

**Diferencias según origen laboral o común de personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral del Laboratorio de la Facultad Nacional de Salud Pública.
Medellín 2013 a 2015**

Katy Estrada Oviedo

**Trabajo de investigación para optar el
Título de Especialista en Salud Ocupacional**

Asesor

Carlos Mario Quiroz Palacio

MD. Magister Salud Ocupacional

Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública



Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Especialización en Salud Ocupacional

Medellín

2016

**Differences between occupational origin or common people tested on less working capacity the Laboratory of National Faculty of Public Health.
Medellín 2013 to 2015**

Katy Estrada Oviedo

Research work to obtain the title of specialist occupational health

Advisor

Carlos Mario Quiroz Palacio MD, MS

Professor national public health authority



University of Antioquia

National Faculty of Public Health

“Héctor Abad Gómez”

Occupational health specialization

Medellín

2016

Agradecimientos

A Dios por ser mi fortaleza y sustento espiritual a diario y por permitirme concluir esta meta.

A mis padres, familia, novio y amigos leales, por su apoyo incondicional, a mis maestros que me inculcaron concluir esta meta, a mi Patria el Perú que me motiva a superarme para la realización del presente trabajo, en principal consideración al Doctor Carlos. Mario Quiroz Palacio asesor de esta investigación por la orientación, seguimiento y supervisión continúa de la misma y al Doctor Hernando Restrepo Osorio que me apoyo en este trabajo, a ustedes mi eterno agradecimiento.

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen	12
Abstract.....	13
1. Introducción	14
2. Planteamiento del problema	15
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. Marcos del trabajo.....	18
4.1 Marco conceptual	18
4.1.1 Valoración de la pérdida de la capacidad laboral.....	18
4.1.2 Proceso de la valoración de PCL.....	18
4.1.3 Entes de calificadoras de la PCL	21
4.1.4 Contexto de valoración de PCL de origen laboral	22
4.1.5 Contexto de valoración de PCL de origen no laboral	23
4.1.6 Aspectos sociodemográficos de personas con discapacidad	23
4.2 Marco legal	24
4.3 Marco institucional.....	26
4.3.1 Reseña de histórica del laboratorio de la FNSP	26
4.3.2 Servicio de salud ocupacional del Laboratorio de FNSP	27
4.3.3 Política de confidencialidad	27
5. Metodología.....	28
5.1 Tipo de estudio.....	28
5.2 Población de referencia y población objeto de estudio	28
5.3 Fuentes de información y técnicas de recolección de la información	29
5.4 Plan de análisis.....	29
5.5 Criterios de inclusión	30
5.6 Criterios de exclusión.....	30
5.7 Consideraciones éticas	30
6. Resultados.....	32

6.1 Estado de PCL según origen de calificación	32
6.1.1 Sistema afectado según origen de calificación	32
6.2 Condiciones sociodemográficas según origen de calificación	37
6.3 Deficiencia, discapacidad y minusvalía según origen de calificación.....	43
6.4 Instituciones calificadoras de la pérdida de la capacidad laboral.....	43
7. Discusión	46
8. Conclusiones	49
9. Recomendaciones.....	51
10. Referencias bibliográficas	52

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Calificación de origen de PCL según el estado de PCL. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	32
Tabla 2. Calificación de origen de PCL según primer diagnóstico. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	33
Tabla 3. Calificación de origen de PCL según segundo diagnóstico. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	34
Tabla 4. Calificación de origen de PCL según tercer diagnóstico. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	35
Tabla 5. Calificación de origen de PCL según el cuarto diagnósticos. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	36
Tabla 6. Calificación de origen de PCL según grupos de edad. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	37
Tabla 7. Calificación de origen de PCL según estrato socioeconómico. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	39
Tabla 8. Calificación de origen de PCL según oficio. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	40
Tabla 9. Calificación de origen de PCL según estado civil. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	42
Tabla 10. Porcentaje de calificación de la PCL según origen. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	43
Tabla 11. Comparación de porcentaje de calificación de PCL, según instancia calificadora. Medellín 2013-2015	43
Tabla 12. Fecha de estructuración de PCL según instancia calificadora. Medellín 2013-2015	44
Tabla 13. Porcentaje de PCL, según agrupación de calificación (estado de invalidez) instancia de calificación. Medellín 2013-2015	45

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Calificación de origen de PCL según sexo. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	38
Figura 2. Calificación de origen de PCL según nivel de escolaridad. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015	41
Figura 3. Origen de PCL emitido por instancias de calificación. Periodo 2013-2015	45

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado. Facultad Nacional de Salud Pública. Laboratorio de Salud Pública, Área de Salud Ocupacional	27
Anexo 2. Encuesta servicio merma de capacidad laboral. Facultad Nacional de Salud Pública. Laboratorio de Salud Pública, Área de Salud Ocupacional	27

Glosario

Accidente común (AC): Significa concretamente un accidente no laboral.

Accidente del trabajo (AT): Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión de trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera de lugar y horas de trabajo, durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador; También es el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical y además el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador.

AFP: Administradora de Fondo de Pensiones.

ARL: Administradora de Riesgos Laborales.

Capacidad: Describe la aptitud de una persona para realizar una tarea o acción.

Capacidad laboral: Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten desempeñarse en un trabajo.

Capacidad ocupacional: Calidad de ejecución de una persona para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y ocupaciones. Depende de las habilidades motoras, procesamiento, comunicación e interacción, según las etapas del ciclo vital.

Condición de salud: Término genérico que incluye las categorías de enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede considerar también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas.

Daño corporal: Concepto que resulta de la confluencia de dos perspectivas, la médica y la jurídica. Con el nombre de daño corporal se conoce a cualquier alteración somática o Psíquica que, de una forma u otra, perturbe amenace o inquiete la salud de quien la sufre o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado ya en lo orgánico ya en lo funcional; para que se configure, es suficiente cualquier merma de la integridad de la biología individual, con independencia de sus repercusiones prácticas en uno o más campos de la actividad humana.

Deficiencia: Alteración en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Puede consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto de la norma estadísticamente establecida.

Discapacidad: Término genérico que incluye limitaciones en la realización de una actividad. Se entiende por Discapacidad a toda restricción o ausencia de la capacidad de

realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de la deficiencia y por lo tanto, refleja alteraciones a nivel de la persona.

Enfermedad común (EC): Enfermedad Común se considera a aquella alteración de la salud que no tiene la consideración de accidente de trabajo ni enfermedad profesional.

Enfermedad laboral (EL): Todo estado patológico contraído como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El gobierno determinará la forma periódica, las enfermedades que se consideran laborales y 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 ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral conforme a lo establecido en las normas legales vigentes.

EPS: Empresa Promotora de Salud.

FASECOLDA: Federación de Aseguradores Colombianos.

FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública.

JCI: Junta de Calificación de Invalidez.

JNCI: Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

JRCI: Junta Regional de Calificación de Invalidez.

Minusvalía: Se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que le impide o limita para el desempeño de un rol, que es normal en su caso, en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Se caracteriza por la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece. Representa la socialización de la deficiencia y su discapacidad, por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de las mismas y alteran su entorno.

MMM: Mejoría Médica Máxima, punto en el cual la condición patológica se estabiliza sustancialmente y es poco probable que cambie, ya sea para mejorar o empeorar en el próximo año, con o sin tratamiento.

MUCI: Manual Único de Calificación de Invalidez.

MUCLO: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

PCL: Pérdida de la capacidad laboral.

Ocupación: Actividades de la vida nombradas, organizadas y que tienen un valor y significado en el desempeño de sus roles, incluyendo el cuidado de sí mismos, el disfrute de la vida y la contribución al desarrollo económico y social de sus comunidades. Representa las ocupaciones propias de cada etapa del ciclo vital, de tal forma que el juego y el estudio resultan ser la ocupación principal en la infancia y la adolescencia; el trabajo en la etapa adulta y el uso del tiempo de ocio en la etapa del adulto mayor.

SGRL: Sistema General de Riesgos Laborales.

Trabajo habitual: Se entiende como trabajo habitual aquel oficio, labor u ocupación que desempeña el individuo con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta, y por el cual cotiza al sistema integral de seguridad social.

Resumen

Objetivo. Diferencias encontradas según origen de calificación de personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral (PCL) en el laboratorio de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) en el periodo del 2013 a 2015. **Métodos.** Estudio cuantitativo retrospectivo de fuente secundaria. Por muestreo aleatorio se seleccionaron 240 dictámenes. **Resultados.** El 77% de las personas fueron calificadas con origen no laboral y 47,7% con estado de invalidez. El diagnóstico más frecuente de las personas valoradas con PCL es osteomuscular en 45%, 35,6% es de 46 a 55 años de edad, 68,47% son hombres, 42,34% de estrato socioeconómico dos, 78,38% son empleados de empresas particulares, 74,32% de baja escolaridad, 44,59% son casados. El promedio de calificación por enfermedad común en deficiencia fue 27,43%, en discapacidad fue 5,66 % y minusvalía fue 16,66%. La mayoría de las personas fueron calificadas por instancias, con incapacidad permanente parcial. El mayor promedio de calificación es del laboratorio con 44.19%. El origen de calificación más frecuente es enfermedad común, siendo mayor en el laboratorio, con 60%. Las fechas coincidieron más veces entre la JRCI y JNCI. **Conclusiones.** La calificación de PCL, en el laboratorio de la FNSP, en su mayoría es de origen de enfermedad común, por afectación osteomuscular, en personas de mayor edad, sexo masculino, bajo nivel de escolaridad y estrato socioeconómico, empleados de empresas particulares y casados. Comparando instancias de calificación, el mayor porcentaje de calificación PCL es del laboratorio FNSP; en el origen la enfermedad común es más frecuente, seguido de accidente de trabajo.

Palabras clave: Pérdida de la capacidad laboral, origen de calificación, accidente de trabajo, enfermedad laboral, enfermedad común, dictámenes de pérdida de la capacidad laboral.

Abstract

Objective. Characterize the Differences according to the origin of qualification of people tested for Loss of Working Capacity (LWC) at the laboratory of National School of Public Health between 2013 to 2015. **Methods.** Retrospective quantitative study of secondary source. from a sample of 1110 records, 240 opinions were selected by a random sampling. **Results.** 77% of People were rated non-occupational origin and 47.7% with Disability status. The most frequent diagnosis of the people tested with (LWC) is musculoskeletal, 45%, 35.6% is from 46 to 55 years old, 68.47% are men, 42.34% are socioeconomic level two, 78.38% are employees of private companies, 74.32% of low education, 44.59% are married. The average score for common illness in deficiency was 27,43%, in disability was 5.66 % and handicap was 16.66%. Most people were described by instances, partial permanent disability (5% -49.9%). The highest average grade is from the laboratory with 44.19%. The origin of most common rating is common disease, it was higher in the laboratory, with 60%. Dates agreed more times between JRCI and JNCI. **Conclusions.** The rating of LWC, in the Laboratory of FNSP, is mostly common disease origin, from musculoskeletal affectation in male persons, with low education levels and low socioeconomic level, employees of private companies and married. Comparing instances of qualification, the highest percentage of qualification PCL is the laboratory FNSP; in origin the common disease is most frequent, followed of an accident at work.

Keywords: Loss of working capacity (LWC), origin of qualification, occupational accident, occupational disease, common disease, complete medical history.

1. Introducción

El presente trabajo propone identificar las diferencias según origen de calificación (laboral o común) de las personas que fueron evaluadas por pérdida de la capacidad laboral (PCL) en el laboratorio de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) en el periodo 2013 a 2015; Así mismo el poder conocer la caracterización según el sistema afectado, las condiciones sociodemográficas, la calificación integral de la PCL dada por el laboratorio de la FNSP y la comparación de esta calificación con los entes calificadores de invalidez según instancia de calificación en Colombia.

Toda persona del territorio nacional, independiente de su afiliación al Sistema de Seguridad Social, puede solicitar la valoración de la pérdida de la capacidad laboral, sea está de cualquier origen de calificación (laboral o común).

“Abordar un problema tan complejo y multicausal como la discapacidad y la valoración de la PCL y ocupacional requiere de estrategias sistemáticas que respondan a esta complejidad e incidan sobre sus múltiples causas” (1).

Es muy importante realizar estudios que analicen y demuestren la realidad actual en Colombia, de las personas valoradas por PCL, con el fin de fomentar en la comunidad del área ocupacional, el interés por la actualización permanente del tema y cultivar un pensamiento crítico, todo lo cual garantizará la calidad y experticia profesional en el campo tan complejo como es la valoración humana (1).

