

VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL EN COLOMBIA

Antecedentes, realidades
y perspectivas de actualización



Marisol Moreno Angarita
Sara Ximena Rubio
Diana Cristina Angarita



Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Riesgos Profesionales
República de Colombia



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
Facultad de Medicina

VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL EN COLOMBIA

*Antecedentes, realidades
y perspectivas de actualización*

VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL EN COLOMBIA

Antecedentes, realidades
y perspectivas de actualización

Marisol Moreno Angarita

Sara Ximena Rubio

Diana Cristina Angarita

Catalogación en la publicación de la Universidad Nacional de Colombia

Moreno Angarita, Marisol

VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL EN COLOMBIA:

Antecedentes, realidades y perspectivas de actualización. Marisol Moreno Angarita, Sara Ximena Rubio, Diana Cristina Angarita– Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano (Dis) Capacidades, Diversidades, 2011

304 p.

ISBN

VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL EN COLOMBIA.

Antecedentes, Realidades y Perspectivas de Actualización

© UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

© Sara Ximena Rubio, © Marisol Moreno Angarita © Diana Cristina Angarita

Facultad de Medicina

Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades

Rector: **Moises Wasserman Lerner**

Vicerrector Sede Bogotá: **Julio Esteban Colmenares**

Decano Facultad de Medicina: **Carlos Alberto Agudelo**

Directora Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades

Marisol Moreno Angarita

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social

Gloria María Maldonado Ramírez

Supervisora Técnica del Contrato 391 de 2010

Ministerio de la Protección Social

Dirección General de Riesgos Profesionales

Carlos Luis Ayala Caceres

Supervisor Técnico del Contrato 391 de 2010

Ministerio de la Protección Social

Dirección General de Riesgos Profesionales





MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA
Ministro de la Protección Social

PAULA XIMENA ACOSTA MÁRQUEZ
Viceministro Técnico

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Viceministra de Salud y Bienestar

JAVIER HERNÁN PARGA COCA
Viceministro de Relaciones Laborales

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL
Secretaria General

CARLOS MARIO RAMÍREZ RAMÍREZ
Director General de Riesgos Profesionales

ISBN:

**VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
Y OCUPACIONAL EN COLOMBIA**

Antecedentes, Realidades y Perspectivas de Actualización

Portada: Christophe Pillault

Discapacidad: sabio autista

Él no puede hablar, caminar o alimentarse por sí mismo

Corrección de Estilo y Edición: Andrea Cárdenas Jiménez

Diseño y Diagramación: Héctor Suárez Castro

Impresión: Panamericana Formas e Impresos S.A. quien solo actua como impresor

Impreso en Colombia

Printed in Colombia

Primera edición 2011

Bogotá D.C. Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

INSTITUTO DE DESARROLLO HUMANO, (DIS) CAPACIDADES, DIVERSIDADES

Profesionales que participaron en la actualización del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional

Marisol Moreno Angarita

Fonoaudióloga

M.Sc. en Comunicación

Doctora en Salud Pública

Directora General del Proyecto

EQUIPO CONSTRUCTOR DEL MANUAL

Cristian Alonso Ramírez

Médico y Cirujano. Especialista en Administración de Salud Ocupacional.

Magíster en Educación.

Jazmine Del Rosario Boada Mojica

Fisioterapeuta

Especialista en Gerencia Educativa

Magíster en Discapacidad e Inclusión Social

Sandra Eugenia Gallegos Mejía

Médico y Cirujano

Especialista en Salud Ocupacional

Especialista en Gerencia en Salud

Hermes Rodolfo Suárez Vega

Médico y Cirujano

Especialista en Medicina del Trabajo

Especialista en Derecho Laboral

Especialista en Salud Ocupacional

Flor Esperanza Rodríguez Ferro

Terapeuta Ocupacional. Especialista en Administración de Salud Ocupacional.

Magíster en Discapacidad e Inclusión Social.

EQUIPO DE APOYO ACADÉMICO

Diana Cristina Angarita Rodríguez

Fisioterapeuta

Candidata a Magíster en Discapacidad e Inclusión Social

Yency Soleydy Cardozo Vásquez

Fisioterapeuta

Candidata a Magíster en Sociología de la Educación

Jairo Ernesto Luna García

Médico Cirujano

Especialista en Salud Ocupacional

Magíster en Salud Pública

Candidato a Doctor en Salud Pública

Luz Zaret Mena Ortiz

Fisioterapeuta

Candidata a Magíster en Discapacidad e Inclusión Social

Sara Ximena Rubio Vizcaya

Terapeuta Ocupacional

EQUIPO ASESOR

Asesor para elaboración de encuesta

Julio César Gómez Beltrán

Contador Público

Magíster en Discapacidad e Inclusión Social

Asesor para aspectos normativos

Fernando Salazar Ramírez

Abogado

AGRADECIMIENTOS

A todas y todos los colaboradores que hicieron parte del Ciclo de Conversatorios para la Actualización del Manual Único de Calificación, cuyos aportes y perspectivas conceptuales fueron fundamentales y enriquecieron la construcción del presente documento, queremos expresar los más sinceros agradecimientos.

COLABORADORES CICLO DE CONVERSATORIOS

PANELISTAS

Martha Aristizábal G.
Médica en Rehabilitación

Miguel Alfonso Beltrán
ARP Colpatria

Yaneth Bernal
Profesional de apoyo tema político y discapacidad
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Santiago Buendía
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Profesor Asociado. Departamento de Microbiología. Universidad Nacional de Colombia.

Juan Buitrago
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI

Luz Helena Cordero Villamizar
Psicóloga y Especialista en Salud Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Máster Universitario en Prevención y Protección de Riesgos Laborales. Universidad de Alcalá de España.

Jaime Collazos A.
Psicólogo. Magíster en comunicación. Candidato a Doctor en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.
Asesor en discapacidad del convenio Ministerio de la Protección Social – Organización Internacional para las Migraciones.

Nubia Lucía Cordero López

Instituto Nacional de Cancerología
Grupo de Investigaciones Epidemiológicas

Fernando Galindo

Saludcoop EPS

Edgar Enrique Gutiérrez

Coordinador grupo Salud Ocupacional
Ministerio de la Protección Social

Mario Hernández Álvarez

Centro de Historia de la Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Angélica Monsalve Robayo

Terapeuta Ocupacional. Magíster en Gerontología.
Candidata a Doctora en Neuropsicología Clínica. Universidad de Salamanca.
Profesora – Universidad del Rosario.

Hernando Restrepo Osorio

Médico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Magíster en Salud Pública

Oscar Rodríguez Salazar

Profesor Departamento de Historia
Universidad Nacional de Colombia

Claudia Segura

Abogada
Docente Pontificia Universidad Javeriana

Patricia Nilda Solís Sánchez

Subdirectora de Proyectos Especiales de Medición en Salud
Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales
de la OMS en México CEMECE

Edgar Velandia

Subdirector de la Cámara de Riesgos Profesionales de FASECOLDA

Armando Zarruk

Director de la Cámara Técnica de Vida de FASECOLDA.
Profesor Departamento de Matemáticas. Universidad Nacional de Colombia.

CONTENIDO

	Págs.
PRESENTACIÓN	25
INTRODUCCIÓN	29
1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO SITUACIONAL DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN	31
1.1 ANTECEDENTES NORMATIVOS	31
1.1.1 Reseña histórica de la seguridad social en Colombia y calificación de invalidez	32
1.1.2 Calificación de invalidez y legislación actual en Colombia	35
1.2 ANTECEDENTES ECONÓMICOS, POLÍTICOS, Y ÉTICOS ALREDEDOR DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN	43
1.2.1 Política, justicia y sistemas de valores	43
1.2.2 Perspectivas económicas en los sistemas de protección social	46
1.2.2.1 Manejo Social del Riesgo	47
1.2.2.2 Manejo Social del Riesgo y discapacidad	52
1.2.2.3 Implicaciones políticas, económicas y éticas de un enfoque de protección social basado en el riesgo	55
1.2.3 Otros enfoques para comprender los sistemas de protección social	60
1.2.3.1 El sistema de protección social como mediación social	61
1.2.3.2 El sistema de protección social en el marco de la cohesión social	62
1.2.4 Una reflexión final sobre las perspectivas económicas en los sistemas de protección social	65
1.2.5 Dimensiones éticas de los procesos de calificación y valoración humana	68

1.2.5.1	La ética en el campo de las relaciones políticas dentro de los sistemas de seguridad social	69
1.2.5.2	Consideraciones éticas en la aplicación de manuales de calificación	71
2	MUCI EN CIFRAS: LA MAGNITUD DEL USO, SUS PRESENTES Y FUTUROS USUARIOS	77
2.1	CONTEXTO DEMOGRÁFICO SITUACIONAL	77
2.1.1	Perfil sociodemográfico	78
2.1.2	Fuerza laboral	99
2.1.3	Situación de salud	83
2.1.4	Análisis estadísticos y su impacto en las medidas de financiación del sistema de seguridad social en salud	86
2.1.4.1	Organización y estructura general del sistema de servicios de salud colombiano	87
2.1.4.2	Afiliación, cobertura, régimen pensional y costos	89
2.1.4.3	Accidentes de trabajo y enfermedad profesional en la población colombiana	95
2.1.4.4	Otros factores del sistema de salud colombiano que inciden en el proceso de actualización del MUCI	99
2.2	ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN COLOMBIA	100
2.2.1	Perfil socio-demográfico	103
2.2.1.1	Prevalencia	103
2.2.1.2	Diferencias según sexo y edad	104
2.2.1.3	Autonomía	109
2.2.1.4	Relación de parentesco	110
2.2.1.5	Jefatura de hogar	111
2.2.1.6	Etnia	114
2.2.1.7	Vive solo o acompañado	114
2.2.1.8	Pobreza	115
2.2.1.9	Beneficio de programas sociales	119
2.2.2	Características de la discapacidad	120
2.2.2.1	Deficiencias en estructuras corporales	120
2.2.2.2	Limitaciones en las actividades cotidianas	124
2.2.2.3	Barreras	128
2.2.2.4	Origen de la discapacidad	133
2.2.2.5	Salud y aspectos relacionados	135

2.2.2.6	Servicios de rehabilitación	144
2.2.2.7	Educación	150
2.2.2.8	Participación social	160
2.2.2.9	Situación laboral	162
2.2.3	Conclusiones	165
2.2.4	Recomendaciones	169
3.	ANTECEDENTES Y CONTEXTO HISTÓRICO DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN EN EL MUNDO. EVOLUCIÓN Y EXPERIENCIAS	171
3.1	EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	171
3.1.1	Naturaleza y concepto de la seguridad social	172
3.1.2	Contexto histórico de la seguridad social	174
3.1.2.1	Formas de la previsión social en la Edad Media	175
3.1.2.2	Modernidad y Revolución Industrial	178
3.1.3	La seguridad social en el mundo, perspectivas regionales	182
3.1.3.1	La seguridad social en el continente americano	183
3.1.3.2	La seguridad social en el continente europeo	186
3.1.3.3	La seguridad social en el continente africano	189
3.1.3.4	La seguridad social en el continente asiático y en Oceanía	191
3.1.4	Una reflexión final sobre los sistemas de seguridad social en el mundo	194
3.1.5	Discapacidad y seguridad social	195
3.2	BAREMOLOGÍA Y REPARACIÓN DEL DAÑO CORPORAL	199
3.2.1	Valoración del daño: una necesidad para el resarcimiento de perjuicios	199
3.2.1.1	Antecedentes históricos de la valoración del daño corporal	205
3.2.2	Aproximaciones a los principios de la Baremología	221
3.2.2.1	Definición de baremo	221
3.2.2.2	Leyes de la Baremología	223
3.2.2.3	Clasificación de los baremos	227
3.2.2.4	Tomando distancia respecto de los baremos	228
3.2.2.5	Modelos matemáticos y de ponderación del daño	229

3.3	SISTEMAS, ENFOQUES Y MODELOS DE CALIFICACIÓN EN EL MUNDO	234
3.3.1	Sobre los sistemas	234
3.3.1.1	Sistema de calificación colombiano	237
3.3.2	Enfoques y modelos	242
3.3.2.1	Invalidez física	245
3.3.2.2	Invalidez profesional	246
3.3.2.3	Incapacidad general de ganancia	247
3.3.2.4	Panorama de algunos enfoques y baremos a nivel internacional	249
3.3.2.5	¿Es posible y deseable un consenso universal en valoración del daño?	261
4.	FUNDAMENTACIÓN DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL	265
4.1	UNA MIRADA ONTOLÓGICA DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO	266
4.2	PERSPECTIVA INTEGRAL-HUMANISTA	269
4.3	ENFOQUE DIFERENCIAL	270
4.4	ENFOQUE POBLACIONAL	272
4.5	DISCAPACIDAD O DIVERSIDAD FUNCIONAL	273
4.6	LA CIF Y LA INTEGRACIÓN DE PERSPECTIVAS COMO FUNDAMENTO DEL NUEVO MANUAL	277
4.7	PERSPECTIVAS DE SALUD EN EL MARCO DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	279
4.8	RETOS PARA EL NUEVO MANUAL DE CALIFICACIÓN	283
4.9	MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA	286
	CONCLUSIONES	289
	BIBLIOGRAFÍA	295

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Capítulo 1	
Gráfico 1.1	Marco normativo que rodea al MUCI 42
Gráfico 1.2	Referentes económicos 67
Gráfico 1.3	Referentes ético-políticos 75
Gráfico 1.4	Referentes éticos 76
Capítulo 2	
Gráfico 2.1	Porcentaje de población por género, según área 104
Gráfico 2.2	Distribución de la población por sexo y área según departamento 105
Gráfico 2.3	Distribución porcentual de la población con registro, según sexo – 2010 106
Gráfico 2.4	Distribución porcentual de las personas con registro, por sexo, según rangos de edad - 2010 106
Gráfico 2.5	Tasa de discapacidad según grupos de edad – 2010 108
Gráfico 2.6	Distribución porcentual de las personas registradas que requieren ayuda permanente de otra persona, según grupos de edad – 2010 110
Gráfico 2.7	Porcentaje de jefes de hogar, por área, según sexo. Total Nacional - Censo 2005 111
Gráfico 2.8	Porcentaje de población por estado conyugal. Total Nacional 112
Gráfico 2.9	Porcentaje de población por estado conyugal, según género. Total Nacional. 113
Gráfico 2.10	Porcentaje de personas registradas, por género, según personas a cargo – 2010 114
Gráfico 2.11	Población registrada, por sexo, según estrato de la vivienda – 2010 116

Gráfico 2.12	Distribución porcentual de las personas, según estructuras o funciones corporales afectadas – 2010	121
Gráfico 2.13	Porcentaje de personas registradas, por principal deficiencia en las estructuras o funciones corporales	123
Gráfico 2.14	Distribución porcentual de las personas registradas, según dificultades en el desarrollo de las actividades diarias – 2010	124
Gráfico 2.15	Distribución porcentual de las personas registradas, según categorías CIF en las dificultades en el desarrollo de las actividades diarias – 2010	128
Gráfico 2.16	Porcentaje de personas con discapacidad, por grupos de edad, según actitudes negativas para el desarrollo de actividades cotidianas – 2010	129
Gráfico 2.17	Distribución de barreras físicas reportadas por las personas registradas, según localización de la misma – 2010	130
Gráfico 2.18	Porcentaje de personas registradas afectadas por barreras físicas del entorno, según tipo de deficiencia – 2010	131
Gráfico 2.19	Distribución porcentual del origen de la discapacidad – 2010	134
Gráfico 2.20	Porcentaje de población por tipo de afiliación a salud. Total Nacional	136
Gráfico 2.21	Cobertura de aseguramiento en salud, según grupos de edad – 2010	142
Gráfico 2.22	Población con discapacidad, según tipo de afiliación al SGSSS – 2010	143
Gráfico 2.23	Tipos de rehabilitación ordenada a la población registrada, según servicio requerido – 2010	144
Gráfico 2.24	Rehabilitación ordenada a la población registrada, según grupos de edad – 2010	145
Gráfico 2.25	Porcentaje de población con orden de servicios de rehabilitación, según grupo de edad – 2010	145
Gráfico 2.26	Población registrada, según razón por la cual no recibe servicios de rehabilitación – 2010	147
Gráfico 2.27	No recuperación de la discapacidad en la población registrada, según grupos de edad - 2010	149

Gráfico 2.28	Recuperación de la población registrada, según razones atribuibles a la misma – 2010	150
Gráfico 2.29	Países de la Comunidad Andina / alfabetismo mayores de 14 años de edad	151
Gráfico 2.30	Porcentaje de población que sabe leer y escribir, según grupos de edad - Censo 2005	152
Gráfico 2.31	Porcentaje de población por nivel educativo alcanzado. Total Nacional - Censo 2005.	153
Gráfico 2.32	Porcentaje de población residente en la cabecera municipal, por nivel educativo alcanzado. Total Nacional - Censo 2005.	154
Gráfico 2.33	Porcentaje de población residente en el resto rural, por nivel educativo alcanzado. Total Nacional - Censo 2005.	154
Gráfico 2.34	Distribución porcentual de la población registrada, por sexo, según nivel educativo alcanzado – 2010	155
Gráfico 2.35	Nivel de escolaridad de las personas registradas, según estructuras o funciones corporales afectadas – 2010	157
Gráfico 2.36	Porcentaje de población que asiste a un establecimiento de educación formal, según grupos de edad - Censo 2005	158
Gráfico 2.37	Porcentaje de asistencia escolar de las personas registradas, según grupos de edad – 2010	159
Gráfico 2.38	Porcentaje de personas con discapacidad que participa en actividades familiares o comunitarias – 2010	161
Gráfico 2.39	Distribución porcentual de las actividades económicas – 2010	163
Gráfico 2.40	Porcentaje de participación en las diferentes actividades económicas, según sexo – 2010	165
Capítulo 3		
Gráfico 3.1	Ciencia de la Baremología	233
Gráfico 3.2	Sistemas de calificación y Baremología	241
Gráfico 3.3	Enfoques de calificación del daño corporal	259
Gráfico 3.4	Sistemas, baremos y modelos internacionales	260
Gráfico 3.5	Resumen sobre sistemas, enfoques y modelos de calificación en el mundo	264

ÍNDICE DE CUADROS

		Pág.
Capítulo 1		
Cuadro 1.1	Manejo social del riesgo y política en discapacidad en Colombia	53
Capítulo 2		
Cuadro 2.1.1	Población económicamente activa	81
Cuadro 2.1.2	Estadísticas sobre población ocupada	81
Cuadro 2.1.3	Porcentaje de limitación permanente en la población colombiana	86
Cuadro 2.1.4	Porcentaje por régimen de afiliación	90
Cuadro 2.1.5	Porcentaje según régimen pensional	91
Cuadro 2.1.6	Recurrencia de EP y AT en los afiliados al SGRP	98
Cuadro 2.1.7	Porcentajes de calificación de pérdida de capacidad laboral	98
Cuadro 2.2.1	Distribución porcentual población con registro, por género según grupo de edad – 2010	107
Cuadro 2.2.2	Prevalencia por 1.000 habitantes con discapacidad, según rangos de edad – 2010	108
Cuadro 2.2.3	Población registrada que requiere ayuda permanente, según estructura o función corporal principalmente afectada – 2010	109
Cuadro 2.2.4	Porcentaje de población sin limitaciones y población con limitaciones permanentes, por área, según relación de parentesco. Total Nacional - Censo 2005.	111
Cuadro 2.2.5	Población registrada, por sexo, según estrato de la vivienda – 2010	117
Cuadro 2.2.6	Población registrada por sexo, según deficiencias en estructuras o funciones corporales afectadas – 2010	122
Cuadro 2.2.7	Dificultades en la realización de actividades diarias, por grupos de edad – 2010	125

Cuadro 2.2.8	Distribución del total de dificultades registradas, por grupos de edad –2010	126
Cuadro 2.2.9	Porcentaje de personas con discapacidad que perciben actitudes negativas, por grupos de edad, según el origen de la actitud – 2010	129
Cuadro 2.2.10	Distribución porcentual de las personas registradas por principal estructura o función corporal afectada, según áreas físicas donde son percibidas las barreras – 2010	132
Cuadro 2.2.11	Distribución porcentual del origen de la discapacidad, según sexo – 2010	135
Cuadro 2.2.12	Porcentaje de población con limitaciones, por tipo de afiliación a salud, según departamento - Censo 2005	137
Cuadro 2.2.13	Porcentaje de población que estuvo enferma en el último año, según departamento - Censo 2005	138
Cuadro 2.2.14	Porcentaje de población que estuvo enferma por lugar a donde acudió a recibir atención, según departamento - Censo 2005	139
Cuadro 2.2.15	Porcentaje de población por tipo de afiliación a fondo de pensiones, según departamento - Censo 2005	140
Cuadro 2.2.16	Cobertura de aseguramiento en salud, por sexo, según grupos de edad – 2010	142
Cuadro 2.2.17	Porcentaje de personas registradas, por grupos de edad, rehabilitación ordenada – 2010	146
Cuadro 2.2.18	Población registrada, razón por la cual no recibe servicios de rehabilitación, según grupo de edad – 2010	148
Cuadro 2.2.19	Distribución porcentual de la población registrada, por sexo, según nivel educativo alcanzado – 2010	156
Cuadro 2.2.20	Razones de no-asistencia escolar para la población registrada – 2010	160
Cuadro 2.2.21	Distribución porcentual de las razones de no-participación en organizaciones – 2010	162
Cuadro 2.2.22	Distribución porcentual de la actividad principal de las personas registradas, según grupos de edad – 2010	163
Cuadro 2.2.23	Distribución porcentual de la actividad económica de las personas registradas, según sexo – 2010	164

Capítulo 3

Cuadro 3.1	Código de Hammurabi	207
Cuadro 3.2	Tratado de Scheik Nedjm El-Din	212
Cuadro 3.3	Lex Salica	214
Cuadro 3.4	Fuero Real Español	215
Cuadro 3.5	Fuero Castellano de Sepúlveda	215
Cuadro 3.6	Fuero Castellano de Zorita	216
Cuadro 3.7	Ley Canuto	216
Cuadro 3.8	Fragmento del Código de Resarcimiento Español de 1068	217
Cuadro 3.9	Síntesis de la evolución de los baremos en el mundo	218
Cuadro 3.10	Clasificación universal de las invalideces e incapacidades fisiológicas	251
Cuadro 3.11	Escala mexicana de clasificación de invalidez	255

PRESENTACIÓN

El presente documento denominado *Valoración de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional en Colombia. Antecedentes, Realidades y Perspectivas de Actualización*, emerge en el marco del Contrato Interadministrativo 311 de 2009, suscrito entre la División de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia, quienes adelantaron el estudio para la modificación y actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez (MUCI) adoptado mediante el Decreto 917 de 1999 y que se aplica para todos los habitantes del territorio nacional.

Desde 1999 hasta la fecha, la sociedad colombiana ha transitado por importantes cambios y transformaciones en materia económica, política, social, y en materia de desarrollo científico-técnico, transformaciones que ponen en cuestión incluso los fundamentos conceptuales del decreto 917 de 1999. En ese sentido el presente documento tiene como propósito presentar un panorama amplio de aquello que activa el proceso de actualización de una herramienta que cimienta buena parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud; se trata pues de activar reflexiones en el campo político, económico, social, ético y conceptual, las cuales han sido recopiladas y sistematizadas en estas líneas y las que siguen.

Cuando se habla de los antecedentes y perspectivas de actualización en la valoración de pérdida de capacidad laboral y ocupacional en Colombia, merece la pena detenerse en cada palabra. Hablar de valoración en un contexto donde el término calificación impera, implica detenerse a reflexionar qué significados entraña el concepto de calificación frente al de valoración. La Real Academia de la Lengua Española define el concepto de calificación como la puntuación obtenida en un examen o en cualquier tipo de prueba, este concepto es subsecuente al concepto de valorar, que hace referencia a estimar, apreciar, calcular el valor de algo; así pues, la calificación se vincula al concepto de valoración en la medida en que la calificación es el

resultado expresado en términos cualitativos o cuantitativos de la valoración realizada, en este caso, de la pérdida de capacidad ocupacional y laboral. Si en el marco del proceso de actualización del manual único de calificación es necesario reflexionar sobre la calificación, es más imperante reflexionar inicialmente sobre el proceso mismo de valoración.

Y ¿qué es aquello que se valora? Según el decreto 917 de 1999 se valora la pérdida de capacidad laboral de cualquier origen en los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, y en los trabajadores del sector privado. No obstante, la realidad actual del país demuestra, por un lado, que el campo de aplicación del manual se ha ampliado progresivamente hacia otros sectores de la población como niños, personas con discapacidad y personas en situación de desplazamiento, como prerrequisito para el acceso prioritario a programas en materia de política social, así como por otros miembros de la sociedad civil que lo requieren para trámites legales y administrativos propios del ejercicio de su ciudadanía, como la obtención de visas, trámites de pico y placa, entre otros. Así pues, ya no es posible hablar exclusivamente de la calificación de pérdida de capacidad laboral, en tanto esta concepción dejaría por fuera del proceso a las poblaciones antes mencionadas; por ello uno de los cambios más relevantes para el nuevo manual tiene que ver con la consideración de la pérdida de capacidad ocupacional para el caso de las personas que no desempeñan una actividad laboral remunerativa propiamente dicha.

Aun tratándose del campo laboral, vale la pena considerar situaciones emergentes sobre las relaciones de trabajo en las últimas décadas, situaciones que se relacionan con fenómenos como el trabajo independiente y sus diferencias en el nivel urbano y el rural, y el fenómeno de la informalidad laboral que, según algunas corrientes económicas, es resultado de los modelos económicos de acumulación y es consecuencia de los procesos de flexibilización laboral.

Este panorama hace reflexionar sobre cómo el manual se inscribe en un contexto de complejas dinámicas a nivel social, político y económico, que no pueden ser desconocidas, menos aun tratándose de un proceso de actualización que conlleva implicaciones y transformaciones en las dinámicas mismas.

A la par de las consideraciones anteriormente presentadas, este documento busca también explorar los desarrollos conceptuales y metodológicos que explican y orientan los procesos de valoración y calificación en Colombia y en el mundo, y justifica cuáles son los fundamentos conceptuales sobre los que se construye el nuevo manual.

Las diversas perspectivas que este documento presenta, y que podrán ser constatadas por los lectores, pueden enmarcarse dentro de una gran sombrilla u horizonte de sentido constituido por la noción de desarrollo inclusivo¹, que se traduce en la implementación de acciones y políticas encaminadas a que el desarrollo socioeconómico y humano apunten a la igualdad de oportunidades y de derechos para todas las personas, independientemente de su estatus social, de género, ciclo vital, diversidad cultural, raza y condiciones físicas, intelectuales o sensoriales, en donde el manual se configura como pieza clave al articular un proceso de valoración con la restitución de derechos en el campo de la compensación y la salud.

¹ Esta definición sobre desarrollo inclusivo ha sido promovida y difundida por el Banco Mundial.

INTRODUCCIÓN

El presente documento se estructura bajo una línea argumental que nace en los antecedentes necesarios para contextualizar la actualización del manual de calificación, pasa por explorar los elementos conceptuales, metodológicos y procedimentales que orientan el proceso de calificación y desemboca en la presentación de los fundamentos del nuevo manual.

Desde la perspectiva de los antecedentes, inicialmente se presentan los desarrollos jurídicos y jurisprudenciales que constituyen el marco normativo del sistema de calificación colombiano, y aquellos relacionados con la discapacidad y los nuevos campos de aplicación del manual. Se prosigue con la presentación de los antecedentes políticos y económicos para explicar los fenómenos sociales derivados de la implementación del sistema de protección social colombiano tal y como se conoce actualmente. Este apartado intenta explicar cómo se relacionan las decisiones políticas y las dinámicas financieras en la construcción de un proyecto de nación, todo ello haciendo constante referencia a la manera como estas dinámicas interesan directamente al estudio de actualización del MUCI.

Posteriormente se presentan consideraciones alrededor de las dimensiones ético- políticas que subyacen al proyecto de nación anteriormente planteado, y las consideraciones éticas que subyacen también al proceso de valoración de pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

A continuación se presenta un panorama sustentado en cifras estadísticas sobre el plano socio-demográfico colombiano, la situación en salud, en discapacidad, índices de cobertura y afiliación al SGSSS, así como índices sobre el panorama laboral colombiano en materia de riesgos profesionales, lo que permite contextualizar la realidad en términos de comportamiento poblacional, con relación al campo de aplicación del nuevo manual de calificación.

El siguiente capítulo hace un abordaje histórico sobre la seguridad social en el mundo, así como un panorama actual de cómo se comportan los sistemas de seguridad social en los distintos continentes incluyendo indicadores en materia de prestaciones y compensación en el ámbito laboral. Este contexto mundial es el abre bocas de la explicación subsiguiente sobre los sistemas universales de calificación de daño corporal y pérdida de capacidad laboral, explorando nociones como daño corporal, valoración del daño, baremología, modelos matemáticos para la ponderación y variables de calificación. Además presenta de manera general un panorama sobre las principales características de otros manuales, baremos y sistemas de calificación en algunos países del mundo.

El último capítulo recoge las reflexiones y construcciones anteriormente planteadas, para converger en la presentación de los principales fundamentos conceptuales del nuevo MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL. Estos fundamentos se encuentran organizados en una estructura que devela como primera medida una mirada ontológica centrada en la perspectiva integral humanista y del funcionamiento; se explica además por qué es importante integrar los enfoques diferencial y poblacional para considerar el universo de aplicabilidad del nuevo manual. Este capítulo también recoge reflexiones alrededor de la noción de discapacidad, salud y desempeño ocupacional, todo lo cual resulta en la presentación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, propuesta por la OMS (2001) y que es retomada en Colombia como enfoque y lenguaje base para la construcción del nuevo manual.

Este documento es pues, una parte constitutiva del proceso de actualización, al presentar una aproximación sistemática sobre los antecedentes, realidades y perspectivas que implica la valoración de pérdida de capacidad laboral y ocupacional en Colombia, y que resulta en la construcción del MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL.

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO SITUACIONAL DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN

Analizar los antecedentes alrededor del proceso de actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez es imperativo en tanto permite tomar decisiones fundamentadas en la realidad actual y las experiencias que la historia colombiana nos devela, decisiones que se verán reflejadas en la perspectiva y fundamentación del nuevo manual de calificación. A continuación se realizará un abordaje de los antecedentes normativos, políticos, económicos y éticos que deben ser reconocidos por el estudio de actualización, ya que constituyen un elemento fundamental para comprender los propósitos y alcances que en materia social tiene la valoración y calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional en el país.

1.1 ANTECEDENTES NORMATIVOS

Cuando se habla de la modificación o actualización de una herramienta, cualquiera que ésta sea, se hace necesaria la revisión de todas las variables internas y externas que la rodean para no entrar en conflictos que disminuyan la posibilidad de desarrollar un instrumento válido en el ámbito en el que va a ser usado. En el caso del Manual Único para la Calificación de la Invalidez (MUCI), una herramienta derivada de la implementación de variedad de leyes, es imperativo clarificar, entre otros, el marco legal que lo sustenta y le da legitimidad.

Sin embargo, antes de reseñar la normativa vigente que rodea al MUCI, es importante retomar un poco de historia determinando las bases sobre las cuales se erige el sistema de seguridad en Colombia, piso legislativo de la calificación de invalidez.

1.1.1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA Y CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

La formulación de un sistema de seguridad social en Colombia ha sido desde su inicio, un proceso lento, lleno de leyes, decretos y acuerdos basados en modelos que fueron resultado de procesos políticos, económicos y sociales de cada época, los cuales a su vez son reflejo de la correlación de fuerzas e intereses de los sectores mencionados.

Ha pasado bastante tiempo desde que el libertador en su discurso de Angostura expresara: *“El sistema de gobierno más perfecto es el que comparta mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política”*

Aunque por razones obvias el contexto de esta frase se enmarca en una visión militarista, podemos decir que es el primer indicio de seguridad social en nuestro país que, después de la Independencia, adoptó el modelo que España había instituido antes de su dimisión: los montepíos militares, instituciones que ayudaban a las familias de los militares que morían en la guerra. Dichas organizaciones continuaron vigentes hasta el año 1827 cuando fueron suprimidas las contribuciones de los militares para su funcionamiento. Luego fueron modificadas constantemente, sin razón, método, ni organización administrativa, desembocando en la creación de instituciones como la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares, la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional y la Caja de Auxilios y Prestaciones de la Asociación Colombiana de Aviadores Civiles.

