentran en anonimato con sus respectivas autorizaciones y privacidad de resultados.

De este modo se aseguró el buen manejo de los datos sensibles, con sus respectivas autorizaciones y consentimientos informados, se desarrolló el proyecto con privacidad y confidencialidad, para así obtener resultados que cumplan con la ética de la investigación.

Declaratoria de conflicto de interés: Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés en relación con este estudio. La investigación fue realizada de manera independiente y no recibió financiamiento de ninguna organización o entidad que pudiera influir en los resultados.

---

## 8. Metodología

### 8.1 Diseño:

Enfoque empírico analítico, cuantitativo, observacional, descriptivo de fuente secundaria.

### 8.2 Fuentes secundarias de información

1. Registros en base de datos de los expedientes que fueron calificados por la JRCIA durante los años 2020-2023
2. Normas contenidas en bases de datos públicas pertenecientes a los países de habla hispana de la región de las Américas.

### 8.3 Criterios de selección

#### 8.3.1 De los registros

Como criterio de selección, se eligieron los expedientes que tienen diagnóstico inicial como referente a la CIE 10: U071 ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA DEBIDO AL NUEVO CORONAVIRUS SARS-COV-2 o U072 COVID-19, VIRUS NO IDENTIFICADO (DIAGNÓSTICO INCONCLUSO O NO CONFIRMADO AUN), los cuales sumaron un total de 589 dictámenes, posteriormente de estos se tomó una muestra a conveniencia de 300 dictámenes. Para iniciar se realizó prueba piloto a 5 expedientes del total para evaluar viabilidad de variables y el tiempo que requiere cada prueba, la cual se realizó directamente en las instalaciones de la Junta Regional de Calificación de invalidez de Antioquia, en los equipos disponibles siguiendo los protocolos del Archivo General de la Nación que se debieron cumplir para poder acceder a la información ya que por la Ley General de Archivos los expedientes no pueden salir de la custodia de la Junta.

#### 8.3.2 De la normativa

Para desarrollar este trabajo se realizó la búsqueda de la información requerida a través de las páginas web gubernamentales y privadas de Colombia y del resto de países de habla hispana de la región de las Américas, en total sumaron 19 países, los cuales fueron identificados a través del buscador Google. Una vez seleccionados los países objeto de la investigación de conformidad con el objetivo específico propuesto se hizo

---

una análisis acerca de qué tipo de datos se debían recolectar llegando a la conclusión de que, se necesitaba indagar, en primer lugar, por los baremos o manuales de calificación existentes en su última versión, en segundo lugar, fue necesario acopiar las actuaciones normativas proferidas en cada país como primera medida de respuesta para defenderse del COVID – 19, a través de los cuáles se declararon estados de excepción o emergencias sanitarias, en tercer y último lugar, se buscó la información relacionada con las tablas o listados de enfermedades laborales en su última versión existentes en cada nación, así como, las disposiciones o regulaciones que se refirieron al COVID – 19 como enfermedad laboral.

## **8.4 Muestra y muestreo:**

### **8.4.1 Cuántos registros y de qué periodo**

Se evaluaron 300 dictámenes, correspondientes al periodo 2020-2023, clasificados por año de la siguiente manera: 2020: 31, 2021: 203, 2022: 49, 2023: 17.

### **8.4.2 Cuántas normativas y de qué periodo**

Fueron 109 normas de diferente índole, a saber, Constituciones, jurisprudencia, acuerdos, tesis, documentos colgados en las páginas web, leyes, decretos, resoluciones, normas técnicas y procedimientos y baremos, proferidas por diferentes entidades públicas en el periodo comprendido entre 1943 y 2024. Este periodo tan amplio se fue determinando a medida que se iba recolectando la información, por cuanto, hubo países donde la normativa que regula los baremos o las tablas de enfermedades profesionales fueron promulgadas en 1943 y aún permanecen vigentes.

### **8.4.3 Forma de obtención y análisis de los datos encontrados**

Durante el periodo asignado la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquía ha recibido un número considerable de casos relacionados con COVID-19, lo cual es un reflejo del impacto y las implicaciones de la enfermedad a nivel de la población general, en especial de los trabajadores en edad productiva.

Teniendo en cuenta lo previamente dicho, el objetivo se centra en analizar las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas halladas en los respectivos casos.

Así mismo las características clínicas que hacen referencia a la presentación inicial de los síntomas, y la gravedad de la enfermedad, como también las tasas de vacunación como factor importante de disminución en propagación del virus y consecuencias de la enfermedad.

Se presentarán los resultados de este proyecto, con énfasis en los hallazgos más relevantes que contribuyen a la comprensión de la emergencia sanitaria desde una perspectiva en salud pública, manejo de estado y responsabilidad en la seguridad social colombiana.

Adicionalmente sea una contribución también de insumo para la toma de decisiones futuras relacionadas con la inclusión de las secuelas del COVID-19 como objeto de calificación en el Baremo que rige actualmente en Colombia y para lograr el acatamiento de lo preceptuado en la Tabla de Enfermedades Profesionales vigente en cuanto al COVID-19 como enfermedad laboral directa.

Por consiguiente, cada dictamen evaluado cuenta con un número de dictamen asignado, el cual representa la identidad de cada caso.

Se evaluaron 300 dictámenes, los cuales corresponden al 50.9% del número total de solicitudes ingresadas a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquía en los años descritos de estudio.

Como fin principal de análisis es definir su origen entre laboral o común, así mismo en los casos específicos de persistencia de síntomas o presencia de secuelas, se realiza solicitud de valoración de pérdida de capacidad laboral.

A continuación, se describen los hallazgos más relevantes, para posteriormente describir las diferencias que estiman valor entre los sectores económicos.

En la tabla 3 se presentan las variables utilizadas para realizar el análisis de los datos encontrados, a través de los cuales se logró desarrollar los objetivos 1 y 2 del presente trabajo.

Tabla 3. Variables utilizadas para el análisis de 300 registros que reposan en la JRCIA relacionados con el COVID 19 correspondientes al periodo 2020-2023.

Verificación del consentimiento informado
Número del expediente
Motivo de la calificación
Sexo
Fecha de nacimiento
Edad al momento del dictamen
Nivel de escolaridad
Antecedentes de vacunación
Diagnóstico de calificación incluyendo CIE-10
Presencia de infección por COVID 19 previamente
Fecha de inicio de síntomas
Síntomas iniciales
Hospitalizado No/Si (piso, UCE, UCI)
Comorbilidades /Factores de riesgo
Posterior a 6 meses contados desde el día de la infección, persiste algún síntoma
Ocupación
Sector económico
Fecha del dictamen
Motivo de la controversia
Tablas y numerales usados para la calificación
Porcentajes de las deficiencias
Porcentaje rol laboral
Porcentaje autosuficiencia económica
Porcentaje edad
Porcentaje otras actividades
Porcentaje total
Origen
Fecha de estructuración
Fecha declaratoria

Fuente: elaboración propia

En la tabla 4 se presentan las variables utilizadas para recopilar la información necesaria para desarrollar el objetivo 3 del presente trabajo.

Tabla 4. Variables utilizadas para obtener la información normativa relacionada con el COVID – 19 en los países de habla hispana en la región de las Américas.

Baremo/Manual de Calificación	“Instrumento que contiene unos criterios y tablas de evaluación a los cuales se le ha asignado un porcentaje en términos de pérdida de capacidad laboral” (2).
Tabla de enfermedades profesionales	La tabla de enfermedades del trabajo es una herramienta tanto para empresas como para profesionales que contempla las posibles patologías derivadas del desempeño laboral. En ella se incluyen las diferentes tipologías como los trastornos mentales, los cánceres de origen laboral y enfermedades (35).
Declaratoria de emergencia a raíz del COVID 19	Decisión tomada en un país desde lo jurídico para hacerle frente al COVID 19.
COVID 19 como enfermedad laboral	Determinación del origen profesional del COVID 19 ya sea como enfermedad directa o por nexo causal.

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5 se presentan las variables utilizadas para el análisis de la información los datos encontrados para desarrollar el objetivo 3 del presente trabajo.

Tabla 5. Variables utilizadas como criterio de análisis de la información normativa encontrada en los países de habla hispana de la región de las Américas, relacionada con el COVID – 19.

Fuente	Entidad u órgano emisor del baremo.
Nominación/título del baremo	Nombre con que se identifica el baremo.
Fecha del baremo	Fecha en que fue expedido el baremo.
Objetivo general	Lo que se pretendió con la expedición del baremo.
Alcance/ámbito de aplicación	Población destinataria del baremo.
Sumatoria	Método utilizado para obtener el porcentaje final de las secuelas que involucran diferentes deficiencias
Deficiencias	Alteración en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales o mentales de una persona.
Roles o dependencia	Ámbitos o escenarios en los cuales el individuo se desenvuelve, entre los que se encuentra el laboral, social y familiar.
Porcentaje (%) de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL)	Es el resultado final de la calificación de pérdida de capacidad laboral el cual define si una persona se encuentra o no es estado de invalidez.
Fecha de estructuración	Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de

Tabla 5. Variables utilizadas como criterio de análisis de la información normativa encontrada en los países de habla hispana de la región de las Américas, relacionada con el COVID – 19.

	una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional (5).
Fecha de expedición de la tabla de enfermedades profesionales	Se corresponde con la fecha en que la respectiva tabla de enfermedades profesionales fue expedida por la entidad competente.
Origen	Concepto a través del cual se define si una enfermedad es de origen común o laboral.

Fuente: elaboración propia

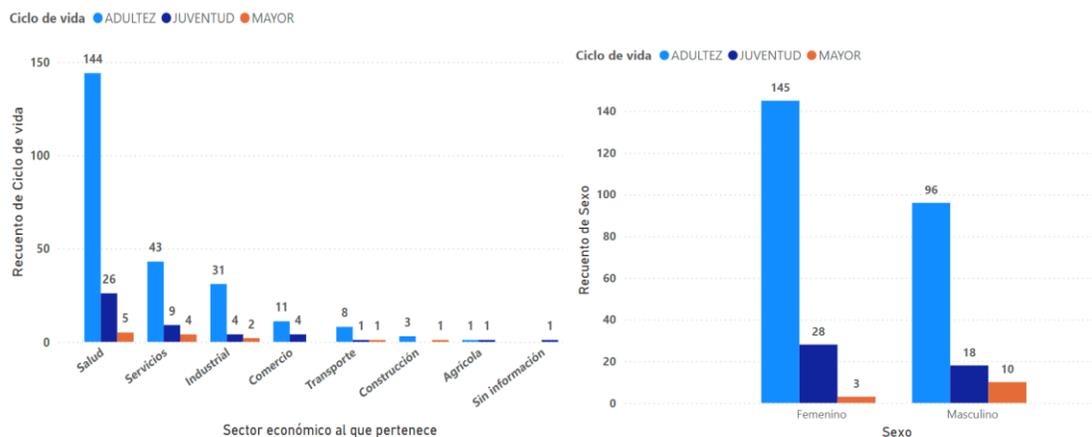
## 9. Resultados

### 9.1 Desarrollo del objetivo número 1

Este objetivo tuvo como fin presentar una descripción de los casos de COVID-19 evaluados por la JRCIA durante el período comprendido entre los años 2020 y 2023.

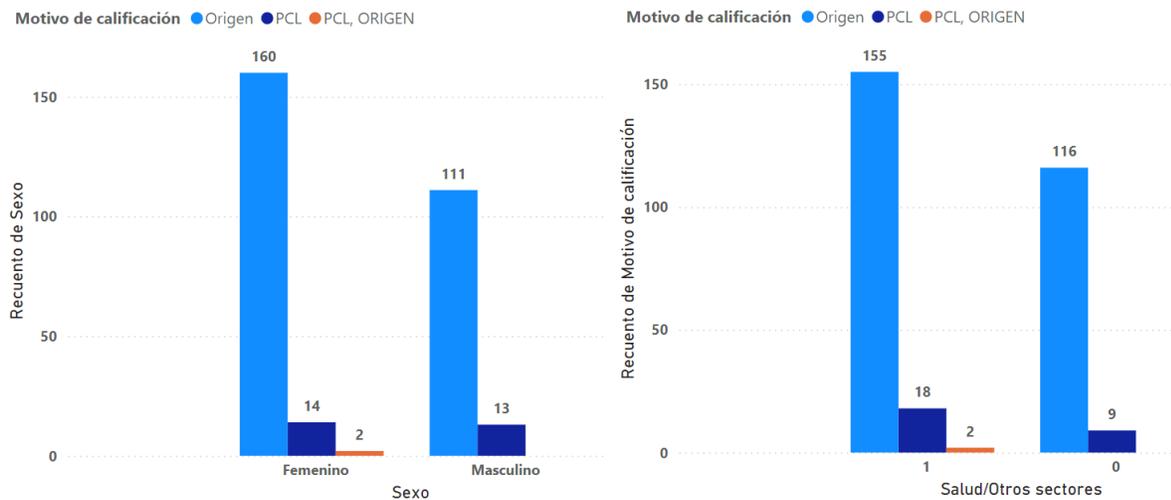
Tal y como se muestra en la Figura 1 se analizaron 300 casos, de los cuales 175 (58,33%) correspondieron al sector salud. Los sectores de servicios, industrial, comercio, transporte, construcción y agricultura aportaron 125 casos.

**Figura 1.** Distribución de 300 casos de COVID-19 según ciclo de vida, sexo y sector económico. JRCIA 2020-2023.



El 58.6% (176) de los casos correspondieron a mujeres trabajadoras, la mayoría de las cuales laboraban en el sector salud (130) y servicios (27). En relación con la distribución de casos por ciclo de vida, 80,33% (241) correspondieron a la etapa de adultez, 15,33% para la juventud y 4,33% para la edad mayor. El mayor porcentaje en edad adulta, se relaciona con el encargo social que se hace a este grupo poblacional de producir, importante para la sostenibilidad económica y social del país y crucial para su desarrollo nacional Figura 2.