Es por ello que este estudio es de gran utilidad, porque podrá servir de información actualizada y concreta para analizar y servir como fuente real de datos estadísticos en Salud laboral, en el ejercicio de la Valoración de la PCL del Laboratorio de la FNSP, y pueda servir de gran aporte a la comunidad de salud ocupacional como son la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP), Empresa Promotora de Salud (EPS), Administradora de Riesgos Laborales (ARL), Junta Regional de Calificación de Invalidez (JRCI) y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez (JNCI) y ministerio de trabajo y demás estudios de investigación que lo requieran como referente de datos de información.

2. Planteamiento del problema

No hay información actualizada sobre las características del proceso de calificación de PCL durante los años 2013 al 2015 en el servicio de valoración de la PCL del laboratorio de Salud Pública de la FNSP.

La valoración de la PCL, es una actividad que se está solicitando frecuentemente a entes privados y públicos, por existir no solo controversias, sino como un requisito para el reconocimiento de derechos como (prestaciones económicas como el pago de invalidez, reconocimiento del origen, reconocimiento de fecha de estructuración y prestaciones asistenciales, entre otros).

Se identifica que existen varios factores determinantes que ocasionan la pérdida de la capacidad laboral en la persona, trayendo como consecuencia perjuicios en el entorno de su salud, actividades de la vida diaria, en el ámbito familiar, social, laboral y económico, trayendo consigo la insatisfacción a nivel personal, el aumento del desempleo, el aumento del sector laboral informal, la reducción de las inversiones en el capital humano y la disminución de las coberturas en el régimen contributivo por incapacidad laboral, entre otros.(1) Es por ello que es de suma importancia la calificación de PCL para la persona con discapacidad ya que definirá el derecho que tiene por ley a las prestaciones de salud y económicas, de indemnización o de pensión de Invalidez.

Según estadísticas de la Federación de aseguradores Colombianos (FASECOLDA) el 2015, refieren como datos reales, que 722,836 personas fueron reportadas con accidente de trabajo (AT), y que 9583 personas fueron diagnosticadas por enfermedad laboral (EL) y de ellas, 396 personas recibieron pensiones por invalidez por AT y tan solo 65 personas recibieron pensión de invalidez por enfermedad laboral. Colombia requiere estudios de origen de pérdida de la capacidad laboral, para conocer y analizar la situación actual por la que pasan las personas con alguna invalidez, en sus funciones fisiológicas, biológicas, psicológicas que merman el completo desarrollo de las personas en la sociedad, manifestándose en enfermedades y accidentes de tipo laboral y común (2).

El estudio realizado por Martha Alexandra Galvis Palacio, el 2012 sobre “Factores sociodemográficos y laborales relacionados a la calificación de PCL, de patologías de origen laboral o común por la JRCP”, encontró que la población calificada por PCL, la mayoría son de género masculino, igualmente la actividad económica que predominó fue la de servicios domésticos, y el diagnóstico de mayor prevalencia es la enfermedad común con un 84% reportada en los centros de trabajo, Además encontró que las enfermedades laborales más frecuentes fueron las lesiones músculo esqueléticas, seguida de patologías auditivas y trastornos mentales y del comportamiento, además del 41.4% de Accidentes de Tránsito (3).

Ángela Maryoure Gigliola Suárez Moya, Jorge Arturo Díaz Ruíz, el 2012, señalan factores considerados en la calificación de la PCL, así como las condiciones sociodemográficas encontrando en su estudio que, el porcentaje de valoración de PCL

fue 16,46% en mujeres y 15,51% en hombres y que la población más afectada fue entre 40 y 54 años (4).

No obstante, no se han encontrado estudios actualizados que caractericen el origen de calificación de PCL con sistema afectado, ni estudios recientes realizados en el laboratorio de la FNSP que establezcan asociación entre las condiciones sociodemográficas con origen de calificación (laboral o común), y que comparen la calificaciones del Laboratorio de la FNSP con las instancias de calificación de valoración de PCL.

La importancia de establecer con claridad las diferencias según el origen de calificación, implica entre otros aspectos, conocer en las personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral, condiciones como características sociodemográficas, sistemas más afectados, conocer y analizar la calificación de la PCL, de personas que han solicitado este servicio en el laboratorio de la FNSP.

Se pretende dar respuesta a las siguiente pregunta: ¿Cuáles son las diferencias encontradas según el origen de calificación (laboral o común), de personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral en el laboratorio de la FNSP en el periodo 2013 al 2015?.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Caracterizar las diferencias encontradas según el origen de calificación (Laboral o común) de personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral en el laboratorio de la Facultad Nacional de Salud Pública en el periodo del 2013 al 2015.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar según el sistema afectado y el origen de calificación de la pérdida de capacidad laboral, para los primeros cuatro diagnósticos, de las personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral en el laboratorio de la FNSP en el periodo 2013 a 2015.

Asociar el origen de calificación de la pérdida de capacidad laboral, con las condiciones sociodemográficas, de las personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral en el laboratorio de la FNSP en el periodo 2013 a 2015.

Describir el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral (deficiencia, discapacidad y minusvalía), según el origen de calificación (laboral o común), de las personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral en el laboratorio de la FNSP en el periodo 2013 a 2015.

Comparar la calificación de pérdida de capacidad laboral dada por el Laboratorio de la FNSP en el periodo de 2013 a 2015, con las calificaciones dadas anteriormente por la primera instancia, JRCI y JNCI, de las personas evaluadas por pérdida de la capacidad laboral en el laboratorio de la FNSP en el periodo 2013 a 2015.

4. Marcos del trabajo

4.1 Marco conceptual

4.1.1 Valoración de la pérdida de la capacidad laboral

En la valoración de PCL se determina la pérdida de la capacidad laboral, entendiéndose como “capacidad laboral el conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual” (5).

La valoración de PCL, se compone por el porcentaje, origen de calificación (laboral o común) y la fecha de estructuración de la lesión; al realizar la calificación integral de la invalidez se otorga un puntaje a cada criterio cuya sumatoria corresponde al 100% de total de la PCL.

El proceso de valoración de PCL es independiente de aspectos sociodemográficos como: edad, género, estrato socioeconómico, etnia, nivel educativo, además del tipo de vinculación laboral, afiliación al sistema de seguridad social integral, del ejercicio o no de su actividad laboral, de trámites legales, jurídicos y administrativos (1).

A propósito de la valoración de la PCL, el Dr. Duque Mosquera, dice: La valoración de la pérdida de capacidad laboral ha sido considerada por la jurisprudencia constitucional como un derecho que tiene toda persona y tiene la importancia en la medida que permite acceder a los derechos fundamentales como la salud, seguridad social, el mínimo vital, teniendo en cuenta que permite establecer qué tipo de prestaciones tiene derecho quien es afectado por una enfermedad o accidente, producido con ocasión o como consecuencia de la actividad laboral o por causas comunes. Es indispensable la valoración para determinar el derecho al reconocimiento de alguna de las prestaciones asistenciales o económicas especialmente la pensión de invalidez, valoración que arroja el porcentaje de PCL y desde el punto de vista médico especifica la causa que origina la disminución de la capacidad laboral (6).

4.1.2 Proceso de la valoración de PCL

En el proceso de valoración de PCL, se debe considerar los instrumentos que se toman como referente para el proceso de calificación, de PCL en Colombia, es así que tenemos el Decreto número 917 de 1999, se determinó el “Manual Único de Calificación de invalidez” (MUCI), y el Decreto número 1507 de 2014, por el cual se expide el “Manual Único para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional” (MUCLO).

La normatividad de ambos baremos de calificación de invalidez, es aplicado actualmente, según sea conveniente, es así que, el Decreto 1507 del 2014, tiene vigencia 6 meses después de ser publicado, es decir a partir del 12 de febrero del 2015, por lo tanto sólo se aplicará a los procedimientos, actuaciones, dictámenes y procesos de calificación que inicien con posterioridad a su entrada en vigencia; Con el Decreto 917

de 1999, seguirá rigiendo para los procesos de calificación, recursos de reposición y apelación que se encuentren en curso a la fecha de entrada en vigencia del nuevo baremo.

El Decreto 917 de 1999, se determinó para la calificación de las siguientes variables deficiencia, discapacidad y minusvalía, dando mayor valor de calificación al daño orgánico o deficiencia como tal, que a los aspectos sociales; Para la realización de este Manual (MUCI) tuvo como referente la clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) y el manual de calificación chileno que tenía como referente las guías de la asociación Médica Americana (AMA) (1).

El Decreto 1507 de 2014, se determinó para la calificación de las deficiencias dando el mismo valor de importancia, al daño orgánico o deficiencia que al rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales. Los criterios para la calificación de las deficiencias en el decreto 1507 son más específicos, y se aplica la fórmula de Balthazar original, mientras que el decreto 917 de 1999 utiliza la fórmula modificada. Para la realización de este manual (MUCLO), se tuvo como referente la Comisión de expertos de la IOT, el Manual de consecuencias de la Enfermedad de la OMS y la Clasificación Internacional del funcionamiento (CIF), y el Manual de Discapacidades de la Asociación Médica Americana (AMA) versiones 5 y 6 y sus actualizaciones (5).

4.1.2.1 Diagnóstico clínico

Se determina el diagnóstico clínico con carácter técnico científico soportado en la historia médica clínica y con ayuda de exámenes de laboratorios o ayudas adicionales requeridas de acuerdo con la especificidad del problema, los cuales constituyen los elementos de hecho.

4.1.2.2 Calificación integral de la PCL

La calificación integral de PCL, se registra en el dictamen o en los formularios que fueron expedidos por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, debiendo registrar estos tres aspectos de calificación o por lo menos uno de ellos, dichos aspectos de calificación son:

- **Calificación del origen de PCL**

Determina las causas que llevaron al accidente, enfermedad o muerte y de clasifica en dos grupos: Evento Común “Enfermedad común (EC) y Accidente común (AC)” y Evento laboral “Enfermedad laboral (EL) y accidente de trabajo (AT).

En el caso de enfermedad o accidente de origen laboral, la valoración de la PCL se hará una vez concluido completamente el proceso de rehabilitación integral y/o cuando se haya terminado el tiempo de incapacidad temporal según lo establecido en normas vigentes, y contando con la expedición del certificado por parte de la EPS, de la terminación del proceso de rehabilitación para acceder a la calificación de PCL (1).

- **Calificación porcentaje total de PCL**

Representa la suma aritmética de aquellos porcentajes de calificación de la PCL, y se hacen de conformidad con las especificaciones de cada Baremo que corresponda el caso.

Baremo del “MUCI”, con el Decreto número 917 de 1999, para calificar íntegramente el grado de la PCL, se suman aritméticamente aquellos porcentajes correspondientes a los valores de:

Deficiencia (con un mínimo de 0% y un máximo de calificación de 50%), Discapacidad (con un mínimo de 0% y un máximo de calificación de 20%) y Minusvalía (con un mínimo de 0% y un máximo de calificación de 30%), sumando un total de 100% como valor máximo de grado de PCL que el calificador legal pertinentemente le asigne a cada uno de ellos” (7).

Baremo del “MUCLO”, con el Decreto número 1507 de 2014 la calificación integral se distribuye porcentualmente, de acuerdo a dos Títulos, como se indica:

El Título Primero “Valoración de las deficiencias” (con un mínimo de 0% y un máximo de 50%). El Título segundo “Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales” con un mínimo de 0% y un máximo de 50%, dando un total de 100% de calificación de grado de PCL (5).

Para determinar el porcentaje de PCL, la persona deberá concluir el tratamiento y rehabilitación integral, donde se encuentre a mejoría médica máxima (MMM), también se puede determinar la valoración de PCL aún sin haber completado este proceso y se obtenga un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría (5).

- **Calificación de la fecha de estructuración**

Es la fecha en que se genera en la persona la PCL de forma permanente y definitiva, y que deberá ser registrada en su historia clínica juntamente con los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, que podrá ser anterior o corresponder a la fecha de calificación (7).

“Se entiende como fecha en que una persona pierde el grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de su enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos” (5).

4.1.2.3 Calificación del estado de la PCL. (Se clasifica según el porcentaje de PCL)

- **Incapacidad permanente parcial:** Cuando por cualquier causa de cualquier origen (laboral o común), presente un grado de PCL igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%) de calificación de PCL (8).

- **Invalidez:** Cuando por cualquier causa, de cualquier origen (laboral o común), no provocada intencionalmente, presente un grado de PCL igual o superior al cincuenta por ciento (50%) de su capacidad laboral (5).

Cabe recalcar que si la persona recibe subsidio por incapacidad temporal, no podrá recibir la prestación de invalidez y viceversa.