Como se puede ver, las políticas de Estado comenzaron reflejando la necesidad de regularizar los procedimientos prestacionales, sobre todo los relacionados con el trabajo y específicamente los servicios prestados a la patria. La Ley 50 de 1879, clarificó aún más el asunto estableciendo beneficios a las personas inválidas, definiendo como inválido a *“cualquier individuo que sirviendo a la fuerza pública haya sufrido una herida o lesión o contraído enfermedad que lo incapacite para trabajar como antes y le impida pagar la subsistencia”*. Otro casos específicos son la Ley 29 de 1905, que propone un régimen de pensiones a favor de los magistrados principales de la Corte Suprema de Justicia, mayores de sesenta años, con derecho a pensión de jubilación correspondiente a la mitad del sueldo del último empleo que hubieren ejercido; la Ley 29 de 1912, que consagra pensiones a favor de las viudas de los ciudadanos que hayan desempeñado la Presidencia de la República y en su defecto a las hijas solteras; así como

la Ley 80 de 1916 sobre pensiones y recompensas, la cual establece límites máximos, la intrasmisibilidad y la acumulación de tales beneficios.

Por otro lado, y hablando de beneficios adquiridos por enfermedades laborales, la Ley 57 de 1915, ley pionera en seguridad social para los trabajadores del sector privado, consagra la obligación por parte de ciertos empleadores y empresas a brindar asistencia médica y de indemnizar por accidentes de trabajo. La Ley 40 de 1922 establece pensiones a favor de los militares, clases o individuos de tropa que comprueben haber contraído la enfermedad de lepra durante su servicio en el ejército, haciéndose extensiva a los médicos y empleados sanos que en los lazaretos se contagien de lepra. Otro caso es el de la Ley 86 de 1923, que consagra que todo empleado público nacional tendrá derecho a la mitad del sueldo que devengue mensualmente, hasta por seis meses, cuando por consecuencia de enfermedad contraída en el servicio o agravada por causa de éste, se halle imposibilitado para prestarlo.

Algunos autores afirman que, históricamente, la seguridad social en Colombia previa a la Ley 100 de 1993 podría resumirse en dos momentos fundamentales: uno que inicia a finales del siglo XIX y termina a mediados del siglo XX, caracterizado por un escaso desarrollo de la normatividad en el tema de seguridad social, donde el Estado limitó sus acciones a la inspección y vigilancia, relacionando los ejercicios de coacción y educación en higiene y ambiente a las enfermedades y sus causas. La salud se denominaba en la Constitución como “salubridad pública” en la actividad industrial y profesional y como “asistencia pública” cuando aludía a los incapacitados para trabajar.

A pesar de lo anteriormente expuesto, además de las normas nombradas previamente, surgen la Ley 6 de 1945, donde se deja claro que los empleadores están a cargo de las indemnizaciones por situaciones de tipo profesional y la Ley 90 de 1946, donde se crea el Instituto de Seguros Sociales, y la aplicación de los seguros se encuentra sujeta al contrato de trabajo o de aprendizaje y con cobertura para riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte de la familia del asegurado. Los recursos estaban a cargo de los patronos, empresarios y el gobierno. A partir de estas dos normas sustantivas, se habló explícitamente del estado de invalidez y de prestaciones de invalidez, vistas dentro del campo laboral y definida como una limitación o impedimento para desempeñarse en el campo laboral.

Pero es hasta 1950, con la sanción del Decreto Ley 3743 y la creación del Código Sustantivo del Trabajo, donde se contemplan explícitamente los conceptos de accidente de trabajo y calificación de pérdida de capacidad

laboral traducida en tablas. Dichas tablas podrían ser catalogadas como el primer baremo oficial colombiano.

La segunda época, que empieza en los años 60, define la seguridad social como un servicio público regido por los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación. Durante este lapso, que perduró hasta los años ochenta, se afirmaron las tendencias higienistas del periodo anterior con una orientación técnica de los servicios que giraba en torno a preceptos internacionales de la Organización Mundial de la Salud y la naciente Organización Panamericana de la Salud.

En 1967 se empezó la aplicación y desarrollo del Plan Nacional Hospitalario, que fortaleció en gran medida la formación de hospitales y el mejoramiento en la atención en salud, porque el 10% de los aportes a IVM (invalidez, vejez y muerte) iban al Fondo Nacional Hospitalario. Durante ese mismo año se da el Acuerdo 258 del Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, mediante el cual se divulgaron las tablas de evaluación de incapacidades originadas por lesiones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, segundo baremo identificable en la historia de la seguridad social en Colombia.

A partir de la Ley 9 de 1979, el Decreto 614 de 1984 y la Resolución 1016 de 1989, se incentiva la educación en medicina del trabajo y salud ocupacional, desembocando en la promoción de una formación técnica para la definición de la pérdida de capacidad laboral unido al estudio de los riesgos profesionales. Todo esto llevó a la creación de Comités de Evaluación Funcional, donde

“la evaluación realizada debe concretar la relación que existe entre la capacidad funcional del trabajador y su ocupación habitual y considerar la enfermedad no solo para su prevención, curación y rehabilitación, sino también para valorar las secuelas de la enfermedad o accidente, que perturban el curso de la vida habitual”.

Pero hay un tercer momento en esta historia. La reforma constitucional de 1991 provocó cambios estructurales en muchas instancias del gobierno, entre ellas el sector de la seguridad social, que fue definida como un servicio público que debería estar regido por los principios orientadores de eficiencia, universalidad, solidaridad, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Con el fin de dar un orden al nuevo sistema, aparece la Ley 60 de 1993, teniendo como deficiencia que el sector institucional de la seguridad social quedaba desarticulado del servicio de salud, esta Ley no garantizaba el

servicio público de la seguridad social principalmente en materia de salud, lo que llevo a la expedición de la Ley 100 de 1993, que integró el sistema de salud al de seguridad social y tenía como principal objeto la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país.

1.1.2 CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y LEGISLACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA

Como ha quedado claro, no se puede hablar de calificación de invalidez sin entrar de lleno en el ámbito del sistema de seguridad social, pues se trata de una respuesta a las consecuencias que alteran al individuo en todas sus esferas; dicha respuesta debe caracterizarse por una interacción de los componentes de dicho sistema. (Ver gráfico 1).

En el apartado anterior se habló del mismo, haciendo un recuento histórico en Colombia, desembocando en el concepto actual descrito en el artículo 48 de la actual Constitución Política de Colombia como un “*servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley*”.

Como ya se dijo, la respuesta directa a este artículo es la Ley 100 de 1993, cuya implementación implicó el cambio en muchos procesos. Entre otros, se reglamenta la incorporación de la empresa privada en el sistema, tanto como administrador y como prestador. A través de los artículos 5 y 8 describe los actores del proceso, quienes se resumirían en:

- Servicio público (ISS)
- Fondos de pensiones privados
- Fondos de pensiones solidarios
- Aseguradoras privadas
- Entidades Promotoras de Salud (EPS)

La respuesta a la invalidez es eficiente al lograrse una interacción de los componentes del sistema de seguridad social. Inicialmente, se debe brindar asistencia a la persona; cuando se establece el origen de la lesión, y en caso de reconocerse el carácter profesional de la misma, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) realizarán el correspondiente cobro a las Administradoras de

Riesgos Profesionales (ARP). Existen casos como el accidente de trabajo, o los accidentes de tránsito, donde los responsables de las prestaciones se determinan por vías distintas, sin embargo, siempre es perceptible la red de enlace de responsabilidades, caracterizada por unos entes que afilian (EPS y ARP) y unos entes que prestan servicios, los cuales generalmente son servicios de salud.

La Ley 100 reconoce entonces la importancia de una valoración menos subjetiva y reglamenta la valoración de la invalidez, todavía orientada por las tablas propuestas en 1976. Lo primero que se rescata en cuanto a la calificación es el capítulo III, título II (capítulo III), con la generación de una definición unificada de invalidez en su artículo 38: *“se considera inválida a la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral”*.

Todo este capítulo describe el sistema de calificación de invalidez, dejando claro en el artículo 41² que el estado de invalidez será determinado *“con base en el manual único para la calificación de la 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.”*

En ese mismo artículo se reitera que la responsabilidad hacia los estados de invalidez corresponde a las ARP y EPS, y decreta que ante cualquier desacuerdo, se acudirán a las Juntas de Calificación del orden regional y nacional respectivamente.

Como se puede ver, la calificación integra varios sistemas y por lo mismo, la normatividad que rodea al MUCI no se limita a la Ley 100. El Decreto 692 de 1995, (el primer Manual Único para la Calificación de Invalidez) es la primera respuesta a las disposiciones de la misma, dando nociones de integralidad y objetividad en los procesos de calificación de la invalidez, precisando los requisitos para llevarlos a cabo, las características técnicas de los evaluadores y el alcance de cada uno de los actores del sistema, en donde hay calificados, quienes califican y quienes tienen que ver mucho con esa calificación, es decir, aquellas entidades encargadas de resolver un problema de tipo social ante determinada situación, que también están regidas por algunas normas que serán retomadas en su momento.

² Artículo modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005.

Al calificar la imposibilidad del afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral, el Decreto 692 de 1995 intentó dejar de lado el concepto meramente anatomista del daño; buscaba una calificación integral, basándose en la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (DIDDM) y en el manual de calificación chileno que tenía como referente las guías de la Asociación Médica Americana, derivándose tres variables:

- Deficiencia
- Discapacidad
- Minusvalía

Este decreto se aplicó durante cuatro años, hasta ser reemplazado por el actual manual, reglamentado por el Decreto 917 de 1999. Dicho baremo conserva las tres variables, haciendo una conceptualización de minusvalía ocupacional, sin embargo, y al igual que su predecesor, la herramienta da un valor mucho más alto al daño orgánico o deficiencia que a los aspectos sociales.

Volviendo a la Ley 100, en su estructura se dispone todo un apartado para direccionar el sistema de calificación:

- Los artículos 42 y 43 crean las Juntas Regionales y Nacional de Calificación como una comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen; sus procedimientos se reglamentan inicialmente a través del Decreto 1346 de 1994 y actualmente por el Decreto 2463 de 2001, dejando claro que las decisiones tomadas sean tomadas de acuerdo con el MUCI.

Dicho decreto, unido a la Ley 100 y ratificado en la Ley 962 de 2005, donde se ratifica la utilización del Decreto 917 de 1999 tanto en el ámbito laboral como en riesgo común, faculta a las Administradoras de Riesgos Profesionales, al Instituto de Seguros Sociales, a las compañías de seguros y a las Entidades Promotoras de Salud para determinar en primera instancia la pérdida de capacidad laboral (PCL) y calificar el grado de invalidez y el origen del daño.

- El artículo 44 de la Ley 100 de 1993, reglamenta las situaciones de revisión de la calificación, y el artículo 45 normaliza la indemnización, sustitución de la pensión de invalidez.

Por el momento esto retoma a grandes rasgos lo que tiene que ver con la Ley 100 y el sistema de calificación, sin embargo, desde la Ley 100 hasta este momento, el sistema ha sufrido un sinnúmero de modificaciones, un ejemplo de ello son la cantidad de decretos relacionados con la valoración, algunos son:

- El Decreto 1295 de 1994, que determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, específicamente el artículo 44, que reitera el uso del MUCI para la calificación del grado de invalidez. En cuanto al sistema, clarifica la actividad de actores como EPS y ARP y designa las entidades de dirección, vigilancia y control con sus respectivas responsabilidades.
- El Decreto 1832 de 1994, define las enfermedades de origen profesional; el 2644 relaciona las indemnizaciones por PCL entre el 5% y el 49.99% y la prestación económica correspondiente, dicha tabla se integra al MUCI.

Otros decretos son: el Decreto 806 de 1998, *“Por el cual se reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”*; remite a la Ley 100 para efectos de la determinación de la incapacidad permanente de los hijos; y el Decreto 1128 de 1999, que respecto a la calificación de invalidez delimita responsabilidades de coordinación, seguimiento y control a la Dirección General de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales.

Por último, la Ley 361 de 1997, promueve los mecanismos de integración social de las personas con discapacidad. Hablando específicamente de la Pérdida de Capacidad Laboral, impulsa la identificación (artículo 5) y la integración institucional para ofrecer servicios de rehabilitación integral y capacitación, para lograr la equiparación de oportunidades de la persona en condición de discapacidad con el fin de no coartar su participación en el campo laboral. Si la limitación no permite la ejecución de una actividad laboral, la ley también estipula que la persona será beneficiaria del régimen subsidiado.

Ahora bien, retomando el artículo primero del Decreto 917 de 1999:

“El Manual Único para la Calificación de la Invalidez contenido en este decreto se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general, para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier

origen, de conformidad con lo establecido por el artículo 38, siguiente y concordante de la Ley 100 de 1993, el 46 del Decreto-Ley 1295 de 1994 y el 5 de la Ley 361 de 1997.”

Y al hablar de todos los habitantes del territorio nacional, es necesario contemplar no solo la población trabajadora, sino todos aquellos que necesiten tener una calificación para demostrar una invalidez con fines prestacionales. Esto magnifica el entretejido de normas relacionadas con el MUCI.

Entre otras, podemos citar las que tienen que ver con población vulnerable, específicamente las personas con discapacidad, entre ellas la anteriormente citada Ley 361 de 1997, la Ley 1151 de 2007, y las recién aprobadas Leyes 1306 y 1346 de 2009. No deben dejarse de lado otras poblaciones como grupos étnicos y culturales, las mujeres, los niños y adolescentes y las personas de tercera edad.

Según la OMS – OPS (2006) en un ejercicio de sistematización en materia normativa sobre discapacidad, estas personas se encuentran protegidas por:

Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- La Convención de los Derechos del Niño

Sistema Interamericano para la Protección de los Derechos Humanos:

- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad (Convención Interamericana sobre Discapacidad), adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) el 8 de junio de 1999.

La salud como derecho humano fundamental:

- Constitución de la OMS: *“la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...)”*.
- Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU) protege *“(...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (...)”* (Artículo 12).
- Protocolo de San Salvador (OEA) protege *“el derecho a la salud”* (Artículo 10).

Atención integral y reconocimiento político del fenómeno de la discapacidad y de las personas con discapacidad como sujetos de derechos:

- Resolución WHA58.23: Insta a los Estados Miembros a que *“(...) desarrollen su base de conocimientos a fin de promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad y de garantizar su plena integración en la sociedad, en particular alentando la capacitación y protegiendo el empleo”*.
- Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Resolución 56/168 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, A/56/583/Add.2, 19 de diciembre de 2001.
- OPS - discapacidad como responsabilidad social compartida y no como situación individual.
- Normas Uniformes de la Organización de las Naciones Unidas sobre Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

Colombia figura entre los países que han aprobado leyes sobre discapacidad que protegen derechos humanos básicos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad.

Los anteriores lineamientos y estándares internacionales pueden ser incorporados en los planes, políticas, legislaciones y prácticas nacionales vinculadas a la discapacidad, su prevención y rehabilitación. Además, constituyen una importante guía para interpretar los derechos básicos y libertades fundamentales con relación a las personas con discapacidad que aparecen en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos antes mencionados, estos lineamientos son:

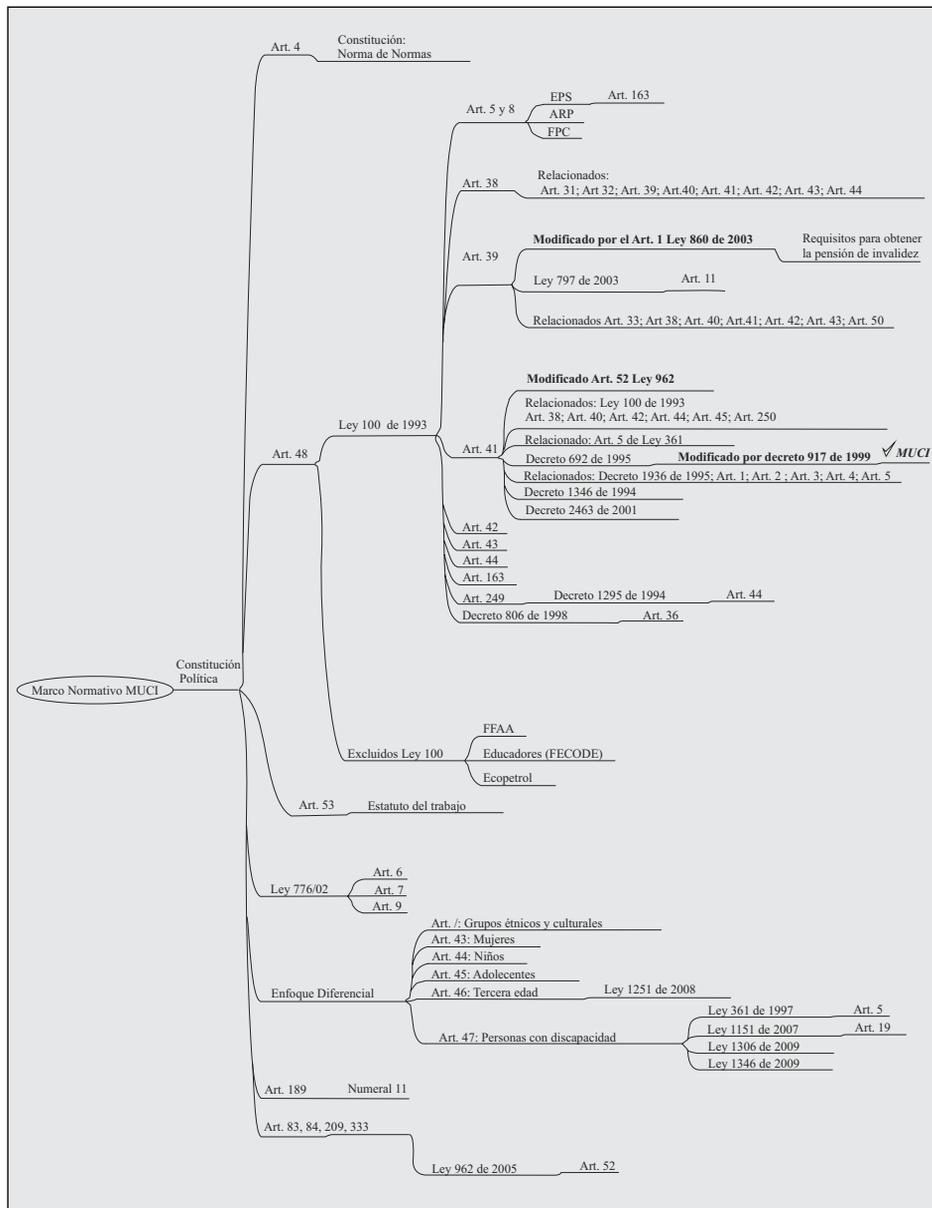
Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos:

- La Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental (Actualmente “personas con discapacidad intelectual” de conformidad con los estándares internacionales).
- La Declaración de los Derechos de los Impedidos (Actualmente “personas con discapacidades” de conformidad con los estándares internacionales).
- Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.
- Las Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad.
- La Observación General 5; Personas con discapacidad.
- La Observación General 14; El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Sistema Interamericano para la Protección de los Derechos Humanos:

- La Declaración de Caracas (OPS/OMS)
- La Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental.

Gráfico 1.1 Marco normativo que rodea al MUCI*



* Fuente: Angarita (2009).

1.2 ANTECEDENTES ECONÓMICOS, POLÍTICOS, Y ÉTICOS ALREDEDOR DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN

El proceso de actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez para Colombia implica tener en cuenta las condiciones sociohistóricas de las que emana y de las cuales resulta también la necesidad de su actualización. Es entonces el propósito de este apartado poner en interrelación ideas y posturas desde el campo económico, político, social y ético para generar un contexto de comprensión del campo de aplicación e incidencia del Manual Único de Calificación de Invalidez en nuestra sociedad y las implicaciones o retos que demanda su actualización. Las ideas y reflexiones que a continuación se expondrán nacen tanto de un proceso investigativo de la literatura disponible como de los debates que a lo largo de octubre y noviembre del año 2009 tuvieron lugar en el marco del Ciclo de Conversatorios sobre la Actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez, conversatorios que contaron con la participación de invitados e invitadas desde la academia y desde los distintos sectores comprometidos con el campo de la seguridad social así como desde la sociedad civil.

Para dar rienda suelta a este desafío de constituir los antecedentes de un proceso cuya actualización determinará o sugerirá importantes cambios y transformaciones prácticas y también conceptuales dentro del sistema de seguridad social, se partirá de la siguiente afirmación: *los procesos de calificación, se encuentran enmarcados en un determinado sistema de protección social, en donde tales procesos adquieren significado, y regulan dinámicas de poder político e incluso económico entre el Estado y los ciudadanos.*

1.2.1 POLÍTICA, JUSTICIA Y SISTEMAS DE VALORES

Para dilucidar la anterior afirmación primero es necesario reconocer que existen diferentes sistemas políticos, y que cada territorio, cada Estación se configura bajo un sistema político determinado. Ahora bien, para comprender a qué hace referencia el término de sistema político, es necesario primero abordar el concepto de política. La palabra política deviene del griego *polis*. Si bien *polis* se interpreta como *ciudad*, es un concepto que se relaciona de manera más directa con la orientación de los grupos humanos: *“la comunidad perfecta es la polis (...) surgió para satisfacer las necesidades*

vitales del hombre, pero su finalidad es permitirle vivir bien” (Aristóteles, La Política). Así, la política hace referencia a una correlación de fuerzas desde distintas formas organizadas de la sociedad que actúan para dar organización a esa *polis*, a esa forma de organización más general (Hernández, 2009).

La política es entonces una relación de poder o de poderes que afecta de manera directa las formas y prácticas sociales; y como se expresó anteriormente, existen diferentes sistemas políticos en cuyo seno la naturaleza de las relaciones de poder cambia. Por ejemplo, con referencia al Estado moderno es necesario considerar la relación entre el ciudadano y el Estado, relación que está determinada por el concepto de derecho que, inspirado en valores de justicia, se expresa en un orden normativo e institucional (Hernández, 2009).

Al concepto de derecho le subyace como sustento ético, un principio ordenador importante que es el de justicia. La noción de aquello que se considera justo o no, tiene su fundamento en el orden social determinado, en el sistema político y por demás en el sistema de valores de la sociedad³. Así pues, esta correlación histórica y en construcción permanente entre lo ético y sus sistemas de valores, lo político y sus fuerzas de poder organizadas y el orden cónico resultante en una sociedad concreta, es la que finalmente se revela en un manual, en un decreto, en una ley, en un sistema de justicia o en un sistema de protección social.

Las sociedades humanas a lo largo de la historia han construido distintas maneras de entender y aplicar sistemas sociales de justicia. Por ejemplo,

³ Primero vale la pena en el orden de lo ético, diferenciar una serie de términos que con frecuencia se asumen con cierta sinonimia que no es conveniente. Estas sinonimias hacen referencia a la diferencia entre lo moral y lo ético, entendiendo lo moral como el ‘sistema de valores’ que en un grupo o estructura social determinada orienta las acciones humanas, de allí que no hay actos amorales estrictamente hablando, todos los actos humanos se argumentan en algún tipo de valoración de las cosas, de los actos, de las personas, etc., y esa valoración depende, justamente, de un sistema de valores que habitualmente es construido de manera colectiva, lo que significa que hace parte de las culturas y de las identidades de los grupos. Es por tanto un elemento estructurante de los sujetos, como sujetos morales. Hay muchos sistemas morales y esos sistemas pueden estar en conflicto por su orden o por el contenido mismo de los valores; así pues, lo moral se asimila como un sistema de valores. Por su parte, lo ético sería, estrictamente hablando, una reflexión sobre lo moral, es decir, todo un esfuerzo por tratar de identificar qué valores están en juego en una situación concreta, por qué esos valores y no otros, qué conflictos de valores o entre valores hay, qué dilemas morales se pueden presentar en una decisión, y si dicha decisión está en el marco de los sistemas de valores instruidos o van en contravía. (Hernández, 2009).

en la Grecia clásica los grandes padres helénicos consideraban como un acto humano justo aquel que se correspondía con la proporción natural de virtudes humanas que la *physis*, la gran reina de la organización del cosmos, definía para cada cual. Es decir, hombres y mujeres nacían con distintas virtudes y esta condición los ubicaba en un lugar específico dentro del orden social establecido. Un esclavo tenía dotaciones corporales y mentales para ser esclavo, mientras que aquellos que tenían menos dotaciones físicas y más dotaciones intelectuales podían dedicarse a aprender el orden natural de las cosas, y a desarrollar artes y técnicas; otros sujetos eran naturalmente propensos al saber, y su papel en la sociedad era la filosofía y la orientación de la polis. Esa estructura de la sociedad helénica se traduce en que efectivamente lo más justo es darle a cada cual lo que le corresponde en virtud de su dotación natural.

En el proyecto moderno de las sociedades liberales, los sistemas de justicia parten de la premisa “todos los seres humanos nacen libres e iguales”, así el orden de la sociedad es regulado por una suerte de contrato social entre hombres libres e iguales, cuyos sistemas y relaciones de poder y dominación establecidas han sido producto de ese contrato. Allí las injusticias presentes son consecuencia de los actos libres de los individuos. Esta idea de sociedad está fuertemente arraigada en principios de competitividad, donde cada sujeto es “libre” de proporcionarse los medios para su sobrevivencia. Donde la pobreza o la riqueza no son fenómenos sociales, sino resultado de la responsabilidad de cada sujeto para “administrar” su vida.

Desde la perspectiva social-demócrata, efectivamente la libertad es un elemento fundamental de cualquier sujeto moral, pero para ejercer la libertad del ser, se necesitan previamente condiciones y medios construidos colectivamente. Ello remite a la idea de dignidad humana, donde los sujetos libres necesitan previamente de unas condiciones materiales que garanticen su sustento, su existencia digna y por demás el ejercicio de su libertad. Esta idea sustenta en un sentido amplio los derechos sociales, económicos y culturales.

Es así como puede vislumbrarse que cada sistema social construye principios de justicia que determinan las relaciones entre lo público y lo privado, entre los sujetos, y entre éstos y el Estado. A los sistemas de protección social le subyacen sistemas de valores y nociones de justicia social, que para el caso colombiano vale la pena cuestionar, en tanto es un país atravesado por condiciones históricas de inequidad estructurante que se revela de manera reciente en la mercantilización de los derechos sociales a la salud, al trabajo y a la educación.

1.2.2 PERSPECTIVAS ECONÓMICAS EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

La configuración de un sistema de la protección o seguridad social no solo depende de la confluencia de fuerzas entre los sistemas de valores, entre la noción de justicia social y el sistema político, sino que además todos estos elementos están en correspondencia con el sistema económico imperante. Así pues, *“los sistemas de protección social son el resultado de decisiones políticas y económicas que van en concordancia con el tipo de sociedad que se desea construir”* (Rodríguez, 2009).

El sistema de protección social colombiano está atravesado por una lógica profundamente mercantilista e individual, donde el acceso a los servicios de salud se relaciona directamente con la capacidad de pago de las personas. En esta lógica del mercado libre de la salud acceder por ejemplo a un sistema subsidiado, implica demostrar la no capacidad de pago, implica reconocerse como una persona “pobre”. Esta situación ya dice bastante sobre cómo nuestra sociedad reconoce el concepto de dignidad humana y genera lógicas redistributivas de acuerdo a ese reconocimiento. Si el acceso a los servicios de salud es considerado un derecho y por demás un imperativo ético, la lógica económica que subyace a la garantía del acceso a la salud, va en contravía del derecho mismo. Si se observan las dinámicas de selección o focalización para el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad, esta focalización se hace a partir de criterios debidamente evaluados y comprobados de pobreza o invalidez (Cruz, 2005 en Cuervo et al [ed.], 2005). El modelo de aseguramiento colombiano ajustó los criterios de inclusión y exclusión de beneficiarios buscando beneficiar a los más pobres entre los pobres, la premisa en el caso de discapacidad es: *debo demostrar que soy lo suficientemente pobre y lo suficientemente inválido para poder beneficiarme.*

Estas implicaciones éticas, políticas y económicas de los sistemas de protección social, no solo se derivan de las dinámicas internas de los Estados y sus gobiernos, sino que también son el resultado de intereses multilaterales como los de organismos internacionales (FMI, BID) quienes ejercen una influencia determinante en la implementación de políticas sociales, educativas y de salud especialmente en los países con relaciones de dependencia económica o deuda externa como aquellos del denominado “tercer mundo”. Así pues, un sistema de protección social se encuentra por lo regular enmarcado en los programas económicos y de política social vigentes.

Es posible comprender la dinámica de estos programas de política social a partir de postulados teóricos que explican y hacen evidentes las relaciones antes mencionadas y que develan su comportamiento en términos de las relaciones de poder y la responsabilidad social establecida entre el Estado y la ciudadanía. Los postulados teóricos de la política social que se abordarán en este texto son: Manejo Social del Riesgo (MRS), Mediación Social y Cohesión Social.

1.2.2.1 Manejo Social del Riesgo

Para comprender la perspectiva del Manejo Social del Riesgo, que justamente es el enfoque vigente para el sistema de protección social colombiano, perspectiva que se constituye en una decisión intencionada a nivel político y económico, es preciso reconocer los antecedentes históricos de las dinámicas económicas en Colombia a lo largo del siglo XX.

Los modelos de desarrollo vienen de la mano con formas de organización del trabajo, que incluyen mano de obra y relaciones de producción. Como afirma Cruz (2005, 254 en Cuervo et al [ed.], 2005), el desarrollo industrial en Colombia implicó la generación de puestos de trabajo en las urbes para asumir a la mano de obra proveniente del campo. Esta mano de obra fue excesiva para los puestos proyectados, lo que condujo al surgimiento de fenómenos como la economía informal, el aumento de tasas de desempleo, y el consecuente deterioro del nivel de vida de las poblaciones urbanas. Ya en la segunda mitad del siglo XX, el modelo de desarrollo centrado en el mercado facilitó la apertura de economías nacionales en el campo internacional, lo que representó un intenso desarrollo económico e industrial en las décadas cincuenta y sesenta, no obstante esta expansión económica no logró desvertebrar las estructuras de la oligarquía agraria⁴, ni generar un número de empleos compatible con la vertiginosa expansión de la fuerza de trabajo urbana, las consecuencias de este proceso se evidencian en el aumento de la marginalidad, el subempleo, la economía informal y la agudización de las desigualdades entre el sector rural y el urbano (Cruz, 2005 en Cuervo et al [ed.], 2005).

⁴ Es importante reconocer que después de la Independencia de España y hasta la primera mitad del siglo XX, Colombia se constituye como una nación eminentemente agraria. Con la constitución de 1886 se favoreció el derecho a la propiedad privada y con ello devino el fortalecimiento de los grandes terratenientes y las élites agrícolas en el país.

Los derechos sociales entre los que se incluye el derecho a la salud y a la seguridad social, emergieron de forma desigual, privilegiando inicialmente a aquellas personas que se encontraban en el mercado formal de trabajo, y como la mayoría de los ciudadanos estaban por fuera del estatus de asalariado, estaban por ende desprovistos de todos los derechos, garantías y protecciones del trabajo.

Con la constitución política de 1991, se puede decir que Colombia reformuló su contrato social, sustentándolo en la ideología del libre mercado como regulador de las relaciones económicas; en este contexto, los principales criterios de desarrollo lo constituyen la apertura y eficiencia económica de la mano de capitales privados. Esto representó una reducción de controles por parte del Estado al poder económico sobreviniendo una suerte de crecimiento económico en el sector privado en los primeros años de la década de los noventa⁵; la tesis consistía en que “una vez que la economía se condujera por la senda del desarrollo económico, 5 o 6 años más tarde los frutos de ese crecimiento se iban a instruir dentro de la población”, pero los resultados no fueron los esperados. Desde 1996 Colombia experimentó la más grave recesión de los últimos 70 años. El Producto Interno Bruto (PIB) cayó en el último trimestre de 1996 y el primero de 1997, y recayó de nuevo entre 1998 y 1999. La causa se encontró, principalmente, en el desbalance fiscal macroeconómico observado desde mediados de los años noventa, agravado por los efectos negativos que el conflicto armado tenía sobre las decisiones de los agentes económicos, particularmente, sobre la inversión privada. La crisis de los mercados emergentes de la segunda mitad de los noventa contribuyó a profundizar la recesión. La consecuente caída en la inversión privada tuvo un fuerte impacto negativo sobre el ingreso per cápita de la población (DNP, 2001).