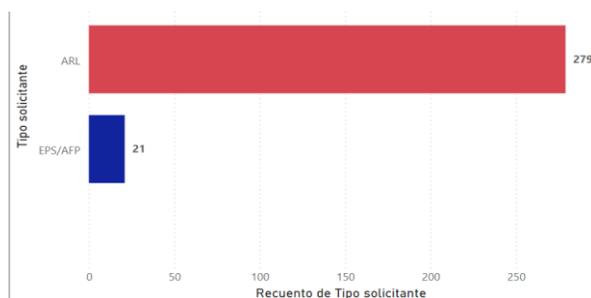
**Figura 2.** Distribución de 300 casos de COVID-19 según motivo de calificación, sexo y sector económico. JRCIA 2020-2023.



Los casos evaluados por la JRCIA fueron por controversia, generada posterior a la calificación en primera oportunidad de origen o pérdida de capacidad laboral. El motivo del ingreso de los 300 casos a la JRCIA se distribuyó así: 89,67% (269) para dirimir controversias por origen, 9,67% (29) para PCL y 0,67% (2) solicitud de origen y PCL. En la figura 2 se presenta su distribución por sexo y la comparación entre sector salud y otros.

La distribución de las entidades solicitantes como calificador en primera oportunidad, fueron en su orden: Administradoras de Riesgos Laborales, Empresas promotoras de Salud y Fondos de Pensiones. Figura 3.

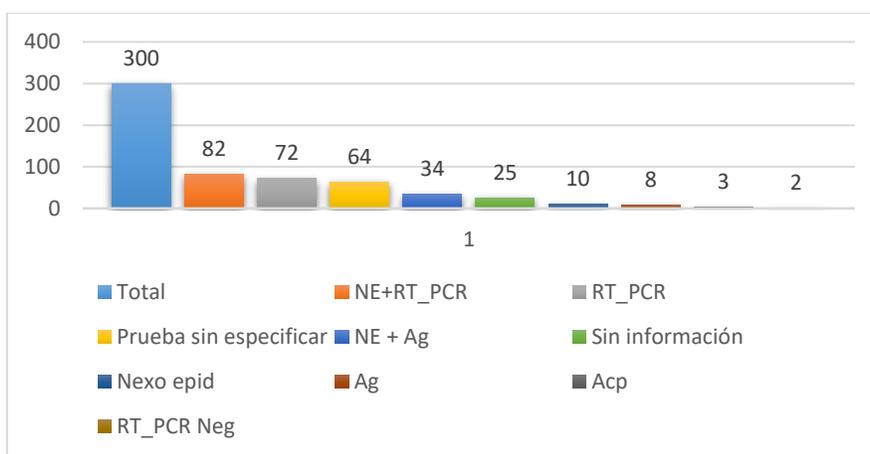
**Figura 3.** Distribución de 300 casos de COVID-19 por la entidad calificadora en primera oportunidad. JRCIA 2020-2023.



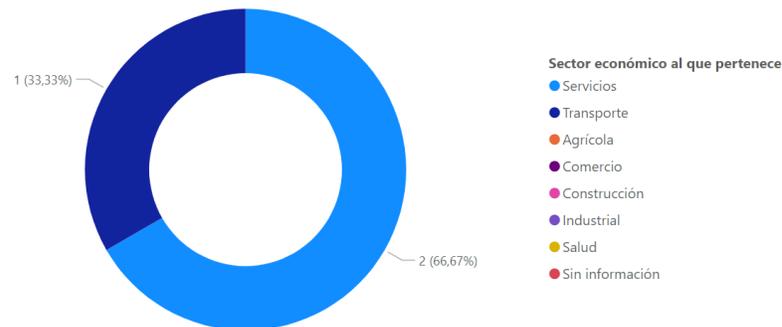
Del total de 300 casos, solo en 16% (48), se registraron antecedentes de vacunación, distribuidos así: en el 2021 se reportaron nueve (9) casos con vacunación, para el año 2022 se reportaron treinta y tres (33) casos y para finalizar, en el 2023 fueron seis (6) casos vacunados.

Los 300 casos analizados fueron registrados con el código CIE-10: U071 COVID-19 Virus identificado, su diagnóstico se realizó mediante diferentes criterios, y en la mayoría de los casos correspondiente al 51,33%, el diagnóstico se realizó con la prueba PCR, como se observa en la figura 4.

**Figura 4.** Distribución de 300 casos de COVID-19 según método de confirmación diagnóstica. JRCIA 2020-2023.



En la figura 5 y en la tabla 6 se describen los tres (3) casos que se identificaron como fallecidos para una proporción del 1%. Dos correspondieron al sector servicios (auxiliar de taquilla en terminal de transporte y guardián de prisión), y uno al sector transporte (conductor de taxi), sin información de vacunación reportada en ellos. En cuanto a los síntomas reportados los 3 casos coinciden en los siguientes: tos y disnea de moderada a severa; con requerimiento de ingreso a UCI, y posteriormente fallecen en centro hospitalario. A la valoración realizada por la JRCIA todos cumplían con criterios para clasificarse como enfermedad de Origen Laboral.

**Figura 5.** Distribución de 300 casos de COVID-19 por sector económico según tasa de mortalidad. JRCIA 2020-2023.**Tabla 6.** Clasificación de 300 casos de COVID-19 según tasa de mortalidad y variables asociadas. JRCIA 2020-2023.

Número de caso	Año ingreso a la junta	Motivo de calificación	Entidad calificador a en 1ra oportunidad	Sexo	Edad	Ciclo de vida	Comorbilidades	Ocupación	Quién controvierte	Calificación final
1	2020	Origen	ARL/Laboral	M	56	Adultez	No	Conductor Taxi	Empleador	Laboral
2	2021	Origen	ARL/Común	F	34	Adultez	No	Auxiliar taquilla (buses)	Usuario	Laboral
3	2023	Origen	ARL/Laboral	F	66	Mayor	Hipertensión arterial	Guardián de prisión	ARL	Laboral

Valorando también como hallazgos relevantes en materia general, la sintomatología reportada, con su respectivo porcentaje, se encuentra resumida en la Figura 6, en la que se observa que, de los 300 dictámenes analizados, 29 fueron reportados como asintomáticos, 89 sin información y los síntomas más frecuentemente reportados en su orden fueron: tos, cefalea, odinofagia, malestar general, congestión nasal, fiebre y mialgias/artralgias. La proporción de casos asintomáticos más baja fue las del sector salud (3,3%), no obstante, en este sector se presentó un 21,26% de registros sin información sobre los síntomas Figuras 6 y 7.

**Figura 6.** Distribución de 300 casos de COVID-19 según síntomas y signos por sector económico y total de signos y síntomas iniciales registrados. JRCIA 2020-2023.

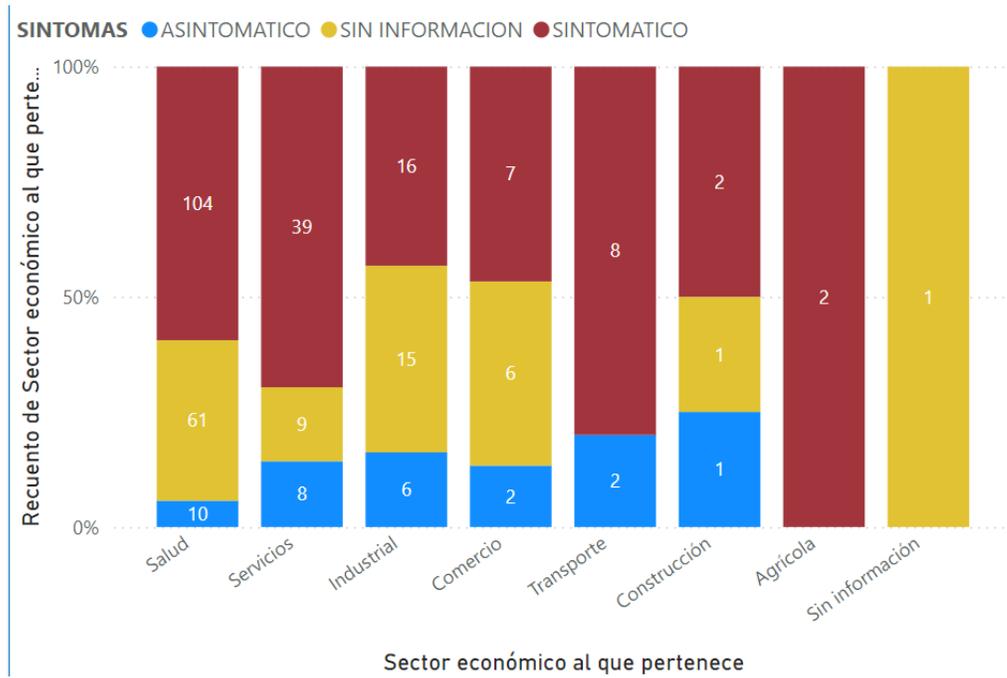
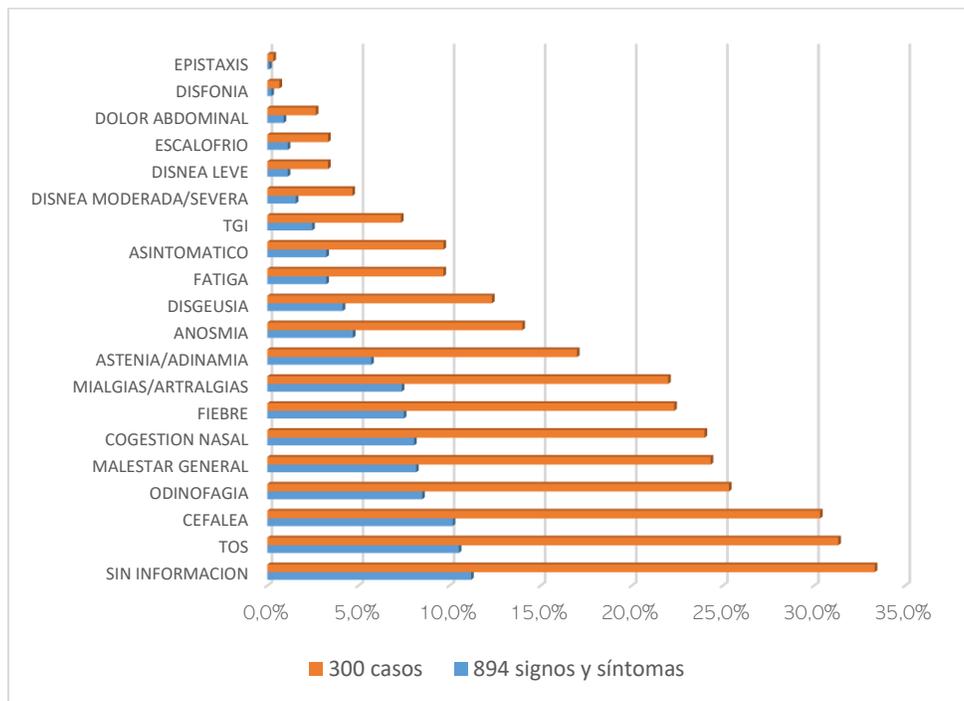
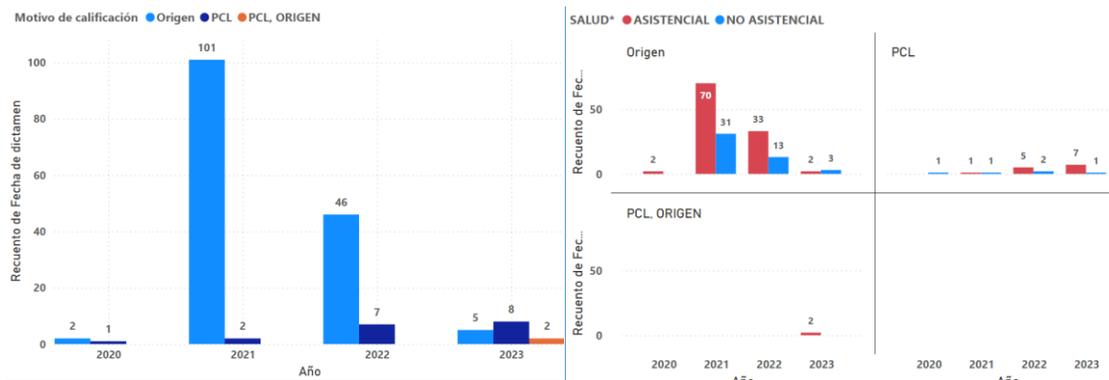


Figura 7. Distribución de 300 casos de COVID-19 según síntomas y signos iniciales registrados. JRCIA 2020-2023.