Si la calificación de PCL comprende entre el 5% y el 49.9%, la persona tiene derecho a una indemnización, por el contrario si la calificación supera más del cincuenta por ciento (50%) la persona tiene derecho a ser pensionada por invalidez de origen ocupacional (1).

“Cuando la invalidez es superior al cincuenta por ciento (50%) e inferior al sesenta y seis por ciento (66%), tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al sesenta (60%) del ingreso base de liquidación” (8).

- **Gran invalidez:** “Es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente total o absoluta y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o semejantes” (9).

“Cuando la invalidez sea superior al sesenta y seis por ciento (66%), tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al setenta y cinco por ciento (75%) del ingreso base de liquidación” (8).

4.1.3 Entes de calificadoras de la PCL

Según el Artículo 142 del Decreto 19 de 2012, las entidades calificadoras en Primera instancia de la valoración de PCL, son el Instituto de Seguros Sociales (ISS), Administradora Colombiana de Pensiones –(COLPENSIONES), las Administradora de riesgos laborales (ARL), las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y las Empresas promotoras de salud (EPS). En caso de que la persona valorada no este conforme con la calificación puede apelar ante instancias competentes superiores como las Juntas de Calificación de Invalidez, que comprende la Junta Regional de Calificación de Invalidez (JRCI), la Junta Nacional de calificación de invalidez (JNCI) y Juez de la república.

“Las Juntas de calificación de la invalidez deben emitir el dictamen de la Invalidez el cual, en todos los casos, es resultado de la deliberación de los miembros encargados de calificar. De igual modo, corresponde a la respectiva Junta notificar el dictamen al afiliado, quien puede aceptarlo o apelarlo ante instancias competentes ”(7).

La persona que requiere ser calificada, si es por origen laboral, solicita a su ARL la valoración de PCL, esta entidad tiene un mes para dar respuesta; Si la persona no está de acuerdo con el dictamen, tiene 5 días para apelar, si no hay modificación, la persona entonces puede solicitar a la JRCI, luego del pago de una determinada cantidad de dinero, solicita una nueva valoración; Si la persona no está de acuerdo con el nuevo resultado del dictamen, puede solicitar valoración de PCL a la JNCI, y si finalmente la

persona no está de acuerdo, procede a la Justicia Laboral Ordinaria, para que dirima la controversia en forma definitiva (7).

4.1.4 Contexto de valoración de PCL de origen laboral

Según datos mundiales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), indicó: que en China el 2010, se notificó 27240 casos de enfermedades laborales, siendo las enfermedades más frecuentes, por exposición a partículas de polvo en el lugar de trabajo que fueron un total de 23812 casos. En Argentina el 2010 se registraron 22013 casos de enfermedades profesionales siendo las de mayor incidencia los Trastornos Músculo esqueléticos (TME) y patologías respiratorias. En Japón el 2011 notificó un total de 7779 casos con enfermedades profesionales las que son más frecuentes las patologías lumbares y neumoconiosis, además se registró 325 casos de trastornos mentales. En el Reino Unido el 2011, pagaron indemnizaciones por PCL a 5920 casos predominando las patologías como la Neumoconiosis, el mesotelioma difuso y la osteoartritis. En Estados Unidos el año 2011, indicaron que 207500 trabajadores refieren enfermedad laboral no mortales como Enfermedades en la piel, pérdida de la audición inducida por ruido y patologías respiratorias (10).

La OIT con su consejo administrativo en la 317ª Reunión marzo del 2013, definió sobre la Prevención de Enfermedades Profesionales, en la que indicó que en otros países como Corea, los TME se incrementaron de 1634 casos notificados el 2001 a 5502 casos notificados el 2010, En Japón aumento las indemnizaciones por enfermedades mentales de 108 casos en 2003 a 325 en el 2011. En el Reino Unido el 2009, se identificó las tres primeras causas de enfermedad laborales reconocidas con mayor prevalencia la Neumoconiosis, el mesotelioma difuso y la osteoartritis de la rodilla de mineros. En China la neumoconiosis fue la enfermedad laboral más diagnosticada en el 2011. En Tailandia se notificó 4575 casos de enfermedad profesional en el 2009 (11).

En estudios internacionales sobre PCL, como el reportado en la revista Cubana de Salud y Trabajo, realizado en la Habana-Cuba el 2009 por Waldo Jacobo Díaz Piñera, se encontró como patología más frecuente la relacionada con alteraciones músculo-esqueléticas, seguido de enfermedades cardiovasculares, enfermedad del sistema nervioso, órganos de los sentidos y enfermedades endocrinas (12).

Un estudio realizado por Gómez García, Antonio R; Suasnavas Bermúdez, Pablo R., en Ecuador el 2011-2012, se encontró que los accidentes de trabajo (AT) con lesión en los miembros superiores son los de mayor incidencia, seguida por las lesiones en miembros inferiores. Lo que originó los accidentes de trabajo (AT), fueron en orden de incidencia, las fracturas y luxaciones, torceduras y esguinces, conmociones y traumatismos internos, amputaciones, traumatismos superficiales, contusiones y aplastamientos y otras heridas son las de mayor incidencia (13).

En un estudio sobre Enfermedades profesionales declaradas en varones y mujeres en España el 2004, por Montserrat García Gómez y Rosario Castañeda López, donde se encontró que las enfermedades profesionales que más se declaran corresponden a las enfermedades por agentes físicos, en particular por movimientos repetidos y posturas forzadas, en concreto las Enfermedades Osteomusculares como la tenosinovitis de

mano-muñeca, las epicondilitis y las bursitis de rodilla, representan el 71% de todas las enfermedades profesionales declaradas en el año 2004. El dolor de espalda, afecta a un 75% de las personas adultas a lo largo de su vida y en el 90% de los casos se debe a una alteración mecánica de las estructuras vertebrales. Esta patología es la causa más frecuente de la limitación de la actividad laboral en menores de 50 años, atribuyendo el 36% de las personas que padecen lumbalgia a su actividad laboral. El segundo grupo de enfermedades laborales son las cutáneas, en su mayoría dermatitis, y el tercero las neurológicas, fundamentalmente el síndrome del túnel carpiano. Llama la atención que sólo se han declarado 11 casos de cáncer (corresponden a 5 mesoteliomas, 2 leucemias, 2 cáncer de pulmón y 2 de laringe), y 13 enfermedades cardiovasculares (14).

En la Revista Colombiana Médica de medicina Física y de rehabilitación, Ángela Maryoure Gigliola Suárez Moya, Jorge Arturo Díaz Ruiz, el 2012 hicieron un análisis de la calificación de la PCL por trastornos músculo esqueléticos en miembros superiores, encontraron que las principales enfermedades fueron el síndrome del túnel del Carpo, la tendinitis del hombro, Epicondilitis y terminando en la Teno sinovitis de la muñeca (4).

El estudio hecho por Martha Alexandra Gavis Palacio el 2012 y 2013, que es relacionado con calificación de PCL de patologías de origen laboral y común evidenció “La tendencia de la enfermedad laboral en los últimos 4 años por EPS, indica que las lesiones musculo esqueléticas, patologías auditivas y trastornos mentales y del comportamiento continúan siendo los de mayor reporte a las ARL (Administradoras de Riesgos Laborales) por parte de las EPS (Entidades Promotoras de Salud)” (3).

Mónica Perdonó Hernández, en Huila en el periodo del 2009 al 2012, realizó un estudio sobre PCL asociada a comorbilidad de DME (Desórdenes Músculo Esqueléticos), se confirmó que la mayor causa de invalidez según la PCL, es los DME, donde los desórdenes músculo esqueléticos y los trastornos depresivos generaron mayor pérdida de capacidad laboral (15).

Según Marisol Moreno Angarita, encontró en el 2010, en Colombia, que el sistema osteomuscular es el más afectado en las personas con discapacidad con el 48,4%, seguido del sistema nervioso con 41,7%, sistema visual con 40,7%, y el sistema cardio-respiratorio con 30,3% (1).

4.1.5 Contexto de valoración de PCL de origen no laboral

Según Marisol Moreno Angarita, en el año 2010 en Colombia se determinó la distribución porcentual del origen de discapacidad, encontrándose con discapacidad por enfermedad de origen común, el 35,8% fueron hombres y el 48% fueron mujeres; Con discapacidad por accidente de origen común, el 21,9% fueron hombres y el 11,1% fueron mujeres (1).

4.1.6 Aspectos sociodemográficos de personas con discapacidad

En un estudio realizado por Monserrat García Gómez sobre enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004, se notificaron

28.728 enfermedades profesionales. La incidencia en mujeres fue de 188,7 por 100.000 trabajadoras, y en hombres fue de 217,8. La edad media de presentación en hombres fue de $39,4 \pm 11$ años, y en mujeres de $37,6 \pm 11$ años. Aunque la incidencia global es mayor en hombres que en mujeres, en la mayoría de actividades económicas y ocupaciones, las tasas específicas son mayores en mujeres (14).

En un estudio realizado por Eliane de Freitas Drumond y Jussara Medeiros Silva en Brasil, el año 2013, sobre la medición de Accidentes de trabajo mortales, indicaron que el 94,3% eran hombres, con menos de 8 años de educación (36,9%). Sólo uno de los trabajadores era menor de 18 años, pero siete de ellos eran mayores de 65 años. En cuanto a la ocupación, hubo una mayor frecuencia de accidentes de trabajo entre los trabajadores de las industrias de minería y construcción (25,5%), seguido de trabajadores motociclistas y vendedores de comercio (18,4%) y conductores de vehículos (18,4%) (16).

Según Mónica Perdomo Hernández, el 2009-2012 en Huila, encontró que hubo incapacidad permanente parcial en 73,3% e invalidez en 26,7%; se encontró asociación con respecto a la edad, el rango de 50-65 años de edad, siendo el sexo femenino el mas prevalente en la invalidez, y que hay asociación entre la comorbilidad, edad avanzada, sexo femenino, origen no ocupacional y menor educación a la presencia de PCL (15).

Según Marisol Moreno Angarita, encontró en el 2010, en Colombia que “existe relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y la edad, afecta a ambos sexos de cualquier edad, y se va incrementando según el número de años vividos; mientras el 5,5 de cada 1000 personas de cero a 4 años presentan esta condición, en las personas mayores de 80 años la relación sube al 115,1 por cada mil”. Además refieren que el 37,7% de las personas registradas requieren ayuda permanente de otras personas, para actividades cotidianas de la vida y esta dependencia es fuerte en las personas con deficiencias relacionadas al sistema nervioso (46,5%), deficiencias osteomusculares (44%) y con dificultades en la voz y habla (42,2%), también se encontraron que las personas con edad productiva (15 y 44 años) presentan una discapacidad y relación de dependencia del 26% (1).

Con lo referente al estado civil por género, se muestra que hay una mayor porcentaje entre los hombre y mujeres discapacitados que tienen la condición se separado o divorciado (1).

En lo referente a personas con discapacidad según estrato socioeconómico, se indica que el 44,5 del total de personas informa que pertenecen al estrato uno (1), el 35,3% se encuentra en estrato dos, sumando entre el estrato uno y dos 79,8% de toda la población con discapacidad registrada (1).

4.2 Marco legal

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones; En el libro primero (sistema general de pensiones), determina las norma de calificación de invalidez.

Art.12 Regímenes del sistema general de pensiones: “El sistema general de pensiones está compuesto por dos regímenes solidarios excluyentes pero que coexisten, a saber: régimen solidario de prima media con prestación definida y régimen de ahorro individual con solidaridad” (17).

En el Título II, capítulo III (pensión de invalidez por riesgo común). **Art. 41** Calificación del estado de invalidez. “El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral” (17).

Decreto 1281 de 1994. Por el cual se reglamentan actividades de alto riesgo; En el capítulo I (actividades de alto riesgo para la salud del trabajador), capítulo II (régimen especial de pensiones de invalidez de sobrevivientes y de vejez para periodistas), se asignan pensiones de invalidez y de sobrevivientes, así como pensiones de vejez (18).

Decreto 917 de 1999. Por el cual se modifica el decreto 692 de 1995; Se crea el “Manual Único de Calificación de Invalidez” que tuvo vigencia hasta el 11 de febrero del 2015, se aplicaba a todos los habitantes del territorio nacional, trabajadores del sector público oficial semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general para determinar la valoración de pérdida de la capacidad laboral, origen de calificación y fecha de estructuración; Este Baremo, tiene un mayor valor de calificación para el daño orgánico o deficiencia que para los otros aspectos sociales (7).

Decreto 2463 de 2001. Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez. Determinando el grado de pérdida de la capacidad laboral, los términos para la calificación del origen y los parámetros para la determinación de invalidez, según instancias de calificación (19).

Ley 776 de 2002. Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de riesgos Profesionales, donde se remarca los estado de invalidez y reconocen las prestaciones asistenciales y económicas que se refieren por ley (20).