Las “reformas estructurales” de la década de los noventa condujeron inevitablemente a la agudización de la pobreza, por lo que el gobierno debió realizar políticas de ajuste, para controlar la expansión de la pobreza y evitar

⁵ “Colombia incrementó sus exportaciones a los países industrializados, a América Latina y al resto del mundo entre 1985 y 1995. A partir de 1990 se inició un proceso acelerado de apertura, con disminución sensible en todos los niveles arancelarios, lo que a mediano y largo plazo se ha traducido en un déficit comercial pronunciado. Los productos colombianos de exportación más atractivos en el mercado internacional incluyen café, petróleo crudo, carbón, esmeraldas, banano, flores, textiles y confecciones, productos químicos, y artículos de cuero” (OPS, 2002, p. 2)

así que esta impidiera la gobernabilidad⁶. En ese marco, el enfoque que se asume para la consolidación del sistema de protección social colombiano y de atención a la pobreza es el enfoque de Manejo Social del Riesgo (MSR), que está inmerso en los formatos institucionales (BM y BID⁷) de la corriente estándar en teoría económica neoclásica. En definitiva el Manejo Social del Riesgo se asume como un sistema dirigido a prevenir y mitigar los efectos adversos que se presentan sobre la población vulnerable durante episodios de recesión económica (DNP, 2001).

El Manejo Social del Riesgo dice que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes. Bien sea naturales (terremotos, inundaciones, enfermedades) o producidos por el hombre (desempleo, deterioro ambiental, guerra). Entendiendo a su vez por riesgo *“la incertidumbre o incapacidad de predecir y que genera pérdidas en el bienestar social. El Banco Mundial incluye en este término elementos tanto predecibles como impredecibles”* (Rodríguez, 2009, p. 4).

Para el caso colombiano la recesión económica expuso a la población a riesgos de diversa índole, y fue particularmente severa sobre la población más pobre del país. Los riesgos más comunes, según el Departamento Nacional de Planeación (2001) fueron:

- La pérdida de empleo. Se conocieron las tasas de desempleo urbano más altas en la historia reciente, cercanas al 20%. La población de más bajos ingresos enfrentó tasas de desempleo superiores al 40%.
- El incremento en el desempleo creó un círculo vicioso de reducción en el ingreso de los hogares. Los ingresos promedio cayeron 5% entre 1996 y 2000, en los hogares más pobres se observó una disminución de ingresos del 21%.
- Aumentó la participación laboral en el campo de la informalidad.

⁶ “Es clave reconocer que las políticas para el manejo de la pobreza están ligadas generalmente al control y a los conceptos de gobernabilidad” (Salazar, 2009).

⁷ “Si bien los gobiernos han contemplado programas de seguridad y asistencia social, no en todos los casos se ofrecen mecanismos efectivos para contrarrestar los efectos que las recesiones generan en la población más vulnerable. Para ello, organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo han venido desarrollando en varios países, mecanismos de manejo de riesgo. Estos se traducen en programas o redes de protección o seguridad social, con el objetivo de prevenir, mitigar y/o superar los efectos de los riesgos en aquellos grupos que pueden verse mayormente afectados durante las recesiones” (DNP, 2001).

- Se generó una disminución de consumo de bienes y servicios básicos en las familias dando como resultado, entre otros factores, una mala nutrición de los niños.
- Reducción de las inversiones en capital humano por parte de las familias más pobres, particularmente en materia de salud. La reducción en la afiliación al sistema de seguridad social en salud pasó de 60.4% en 1998 a 53.8% en 2000. Esta variación se explica también por la caída en las coberturas del régimen contributivo, debida al aumento de la tasa de desempleo.
- Desacumulación de capital humano por la vía de mayores niveles de deserción escolar. La recesión forzó a un número importante de niños y jóvenes a retirarse del sistema educativo generando pérdidas de capital humano, precisamente en los grupos que más necesitan acumularlo. En el caso de educación media, entre 1996 y 2000, la inasistencia pasó de 24.5% a 26.5% en los hogares más pobres.

Vale la pena recordar que los efectos negativos de una recesión sobre el capital humano son, en algunos casos, difícilmente reversibles, afectando el desarrollo social y económico de un país de manera permanente, así pues, las consecuencias de la recesión pueden afectar no solo la calidad de vida presente y futura de un alto número de personas, sino también las posibilidades de crecimiento de largo plazo de la economía.

El enfoque de Manejo Social del Riesgo hace énfasis en la prevención, la mitigación, y la superación de los efectos negativos de la recesión económica sobre aquellos grupos poblacionales que pueden verse más afectados. A partir de la experiencia internacional, este enfoque se ha concentrado en la generación de empleo y en el complemento al ingreso familiar mediante la entrega de subsidios. Desde la perspectiva del MSR, el principal factor para la prevención y mitigación de los riesgos sociales es el crecimiento económico y sus efectos redistributivos, en la medida en que genera condiciones favorables para la reducción de la pobreza, aumenta el empleo e incrementa el ingreso de los hogares. No obstante, el crecimiento económico por sí solo no es suficiente para reducir la vulnerabilidad de la población. La evidencia muestra que los grupos pobres se benefician proporcionalmente menos que los más ricos, y que incluso puede haber segmentos de la población que no se benefician. De esta manera, junto al crecimiento económico, deben prevalecer los principios de equidad y reducción de la pobreza, que se constituyen en objetivos centrales de la política económica y social (DNP, 2001).

En resumen, dentro del discurso y prácticas institucionales, el Manejo Social del Riesgo incluye la orientación de políticas públicas para asistir a

personas, hogares, y comunidades con el propósito de mitigar los riesgos en situaciones de recesión; y para proporcionar apoyo directo a quienes se encuentran en situación de extrema pobreza o vulnerabilidad⁸. Este enfoque trata de lograr que los efectos de una recesión no comprometan el capital humano acumulado, y que se mantengan las inversiones de los hogares en salud y educación, cruciales para el crecimiento futuro. Las estrategias utilizadas buscan estimular el desarrollo de programas de generación o sustitución de ingreso; de asistencia escolar; de nutrición y cuidado de los niños; de vacunación y aseguramiento en salud; de capacitación laboral y apoyo a los adultos mayores indigentes, entre otros. Para lo cual se vale de instrumentos de focalización, para que los beneficios lleguen a los más pobres entre los pobres, así como la entrega de subsidios a la demanda y en general programas de transferencias condicionadas.

Las principales estrategias relacionadas con la protección social en el Manejo Social del Riesgo, y definidas por el CONPES (2001) son:

Prevención: constituida por programas en salud pública, educación, capacitación y generación de empleo para reducir la probabilidad de que los riesgos de deterioro del capital humano se hagan efectivos. Requiere la aplicación previa a la aparición del riesgo de los programas sociales permanentes.

Mitigación: dirigida a disminuir los efectos de una recesión a través de programas para aliviar y sobrellevar su impacto: empleo de emergencia, capacitación laboral para desempleados y subsidios para nutrición y asistencia escolar, entre otros. La atención que requiere la población dentro de cada tipología se define para Colombia tomando en cuenta cinco grupos de edad y nueve tipos de riesgo con base en indicadores cuantitativos de cobertura en educación y salud, niveles de nutrición, frecuencia de enfermedades, desempleo y empleo infantil y juvenil, entre otros

Focalización: es una herramienta para identificar a los más pobres y vulnerables, y permite orientar el gasto social hacia ellos. Un sistema social de riesgo debe contar con esta herramienta para lograr una mayor equidad y eficiencia en la asignación de los recursos. En Colombia el Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN) es el instrumento utilizado por la política social para la focalización.

⁸ Vulnerabilidad: probabilidad de resultar perjudicado por sucesos inesperados o la susceptibilidad a impactos exógenos (Rodríguez, 2009).

Según Rodríguez (2009) las bondades de la aplicación de un buen enfoque de MSR consisten en mejorar el bienestar individual y social en un entorno estático; contribuir al desarrollo y crecimiento económico, al operar como ingrediente crucial para lograr reducir la pobreza y generar mecanismos para la racionalización del gasto. Permite además lograr una mayor equidad en el sentido de mayor igualdad. Los campos o áreas de intervención del MSR son el mercado laboral, la previsión social y las redes de protección a través de las estrategias ya mencionadas; dichas estrategias permiten además la confluencia de varios actores (personas, hogares, comunidades, ONG, distintos niveles de gobierno a nivel nacional, regional y local, así como la participación de agencias de cooperación internacional).

En Colombia la Red de Apoyo Social (RAS) fue una de las primeras iniciativas bajo el enfoque de MSR, y se constituyó como un programa diseñado para mitigar el impacto de la recesión económica y el saneamiento fiscal sobre la población más vulnerable formulando tres subprogramas: Empleo en Acción, cuyo propósito es brindar ocupación transitoria a la población más pobre; Familias en Acción, que busca mejorar las condiciones de nutrición de las familias más necesitadas y garantizar la asistencia al colegio de los niños en edad escolar, y Jóvenes en Acción, orientado a mejorar las condiciones de acceso e inserción al mercado laboral de jóvenes desempleados de bajos recursos.

1.2.2.2 Manejo Social del Riesgo y discapacidad

En el documento CONPES social 80, que habla sobre la política pública nacional de discapacidad, se analiza la institucionalidad actual sobre política en discapacidad en Colombia. Dicha institucionalidad se enmarca en el contexto de la protección y el Manejo Social del Riesgo. Contempla estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones, puedan prevenir el riesgo, mitigar y superar la materialización del mismo y reducir la vulnerabilidad a la discapacidad. Dicha política está enmarcada en dos estrategias básicas: *“Promoción de la discapacidad, inclusión e integración social en el marco de los derechos humanos”* y *“Participación de la comunidad en la prevención, mitigación y superación (habilitación y rehabilitación integral) de la situación de discapacidad”*. Estas estrategias buscan de manera holística enfatizar en la necesidad de diseñar y desarrollar nuevas políticas para prevenir, reducir y mitigar los riesgos durante el ciclo vital y disminuir la vulnerabilidad de los individuos y las familias y la probabilidad de que el riesgo se materialice.

Cuadro 1.1 Manejo Social del Riesgo y política en discapacidad en Colombia*

Estrategias del manejo social de riesgo	Antecedentes	Acciones adelantadas en política de discapacidad en Colombia
<p>Prevención (Acciones dirigidas para la detección e identificación oportuna de los factores de riesgo personal y social relacionados con discapacidad)</p>	<p>Buscan la reducción de los factores de riesgo social, no solo asociados al estado de salud individual de las personas con discapacidad, sino frente a riesgos relacionados con su situación nutricional; su aprendizaje, el desarrollo de sus capacidades y habilidades laborales; los riesgos ocupacionales; y otros eventos y situaciones sociales como el embarazo de adolescentes; la violencia; el conflicto armado; la accidentalidad y las barreras para la integración social y productiva en el entorno social y cultural.</p>	<p>Las acciones en este sentido se han direccionado a reducir el riesgo y la morbilidad. Las ejecutorias en este componente se expresan en la implementación de sistemas de monitoreo y vigilancia de las causas de enfermedad asociadas a la discapacidad, estrategias preventivas expresadas en la promoción de estilos de vida, actitudes y comportamientos saludables, estrategias de promoción como las escuelas saludables, la determinación de las principales causas de discapacidad, y la inversión en diferentes programas de prevención.</p>
<p>Mitigación (Se refiere a las estrategias utilizadas para reducir el impacto o repercusión del evento en caso de que se materialice el riesgo.)</p>	<p>Estas estrategias se utilizan para reducir el impacto o repercusión del evento, en la persona con discapacidad y su familia, en caso de que el riesgo se materialice entre aquellas personas y grupos sociales especialmente vulnerables. Los sistemas de pensiones, de riesgos profesionales, y de salud a través del aseguramiento son las principales estrategias y acciones en este sentido. Las estrategias y acciones de mitigación se establecen antes de que el evento ocurra</p>	<p>Aseguramiento en salud: en términos generales para 2003, la población asegurada, a los regímenes contributivo y subsidiado representa el 54% del total de la población, esto implica que cerca del 46% de la población del país no tiene garantizado el financiamiento de acciones individuales de promoción y prevención, ni la protección financiera para atender las contingencias en salud, incluyendo las discapacidades.</p>

Estrategias del manejo social de riesgo	Antecedentes	Acciones adelantadas en política de discapacidad en Colombia
<p>Superación (Estas estrategias son dirigidas a superar los efectos generados por la materialización del riesgo sobre la persona, la familia o la comunidad, para recuperar en mayor o menor medida su condición inicial)</p>	<p>Direccionadas a disminuir o superar el impacto generado por la materialización del riesgo sobre la persona con discapacidad, la familia o la comunidad con el fin de otorgar instrumentos que les permitan recuperar su condición inicial o aliviarla ante los hechos irreparables. Con relación a la integración social y exclusión, las personas con discapacidad y sus familias tienen el derecho a integrarse cabalmente a la sociedad, pero también tienen el deber de participar integralmente en dichos propósitos con la responsabilidad activa de la persona, la familia, la comunidad, la sociedad y el Estado</p>	<p>Aseguramiento frente a riesgos profesionales. Para el año 2003 se ha logrado afiliarse a 4,86 millones de trabajadores. Sin embargo, aún se presentan grandes niveles de evasión que implican mayor riesgo social en torno a la discapacidad, teniendo en cuenta que la población trabajadora asciende a 16.5 millones de ocupados, la mayoría de los cuales son trabajadores independientes e informales.</p> <p>Sistema General de Pensiones. El número de pensionados por los fondos de pensiones a causa de discapacidad (invalidez), ha aumentado entre 1997 (199 personas) y 2002 (2.043 personas). Adicionalmente, el Fondo de Solidaridad Pensional entregó subsidios a 5.070 personas con discapacidad, lo que refleja un mesurado incremento.</p>

*Fuente: Documento Compes Social 80. "POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD". DNP-DDS-SS Bogotá, D.C., 26 de julio de 2004.

1.2.2.3 Implicaciones políticas, económicas y éticas de un enfoque de protección social basado en el riesgo

Se ha venido definiendo que el Manejo Social del Riesgo consiste en una serie de intervenciones públicas para asistir a las personas y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en situación de extrema pobreza por ser los más vulnerables al riesgo, a través de acciones como mitigación, superación de eventos negativos y focalización⁹. Una característica esencial de este enfoque es que cuenta con normas de activación y desactivación, de tal forma que junto a su carácter de protección, le acompañan las características de temporalidad y complementariedad de la política social en períodos de recesión.

Este enfoque tiene pues, un doble propósito, garantizar la gobernabilidad en periodos de recesión y agudización de la pobreza y trasladar la responsabilidad del problema social que representa la pobreza en manos precisamente de las personas pobres, haciéndolos responsables de la propia administración de sus riesgos, bajo el concepto de empoderamiento. Y ello en razón a que el concepto de pobreza desde el MSR se asume como una responsabilidad individual. Según Rodríguez (2009) *“las responsabilidades que atañen a la sociedad en materia de desarrollo de políticas económicas y estructurales para reducir la pobreza, deben ser asumidas por los individuos, como si cada persona fuese la responsable de su situación de empobrecimiento”*. Esta noción está claramente inscrita en un pensamiento liberal, donde, como se mencionaba en líneas anteriores, las injusticias emergentes en este modelo de sociedad son consecuencia de los actos “libres” de los individuos.

La transformación del mundo moderno nos ha acercado cada vez más hacia una sociedad del riesgo. Como afirma Bech (2002) *“Las pautas colectivas de vida, progreso y controlabilidad, pleno empleo y explotación de la naturaleza típicas de la primera modernidad han quedado socavadas por 5 procesos interrelacionados: la globalización, individualización, la revolución de géneros, el subempleo y los riesgos globales”*. El reto ahora es hacer frente a los desafíos derivados de la extensión del sector informal de la economía, la flexibilización del trabajo, la desregulación legal tanto de grandes sectores de la economía como de las relaciones laborales, la pérdida de legitimidad del estado, la agudización de la pobreza, entre otros.

⁹ La estrategia de focalización es una constante en política social para América Latina. Al no poder cubrir las necesidades de toda la población se hace necesario focalizar a aquella población que más necesidades tiene.

El riesgo según Bech (2002) puede definirse como “*el enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana, las diversas consecuencias no deseadas de la modernidad radicalizada. Es un intento de colonizar el futuro*”. Los riesgos que encaran las personas no son aleatorios, su distribución e intensidad está en función de la operación de los mercados, las familias y los Estados, de esta manera, cuando el riesgo se deriva de las decisiones humanas, adquiere la noción de cuestión política¹⁰ y tiene el poder de develar las inequidades sociales, en tanto los más vulnerables al riesgo son siempre las personas pobres. Por ello, enfoques como el del MSR centran sus políticas en la población pobre. Según este enfoque y en palabras de Rodríguez (2009) este segmento de la población carece de instrumentos adecuados para manejar los riesgos, lo que les impide involucrarse en actividades más riesgosas pero a su vez de mayor rentabilidad. Las estrategias de MSR buscan promover la disposición a asumir riesgos, no obstante esta consideración es debatible en la medida en que afirmar que la población pobre carece de herramientas para manejar los riesgos es desconocer la vida cotidiana de estas personas que día a día se enfrentan a numerables riesgos.

El enfoque de manejo social del riesgo como una política de erradicación de la pobreza involucra tres concepciones de pobreza que lo sustentan, según Rodríguez (2009) son:

- Visión caritativa: la caridad es un instrumento de gestión de las amenazas sociales y hace parte de una política orientada a transformar el comportamiento, pues en él está el origen de la pobreza.
- Visión asistencial-represiva: la pobreza es percibida como un peligro social y político, que debe cortarse por la asistencia, la reeducación y la represión.
- Visión modernista tecnocrática: la pobreza es una enfermedad que debe ser erradicada.
 - Versión estructuralista (CEPAL): Integrar la población en el régimen salarial y generalizar los derechos sociales inherentes a la condición salarial.

¹⁰ El riesgo se convierte en una cuestión política cuando la gente es, en general, consciente de ello; son constructos sociales que se definen, ocultan o dramatizan estratégicamente en la esfera pública con la ayuda de material científico y actuarial suministrado a tal efecto (...) no hay ninguna diferencia sustantiva entre los riesgos que se planteaban en la historia temprana y los de la civilización desarrollada, excepto en el modo de la percepción cultural de los mismos (Bech, 2002).

- Versión tecno-liberal: crear un agregado de individuos productores puestos en estado de valorizar sus activos.

La pobreza como realidad individual está enmarcada en la ética de autorrealización propia de la sociedad occidental moderna, donde el logro individual es la corriente dominante más poderosa. La materialización del liberalismo político es la configuración de la individualidad. Bajo esa premisa, la responsabilidad del riesgo también es individual. Como afirma Bech (2002, pp. 11-14)

“vivimos en una era de riesgo que es global, individualista y más moral de lo que suponemos (...) Somos una sociedad del “primero yo”, considerando los tópicos que dominan el debate público: la disolución de la solidaridad y la decadencia de los valores. La sociedad moderna vive de recursos morales que es incapaz de renovar”.

Según Rodríguez (2009) “*la manera como se anticipa el riesgo es el seguro*”, así pues, mecanismos como garantizar el ingreso (así sea mínimo), o entregar subsidios a individuos o unidades familiares son una forma de asegurar el riesgo pero además tienen un efecto desvertebrador del tejido social comunitario y de los lazos de solidaridad, ya que el Estado no focaliza sus esfuerzos hacia las comunidades, sino hacia personas o individuos. Todas estas estrategias están orientadas a proteger la subsistencia básica a través del suministro de activos para garantizar el consumo inmediato y también el futuro.

Desde el punto de vista sociológico, la sociedad del trabajo se está convirtiendo en una sociedad del riesgo, haciendo el cálculo del mismo aún más impredecible¹¹. El cálculo de los riesgos vincula metodologías desde las ciencias físicas, la ingeniería, las ciencias sociales y las ciencias actuariales. Dichos cálculos pueden aplicarse a fenómenos de distinta naturaleza, desde la gestión en salud hasta los riesgos económicos, de vejez, del empleo, del subempleo, etc. Según Bech (2002) el cálculo de los riesgos, permite un tipo de “moralización tecnológica” que ya no tiene que aplicar directamente imperativos morales y éticos.

¹¹ “El creciente desempleo ya no puede atribuirse a crisis económicas cíclicas, sino al éxito del capitalismo tecnológicamente avanzado. Por consiguiente, cuanto más se desregulan y flexibilizan las relaciones laborales, tanto más rápidamente se convierte la sociedad del trabajo en una sociedad del riesgo que no es susceptible de cálculo por parte de los individuos o de la política” (Bech, 2002, pp. 11-14)

El cálculo de los riesgos confluye en la protección o el aseguramiento por la vía de las leyes. La legislación en materia de seguridad social se basa en sucesos futuros que todavía no se han producido, pero que se convierten en objeto de medidas actuales, tales como prevención, indemnización y anticipación de medidas paliativas. Según Ewald (1986) en Bech (2002), la “invención” del cálculo de riesgos estriba en hacer calculable lo incalculable con ayuda de estadísticas de siniestralidad y mediante fórmulas de compensación generalizables, así como mediante el principio de intercambio generalizado de “dinero por daños”. De este modo, un sistema normativo de reglas de responsabilidad social, indemnización y precauciones, cuyos detalles siempre son muy controvertidos¹², crea seguridad en el momento presente frente a un futuro incierto y abierto. Si el cálculo de los riesgos es un cálculo de probabilidad, entonces las leyes que reglamentan medidas contra el riesgo, son también leyes de probabilidad.

Con los argumentos ya presentados sobre el concepto de riesgo, vale la pena ahora considerar el marco económico y político en el que se erige el actual sistema de protección social colombiano, cuyo telón de fondo precisamente es el Manejo Social del Riesgo.

Un sistema de protección social es una decisión política que se relaciona con el tipo de sociedad que se quiere construir. Para el caso colombiano, el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia del año 1991 dio ciertos lineamientos en los que se da participación al capital privado para prestar servicios de salud. Con este acuerdo político se llegó a la expedición de la ley 100.¹³ Igualmente con la Constitución de 1991, cambia el papel del Estado

¹² Una de estas controversias tienen que ver con la selectividad del riesgo por parte del mercado de aseguramiento que excluye o hace pagar altos precios por las pólizas a quienes por su edad, condición de salud u otros factores, representan mayores riesgos y por ende mayores costos. La acción del Estado respecto del aseguramiento y los sistemas contributivos de carácter obligatorio, que constituyen formas de protección colectiva de riesgo (pools de riesgo) y que permiten a los sujetos encarar sus riesgos individuales de manera colectiva se denomina mecanismos de diversificación de riesgos. El aseguramiento público, el aseguramiento social con mecanismos de financiamiento obligatorio que puede realizarse con aseguradores públicos o privados y las regulaciones públicas garantizan la diversificación de contingencias y son fórmulas para evitar la selectividad del riesgo (CEPAL, 2007).

¹³ Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de sanea-

en la economía. Las recomendaciones del Banco Mundial se centran en transformar la concepción de Estado mínimo (que no interviene en economía y que se ocupa de garantizar el ejercicio de la libertad individual, la existencia de un mercado libre sin restricciones y un ejercicio ilimitado de la propiedad privada) a la de Estado eficiente, con un enfoque de carácter administrativo que oculta las nuevas relaciones de poder, entre ellas el poder financiero detrás de los grandes “negocios” del sistema de salud y de aseguramiento –pensiones–.

Pueden evidenciarse entonces, las dos lógicas de la Constitución Política de 1991, por un lado una lógica social demócrata que se materializa en la concepción de Estado como un Estado Social de Derecho, en donde los derechos sociales priman sobre cualquier tipo de gasto, y por el otro lado, una lógica congruente con los postulados del liberalismo radical, donde se otorga autonomía a la banca central y se blinda a las instituciones de cualquier clase de reivindicación democrática. La confluencia de estas dos posturas desemboca en la creación de un conjunto de “arreglos público-privados” responsables de realizar funciones que antes solo eran desempeñadas por instituciones públicas, un ejemplo de ello es la privatización progresiva de la seguridad social.

Al ingresar en la lógica de la privatización, el Estado de bienestar se desdibuja y se pone en evidencia el atropello a los derechos sociales vinculados al mundo del trabajo. La afiliación al sistema de protección social ya no es un derecho sino una opción individual sujeta a la capacidad de pago –la lógica contributiva del sistema de aseguramiento expulsa de los seguros sociales a los trabajadores que no tienen capacidad de aporte–. Como afirma Hernández (2009) *“nuestra sociedad colombiana ha construido un sistema de protección social terriblemente individualista, que ordena las cosas de acuerdo a la propiedad de las personas, a su capacidad de pago”*. De manera

miento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (Constitución Política de Colombia, 1991).

tal que la salud como derecho se fragmenta, y se convierte en un bien de consumo privado, que se adquiere según la categoría del asegurado. En el marco de las reformas promercado, las prestaciones sociales contributivas fueron sujetas a contratos de naturaleza individual, excluyendo así de los beneficios a quienes, por la precariedad de su empleo, no podían cumplir con sus obligaciones contributivas, reproduciendo inequidad dentro del propio sistema de protección social. Para superar desequilibrios actuariales y aumentar la cobertura de los sistemas de protección, las reformas de los años noventa muchas veces enfatizaron incentivos para fortalecer –en el nivel de los contratos individuales– la relación entre esfuerzos contributivos y protección. Con ello se exacerbó las brechas de cobertura de los sistemas, restándole fuerza a los mecanismos de solidaridad (CEPAL, 2007). Estas inequidades en el sistema de salud, no solo tienen que ver con la forma de afiliación o de pertenecer al sistema, sino con la calidad misma de la prestación del servicio, lo que Rodríguez (2009) denomina como “*una salud para pobres y una salud para ricos*”, un fenómeno que genera profundas inequidades en la sociedad, ubicando a Colombia como uno de los países más inequitativos de América Latina.

1.2.3 OTROS ENFOQUES PARA COMPRENDER LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Las nociones de sistema de protección social son tan variadas como los actores que componen dicho sistema y pueden tener variaciones conceptuales dependiendo de si el autor se encuentra al margen o con independencia de los dispositivos oficiales o institucionales de poder y control. En el marco de los paradigmas que delinear la política económica del país, las nociones sobre protección social, sobre bienestar o sobre salud que manejan las entidades del gobiernos son conceptos que obedecen y a la vez legitiman un régimen de administración de la misma. Así por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo define la protección social como las intervenciones públicas que pueden atenuar el impacto de sucesos repentinos en los ingresos y en las condiciones de vida de los pobres, así como en las tendencias del desarrollo a largo plazo, frente a factores de riesgo como las políticas de ajuste, los shocks macroeconómicos, catástrofes, guerras, entre otros. Castells (1998) por su parte define la protección social como un sistema que se construye para combatir la inseguridad y la pobreza protegiendo colectivamente a los trabajadores y después al conjunto de los ciudadanos contra la incertidumbre de la existencia.

Otras definiciones de protección social presentadas por Rodríguez (2009) la definen como una respuesta social a una amenaza contra la reproducción de los individuos que habitan un espacio nacional, y que no se restringe a las intervenciones estatales o administrativas, o como el conjunto de instituciones a través de las cuales la sociedad se protege contra los elementos que amenazan su cohesión y ampara a los individuos que la componen frente a los riesgos derivados de su existencia.

Así pues, a las nociones de protección social les subyace un determinado enfoque, a partir del cual se estructura el sistema que lo materializa. Los dos enfoques sobre los cuales se hablará a continuación son el de *mediación* y *cohesión social*.

1.2.3.1 El sistema de protección social como mediación social

Las políticas estatales son una forma de gobernabilidad, asumir los sistemas de protección social desde una u otra perspectiva significa asumir una forma determinada de gobernabilidad. De esta manera, cuando se asume el sistema de protección social como un sistema de mediación social, emergen políticas públicas ligadas a la construcción de estados de bienestar, a la búsqueda de universalidad del sistema, a la lucha por la equidad y a la distribución del ingreso.

La mediación social se comprende como el conjunto de mecanismos de mediación que ocurren en la sociedad y que implican y/o determinan la capacidad de producción y reproducción de los sistemas sociales; es decir, su capacidad de permanencia, de coherencia y de libertad (Serrano, 1996). Funcionan como un operador lógico que otorga coherencia a la práctica social y como un controlador social que históricamente va asumiendo modelos hegemónicos e ideológicos de mediación social (Martín, 1978).

Desde esta perspectiva, la mediación social es, por una parte, un sistema de regulación institucionalizado para reducir la disonancia provocada por los cambios que suscita la existencia misma del sistema. La mediación funciona como un controlador social que explica/justifica la naturaleza del cambio social (Festinger, 1957 en Serrano, 1996).

Desde el enfoque de la mediación social, un sistema de protección social se asume como un escenario de mediación entre los distintos órdenes que operan en la sociedad: el orden político, ligado a la acumulación de poder; el orden económico, que está regido por la lógica de acumulación de capital, y el orden doméstico, que se entiende por la reproducción del recurso humano y

es fundamento de la acumulación tanto económica como política¹⁴. Así pues, el sistema de protección social está inscrito en un régimen de acumulación, que se inscribe en una lógica de crecimiento económico, en una lógica de reproducción antroponímica del orden doméstico y en una lógica de legitimación de lo político (Rodríguez, 2009).

El sistema de protección social es el resultado de alianzas entre el orden político y el orden económico, en un ensamblaje de instituciones donde se combina lo público, lo privado y varios subsistemas. La relación entre el orden doméstico y el político está mediada por la protección y la relación entre el orden económico y el doméstico es de carácter consustancial; de hecho, el origen etimológico de la palabra economía se encuentra en la palabra griega *oikonomos*, que significa administración del hogar (*oikos* significa “hogar” y *nemein*, “administración”).

En el marco de la mediación social orientada a la construcción social, el sistema de protección social es el resultado de un compromiso político agenciado por el Estado entre diferentes clases, en donde el sistema de aseguramiento genera la legitimidad social y política del Estado.

1.2.3.2 El sistema de protección social en el marco de la cohesión social

La cohesión social, desde una perspectiva sociológica, se asume como el grado de consenso de los miembros de un grupo social o la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común, está orientado a la construcción de capital social e incluye los mecanismos que integran a los individuos y grupos a la dinámica social y el sentido de adhesión y pertenencia a la sociedad por parte de ellos. De acuerdo al consejo europeo, la cohesión social es la capacidad de una sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, minimizando las disparidades y evitando la marginalización.

Pensar en la cohesión social parece una utopía en el contexto de la globalización, la cual se asocia con una mayor fragmentación social, con la pérdida de lazos estables, con la agudización de las brechas sociales, con el surgimiento de identidades autorreferidas, con la individualización y con el debilitamiento de lo público. Sin embargo, en América Latina y el Caribe el concepto de cohesión social surge ante la necesidad de encarar problemas como

¹⁴ Bajo esta perspectiva la sociedad se comprende como un conjunto de heterogéneos y contradictorios, necesarios para la reproducción del juego de sistemas de mediación (Rodríguez, 2009).

los altos índices de pobreza e indigencia, la extrema desigualdad, y diversas formas de discriminación y de exclusión social. En un contexto marcado por las inequidades, la cohesión social tendría el potencial de vincular causalmente los mecanismos de integración y bienestar con la plena pertenencia social de los individuos; desde la perspectiva de la cohesión social se daría relevancia a políticas que apuntalen a la construcción de valores democráticos, políticas que requieren recursos y acciones colectivas capaces de reducir las brechas en materia de exclusión y crear un sentido de pertenencia de los individuos a la sociedad fundado en el goce efectivo de ciudadanía y en una ética democrática (CEPAL, 2007)¹⁵.