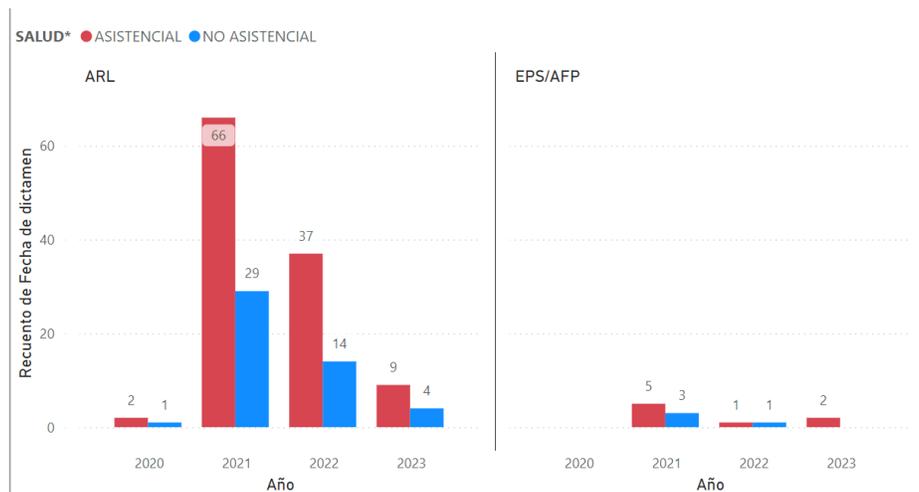
El 58% (175) casos fueron trabajadores del sector salud de los cuales 123 correspondieron a oficios que involucran sustancialmente una relación directa de asistencia a pacientes con COVID-19, para los otros 52 oficios administrativos y técnicos la relación puede requerir o no contacto directo. El año con mayor proporción de casos para calificación por controversia fue el 2021, con distribución similar según oficio asistencial directo o no. Adicionalmente se encontraron 154 casos para determinación de origen, 19 casos de pérdida de capacidad laboral y valoración de ambos, en dos casos, como se observa en la figura 8.

Figura 8. Distribución de 175 casos de COVID-19 del sector salud con base en el año, motivo y tipo de oficio. JRCIA 2020-2023.



Las entidades solicitantes y calificadoras en primera oportunidad fueron mayoritariamente las ARL para los dos tipos de oficio asistencial directa o no y que se resumen en la Figura 9.

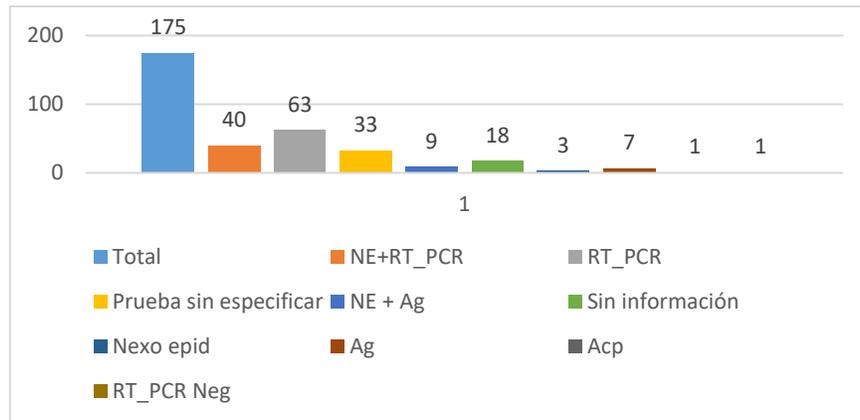
**Figura 9.** Distribución de 175 casos de COVID-19 con base en número de casos por entidades y tipo de oficio. JRCIA 2020-2023.



De 48 casos reportados con el estado de vacunación, 46 fueron del sector salud, entre ellos, con segunda dosis aplicada 39 casos y con dosis de refuerzo 18 casos, reportados a partir del año 2021 cuando se inicia el Plan de Vacunación Nacional.

Se evidencian diferentes métodos diagnósticos para confirmar enfermedad por COVID-19, encontrando en los casos evaluados que la mayoría se realiza por medio de RT-PCR, con un porcentaje del 58,85% con respecto a los demás métodos.

**Figura 10.** Distribución de 175 casos de COVID-19 sector salud con base en prueba diagnóstica. JRCIA 2020-2023.



\*Las siglas se relacionan en la figura 10.

**RT-PCR:** Reacción en cadena de la polimerasa con Transcripción inversa. (Gold)

**NE\_PCR:** Nexo epidemiológico + Prueba antigénica

**NE:** Nexo epidemiológico

**ACP:** Prueba Anticuerpos

**NE\_PCR:** Nexo epidemiológico + Reacción en cadena de polimerasa

**Prueba sin especificar:** Se indica en el dictamen diagnóstico con prueba para COVID-19 positiva sin especificar cuál fue el método utilizado.

**Sin información:** En el dictamen no hubo fuente de información con relación al método diagnóstico.

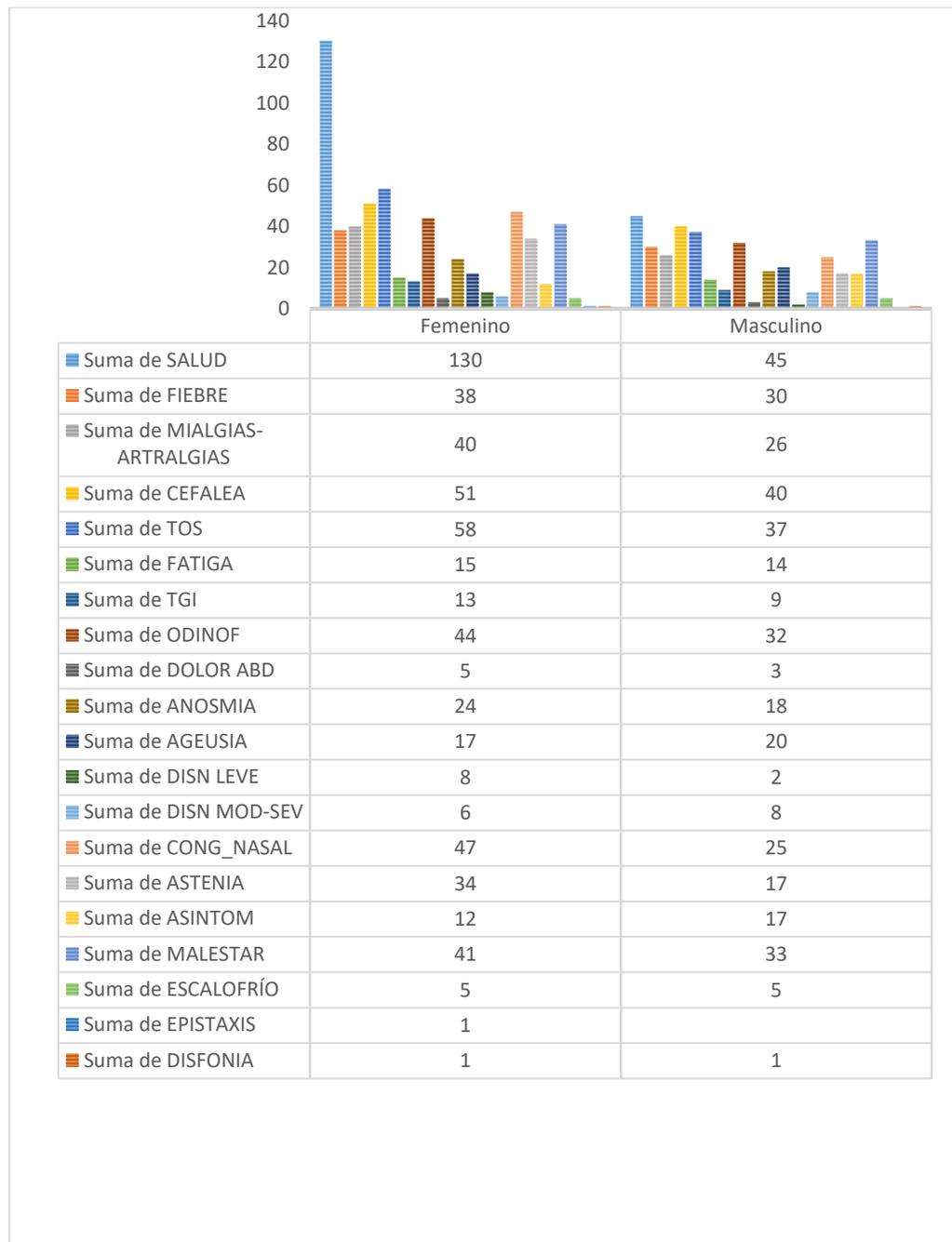
**RT-PCR Neg:** Reacción en cadena de la polimerasa con Transcripción inversa, método referido en 2 casos, en donde no se identificó nexos epidemiológicos laborales confirmados como lo define la norma, uno perteneciente al sector salud desempeñándose como médico, quien no aporta prueba positiva diagnóstica confirmatoria, sin embargo la JRCIA califica origen laboral por síntomas sugestivos de enfermedad por COVID-19 y riesgo biológico laboral directo; adicionalmente un segundo caso, el cual pertenece al sector servicios con cargo de inspector técnico de cadáveres, con prueba negativa, calificado por la JRCIA como origen laboral bajo el argumento de exposición a riesgo biológico brindado por el empleador.

En las figuras 11 y 12 se presenta la información correspondiente a los signos y síntomas reportados por ciclo de vida y por sexo en el sector salud.

**Figura 11.** Distribución de 175 casos de COVID-19 según síntomas referidos por ciclo de vida. JRCIA 2020-2023.



**Figura 12.** Distribución de 175 casos de COVID-19 según síntomas referidos por sexo. JRCIA 2020-2023.



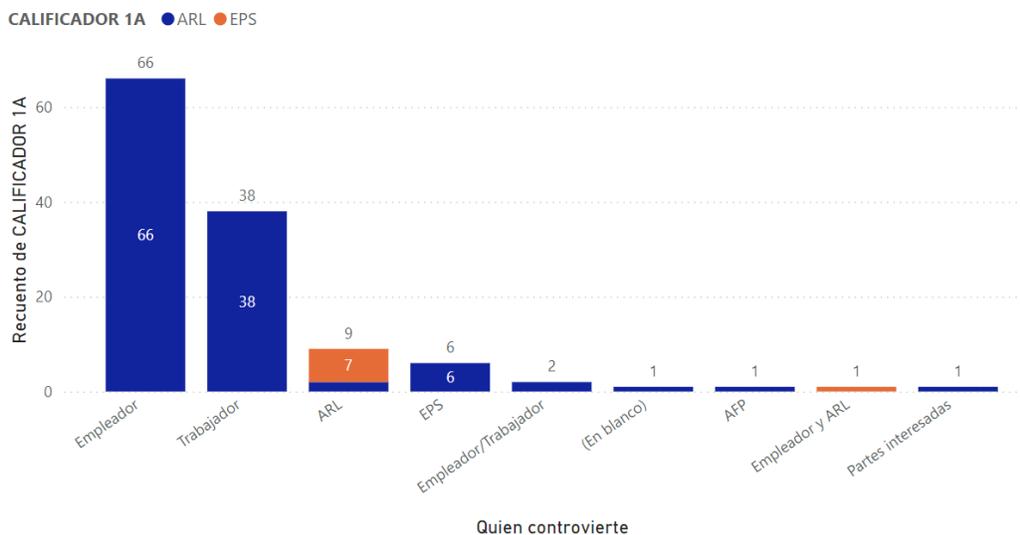
Entre los 175 casos, no se registraron fallecimientos, el antecedente de ingreso hospitalario se identificó en 9 casos, distribuidos de la siguiente manera: 2 casos para determinación de origen, y 7 casos para determinación de pérdida de capacidad laboral, no se determinó en este grupo calificación mayor al 50% que direccionara a pensión por invalidez.

## 9.2 Desarrollo del objetivo número 2

Para iniciar con los hallazgos de este objetivo número 2, es necesario resaltar la importancia del mismo, ya que aporta una descripción de manera objetiva sobre el origen causal de la solicitud a la JRCIA sobre el requerimiento de intervención de estos casos y así mismo determinar cuáles son los principales motivos por lo que las aseguradoras estaban en desacuerdo y conllevó a controversia.

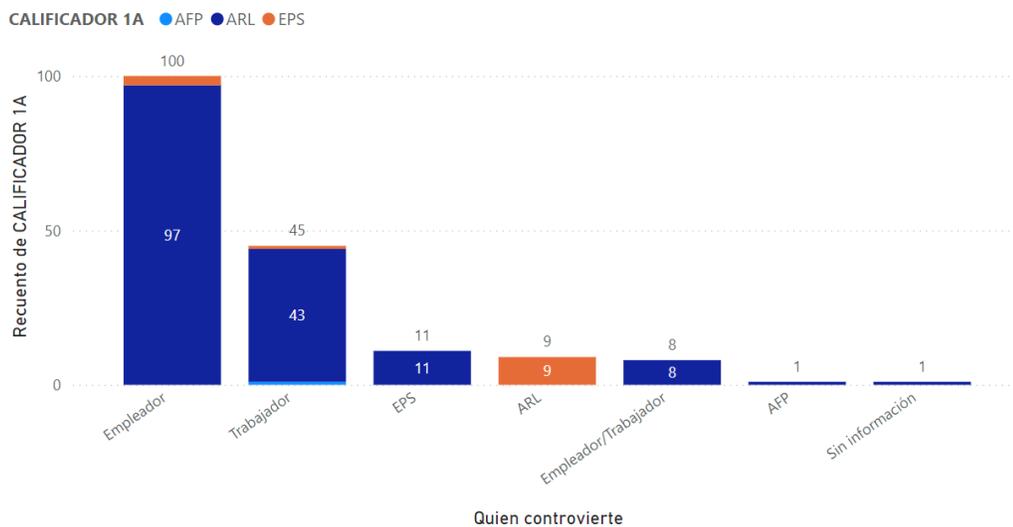
La figura número 13 muestra un análisis de la información en 125 casos de sectores económicos diferentes a salud, en el 71,2% las ARL fueron las entidades que calificaron en primera oportunidad y en 84,8% fueron trabajadores y empleadores que presentaban la controversia mayoritariamente por origen, en los que la ARL no presentaba todas las pruebas para considerar un origen no laboral en medio de una pandemia.

**Figura 13.** Distribución por calificador en primera oportunidad e instancia que controvierte en 125 casos de sectores económicos diferentes a salud. JRCIA 2020-2023.