Resolución 1401 del 2007. Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.

Art. 2º. Objeto “Establecer obligaciones y requisitos mínimos para realizar la investigación de incidentes y accidentes de trabajo, con el fin de identificar las causas, hechos y situaciones que los han generado, e implementar las medidas correctivas encaminadas a eliminar o minimizar condiciones de riesgo y evitar su recurrencia” (21).

Resolución 2346 de 2007. Por la cual se regula la Práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Art. 10 “Las valoraciones médicas complementarias forman parte de las evaluaciones médicas ocupacionales y deberán programarse con anterioridad a su realización; en ellas

participarán diferentes profesionales de la salud, según se requiera. Los resultados de las valoraciones complementarias deben hacer parte de la historia clínica ocupacional y serán analizados por el médico en la respectiva evaluación médica ocupacional” (22).

Decreto 1352 del 2013. Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones. Aplica a las funciones e Itinerario de calificación de la pérdida de la capacidad laboral, por las diferentes instancias de calificación.

En el Capítulo II “De la Organización e integración de las juntas de calificación de invalidez. **Art. 4.** Naturaleza de las juntas regionales y Nacional de calificación de Invalidez” (23).

Decreto 1477 del 2014. Por la cual se expide la tabla de Enfermedades Laborales en Colombia. En su contenido presenta dos secciones: la primera que detalla los agentes etiológicos tener en cuenta para la prevención de enfermedades, mientras que en la segunda sección establecen el grupo de enfermedades para determinar el Diagnóstico Médico que lleva así misma 15 grupos de enfermedades clasificadas (24).

Decreto 1507 del 2014. Por el cual se expide el Manual único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Es aplicable a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores del sector público o privado en general, este manual sirve para determinar y unificar la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional de cualquier origen que proporcione un lenguaje unificado y estandarizado para el abordaje de la valoración del daño, con un enfoque integral. Presenta en su estructura 15 capítulos con la valoración de las deficiencias clasificadas por trastornos y sistemas y la Valoración del rol laboral, rol ocupacional dividido en 04 capítulos; Esta norma que derogó a decreto 917 de 1999 y entro en vigencia el 12 de febrero del 2015 (5).

Decreto 1072 del 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Se aplica a los afiliados al sistema general de riesgos laborales o sus beneficiarios. En el Título 3. Fondos Especiales, Parte 2 Sector Descentralizado Título 1. Entidades Adscritas, en el Art. 1.2.1.5. Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez (25).

4.3 Marco institucional

La siguiente información (Reseña histórica, plataforma estratégica, Área de salud ocupacional y Políticas de confidencialidad) fueron tomados de la página web Laboratorio de FNSP.

4.3.1 Reseña de histórica del laboratorio de la FNSP

“La Escuela Nacional de Salud Pública fue creada el 31 de diciembre de 1963, en virtud de un contrato celebrado entre la Universidad de Antioquia y el Ministerio de Salud Pública. El Consejo Superior de la Universidad, por Acuerdo No. 3 del 1 de agosto de 1980 y No. 5 del 3 agosto de 1982, procedió a reestructurarla y le dio la denominación de Facultad Nacional de Salud Pública”(26).

El Laboratorio de FNSP ha tenido su implementación de un Sistema de Gestión de Calidad desde el año 2007, realizando procesos normalizados, procedimientos documentados y registros que evidencian la eficacia del sistema y el cumplimiento de requisitos, logrando la certificación en la NTC ISO 9001:2008 para Sistemas de Gestión de Calidad. (SGC). En el año 2008, 2009 continuó con el mantenimiento del SGC y logró la renovación del certificado a finales del año 2010 por tres años más (27).

Los servicios que se prestan en el Laboratorio de la FNSP actualmente, son: Salud ocupacional, Análisis físico-químico, Análisis microbiológico e Higiene ambiental (27).

4.3.2 Servicio de salud ocupacional del Laboratorio de FNSP

Para los empleadores, la salud ocupacional supone un apoyo al perfeccionamiento del trabajador y al mantenimiento de su capacidad de trabajo. Los problemas más usuales de los que debe ocuparse la salud ocupacional son las fracturas, cortaduras y distensiones por accidentes laborales, los trastornos por movimientos repetitivos, los problemas de la vista o el oído y las enfermedades causadas por la exposición a sustancias antihigiénicas o radioactivas, por ejemplo. También puede encargarse del estrés causado por el trabajo (27).

4.3.3 Política de confidencialidad

El laboratorio de Salud Pública garantiza a todos los usuarios que el resultado obtenido en los muestreos y/o análisis solicitados en el Laboratorio será conocido por la persona u organización que contrato sus servicios. El laboratorio de FNSP se compromete en herramientas que manejen debidamente la información de carácter confidencial (27).

Es muy importante señalar que el Laboratorio de FNSP cumple con la política de confidencialidad, es así que:

Artículo 10 de la resolución 2346 de 2007. “Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales” (22). En el laboratorio de la FNSP se cumple esta disposición, es así que en el momento del ingreso de la persona para su valoración de PCL, se le da un folio que contiene “Consentimiento informado” donde se pide la aprobación voluntaria de la persona de hacerse esta valoración por PCL (Anexo1).

Artículo 8 de la resolución 8430 de 1993. “La importancia de proteger la privacidad del individuo, que es sujeto de investigación” (28). En el presente estudio esta consideración es cumplida a cabalidad ya que el laboratorio de FNSP, emite la “Encuesta del Servicio Merma de capacidad laboral”, ofrecido a las personas valoradas por PCL, en el cual les hace partícipe de forma voluntaria de participar en las investigaciones dentro de la FNSP, el cual se mantiene en completa privacidad y confidencialidad (Anexo 2).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo retrospectivo con información suministrada por el Laboratorio de La Facultad Nacional de Salud Pública durante 2013 a 2015, a través de los dictámenes de calificación laboral del laboratorio de la FNSP.

5.2 Población de referencia y población objeto de estudio

La población de estudio estuvo conformada por todos los usuarios que han sido atendidos por valoración de la pérdida de la capacidad laboral en el Laboratorio de FNSP, durante el tiempo comprendido entre 2013 y 2015, que hace un universo total de 1010 usuarios calificados por PCL, distribuidos en los 3 años como detalla: año 2013: 366, año 2014: 379, año 2015: 265.

Las personas que conformaron la muestra fueron obtenidas de los 1010 usuarios que accedieron a los servicios del área de Salud Ocupacional de 2013 a 2015, se tomó como referencia la principal prevalencia de enfermedad laboral calificada en Colombia que son las enfermedades osteo-musculares con una prevalencia del 82%, considerándose prevalencia esperada del 80%.

Para lo anterior se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} * \sigma^2}{e^2 + \left(\frac{Z^2_{\alpha/2} * \sigma^2}{N} \right)}$$

Ecuación 1. Muestreo aleatorio por asignación proporcional;

La muestra de las atenciones se obtuvo por medio del programa Epidat 3.1 cuya licencia está autorizada en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia; mediante un muestreo aleatorio por asignación proporcional; porque cada individuo tuvo probabilidad de selección conocida y mayor que cero.

Se tomó un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), una proporción (p) estimada de 0.5, el cálculo se realizó considerando un error máximo permisible del 5%. Posteriormente, se ajustó el tamaño de muestra calculado un sobre-muestreo del 20%, con el fin de prever posibles pérdidas de dictámenes incompletos, así la muestra finalmente obtenida ascendió a 240 personas, de los cuales 8 no aportaron información de los diagnósticos ni de la calificación, y 10 registros estaban duplicados debido a la forma de nombrar los archivos, dichos registros fueron eliminados de la base de datos, quedando una total de 222 registros.

Para un adecuado manejo de la información, se decidió trabajar en función del objetivo uno, con cuatro de los ocho diagnósticos, que se registró en la base de datos, a los cuales, los médicos en los expedientes asignaron un porcentaje, con el fin de obtener el porcentaje total de la deficiencia. Dichas deficiencias se agruparon según sistema afectados, como se detalla: osteomuscular, mental, reumática, órgano de los sentidos, sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, cardiovascular, endocrino, piel, respiratoria, autoinmune, digestiva, génito-urinario, neoplásica, hematopoyético.

5.3 Fuentes de información y técnicas de recolección de la información

Se utilizaron fuentes secundarias de información como los dictámenes de valoración de pérdida de la capacidad laboral de usuarios atendidos de 2013 a 2015 en el área de salud ocupacional del Laboratorio de la Facultad Nacional de Salud Pública. Para el análisis de la información, se recogió la información en el programa Excel y se analizó utilizando el programa SPSS versión, posteriormente se ajustó al sistema IBM -SPSS-Statistics para permitir el análisis bivariado de datos del estudio, la codificación y la tabulación de la información.

5.4 Plan de análisis

Para cumplir los objetivos del estudio, se obtuvo de la base de datos variables de importancia, éstas fueron:

- Estado Civil (así se categorizó el estado civil: soltero, unión libre, casado y viudo.)
- Edad agrupada (así se categorizó la edad en grupos: 5-15 años, 16-25 años, 26-35 años, 36-45 años, 46-55 años, 56-65 años, y 66-75 años de edad respectivamente.
- Nivel educativo (así se categorizó el nivel educativo: analfabeta, primaria y secundaria completa e incompleta, técnico y tecnólogo, universitario).
- Sexo (así se categorizó el sexo: hombre y mujer).
- Estrato socioeconómico (así se categorizó el estrato socioeconómico de menor a mayor estrato: 1, 2, 3, 4, 5, 6).
- Oficio (así se categorizó el oficio: no labora, empleado doméstico, estudiante, obrero empleado de empresas particulares, obrero empleado de gobierno, trabajador familiar sin remuneración, trabajador por cuenta propia.
- Variable según sistema afectado.
- Variable de origen de PCL (así se categorizó: enfermedad común (EC), accidente común (AC), enfermedad laboral (EL) y accidente laboral (AL).
- Deficiencia
- Discapacidad
- Minusvalía
- Gran invalidez.
- Invalidez.
- Incapacidad permanente Parcial).
- Porcentaje de PCL.
- Origen de calificación de PCL.
- Fecha de estructuración de PCL.
- Calificación de primera instancia

- Calificación de primera instancia Invalidez (JRCI)
- Junta Nacional de Calificación de Invalidez (JNCI)
- Calificación del laboratorio de FNSP

5.5 Criterios de inclusión

-Dictamen clínico completo de la Valoración de PCL del Laboratorio de la FNSP de la Universidad de Antioquia.

-Dictamen donde la persona valorada por PCL aceptó y firmó voluntariamente, el consentimiento informado para investigaciones futuras en laboratorio de la FNSP.

5.6 Criterios de exclusión

-Dictamen clínico incompleto de la valoración de PCL del Laboratorio de la FNSP de la Universidad de Antioquia.

- Dictamen donde la persona valorada por PCL no aceptó ni firmó voluntariamente, el consentimiento informado para investigaciones futuras en laboratorio de la FNSP.

5.7 Consideraciones éticas

La resolución 8430 del 4 de octubre 1993, Por la cual el Ministerio de Salud establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; En la investigación que realizaremos se tomarán en cuenta como base los artículos 5, 6 E y G, 8, 11 A y 14 que establecen:

Artículo 5. 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.

Artículo 6: La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

Criterio E: Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

Criterio G: Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 11. Literal a: Investigación sin riesgo: Este estudio es un tipo de los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las HHC que participan en el estudio, entre los que se consideran: Revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (28).

6. Resultados

6.1 Estado de PCL según origen de calificación

Al 77% de las personas valoradas se le determinó que era de origen no laboral y al 22.55% fue de origen laboral. El mayor porcentaje corresponde al estado de invalidez con el 47,7%. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Calificación de origen de PCL según el estado de PCL. Laboratorio de FNSP. Medellín 2013-2015

		Origen calificación de PCL				Total			
		Laboral	%	No laboral	%	Por otra consulta	%	Total	%
Estado de PCL	Gran invalidez	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,5
	Incapacidad permanente	33	14,9	28	12,6	0	0,0	61	27,5
	Incapacidad parcial								
	Invalidez	11	5,0	94	42,3	1	0,5	106	47,7
	Sin dato	6	2,7	48	21,6	0	0,0	54	24,3
Total		50	22,5	171	77,0	1	0,5	222	100,0

Todos los dictámenes tenían de uno a ocho diagnósticos médicos. Con 1 diagnóstico 222, con 2 diagnósticos 38, con 3 diagnósticos 44, con 4 diagnósticos 31, con 5 diagnósticos 31, con 6 diagnósticos 8, con 7 diagnósticos 18 y con 8 diagnósticos 4.