No obstante, uno de los efectos negativos que produce la cohesión social es la polarización de las relaciones sociales, esto se explica ya que si el sentido de pertenencia es el eje de la cohesión social, los grupos sociales sienten identificación con miembros de su conjunto pero se distancian respecto de otros. Las razones de los desencuentros o distanciamientos sociales suelen ser múltiples, entre ellas se destaca la satisfacción de necesidades materiales (Rodríguez, 2009).

La implementación de un enfoque de protección social basado en la cohesión social dentro del panorama colombiano tiene serios limitantes dados por: la volatilidad económica, la precariedad del empleo, las condiciones inequitativas para el acceso a la educación, y al campo laboral, la desigualdad en la distribución del ingreso, las segregaciones salariales dadas por género o etnia, la estigmatización de la pobreza, la sensación de inseguridad económica, la inequidad entre lo privado y lo público, y la fragmentación de los sujetos colectivos (sindicatos, gremios). Estos factores limitarían la cohesión y contribuirían por el contrario a generar mayor “polarización”. Sin embargo, uno de los principios que puede contrarrestar dicha polarización hace referencia a la titularidad de los derechos sociales, aquello pertenece a todos los sujetos que constituyen una nación, esto es, su ciudadanía (como un bien simbólico común) que se realiza en los derechos sociales. En términos económicos, la inserción productiva y el empleo son dos elementos que refuerzan el sentido de pertenencia a una sociedad y se constituyen en los vínculos más importantes entre el desarrollo económico y el social.

¹⁵ “Las políticas públicas a favor de la cohesión social serían aquellas que: a) Desarrollen identidad común, b) Construyan solidaridad, c) Establezcan horizontes de confianza, d) Establezcan situaciones de igualdad de oportunidades, e) Generen en la comunidad relaciones basadas en la reciprocidad” (Palma, 2007, pp. 12-13).

Un componente fundamental de la cohesión es la protección social, que con un carácter universal aspira a extender a toda la ciudadanía el acceso adecuado a prestaciones que disminuyan su vulnerabilidad y mejoren su calidad de vida. Cuanto mayor es el acceso y mejor la calidad de los servicios y de las prestaciones, más se fortalece la percepción de pertenencia a la sociedad y de beneficio de los frutos del desarrollo (CEPAL, 2007).

En el marco de la seguridad social, un factor esencial para la cohesión social es la solidaridad en el financiamiento de los sistemas de protección. Riesgos como el desempleo, el subempleo, la enfermedad, la pérdida o radical disminución de ingresos en la vejez, entre otros, determinan el bienestar presente y futuro de las persona. Sentirse protegido es, al mismo tiempo, experimentar que la sociedad responde a las contingencias que afectan a las personas y que ellas no pueden controlar. La capacidad de integrar a los individuos en un marco normativo común depende en buena medida de que ellos perciban que efectivamente pertenecen a un sistema que los protege de ciertos riesgos fundamentales mediante la protección social (Filgueira, 2006).

La cohesión se debilita cuando existe la percepción de que en la protección frente a riesgos hay una ciudadanía de “primera” categoría y otra de “segunda”. Los sistemas de protección social deberían sustentarse en mecanismos de solidaridad. Cuando se opta por el financiamiento solidario, los objetivos son redistributivos, las transferencias desde los que tienen más a los que tienen menos, o desde poblaciones de menor riesgo a otras de mayor riesgo, son parte de la dinámica solidaria que hace a una sociedad más cohesionada. Así pues, son fundamentales el principio de solidaridad del financiamiento y la cotización obligatoria en sistemas de protección social, porque amplían los recursos y hacen más estable y equitativa la diversificación de riesgos. Al establecer un sentido de responsabilidad ciudadana hacia las necesidades de los demás —en el contexto de un sistema que atenúa los riesgos y eleva el bienestar y la certidumbre— se promueven la cohesión social, los derechos ciudadanos (Sojo, 2003, pp. 127 -128).

Un modelo de protección social basado en derechos y orientado hacia la cohesión exige pronunciarse en torno a cuatro elementos esenciales de la política social, estos son, a saber:

- La determinación de los niveles y las fuentes de financiamiento contributivo y no contributivo.
- La magnitud de la solidaridad en el financiamiento.

- El desarrollo de la institucionalidad social para una gestión eficiente de la oferta de prestaciones.
- La identificación de derechos explícitos, garantizables y exigibles en términos de acceso a prestaciones sociales.
- La conformación de redes más inclusivas de protección ante vulnerabilidades y riesgos.

De esta manera un sistema de protección, más que una estructura institucional, es un acuerdo político al que concurre la sociedad para establecer las bases sobre las que desea construir y regular su convivencia, determinando qué derechos se aplican a todos, cómo se garantizan y cómo se hacen viables (CEPAL, 2007).

1.2.4 UNA REFLEXIÓN FINAL SOBRE LAS PERSPECTIVAS ECONÓMICAS EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

El desarrollo de la seguridad social, es un factor muy importante en la vida de una nación, está íntimamente ligado al aspecto económico ya que de la disponibilidad de recursos, depende el grado de protección que los gobiernos puedan brindar a sus poblaciones.

La seguridad social basada en la “sociedad del trabajo”, resultó acentuando la inequidad de los sistemas de protección social. Ya que el empleo remunerado y formal a corto y mediano plazo como mecanismo exclusivo de acceso a la protección social, no fue una decisión viable, en un contexto donde la fuerza laboral formal es inferior al 50% de la total, siendo mayor el porcentaje de la población laboral informal que carece de los mecanismos de participación en el sistema contributivo, se necesita entonces un diseño de seguridad social que logre un mayor equilibrio entre los mecanismos de incentivos y de solidaridad, y que involucre estrategias para encarar los cambios demográficos, epidemiológicos y de la estructura familiar, considerando por ejemplo la tendencia a la baja en el índice de natalidad y la mayor longevidad de las personas mayores.

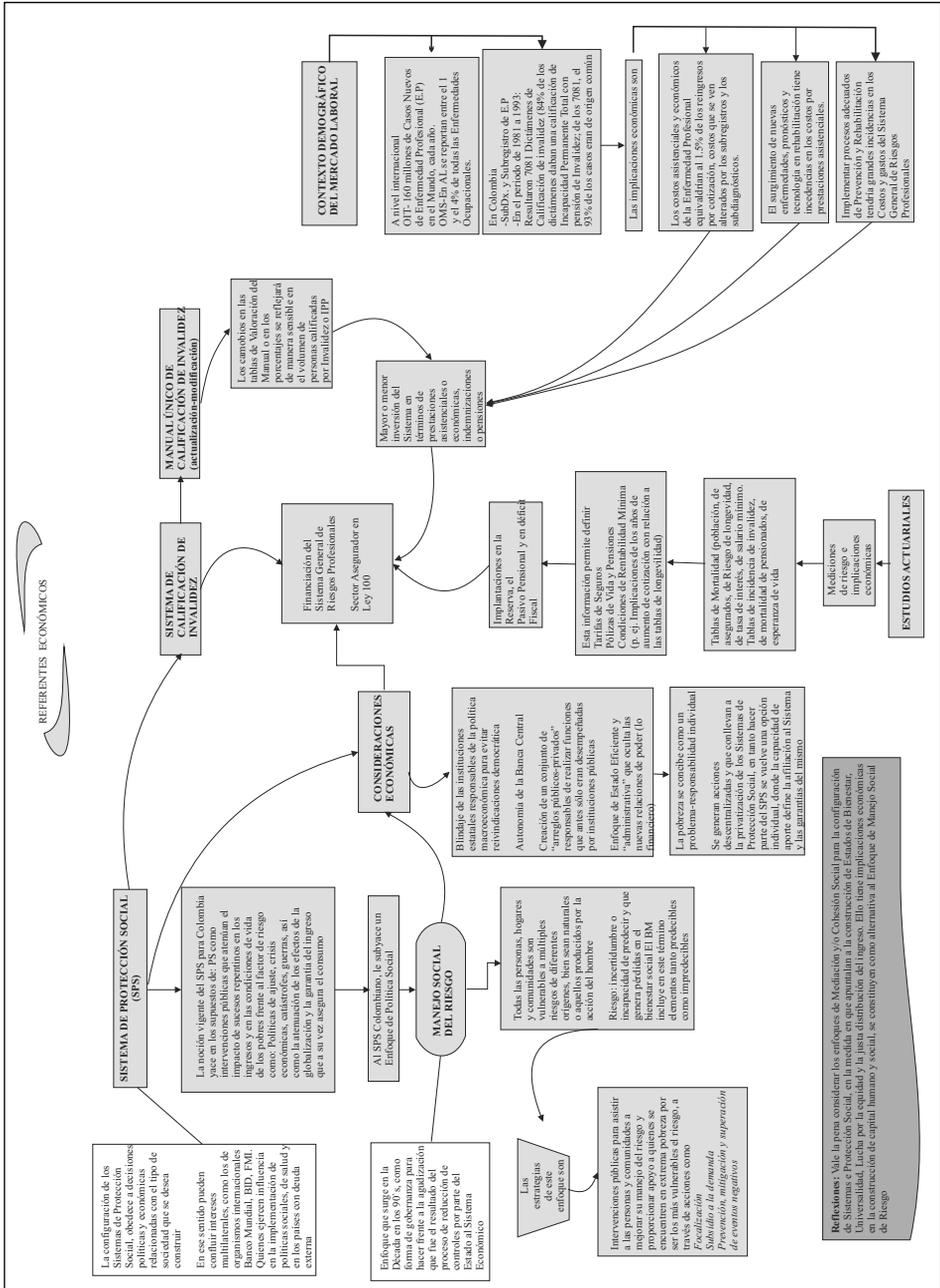
La protección social sustentada en los derechos universales, debe extenderse a políticas de desarrollo del capital humano y de prevención de riesgos para todas las personas. Las políticas sociales deben contribuir a que la sociedad supere sus indefensiones y reduzca las inseguridades que atemorizan a sus miembros según su vulnerabilidad. Esto implica abordar

medidas anticipatorias y correctivas en las áreas de inversión social para fortalecer el capital humano y social, de seguridad social asociada con la heterogeneidad del mundo del trabajo, y de creación de redes de protección o paliativas cuando éstas no existen (CEPAL, 2006).

La seguridad social no debe considerarse una simple y llana retribución del trabajo, no es una reivindicación exclusiva para quienes hacen parte del mercado laboral formal. Con estrategias adecuadas, la mejor financiación para un sistema de protección social es el énfasis en la prevención, a través de mecanismos, no solo de promoción y atención oportuna en los servicios de salud, sino de resolución integral del grave conflicto social y armado que vive hoy Colombia y que genera importantes costos a nivel de seguridad individual. La seguridad social se debe regir bajo el principio de integralidad a través de acciones debidamente coordinadas entre los sectores de empleo, salud, educación, vivienda y recreación tanto en el sector rural como en el urbano, de manera que permita elevar la calidad de vida de la población en su conjunto.

A continuación se presenta un gráfico apreciativo de los antecedentes en materia económica y política para el proceso de actualización del nuevo manual:

Gráfico 1.2 Referentes económicos*



*Fuente: (Rubio; 2009).

1.2.5 DIMENSIONES ÉTICAS DE LOS PROCESOS DE CALIFICACIÓN Y VALORACIÓN HUMANA

Analizar las dimensiones éticas alrededor del proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral u ocupacional de un ser humano, es pertinente en la medida en que cuando se determina una forma de calificación se ven implicados conceptos de justicia, dignidad y reconocimiento de la diversidad. Así pues, los procesos de calificación comprenden en su seno una perspectiva sobre lo humano, y por ende una dimensión ética.

La palabra ética proviene del latín (*êthos*) que significa “carácter”. La ética se ubica en el campo de la razón práctica, y tiene como objeto analizar los actos que el hombre realiza de modo consciente y libre. La ética se ocupa de los actos humanos en tanto éstos nos perfeccionan. La otra dimensión de la razón práctica es la técnica, del griego (*téchne*) que significa arte, se asume como un procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos, que tienen como objetivo obtener un resultado determinado, ya sea en el campo de la ciencia, de la tecnología, del trabajo, de la educación o en cualquier otro campo de la actividad humana. Según Scala (2004) no debería haber contradicción entre ética y técnica porque las dos se derivan del campo de la razón práctica. No obstante, la realidad humana da muestras de lo contrario, por ejemplo la creación de armas (técnica) frente a su uso para hacer daño a otros seres humanos (ética). Estas disparidades se explican cuando la razón invocada para una acción técnica contradice el fin o propósito último.

Esta diferencia entre técnica y ética se aplica para distintos espacios de la vida y la actividad humana, uno de ellos es el campo de la salud y más específicamente el campo de la calificación o valoración de daños corporales, en tanto pese a los procedimientos instaurados para adelantar dicha valoración, se generan los conflictos éticos alrededor de la misma. Según Segura (2009) los tribunales de ética médica están manejando un sinnúmero de quejas continuamente relacionadas con los procesos de calificación a través del Decreto 917 de 1999.

Ahora bien, para abordar la cuestión ética en los procesos de valoración y calificación humana, que como se sabe se encuentran inscritos en un determinado sistema de seguridad social en salud o de protección social, se van a presentar dos dimensiones de la reflexión ética. La primera corresponde al campo de las macro-relaciones y decisiones políticas y económicas que influyen en el campo de la seguridad social y son susceptibles de ser cuestionadas, cuando los intereses políticos o económicos atentan contra los

derechos humanos, lo que se traduce en un problema ético. Y por otra parte se presentarán reflexiones éticas en el campo de la práctica pericial de los profesionales de la salud cuando realizan un proceso de calificación a partir de baremos.

1.2.5.1 La ética en el campo de las relaciones políticas dentro de los sistemas de seguridad social

Las implicaciones sobre la calificación de la discapacidad, o de la pérdida de capacidad laboral u ocupacional, no deben ser vistas solo en el plano individual, es decir entendiéndola como una calificación que atañe solo al sujeto que es calificado, o a los agentes que solicitaron la calificación. Según Barton (1998) la calificación implica también dejar reflexiones que cuestionen las estructuras sociales, económicas, educativas y políticas alrededor de las cuales se gesta una determinada estructura de calificación, y además se tramitan los resultados de la misma con implicaciones políticas o económicas.

Esta clase de relaciones económicas o políticas que se entretajan en la sociedad, son muy bien descritas como relaciones de poder. Foucault (1992, p. 169) afirma que *“no hay un poder sino que, dentro de una sociedad, existen relaciones de poder extraordinariamente numerosas y múltiples, colocadas en diferentes niveles, apoyándose unas sobre las otras y cuestionándose mutuamente”*. Desde esta perspectiva en el interior de las relaciones de poder se ejercen todas las formas y prácticas sociales. Los sujetos no son ajenos a esa estructura y a estas relaciones; y los procedimientos de valoración o calificación humana para determinar niveles de discapacidad o pérdida de capacidad laboral u ocupacional responden a determinados dispositivos de control y poder en los que el cuerpo humano es objeto. Para comprender este concepto, según Foucault, el cuerpo se encuentra sumergido en un campo político en donde establece relaciones con otros cuerpos, que se traducen a su vez en relaciones de poder. Por ejemplo, el cuerpo en el campo de las relaciones laborales ha sido visto y valorado como instrumento productivo. En otras palabras el cuerpo se encuentra inmerso en una “sociedad disciplinaria”, cuya norma de rendimiento está trazada por la observación y demarcación de los cuerpos.

Según Foucault, el cuerpo desde lo más individual representa un micro-poder, que entra en relación con otros micro-poderes, que se manifiestan en diversos campos, por ejemplo en el campo social, económico, político, religioso o cultural. De tales relaciones de los micropoderes, resulta la creación

de normas, contratos, convenios, acuerdos, formas de propiedad, y en general, diversos dispositivos que involucran al cuerpo (Montua, 2005). Para el caso colombiano, un ejemplo de ello es el Decreto 917 de 1999 que justamente se encuentra en proceso de actualización.

El estudio del poder en Michel Foucault es comparable con el conocimiento que la ciencia médica ha adquirido sobre el cuerpo; por ejemplo, en un comienzo el hombre empezó a obtener conocimiento del cuerpo de sus partes más visibles: cabeza, tronco y extremidades; más adelante, entró en mayor profundidad identificando diferentes sistemas: sistema óseo, muscular, nervioso, respiratorio, circulatorio etc., y los avances han continuado hasta el punto de poder analizar toda la información a nivel celular. Este conocimiento se constituye como una forma de “saber” sobre el cuerpo. Según Foucault (1985, p. 141) “*el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone*” de allí que la relación entre saber y poder es consustancial.

“En efecto, desde el siglo XVIII, los dispositivos de poder y de saber tienen en cuenta los *procesos de la vida* y la posibilidad de controlarlos y modificarlos. El hombre occidental aprende poco a poco lo que significa ser una especie viviente en un mundo viviente, tener un cuerpo, condiciones de existencia, probabilidades de vida, una salud individual y colectiva, fuerzas que se pueden modificar” (Foucault, 1993, p. 187).

En el marco de las relaciones estratégicas de poder, Foucault advierte sobre las “tecnologías gubernamentales”, es decir la unión de las prácticas por las cuales se puede “constituir, definir, organizar, instrumentalizar las relaciones que los sujetos pueden tener los unos en relación con los otros.” Las tecnologías gubernamentales juegan un papel central en las relaciones de poder, porque es a través de ellas que los juegos estratégicos de poder se cristalizan. Por ejemplo, alrededor de la calificación humana hay un sistema de relaciones que involucra a la sociedad civil, a las entidades de gobierno, al sector privado y financiero, al sector de la salud y el aseguramiento, entre otros. Así pues, en el marco del proceso de actualización del Decreto 917 de 1999, entendiéndolo como una tecnología gubernamental, ha sido posible evidenciar en los espacios de debate público, la defensa de los intereses de los sectores involucrados en la construcción de dicha tecnología, cuyo contenido cristaliza las relaciones entre los actores antes mencionados.

“Para el caso de la discapacidad, y del uso del Decreto 917 de 1999, una persona que sufre una limitación entra en un proceso progresivo de desafiliación, de exclusión, de dificultad para incorporarse al mercado laboral y entonces

ingresa en una condición de vulnerabilidad, donde el debate debe traspasar las fronteras del quien *paga* y hasta donde *paga*” (Hernández, 2009).

Los presupuestos económico-políticos han constituido históricamente dispositivos de medición en el terreno de las prácticas corporales. El resultado de dicha medición ha tenido efectos sobre los intereses económicos, por lo que es imperativo que los procesos de calificación sean lo más imparciales, neutros, pero además justos y equitativos posibles.

Como afirma Lazzarato (2000) es necesario concebir una nueva ontología que parta del cuerpo y de sus potencias para pensar el “sujeto político como un sujeto ético”, contra la tradición del pensamiento occidental que lo piensa exclusivamente bajo la forma del “sujeto de derecho”. Desde esta noción, la ética y el derecho adquieren un carácter vinculante que se debe ver materializado en leyes o en políticas estatales, ya que si las normas jurídicas como expresión del derecho, no son corresponsables con la ética, se extendería la injusticia a toda la sociedad. Si los manuales o baremos de calificación se asumen desde una perspectiva sociológica como dispositivos de poder y saber que definen un determinado estado de los sujetos, es necesario considerar las dimensiones éticas de tales procesos de valoración, evitando así fenómenos como el sesgo. En la práctica pericial médica, los profesionales de la salud tienen que saber que lo que la ley y los sistemas de justicia esperan de ellos no es que dictaminen a favor de una u otra parte, sino que proporcionen una información sólida y veraz sobre la materia de su competencia para ilustrar a los juristas quienes, a su vez, deben formar al respecto su propio criterio.

1.2.5.2 Consideraciones éticas en la aplicación de manuales de calificación

Las reflexiones sobre la búsqueda del mejor valor posible para una situación, son en esencia reflexiones éticas. Cuando se reflexiona sobre cuáles valores están involucrados en la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional o por qué se usan términos como minusvalía o invalidez para determinar una condición jurídica, es necesario identificar ¿Qué sistemas de valores están implícitos allí? ¿Por qué están esos? ¿Cómo se han construido? ¿Cuáles serían las confrontaciones o los dilemas de estos sistemas de valores, en el campo de la discapacidad? Los sistemas de valores pueden diferenciarse por ejemplo cuando se califica el impacto de la discapacidad, desde una perspectiva aparentemente técnica y neutral, o cuando se valora la misma discapacidad desde quien la vive en primera persona, o desde la familia del sujeto con discapacidad, o desde la empresa en la que laboraba dicho

sujeto. Ello pone en evidencia que sobre un mismo elemento, en este caso la discapacidad, hay distintos actores involucrados con sistemas de valores claramente diferenciados (Hernández, 2009).

Si el proceso de actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez implica llevarlo a que exprese de manera más clara una posición de reivindicación, de inclusión, de reconocimiento de las diferencias y diversidades de la condición humana, pues no es posible eludir el debate ético que está detrás de esto que aparentemente es solo técnico. Por ende es indispensable considerar la constelación de los valores morales, éticos o jurídicos propios del proceso de calificación.

En un campo tan complejo como el de la calificación pueden encontrarse diversos discursos, todos ellos con una fundamentación ética, que generan diferencias claras en los resultados de la calificación. Como afirma Segura (2009) desde hace unos meses han crecido las quejas de los usuarios contra los médicos que hacen calificación de invalidez, y esas quejas que antes no prosperaban, que no llegaban a ninguna formulación de cargos y mucho menos a una sanción, hoy están prosperando y están siendo objeto de profundos debates en los diferentes tribunales de ética médica. La disparidad ética sobre un proceso como el de la calificación, puede estar dada, por varias razones, una de ellas es la dificultad de contar con un lenguaje común a los diversos actores que hacen parte del proceso (abogados, jueces, médicos, terapeutas, y los mismos usuarios). Si bien desde las reflexiones éticas se puede reconocer la variedad de esquemas de interpretación de la realidad, es necesario reconocer las diferencias entre el lenguaje científico y el lenguaje jurídico, y establecer consensos para el uso de un mínimo lenguaje común e inteligible que sea lo suficientemente rico y claro para todos los actores involucrados.

Los consensos éticos en el campo de la salud pueden generar tensiones, no obstante el consenso ético es un ejercicio lúcido de responsabilidad que se traduce en una práctica profesional responsable y coherente. Los consensos éticos no pueden ser procesos mediáticos de uniformización o instrumentalización del deber ser. El consenso ético debe ser el producto de las actuaciones y reflexiones críticas de los profesionales de la salud que se constituyen como sujetos racionales. En el campo de la calificación y la valoración humana, el ejercicio interdisciplinario es indispensable y el consenso entre los profesionales que participan también lo es. Según Scala (2003) el consenso solo es posible cuando cada profesional es consciente de los límites y márgenes de su disciplina; así, frente a la pluralidad de interpretaciones de un mismo hecho es necesario analizar la legitimidad de

cada una de ellas y su correspondencia con el caso real, la neutralidad para el consenso solo es posible si la personas toman un distanciamiento afectivo y emotivo respecto de la situación.

La práctica pericial debe ser un ejercicio que conjugue el pensar técnico-instrumental y el pensar meditativo, no obstante como afirma Torralba (2002) estamos enraizados en una ética eminentemente pragmática, operativa y consensual donde las consideraciones sobre la esencia de lo humano, quedan relegadas en un segundo plano. Sin embargo a esta suerte de ética aplicada, le subyace también una determinada noción o cosmovisión ontológica. En cualquier caso, la ética aplicada a la vida humana, es lo que se conoce como bioética. Con expresiones y fórmulas diversas, la comunidad médica ha sentido la necesidad de hacer explícitos algunos principios o valores éticos fundamentales que orientan el ejercicio de la profesión. Tenemos así, por ejemplo, el Juramento Hipocrático, el Código Internacional de Ética Médica y numerosas declaraciones promulgadas por organismos internacionales, que se traducen en códigos deontológicos que sirven a la vez como sistemas de referencia ética. Los códigos más conocidos son:

- El Juramento Hipocrático es el código deontológico profesional, más antiguo y universal. La Asociación Médica Mundial actualizó el juramento en 1948 que se conoció como Juramento de Fidelidad Profesional. Revisado posteriormente en Sidney en 1968.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que se aprobó en octubre de 2005, durante la Conferencia General de la UNESCO.
- Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional. Comisión Internacional de Salud Ocupacional, 2002.

Varios de estos códigos tienen en común los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La máxima expresión del principio de autonomía en el ámbito sanitario, es el consentimiento informado que constituye un derecho de la persona y un deber del profesional de la salud, pues el objetivo es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente. El principio de beneficencia corresponde a la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios; el principio de no maleficencia corresponde al hecho de abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. Finalmente el principio de justicia es de vital importancia en el campo pericial, ya que supone el trato igualitario y la imparcialidad. Este tipo de ética deontología o ética del deber que tiene en

Kant su mayor representante, se puede considerar como un sistema de valores típicamente organizado y explícito que puede hacer parte de la normativa del orden jurídico de cualquier país y que se convierte en un referente de valores ineludibles.

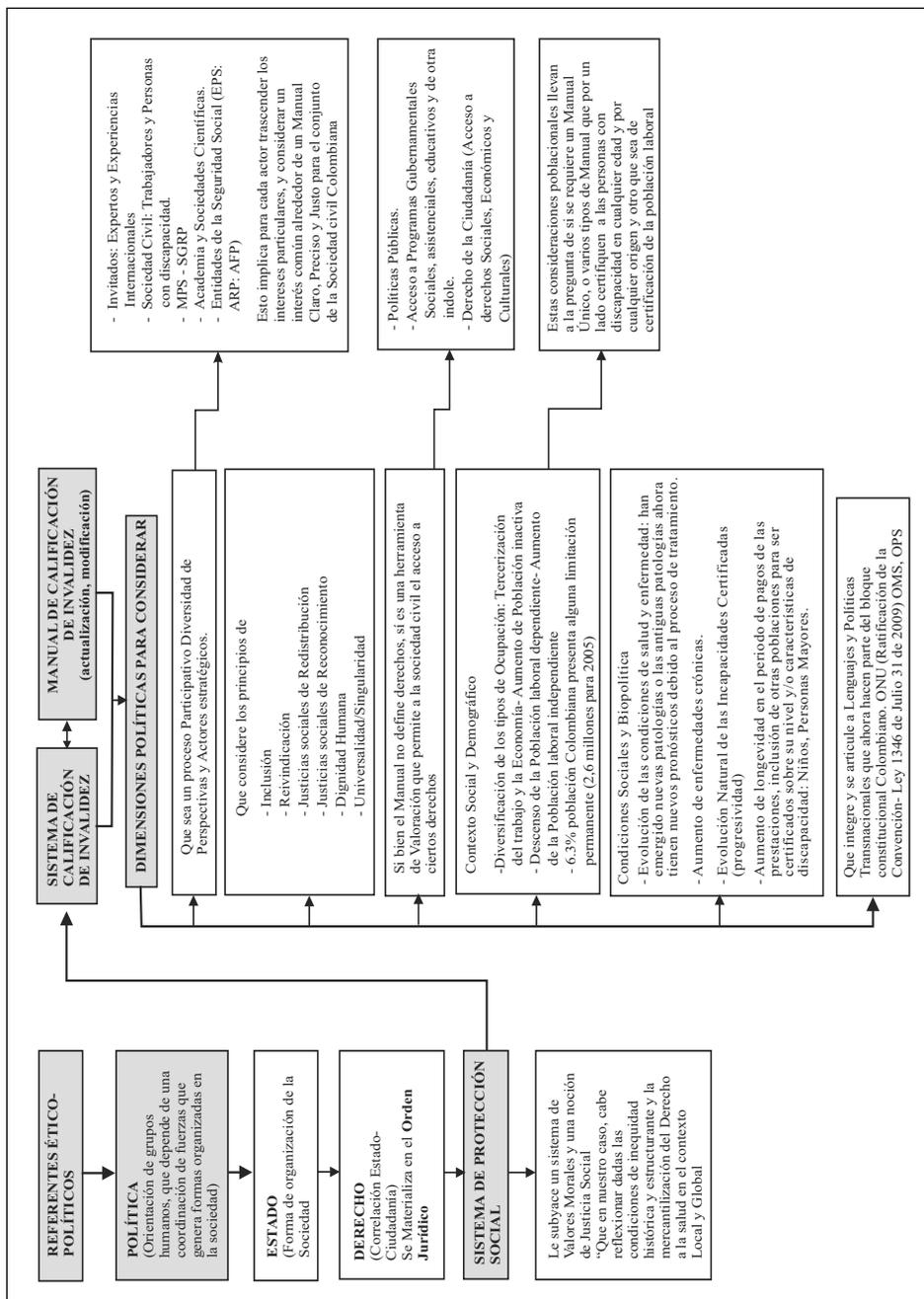
Los procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral se constituyen como un acto médico. De modo tal que se pueden evidenciar los aspectos deontológicos de la peritación del daño a la salud como son: el consentimiento informado del trabajador, confidencialidad, el derecho a la intimidad, el respeto a la dignidad de la persona, el deber de independencia e imparcialidad, independientemente del actor del sistema que represente (Velandia, 2009).

Se debe tener en cuenta que:

- “El evaluador no juzga, ni decide, ni defiende, ni acusa, solo usa su experto con objetividad e independencia”.
- “Se debe presumir la buena fe del evaluador y del evaluado, pero se debe estar alerta ante la ganancia secundaria”.
- “El baremo es solo un instrumento, el evaluador es quien tiene la responsabilidad de saberlo utilizar bien con criterios técnicos y éticos”.

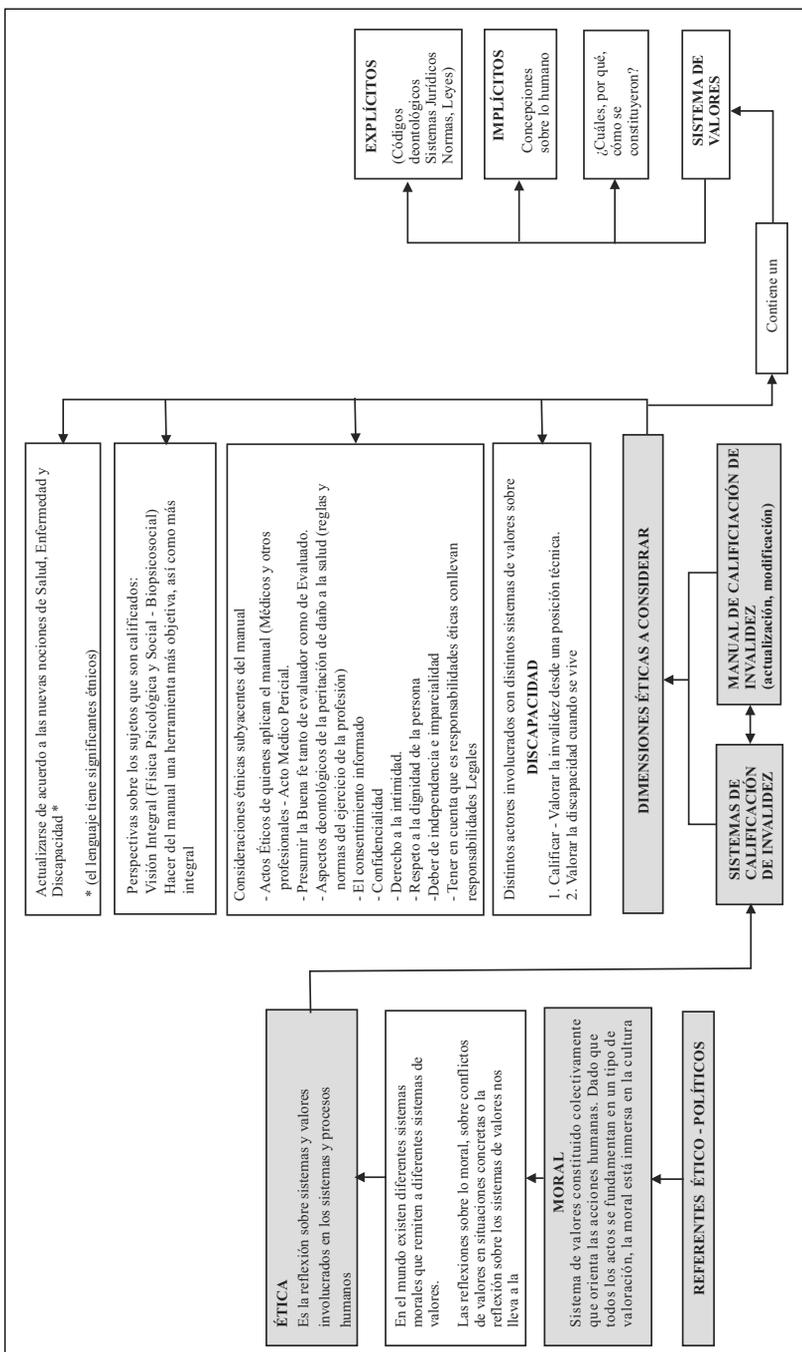
La actividad pericial médica es una parte del ejercicio profesional de la medicina y, en consecuencia, se halla sujeta a la normativa y principios éticos que son aplicables a los médicos (Escario, 2009). Pese a ello, se aprecia en nuestro país un escaso interés por los problemas éticos de tal actividad, lo cual se traduce en una escasa orientación y regulación legal, ética y profesional de los numerosos, frecuentes e importantes problemas que pueden surgir en este terreno. Y son, precisamente, los valores éticos del propio perito la mejor forma de garantizar una escrupulosa actuación pericial, evitando errores, sesgos, vulneraciones de confidencialidad o actuaciones que se alejan de los estándares de calidad exigibles dentro de la medicina moderna. Como afirma Segura (2009) el Ministerio de la Protección Social, ha dejado claramente sentado que la calificación de origen y la pérdida de capacidad laboral es un derecho de todos los colombianos para acceder a las prestaciones económicas y existenciales establecidas en el sistema, y este derecho se correlaciona de manera directa con las entidades encargadas de brindar este servicio de manera ética, precisa, clara y justa.