La figura número 14 se presentan los 175 casos del sector salud, en quienes al igual que para los trabajadores de otros sectores, las ARLS calificaron en primera oportunidad el 92% de los casos, y fueron los trabajadores y empleadores quienes presentaron 87,4% de las controversias, seguidas de las EPS. En nueve casos que fueron calificados por las EPS, las ARL fueron quienes generaron la controversia.

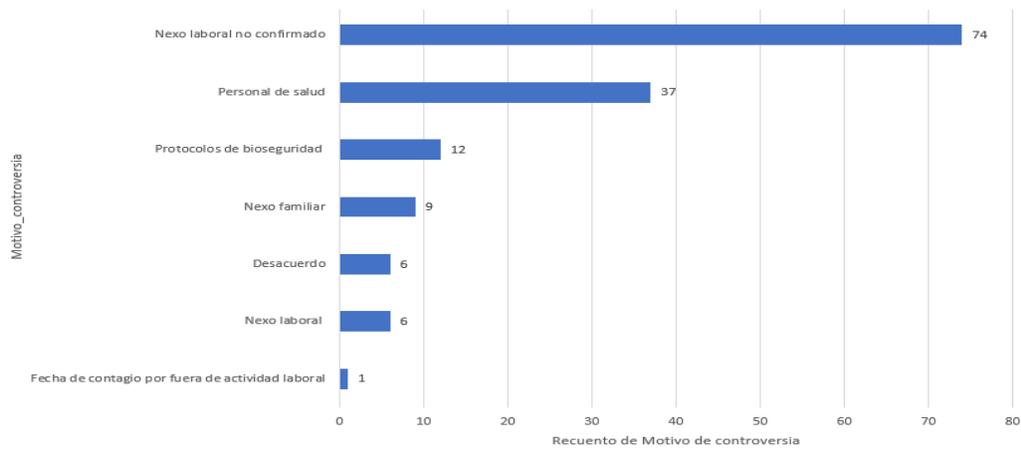
**Figura 14.** Distribución por calificador en primera oportunidad e instancia que controvierte en 175 casos del sector salud. JRCIA 2020-2023.



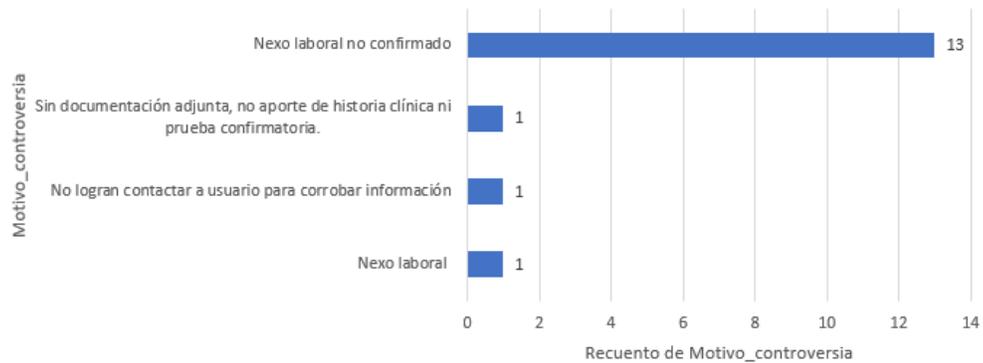
Resulta importante destacar que de acuerdo con los hallazgos encontrados en el presente trabajo el motivo de controversia se constituyó del medio a través del cual, tanto el empleador como los trabajadores elevaron su inconformidad frente a las calificaciones emitidas en primera oportunidad.

El reconocimiento de nexo laboral por quienes controvirtieron la calificación en primera oportunidad, así como el conocimiento de la normativa en relación con la enfermedad laboral directa en el personal de salud en Colombia, fueron las principales motivaciones de la controversia, como se observa en la figura 15. Cuando las EPS calificaron en primera oportunidad, las ARL controvirtieron por falta de pruebas para confirmar el nexo, como se observa en la figura 16 para los casos de todos los sectores y del sector salud asistencial en la figura 17 y no asistencial en la 18.

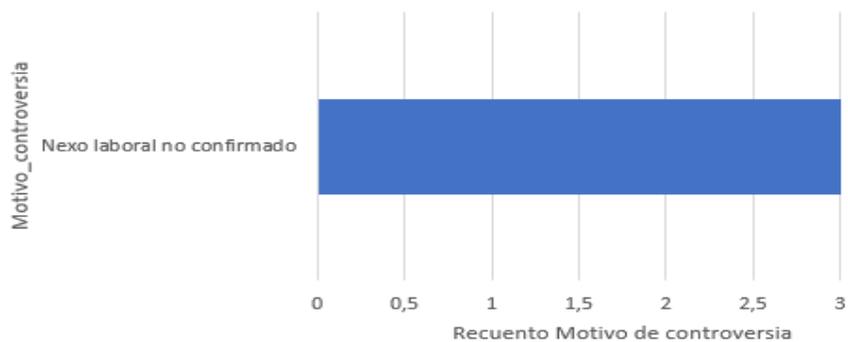
**Figura 15.** Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por ARL en 1ª oportunidad y el empleador es el que controvierte. JRCIA 2020-2023.



**Figura 16.** Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por EPS en 1ª oportunidad y la ARL es la que controvierte para todos los sectores. JRCIA 2020-2023.



**Figura 17.** Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por EPS en 1ª oportunidad y la ARL es la que controvierte para el sector salud no asistencial. JRCIA 2020-2023.



**Figura 18.** Distribución por motivo de controversia, cuando fue calificado por EPS en 1ª oportunidad y la ARL es la que controvierte para los casos del sector salud asistencial. JRCIA 2020-2023.



De 300 casos en 29 la controversia fue por PCL, al comparar estos casos con solo los que solicitaron calificación por origen se encuentra que los primeros fueron siete años mayores en promedio, así 38,41 años (10,88 años) y 45,7 años (11,87 años), no hubo diferencias importantes por sexo: 16 mujeres y 13 hombres, 72,4% y 57,1% del sector salud respectivamente. En 6 de los casos de PCL en los que se obtuvo información inicial del porcentaje, este fue aumentado por la JRCIA en 10,45% (5,73%), en 4 casos no hubo información en los registros para comparar y en los 19 restantes el porcentaje de pérdida coincidió con el inicial de 0%. Los sistemas en los que más se calificaron deficiencias en los 29 casos de PCL fueron en su orden: Deficiencias por Trastornos del Sistema Respiratorio-3, Deficiencias por Alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico-12, Deficiencias por Trastornos Mentales y del Comportamiento-13 y Deficiencia por Alteraciones del Sistema Endocrino-8. Ver tablas 7 y 8.

**Tabla 7.** Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral y sus principales variables registradas. JRCIA 2020-2023.

# de caso	Edad al momento de la solicitud	Vacunación	Síntomas persistentes reportados por el paciente	Sector económico	Ocupación	Calificador en primera oportunidad	Quién Controvierte
1	33	1 dosis	Anemia, trastorno adaptativo, y falla renal	Salud	Médico	ARL	Usuario
2	51	N/A	Síntomas respiratorios	Salud	Audiólogo	EPS	Usuario

**Tabla 7.** Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral y sus principales variables registradas. JRCIA 2020-2023.

3	38	N/A	Trastorno de adaptación post Covid	Salud	Líder de formación y bienestar.	ARL	Usuario
4	62	N/A	Polineuropatías con disminución de la fuerza muscular generalizada, neuropatía de fibras pequeñas, tos seca recurrente, afonía, migrañas generalizadas, presentó infarto cerebeloso durante la hospitalización, con prescripción de uso de bastón como apoyo a la deambulación, disnea a medianos esfuerzos, no realiza desplazamientos superiores a 4 cuerdas continuas, no corre, dificultad para subir y bajar escalas, alteración de la propiocepción a nivel distal en manos y ansiedad	Salud	Médico	ARL	Usuario
6	32	X	Taquicardia ortostática, dorsalgia, ansiedad y depresión	Salud	Auxiliar de enfermería	ARL	Usuario
7	53	X	Fatiga y palpitaciones secundaria a cardiopatía	Salud	Auxiliar de enfermería	ARL	Usuario
8	40	X	Fatiga	Salud	Auxiliar de enfermería	ARL	Empleador
9	50	N/A	Disfonía	Salud	Auxiliar administrativo	ARL	Sin información
10	66	N/A	Cefalea y lumbalgia	Industrial	Oficial en hidro Ituango	ARL	Usuario

**Tabla 7.** Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral y sus principales variables registradas. JRCIA 2020-2023.

11	55	N/A	Cefalea intensa, hemiparesia izquierda y disnea de pequeños esfuerzos	Construcción	Oficial de construcción	ARL	Usuario
12	57	N/A	Agudización patologías de base (DM, migraña, ICT)	Salud	Auxiliar enfermería	ARL	Usuario
13	31	N/A	Síntomas respiratorios	Salud	Auxiliar enfermería	ARL	Usuario
14	45	N/A	Fatiga, taquicardia y disnea	Industrial	Industrial	ARL	Usuario
15	46	N/A	Asintomático	Transporte	Agente de tránsito	ARL	EPS
16	32	2 dosis	Asintomático	Salud	Médico	ARL	EPS
17	42	N/A	Sin información	Servicios	Técnico investigador	ARL	Usuario
18	58	N/A	Sin información	Salud	Auxiliar administrativo	ARL	Usuario
19	62	2 dosis	Disfagia y limitación para la marcha	Servicios	Auxiliar administrativo	ARL	Usuario
20	31	3 dosis	Asintomático	Salud	Auxiliar de enfermería	ARL	EPS
21	29	3 dosis	Asintomático	Salud	Médico	ARL	EPS
22	29	2 dosis	Asintomático	Salud	Odontóloga	ARL	EPS
23	36	N/A	Dermatológicas, mentales y pulmonares	Servicios	Guardián de prisión	ARL	Usuario
24	30	N/A	Paciente indica neurológicos, sin embargo, no cuenta con HC ni reportes objetivos de dicha secuela	Salud	Auxiliar administrativo	ARL	Usuario
25	50	N/A	Depresión, ansiedad. Deterioro cognitivo, demencia y encefalitis de origen autoinmune	Salud	Servicios generales	ARL	Usuario
26	46	2 dosis	Asintomático	Salud	Enfermero	ARL	EPS
27	51	N/A	Sin información	Servicios	Guardián de prisión	ARL	EPS
28	55	N/A	Dolor muscular y laceraciones en fosa nasal	Servicios	Técnico en criminalística	ARL	Usuario

**Tabla 7.** Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral y sus principales variables registradas. JRCIA 2020-2023.

29	43	N/A	Exacerbación síntomas mentales	Salud	Auxiliar de enfermería/Reu	Fondo de pensiones	Usuario
----	----	-----	--------------------------------	-------	----------------------------	--------------------	---------

Fuente: elaboración propia

En la tabla 8 se presentan los resultados obtenidos en la calificación en 29 de 300 casos relacionados con COVID-19, conocidos por la JRCIA en el periodo 2020-2023, especificando porcentaje de pérdida de capacidad laboral, el origen y las deficiencias.

**Tabla 8.** Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral, origen y deficiencias. JRCIA 2020-2023.

# de caso	PCL Inicial	Deficiencias	Capítulos	Tablas	Origen inicial	PCL Total JCRJA	Origen final
1	52,62 %	-Desordenes del tracto urinario superior - Anemia -Diabetes mellitus	5, 7 y 8	5.2, 7.2 y 8.10	Laboral	69,51%	Laboral
2	Sin información	- Disfunción pulmonar - Enfermedad del hígado - Enfermedades de la tiroides -Disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático -Alteración de miembro superior derecho + dominancia, y alteración de miembro superior izquierdo	3, 4, 8, 12 y 14	3.2, 4.10, 8.6, 12.5, 14.5	Común	61,76%	Laboral
3	Sin información	-Trastornos psicóticos (Eje I) -Trastornos adaptativos (Eje I) -Trastornos del humor (Eje I)	13	13.2	Laboral	50,10%	Laboral
4	35,7%	- Disfunción pulmonar -Alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia. - Disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático - Trastorno adaptativos (Eje I)	3, 12 y 13	3.2, 12.1, 12.5 y 13.4	Laboral	50,03%	Laboral
5	15%	-Nervio peroneo derecho -Trastornos de postura y marcha	12	12.16	Laboral	26,7%	Laboral
6	10,55 %	- Arritmias - Disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	2 y 12	2.5 y 12.5	Laboral	19,8%	Laboral
7	5%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	15,30%	Laboral

**Tabla 8.** Clasificación de 29 casos de COVID-19 según pérdida de capacidad laboral, origen y deficiencias. JRCIA 2020-2023.

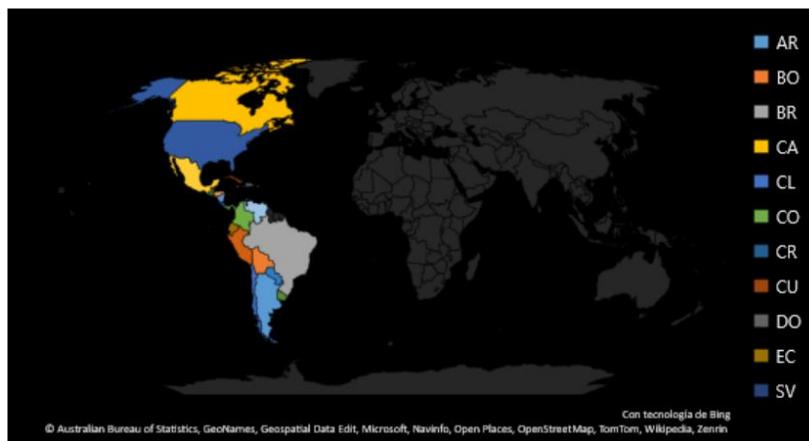
8	Sin información	-Disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	Laboral	12,40%	Laboral
9	7,2%	Disfonía posCovid (tensión fonatoria)	10	10.5	Laboral	7,40%	Laboral
10	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
11	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
12	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
13	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
14	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
15	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
16	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
17	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
18	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
19	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
20	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
21	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
22	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
23	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
24	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
25	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
26	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
27	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
28	0%	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	0%	Laboral
29	Sin información	Deficiencia por disfunción pulmonar	3	3.2	Laboral	Común 37,82% Laboral COVID 0%	Laboral

Fuente: elaboración propia

### 9.3 Desarrollo objetivo número 3

Con respecto a este objetivo se realizó la búsqueda en 19 países de la región de las Américas, en los cuales el español es el idioma Oficial encontrando información completa en México y Colombia, por su parte en Nicaragua no hubo información disponible en internet y en los otros 16 países se encontró información parcial, ahora bien, como se ilustra en el mapa de la Figura 19 y en la Tabla 9.