Debido a que siete dictámenes tenían dos calificaciones de origen a la vez, se estableció la categoría “Más de 1 origen”.

6.1.1 Sistema afectado según origen de calificación

En el caso del primer diagnóstico, se encontró que el mayor porcentaje correspondía a trastornos osteomusculares con un 45,5%, corresponden a calificaciones por enfermedad común en un 18.47%, y enfermedad laboral en un 3.15%.

El diagnóstico con menos porcentaje estuvo relacionado con enfermedades de los grupos: Autoinmune, Digestivo, Génito-urinario y Neoplásico con un 0.45% para cada una de ellas respectivamente, que pertenece a calificaciones de enfermedad común. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Calificación de origen de PCL según primer diagnóstico. Laboratorio de FNSP. Medellín 2013-2015

Diagnóstico 1	Calificación de origen												Total	
	No laboral				Laboral				Sin dato		Más de 1 origen			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Osteomuscular	41	18,47	24	10,81	7	3,15	24	10,81	1	0,45	4	1,8	101	45,5
Mental	29	12,61	0	0,45	1	0	0	0,45	0	0	1	0,45	31	13,96
Reumática	20	9,01	0	0	0	0	2	0,9	0	0	1	0,45	23	10,36
Sentidos	10	4,5	2	0,9	2	0,9	1	0,45	0	0	0	0	15	6,76
Sistema nervioso central	11	4,95	1	0,45	0	0	1	0,45	0	0	0	0	13	5,86
Sistema nervioso periférico	3	1,35	3	1,35	2	0,9	4	1,8	0	0	1	0,45	13	5,86
Cardiovascular	8	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3,6
Endocrina	7	3,15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3,15
Piel	1	0,45	1	0,45	0	0	2	0,9	0	0	0	0	4	1,8
Respiratoria	2	0,9	0	0	1	0,45	0	0	0	0	0	0	3	1,35
Autoinmune	1	0,45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,45
Digestiva	1	0,45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,45
Genito-urinario	1	0,45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,45
Neoplásica	1	0,45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,45
Total	135	60,81	32	14,41	12	5,41	35	15,77	1	0,45	7	3,15	222	100

Para el segundo diagnóstico, se encontró que el mayor porcentaje correspondía a diagnósticos médicos de trastornos osteomusculares con un 61.49%, que pertenecen a calificaciones por enfermedad común en un 28.16%, y enfermedad laboral en un 2.3%. El diagnóstico con menos porcentaje fue el grupo de enfermedades de piel con un 1.15%, que pertenecen a personas calificados con accidente de trabajo con un 0.57%, y con accidente común 0.57%. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Calificación de origen de PCL según segundo diagnóstico. Laboratorio de FNSP. Medellín 2013-2015

Diagnóstico 2	Calificación de origen													
	No laboral				Laboral				Sin dato		Más de 1 origen		Total	
	Enfermedad común		Accidente común		Enfermedad laboral		Accidente laboral		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Osteomuscular	49	28,16	23	13,22	4	2,3	24	13,79	1	0,57	6	3,45	107	61,49
Mental	13	6,9	0	0,57	1	0	0	0,57	0	0	1	0,57	15	8,62
Cardiovascular	14	8,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	8,05
Órgano de los sentidos	9	5,17	1	0,57	0	0	0	0	0	0	0	0	10	5,75
Sistema nervioso central	8	4,6	1	0,57	0	0	0	0	0	0	0	0	9	5,17
Endocrina	7	4,02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4,02
Reumática	5	2,87	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2,87
Sistema nervioso periférico	2	1,15	1	0,57	1	0,57	1	0,57	0	0	0	0	5	2,87
Piel	0	0	1	0,57	0	0	1	0,57	0	0	0	0	2	1,15
Total	106	60,92	28	16,09	5	2,87	27	15,52	1	0,57	7	4,02	174	100

En el tercer diagnóstico, se encontró que el mayor porcentaje correspondía a diagnósticos de trastornos osteomusculares con un 52.94%, que corresponde a calificaciones por enfermedad común en un 27.21%, y enfermedad laboral en un 2.21%. El diagnóstico con menos porcentaje fue el grupo de enfermedades digestivas con un 0.74%, que pertenece a personas calificadas con enfermedad común. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Calificación de origen de PCL según tercer diagnóstico. Laboratorio de FNSP. Medellín 2013-2015

Diagnóstico 3	Calificación de origen												Total	
	No laboral				Laboral				Sin dato		Más de 1 origen			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Osteomuscular	37	27,21	10	7,35	3	2,21	17	12,5	1	0,74	4	2,94	72	52,94
Cardiovascular	12	8,82	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	12	8,82
Mental	9	6,62	0	2,94	0	0,00	0	0	0	0	1	0,74	10	7,35
Sistema nervioso periférico	2	1,47	2	1,47	2	1,47	1	0,735	0	0	1	0,74	8	5,88
Reumática	7	5,15	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	7	5,15
Génito-urinario	5	3,68	1	0,74	0	0,00	0	0	0	0	0	0	6	4,41
Endocrina	5	3,68	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	5	3,68
Sentidos	3	2,21	1	0,74	0	0,00	0	0	0	0	1	0,74	5	3,68
Piel	1	0,74	3	2,21	0	0,00	1	0,735	0	0	0	0	5	3,68
Sistema nervioso central	2	1,47	1	0,74	0	0,00	0	0	0	0	0	0	3	2,21
Respiratoria	2	1,47	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	2	1,47
Digestiva	1	0,74	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	1	0,74
Total	86	63,24	22	16,18	5	3,68	19	13,97	1	0,74	7	5,15	136	100

El cuarto diagnóstico reveló que el mayor porcentaje correspondía a diagnósticos de trastornos osteomusculares con un 55.43%, que corresponde a calificaciones por enfermedad común en un 31.52%, y enfermedad laboral en un 2.17%. El diagnóstico con menos porcentaje fue el grupo de enfermedades del sistema nervioso central con un 1,09% que pertenece a personas calificadas con enfermedad común. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Calificación de origen de PCL según el cuarto diagnóstico. Laboratorio de FNSP. Medellín 2013-2015

Diagnóstico 4	Calificación de origen													
	No laboral				Laboral				Sin dato	Más de 1 origen		Total		
	Enfermedad común		Accidente común		Enfermedad laboral		Accidente laboral			Frecuencia	%		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%						
Osteomuscular	29	31,52	6	6,52	2	2,17	10	10,87	1	1,09	3	3,26	51	55,43
Mental	8	8,70	0	0	1	1,09	0	0,00	0	0	0	0	9	9,78
Endocrina	6	6,52	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	6	6,52
Digestiva	4	4,35	0	0	0	0	0	0,00	0	0	1	1,09	5	5,43
Génito-urinario	4	4,35	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	4	4,35
Sentidos	2	2,17	1	1,09	0	0	0	0,00	0	0	1	1,09	4	4,35
Cardiovascular	2	2,17	1	1,09	0	0	0	0,00	0	0	0	0	3	3,26
Reumática	2	2,17	1	1,09	0	0	0	0,00	0	0	0	0	3	3,26
Hematopoyético	2	2,17	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	2	2,17
Piel	0	0,00	1	1,09	0	0	1	1,09	0	0	0	0	2	2,17
Sistema nervioso periférico	0	0,00	1	1,09	0	0	0	0,00	0	0	1	1,09	2	2,17
Sistema nervioso central	1	1,09	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	1	1,09
Total	60	65,22	11	11,96	3	3,26	11	11,96	1	1,09	6	6,52	92	100

6.2 Condiciones sociodemográficas según origen de calificación

La edad de las personas se distribuyó entre los 8 y 71 años, el promedio fue de 49 años de edad, con una mediana de 50 y una moda de 48 años. El grupo de edad con más porcentaje es de 46 a 55 años con un 35.59%, que corresponde a personas calificados con enfermedad común en un 22.52%, accidente común en un 2.7%, enfermedad laboral en un 1.35% y accidente de trabajo en un 8.56%. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Calificación de origen de PCL según grupos de edad. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015

Grupos de edad	Calificación de origen											
	No laboral				Laboral				Sin dato		Total	
	Enfermedad común		Accidente común		Enfermedad laboral		Accidente de trabajo		Sin dato		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
5-15	0	0,00	1	0,45	0	0	0	0	0	0	1	0,45
16-25	4	1,80	5	2,25	0	0	0	0	0	0	9	4,054
26-35	11	4,95	3	1,35	0	0	4	1,80	0	0	18	8,108
36-45	25	11,26	10	4,5	4	1,80	8	3,60	0	0	47	21,17
46-55	50	22,52	6	2,7	3	1,35	19	8,56	1	0,5	79	35,59
56-65	42	18,92	2	0,9	5	2,25	7	3,15	0	0	56	25,23
66-75	7	3,15	5	2,25	0	0	0	0,00	0	0	12	5,41
Total	139	62,61	32	14,4	12	5,41	38	17,12	1	0,5	222	100

El 68.47% de las personas son hombres, de éstos, el 37.84% se calificó como enfermedad común. El 31.53% son mujeres, y de éstas el 24.77%, calificó como enfermedad común. (Ver figura 1).

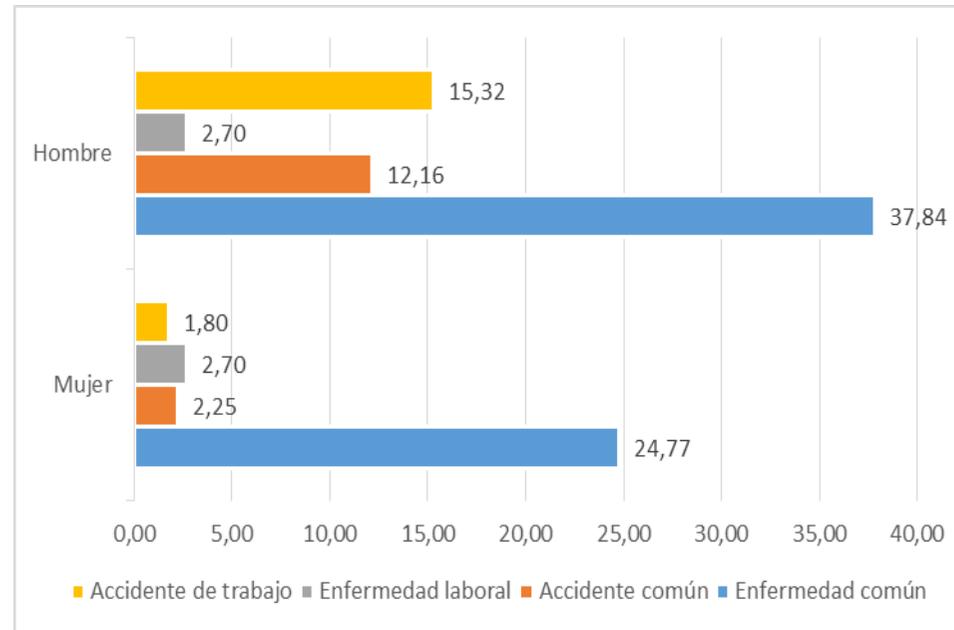


Figura 1. Calificación de origen de PCL según sexo. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015

El 42.34 %, de las personas son de estrato socioeconómico 2. De éste el 25.68% con enfermedad común y el 1.80% como enfermedad laboral. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Calificación de origen de PCL según estrato socioeconómico. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015

Estrato socioeconomico	Calificación de origen										Total	
	No laboral				Laboral				Sin dato			
	Enfermedad común		Accidente común		Enfermedad laboral		Accidente de trabajo		Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	18	8,11	10	4,50	1	0,45	6	2,70	0	0,00	35	15,8
2	57	25,68	9	4,05	4	1,80	23	10,36	1	0,45	94	42,3
3	51	22,97	8	3,60	5	2,25	7	3,15	0	0,00	71	32,0
4	7	3,15	4	1,80	0	0,00	1	0,45	0	0,00	12	5,4
5	2	0,90	0	0,00	1	0,45	0	0,00	0	0,00	3	1,4
6	1	0,45	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,5
No sabe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,45	0	0,00	1	0,5
Sin dato	3	1,35	1	0,45	1	0,45	0	0,00	0	0,00	5	2,3
Total	139	62,61	32	14,41	12	5,41	38	17,12	1	0,45	222	100

En la distribución del oficio se aprecia que el mayor porcentaje pertenece a obreros o empleados de empresas particulares, con un 78.38%, de los cuales el 48.20% fueron calificados con enfermedad común. El 1% son estudiantes, de los cuales el 0.90% fueron calificados con accidente común. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Calificación de origen de PCL según oficio. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015

Oficio	Calificación de origen											
	No laboral				Laboral				Sin dato		Total	
	Enfermedad común		Accidente común		Enfermedad laboral		Accidente de trabajo		Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obrero o empleado de empresa particular	107	48,20	24	10,81	11	4,95	31	13,96	1	0,45	174	78,38
Obrero o empleado del gobierno	4	1,80	0	0,00	0	0,00	1	0,45	0	0,00	5	2,25
Trabajador familiar sin remuneración	5	2,25	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	5	2,25
Trabajador por cuenta propia	4	1,80	3	1,35	0	0,00	0	0	0	0	7	3,15
Empleado doméstico	4	1,80	1	0,45	1	0,45	0	0	0	0	6	2,70
Estudiante	0	0,00	2	0,90	0	0,00	0	0	0	0	2	0,90
No labora	10	4,50	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	10	4,50
Otro	5	2,25	2	0,90	0	0,00	6	2,70	0	0	13	5,86
Total	134	60,36	30	13,51	12	5,41	32	14,41	1	0,45	222	100

El 74.32% de las personas tenía primaria y secundaria completa o incompleta. De éstos el 45.50%, fueron valorados con enfermedad de origen común. El 6.31% obtuvo título universitario, de los cuales el 3.60% fue calificado con enfermedad común. (Ver figura 2).