Gráfico 1.3 Referentes ético-políticos*



* Fuente: (Rubio, 2009)

Gráfico 1.4 Referentes éticos*



*Fuente: (Rubio; 2009)

2. MUCI EN CIFRAS: LA MAGNITUD DEL USO, SUS PRESENTES Y FUTUROS USUARIOS

Para adelantar el proceso de actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez (MUCI), es necesario inscribir este proceso en un contexto político que permita analizar los datos estadísticos y demográficos sobre el comportamiento de los diferentes actores que hacen parte del sistema de calificación, y del sistema mismo de protección social. Estos criterios demográficos pueden dar luces sobre las nuevas realidades del campo laboral colombiano y las nuevas necesidades, poblaciones y perspectivas que debe asumir el MUCI actualizado.

2.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO SITUACIONAL

El Decreto 917 de 1999 ha sido empleado en la última década para calificar a población que no necesariamente es trabajadora y mucho menos que hace parte del sector formal de la economía. De hecho el 90% de las evaluaciones sobre la calificación de la invalidez tienen que ver con origen común y solo el 33% son procesos relacionados con calificación de origen profesional. El sistema de protección social colombiano ha demandado nuevas necesidades de aplicación del manual, que se ha utilizado en la última década con poblaciones menores de edad, personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de desplazamiento, entre otras, con el objetivo de lograr ser certificados para el acceso a programas de beneficio social. Razones por las cuales la ciudadanía en general se hace usuaria potencial del manual de calificación. Por esta razón es necesario remirar las cifras demográficas con relación a otras realidades de la población colombiana:

2.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Según la Organización Panamericana de la Salud (2002), Colombia experimenta los cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición tales como envejecimiento de la población, descenso de las tasas de fecundidad y rápida urbanización. La fecundidad pasó de 7 hijos por mujer en 1950-1955 a 2,7 hijos por mujer en 1995-2000. El 71% de la población es urbana con la consecuente saturación en el acceso a los servicios básicos de las ciudades. La esperanza de vida al nacer para el año 2009 se calcula en 72 años: para los hombres es de 70.7 años y para el caso de las mujeres es de 77.5 años. La tasa bruta de natalidad para el mismo año es de 1986 por cada 100.000 habitantes y la tasa bruta de mortalidad es de 581 por cada 100.000 habitantes. Un problema importante es el subregistro de la mortalidad.

Sobre la situación de pobreza encontramos que en 1998, el 51.47% de la población estaba bajo la línea de pobreza y en el año 1999 se situó en 55%. La equidad en la distribución del ingreso de acuerdo al índice de GINI se incrementa a 0.55 reflejando una mayor inequidad entre 1998 y 1999. El Índice de Desarrollo Humano de Colombia es de 0,85 y el Índice de Desarrollo Relativo al Género es 0,75, según las cifras oficiales del DNP publicadas para el año 2002 (OPS, 2002)

Respecto a la situación de desplazamiento, según la OPS (2002) en los últimos tres años unas 580.000 personas fueron desplazadas por la violencia. Para septiembre del 2008, según cifras del Registro Único de Población Desplazada (RUPD), la población en situación de desplazamiento ascendía a los 3.226.442

El programa de Acción Social de la Presidencia de la República define como una persona en situación de desplazamiento a

“toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su lugar de residencia y actividades habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertades personales han sido vulneradas o se encuentran amenazadas por alguna de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios tensiones interiores, violencia generalizada, violación masivas a los derechos humanos, infracciones al DIH u otras circunstancias emanadas de estas situaciones que puedan alterar drásticamente el orden público”.

Según datos de la OPS (2002) los campesinos son los más afectados por la situación de desplazamiento; el 82% de los desplazados proviene de zonas

rurales y del total de la población rural desplazada, el 46% de los hogares tenía alguna posesión de tierra y el 18% eran jornaleros o trabajadores independientes. En el contexto del conflicto armado que desde hace décadas vive el país, el desplazamiento forzado es una expresión de la crisis humanitaria, del limitado acceso a servicios básicos como alojamiento, agua potable, salud y programas de apoyo o reinserción social, así como de la fragilidad de los derechos fundamentales y de las instancias judiciales para hacerlos valer. La población desplazada vive en condiciones de fragilidad con respuestas de poco impacto frente al problema. Por tanto, las disparidades en educación, servicios básicos y empleo entre las zonas rural y urbana; las desigualdades de género y la violencia, tanto política como social (con secuelas de traumatismos y homicidios) se citan entre los principales problemas que influyen en el desempeño de los servicios de salud. Profamilia (2001) plantea que las mujeres desplazadas se embarazan el doble (8%) de la tasa nacional (4.7%), siendo el 55% embarazos no deseados, haciendo muy significativa la tasa de embarazo entre adolescentes desplazadas.

La población que se encuentra en situación de desplazamiento y además en condición de discapacidad, asciende a los 31.491 (RUPD, 2008). Población que es potencial usuaria del nuevo MUCI, en tanto éste se utiliza para certificar la situación de discapacidad como requisito para el acceso a programas sociales de gobierno.

Respecto a los grupos étnicos, Colombia es un país pluricultural y multiétnico, pues en su territorio subsisten ochenta y un grupos indígenas diferentes además de tres grupos afroamericanos. Las últimas cifras oficiales indican que la población indígena de Colombia es de 574,482 habitantes y la población negra posee un total de 502,343 habitantes. (OPS, 2002).

2.1.2 FUERZA LABORAL

Según el Decreto 917 de 1999, en su artículo primero sobre campo de aplicación, el MUCI se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general. En ese sentido, la población colombiana para el año 2005 llegaba a los 43.683.000 habitantes, de los cuales el 50.6% son hombres y el 49.4% mujeres. De este total, la población en edad de trabajar representa el 78.2%, y de este porcentaje la población económicamente activa corresponde al 61.1% (20.872.000 personas).

Aquí vale la pena aclarar el concepto de población económicamente activa (PEA). La PEA es la parte de la población total que participa en la producción económica. En la práctica, para fines estadísticos, se contabiliza en la PEA a todas las personas mayores de cierta edad (15 años, por ejemplo) que tienen empleo o que, no teniéndolo, están buscándolo o a la espera de alguno. Ello excluye a los pensionados y jubilados, a las amas de casa, estudiantes y rentistas, así como, por supuesto, a los menores de edad. Cuando se calcula el porcentaje entre la PEA y la población total se obtiene la tasa de actividad general de un país. Para el caso colombiano, la tasa de participación, es decir, la relación entre la PEA y el total de población en edad de trabajar (PEA/PET) es de 61.1% para el año 2009.

La población económicamente inactiva (PEI) se define como el grupo de personas que mayores de cierta edad (por ejemplo 12 años o más) que la semana anterior a la entrevista no se encontraba ocupada, ni en situación de desocupación abierta, pero que declararon estar dispuestas a trabajar en forma inmediata, aun cuando no lo buscaron activamente en los meses anteriores al periodo de referencia, por razones atribuibles al mercado de trabajo. En Colombia esta población representa el 38.9% (13.276.000 personas) para el 2009.

Cuando un país tiene altas tasas de crecimiento demográfico la tasa de actividad suele ser baja, pues existe un alto número de menores de edad y estudiantes con relación al total. Ello ocurre frecuentemente en los países menos desarrollados, como producto de la llamada transición demográfica, constituyéndose en una traba para alcanzar un mayor crecimiento económico, pues las personas que laboran tienen que producir—directa o indirectamente—para un gran número de personas que no generan bienes.

En el marco de la población económicamente activa, hay una categoría importante, la población ocupada (O), que hace referencia a la población que tiene un empleo, sea éste remunerado o no. Si a la población ocupada se le suma la desocupada (población desempleada que busca trabajo), se obtiene el total de la población económicamente activa o fuerza de trabajo. En Colombia el porcentaje de población ocupada es del 88.6% (18.503.000 personas) y el de población desocupada (D) alcanza el 11.4%. (2.369.000) en el año 2009.

La tasa de ocupación es el porcentaje de población ocupada con relación a la población económicamente activa (O/PEA). En Colombia la tasa de ocupación es de 54.2% en el año 2009, y la tasa de desempleo (D/PEA) corresponde al 11.4%. La información anterior puede verse resumida en el siguiente cuadro

Cuadro 2.1.1 Población económicamente activa*

	Cifras a junio de 2008	Cifras a junio de 2009	Variación anual
Población total	43.174.000	43.683.000	509
Población en edad de trabajar	33.586.000	34.148.000	562
Población económicamente activa	19.206.000	20.872.000	1.666
Ocupados	17.057.000	18.503.000	1.466
Desocupados	2.150.000	2.369.000	220
Inactivos	14.380.000	13.270.000	-1.104

*Fuente: DANE. Encuesta integrada de hogares a junio de 2009. Cálculos: ANDI en Velandia (2009).

Dentro de la población ocupada se encuentran las siguientes categorías:

Cuadro 2.1.2 Estadísticas sobre población ocupada*

	Cantidad de población ocupación	Porcentaje de población ocupada*	Porcentaje de afiliación al SGRP*
Empleador, patrón, familiar sin remuneración, otros	1.872.000	10.1%	-
Obreros, empleados y servicio doméstico	7.968.000	43.1%	83.2%
Ocupados por cuenta propia o independientes	7.831.000	42.4%	2.2%
Jornalero o peón	826.000	4.5%	-

*Fuente: DANE. Encuesta continua de hogares a junio de 2009 (con ajuste CENSO – 2005). Cálculos: Fasescolda en Velandia (2009).

Es claro que ha aumentado la población económicamente activa, han aumentado los ocupados comparando con años anteriores (17.057.000 en el 2008), han aumentado los puestos de trabajo, pero aumentan mucho más las personas que salen a buscar trabajo, por ejemplo el porcentaje de los inactivos decreció, mientras que el porcentaje de los que han pasado a buscar trabajo aumentó. Muchos de los inactivos, que no tenían intención de trabajar, empiezan a buscar trabajo porque aumentan las necesidades laborales, lo que se ve reflejado en el aumento de la tasa de desempleo con relación a años anteriores. De 14.380.000 inactivos en el 2008, pasaron a ser 13.276.000 en

2009, mientras que de 2.150.000 desocupados en 2008 pasaron a ser 2.369.000 en 2009. (Velandia, 2009).

Con el aumento de la población ocupada se hace también evidente que las nuevas ocupaciones o trabajos son de naturaleza independiente, lo que muestra una clara tendencia a la modificación de las relaciones contractuales. Se evidencia además que los trabajadores independientes tienen un bajo nivel de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales.

Con relación al sector informal de la economía, según la OPS (2002) en el año 2000 el empleo informal representó el 54,9% del empleo total (el 54,6% eran hombres y 45,4% mujeres), con un predominio de la economía informal de subsistencia. La producción de bienes y servicios del sector informal está destinada principalmente al consumo interno. Tres cuartas partes de la actividad informal se concentra en los sectores comerciales y de servicios. El empleo temporal también es un fenómeno que ha venido aumentando en los últimos años.

Respecto a las cifras de la situación laboral de las personas con discapacidad, según el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (2010) la participación en el mercado laboral no es alta en la población con discapacidad, las personas en edad de trabajar (de 10 años o más) son el 92,4% de este grupo poblacional. De este grupo, el 15,5% trabaja (22,0% de los hombres frente a un 9,8% de las mujeres); el 4,4% busca trabajo (el 6,1% de los hombres frente a un 3,0% de las mujeres). Aquí no es posible especificar si el tipo de trabajo desempeñado es formal o informal. El 80,0% de las personas con 10 años o más son población económicamente inactiva, no está trabajando ni buscando trabajo, es decir, 665.950 personas. A nivel normativo, el Auto 006 de 2009 de la Corte Constitucional afirma que se han identificado obstáculos legales para la oportunidad laboral de las personas con discapacidad. Estos obstáculos se identificaron en el artículo 26 de la Ley 361 de 1997¹⁶, y algunos artículos del Código Civil.

¹⁶ Artículo 26 de la Ley 361 de 1997: en ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Asimismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de trabajo. No obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado por razón de su limitación, sin el cumplimiento del requisito previsto en el inciso anterior, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta días del salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo

Es importante considerar cómo las formas emergentes de trabajo, como el fenómeno de tercerización laboral, el trabajo por horas, la creciente economía informal y las nuevas relaciones contractuales, determinan también las condiciones de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y más allá, sus posibilidades de financiamiento. Para desglosar mejor esta afirmación es necesario comprender la estructura y funcionamiento del sistema de salud colombiano.

2.1.3 SITUACIÓN DE SALUD

En el marco de este sistema es preciso ahora analizar las cifras de la situación de salud de los colombianos:

- **Prevalencia de enfermedades:** las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar en Colombia. El tercer y cuarto lugar en causas de muerte, lo ocupan respectivamente las neoplasias y las enfermedades transmisibles (OPS, 2002).
- **Afecciones del período perinatal:** las tasas de afección durante el periodo perinatal se han calculado teniendo en cuenta los nacimientos proyectados para cada uno de los años. Esta tasa muestra un comportamiento disímil pasando de 4,8 por 1000 nacidos vivos en 1995 a 2,4 en 1996, y aumentando a 5,5 y 7,5 por 1.000 en 1997 y 1998 respectivamente (OPS, 2002).
- **Tuberculosis:** considerada como un problema de salud pública en el país. Su recrudecimiento se relaciona con el incremento de la pobreza y de poblaciones marginales, el aumento de migraciones, la debilidad de los programas de control, las dificultades en acceso a servicios y la escasa educación. En Colombia, hubo un descenso permanente de 1970 (58,6 casos por 100.000 habitantes) a 1999 (26,5). En los últimos 3 años, la tuberculosis aumentó, muy probablemente debido a mejoras en el Programa Nacional que se tradujeron en incremento en la búsqueda de sospechosos y en la detección de casos positivos. En 1999 la información sobre zonas del país que abarcan el 31% de la población, mostró un porcentaje de curación del 66,2% y un porcentaje de tratamientos exitosos del 78% (OPS, 2002).
- **Lepra:** es política nacional eliminar la lepra como problema de salud pública. La prevalencia activa en el año 2000 es de 0,5 por 10.000 habitantes (2.124

con el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo modifiquen, adicionen, complementen o aclaren.

casos). Aunque este indicador se encuentra dentro del parámetro mundial de eliminación en el año 2000, los departamentos de Cesar, Santander, Huila y Norte de Santander presentaron prevalencias superiores a 1 caso por cada 10.000 habitantes. Si bien se ha alcanzado una reducción en el número de casos, el porcentaje de casos nuevos con discapacidad por diagnósticos tardíos ha ido aumentando (OPS, 2002).

- **Desnutrición crónica o retardo en el crecimiento:** su prevalencia fue de 13,5% entre menores de 5 años (OPS, 2002).
- **EDA e IRA:** la prevalencia de enfermedades en este grupo estuvo en 13,9% para EDA y en 12,6% para IRA en menores de cinco años. El número de defunciones diarias en niños menores de 5 años es de 30, representando las IRA's el 14% de la causa de muerte. La neumonía es la primera causa de hospitalización y muerte; la primera causa de egreso hospitalario en menores de un año y en niños de 1-4 años con un 20,1% y 24,0%, respectivamente. Las Infecciones Respiratorias Agudas son un importante problema de salud pública y ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años. Siguen otras causas de morbilidad perinatal como la enteritis y otras enfermedades diarreicas en el grupo de menores de un año y de enteritis y bronquitis en el grupo de 1-4 años (OPS, 2002).
- **Enfermedades emergentes y re-emergentes:** en 1999 fueron confirmados 13 casos de cólera y ninguna defunción. Las ETV, malaria y dengue, constituyen en el país graves problemas de salud pública. Se estima que 85% de la población rural que habita en áreas situadas por debajo de los 1,800 mt. (entre 15 y 18 millones de personas) pueden adquirir malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla. El 65% de la población urbana tiene alta probabilidad de infección por dengue/FHD y se ha estimado que aproximadamente 8.000.000 de personas habitan en zonas de transmisión de la enfermedad de Chagas. En la última década el país reporta un promedio anual de 200.000 casos de malaria, aunque por cada caso registrado existen dos sin notificar. La malaria fue epidémica en 1998, con 240.000 casos confirmados, siendo el pico más alto en toda la historia del país. En el año 2000 se registraron 141,047 casos confirmados de malaria, para un aumento del 61% respecto al 1999. Este comportamiento es endémico desde la década de los noventa. El promedio anual de casos de dengue es 30.000. Sin embargo, en 1998 se notificaron 57.985 casos con 5.171 de dengue hemorrágico. La enfermedad muestra un patrón endemo-epidémico, dada la circulación simultánea de diferentes serotipos y los altos índices de infestación por *Aedes aegypti*. La leishmaniasis con un promedio anual de 6.000 casos es un problema de grandes proporciones y costos (OPS, 2002).

- **Sarampión, rubéola y otras ETV:** se notificaron 51 casos de sarampión en 1997; en 1998, 60 casos, y en 1999 se confirmaron 41. Un alto porcentaje de municipios tiene cobertura de vacunación con triple viral inferior al 95%. La rubéola presentó un comportamiento endemo-epidémico con tasas que oscilaron entre 18,4 y 36,7 por 100.000 habitantes, con dos grandes picos de la enfermedad en los años 1989 y 1994. En 1996, se notificaron 6.302 casos, con una tasa global de 17,1 por 100.000. Desde 1997 la incidencia de rubéola ha disminuido por efectos de la vacunación con triple viral. En el 2000 se identificaron brotes de rubéola en Bogotá, Norte de Santander y Nariño. La tasa de difteria ha ido disminuyendo con la vacuna DPT (OPS, 2002).
- **VIH/SIDA:** en Colombia se notifican la infección por VIH y el caso de SIDA, lo cual es una fortaleza para el seguimiento de la epidemia. Desde 1983 hasta abril de 1999 se reportaron 21.048 casos de infección por VIH/SIDA. De éstos, 11.381 corresponden a personas asintomáticas y 5.782 a personas con SIDA, para un total acumulado de 17.163 personas, de los cuales el 85% son hombres. En el mismo periodo se registraron 3.441 muertes por SIDA, el 90% hombres (OPS, 2002).
- **Consumo de sustancias psicoactivas:** la encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes estudiantes entre los 10 y los 24 años se realizó en el año 2001 en 27 capitales y tres municipios del país. El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los jóvenes. Tunja, y Bogotá son las ciudades del país donde se encuentra la mayor proporción de jóvenes consumidores y el mayor consumo se da entre los estudiantes universitarios y en los hombres. Los casos nuevos son más frecuentes entre las mujeres y los estudiantes de secundaria. El alto porcentaje de prevalencias de consumo corresponde a consumidores antiguos y pocos han iniciado el consumo de alcohol recientemente. El consumo de cigarrillo es mayor en ciudades del interior entre los jóvenes universitarios y la mayoría de casos nuevos se da entre los estudiantes de secundaria. La mayoría de consumidores son hombres. La edad más frecuente de inicio de consumo de alcohol y cigarrillo está entre los 10 y los 14 años, con un promedio de 13,7 años para el inicio del consumo de cigarrillo, y de 12,9 para el inicio del consumo de alcohol. La mayoría de jóvenes inicia el consumo de cigarrillo entre los 15 y los 19 años. La marihuana y la cocaína son las sustancias ilícitas de mayor consumo entre los jóvenes. Medellín y las ciudades del eje cafetero (Manizales, Armenia y Pereira) presentan el mayor consumo y el mayor número de jóvenes que las consumieron por primera vez en el último año. Cali es una de las ciudades con mayor consumo de cocaína en jóvenes. El consumo de marihuana y de cocaína es mayor en estudiantes universitarios masculinos, excepto en Arauca

con mayor consumo entre las mujeres. En general, el consumo de basuco y de inhalables es más frecuente en los estudiantes de secundaria que en los universitarios. Colombia es el primer productor mundial de cocaína y heroína. El área sembrada de coca asciende a 103,000 hectáreas y de amapola, a 9,000 hectáreas (OPS, 2002).

Con relación a cifras un poco más recientes, se cuenta con que el 6.35 de la población colombiana presenta alguna limitación permanente, es decir 2.6 millones en 2005 según fuente del DANE; donde predominan las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguidas de alteraciones a nivel del sistema nervioso, alteraciones a nivel visual, cardiorrespiratorio y defensas. Es importante aclarar que la presencia de una limitación permanente no necesariamente representa una discapacidad, ya que la aparición de esta última depende entre otros, de factores contextuales, sociales y ambientales.

Cuadro 2.1.3 Porcentaje de limitación permanente en la población colombiana

Estructuras o funciones corporales	Distribución
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	21%
Sistema nervioso	17%
Los ojos	17%
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	13%
Los oídos	8%
La voz y el habla	8%
Digestión, metabolismo y hormonas	7%
Sistema genital y reproductivo	3%
Piel	2%
Demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	2%
Otra	2%

*Fuente: DANE (2008).

2.1.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS Y SU IMPACTO EN LAS MEDIDAS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Los estudios estadísticos permiten determinar aspectos importantes del funcionamiento del SGSSS, y las implicaciones que su comportamiento conllevan para el sector económico y financiero en materia de sostenibilidad del sistema mismo. Antes de dilucidar en esta materia, es necesario

comprender primero la estructura general y de funcionamiento del sistema de salud colombiano.

2.1.4.1 Organización y estructura general del sistema de servicios de salud colombiano

La constitución de 1991 otorgó mayores poderes a los municipios y fortaleció el papel de los departamentos en el marco de un proceso de descentralización; además consideró la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio, coordinado y controlado por el Estado, que se desarrollará de forma descentralizada y por niveles de atención. El sistema se organiza según la Ley 10 de Municipalización de Salud de 1990, la Ley 60 que rige las competencias y los recursos disponibles para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Las Leyes 10, 60 y actualmente la Ley 715 de 2001 asignaron a los municipios la competencia operativa en la atención de salud en el primer nivel de atención, y a los gobiernos departamentales los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad. La Ley 100 modificó el sistema de provisión de servicios de salud, cambiando el subsidio a la oferta (otorgados a los productores de bienes y servicios) por el subsidio a la demanda (son subsidios que reducen lo que paga el usuario, por debajo del costo del bien o servicio), planteándose como meta para el año 2001 un aseguramiento de cobertura universal¹⁷.

La Ley 100 creó dos regímenes de afiliación: el *contributivo* y el *subsidiado*. Al subsidiado se afilia la población más pobre y vulnerable sin capacidad de pago. Las personas que no logran ser afiliadas a ninguno de

¹⁷ La Ley 100 trató de universalizar el servicio de salud mediante el subsidio a la demanda, en el sentido de que el subsidio llegaría a un conjunto más grande de la población objetivo, habida cuenta de que los estudios mostraban que el sistema anterior no cobijaba a toda la población colombiana, ya que el sistema anterior financiado por vía de la oferta condenaba a muerte en la práctica a las personas sin recursos con enfermedades de alto costo. Si bien, con el nuevo sistema la cobertura se ha ampliado, no se ha ampliado en las dimensiones que se pretendía ni con la calidad que se buscaba. Ello ha generado un deterioro importante en los servicios de salud, además de un recorte en la cobertura de beneficios, es decir aquellas enfermedades que en el pasado estaban cubiertas por el sistema de seguridad social, no fueron incluidas para cobijar al resto de la población. El hecho de haber dejado los parámetros del SGSSS sobre la base de los parámetros de eficiencia del mercado y no de eficiencia social ha conducido sin duda a un deterioro importante del servicio.

los regímenes por ausencia de los oferentes o falta de recursos se denominan *participantes no asegurados*, siendo responsabilidad de las alcaldías de cada municipio la prestación de servicios de salud a esta población. Los principios rectores del proceso son la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social. Para el régimen contributivo se crearon las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y para el subsidiado las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Una forma de ARS son las Empresas Solidarias de Salud que se formaron como asociaciones cooperativas. Las EPS y ARS planean, organizan y ejecutan las actividades necesarias para controlar las enfermedades y mantener la salud de la población asegurada. Ambas entidades y las Secretarías de Salud Municipal contratan a IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) y a ESE (Empresas Sociales del Estado, los antiguos hospitales públicos) para la prestación de servicios a los asegurados.

El nuevo sistema separó funciones de dirección (Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, direcciones departamentales y municipales), de financiamiento (Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA), de administración (EPS, ARS), de prestación de servicios (IPS, ESE), y de vigilancia y control (Superintendencia de Salud). El sistema prevé un Plan General de Beneficios que incluye, entre otros, un Plan de Atención Básica (PAB) y un Plan Obligatorio de Salud (POS). Los municipios se encargan de las actividades de promoción y prevención a nivel colectivo, para lo que desarrollan el Plan de Atención Básica (PAB), que incluye la vigilancia en salud pública, y diseñan un Plan Local de Salud para las acciones colectivas. Las EPS y las ARS están obligadas a ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento y, también, acciones de promoción y prevención individuales, definidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

Dentro de este régimen organizativo del SGSSS, la Ley 962 de 2005 denominada anti trámites, determina que son las Administradoras de Riesgos Profesionales, las Compañías de Seguros, los Fondos de Pensiones y las Entidades Promotoras de Salud la primera instancia en la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Según Jaramillo (2002) en la reforma de salud la conversión de los hospitales en ESE se hizo para habilitarlos en la competencia público-privada de las IPS. No obstante, la articulación de las EPS-ARS públicas fracasaron y las EPS-ARS generaron su propia red privada de servicios. Esto se debió en razón a que la sustitución de los subsidios de oferta por demanda se convirtió en la sustitución de la red pública por la red privada en la atención de la población

pobre (una de las razones por las cuales se dio la quiebra de hospitales como el San Juan de Dios). Así pues, con las reformas implementadas la red pública debería haber disminuido su tamaño en proporción a la sustitución de ésta por la red privada, pero por el contrario, la red pública se mantuvo intacta e incluso creció: el efecto ha sido la duplicación del costo para la atención de los pobres (vía oferta + vía demanda). Como prueba de ello, se encuentra subutilizado el 70% del Nivel I y el 40% del Nivel II en la red pública. Ante la sustitución rápida de las entidades públicas por las privadas en la atención de los subsidiados y la reducción de los recursos de oferta, los hospitales públicos entraron en riesgo de desfinanciación acelerada, y para neutralizar este proceso se introdujo la obligatoriedad de que las ARS contrataran al menos el 40% de su gasto con la red pública; ahora se suma el 10% de prevención y promoción (de acuerdo a la Ley 715 de 2001). La libre elección de los usuarios en materia de IPS no existe en la práctica para la gran mayoría, dada la asimetría en la información y a que la elección es inducida por las ARS. Finalmente factores como la obligación para la red privada de contratar el 40% + 10% con la red pública, la creación de una red propia privada en las ARS y la elección inducida del prestador (IPS) eliminan las ventajas potenciales de la competencia. Los hospitales públicos tienen la ventaja de la contratación del 40% pero tienen la desventaja de no tener ARS propias como la red privada, de manera tal que las ARS privadas se han llevado a su propia red el 60% o más de los procesos de contratación-ejecución en salud.

Lo que se ha visto en los últimos siete años, después de la expedición de la Ley 100, muestra en realidad un panorama preocupante, pues aparentemente no se han logrado los propósitos formulados inicialmente (Bula; 2000¹⁸). Ha habido un deterioro en la oferta de salud para la población colombiana, en la medida en que se ha dejado el sistema de salud a la dinámica del mercado, cuando un bien como la salud, que los economistas llaman un bien meritorio, supone por su característica una responsabilidad del Estado y, obviamente, supone manejarlo bajo una lógica distinta a la lógica del mercado.

2.1.4.2 Afiliación, cobertura, régimen pensional y costos

En el marco del sistema de protección social colombiano, y sus tres grandes subsistemas: salud, pensiones y riesgos profesionales, además de los servicios complementarios, se puede apreciar en el siguiente cuadro el porcentaje de

¹⁸ Mayor ampliación de esta información en: Salud Colombia. Public Health Journal on the Net.

afiliación y cobertura del SGSSS: desde estos tres subsistemas se determinan constantemente solicitudes de calificación a través del Decreto 917 de 1999.

Cuadro 2.1.4 Porcentaje por régimen de afiliación*

	Régimen de afiliación*	Nº de afiliados*	Cobertura*	Sin cobertura*
Salud	Régimen subsidiado a diciembre de 2008	23.601.000	75.86%	24.14%
	Régimen contributivo a diciembre de 2008	17.476.025	78.10%	21.90%
	Régimen de excepción (fuerzas militares, Magisterio, Ecopetrol, Policía Nacional)	ND	ND	ND
	Número de Personas NO afiliadas al SGSSS	2.605.975	5.97%	N.A.
Riesgos profesionales	SGRP Población dependiente (Junio de 2009)	6.190.187	77.76%	22.24%
Pensiones	Ahorro programado (Agosto 2009)	8.597.957		
	Prima media (Agosto 2009)	6.190.187		

*Fuente: Ministerio de Protección Social. Superintendencia Financiera. Asofondos. FASECOLDA en Velandia (2009).

Según Velandia (2009) los principales problemas que se ponen en evidencia en el sector salud son la limitación de la atención al POS; los procesos de rehabilitación no siempre son completos, o en ocasiones se carece de ellos, lo que para el MUCI representa serias implicaciones ya que la normatividad vigente a nivel nacional e internacional determina que para adelantar el proceso de calificación toda persona debe hacer completado todo el proceso de tratamiento incluidos los procesos de rehabilitación, es decir haber llegado a una nivel de Mejoría Médica Máxima (MMM), para que el proceso de calificación evalúe específicamente secuelas. Igualmente no hay procesos oportunos de atención y diagnóstico, lo que conlleva a largas incapacidades y a procesos de calificación de invalidez tempranos. También hay demora en la calificación de la profesionalidad una vez se ha diagnosticado la enfermedad.

Frente a los riesgos profesionales, asumen prestaciones asistenciales y económicas superiores ya que deben garantizar disponibilidad de procedimientos, medicamentos e insumos que en ocasiones no están contemplados en el POS (aquellos que el sistema de salud no puede garantizar). Por ello el sistema de riesgos tiene una participación más activa dentro del proceso asistencial en comparación a una entidad promotora de salud. En el sistema de riesgos profesionales está contemplado todo el manejo integral de la persona, no disgregado como puede suceder en otros sistemas; dicho manejo integral va desde la prevención y la atención hasta la rehabilitación y compensación; asimismo en el sistema de riesgos profesiones se evidencia un incentivo a la atención oportuna y a la rehabilitación, para garantizar que esta persona pueda retornar rápidamente al trabajo, que es uno de los objetivos finales del sistema. Como resultado de ello se evidencian altos niveles de satisfacción en quienes han padecido un evento laboral (Velandia, 2009).