**Figura 19.** Distribución de la normativa relacionada con el COVID - 19 según 19 países analizados de habla hispana en la región de las Américas.



Fuente: Elaboración propia \*Las siglas se describen en la tabla número 9

**Tabla 9.** Resultados de la información normativa relacionada con el COVID -19 encontrada en 19 países de habla hispana en la región de las Américas.

País	Código ISO	Información completa/parcial	Población (millones)	PIB (USD miles de millones)
Argentina	AR	Parcial	45.38	389.6
Bolivia	BO	Parcial	11.67	40.29
Brasil	BR		212.6	1445.0
Canadá	CA		38.01	1644.0
Chile	CL	Parcial	19.12	283.3
Colombia	CO	Completo	50.88	382.1
Costa Rica	CR	Parcial	5.09	64.28
Cuba	CU	Parcial	11.33	100.0
República Dominicana	DO	Parcial	10.85	94.24
Ecuador	EC	Parcial	17.64	97.81
El Salvador	SV	Parcial	6.49	27.03
Guatemala	GT	Parcial	18.38	85.55
Haití	HT		11.40	14.33
Honduras	HN	Parcial	10.07	26.78
Jamaica	JM		2.97	14.77
México	MX	Completo	126.2	1221.4
Nicaragua	NI	Sin Datos	6.86	12.53
Panamá	PA	Parcial	4.31	66.87
Paraguay	PY	Parcial	7.25	38.98
Perú	PE	Parcial	33.36	203.2
Puerto Rico	PR	Parcial	3.19	104.9
Trinidad y Tobago	TT		1.40	23.81
Estados Unidos	US		331.0	21433.2
Uruguay	UY	Parcial	3.54	56.15
Venezuela	VE	Parcial	28.44	482.4

### 9.3.1 Aspectos importantes de los baremos en 12 países de habla hispana en la región de las Américas:

México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Argentina, Bolivia, Perú, Chile, Uruguay y Colombia conforman el grupo de 12 de los 19 países de habla hispana, en donde se encontraron baremos para calificación de pérdida de capacidad laboral, en los demás países, no fue posible ubicarlos. Los baremos correspondientes a México, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Argentina, Perú y Colombia confluyen en un **objetivo general** consistente en lograr la uniformidad en el proceso de calificación, (Ver Tabla 10). Esto fue un indicativo de la diversidad de criterios utilizados en su momento para llevar a cabo dicho procedimiento, infringiendo principios fundamentales como el de la igualdad conforme al cual todos los seres humanos estamos dotados de los mismos sistemas tanto a nivel orgánico como mental, motivo por el cual no tendría razón de ser tal diferenciación.

---

En los baremos de pérdida de capacidad laboral de ese grupo de 12 países existe coincidencia en las siguientes **deficiencias**, las cuales, no obstante pueden variar en su denominación, se refieren a la misma estructura del ser humano, son ellas, el sistema (impedimento) mental; sistema nervioso; sistema cardiovascular; sistema hematológico e inmunológico (hematopoyético), aunque en Argentina destinan un capítulo aparte para el SIDA; sistema respiratorio; sistema digestivo (denominado en Venezuela como sistema gastro-intestinal, sistema hepático, sistema renal - urológico); sistema endocrino; neoplasias (impedimento neoplásico); sistema genitourinario; sistema visual, oído, nariz, garganta y estructuras relacionadas, las cuales en Colombia se manejan de manera independiente como tres sistemas: sistema visual, sistema auditivo y vestibular y deficiencias por alteraciones del olfato, el gusto, de la voz, del habla y de las vías aéreas (Ver Tabla 10).

México, Costa Rica, Honduras y República Dominicana se refieren a una deficiencia relacionada con el dolor y con la capacidad intelectual límite, discapacidad intelectual, trastornos del desarrollo psicológico y trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y adolescencia. Ahora bien, estos mismos países junto con Colombia consagran una deficiencia referida a las extremidades superiores e inferiores y otra con la columna y la pelvis, catalogadas en Uruguay como estructuras relacionadas con el movimiento, en Argentina como osteoarticular, en Chile como sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo y en Venezuela como sistema musculoesquelético: columna vertebral y pelvis miembros superiores. En tres de los países estudiados, esto es, Guatemala, Bolivia y Uruguay, se incorporaron como deficiencias independientes la reumatología y el retraso mental (Ver Tabla 10).

Por otra parte, se pudo constatar que en los países de Colombia, México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Argentina, Bolivia, Perú, Chile, Uruguay y Venezuela se utiliza la **suma combinada**, para obtener el porcentaje de total cuando se involucran **deficiencias de diferentes sistemas**, en los demás países no se pudo establecer a partir de las fuentes consultadas.

Otro punto importante es el relacionado con el **porcentaje de pérdida de capacidad laboral (PCL)**, que se obtiene al sumar aritméticamente los resultados obtenidos de las deficiencias con los concernientes a los roles, de acuerdo con la

información encontrada en los baremos expedidos en México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Argentina, Bolivia, Perú, Chile, Uruguay, Venezuela y Colombia (Ver Tabla 10).

En relación con la **fecha de estructuración** a pesar de contar con una denominación diferente, tanto en Colombia como en el Salvador coinciden en que esta fecha se corresponde como aquella en la cual se da la declaración de la invalidez al configurarse de manera definitiva el impedimento. En México se define como la fecha de inicio del estado de la invalidez, en virtud de lo cual, si la persona calificada estaba incapacitada, el estado de invalidez comienza al día siguiente al último en que estuvo amparada con certificados de incapacidad o en caso de no estarlo se toma como dicha fecha el día de presentación de la solicitud ante la entidad competente, postura esta última acogida también en Costa Rica. En el caso de Honduras se presentan tres escenarios relacionados con la fecha de estructuración, cuales son, si se está gozando de incapacidad se ubica al día siguiente a la última incapacidad, si no se está incapacitado y no se está laborando se toma la fecha de la presentación de la solicitud que es anterior a la fecha de evaluación por la Comisión Técnica de Invalidez, o si se encuentra trabajando y no está incapacitado se tiene como tal el día siguiente a la terminación de la relación laboral. En lo que respecta a los demás países, a saber, Guatemala, República Dominicana, Argentina, Bolivia, Perú, Chile, Uruguay y Venezuela no fue posible encontrar en los baremos el concepto (Ver Tabla 10).

**Tabla 10.** Baremos de pérdida de capacidad laboral encontrados en 13 de 19 países de habla hispana en la región de las Américas.

País	Baremo de calificación	Ref. de la Norma	Objetivo	Deficiencias	Suma combinada	% PCL Suma aritmética	Fecha estructuración
Colombia	MUCILO	(26)	Si	Si	Si	Si	Si
México	Procedimiento dictaminación invalidez	(36)	No	No	Si	Si	Si
	Norma para dictaminar la invalidez	(37)	Si	No	No	No	No
	Procedimiento para reconocimiento,	(38)	Si	Si	Si	Si	Si

	declaración y calificación grado de discapacidad						
Costa Rica	Código de Trabajo	(39)	No	No	No	No	No
	Ley de Riesgo del Trabajo	(40)	No	No	No	No	No
	Procedimiento para reconocimiento, declaración y calificación grado discapacidad	(38)	Si	Si	Si	Si	Si
El Salvador	Normas Técnicas para la Calificación del Grado de Invalidez y Determinación de Enfermedad Grave o Grave en Enfermedad Terminal	(41)	No	Si	Si	Si	Si
Guatemala	Baremo para la calificación del grado de deficiencia, discapacidad e invalidez	(42)	Si	Si	Si	Si	No
Honduras	Reglamento para la calificación y certificación de la discapacidad	(43)	Si	Si	No	Si	Si
	Acuerdo N. 001-JD-2004 Reglamento de la Comisión Técnica de Invalidez	(44)					
	CIF	(45)					
República Dominicana	Resolución No. 162-03	(46)					
	Manual Evaluación y Calificación grado discapacidad	(47)	No	Si	Si	Si	No
Argentina	Normas para la Evaluación, Calificación y	(48)	Si	Si	Si	Si	No

	Cuantificación del Grado de Invalidez						
Bolivia	Procedimiento para determinar la causa y origen de la invalidez	(49)	No	Si	Si	Si	No
Perú	MECGI	(50)	No	Sí	Si	Si	No
	Evaluación y Calificación de la Invalidez	(51)	Si	No	Si	Si	No
Chile	Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez	(52)	No	Si	Si	Si	No
Uruguay	Normas para la Valoración del Grado de Invalidez	(53)	No	Si	Si	Si	No
Venezuela	Instructivo del Baremo Nacional para la Asignación de Porcentaje de Discapacidad por Enfermedades Ocupacionales y Accidentes de Trabajo	(54)	No	Si	Si	Si	No

Fuente: elaboración propia

Continuando con la exploración de los baremos objeto de análisis, en México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Argentina, Bolivia, Perú, Chile, Uruguay, Venezuela y Colombia se encuentra un componente relacionado con los roles que se refieren a las repercusiones que traen las deficiencias en los ámbitos laboral, familiar y social, lo cual significó un avance importante en materia de calificación al pasar de un baremo meramente anatómico a uno que concibe a la persona como un ser que se relaciona con otros individuos en un plano que va más allá de lo meramente individual. En Nicaragua, Panamá, Cuba, Puerto Rico, Ecuador y Paraguay al no haber sido posible encontrar los baremos, concepto como el anteriormente relacionado no pudo ser analizado (Ver Tabla 11).

**Tabla 11.** Estructura del componente de roles contenidos en los baremos de PCL de 13 de 19 países de habla hispana de la región las Américas

País	Denominación de los roles
Colombia	Título II Rol Laboral, Rol Ocupacional y Otras Áreas Ocupacionales
México y Costa Rica	Baremo de evaluación de las capacidades/limitaciones de la actividad. Baremo de evaluación del desempeño/Restricciones en la Participación y Baremo de evaluación de los Factores Contextuales/Barreras Ambientales
El Salvador	Factores Complementarios de Menoscabo: edad, nivel educacional y empleabilidad
Guatemala	Factores Sociales Complementarios (familiar, económico, laboral, cultural, entorno, edad)
Honduras	Factores Contextuales integrados por dos componentes: factores ambientales y factores personales
República Dominicana	Título II Discapacidad laborativa y Titulo III Discapacidad por alteraciones en el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria AVD
Argentina	Factores complementarios, Edad cronológica, Nivel de educación formal
Bolivia	Título III De las variables dependientes. Capítulo 1: Desempeño Ocupacional en Actividades de la Vida Diaria Capítulo 2: Desempeño en la Ocupación - Trabajo Capítulo 3: Evaluación del desempeño en actividades sociales
Perú	Menoscabo en la actividad productiva y factores complementarios (Edad, grado de instrucción, desempeño labor habitual)
Chile	Para calificar el menoscabo laboral permanente, se opta por el criterio de la capacidad general de trabajo utilizando el método que relaciona los impedimentos físicos con las interferencias que estos producen sobre las AVD. Esto permite establecer la similitud entre las dificultades para la vida diaria con las que tiene el trabajador para desarrollar cualquier trabajo, también comprende los factores complementarios (Edad cronológica - Nivel educacional)
Uruguay	Factores complementarios (edad, tipo de tarea, nivel cultural)
Venezuela	Baremo B evaluación de las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación

Fuente: elaboración propia

### 9.3.2 Primera respuesta normativa frente al COVID 19 en los países analizados:

En 18 países involucrados en el análisis, exceptuando Nicaragua, uno de los primeros actos de gobierno llevados a cabo para hacerle frente a la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero de 2020 a raíz del COVID 19, fue la expedición de normas mediante las cuales se buscó evitar la epidemia por el virus que ya había ingresado a sus territorios y por tanto el colapso de sus sistemas de salud, dichos países fueron: México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Cuba, Puerto Rico, República Dominicana, Argentina, Bolivia, Ecuador, Perú, Chile, Paraguay, Uruguay, Venezuela y Colombia (Ver Tabla 12). Honduras, a diferencia de los otros países, promulgó un decreto presidencial con el mismo fin, a pesar de que para el momento no se habían reportado casos de COVID-19 al interior del país (Ver Tabla 12).

---

Dichos actos de gobierno fueron soportados jurídicamente en normas de rango superior, específicamente en la Constitución de cada país, en cuyo contenido se encuentran regulados los Estados de Excepción los cuales para el presente caso tomaron diferentes denominaciones, tales como, emergencia sanitaria, calamidad pública, alerta sanitaria, estado de emergencia, zona sujeta a control sanitario, estado de alarma y estado de emergencia económica, social y ecológica (Ver Tabla 12). Normativas estas, creadas para hacerle frente a circunstancias que, como su nombre lo indica, son poco frecuentes y le permiten al presidente junto a los miembros de su gabinete ministerial, tomar medidas inmediatas que por su urgencia no soportan la espera del trámite ordinario que debe surtir para su obtención en circunstancias normales y que implican una importante repercusión económica para las arcas públicas, además de la limitación a diferentes derechos fundamentales de las personas en especial el derecho a la locomoción, que, aunque, dicho sea de paso, no fue un común denominador ya que aconteció en tan solo cinco (El Salvador, Guatemala, Ecuador, Republica Dominicana y Colombia) de los diecinueve países estudiados, al menos en estas primeras disposiciones (Ver Tabla 12).