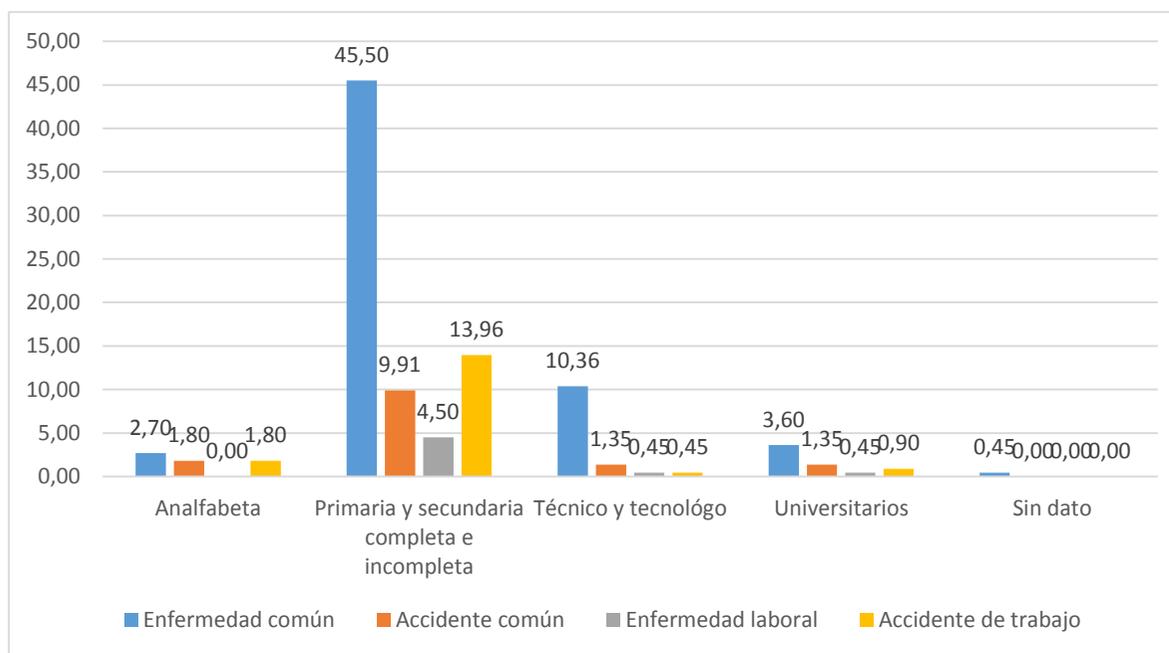


Figura 2. Calificación de origen de PCL según nivel de escolaridad. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015

Respecto a la variable estado civil, se encontró que el mayor porcentaje es de la categoría casado, con un 44.59%, que corresponde a personas calificadas con enfermedad común con un 27.03%. El menor porcentaje pertenece a la categoría viudo con un, 3.15%, del cual el 1.80% es de personas calificadas con enfermedad común. (Ver tabla 9).

Tabla 9. Calificación de origen de PCL según estado civil. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015

Estado civil	Calificación de origen										Total	
	No laboral				Laboral				Sin dato			
	Enfermedad común		Accidente común		Enfermedad laboral		Accidente de trabajo		Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Casado	60	27,03	10	4,50	6	2,70	22	9,91	1	0,45	99	44,59
Soltero	43	19,37	9	4,05	3	1,35	7	3,15	0	0,00	62	27,93
Separado	11	4,95	1	0,45	1	0,45	1	0,45	0	0,00	14	6,31
Unión libre	21	9,46	10	4,50	1	0,45	8	3,60	0	0,00	40	18,02
Viudo	4	1,80	2	0,90	1	0,45	0	0,00	0	0,00	7	3,15
Total	139	62,61	32	14,41	12	5,41	38	17,12	1	0,45	222	100

6.3 Deficiencia, discapacidad y minusvalía según origen de calificación

Deficiencia. Se obtuvo en enfermedad común un mínimo de 2% y un máximo de 50% y para accidente laboral un mínimo de 0 % y un máximo de 50 %. El mayor promedio fue de 27.43% para enfermedad común.

Discapacidad. Se obtuvo en enfermedad común un mínimo de 0.7% y un máximo de 16.10%, y para accidente laboral un mínimo de 0 % y un máximo de 12 %. El mayor promedio fue de 5.66% para enfermedad común, seguido de accidente común con un 5.62%.

Minusvalía. Se obtuvo en enfermedad común, un mínimo de 0% y un máximo de 29% y para accidente laboral un mínimo de 0 % y un máximo de 29 %. El mayor promedio fue de 16.66% para enfermedad común (Ver tabla 11).

Tabla 10. Porcentaje de calificación de la pérdida de la capacidad laboral según origen. Laboratorio de la FNSP. Medellín 2013-2015

Calificación de origen	Deficiencia			Discapacidad			Minusvalía		
	Min.	Máx.	Promedio	Min.	Máx.	Promedio	Min.	Máx.	Promedio
Enfermedad común	2	50	27,43	0,7	16,1	5,66	0	29	16,66
Accidente común	1,24	50	18,9	1,1	13	5,62	1,75	23,5	13,69
Enfermedad laboral	2,5	28,71	14,14	1,6	6,8	3,57	6,5	16,5	10,45
Accidente laboral	0	50	15,36	0	12	4,89	0	29	12,55

6.4 Instituciones calificadoras de la pérdida de la capacidad laboral

En las medidas de tendencia central (media y mediana) se encontró que el laboratorio de la FNSP tiene mayor calificación del porcentaje de PCL en relación a las otras instancias de calificación., con un valor de 44,19 % y 46,97% respectivamente. El mínimo de porcentaje de calificación fue 0% en la mayoría de entes calificadores, excepto en el ente FNSP que fue de 3.4%. El máximo porcentaje de calificación fue similar en los entes, menos en el de la FNSP que fue de 94% (Ver tabla 12).

Tabla 11. Comparación de porcentaje de calificación de la pérdida de la capacidad laboral, según instancia calificadora. Medellín 2013-2015

Medidas de tendencia central	Primera instancia	PCL-JRCI	PCL-JNCI	PCL-FNSP
Media	34,42	35,53	31,33	44,19
Mediana	35,32	37,18	35,59	46,97
Desv. típ.	18,73	16,84	17,1	17,67
Mínimo	0	0	0	3,4
Máximo	74,35	71	71	94

Las cuatro instancias de calificación, dieron la misma fecha de estructuración en 3 ocasiones; El laboratorio de la FNSP con la primera instancia, coincidieron 2 veces en las mismas fechas de estructuración; La FNSP, la JRCI y la JNCI, coincidieron 9 veces en las mismas fechas de estructuración; Entre la JRCI y la JNCI hubo mayor número de coincidencias en la fecha de estructuración, en número de 19 veces; Finalmente en la Primera instancia, JRCI, JNCI coincidieron 3 veces en las mismas fechas de estructuración. (Ver tabla 13).

Tabla 12. Fecha de estructuración de pérdida de la capacidad laboral, según instancia calificadora. Medellín 2013-2015

Persona	PCL primera instancia	Fecha de estructuración			Persona	PCL primera instancia	Fecha de estructuración		
		PCL-JRCI	PCL-JNCI	PCL-FNSP			PCL-JRCI	PCL-JNCI	PCL-FNSP
1	30/07/2010	09/05/2012	18/05/2011	18/08/2011	31	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	08/04/1988
2	14/07/2006	SIN DATO	SIN DATO	14/07/2006	32	17/07/2007	21/09/2004	21/09/2004	02/12/2009
3	SIN DATO	21/08/2013	SIN DATO	21/08/2013	33	SIN DATO	15/03/2007	15/03/2007	27/01/2009
4	03/02/2010	08/11/1958	09/11/2010	09/11/2009	34	SIN DATO	11/10/2006	11/10/2006	11/10/2010
5	17/03/2010	14/11/2008	14/11/2008	02/12/2008	35	SIN DATO	18/04/2006	18/04/2006	06/5/2014
6	13/09/2001	17/01/2008	17/01/2008	20/02/2013	36	03/07/2012	19/02/2013	19/02/2013	15/02/2012
7	26/04/2012	09/11/2007	25/04/2012	03/10/2014	37	SIN DATO	19/06/2012	19/06/2012	02/12/2009
8	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	15/04/2013	38	15/10/2009	28/10/2009	28/10/2009	03/09/2013
9	SIN DATO	17/07/2008	17/07/2008	27/02/2013	39	SIN DATO	15/05/2014	15/05/2014	25/03/2015
10	31/03/2009	31/03/2009	14/10/2010	24/10/2011	40	19/03/2009	14/04/2009	14/04/2009	21/08/2013
11	SIN DATO	SIN DATO	03/03/2010	10/08/2010	41	SIN DATO	16/09/2009	16/09/2009	16/09/2011
12	07/10/2009	04/11/2008	01/11/2007	05/11/2004	42	SIN DATO	25/02/2008	25/02/2008	27/08/2014
13	13/02/2007	13/03/2007	13/02/2007	13/02/2007	43	SIN DATO	SIN DATO	23/05/2013	09/09/2011
14	17/02/2012	17/02/2012	17/02/2012	SIN DATO	44	14/02/012	14/02/012	26/08/2009	20/05/2010
15	30/08/2010	30/08/2010	30/08/2010	27/07/2010	45	23/04/2013	23/04/2013	23/04/2013	23/04/2013
16	SIN DATO	01/09/1995	01/09/1995	01/09/1995	46	20/08/2010	18/06/2010	18/06/2010	29/07/2014
17	SIN DATO	17/02/2009	17/02/2009	12/02/2009	47	09/02/2011	06/12/2011	06/12/2011	06/12/2011
18	19/11/2010	19/11/2010	23/06/2011	21/10/2011	48	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	04/10/2013
19	01/08/2008	01/08/2008	01/08/2008	01/08/2008	49	23/10/2012	02/08/2011	02/08/2011	23/10/2012
20	07/07/2010	22/09/2010	22/09/2010	22/09/2010	50	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	15/11/2013
21	26/03/2007	30/04/2007	30/04/2007	25/07/2007	51	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	19/01/2013
22	SIN DATO	07/10/2008	07/10/2008	24/04/2013	52	01/07/2010	13/04/2009	13/04/2009	13/04/2009
23	16/07/2013	26/02/1999	SIN DATO	16/06/2013	53	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	15/07/2008
24	05/05/2009	14/07/2010	14/07/2010	14/07/2010	54	SIN DATO	22/09/2012	15/09/2011	15/03/2013
25	15/03/2007	07/05/2012	24/11/2008	17/08/2012	55	01/06/2011	01/06/2011	SIN DATO	01/05/2011
26	04/03/2010	06/04/2010	06/04/2010	06/04/2010	56	23/09/2010	SIN DATO	23-9-201	14/10/2011
27	03/02/2011	07/10/2010	07/10/2010	07/10/2010	57	05/06/2007	15/01/2008	15/01/2008	15/01/2008
28	SIN DATO	10/05/2010	10/05/2010	01/10/2014	58	40905	40905	40905	29/12/2011
29	SIN DATO	04/01/2013	04/01/2013	13/08/2013	59	23/11/2011	23/01/2012	23/01/2012	26/04/2013
30	SIN DATO	30/06/2010	30/06/2010	22/03/2005	60	39891	39917	39917	21/08/2013

La mayor cantidad de personas fueron calificadas entre el 5%-49,9% (incapacidad permanente parcial), con 76,7% emitido por la primera instancia y el menor número de personas calificadas con mayor o igual a 66% (estado de gran invalidez) fue emitida por la Primera instancia, JRCI, JNCI y Laboratorio FNSP, con un caso cada uno respectivamente (Ver tabla 14).