Cuadro 2.1.5 Porcentaje según régimen pensional*

Régimen		Total pensionados	Por invalidez	IPP (2008)
Régimen Común	Prima media	842.062	38.000	N.A.
	Ahorro programado	30.998	7.341	N.A.
Riesgos profesionales		27.894	12.357	8.009

Fuente Superfinanciera, Ministerio de la Protección Social. En Velandia (2009).

Desde el punto de vista de la **seguridad social** existe un régimen común en prima media con 842.062 pensionados, de los cuales 38.000 son pensionados por invalidez; el régimen de prima media implica que los aportes de los afiliados constituyen un Fondo Común Solidario, donde el valor de la pensión NO está sujeto a los resultados de la economía, el afiliado no asume ningún riesgo financiero, el valor de la pensión no depende del monto ahorrado y la pensión de vejez se puede adquirir con dos años menos de edad (hasta el año 2014). Por otro lado en ahorro programado se encuentran 30.998 pensionados de los cuales 7.341 son por invalidez; en el ahorro individual o programado cada afiliado tiene una cuenta individual donde el valor de la pensión depende de los resultados de la economía, el afiliado asume el riesgo financiero de las inversiones que realiza el fondo, el valor de la pensión depende del ahorro acumulado en la cuenta individual al momento de pensionarse y la pensión se adquiere si se cuenta con un capital suficiente para financiarla. En el campo

de riesgos profesionales se acumulan alrededor de 27.894 pensionados, de los cuales 12.357 son por invalidez; asimismo en el año 2008 se pagaron por incapacidad permanente o parcial 8.009 indemnizaciones.

En el tema pensional, una pensión es una serie de pagos que se hacen desde el momento en que se otorga hasta la muerte de la persona, estos pagos están regulados, tienen que crecer con el IPC o con el salario mínimo. Ahora bien, estos pagos que se realizan a las personas dependen del tiempo de vida de las mismas, como es el caso de las rentas vitalicias donde la pensión se otorga hasta que la persona haya fallecido (Zarruk, 2009). Las tablas de mortalidad brindan una probabilidad de muerte a medida que las personas van avanzando en edad, entonces lo que se puede encontrar es el estimado estadístico del tiempo de sobrevivencia de las poblaciones, o en últimas, la probabilidad que una persona muera antes del siguiente año.

Las tablas de mortalidad son un elemento que permite realizar el cálculo de las pensiones para los fondos de renta vitalicia, por lo cual es fundamental actualizarlas permanentemente. Las tablas de mortalidad de pensionados se construyen a partir de la observación de un grupo poblacional durante un tiempo; para Colombia esta información usualmente se toma del número de pensionados que hay en el instituto de seguros sociales y se basa en cálculos de probabilidad. (Zarruk, 2009)

Existen diferentes tipos de tasas de mortalidad a saber: Tablas de mortalidad poblacional, tablas de mortalidad de asegurados (estas tablas son las que utilizan las compañías de seguros para hacer las tarifas de los seguros), tablas de mortalidad de invalidez, tablas de incidencia de invalidez y tablas de mortalidad de pensionados. Para el año 2008, la tasa de mortalidad poblacional estaba en 5.54 muertes/1000 habitantes. La tabla de mortalidad poblacional en Colombia es calculada por el DANE usando intervalos de 5 años. La tasa de mortalidad, a pesar de ser sólo un indicador aproximado de la situación de mortalidad en un país, indica con precisión el impacto actual de mortalidad en el crecimiento de la población. Este indicador es significativamente afectado por la distribución por edades. En la mayoría de los países actualmente se muestra un aumento en la tasa de mortalidad general, a pesar del continuo descenso de la mortalidad en todas las edades; esto ocurre a medida que una disminución en la tasa de fecundidad resulta en envejecimiento de la población.

Por otra parte, la esperanza de vida al nacer, se traduce para los sistemas pensionales en el concepto de *riesgo de longevidad*, que tiene efectos diferentes ya sea que se trate de pólizas de seguros de vida o de pensiones.

Así pues, cuando se paga una pensión y la esperanza de vida al nacer es alta, el periodo durante el cual se debe pagar pensión a una persona es más largo, lo que representa un aumento en los costos del sistema, mientras que en las pólizas de vida el comportamiento es contrario, ya que el costo de la póliza disminuye, porque las compañías tienen que pagar en un horizonte de vida más largo. Según Zarruk (2009) para el 2007 se encontró que las tasas de vida están aumentando, es decir para el caso de los pensionados se están pagando pensiones por más tiempo. Este fenómeno no se presenta solo en Colombia, ya que la esperanza de vida en América Latina desde 1950 ha incrementado en 17 años; las proyecciones futuras evidencian que la tasa de vida tiende a aumentar. Sumado al riesgo de longevidad (esperanza de vida), otro riesgo es el asociado al incremento del salario mínimo, en tanto las pensiones tienen que crecer con el salario mínimo, ya que no puede haber pensiones inferiores a éste.

Para efectos de cálculos financieros sobre la sostenibilidad del sistema, la Superintendencia Financiera de Colombia estableció un proyecto de decreto para realizar tablas de mortalidad de pensionados y de pensionados por invalidez. Las últimas tasas de mortalidad para pensionados databan de hace 20 años, y la diferencia encontrada, luego de esos 20 años es que hay un déficit del 6-8% que equivale a \$700.000.000.000 para el sector asegurador. Como resultado de ese déficit, el gobierno anualmente destina 4 billones de pesos a pensiones al no haber recursos acumulados. Este es un impacto fiscal año a año que está siendo sostenido cada vez por menos personas; se calcula que el pasivo pensional actualmente es del 170% de todo el producto interno bruto (Zarruk, 2009). La actualización de las tablas de mortalidad, que no se hacía desde 1980, mostrará que la esperanza de vida de los colombianos a los 60 años ha mejorado sustancialmente. El impacto de esta actualización en el pasivo pensional será un aumento cercano a 15 puntos, dada la importancia de este parámetro en el cálculo de la pensión. Además, esta condición abre la posibilidad para que los cotizantes soliciten que se recalcule su bono pensional, una contingencia que igualmente tendrá efectos en el pasivo pensional (Álvarez, 2009).

En Colombia dentro del régimen de prima media los pagos a los afiliados antiguos se hacen con los aportes de los nuevos, por lo que se necesita que cada vez ingresen más afiliados nuevos al sistema (estructura piramidal). En ese sentido se necesita de la disponibilidad subjetiva de la población económicamente activa (PEA) para aportar. Para ello la PEA debe comprender el esfuerzo social y económico que debe realizar a favor de la población económicamente inactiva (niños, personas mayores, personas que

por su situación de discapacidad no pueden trabajar, etc.). Esta comprensión social implica, entre otras cosas, que se debe considerar el mandato de justicia generacional donde ninguna generación puede esperar que otra asuma cargas excesivas para sostenerla. Si el consenso generacional se rompe, el flujo de contribuciones puede disminuir o cesar (Miegel, 2004).

Los gastos anuales del sistema de prima media ya se acercan a 20 billones de pesos, de los cuales el gobierno debe subsidiar cerca de 80%, lo que se considera como financieramente inviable amenazando la estabilidad macroeconómica del país. Desde 2004 se agotaron las reservas del ISS, por lo que no existen ya reservas para atender las obligaciones de sus pensionados y, por lo tanto, cada nuevo afiliado representa un cargo directo al presupuesto de la Nación. Los 16 billones de pesos que el gobierno gasta en el subsidio a las pensiones superan en tamaño los ingresos anuales por concepto de IVA y se acercan al monto que el gobierno transfiere a las regiones para inversión en educación, salud y saneamiento básico. Así, la financiación de las pensiones cierra el espacio para utilizar recursos públicos hacia la inversión en educación e infraestructura (Álvarez, 2009).

Dentro de las proyecciones económicas se calcula que para 2009 el Seguro Social recibirá 3,2 billones de pesos por cotizaciones y tendrá que pagar alrededor de 11,2 billones de pesos por concepto de pensiones. De los cuales 6,9 billones de pesos le corresponde pagar a la Nación. El aumento del pasivo pensional no cesa, una de las razones es el incremento en el pie de fuerza en el marco de la Política de Seguridad Democrática, que representa incrementos salariales a más de 100.000 servidores de la fuerza pública colombiana, pertenecientes en su totalidad al régimen de prima media, lo que producirá un aumento del pasivo pensional de entre 15 y 18 puntos.

Según Zarruk (2009) los costos que se generan al pagar una pensión de invalidez de una persona de 30 años que gane el salario mínimo puede costar \$200.000.000, teniendo en cuenta que es un pago de por vida. En este marco la actualización del manual es crítica en la medida en que la nueva metodología de calificación puede redundar en un mayor o menor número de pensionados por invalidez.

En el contexto internacional se pueden reconocer los cambios en la tendencia de organización de los sistemas pensionales, de un sistema de transferencias públicas a uno basado en patrimonios privados. La razón fundamental para este cambio es la profunda transformación demográfica en los países industrializados, ya que el número de personas mayores ha crecido aceleradamente y este aumento de la longevidad conlleva a una mayor

exposición al riesgo, a un aumento de enfermedades crónicas, y a la necesidad de mayores recursos para cumplir obligaciones de la seguridad social. En contraprestación ha disminuido la tasa de natalidad, lo que repercute a mediano plazo en una disminución de la población económicamente activa, quienes además en el futuro pueden negarse a asumir la deuda histórica en materia pensional de sus antecesores (Miegel, 2004). A través de esta aproximación es posible evidenciar que los riesgos financieros se encuentran muy vinculados a factores de comportamiento demográfico de la población y al comportamiento del mercado laboral.

Según Miegel (2004) uno de los factores financieros a considerar en el marco de las transferencias públicas para la financiación de pensiones, tiene que ver con el tiempo que transcurre, para el caso de las pensiones, entre las prestaciones entregadas y las recibidas, ya que en este largo periodo es difícil establecer una relación inmediata entre ellas. Hasta empezar a recibir las prestaciones, el individuo sólo sabe vagamente a qué puede atenerse. Esta condición abstracta del derecho, si es que se puede hablar de él, es reforzada por el hecho de que no es transferible (con excepción de la atención de los deudos) por lo que resulta ser altamente inasible para el individuo en particular.

2.1.4.3 Accidentes de trabajo y enfermedad profesional en la población colombiana

Una de las estrategias para reducir los costos del sistema es por la vía de mejorar las condiciones de vida, de salud y laborales de la población colombiana, disminuyendo las tasas de enfermedad profesional y accidentes de trabajo, lo que confluiría en la disminución de costos por pensiones de invalidez y por prestaciones de incapacidad temporal e incapacidad permanente parcial. Esto se traduce en mejorar las estrategias para prevenir la enfermedad, así como optimizar los procesos de rehabilitación integral de manera tal que no se deba llegar al nivel compensatorio. Ello requiere por un lado mayor y mejor coordinación entre el médico tratante y el equipo de rehabilitación, especialmente en el manejo de personas que sufren alguna enfermedad laboral o algún accidente de trabajo donde el plan de rehabilitación es crucial; además, dicho proceso de rehabilitación no se inscribe de manera exclusiva en los consultorios sino que depende también de condiciones ambientales, sociales, culturales y de accesibilidad. Así pues, en la medida en que el país no esté preparado para desarrollar políticas que mejoren dichas condiciones, los procesos de reintegración laboral y social de las personas no están

completamente garantizados. Mientras tanto se seguirán encontrando cifras de accidentalidad laboral, y enfermedad profesional en Colombia y en el mundo.

A nivel mundial y en relación a los accidentes de trabajo (AT), cada día mueren un promedio de 5.000 personas como resultado de accidentes de trabajo o dolencias relacionadas con el trabajo, de las cuales 350.000 corresponden a muertes por AT. Según el análisis de la OIT (2005), la rápida expansión económica esconde algunas cifras, por ejemplo las substancias peligrosas matan cerca de 438.000 trabajadores anualmente (Cordero, 2009).

En Colombia, según Cordero (2009) el sector de la construcción ocupaba en el 2005, el primer lugar de accidentalidad con 24,37% en el departamento de Cundinamarca. Los campos de la construcción que reportaron una mayor accidentalidad fueron:

- Estructuras 48,6%
- Excavaciones 16,2%
- Acabados 12,4%
- Colocación de muros y techos 10,39%

Según la Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social, en 2009 murieron 961 personas mientras laboraban, 13 más que en 2008 cuando se registraron 948 fallecimientos. Al día se registran 2,6 muertes de trabajadores mientras laboran. En el análisis por departamentos los que más presentaron muertes laborales son: Antioquia (transporte público de pasajeros), Cundinamarca (accidentes en obras de construcción), Valle del Cauca (accidentes de empleados afiliados a cooperativas o empresas temporales) y Boyacá y Norte de Santander (extracción de carbón). Así pues, durante 2009 se incrementaron los accidentes laborales al pasar de 360 mil 800 eventos en 2008 a 363 mil 101 en 2009, es decir 2.300 casos más de un año a otro. A pesar de estas cifras, aún persiste la evasión a la cotización al Sistema General de Riesgos Profesionales, ya que 1 millón 366 mil trabajadores que deben estar afiliados no lo están.

De acuerdo a un estudio denominado *Pérdida de la Capacidad Laboral - Características y tendencia - 1981 a 1993. Seccional Cundinamarca en pensiones del Seguro Social*, que consistió en tomar la información de 7.081 dictámenes de calificación de invalidez a través de un estudio observacional descriptivo, se obtuvo que el 84% de la población fue calificada con una incapacidad permanente total, a quienes se les reconoció pensión por invalidez,

mientras que 6637 casos correspondieron a enfermedades de origen común, lo que equivale al 93.7%.

Respecto a la situación de enfermedad profesional (EP), según datos de OIT (2005), cada año se presentan 160 millones de casos nuevos de Enfermedad Profesional en todo el mundo. La OMS calcula que en América Latina solo se reportan entre 1 y 4% de todas las enfermedades ocupacionales. La experiencia para Colombia demuestra que la enfermedad profesional está subregistrada y subdiagnosticada, fenómeno que se atribuye a la determinación de origen común de la enfermedad, a la reducción o inexistencia de la protección del trabajador en su ambiente de trabajo, y a que la enfermedad profesional representa un incremento en demanda de servicios al sistema de seguridad en salud con el consecuente desgaste económico directo de las entidades que finalmente prestan los servicios y, en conclusión, la ineficiencia de las medidas adoptadas. Este panorama no permite obtener una información clara y fidedigna de la situación laboral de los trabajadores (Cordero, 2009).

Determinar una enfermedad profesional es un proceso que parte desde el correcto diagnóstico. Las EPS son una de las fuentes para nutrir las cifras sobre EP, ya que la información captada por éstas sirve para realizar los respectivos análisis en el campo de los riesgos profesionales. Si las enfermedades profesionales no son diagnosticadas no se pueden tomar las medidas correctivas, ni se puede indicar a los pacientes qué deben hacer cuando se sospecha del origen profesional de la enfermedad que está padeciendo (Cordero, 2009).

Para evitar el subregistro, el Ministerio de la Protección Social capacitó en 2005 a 650 médicos en todo el país sobre diagnóstico y enfermedad profesional. Como resultado de ello se observa que el mayor índice de enfermedad profesional se encuentra en el síndrome de túnel del carpo.

Los costos asistenciales ocasionados por las enfermedades profesionales en las EPS entre los periodos 2003 a 2004 fue de \$181'445.906, esta información se basa en 850 casos que corresponden al 36.5% de todos los casos. El valor promedio por caso es de \$213.466 (min. \$3.000 – máx. \$2'533.881).¹⁹

A continuación se presenta la recurrencia de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo en los afiliados al SGRP.

¹⁹ Fuente: Informe de Enfermedad Profesional en Colombia Años 2001 – 2002. Una oportunidad para la prevención. Ministerio de la Protección Social (2004)

Cuadro 2.1.6 Recurrencia de EP y AT en los afiliados al SGRP*

Afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales (2008)	Enfermedades profesionales	Accidentes de trabajo
5.945.653	67/100.000 afiliados	5523/100.000 afiliados

*Fuente: Ministerio de Protección Social.

A continuación se presentan los porcentajes de distribución de la Enfermedad Profesional en ARP's privadas según el grado de pérdida de capacidad laboral.

Cuadro 2.1.7 Porcentajes de calificación de pérdida de capacidad laboral.*

Resultado de calificación	Cifra de personas calificadas
0%	679
< 5%	0
Incapacidad permanente parcial (5%49%)	311
Invalidez (Mayor o igual a 50%)	11
TOTAL	1.001

*Fuente: FASECOLDA (2004)

Cordero (2009) afirma que los profesionales de la salud deben involucrar al trabajador en el conocimiento y manejo de su enfermedad como una estrategia de prevención. Igualmente se debe orientar al empleador en la importancia de afiliar a sus empleados a la administradora de riesgos profesionales, ya que en el evento de que un trabajador sufra un accidente o una enfermedad profesional y se encuentre desafiliado, el empleador deberá incurrir con todos los gastos. Actualmente el promedio de días de incapacidad por enfermedad ocupacional es de nueve (9) días.

Todos los esfuerzos que contribuyan a mejorar los procesos de diagnóstico y registro de la Enfermedad Profesional en Colombia, aportan a generar las condiciones para garantizar los derechos de los trabajadores y a establecer un registro de información confiable para el Sistema General de Riesgos Profesionales, lo que permite crear estrategias para prevenir la recurrencia de enfermedades profesionales y para mejorar las condiciones laborales

reduciendo los accidentes de trabajo. También es labor de las instituciones de educación superior y de las facultades o escuelas de salud ocupacional adelantar estudios sobre la identificación del riesgo por exposición o uso de diferentes agentes utilizados en los diferentes escenarios profesionales, ya que una de las dificultades para determinar si una enfermedad es de origen profesional, yace en que no existen suficientes estudios científicos que respalden las controversias que se generan en este campo. Precisamente, como afirma Cordero (2009) las Juntas de Calificación de Invalidez son un eslabón importante en la determinación del origen –profesional o común– de las enfermedades, pues son las instancias encargadas de dirimir las controversias que surgen entre los diferentes actores del sistema.

2.1.4.4 Otros factores del sistema de salud colombiano que inciden en el proceso de actualización del MUCI

La actualización del MUCI obedece entre otros factores a que en el marco de la medicina moderna se han desarrollado nuevos procedimientos y tecnologías para proporcionar un diagnóstico más preciso y objetivo de enfermedad y de secuelas, procedimientos que deben ser incluidos en el nuevo manual. En ocasiones estos nuevos procedimientos de diagnóstico implican el uso de equipamientos y tecnología. Según el Catastro Nacional de Equipos Hospitalarios, un 41% de los 25.515 equipos censados en instituciones de segundo y tercer nivel en 1997 funcionaban irregularmente o estaban fuera de servicio. Según la OPS (2002) las finanzas del mantenimiento hospitalario en equipos y tecnología constituyen alrededor del 5% del presupuesto de los hospitales públicos y privados, lo cual no ha sido verificado en la ejecución presupuestaria por la Superintendencia Nacional de Salud. Pese a que existe una reglamentación normativa para la importación y comercialización de equipos médicos a través de la resolución 434 de 2001, el hecho de excluir ciertas enfermedades del POS, desestimula la inversión en equipamientos para su diagnóstico o tratamiento, lo que puede generar un retraso del país frente a la medicina moderna en el mundo. Igualmente en este panorama parece difícil garantizar la disponibilidad de equipos para adelantar un adecuado proceso de diagnóstico e intervención, lo que trae serias consecuencias para el proceso de actualización del MUCI; así pues, uno de los criterios para incluir determinado procedimiento de diagnóstico en el nuevo MUCI, debe ser la posibilidad de aplicarlo en todas las regiones del país.

Igualmente el manual actualizado requiere que en el proceso de calificación se cuente con especialistas interconsultores quienes dan conceptos fiables

y rigurosos que luego constituyen el insumo para que el médico laboral y el equipo profesional de la Junta emitan su concepto. Esto significa para el nuevo MUCI contar con un recurso humano especializado en diferentes ramas del campo de la salud y disponible en las diferentes regiones del país; no obstante, la situación del ejercicio profesional a raíz de los procesos de reforma como descentralización y tendencia a la privatización de la atención en salud demuestran que el perfil profesional se ha modificado. Por ejemplo, las exigencias laborales para las enfermeras muestran un mayor peso en lo administrativo que en las labores clínicas directas con los pacientes; el ejercicio privado de los médicos ha disminuido ostensiblemente; según datos de la OPS (2002) solo 7,77% de los profesionales trabajan por fuera del sistema de seguridad social en salud, donde el trabajo de los especialistas está mediado por la referencia del médico general y debe enmarcarse en restricciones implantadas por las empresas que manejan el mercado asistencial. En este panorama se presenta un preocupante éxodo de especialistas hacia el mercado laboral extranjero. Según datos de la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2000 había 9.4 médicos por cada 10.000 habitantes, y la demanda de especialistas es crítica para el caso de odontólogos, terapeutas y bacteriólogos. Las regiones más afectadas por la ausencia de profesional médico y de la salud, son las zonas periféricas de los grandes centros urbanos del país, ya que el sistema carece de estímulos para realizar una mejor redistribución geográfica del equipo humano en salud, cuyas condiciones de trabajo se han precarizado en el último tiempo, así para el 2002, el 23% de los profesionales de la salud estaban laborando sin contratos estables de trabajo.

2.2 ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

Un mayor conocimiento y evolución del concepto de discapacidad, junto con los desarrollos técnicos y científicos, obligan al Estado a actualizar cada cinco años el Manual Único de Calificación de Invalidez. En este sentido, mediante convenio interinstitucional entre el Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales, y la Universidad Nacional de Colombia a través del Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades se adelanta el *Estudio de Actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez* que, a través de un ejercicio de consultoría, asesoría e investigación cuantitativa y cualitativa, busca realizar la modificación y actualización del manual vigente adoptado

mediante Decreto 917 de 1999. El Manual de Calificación de Invalidez es una herramienta diseñada para medir el grado de pérdida de la capacidad laboral de las personas que adquieren una enfermedad profesional o tienen un accidente de trabajo.

Paralelo a lo anterior, en los últimos años un número cada vez más creciente de personas sin vínculo laboral, de todas las edades, de las más diversas condiciones socioeconómicas y que por múltiples causas se encuentran en condición de discapacidad, acuden a los entes responsables de la calificación para que les sea valorada su condición. Las condiciones sociales, económicas, políticas e incluso demográficas de nuestro país, así como el conflicto, la violencia, los niveles de pobreza, el desamparo, el desplazamiento y el envejecimiento de la población, entre otros factores, hacen que la discapacidad se convierta cada vez más en un fenómeno complejo que afecta a un grupo importante de personas; por ello, es necesario garantizar el disfrute pleno de sus derechos en términos de igualdad, justicia y equidad; lo que se reflejaría en acceso oportuno a la atención en salud, a los servicios de rehabilitación, a la educación y recreación, a condiciones dignas de empleo y oportunidad laboral, así como su plena participación en la sociedad que les permita contribuir a su desarrollo y al desarrollo social y económico de su comunidad.

Por lo descrito y para soportar adecuadamente la propuesta de actualización del manual vigente, los cambios y las decisiones que se tomen como solución a las dificultades que se presentan en la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, y la pérdida de capacidad ocupacional para usuarios que no son trabajadores, debe contar con argumentos sólidos y pertinentes. Los criterios que justifican la actualización del manual han emergido de varias etapas como: la revisión de bibliografía nacional e internacional que ha servido como referencia para el proceso de actualización; la realización de una encuesta aplicada a nivel nacional que ha identificado los vacíos temáticos, las inconsistencias y demás dificultades que presenta el manual vigente; el desarrollo de un ciclo de conversatorios con expertos sobre el contexto situacional del MUCI en términos jurídico-normativos, éticos, políticos, económicos, y poblacionales; la implementación de mesas de trabajo para consultar a especialistas y/o sociedades científicas de las diferentes especialidades médicas y el desarrollo de encuentros con expertos del orden nacional e internacional; ello sin dejar de lado un amplio análisis de la situación actual de estos grupos poblacionales que se constituyen como usuarios del MUCI, entre ellos las personas con discapacidad.

Es bien sabido que la información estadística es, por antonomasia, la herramienta técnica del Estado para respaldar acciones en el campo de la gestión social, para tomar decisiones que afectan directamente a la población, para la formulación de políticas, planes y programas, y para invertir recursos públicos de manera que respondan a las necesidades reales de la población y de colectivos particulares, entre los cuales se encuentran las personas con discapacidad. Sin esta información estadística como sustento de las acciones y decisiones estatales es irresponsable abordar procesos técnicos de análisis, planeación, seguimiento y evaluación. La información estadística es una herramienta indispensable para diseñar modelos que expliquen las tendencias y los determinantes sobre los cuales corresponde intervenir en sectores tan diversos como la salud, la educación, el empleo y la participación social entre otros.

Hasta hace relativamente pocos años el argumento de que el país no contaba con la información necesaria para conocer y comprender las situaciones de discapacidad, era relativamente cierto. Sin embargo hoy en día la situación ha cambiado radicalmente, ya que el país dispone de valiosa información censal y del Registro Único para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).

Esta información está disponible para sustentar/adelantar investigaciones dirigidas a comprender la situación de las personas con discapacidad y las características del entorno en el que viven. También se pueden realizar análisis cuantitativos y cualitativos para ampliar el conocimiento acerca de la población con discapacidad, de su realidad, de sus necesidades, demandas, y la planificación de acciones verdaderamente benéficas y pertinentes.

La responsabilidad del análisis de la información es de todos; la de proveer al país de información estadística veraz y confiable recae sobre el DANE, que con el apoyo de la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de la Protección Social y en coordinación con las entidades territoriales, deben seguir realizando los esfuerzos necesarios para consolidar la implementación del Registro.

En este documento se realiza un análisis descriptivo de la situación de discapacidad organizada en seis secciones:

- Información socio demográfica básica de la población con discapacidad.
- Orígenes y características de la discapacidad.
- Salud y aspectos relacionados.

- Nivel educativo de las personas con discapacidad.
- Participación social.
- Situación laboral y actividades desarrolladas.

La información aquí analizada derivada de fuentes tan importantes como el Censo General de 2005 que da el marco general, y el Registro que permite un mayor acercamiento territorial a la situación de la discapacidad, esta es pues una contextualización válida y necesaria para el desarrollo de la propuesta de actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez.

2.2.1 PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

En el censo de población y vivienda de 1993, el país reportó un total de 593.618 personas con deficiencias severas²⁰, una prevalencia del 1,85%.

Al cambiar el enfoque de deficiencias severas utilizado en 1993 por el de limitaciones en la actividad cotidiana en el censo 2005, se identificaron 2.624.898 personas en hogares particulares, para una prevalencia del 6,3%. Por otra parte según los resultados obtenidos con el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, a febrero de 2010, se han registrado un total de 893.694 personas en 974 municipios.

2.2.1.1 Prevalencia

Hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS), explica la condición de discapacidad como un hecho universal, en tanto que toda la población se encuentra en riesgo de adquirirla. Se concibe como una característica intrínseca de la condición humana, pues no existe nadie que posea el máximo repertorio de las habilidades y destrezas. La discapacidad ha estado presente en todas las civilizaciones sin importar el modelo socio-económico dominante y afecta a todos los seres humanos a través de su ciclo vital. No se puede negar que existe al menos una coincidencia, para otros, una plena evidencia, que demuestra cómo a medida de que el ser humano avanza hacia el final de la vida, pierde protagonismo laboral, familiar y social, como consecuencia de la presencia simultánea de alteraciones en sistemas sensoriales, viscerales, motores e intelectuales, entre otros.

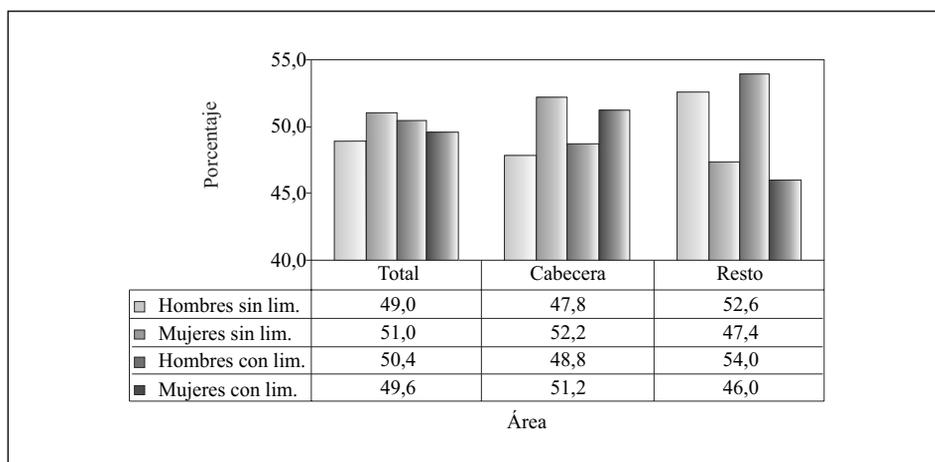
²⁰ La categoría de deficiencia severa hacía referencia a personas ciegas, sordas, mudas, con retraso mental, con pérdida o parálisis en miembros superiores y miembros inferiores.

Una persona puede presentar más de una deficiencia, en promedio las personas presentan 2,35 deficiencias permanentes según el Registro (RLCPD).²¹

2.2.1.2 Diferencias según sexo y edad

Al revisar la distribución de la población por sexo, según las áreas geográficas, el Censo General 2005, reporta una mayor proporción de hombres con limitaciones permanentes (54,0%) en zonas rurales que en cabeceras o zonas urbanas (48,8%). Por el contrario, hay una mayor proporción de las mujeres con limitaciones en las cabeceras y zonas urbanas (51,2%) que en zonas rurales (46%).

Gráfico 2.1 Porcentaje de población por género, según área*

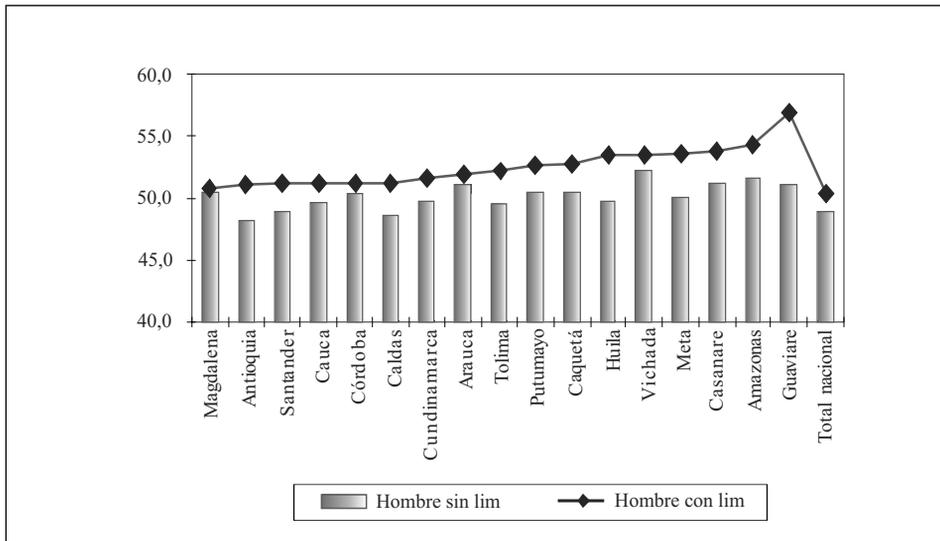
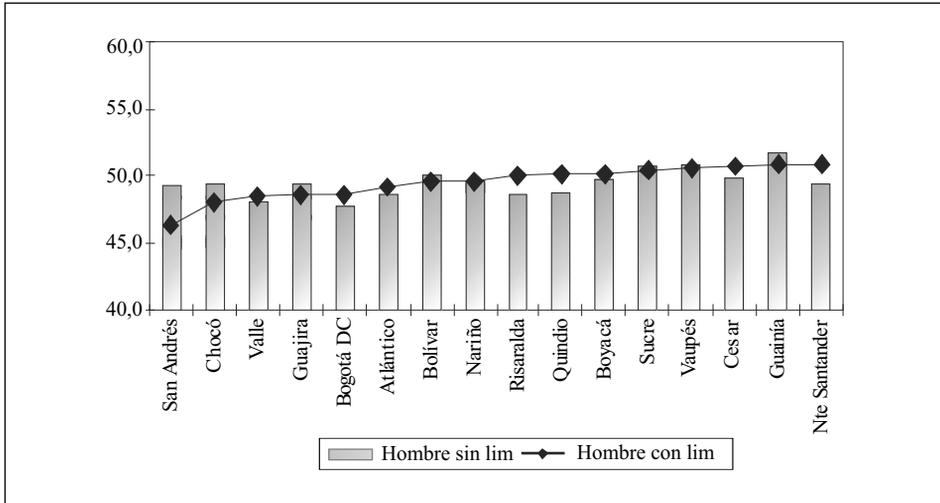


*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

En la distribución de la población por sexo y área según departamento se observa que en 25 de los 33 departamentos, el porcentaje de hombres es mayor en la zona rural que en la urbana.