A pesar de la importancia de las normas expedidas solo en seis (Guatemala, Ecuador, Argentina, Puerto Rico, Venezuela y Colombia) de los diecinueve países se evidenció en su texto la obligación de un control posterior por parte de las demás ramas del poder público, como lo son la Rama Legislativa y la Judicial, medida totalmente válida en Estados de Derecho y/o Sociales de Derecho, con excepción de Cuba que tiene un tipo de Estado Socialista, que están contruidos bajo el esquema de una estricta separación de poderes cuya finalidad es precisamente controlar la extralimitación de las facultades otorgadas al órgano ejecutivo al declararse un estado de (Ver Tabla 12). Ahora bien, llama la atención que en República Dominicana el control realizado por parte del Congreso de la República fue previo y se resalta esto porque ante acontecimientos como el vivido con el COVID 19 las decisiones no daban espera, lo cual daría a entender que en dicho país la Rama Legislativa respondió con oportunidad ante la premura acaecida, si se tiene en cuenta que la norma sometida al control previo data del 19 de marzo de 2020, mes éste en el cual fue expedida la norma correspondiente en el resto de países (Ver Tabla 12).

**Tabla 12.** Normas expedidas declarando Estados de Excepción a raíz del COVID – 19 en 18 de 19 países de habla hispana en la región de las Américas.

País	Norma
México	(55)
Costa Rica	(56)
El Salvador	(57)
Guatemala	(58)
Honduras	(59)
Panamá	(60)
Cuba	(61)
Puerto Rico	(62)
República Dominicana	(63)
Argentina	(64)
Bolivia	(65)
Ecuador	(66)
	(67)
Perú	(68)
Chile	(69)
Paraguay	(70)
Uruguay	(71)
	(72)
Venezuela	(73)
Colombia	(74)

Fuente: elaboración propia

### **9.3.3 El COVID - 19 como enfermedad laboral en los baremos de los países hispanoamericanos.**

Debido a la súbita aparición del COVID-19 y a sus devastadores efectos al punto de ser declarada como Pandemia por la Organización Mundial de la Salud, según lo informado a través de diferentes medios de comunicación, tanto nacionales como a nivel internacional, hubo un sector de la población trabajadora que fue objeto de toda la atención hasta el punto de ser considerada como los héroes de la bata blanca o quienes en primera línea le estaban haciendo frente a esta crucial situación; estas referencias son sin lugar a dudas a los trabajadores del sector salud quienes a pesar de contar con los

elementos de protección personal, en muchos casos resultaron vulnerables a dicho riesgo biológico con repercusiones tan serias como la misma muerte ante lo cual, en tratándose de riesgos laborales, la conclusión a la que debería llegarse es que se trata de un evento de origen profesional directo sin que haya lugar a discusión alguna y es precisamente esta afirmación la que se busca confirmar a través del presente trabajo.

#### *9.3.3.1 COVID 19 como enfermedad laboral directa:*

En **Argentina** con la expedición del Decreto 367 de 2020 en su artículo 4 (Ver Tabla 13) se dispuso de manera clara que en tratándose de trabajadores de la salud se considerara que la enfermedad COVID – 19, producida por el coronavirus SARS-CoV-2 guarda relación de causalidad directa e inmediata con la labor efectuada y la excepción esta cuando se logre demostrar lo contrario, algo especial en esta norma es que estableció como término de aplicación hasta 60 días posteriores a la finalización de la vigencia de la declaración de la ampliación de emergencia pública en materia sanitaria, lo cual quiere decir, que una vez cumplido este plazo esta enfermedad dejara de ser considerada como profesional de manera directa.

De igual manera en el **Perú** de conformidad con la Ley No. 31025 del de 2020 en su artículo 1, disposición complementaria sexta (Ver Tabla 13), al señalarse el objeto de la norma se indicó el propósito de incorporar al COVID-19 dentro del listado de enfermedades profesionales de los servidores de la salud y en su disposición complementaria sexta de manera palmaria dispuso “Reconócese la enfermedad causada por el COVID-19 como una enfermedad profesional de los servidores de la salud”.

Por su parte, en **Chile** de manera similar se determinó que en aquellas situaciones de trabajadores que se desempeñan en establecimientos de salud y sean diagnosticados con COVID-19 o determinados como contactos estrechos por la Autoridad Sanitaria, la contingencia debe ser calificada siempre como de origen laboral ya que estas circunstancias objetivas por sí solas permiten confirmar el origen laboral de la enfermedad COVID – 19, de conformidad con el Dictamen 1482 de 2020 (Ver Tabla 13).

En **Uruguay** con la expedición de la Ley No. 19873 el 16 de abril de 2020 (Ver Tabla 13) se ordenó la creación de un registro de personal médico y no médico (personal

---

de limpieza y otros servicios conexos) que desempeñen tareas en las instituciones privadas de asistencia médica y estén expuestos al contagio del SARS-CoV2 ocasionando la enfermedad COVID 19, caso en el cual esta enfermedad será considerada como enfermedad profesional para las personas allí registradas durante el tiempo que abarque la emergencia sanitaria, posteriormente el 06 de abril de 2022 se expidió el Decreto No. 106/022 (Ver Tabla 13) por medio del cual se dejó sin efecto el decreto 93/020, por el cual se declaró el estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus COVID-19 (coronavirus) lo cual significa que con su expedición se dio fin al referido registro y por ende a considerar a la enfermedad de COVID 19 como de origen profesional.

Por último, se hará relación a **Colombia** para decir que este país al igual que los anteriores cuenta con regulación acerca del COVID 19 para establecerlo como una enfermedad directa en el caso de los trabajadores de la salud incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios directos en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad, identificado con código de emergencia CIE – 10 U071 (Virus identificado) U072 (Virus no identificado), de conformidad con lo establecido en el Decreto 676 del 19 de mayo de 2020 (Ver Tabla 13) por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones.

#### *9.3.3.2 COVID 19 como enfermedad laboral por nexos causal:*

Como resultado de la búsqueda se encontró que en **México** recientemente fue expedido por parte del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos un Decreto sin numeración, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 04/12/2023 a través del cual se incluyó dentro de la tabla de enfermedades laborales al COVID – 19 bajo Código CIE -11: RA01 (Ver Tabla 13) para lo cual se tomó como punto de comparación la población en general confrontándola con cuatro grupos de personas que, de acuerdo a su trabajo o ambiente en el que se desenvuelven deben ser considerados con un riesgo contagio que va desde uno muy alto a uno bajo, no obstante, no establece la norma en

---

cual de esos casos el COVID-19 ha de considerarse como una enfermedad profesional directa, como si sucede en Colombia.

En el caso de **República Dominicana** el 29 de junio de 2022 fue expedida la disposición NTC 002 2022 COVID 19 (Ver Tabla 13) por medio de la cual se establecen los criterios para la clasificación de la COVID – 19 como enfermedad profesional (EP) y acceso a los beneficios del Seguros de Riesgos Laborales (SRL) en virtud de lo cual como su nombre lo indica se trató de unos requisitos que deben de cumplirse para que una enfermedad en este caso derivada del COVID – 19 sea considerada como profesional, cuales son, que el SARS COV-2 este presente como factor de riesgo en el lugar de trabajo y que el trabajador en ejercicio de sus funciones este expuesto a él y que haya una temporalidad y evolución esperada de la enfermedad previamente diagnosticada y asociada a la actividad laboral; nótese como en esta caso al igual que en el anterior tampoco se habla de enfermedad directa, es más ni siquiera se hace relación a una profesión como tal, como si se hace en los países que la declararon como enfermedad directa en relación a los trabajadores de la salud.

Abordando en este momento el caso de **Ecuador** se encuentra la Resolución MDT-2020-023 expedida el 29 de abril de 2020 (Ver Tabla 13) a través de la cual se definió que el COVID – 19 no es accidente o enfermedad laboral a excepción de aquellos casos en los que se pudiera establecer de forma científica o por métodos adecuados a las condiciones y a las prácticas nacionales, un vínculo directo entre la exposición a agentes biológicos que resulte de las actividades laborales contraídas por el trabajador.

En las tablas de enfermedades laborales (Ver Tabla 13) de los demás países, tales como, **Venezuela, Paraguay, Bolivia, Cuba, Honduras, Guatemala y el Salvador** el COVID -19 no se menciona en ninguna de ellas y no tendría por qué hacerlo si se tiene en cuenta que su fecha de expedición es previa a la aparición del virus y en lo que se pudo investigar no se encontró información que diera cuenta de la expedición de nueva normativa que regulara el tema de alguna manera, por su parte, con respecto a **Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y Costa Rica** no se logró encontrar las tablas de enfermedades profesionales.

**Tabla 13.** Tablas de enfermedades laborales y COVID – 19 como enfermedad laboral en 15 de 19 países de habla hispana de la región de las Américas.

País	Tabla Enfermedades Laborales	COVID 19 Enfermedad Laboral directa	COVID 19 Enfermedad Laboral por nexos causal
México	(75)	No	(76)
El Salvador	(77)	No	No
Guatemala	(78)	No	No
Honduras	(79)	No	No
Cuba	(80)	No	No
República Dominicana	(81)	No	(82)
Argentina	(83)	No	(84) (85)
Bolivia	(86)	No	No
Ecuador	(87)	No	(88)
Perú	(89) (90)	(91)	No
Chile	(92)	(93)	No
Paraguay	(94)	No	No
Uruguay	(95) (96)	(97) (98)	No
Venezuela	(99)	No	No
Colombia	(8)	(5)	No

Fuente; elaboración propia

### 9.3.4 Línea de tiempo entre la expedición de la normativa definiendo origen del COVID 19 con respecto a la expedición de las normas promulgadas como primera medida para hacer frente a la Pandemia:

Del análisis de los datos encontrados se establece la siguiente línea de tiempo con respecto a las fechas de expedición de las normas que regularon el tema del origen del COVID 19 partiendo del momento en que fue declarada la emergencia por el virus en cada país (ver Tabla 14):

**Tabla 14.** Línea de tiempo entre declaratoria de emergencia por COVID – 19 y norma que se refirió a su origen en 8 de 19 países de habla hispana de la región de las Américas

País	Fecha declaratoria emergencia	Fecha norma define origen COVID - 19	Diferencia de tiempo
Argentina	12-03-2020	14-04-2020	1 mes

**Tabla 14.** Línea de tiempo entre declaratoria de emergencia por COVID – 19 y norma que se refirió a su origen en 8 de 19 países de habla hispana de la región de la Américas

			2 días
Uruguay	13-03-2020	16-04-2020	1 mes 3 días
Ecuador	11-03-2020	29-04-2020	1 mes 18 días
Colombia	27-03-2020	19-05-2020	1 mes 22 días
Perú	11-03-2020	17-06-2020	3 meses 6 días
República Dominicana	19-03-2020	29-06-2022	2 años 3 meses 10 días
Chile	08-02-2020	23-08-2023	3 años 6 meses 15 días
México	27-03-2020	4-12-2023	3años 8 meses 7 días

Fuente: elaboración propia

## 10 Discusión

La normativa colombiana, especialmente la Resolución 3050 de 2022 (100) y el Decreto 676 de 2020 (5), ha jugado un papel crucial en la protección de los trabajadores frente al COVID-19 como enfermedad laboral. Al declarar el COVID-19 como enfermedad laboral directa para los trabajadores de la salud, Colombia garantizó que estos trabajadores tuvieran acceso a prestaciones económicas y asistenciales sin necesidad de demostrar un nexo causal específico. Esta medida no solo proporcionó seguridad y apoyo a los trabajadores de la salud durante la pandemia, sino que también facilitó la resolución de controversias en la calificación de la enfermedad.

Esta normativa viene a integrar con las normas colombianas en lo referente a la determinación del origen de enfermedades laborales, así en el Decreto 1477 DE 2014 (8) por el cual se expidió la tabla de enfermedades laborales ya se habían definido las enfermedades laborales directas y las enfermedades para las que se requiere determinar la causalidad, frente a lo que la norma específica establece: *En el caso de no existir dichas mediciones, **el empleador** deberá realizar la reconstrucción de la historia ocupacional y de la exposición del trabajador; en todo caso el trabajador podrá aportar las pruebas que considere pertinentes.* Esta cláusula se confirma en el Decreto 1072 del sector salud, artículo 2.2.5.1.28 (33), en la que se listan los “Requisitos mínimos que debe contener el expediente para ser solicitado el dictamen ante la Junta Regional y Nacional de Calificación de Invalidez” y se establece que el aporte de tales requisitos es responsabilidad del empleador y de la entidad que califique en primera oportunidad.

El análisis de los 29 casos de controversia por PCL mostró que los sistemas más afectados fueron el respiratorio, el nervioso y el endocrino, además de los trastornos mentales y del comportamiento. Esta variedad en los sistemas afectados refleja la naturaleza multisistémica del COVID-19 y su capacidad para causar secuelas significativas en diferentes áreas del cuerpo. Adicionalmente, se pudo identificar como las entidades que calificaron en primera oportunidad, especialmente las ARL no aplicaron la normativa en los casos de calificación de origen y en el 20.6% (6) de los casos de PCL la calificación fue inferior a la asignada por la JRCIA. Esto confirma el conflicto de interés

---

ha sido revelado por otras investigaciones cuando las ARL como calificadoras, anteponen posibles intereses financieros frente al cumplimiento de la normativa vulnerando el derecho de las y los trabajadores (101). Por otro lado, el ejercicio de la controversia de los empleadores y trabajadores en la mayoría de los casos, da cuenta del nivel de conocimiento y apropiación de la norma que ha logrado la sociedad civil.