Tabla 13. Porcentaje de pérdida de la capacidad laboral, según agrupación de calificación (estado de invalidez), instancia de calificación. Medellín 2013-2015

Porcentaje	Entes calificadoros							
	PCL Primera instancia		PCL JRCI		PCL JNCI		PCL Laboratorio FNSP	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0%-4.9%	10	16,7	6	10,0	10	16,7	0	0,0
5%-49.9%	46	76,7	45	75,0	44	73,3	31	51,7
50%-65.9%	3	5,0	8	13,3	5	8,3	28	46,7
≥66%	1	1,7	1	1,7	1	1,7	1	1,7
Total	60	100	60	100	60	100	60	100

El mayor porcentaje de calificación de la FNSP fue para enfermedad común, con un 60%, y el mínimo de 7% para accidente común. Por otra parte el mayor porcentaje de calificación de la primera instancia, fue para enfermedad común con un 42%, y el mínimo de 7% para enfermedad laboral.

El mayor porcentaje de calificación de la JRCI fue para enfermedad común, con un 45%, y el mínimo de 5% para enfermedad laboral. Por otra parte el mayor porcentaje de calificación de la JNCI fue para enfermedad común con un 40%, y el mínimo de 5% para enfermedad laboral. (Ver figura 3)

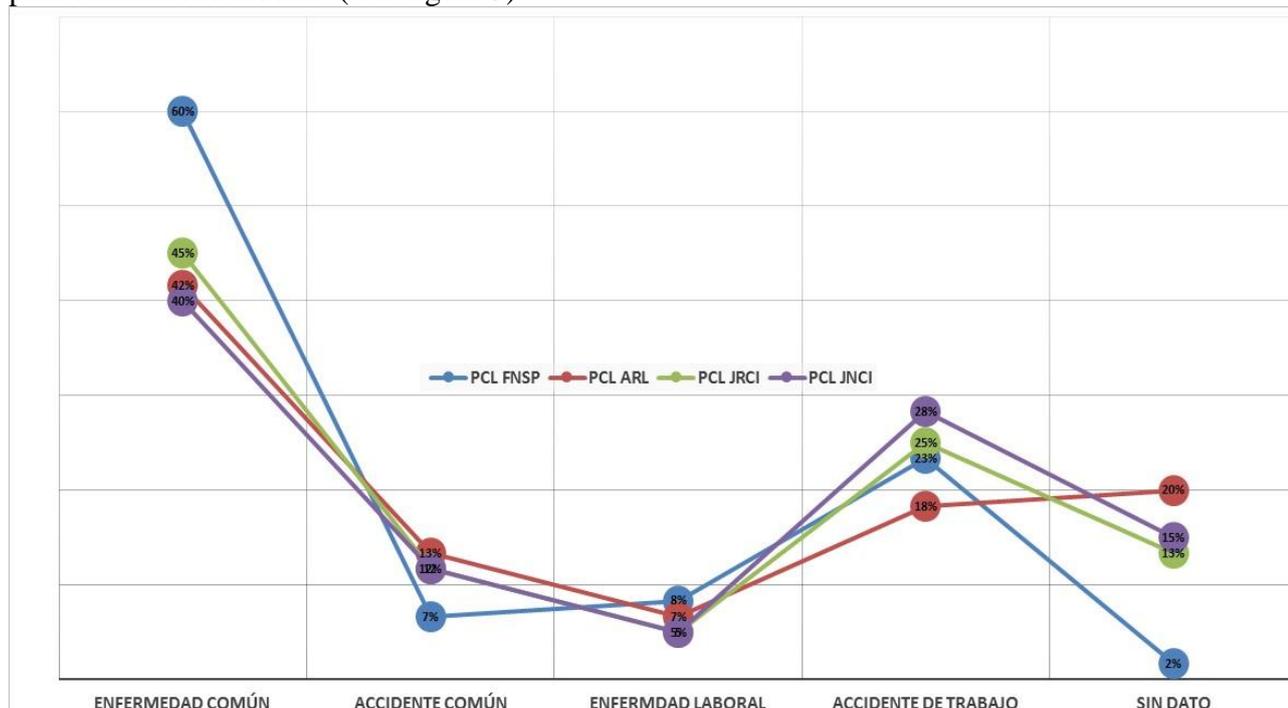


Figura 3. Origen de pérdida de la capacidad laboral emitido por Instancias de calificación. Periodo.2013-2015

7. Discusión

En el presente trabajo, se encontró que las tres cuartas partes de la muestra, son personas calificadas con enfermedad común, y que más de la mitad son personas que consultan para valoración de PCL en el laboratorio FNSP, tienen afectación del sistema osteomuscular, seguida de trastornos mentales, y cardio vasculares, se encontró similitud con lo encontrado por Martha Alexandra Galvis Palacio, el 2012-2013 en Colombia, donde determinó que la mayoría de las personas valoradas por PCL, tienen enfermedad común, y el diagnóstico más frecuente son los de tipo osteomuscular, seguidas de patologías auditivas y trastornos mentales (3). También se comparó con el estudio de Mónica Perdómo Hernández el 2012 en Huila, donde refiere tener una alta prevalencia de la comorbilidad con los de desórdenes músculo esquelético, el cual está presente en más de la mitad de los pacientes (56,2%), seguida de la trastornos mentales, donde la depresión generó una mayor pérdida de capacidad laboral por invalidez (44,4%)” (16). Marisol Moreno Angarita el 2010 en Colombia, encontró como principal sistema afectado el osteomuscular seguido de sistema nervioso, del sentido de la vista y cardiovascular (1), se encuentra similitud con el primer diagnóstico principal encontrado validez en nuestro estudio, sobre el diagnóstico más afectado. Por lo expuesto, es importante mencionar que la mayoría de personas que vienen a valoración de la PCL son origen de enfermedad común y que afectan en la gran mayoría al sistema osteomuscular.

Entre los hallazgos del estudio se encontró que el origen común fue más prevalente la invalidez (42,3%) que en el origen laboral (5%); Se encontró similitud con el estudio realizado por Mónica Perdómo Hernández el 2012 en Huila, donde encontró que en el origen común fue más prevalente la invalidez (45,3%) que en el origen laboral (14,5%) (16); es importante mencionar que la gran mayoría de los calificados con estado de invalidez obedecen a enfermedad no laboral.

El estudio realizado por Martha Alexandra Galvis Palacio el 2012 en Colombia por la JRCIM, refiriendo que la edad de las personas valoradas por PCL, osciló entre 18 y 93 años, y con una edad promedio de 46 años (3), encontrándose resultados similares con este estudio donde el grupo de edad osciló entre los 8 y 71 años de edad, con una edad promedio de 49 años.

El presente estudio mostró que el género masculino fue mayoría en las personas con calificación de PCL, encontrándose una relación de 2 hombres por una mujer valorados por PCL, datos similares se encontraron por Montserrat García Gómez el 2004 en España, donde encuentra relación en el número de enfermedades laborales notificadas fue mayor en hombres que en mujeres, en una proporción de 2 a 1 (14).

El estudio realizado por Marisol Moreno Angarita el 2010 en Colombia, encontró que el estrato socioeconómico más vulnerado por PCL, son los estrato uno y dos en casi dos tercios de la población (79,8%), con nivel educativo de primaria y secundaria completa e incompleta y que la mayoría de las personas con valoración de PCL, tienen estado civil casado (1), resultados similares encontramos en nuestro estudio donde, los estrato

socioeconómico más vulnerado es el dos y tres en casi dos tercios de la personas valoradas por PCL (74,53%) , con nivel educativo de primaria y secundaria completa e incompleta, y el estado civil casado, además que en todas estas variables, la prevalencia es el de origen de calificación de enfermedad común, por lo que encontramos similitud y concordancia de la realidad actual que se refleja en Colombia, con referente a la valoración de pérdida de la capacidad laboral, condiciones sociodemográficas y sistema con mayor afectación y que casi dos tercios de las personas calificadas por PCL son de enfermedad común, seguidas de accidentes de trabajo.

El estudio realizado por Mónica Perdomo Hernández en el 2012 en Huila, presentó una asociación significativa con el trastorno mental, donde la depresión generó una mayor pérdida de capacidad laboral por invalidez (44,4%) (15), en comparación con este estudio donde se vio un mayor porcentaje en la enfermedad osteomuscular de origen común.

En el estudio realizado por Suarez Moya Ángela Maryoure Gigliola en el 2008, Colombia, se determinó que el porcentaje de PCL muestra relación estadísticamente significativa con las variables de sexo, siendo mayor el porcentaje para el género femenino, con la edad hay una relación directa, encontrándose mayores porcentajes de PCL a mayor edad, y por último con la mayor afectación por múltiples diagnósticos, siendo mayor el porcentaje PCL cuando se asocian varios desórdenes músculo esqueléticos (4); Comparando estos datos con el presente estudio, se encontró mayor afectación entre el sexo masculino. En lo referente a la edad y el sistema afectado se encuentra similitud y concordancia con este estudio, ya que se presenta en personas mayores y se afecta los sistemas osteomusculares.

En relación al estudio realizado por Marisol Moreno Angarita el 2010 en Colombia, encontramos que reporta mayor discapacidad producto de accidente de trabajo en hombres que en mujeres, en relación a la edad existe una relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y la edad, y el sistema afectado según localización corporal es el “movimiento del cuerpo” con 48,4% (1), por lo que encontramos concordancia con los datos encontrados en este estudio.

Martha Alexandra Galvis Palacio el 2012, en Colombia indicó que el mayor porcentaje de PCL, encontrado fue 30% (3), dato que es diferente al encontrado por el Laboratorio de FNSP, que el mayor porcentaje de PCL fue de 49,75%, por lo que refleja que el laboratorio de la FNSP da mayores calificación del Porcentaje de PCL.

Se cuenta con limitación de comparar los datos de calificación de los entes (Primera instancia, JRCI, JNCI), con los del laboratorio FNSP, por la carencia de estudios al respecto, no obstante se puede comparar entre sí, los datos que se encontraron en este estudio.

En cuanto a la calificación del porcentaje de PCL, el laboratorio FNSP, otorga mayor calificación en comparación con las otras instancias, la JRCI con JNCI otorgan calificaciones similares, y la Primera instancia otorga la más baja calificación.

La enfermedad común es el mayor origen de calificación de PCL, en las cuatro instancias (Primera instancia, JRCI, JNCI, Laboratorio FNSP), seguida de accidente de trabajo.

8. Conclusiones

- El estudio cumplió el logro de los objetivos propuestos, ya que se identificó diferencias encontradas según el origen de calificación de personas evaluadas por valoración de la pérdida de la capacidad laboral, dichas diferencias son según el sistema afectado, condiciones sociodemográficas, calificación integral de PCL dado en el laboratorio FNSP, comparado con otros entes de calificación.
- Para el objeto de estudio, fueron usados un total de 222 dictámenes de valoración de PCL del laboratorio de la FNSP, durante los años 2013 - 2015, hay una prevalencia en el origen de calificación de tipo común frente a lo laboral, indicados en una relación de dos es a uno, es decir que por cada dos casos que vienen por origen común hay uno de origen laboral. La mayoría de personas tienen afectado el sistema osteomuscular, seguido de trastorno mental y cardiovascular, que a su vez tienen el origen de calificación en su mayoría de enfermedad común. En cuanto a los accidentes laborales, se ven en menor porcentaje que los accidentes comunes siendo la causa de origen para ambos la afectación del sistema osteomuscular
- De acuerdo a las condiciones sociodemográficas y el origen de calificación, la mayoría de las personas tienen una situación desventajosa en la sociedad con bajos niveles de escolaridad y estratos socioeconómicos bajos, dedicados a oficios de obreros de empresas particulares, y que la gran mayoría son de sexo masculino, con estado civil casado, de los cuáles se concentra en el grupo de edad de 46-55 años; Dentro del proceso de calificación del origen, la mayoría son de enfermedad común.
- Según el porcentaje de PCL y el origen de calificación, en el laboratorio de la FNSP, la enfermedad común es la más frecuente en los tres aspectos de calificación, y el mayor porcentaje de calificación lo da la deficiencia, seguido de la minusvalía y en menor porcentaje la discapacidad.
- En cuanto a la comparación de la calificación de PCL del laboratorio FNSP, con las otras instancias de calificación (Primera instancia, JRCI, JNCI), se encontró que el laboratorio da mayor porcentaje de calificación de PCL con un valor máximo de 94%, frente a las otras instancias que dieron menor porcentaje. Se concluye que el más alto valor de calificación de PCL, lo da el laboratorio de la FNSP, que la JRCI y la JNCI tiene en su mayoría las mismas calificaciones de PCL, y la Primera instancia tiene por lo general menor calificación de PCL; En cuanto al origen de calificación la mayoría de los entes de calificación dan un origen de “enfermedad común”, seguido de “accidente de trabajo”.