²¹ Total 893.694 personas registradas en 974 municipios. Febrero de 2010.

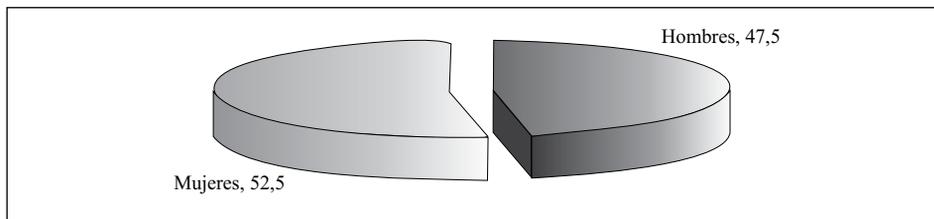
Gráfico 2.2 Distribución de la población por sexo y área según departamento*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Con la información del Registro la proporción se hace mayor en mujeres (52,5%), que en hombres (47,6%).

Gráfico 2.3 Distribución porcentual de la población con registro, según sexo – 2010*

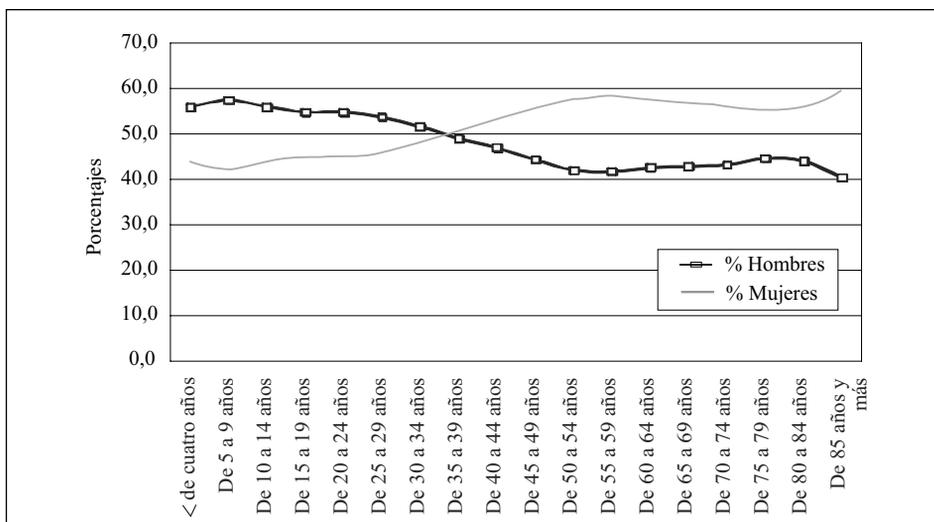


*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Esta relación hombre/mujer del total nacional, es dinámica y varía según la edad de la persona, el departamento o el municipio. Así por ejemplo, mientras que entre los niños de 5 y 9 años los hombres tienen una prevalencia (de discapacidad) superior (57,5%), en las personas de 55 a 59 años, la prevalencia es mayor en las mujeres (58,1%).

Observando el gráfico 2.4 y el cuadro 2.2.1, notamos cómo desde el nacimiento hasta aproximadamente los 35 años, la presencia de la discapacidad es mayor en hombres que en mujeres, a partir de esta edad son las mujeres quienes en una mayor proporción se encuentran en condición de discapacidad.

Gráfico 2.4 Distribución porcentual de las personas con registro, por sexo, según rangos de edad. 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Cuadro 2.2.1 Distribución porcentual población con registro, por género según grupo de edad – 2010*

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	% Hombres	% Mujeres
Total	893.694	424.692	469.002		47,5	52,5
< de cuatro años	23.747	13.282	10.465	2,7%	55,9	44,1
De 5 a 9 años	44.595	25.706	18.889	5,0%	57,6	42,4
De 10 a 14 años	54.219	30.435	23.784	6,1%	56,1	43,9
De 15 a 19 años	44.531	24.358	20.173	5,0%	54,7	45,3
De 20 a 24 años	39.287	21.547	17.740	4,4%	54,8	45,2
De 25 a 29 años	38.756	20.833	17.923	4,3%	53,8	46,2
De 30 a 34 años	39.297	20.265	19.032	4,4%	51,6	48,4
De 35 a 39 años	44.622	22.002	22.620	5,0%	49,3	50,7
De 40 a 44 años	50.046	23.584	26.462	5,6%	47,1	52,9
De 45 a 49 años	55.239	24.738	30.501	6,2%	44,8	55,2
De 50 a 54 años	58.885	25.018	33.867	6,6%	42,5	57,5
De 55 a 59 años	60.761	25.687	35.074	6,8%	42,3	57,7
De 60 a 64 años	65.351	28.100	37.251	7,3%	43,0	57,0
De 65 a 69 años	70.575	30.433	40.142	7,9%	43,1	56,9
De 70 a 74 años	68.040	29.669	38.371	7,6%	43,6	56,4
De 75 a 79 años	59.918	26.807	33.111	6,7%	44,7	55,3
De 80 a 84 años	40.891	18.073	22.818	4,6%	44,2	55,8
De 85 años y más	34.829	14.102	20.727	3,9%	40,5	59,5
Sin información	105	53	52		50,5	49,5

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

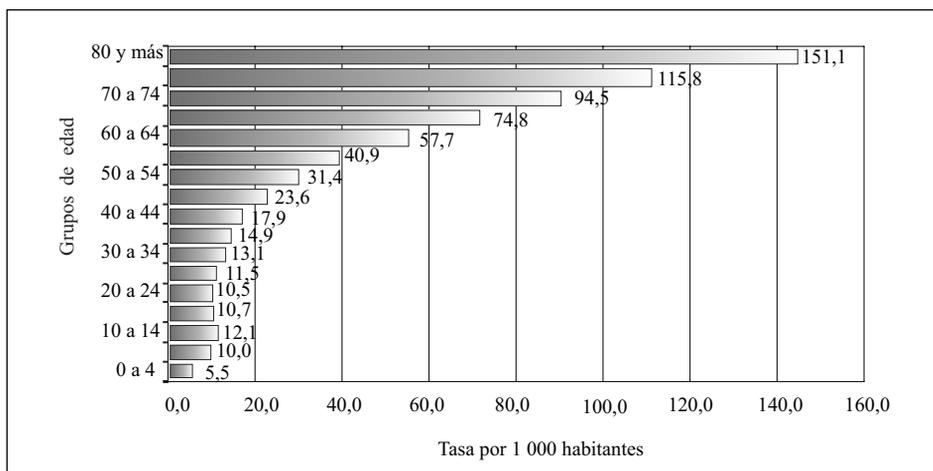
Existe una relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y la edad; afecta ambos sexos, se encuentra presente tanto en hombres como en mujeres de cualquier edad, ésta se va incrementando conforme aumenta el número de años vividos; mientras el 5,5 de cada 1.000 personas de cero a 4 años presentan esta condición, en las personas mayores de 80 años la relación sube al 151,1 por cada mil (Cuadro 2.2.2 y Gráfico 2.5).

Cuadro 2.2.2 Prevalencia por 1.000 habitantes en situación de discapacidad, según rangos de edad – 2010*

Rangos de edad (años)	Población proyectada	Número de personas con registro	Tasa por 1.000 habitantes
De 0 a 4 años	4.343.774	23.747	5,5
De 5 a 9 años	4.465.233	44.595	10,0
De 10 a 14 años	4.491.881	54.219	12,1
De 15 a 19 años	4.178.217	44.531	10,7
De 20 a 24 años	3.730.891	39.287	10,5
De 25 a 29 años	3.364.011	38.756	11,5
De 30 a 34 años	2.995.744	39.297	13,1
De 35 a 39 años	2.997.245	44.622	14,9
De 40 a 44 años	2.798.869	50.046	17,9
De 45 a 49 años	2.343.663	55.239	23,6
De 50 a 54 años	1.878.104	58.885	31,4
De 55 a 59 años	1.485.507	60.761	40,9
De 60 a 64 años	1.132.873	65.351	57,7
De 65 a 69 años	943.764	70.575	74,8
De 70 a 74 años	720.183	68.040	94,5
De 75 a 79 años	517.556	59.918	115,8
De 80 años y más	501.077	75.720	151,1

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Gráfico 2.5 Tasa de discapacidad según grupos de edad – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

En conjunto mientras que las personas menores de 60 años presentan una prevalencia del 62,01 por cada mil personas, la prevalencia de discapacidad en las personas mayores de los 60 años es del 37,98 por cada mil.

2.2.1.3 Autonomía

Del total de personas registradas, el 37,7% requiere la ayuda permanente de otras personas para el desarrollo de sus actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismos, entre otras (cuadro 2.2.3 y gráfico 2.6). Esta dependencia es fuerte principalmente en aquellas personas con deficiencias relacionadas con el sistema nervioso (46,5%), con el movimiento de cuerpo o extremidades (44,0%) y con dificultades en la voz y habla (42,2%).

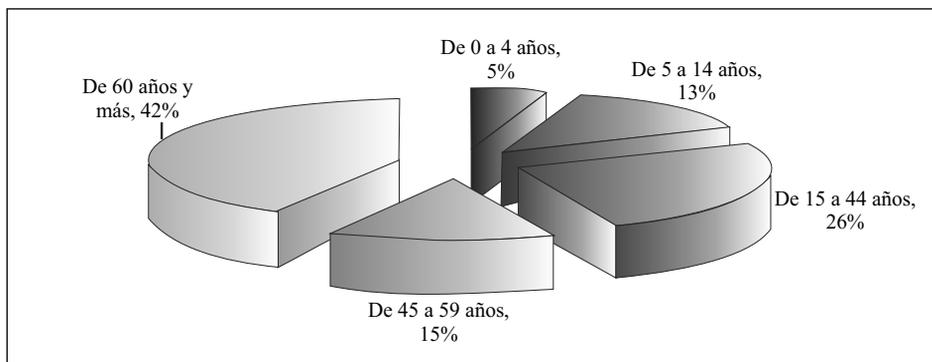
Cuadro 2.2.3 Población registrada que requiere ayuda permanente, según estructura o función corporal principalmente afectada – 2010*

Deficiencias	Total	Requiere ayuda	%
Total	893.694	336.769	37,7
El sistema nervioso	185.403	86.273	46,5
Los ojos	128.322	41.941	32,7
Los oídos	42.983	13.024	30,3
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	4.295	1.454	33,9
La voz y el habla	47.011	19.853	42,2
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	132.029	34.022	25,8
La digestión, el metabolismo, las hormonas	41.993	9.143	21,8
El sistema genital y reproductivo	13.077	3.668	28,0
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	271.627	119.519	44,0
La piel	9.044	2.319	25,6
Otra	17.910	5.553	31,0

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Dentro del grupo de personas que requiere del apoyo de otros para realizar actividades relacionadas con su autocuidado, se encuentran las personas mayores de 60 años con una mayor proporción (42%), sobresale igualmente el grupo de personas entre los 15 y 44 años, personas en plena edad productiva con una participación en la dependencia del 26%.

Gráfico 2.6 Distribución porcentual de las personas registradas que requieren ayuda permanente de otra persona, según grupos de edad – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

2.2.1.4 Relación de parentesco

El 24,8% de la población sin limitaciones y el 38,9% de la población con limitaciones permanentes reportó en el Censo General 2005 ser jefe-a de hogar (cuadro 2.2.4), la variable presenta grandes diferenciales si se analiza por zona geográfica. La situación es preocupante, ya que representa una mayor vulnerabilidad para estos hogares, para las familias y para todas las personas que de él dependen, dado que su bienestar y sostenibilidad económica se ve afectada por las condiciones de exclusión y precariedad que enfrenta la persona con discapacidad como generadora de ingreso. Dentro de las personas a cargo, los padres, madres o suegro(a) sin limitaciones se dan en el 1,1% de los casos, mientras que si estos parientes presentan limitaciones la proporción es mayor (5,9%). Cuando se trata de hijo-a, hijastro-a el 42,9% de los que no tienen limitaciones son personas a cargo, pero si son personas con limitaciones la proporción baja hasta el 26%.

Cuadro 2.2.4 Porcentaje de población sin limitaciones y población con limitaciones permanentes, por área, según relación de parentesco.
Total Nacional - Censo 2005*

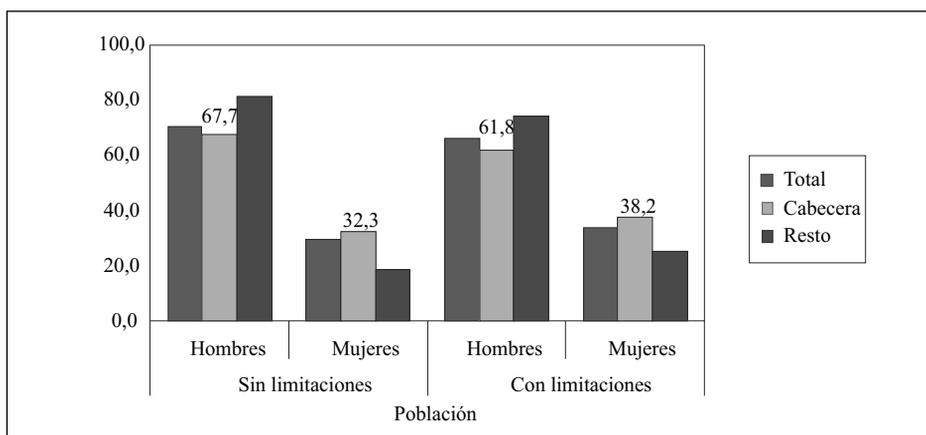
Relación de parentesco	Población sin limitaciones			Población con limitaciones		
	Total	Cabecera	Resto	Total	Cabecera	Resto
Jefe o jefa del hogar	24,8	25,5	22,4	38,9	38,0	41,0
Cónyuge (pareja)	15,9	15,9	16,0	15,3	14,0	18,2
Hijo(a), hijastro(a)	42,9	41,8	46,3	26,0	26,8	24,2
Yerno, nuera	1,1	1,1	1,1	0,7	0,7	0,5
Nieto(a)	6,6	6,5	6,9	3,4	3,6	3,1
Padre, madre o suegro (a)	1,1	1,2	0,7	5,9	6,5	4,5
Hermano(a), hermanastro (a)	1,6	1,7	1,3	3,2	3,4	2,7
Otro pariente	3,1	3,3	2,7	3,7	3,9	3,0
Empleado (a) doméstico	0,4	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2
Otro no pariente	2,4	2,4	2,3	2,8	2,8	2,6

*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

2.2.1.5 Jefatura de hogar

Al revisar los datos por género, se identifica que se presenta una mayor proporción de mujeres con limitaciones permanentes como jefes de hogar en el total general y en cualquier zona geográfica, la proporción es más evidente en la zona rural (gráfico 2.7), en donde las mujeres sin limitaciones llegan al 32,3%, mientras que las que tienen limitaciones son el 38,2%.

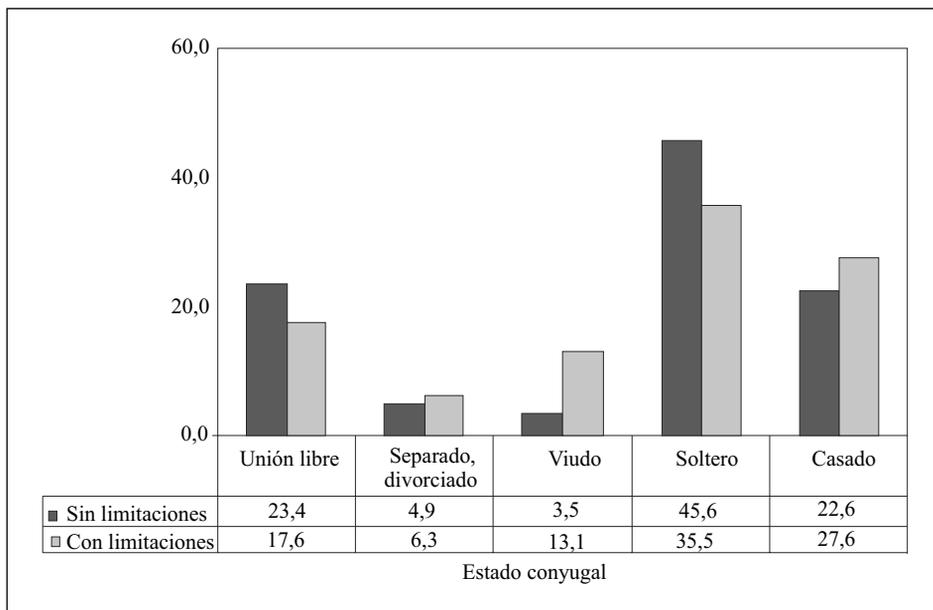
Gráfico 2.7 Porcentaje de jefes de hogar, por área, según sexo.
Total Nacional - Censo 2005*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Estado conyugal. Al revisar los datos por estado conyugal a nivel nacional, se presenta un mayor porcentaje de población con limitaciones permanentes que la población sin limitaciones en las categorías de separada - divorciada (6,3%), viuda (13,1%) y casada (27,6%).

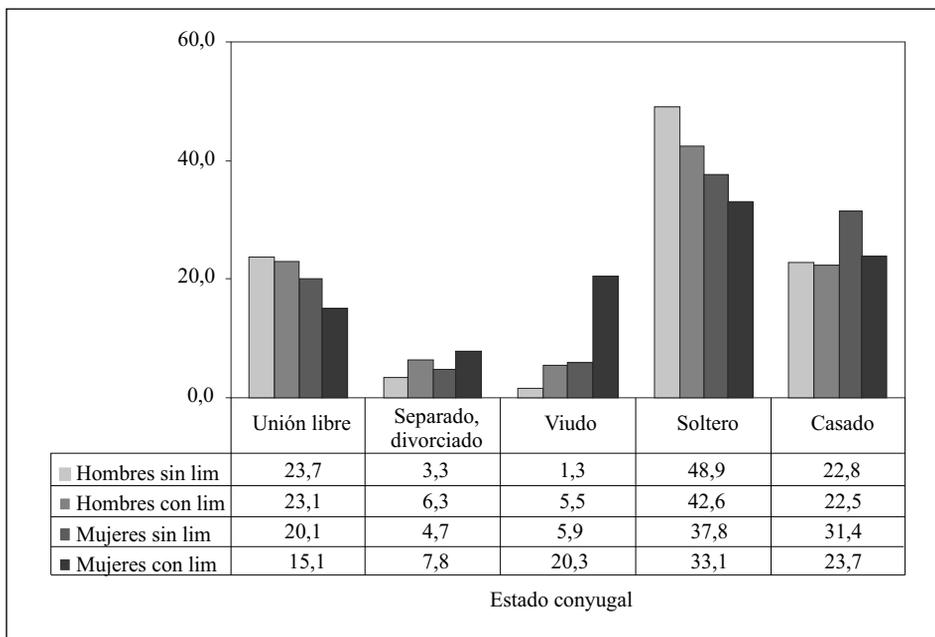
Gráfico 2.8 Porcentaje de población por estado conyugal.
Total Nacional*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Estado conyugal por género. Si examinamos el estado conyugal por género (gráfico 2.9), se observa que hay una mayor proporción de mujeres con limitaciones cuyo estado conyugal es separada - divorciada (7,8%) y viuda (20,3%); al igual que en hombres con el 6,3% y 5,5%, respectivamente.

Gráfico 2.9 Porcentaje de población por estado conyugal, según género. Total Nacional*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam

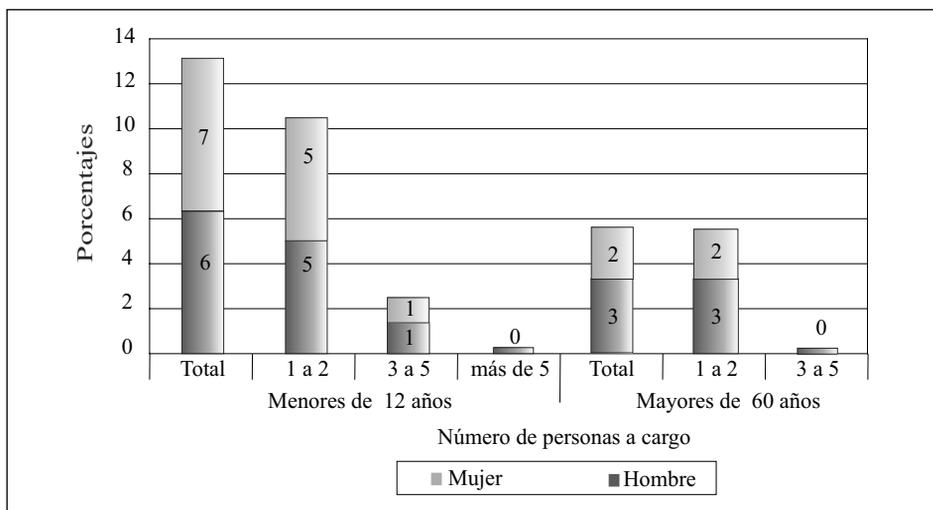
Personas a cargo. Según el Registro, cerca del 20,3% de las personas con discapacidad entre 10 años y más tiene a su cargo una o más personas (gráfico 2.10) que dependen económicamente de ella²², y si estas llegan a ser personas que se encuentran en los extremos del ciclo vital (niñez – tercera edad), demandan protección y cuidados especiales, aspectos que aumentan su propia vulnerabilidad y más aún la de sus dependientes.

De ellos, el 14,1% tiene a cargo niños menores de 12 años; el 7,3% tienen un niño a cargo; el 4,0% tiene dos niños menores de 12 años a cargo; el 2,6%% tiene de tres a cinco niños, y el restante 0,2% tiene más de cinco niños a cargo.

El 6,0%% tiene a cargo personas mayores de 60 años, el 5,2% tiene una persona, el 0,8% restante tiene dos o más personas.

²² Los dependientes aquí contemplados corresponden a personas menores de 12 años o mayores de 60 años.

Gráfico 2.10 Porcentaje de personas registradas, por género, según personas a cargo – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

2.2.1.6 Etnia

La discapacidad, su presencia, su frecuencia, su impacto, y la forma como se le concibe o atiende, se encuentra íntimamente relacionada con factores de tipo cultural, creencias, mitos, o tradiciones. Los aspectos culturales relacionados con cada etnia inciden en las condiciones de vida de las personas, y por ende en las condiciones de salud y educación de estos grupos poblacionales. Según la pregunta de auto reconocimiento étnico, incluida en el Registro, encontramos que el 90,7% de las personas con discapacidad son mestizos, el 4,9% son afrodescendientes, el 2,6% son indígenas y siguen con muy escasa participación en su orden: palenqueros, raizales del archipiélago y por último personas del pueblo Rom.

2.2.1.7 Vive solo o acompañado

El Registro incluye variables que buscan acercarse a la medición de aspectos que identifican mayores vulnerabilidades de la persona con discapacidad. En general, la vulnerabilidad se define como “*el factor de riesgo interno de un*

*sujeto o sistema expuesto a una amenaza, correspondiente a su predisposición intrínseca a ser afectado o de ser susceptible a sufrir un daño*²³.

La vulnerabilidad está relacionada con la predisposición física, económica, política o social que posee un grupo poblacional de ser afectado o de sufrir daños en caso de que un fenómeno desestabilizador se manifieste. Vivir solo o acompañado, es una de esas condiciones de vulnerabilidad y hace que la persona con discapacidad tenga mayor o menor probabilidad de exclusión; los datos del registro reportan que el 6,1% de las personas viven solas.

2.2.1.8 Pobreza

En 2005, al indagar si por falta de dinero la población NO comió ninguna de las tres comidas básicas, uno o más días de la semana anterior al Censo, se observan datos preocupantes, que reflejan las difíciles condiciones de calidad de vida de la población colombiana. El 7,37% de la población total manifestó no haber comido por falta de dinero; esta situación afecta al 6,99% de la población que no presenta ningún tipo de limitaciones y sube hasta el 12,88% de las personas que sí presenta algún tipo de limitaciones físicas o mentales.

Al analizar por grupos de edad vulnerables como niñez y tercera edad, se encuentra, que el 5,93% de todos los niños menores de cinco años no dispusieron de la alimentación necesaria por falta de recursos económicos al interior de su hogar; corresponde esto al 5,87% de los menores de 5 años sin limitaciones y al 8,32% de la población menor de cinco años, con limitaciones permanentes. En cuanto a la población de 65 años y más, el hambre afectó al 8,41% del total de ancianos, al 6,93% de los mayores de 65 años sin limitaciones y al 12,33% de la población adulto mayor con limitaciones.

Al revisar estos datos por departamento se observa que los más afectados son Chocó (22,68%), La Guajira (20,91%), Guainía (15,95%), Magdalena (15,46%), Sucre (12,96%) y Cesar (11,92%); el que presenta menor incidencia de hambre es el departamento de Casanare (3,90%).

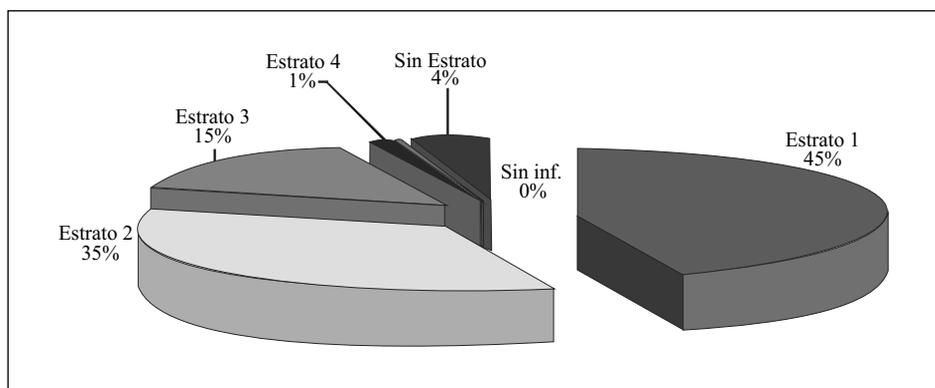
Estrato. Con el propósito de cobrar a los residentes de las viviendas, de manera diferencial, los consumos de energía eléctrica, gas, agua, alcantarillado, aseo y telefonía fija, los inmuebles residenciales en Colombia se clasifican hasta en seis grupos (estratos), homogéneos en sí y heterogéneos entre sí, según sus características físicas y de hábitat urbano o rural.

²³ <http://www.ineter.gob.ni/geofisica/proyectos/georiesgos/terminos.html>, consultado el 29 de julio de 2007.

Los estratos de la vivienda van del 1 al 6, el primero es el que presenta condiciones más críticas de hábitat y vivienda (bajo) y el nivel 6 es de mejor hábitat (alto). La estratificación, conceptual y políticamente se consideró como una clasificación de entorno urbanístico, denominada al principio “focalización geográfica” (Alzate, 2006). Esta clasificación se conoce como la estratificación socioeconómica.

El Registro recoge estos datos en una de las preguntas del entorno, información tomada de uno de los recibos de servicios públicos. Al analizar la relación existente entre las personas con discapacidad registrada y el estrato de la vivienda, observamos:

Gráfico 2.11 Población registrada, por sexo, según estrato de la vivienda – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

El 44,5% del total de las personas informa que residen en viviendas del estrato uno, el 35,3% se encuentra en viviendas del estrato dos; entre estos segmentos (1 – 2) se encuentra el 79,8% de toda la población con discapacidad registrada; son hogares que se caracterizan por las dificultades que tienen para satisfacer sus necesidades esenciales, en tales circunstancias deben ser protegidas por la acción integral del Estado.

Cuadro 2.2.5 Población registrada, por sexo, según estrato de la vivienda – 2010

Estratos	Total		Hombres		Mujeres	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
1	397.482	44,5	195.282	46,0	202.200	43,1
2	315.687	35,3	147.018	34,6	168.669	36,0
3	129.900	14,5	56.111	13,2	73.789	15,7
4	10.679	1,2	4.482	1,1	6.197	1,3
5	1.972	0,2	899	0,2	1.073	0,2
6	384	0,0	20.715	4,9	16.875	3,6
Sin Estrato	37.590	4,2	0	0,0	0	0,0

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

El 14,5% de las personas pertenecen al estrato 3; los estratos 4, 5 y 6 tienen muy poca representación, en estos estratos se han registrado también personas que viven especialmente en instituciones públicas o privadas (ancianatos, centros de rehabilitación) y el 4,2% no tienen estrato asignado en sus viviendas.

Pareciera existir cierta correspondencia entre el estrato de la vivienda y el nivel de ingresos económicos de las familias; según estudios realizados en Bogotá, las del estrato uno (bajo-bajo), tienen ingresos menores a un salario mínimo legal promedio mes; los del estrato dos (bajo) tienen entre uno y tres salarios mínimo legal promedio mes; sin embargo las condiciones de vida del promedio de los hogares, se ven seriamente afectadas si a su interior vive una persona con discapacidad. Si esta es la situación de estos hogares en la ciudad capital, es fácil suponer cómo será la de aquellos municipios de provincia en donde las condiciones son mucho más críticas y la obtención de ingresos es precaria.

Servicios públicos domiciliarios. La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social²⁴; desde una perspectiva social el acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es solo un derecho humano fundamental sino que es un elemento esencial para la vida y para la construcción de capital humano.

²⁴ Definición de la OMS, expuesta en el capítulo del marco conceptual del presente documento.

Podríamos decir que la distribución equitativa de los bienes, servicios y oportunidades de salud se inscribe en el marco de la teoría de la justicia de Rawls, quien plantea que todos los bienes sociales deben ser distribuidos igualmente, y establece que los bienes sociales deben ser organizados para el máximo beneficio de los más necesitados (Acuña, 2005).

El acceso a los servicios públicos domiciliarios permite una mejor calidad de vida, así como satisfacer necesidades de salud y bienestar. Los servicios públicos como un bien social deben tener una cobertura universal, que responda al principio de justicia social donde el acceso a los servicios que se realiza de manera equitativa entre todos los miembros de la sociedad. La accesibilidad a servicios públicos domiciliarios disminuye factores de riesgo, mejora las condiciones de las viviendas y la calidad de vida de las personas que las habitan.

En este sentido, una forma de observar la exclusión social, es a través del grado de accesibilidad que las personas pueden tener respecto a los bienes y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. El Estado debe garantizar la accesibilidad para todos los ciudadanos al entorno físico, a una vivienda digna, al transporte, a la comunicación, a bienes y servicios públicos.

El servicio de energía eléctrica presenta una cobertura casi universal; 93,5% del total de personas registradas con discapacidad reside en viviendas con este servicio; el 64,3% de las personas reside en viviendas con servicio de alcantarillado; no cuenta con servicio de gas natural el 58,3% de las viviendas; el 56,6% de las personas reside en viviendas que no tienen acceso al servicio de telefónico; el 34,5% no cuenta con servicio de recolección de basuras y el 20% reside en viviendas sin servicio de acueducto. Existe un 4,1% de las personas registradas que reside en viviendas que no tienen acceso a ningún servicio público.