La alta tasa de reconocimiento del origen laboral del COVID-19 (95%) en las controversias, refleja una aplicación consistente de la normativa específica sobre COVID-19, lo cual es esencial para asegurar la equidad y justicia en la evaluación de estas controversias, develando el rol elocuente que pueden jugar las JRCl en la garantía de los derechos fundamentales a la salud y al trabajo de hombres y mujeres trabajadores y en situación de vulnerabilidad manifiesta en un contexto de emergencia y pandemia. Sin embargo, la necesidad de un proceso formal para resolver estas controversias resalta la complejidad y los desafíos que implica la calificación de enfermedades emergentes como el COVID-19.

Colombia al igual que en 13 de los 19 países de habla hispana de la región de las Américas que hicieron parte de este estudio, en los cuales se encontró información concerniente a los baremos de calificación de pérdida de capacidad laboral, no realizó modificaciones al mismo para la calificación del COVID – 19. Esta situación puede explicarse, porque la finalidad de los baremos es la calificación de secuelas y no de diagnósticos, porque en cada baremo las manifestaciones y secuelas del COVID podrían calificarse en los diferentes sistemas de los baremos y por la situación de emergencia que llevó a enfocar esfuerzos en su superación (74).

Por otro lado, Colombia además de ser un Estado garante de los derechos de los trabajadores del sector salud actuó de manera oportuna en cuanto a la expedición de la norma que definió el COVID – 19 como enfermedad laboral directa con respecto a la declaratoria de la emergencia económica por esta eventualidad al haber transcurrido entre uno y otro acontecimiento 1 mes y 22 días, en comparación con países como México con un espacio de 3 años, 8 meses y 7 días, donde además no se regulo la enfermedad del COVID – 19 como laboral directa.

Por último, Colombia al igual que Argentina, Perú, Chile y Uruguay conforman un pequeño grupo de países garantes de los derechos de los trabajadores de la salud en

relación con el COVID-19 al establecerlo como enfermedad laboral directa, en comparación con ese grupo mayoritario integrado por México, República Dominicana y Ecuador que definieron dicha enfermedad como laboral por nexos causal y Venezuela, Paraguay, Bolivia, Cuba, Honduras, Guatemala y el Salvador en donde no aparece nada referido a este virus en sus tablas de enfermedades laborales.

---

## 11 Conclusiones

En el contexto normativo colombiano, es importante destacar la diferencia significativa con respecto a otros países de Hispano América, en cuanto a la garantía de derechos para los trabajadores, frente a la enfermedad laboral por COVID-19. Con la expedición del Decreto 676 de 2020 (5) los trabajadores del sector salud se apropiaron del derecho que se les estaba otorgando al definirles el COVID – 19 como enfermedad laboral directa, por su parte la JRCIA les reivindicó ese derecho asumiendo un papel totalmente garantista frente a esta población cuando conoció de una serie de casos durante el periodo 2020-2023.

Colombia en comparación con la mayoría de los países de habla hispana de la región de las Américas que hicieron parte de este estudio, es más garantista y oportuna en la protección a los derechos de los trabajadores del sector salud afectados por el COVID-19 al definirla como enfermedad laboral directa después de haber transcurrido apenas 1 mes y 22 días desde que se decretó la emergencia económica por dicho virus.

La experiencia colombiana sugiere que la implementación de normativas claras y específicas para el reconocimiento de enfermedades laborales puede facilitar la protección de los derechos de los trabajadores y la resolución eficiente de controversias. Además, la alta tasa de reconocimiento de PCL y la resolución favorable de controversias en Colombia destacan la importancia de un enfoque basado en la evidencia y la equidad en la calificación de enfermedades laborales. Estos principios deben ser considerados en el desarrollo de políticas futuras para manejar enfermedades emergentes y garantizar la protección adecuada de los trabajadores.

## **12. Recomendaciones en seguridad y salud en el trabajo**

En lo que tiene que ver en el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo los resultados de la presente investigación permitirán a esta área solicitar un acompañamiento más activo por parte de las ARLs.

Para futuras investigaciones con un alcance mayor que la presente los resultados aquí obtenidos representan un importante aporte al momento de estructurar los fundamentos tanto facticos como normativos de dichas investigaciones.

Lo recogido en este trabajo de grado puede servir a futuras investigaciones que busquen ampliar el espectro del análisis a otras Juntas de Calificación en Colombia en lo que toca con el número de casos que por COVID 19 o sus secuelas les llegan por controversia, en los cuales el sujeto calificado sea un trabajador del sector de la salud.

Lo recogido en este trabajo de grado puede servir como soporte factico para emprender acciones tendientes al acatamiento a la orden que trae el Decreto 676 de 2020 (5) aplicable en Colombia de tener al COVID 19 como una enfermedad laboral directa para los trabajadores del sector salud.

---

## Referencias

1. Minsalud. ABECÉ Nuevo Coronavirus (COVID - 19) de china. [Online].Acceso 8 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3n3bhs76>.
2. Moreno Angarita M, Rubio X, Angarita Rodriguez C. Valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en colombia Antecedentes, realidades y perspectivas de actualización [Online] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Desarrollo Humano (Dis), Discapacidades y Diversidades; 2011. Acceso 27 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/274zhfd9>.
3. Centro para la Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Kansas. Caja de herramientas comunitarias. [Online].Acceso 3 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/mwnxae7x>.
4. Salazar Gil CM BLJ. Guia de calificación de origen y pérdida de capacidad laboral en primera oportunidad Manizales: Universidad de Manizales; 2019. [Online].Acceso 13 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4c9vksz2>.
5. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 676 de 2020 por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones. [Online]: Diario Oficial, 51319 (May. 19 2020). Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/48ftv6ym>.
6. Colombia. Corte Constitucional República de Colombia. Sentencia T - 1007 de 2004 [Online]: Bogotá:Corte Constitucional República de Colombia; 2004. (Acceso 10 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4c9mc24r>.
7. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 49523 ( May. 26 2015). art. 2.2.5.1.3. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/454b62f6>.
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1477 de 2014 por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales. [Online]: Diario Oficial, 49234 (Ago. 05 2014). Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3machd4e>.
9. Colombia. Presidencia de la República. Decreto Ley 19 de 2012 por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en

- 
- la Administración Pública. [Online]: Diario Oficial, 48308 (Ene. 10 2012). art. 142. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3ext6vra>.
10. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 49523 ( May. 26 2015). art. 2.2.5.1.10 y 2.2.5.1.9. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/454b62f6>.
  11. Carod J. Agente causal: SARS-CoV-2. Madrid: Ediciones SEN; 2020. [Online]. Acceso 1 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yfathxsc>.
  12. Madrigal Rojas JP, Quesada Loria M, García Sánchez M, Solano Chinchilla A. SARS CoV-2, manifestaciones clínicas y consideraciones en el abordaje diagnóstico de COVID- 19. Rev. méd. Costa Rica Centroam. [Online].; 2020; 85 (629): 13-21. Acceso 1 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/58sk68kc>.
  13. García Melchor L. Secuelas que presenta un paciente infectado por la COVID-19: Villanueva de Gállego (Zaragoza): Ediciones Universidad San Jorge. [Online].; 2021. Acceso 1 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/37umpzf8>.
  14. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de Vida. [Online]. Acceso 13 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/m6rckz54>.
  15. Rojas Rojas H, Cruz Llaugert J, Limia Domínguez A. Condición post-COVID-19 en la infección por SARS-CoV-. Medimay. [Online].; 2023; 30 (1): 92-104. Acceso 1 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/msvahxuu>.
  16. Bahadir S, Kabacaoglu E, Bugra Memis K, Llksen Hasan H, Aydin S. Efectos de las vacunas en las tasas de secuelas de infecciones recurrentes y la gravedad de la infección pulmonar por COVID-19 mediante imágenes. Vaccines. [Online].; 2023; 11(8): 1-12. Acceso 17 de Julio de 2024. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/11/8/1321>.
  17. Ministerio de Salud y Protección Social. Vacunación contra COVID-19. [Online]. Acceso 13 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2bekh68f>.
  18. Evans Meza R. Enseñanzas que nos deja la pandemia por COVID-19 Lessons learned from the COVID-19 pandemic. Rev Hisp Cienc Salud. [Online].; 2023; 9 (1): 1-4. Acceso 1 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yj37cb8v>.

- 
19. Torner N. El fin de la emergencia internacional de salud pública por el COVID-19: ¿y ahora qué? News - Natl. Libr. Med. [Online].; 2023; 24 (3): 164-165. Acceso 1 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4eftj357>.
  20. Serna Trejos S, Bermudez Moyano SG, Prado Molina D, Agudelo Quintero E. Panorama del SARS-CoV-2 en 2023: ¿qué nos espera? Rev Peru Investig Salud. [Online].; 2023; 7 (1): 51-54. Acceso 1 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2xfwj6yy>.
  21. Instituto Nacional de Salud. Casos COVID - 19. Colombia, 2020-2024. [Online]. Acceso 17 de Julio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/d7hn6kx9>.
  22. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Colombia de 1991 [Online]: Gaceta Constitucional, 116 (Jul. 20 1991). art. 48. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/326mrunw>.
  23. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Online]: Diario Oficial, 41148 (Dic. 23 1993). Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3vhs2j6p>.
  24. Colombia. Congreso de la República. Ley 1562 de 2012 por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional [Online]: Diario Oficial, 48488 (Jul. 11 2012). Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2un84vb7>.
  25. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1352 de 2013 Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones. [Online]: Diario Oficial, 48834 (Jun. 27 2013). Acceso 2 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4a5w2awu>.
  26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1507 de 2014 por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. [Online]: Diario Oficial, 49241 (Ag.12 2014). Acceso 2 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3yr6273x>.
  27. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 49523 ( May. 26 2015). art. 2.2.5.1.4. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/454b62f6>.

- 
28. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 49523 ( May. 26 2015). art. 2.2.5.1.33. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/454b62f6>.
  29. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 48308 (Ene. 10 2012). art. 2.2.5.1.27. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3ext6vra>.
  30. Colombia. Ministerior de Salud. Resolución 2569 de 1999 por la cual se reglamenta el proceso de calificación del origen de los eventos de salud en primera instancia, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud [Online]: Bogotá: Ministerio de Salud;1999. Acceso 12 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/39hyvx4z>.
  31. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991 [Online]: Gaceta Constitucional No. 116 (Jul. 20 1991). art. 47. Acceso 12 julio 2024. Dsponible en: <https://tinyurl.com/ypjv5kbj>.
  32. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 49523 ( May. 26 2015). art. 2.2.5.1.10. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/454b62f6>.
  33. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 49523 ( May. 26 2015). art. 2.2.5.1.28. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/454b62f6>.
  34. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Online]: Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/thyay5t5>.
  35. Universidad Americana de Europa. Tabla de enfermedades del trabajo. [Online] Acceso 29 de Juniode 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yh6hks44>.
  36. Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para la Dictaminación de la Invalidez 2330-003-001. [Online].Acceso 29 de Junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2oowuhl4>.
  37. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma para determinar el estado de Invalidez 3000-001-022. [Online].Acceso 29 de Junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/dka4y5bp>.

- 
38. España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Real Decreto 888 de 2022 por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad [Online]: Boletín Oficial del Estado, 252 (Oct. 20 2022). Acceso 27 de junio de 2024. disponible en: <https://tinyurl.com/2k639nh3>.
  39. Costa Rica. Poder Legislativo. Ley 2 1943 Código de Trabajo [Online]: La Gaceta diario oficial, 192 (Ago. 29 1943), art. 224. Acceso 28 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdzfdm42>.
  40. Costa Rica. Asamblea Legislativa. Ley 6727 de 1982 modifica el título cuarto del Código del Trabajo [Online]: La Gaceta diario oficial, 57 (Mar. 24 1982), art. 224. Acceso el 28 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/txy5mwf9>.
  41. Comité de normas del Banco Central de Reserva de el Salvador. NSP - 45 Normas Técnicas para la Calificación del Grado de Invalidez y Determinación de Enfermedad Grave o Grave en Enfermedad Terminal para Dictaminar el Derecho a Pensión de Invalidez y a Devolución de Saldo por Enfermedad Grave o Grave Enfermedad. [Online]. Acceso 29 de Junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/ywd6fwmz>.
  42. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Baremo para la calificación del grado de deficiencia, discapacidad e invalidez. La información fue obtenida a través de correo electrónico enviado por parte de la Unidad de Información Pública del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS.
  43. Honduras. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Resolución CI IHSS - RSPS 676 de 2018 aprueba el Reglamento para la Calificación y Certificación de la Discapacidad por la Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social [Online]: La Gaceta Diario Oficial de la República de Honduras, 34784 (Nov. 2 2018). Acceso 28 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc73464a>.
  44. Honduras. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Acuerdo 001-JD-2004 Reglamento de la Comisión Técnica de Invalidez [Online]: La Gaceta Diario Oficial de la República de Honduras, 30330 (Mar. 02 2004). Acceso 28 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdf69sp8>.
  45. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Clasificación internacional del funcionamiento, de la

- discapacidad y de la salud version abreviada. [Online].Acceso 29 de Junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3tkssrza>.
46. República Dominicana. Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Resolución 162-03 se aprueba el Manual para Normas de Evaluación del grado de discapacidad, elaborado por el SIPEN. [Online]: Santo Domingo: Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS); 2007. Acceso 2 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2s49kh28>.
47. Superintendencia de Pensiones (SIPEN). Manual de Evaluación y Calificación del grado de discapacidad. La información se obtuvo a través de correo electrónico recibido por parte del Centro de Atención al Usuario de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).
48. Argentina. Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). Decreto 478 de 1998 Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al mencionado Sistema [Online]: Boletín Oficial, 28892 (May 07 1998). Acceso el 29 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n7ef4jw>.
49. Bolivia. Autoridad de fiscalización y control de pensiones y seguros Estado Plurinacional de Bolivia. Resolución Administrativa APS/DPC/N 710 de 2012 procedimiento para determinar la causa y origen de la invalidez y fallecimiento en el sistema integral de pensiones [Online]: La Paz: La Autoridad de fiscalización; 2012. pag. 270. Acceso 29 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3afx6ruz>.
50. Superintendencia de Banca, Seguros y AFP República del Perú. Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MECGI). [Online].Acceso 29 de Junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4c66exwd>.
51. Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 069 de 2011-MINSA aprueba el Documento Técnico: "Evaluación y Calificación de la Invalidez por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución. [Online]: La Paz: Ministerio de Salud; 2011. Acceso 29 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3afx6ruz>.
52. Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. CVE 2065030 aprueba normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional octava edición. [Online]: Diario Oficial 43142 (En. 3 2022). Acceso 2 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4yp32edv>.