- Respecto a las fechas de estructuración, se encontró mayor coincidencias entre la JRCI y JNCI, seguido del laboratorio FNSP con JRCI y JNCI, y solo hubo diferencias importantes con la valoración de la fecha de estructuración que da el laboratorio de la FNSP y la primera instancia.
- La calificación de PCL, en el Laboratorio de la FNSP, está marcada en su mayoría de casos por factores tales como el origen enfermedad común, con el sistema afectado el osteomuscular, que pertenecen a características como la edad mayor y el género masculino, con bajo nivel de escolaridad y estrato socioeconómico, oficios de obreros de empresas particulares.

9. Recomendaciones

- Sería de vital importancia seguir investigando las diferencias y similitudes en la calificación de la PCL por las instancias de calificación de PCL en Colombia, ya que se tiene escasa información al respecto, y así se podría llegar a concluir con estudios de análisis completos que reflejen la realidad de valoración de PCL, y que mejore la gestión y proceso de valoración de PCL en las personas con incapacidad.
- Los resultados de este estudio, permiten ver que hay un mayor número de personas valoradas por enfermedad común, que por enfermedad laboral, y que por la edad son personas económicamente activas, entonces surge una la pregunta: ¿Porque hay mayor número de personas, afectadas por el sistema osteomuscular por origen común, que por origen laboral? Esta pregunta, puede servir como hipótesis para futuros estudios, ya que llama la atención las posibles causas o sub registros de las enfermedades osteomusculares, notificadas por la primera instancia, como de origen no laboral. El presente estudio pueda servir de punto de enlace para continuar con el desarrollo de futuras investigaciones, que permitan realizar análisis y aumentar la confiabilidad al calificar el origen de PCL, en las diferentes instancias de calificación.

10. Referencias bibliográficas

1. Moreno Angarita M, Ximena Rubio S, Cristina Angarita D. Valoración de pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia. Bogotá: Editorial; 2011.
2. Fasecolda Federación de aseguradores Colombia. [Bogotá]. Bogotá: Editorial; fecha de creación del sitio. [Internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en: <http://www.fasecolda.com/index.php/ramos/riesgos-laborales/estadisticas-del-ramo/>
3. Galvis Palacio MA. Factores sociodemográficos, y laborales relacionados con la calificación de pérdida de la capacidad laboral de patologías de origen laboral y común por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Meta 2012 – 2013. E-docUR [internet]. 2013; (1):1-11 [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10637>
4. Suárez Moya ÁMG, Díaz Ruíz JA. Análisis de la calificación de pérdida de capacidad laboral por desórdenes músculo-esqueléticos en miembro superior en una Administradora de riesgos profesionales colombiana en el año 2008. Rev Co Fis Rehab [internet] 2012; (22): 19-26 [consultado 2016 Jun 11]. Disponible en: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/49/46>
5. Colombia. Presidencia de la Republica. Decreto 1507 de 2014. Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Diario Oficial, 49241 (Ago 12 de 2014). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=58941>
6. Duque Mosquera CA. Calificación de pérdida de la capacidad laboral- Prescripción. [internet]. Colombia: editorial 26 de mayo 2013. [consultado 2016 Jun 11]. Disponible en: http://consultas-laborales.com.co/index.php?view=article&catid=1:laboral&id=358:calificacion-perdida-de-capacidad-laboral-prescripcion&format=pdf&option=com_content&Itemid=86
7. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 917 de 1999 por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995. Diario oficial, 43601 (Jun. 9 de 1999). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29544>
8. República de Colombia. Congreso de Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ley 776 de 2002 por la cual se dictan Normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Diario oficial, 45037 (Dic.17 2002). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16752>

9. Ojeda Gil JA. Valoración de Incapacidad Laboral. Edición. España. Ediciones Díaz de Santos. 2005. pag. 03-14 p.
10. Organización Internacional del Trabajo. La prevención de las enfermedades profesionales. [internet]. [consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf
11. Oficina Internacional del Trabajo Prevención de Enfermedades Profesionales. [internet]. [consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_204788.pdf
12. Díaz Piñera WJ, García Villar Y, Linares Fernández TM, Ravelo Padua G, Díaz Padrón H. Caracterización del peritaje médico laboral en Cuba el 2008. Rev. Cub Salud y Trabajo, [internet]. 2009; (2):39-48.[consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/rst/vol10_2_09/rst06209.pdf
13. Gómez García AR y Suasnavas Bermúdez PR. Incidencia de Accidentes de Trabajo declarados en Ecuador en el Periodo 2011-2012. Cienc Trab. [internet]. 2015; 17: [consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100010
14. García Gómez M, Castañeda López R. Enfermedades Profesionales declaradas en hombres y mujeres en España. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2006; (80): 361-375 [consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: [//scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n4/07original.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n4/07original.pdf)
15. Perdomo-Hernández M. Grado de pérdida de capacidad laboral asociada a la comorbilidad de los desórdenes músculo esqueléticos en la Junta de Calificación de Invalidez, Huila, 2009-2012. Rev. Salud UIS [internet] 2014; (46): 249-258[consultado 2016 Jun 15]. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/rt/printerFriendly/4501/5305>
16. Freitas Drumond E, Medeiros Silva J. Evaluación de la estrategia para la identificación y medición de los accidentes mortales en el trabajo. Cienc Salud Colectiva [internet] 2013; (5): 1361-1365 [Consultado 2016 Jun 16.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n5/21.pdf>
17. Colombia. El Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 41148 (Dic 23 1993). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

18. Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 1281 de 1994 Por el cual se reglamentan las actividades de alto riesgo. Diario oficial, 41403, (Jun 23 de 1994). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1281_1994.html
19. Colombia. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2463 de 2001 Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez. Diario Oficial, 44.652; (Nv 21 2001). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6273>
20. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 776 de 2002 Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales Diario Oficial, 45037. (Dic 17 2002). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16752>
21. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1401 de 2007 Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo. Diario Oficial, 46638. (May 24 2007). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53497>
22. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 2346 de 2007 Por el cual se regula la Práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas Ocupacionales. Diario Oficial, 46691. (Jul 16 2007). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=25815>
23. Colombia. Ministerio de Protección Social. 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. Diario Oficial, 48.834. (Jun 27 2013). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1352_2013.htm
24. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1477 de 2014 Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales. Diario Oficial, 49234. (Ag 6 2014). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=58849>
25. Colombia. Ministerio de Trabajo. Decreto 1072 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Diario Oficial, 49.523. (May 26 2015). [internet]. [consultado 2016 Jun 15]. Disponible en:
http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1072_2015.htm

26. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Información Insitucional. [Internet]. Medellín: [consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: <http://tinyurl.com/z6aun9j>
27. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Información del Área de Salud Ocupacional. Página virtual del Laboratorio de Salud Pública. [internet]. Medellín. [consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: <http://tinyurl.com/z9r289a>
28. Colombia. Ministerio de Salud. Resolucion 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [internet]. [consultado 2016 Jun 15].
Disponible en:
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf

Anexo 1

Consentimiento informado. Facultad Nacional de Salud Pública Laboratorio de Salud Pública, Área de Salud Ocupacional

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	F-8801-03-0018
		VERSIÓN 01
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL		PÁGINA 2 DE 2

Anexo 1

Consentimiento Informado para los pacientes atendidos en el servicio de salud ocupacional:

De conformidad con el párrafo único del artículo 10 de la Resolución 2346 de 2007 certifico que he sido informado por el empleador y el médico ocupacional (exámenes de laboratorio y otros paraclínicos) que me deben realizar de acuerdo con el grado al cual aspiro o desempeño según profesigramas o Sistema de Gestión y Seguridad en el trabajo de la empresa, por tanto autorizo su realización, al igual que su uso para el sistema de vigilancia epidemiológica empresarial.

El examinado expresa que no omitió ninguna información importante sobre sus antecedentes personales, familiares y laborales que puedan influir sobre sus estado de salud y que todo lo aquí registrado es cierto.

Resolución 2346 del 11 de julio de 2007 del Ministerio de la Protección Social: "Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales".

Artículo 10: Valoraciones complementarias a las evaluaciones médicas ocupacionales. Las valoraciones médicas complementarias forman parte de las evaluaciones médicas ocupacionales y deberán programarse con anterioridad a su realización; en ellas participarán diferentes profesionales de la salud, según se requiera.

Los resultados de las valoraciones complementarias deben hacer parte de la historia clínica ocupacional y serán analizados por el médico en la respectiva evaluación médica ocupacional.

El médico informará al trabajador el resultado de las pruebas o valoraciones complementarias.

Parágrafo: Para realizar las pruebas o valoraciones complementarias se necesita el consentimiento informado por parte del trabajador.



Laboratorio Salud Pública • Calle 62 No. 52-56, bloque 33, oficina 111-122
Teléfono 2190380 • Fax: 2190801 • Apartado: 1226 • Nit: 890.060.040-6
Correo electrónico: lsaludpublica@gmail.com
Medellín, Colombia

Anexo 2

Encuesta servicio merma de capacidad laboral. Facultad Nacional de Salud Pública. Laboratorio de Salud Pública, Área de Salud Ocupacional

	ENCUESTA SERVICIO MERMA DE CAPACIDAD LABORAL	F-8801-03-0020
		VERSIÓN 01
	FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	PÁGINA 1 DE 2

Para el Laboratorio de Salud Pública es de suma importancia su opinión acerca de la atención y la prestación de nuestros servicios, para así poder cumplir con sus expectativas y necesidades, y de ésta forma poder servirle con calidad.

El laboratorio de Salud Pública garantiza la confidencialidad de los datos del usuario.

Datos del usuario	
Nombre completo	
Empresa	
Teléfono	
Correo electrónico	
Fecha de elaboración de la encuesta	

1. Marque con una equis "X" SI o NO según su respuesta a cada criterio:

item	Criterio	SI	NO
Atención, Trato y Amabilidad			
1	¿El médico fue respetuoso y amable en el trato?		
2	¿Usted sintió que el médico lo atendió de forma completa?		
Explicaciones sobre el procedimiento			
3	¿Usted como paciente firmó el consentimiento informado?		
4	¿El médico inicialmente le explicó en que consiste el examen y cuál es el objetivo de su consulta en el servicio de Salud Ocupacional?		
5	¿Usted tuvo oportunidad de explicar su situación respecto a su problema de salud?		
6	¿El médico le explico en que consiste una calificación de invalidez?		
7	¿El médico, le hizo examen físico?		
8	¿El médico le comunicó los hallazgos y presunciones al paciente?		
9	¿El médico le preguntó si usted como paciente tenía dudas?		
Documentos y soportes			
10	¿El médico le sugirió otras ayudas diagnósticas o por especialista?		
11	¿Usted entregó la Historia Clínica?		
12	¿Usted entregó los reportes de accidente de trabajo?		
Autorización del paciente atendido			
<p><i>Lo invitamos a participar como voluntario en las investigaciones que el Laboratorio de la Facultad Nacional de Salud Pública tenga pensado desarrollar ahora o en un futuro, utilizando sus datos clínicos que se encuentran custodiados en el archivo del Laboratorio de Salud Pública, siempre conservando la confidencialidad de los mismos.</i></p>			
13	Se me ha informado que El Laboratorio de Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, lo constituye tres pilares fundamentales en su despliegue misional como son: la Extensión, la Docencia y la investigación, por tal motivo, conozco que mi información clínica y mis datos personales actualmente custodiados por el Laboratorio de Salud Pública, autorizo voluntariamente o no autorizo, proporcionar dicha información para que sean utilizados en estudios o investigaciones dentro de la Facultad Nacional de Salud Pública.		



**ENCUESTA SERVICIO MERMA DE CAPACIDAD
LABORAL**

F-8801-03-0020

VERSIÓN 01

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

PÁGINA 2 DE 2

2. Califique de 1 a 5, los siguientes ítems, donde:

1: Muy malo 2: Malo 3: Regular 4: Bueno 5: Excelente

Aspectos	Calificación				
	1	2	3	4	5
La oportunidad en la atención					
La atención por el médico					
La amabilidad del personal que le prestó el servicio					
La información y asesoría recibida con respecto al servicio solicitado					

Observaciones

Remitido por:

Firma del paciente atendido:

Nota: si no sabe firmar deje su huella digital



Médico responsable de la atención: _____