- 
53. Uruguay. Poder Ejecutivo Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 306 de 2013 apruebase la revisión de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (Baremo) a los efectos del otorgamiento de las prestaciones de seguridad social [Online]: Diario Oficial, 28829 (Oct. 25 2013). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://impo.com.uy/diariooficial/2013/10/25/separata.pdf>.
54. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder para el Trabajo y la Seguridad Social, Viceministerio de la Seguridad Social, Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. Baremo nacional para la asignación de porcentaje de discapacidad por enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo. [Online]. Acceso 29 de Junio de 2024. Disponible en: [https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/baremo\\_discapacidad.pdf](https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/baremo_discapacidad.pdf).
55. Mexico. Consejo de Salubridad General. ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) [Online]: Diario Oficial de la Federación (Mar. 30 2020). Acceso 26 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/jhh4f2mn>.
56. Costa Rica. Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo 42227 del 16/03/2020 Declara estado de emergencia nacional en todo el territorio de la República de Costa Rica, debido a la situación de emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19 [Online]: La Gaceta, 51 (Mar. 16 2020) págs. 8-13. Acceso 29 junio 2024. Disponible en: [https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2020/03/16/ALCA46\\_16\\_03\\_2020.pdf](https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2020/03/16/ALCA46_16_03_2020.pdf).
57. El Salvador. Organismo Ejecutivo Ministerio de Salud Ramo de Salud. Decreto Ejecutivo 14 Medidas Extraordinarias de Prevención y Contención para Declarar el Territorio Nacional como Zona Sujeta a Control Sanitario, a fin de contener la Pandemia COVID - 19 [Online]: Diario Oficial, 66, Tomo 426 (Mar. 30 2020) págs. 1-6. Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://www.diariooficial.gob.sv/seleccion/30233>.
58. Guatemala. Organismo Ejecutivo. Decreto Gubernativo 5 de 2020 [Online]: Diario de Centro América, 24 (Mar. 6 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3jt78x5s>.

- 
59. Honduras. Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo PCM-005 de 2020 [Online]: Diario Oficial La Gaceta, 35171 (Feb. 10 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/PCM-005-2020.pdf>.
  60. Panama. Consejo de Gabinete. Resolución de Gabinete 11 que declara el Estado de Emergencia Nacional y dicta otras disposiciones [Online]: Gaceta Oficial Digital, 28979-B (Mar. 13 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/5dthpnx7>.
  61. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución 82 de 2020 (GOC-2020-311.EX19) [Online]: Gaceta Oficial, 19 (Abr. 09 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrxdtex>.
  62. Puerto Rico. Gobierno de Puerto Rico. Boletín Administrativo OE-2020-020, marzo 12, orden ejecutiva de la gobernadora de Puerto Rico, Hon. Wanda Vásquez Garced, para declarar un estado de emergencia ante el inminente impacto del Coronavirus (COVID - 19) en nuestra isla. [Online]: San Juan: Gobierno de Puerto Rico; 2020. Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdsu2k8s>.
  63. República Dominicana. Presidencia de la República. Decreto 134 de 2020 [Online]: Santo Domingo de Guzmán: Presidencia de la República; 2020. Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc6hka8b>.
  64. Argentina. Presidencia de la Nación. Decreto 260 de 2020 Coronavirus (COVID-19). Disposiciones. [Online]: Boletín Oficial, (Mar. 12 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc78x6tb>.
  65. Bolivia. Presidenta Constitucional del Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo 4196 Declara emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, contra el brote del Coronavirus (COVID-19). [Online]: Gaceta Oficial (Mar. 17 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/38xr5psd>.
  66. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo 00126 de 2020 Declárese el Estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. [Online]: Registro Oficial, 160 (Mar. 12 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2s42znjs>.
  67. Ecuador. Presidencia de la República. Decreto 1017 declárese el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y

- 
- la declaratoria de pandemia de COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud [Online]: Registro Oficial, 163 (Mar. 17 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc3te48z>.
68. Perú. Ministerio de Salud. Decreto Supremo 008-2020-SA que declara en emergencia sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas prevención y control del COVID-19 [Online]: gob.pe plataforma digital única del Estado Peruano. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/hhmc89c3>.
69. Chile. Ministerio de Salud. Decreto 4 decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV) [Online]: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (Feb. 08 2020). Acceso 29 junio 2020. Disponible en: <https://tinyurl.com/r8ww9wpw>.
70. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto 3456 por el cual se declara estado de emergencia sanitaria en todo el territorio Nacional. [Online]: Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2020. Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/26myzsyj>.
71. Uruguay. Presidencia de la República. Decreto 93/020 declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus COVID-19 (coronavirus) [Online]: Diario Oficial, 30404 (Mar. 23 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/tc5xzr58>.
72. Uruguay. Presidencia de la República. Decreto 106/022 desafectación del decreto 93/020, por el cual se declaro el estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus COVID-19 (coronavirus) [Online]: Diario Oficial, 30908 (Abr. 6 2022). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n6rcfcw>.
73. Venezuela. Presidencia de la República. Decreto 4.198, mediante el cual se declara el Estado de Alarma para atender la Emergencia Sanitaria del Coronavirus (COVID-19). [Online]: Gaceta Oficial, 6535 (May. 12 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://faolex.fao.org/docs/pdf/ven195049.pdf>.

- 
74. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 417 de 2020 Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional [Online]: Diario Oficial, 51259 ( Mar. 17 2020). Acceso 29 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/5ec6d63v>.
75. México. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley Federal del Trabajo [Online]: Diario Oficial de la Federación (Abr. 1 1970) págs. 160-161. Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/mr23nrtf>.
76. México. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo. [Online]: Diario Oficial de la Federación ( Dic. 4 2023). págs. 2-3. Acceso 30 06 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/mpryhnjy>.
77. El Salvador. Asamblea Legislativa. Decreto 15 Código de Trabajo. [Online]: Diario Oficial, 142 (Jul. 31 1972) págs. 81 - 91. Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/frd7ua77>.
78. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Acuerdo 1401. [Online]: Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; 1978. Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/frd7ua77>.
79. Honduras. Congreso Nacional. Decreto 189 de 1959 Código del Trabajo de Honduras. [Online]: Tegucigalpa: Congreso Nacional: (Jun. 01 1959) págs. 195 - 199. Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3k46utke>.
80. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución 283 de 2014 [Online]: Gaceta Oficial, 29 ( Jun. 17 2014) págs. 107 - 11. Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4u7e367s>.
81. República Dominicana. Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Reglamento sobre el seguro de riesgos laborales, como norma complementaria a la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) [Online]: Santo Domingo de Guzmán: Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS); 2003 págs. 24 - 29. Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/mum4n9u7>.

- 
82. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Norma Técnica para la calificación de la Covid - 19 como enfermedad Profesional NTC-SISALRIL 002-2022 [Online] Acceso 30 junio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yncuyme2..>
  83. Argentina. Presidencia de la Nación. Decreto 49 de 2014 Listado de Enfermedades Profesionales. Decretos 658/96, 659/96 y 590/97. Modificaciones. [Online]: Boletín Oficial, 32809 (Ene. 20 2014). Acceso 01 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n7aerv9>.
  84. Argentina. Presidencia de la Nación. Decreto 367 de 2020 DECNU-2020-367-APN-PTE - Enfermedad de carácter profesional no listada. [Online] : Boletín Oficial, 34355 ( Abr. 14 2020). art. 4. Acceso 01 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4av5h37x>.
  85. Argentina. Presidencia de la Nación. Decreto 863 de 2022 DECNU-2022-863-APN-PTE - Ampliación. [Online]: Boletín Oficial, 35079 (Dic. 30 2022). Acceso 01 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/u7sas8ba>.
  86. Bolivia. Autoridad de fiscalización y control de pensiones y seguros Estado Plurinacional de Bolivia. Resolución Administrativa APS/DPC/N 710 de 2012 procedimiento para determinar la causa y origen de la invalidez y fallecimiento en el sistema integral de pensiones [Online]: La Paz: La Autoridad de fiscalización; 2012. pag. 270. Acceso 29 de junio de 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/3afx6ruz>.
  87. Ecuador. Congreso Nacional. Código del Trabajo. [Online]: Registro Oficial, 167 (Dic. 16 2005) págs. 106 - 107. Acceso 01 Julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/5fdhkhzy>.
  88. Ecuador. Ministerio del Trabajo. Resolución MDT-2020-023 [Online]: Registro Oficial, 290 (Sep. 16 2020). Acceso 01 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrx6rrsx>.
  89. Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 480-2008-MINSA, julio 17, aprueban Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales. [Online]: Lima: Ministerio de Salud, 2008. Acceso: 01 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/n4s2kt3u>.
  90. Perú. Ministerio de Salud. NTS 068 - MINSA/DGSP-V.1 Norma técnica de salud que establece el listado de enfermedades profesionales. [Online]. Lima. Págs. 55. Acceso 01 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/4uu97hvr>.

- 
91. Perú. Congreso de la República. Ley 31025 que incorpora a la enfermedad causada por el covid-19 dentro del listado de enfermedades profesionales de los servidores de la salud. [Online]: Lima: Congreso de la República; 2020. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yckf6us2>.
  92. Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto 109 aprueba el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.[Online]: Santiago: Ministerio del Trabajo y Previsión Social; 1968. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://bcn.cl/2zujr>.
  93. Chile. Superintendencia de Seguridad Social. Dictamen 1482 -2020. [Online]: Santiago: Superintendencia de Seguridad Social; 2020. Acceso 1 julio 2024, Disponible en: <https://tinyurl.com/2k63h6ea>.
  94. Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 5649 por el cual se adopta el listado de enfermedades profesionales acorde al convenio 121 de la Organización Internacional del Trabajo relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. [Online]: Asunción: Presidencia de la República; 2010. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yeyn2598>.
  95. Uruguay: Presidencia de la República. Decreto 210/011 declárase obligatoria la Lista de Enfermedades Profesionales de la Organización Internacional del Trabajo (revisión 2010), con las excepciones que se determinan y derógase el Decreto 167/981, de 8 de abril de 1981. [Online]: Diario Oficial, 28250 (Jun. 23 2011). Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/yxj4ubmh>.
  96. Suiza. Organizacion Internacional del Trabajo. Lista de enfermedades profesionales de la OIT (revisada en 2010). [Online]: Ginebra: Organizacion Internacional del Trabajo; 2010. Acceso 13 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/wrvjuev5>.
  97. Uruguay. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ley 19873 implementación de un registro de personal de la salud (médicos y no médicos) que desempeñen tareas en las instituciones privadas de asistencia médica y estén expuestos al contagio del sars-cov2 ocasionado por el covid-19. [Online]: Diario Oficial, 30417 (Abr. 16 2020).Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2s3cppst>.

- 
98. Uruguay. Presidencia de la República. Decreto 131/020 Reglamentación de la ley 19.873, en lo relativo a la implementación de un registro de personal de la salud (médico y no médico) que desempeñe tareas en instituciones privadas de asistencia médica. [Online]: Diario Oficial, 30422 (Abr. 23 2020). Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/mr34h3tj>.
99. Venezuela. Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. Lista de Enfermedades Ocupacionales anexo I de la Propuesta de Reforma de la Norma Técnica para la Declaración de Enfermedad Ocupacional. [Online]. Págs. 39. Acceso 1 julio 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/jeffvkcp>. Caracas.
100. Colombia. Ministerio del Trabajo. Resolución 3050 de 2022 Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Programa de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional en el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones (Online) Bogotá: Ministerio del Trabajo; 2022: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=126878>.
101. Soto Velásquez ML, Marín Ospina YA, Higueta Higueta Y, Guerra Mazo DP, Gómez Ceballos DA. Derecho a la salud en el trabajo : vulneración y fragmentación en su comprensión y materialización. [Online].; 2020; 25(1): 44-59. Acceso 19 de Julio de 2024. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/109>.

## Anexos

1. Formatos para tratamiento de datos y consentimiento informado de los usuarios de la JRCIA.
2. Respuesta emitida por la JRCIA en relación a la solicitud de acceso a la información de sus archivos por parte de los autores de esta investigación con fines netamente académicos e investigativos.
3. Baremo para la calificación del grado de deficiencia, discapacidad e invalidez de Guatemala.
4. Acuerdos 1404 y 1460 aprobatorios del baremo para la calificación del grado de deficiencia, discapacidad e invalidez de Guatemala y su reforma, respectivamente.
5. Manual de la evaluación y calificación del grado de discapacidad de República Dominicana.
6. Resolución No. 162-03 de 2007 aprueba el manual de la evaluación y calificación del grado de discapacidad de República Dominicana.