Acceso al agua potable. Disponer de agua potable para la preparación de los alimentos, es otra de las características del entorno, y es uno de los principales factores protectores de la salud. Si bien el 79,4% de las viviendas cuenta con el servicio de acueducto, en nuestro país esto no garantiza que para la preparación de sus alimentos las familias dispongan de agua apta para el consumo humano. Un gran número de nuestros municipios no dispone de agua potable; el 34,1% de las personas reporta que en sus viviendas no tienen acceso al agua potable; este es un factor de riesgo especialmente presente y muy significativo para aquellos hogares de la costa Atlántica, costa Pacífica, sur del país y los antiguos territorios nacionales.

2.2.1.9 Beneficio de programas sociales

El modelo de protección social, adoptado por el país mediante la fusión de los anteriores Ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social en el Ministerio de la Protección Social, se fundamenta:

“en mecanismos para proteger a los hogares de situaciones adversas que les impiden el acceso a los bienes y servicios indispensables para satisfacer sus necesidades básicas. Sus instrumentos son: i) la *Seguridad Social*, que debe estar disponible para toda la población, y mitiga los riesgos idiosincrásicos de enfermedad, muerte, accidentes laborales, desempleo, vejez, etc.; ii) la *Asistencia Social*, que busca apoyar la situación de los más pobres y vulnerables; y iii) la *Red de Protección Social*, que contrarresta o mitiga los choques covariados generados por choques macroeconómicos o desastres naturales. El primer componente evita que los hogares reduzcan rápidamente su nivel de consumo cuando se presentan distintos tipos de riesgos, el segundo tiene como objetivo sacar a los hogares de la pobreza crónica o estructural y el tercero busca proteger a los más pobres de los efectos presentes y futuros de las crisis económicas y los desastres naturales.” (Cuesta, y Núñez, 2005)

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 28 respecto del nivel de vida de las personas con discapacidad y los servicios de protección social, establece:

1. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.
2. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:
 - a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;
 - b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;

- c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;
- d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
- e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Es así como la política social debe disminuir las condiciones de vulnerabilidad de los diferentes grupos poblacionales, para ello el Estado ha creado instituciones, programas y servicios sociales que deben ser dirigidos a la población en riesgo. El Registro indaga si la persona con discapacidad es beneficiaria de servicios del Bienestar Familiar o cualquier otro servicio social prestado por otras entidades.

Los menores de cero a 18 años (infancia) son el 16,8% del total de las personas registradas; es un grupo que debe ser atendido y protegido por el Estado, máxime si el niño-a se encuentra en situación de pobreza; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), tiene esa responsabilidad²⁵; del total de la población registrada el instituto tan solo atiende al 5,2%.

Reuniendo toda oferta de programas a favor de las personas con discapacidad tanto del ICBF, como toda aquella pública y privada que puede existir en los municipios, se logra una cobertura del 10,2%, es decir el 88,6% de las personas registradas declara que no tiene acceso a ningún tipo de programa de bienestar social en sus municipios.

2.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD

2.2.2.1 Deficiencias en estructuras corporales

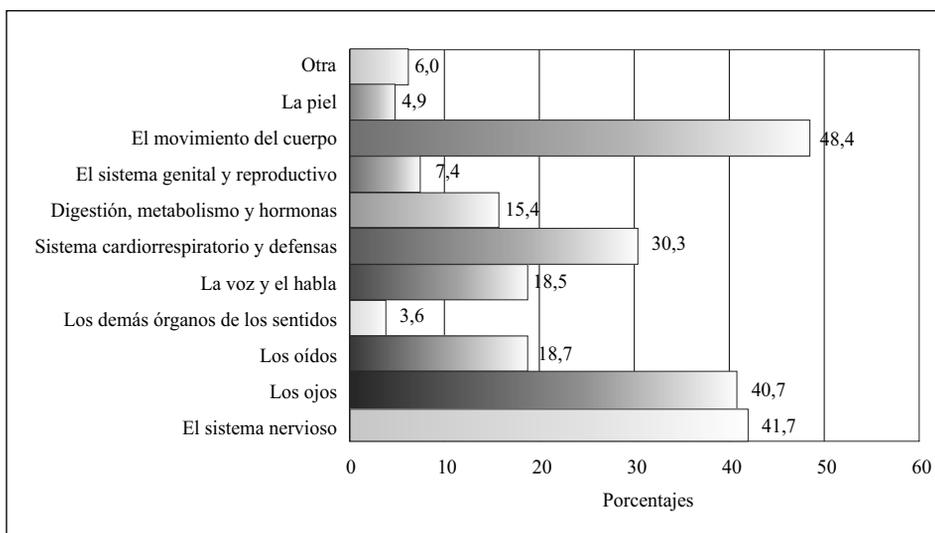
Prevalencia según tipo de deficiencia. La condición de discapacidad está dada por la relación existente entre las características biológicas del individuo, sus motivaciones psicológicas y los condicionamientos sociales y del entorno en el cual la persona vive²⁶. Dentro de las estructuras corporales que más afectan

²⁵ Sentencia tutela 608/2007. Corte Constitucional.

²⁶ “(...) Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas

a las personas registradas se encuentran las relacionadas con el movimiento del cuerpo 48,4% (gráfico 2.12).

Gráfico 2.12. Distribución porcentual de las personas, según estructuras o funciones corporales afectadas – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Le siguen las del sistema nervioso con 41,7%; las de los ojos con el 40,7%; las del sistema cardiorrespiratorio y las defensas presentes en el 30,3%; las de los oídos con el 18,7%; las de voz y el habla con el 18,5%; las deficiencias en los sistemas digestivo y metabólico 15,4%.

Por su parte, las deficiencias del sistema genital y reproductivo (7,4%), las de la piel (4,9%), y las del olfato, el tacto y el gusto (3,6%), presentan las menores prevalencias dentro de la población registrada. El 6,0% de las personas refieren poseer “otro” tipo de deficiencias no localizadas específicamente dentro de las estructuras corporales anteriormente mencionadas. Por cuanto las condiciones socio económicas y los perfiles epidemiológicos no son los mismos en todos los territorios, la anterior distribución de las deficiencias presenta variaciones en cada uno de ellos.

barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” Ley 1346/2009.

Prevalencia de las deficiencias según sexo. Se observan algunas diferencias en la prevalencia de las deficiencias entre hombres y mujeres (cuadro 2.2.6), así, en la mayoría de los sistemas las mujeres presentan deficiencias en mayor proporción, excepto en la relacionada con voz y el habla, sistema en el cual se observa una mayor proporción en los hombres (54,04%).

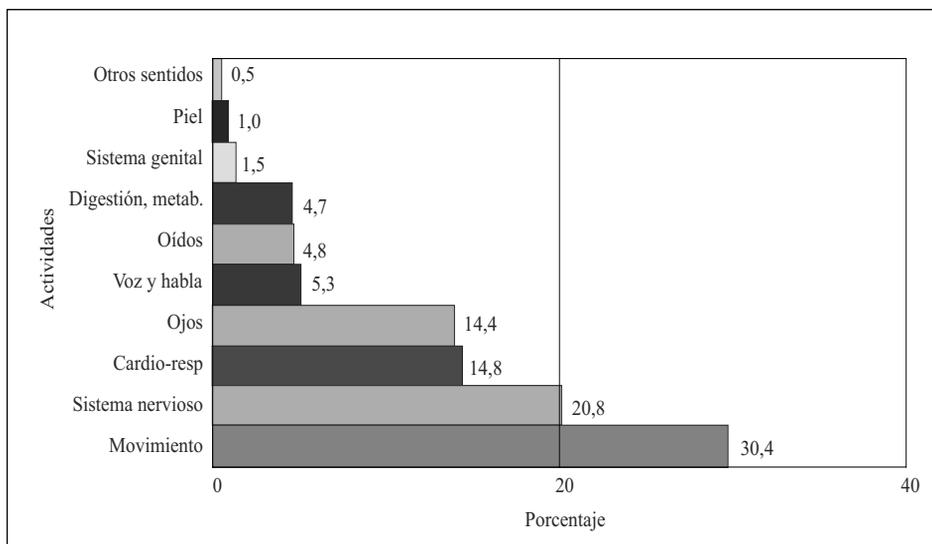
Cuadro 2.2.6 Población registrada por sexo, según deficiencias en estructuras o funciones corporales afectadas – 2010*

Estructuras o funciones corporales	Total	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
El sistema nervioso	372.793	177.007	195.786	47,48%	52,52%
Los ojos	363.776	162.587	201.189	44,69%	55,31%
Los oídos	167.217	82.301	84.916	49,22%	50,78%
Los demás órganos de los sentidos	31.813	15.382	16.431	48,35%	51,65%
La voz y el habla	165.692	89.542	76.150	54,04%	45,96%
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	271.162	109.688	161.474	40,45%	59,55%
Digestión, metabolismo y hormonas	137.256	53.404	83.852	38,91%	61,09%
El sistema genital y reproductivo	66.158	32.982	33.176	49,85%	50,15%
El movimiento del cuerpo	432.318	203.477	228.841	47,07%	52,93%
La piel	43.789	18.918	24.871	43,20%	56,80%
Otra	53.630	24.321	29.309	45,35%	54,65%
Total	893.694	424.692	469.002	47,52%	52,48%

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Deficiencia que más afecta. Al explorar la información del Registro por principal deficiencia sentida, es decir, la que considera que más afecta su desempeño diario (gráfico 2.13), las personas identifican en primer lugar, las relacionadas con estructuras o funciones del movimiento del cuerpo, piernas, brazos, y manos con un 30,4%.

Gráfico 2.13 Porcentaje de personas registradas, por principal deficiencia en las estructuras o funciones corporales*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

En segundo lugar las del sistema nervioso, con un 20,8%; siguen en tercer lugar las del sistema cardiorrespiratorio, 14,8%; luego las de los ojos, 14,4%; en quinta posición las deficiencias en estructuras relacionadas con voz y habla, 5,3%; sexto lugar para las deficiencias en los oídos, 4,8%; luego las de digestión y metabolismo, 4,7%; octavo el sistema genital y reproductivo, 1,5%; le siguen las deficiencias que relacionan piel, uñas y cabellos, 1% y finalmente las deficiencias en los sentidos de olfato, gusto y tacto, 0,48%. Se menciona la opción “otra” con un 2%.

Periodo en el que adquirió la discapacidad. El tiempo que lleva la persona en esta condición es vital para analizar posibilidades de rehabilitación y factores de riesgo que pueden estar presentes en cada uno de los principales ciclos vitales. Con la información de la pregunta del Registro sobre el tiempo que lleva la persona con la principal deficiencia, se determina que el 20,2% la adquirió al momento de nacer, el 7,6% en la niñez, el 8,6% en la adolescencia, el 10,4% en la juventud, el 35,7% en la adultez y el 17,4% siendo adulto mayor. Si bien se observa que un alto porcentaje de personas adquieren su discapacidad en la edad adulta, que se considera como el momento de mayor capacidad productiva de la persona, y donde se podría inferir que las personas están ejerciendo su capacidad laborativa, el 64% restante de personas

En un segundo grupo se pueden mencionar aquellas limitaciones relacionadas con utilizar objetos con las manos (17,3%), cambiar y mantener las posiciones del cuerpo (15,8%), relacionarse con las demás personas y el entorno (12,7%), oír (13,5%), las dificultades de micción, sexuales o de fertilidad (9,1%). Presentan menor frecuencia las que se relacionan con el autocuidado (bañarse, vestirse y alimentarse por sí mismo) con un 9,2%, distinguir sabores u olores con 2,8%, y mantener piel, uñas y cabellos sanos con 5,1%.

Según el cuadro 2.2.7, la población menor de 4 años, presenta mayores limitaciones para caminar, correr, saltar (40,7%); para hablar y comunicarse (35,2%); y dificultades para pensar – memorizar, (30,0%). Las personas mayores de 60 años, presentan dificultades especialmente para caminar, correr y saltar (62,8%); para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas (40,0%), para desplazarse por problemas cardiorrespiratorios (40,9%); pensar y memorizar (32,7%).

Cuadro 2.2.7 Dificultades en la realización de actividades diarias, por grupos de edad – 2010*

Dificultades para	Total	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
Pensar, memorizar	36,9	30,0	47,1	49,3	42,1	31,6	32,7
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	31,2	16,0	21,2	24,8	22,4	33,8	40,0
Oír, aun con aparatos especiales	13,5	8,9	12,0	13,7	10,6	10,6	17,7
Distinguir sabores u olores	2,8	3,6	3,7	3,3	2,9	2,3	2,6
Hablar y comunicarse	19,5	35,2	41,8	38,0	27,0	12,8	10,2
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	28,9	21,8	15,9	14,7	17,3	31,0	40,9
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	11,6	11,9	8,8	7,8	9,6	12,8	13,5
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	9,1	6,3	6,5	5,5	7,3	8,5	11,8
Caminar, correr, saltar	49,9	40,7	32,5	29,3	40,2	51,2	62,8
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	5,1	5,4	5,2	5,1	5,3	4,6	5,1

Dificultades para	Total	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
Relacionarse con las demás personas y el entorno	12,7	14,2	20,6	21,1	17,6	9,7	8,1
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	17,3	13,1	12,6	11,5	15,2	17,8	20,5
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	15,8	14,6	11,2	9,9	13,1	15,2	19,9
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	9,2	19,3	16,0	11,9	8,6	5,3	9,6
Otra	5,7	7,9	6,4	6,0	6,2	6,0	5,0

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Finalmente, como era de esperar (cuadro 2.2.8), de todas las personas registradas, quienes mayores dificultades experimentan durante el desarrollo de sus actividades diarias son las personas de 60 años o más.

Cuadro 2.2.8 Distribución del total de dificultades registradas, por grupos de edad –2010*

Dificultades para	De 0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 años y más
Pensar, memorizar	2,2	6,4	8,1	32,8	16,8	33,8
Percibir la luz, distinguir objetos	1,4	3,4	4,8	20,6	21,2	48,7
Oír, aun con aparatos especiales	1,7	4,4	6,2	22,5	15,4	49,8
Distinguir sabores u olores	3,4	6,7	7,3	30,1	16,2	36,2
Hablar y comunicarse	4,8	10,7	11,9	39,9	12,9	19,9
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	2,0	2,7	3,1	17,2	21,0	53,9
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	2,7	3,8	4,1	23,8	21,6	44,1
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	1,8	3,6	3,7	23,1	18,2	49,6
Caminar, correr, saltar	2,2	3,3	3,6	23,1	20,1	47,8

Dificultades para	De 0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 años y más
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	2,8	5,1	6,1	30,0	17,7	38,3
Relacionarse con las demás personas y el entorno	3,0	8,1	10,1	39,7	14,9	24,3
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	2,0	3,6	4,0	25,2	20,1	45,0
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	2,5	3,5	3,8	23,7	18,8	47,8
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	5,6	8,7	7,9	26,8	11,4	39,7
Otra	3,6	5,6	6,3	30,9	20,4	33,1

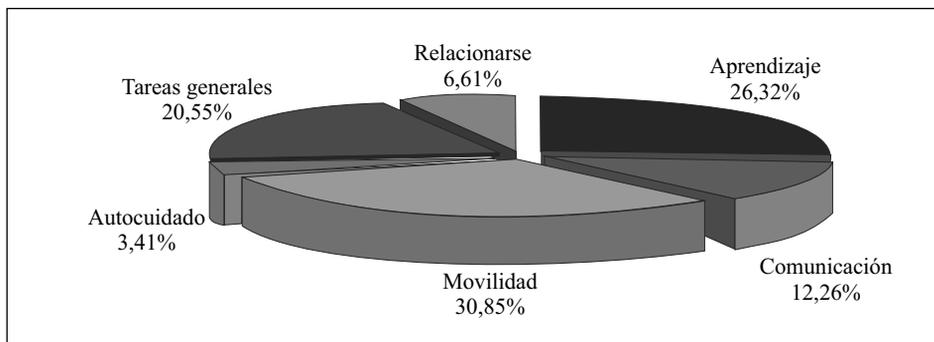
*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Así, son los adultos mayores quienes presentan el 33,8% de las limitaciones para pensar y memorizar; el 48,7%, para percibir la luz, distinguir objetos o personas, a pesar de usar lentes o gafas; el 49,8%, para oír aun con aparatos especiales; el 53,9%, para caminar trechos cortos por problemas cardiorrespiratorios; el 49,6%, para producir, retener o expulsar la orina, o tener relaciones sexuales.

Igualmente importantes son las limitaciones para cambiar y mantener las posiciones del cuerpo (47,8%); para hablar y comunicarse el 19,9%; para masticar, tragar y asimilar los alimentos el 44,1%; para mantener piel, uñas y cabellos sanos el 38,3%, y el 24,3%, para relacionarse con los demás.

Al tratar de reorganizar la información y realizar el análisis tomando categorías utilizadas por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud –(CIF), observamos (gráfico 2.15) que la mayor dificultad se encuentra en aquellas actividades relacionadas con el movimiento (30,85%).

Gráfico 2.15 Distribución porcentual de las personas registradas, según categorías CIF en las dificultades en el desarrollo de las actividades diarias – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad

Siguen las que comprometen el aprendizaje y aplicación del conocimiento (26,32%), la realización de tareas generales (20,55%), las de la comunicación (12,26%), relacionarse con las demás personas y el entorno (6,61%), y las del autocuidado (3,41%).

2.2.2.3 Barreras

Barreras conductuales

Actitudes negativas y edad. La mayoría de las personas registradas (77%) declaran no ver afectadas sus actividades diarias como consecuencia de actitudes negativas provenientes de personas a su alrededor; es decir, el 23% de ellos sí debe convivir con este tipo de actitudes (cuadro 2.2.9 y gráfico 2.16) y los más afectados con esta situación son las personas entre los 10 y 14 años, quienes en un 35,0% declara percibirlas, igualmente los niños entre los 5 y 9 años con un 32,7%.

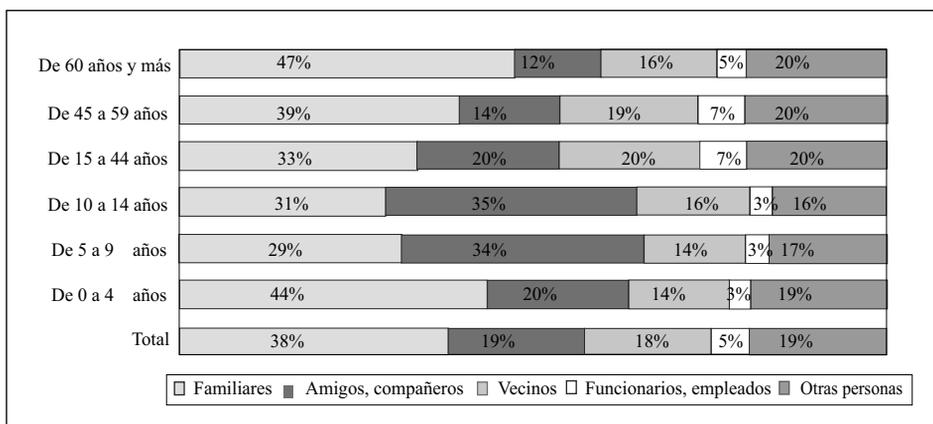
Cuadro 2.2.9 Porcentaje de personas con discapacidad que perciben actitudes negativas, por grupos de edad, según el origen de la actitud – 2010*

Origen de las actitudes	Total	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
Total		2%	7%	9%	36%	17%	28%
Familiares	38%	44%	31%	29%	33%	39%	47%
Amigos, compañeros	19%	20%	34%	35%	20%	14%	12%
Vecinos	18%	14%	14%	16%	20%	19%	16%
Funcionarios, empleados	5%	3%	3%	3%	7%	7%	5%
Otras personas	19%	19%	17%	16%	20%	20%	20%

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Los familiares son el grupo que en mayor proporción muestra actitudes negativas hacia las personas con discapacidad (38%), especialmente con aquellas mayores de los 60 años (47%) y los niños entre los cero y 4 años (44%); las personas registradas que más perciben actitudes negativas por parte de los amigos y compañeros (19%), son especialmente importantes para los niños del grupo de 10 a 14 años (35%) y los de 5 a 9 años (34%); con menor intensidad todos los grupos manifiestan percibir este tipo de comportamientos desde los vecinos (18%) y los funcionarios o empleados (5%), o de otras personas diferentes (19%).

Gráfico 2.16 Porcentaje de personas con discapacidad, por grupos de edad, según actitudes negativas para el desarrollo de actividades cotidianas – 2010*

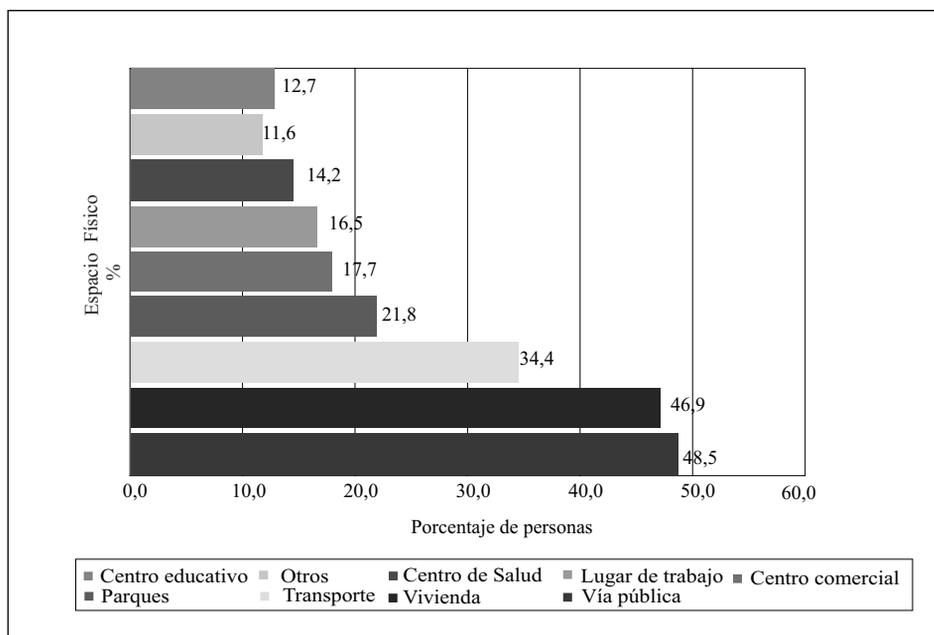


*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Barreras físicas

Localización. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), dentro de los factores contextuales, además de las barreras de tipo actitudinal, da gran importancia a las que se presentan en el entorno cercano, en el ambiente creado. Existe un sinnúmero de barreras físicas o arquitectónicas que limitan la autonomía de las personas con discapacidad (gráfico 2.17).

Gráfico 2.17 Distribución de barreras físicas reportadas por las personas registradas, según localización de la misma – 2010*

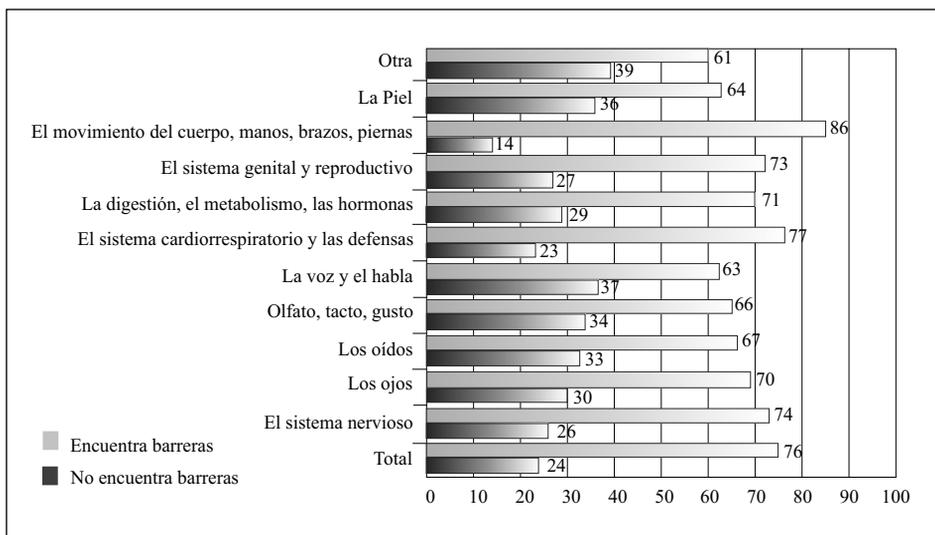


*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Según el registro, el 24% de las personas con discapacidad no percibe este tipo de barreras; entre las que sí las perciben (76%), el 48,5% de ellas las encuentra en la vía pública (andenes y calles); el 46,9% en su residencia (dormitorio, baño, escaleras, pasillos, sala, comedor, etc.); el 34,4% en el transporte público (paraderos y terminales y vehículos); el 14,2% en centros de salud, hospitales; el 16,5% en los parques; el 17,7% en centros comerciales y tiendas; el 12,7% en centros educativos y en el lugar de trabajo el 16,5%.

Barreras físicas y tipo de deficiencia²⁷. Si bien en términos generales, las barreras físicas están presentes para el 76% de la población registrada, varía su incidencia según el tipo de deficiencia que afecta a la persona (ver gráfico 2.18 - cuadro 2.2.10).

Gráfico 2.18 Porcentaje de personas registradas afectadas por barreras físicas del entorno, según tipo de deficiencia – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Las barreras físicas, se presentan en las personas con deficiencias en el sistema nervioso (74%), ojos (71%), oídos (67%), otros órganos de los sentidos (66%), voz y habla (63%), sistema cardiorrespiratorio (77%), digestión – metabolismo y hormonas (71%), sistema genital y reproductivo (73%), movimiento de cuerpo, manos, brazos, piernas (86%), piel (64%).

²⁷ Teniendo en cuenta que una persona puede presentar simultáneamente deficiencias en varios sistemas o estructuras del cuerpo, para el cálculo de los resultados del cuadro 10 se tuvo en cuenta la principal deficiencia, correspondiente a la pregunta 28 del formulario del Registro.

Cuadro 2.2.10 Distribución porcentual de las personas registradas por principal estructura o función corporal afectada, según áreas físicas donde son percibidas las barreras – 2010*

Principal estructura o función corporal afectada	% Vivienda	% Vía pública	% Parques	% Transporte	% Centro educativo	% Lugar de trabajo	% Centro de salud	% Centro comercial
Total	20,90	21,63	9,74	15,32	5,68	7,36	6,34	7,88
El sistema nervioso	15,28	20,27	10,89	14,90	9,05	7,73	7,22	8,94
Los ojos	19,84	23,32	9,31	15,14	5,92	7,59	6,04	7,22
Los oídos	11,79	22,97	10,52	15,33	7,80	8,30	7,53	9,55
Los demás órganos de los sentidos.	21,16	19,16	9,31	13,37	7,19	9,30	5,95	6,88
La voz y el habla	11,36	19,55	10,35	14,40	11,91	7,17	8,35	10,50
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	25,27	23,72	9,88	14,59	3,15	6,14	4,98	7,33
La digestión, el metabolismo, las hormonas	23,18	22,17	9,64	15,73	3,56	7,19	4,91	7,84
El sistema genital y reproductivo	24,11	20,69	9,16	14,95	3,49	8,80	5,71	7,18
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	24,43	21,22	9,13	16,07	4,03	7,31	6,32	7,32
La Piel	17,82	20,83	9,23	13,16	6,41	10,58	5,24	7,66
Otra	20,43	20,49	7,91	13,27	5,79	8,17	5,42	6,97

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Así, las personas que presentan deficiencias en el sistema nervioso declaran que el espacio en el cual perciben mayor dificultad por la presencia de barreras físicas es la vía pública (20,27%), la vivienda (15,28%) y el transporte público (15,32%).

Para las personas con deficiencias en los ojos, perciben barreras físicas con mayor frecuencia en la vía pública (23,32%), en la vivienda (19,84%) y en el transporte público (15,14%).

Los que presentan deficiencias en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, y piernas, las barreras físicas son más frecuentes en la vivienda (24,43%), en la vía pública (21,22%), y en el transporte público (16,07%).

Las barreras físicas que existen en las viviendas afectan especialmente a las personas con deficiencias en el sistema cardiorrespiratorio (25,27%) y menos para quienes deficiencias en las estructuras de voz y habla (11,36%).

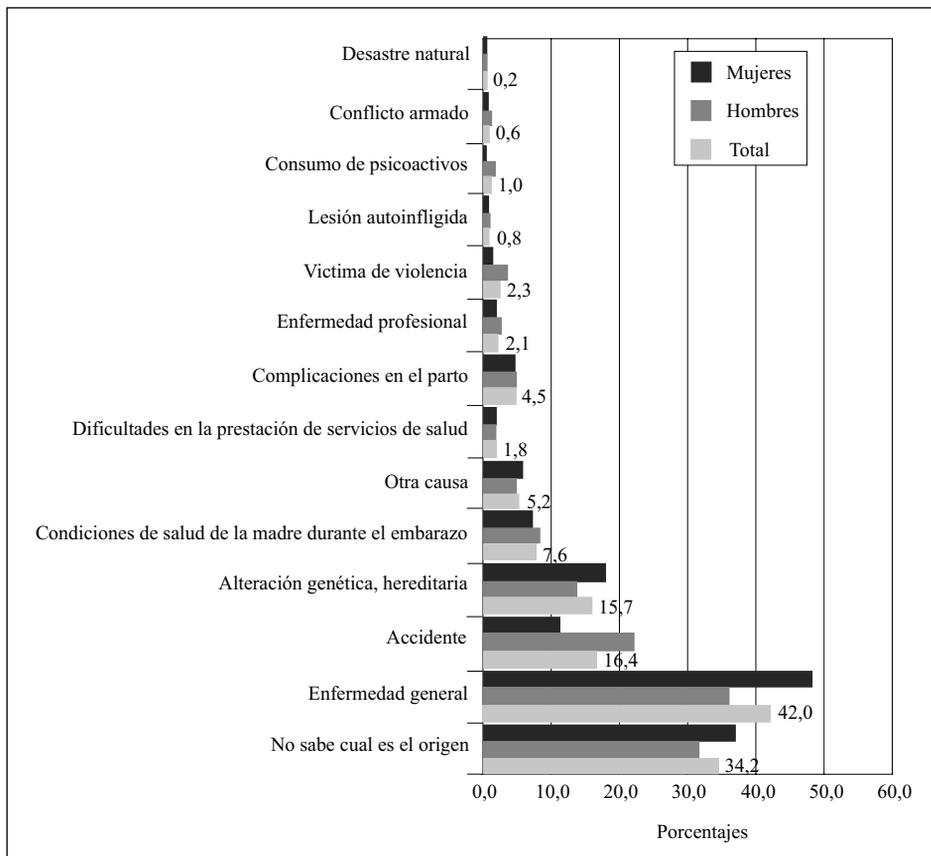
En los centros educativos son mayores las barreras para quienes tienen deficiencias de voz y habla (11,91%) y menos para aquellos con problemas cardiorrespiratorios (3,15%).

Las barreras en los lugares de trabajo afectan especialmente a personas con deficiencias en la piel (10,58%) y menos para los que tienen deficiencias cardiorrespiratorias (6,14%).

2.2.2.4 Origen de la discapacidad

Respecto al origen de la discapacidad (gráfico 2.19 y cuadro 2.2.11), el 34,2% de las personas registradas declara no conocer la causa, posiblemente no han sido siquiera diagnosticados; en consecuencia el 65,8% tiene información sobre su origen (68,4% de los hombres y 63,4% de las mujeres). En un Estado Social de Derecho que debe velar por el bienestar y salud de todos los ciudadanos, se hace indispensable que las personas con discapacidad sean oportuna y correctamente diagnosticadas para proveer los medios sanitarios y/o de rehabilitación necesarios; así pues, una calificación de las secuelas de la situación de discapacidad es pertinente en tanto ello provee información clave para determinar no solo los servicios en salud que requiere dicha persona, sino también las acciones que desde otros sectores como el educativo o laboral se deben adelantar para garantizar la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad.

Gráfico 2.19 Distribución porcentual del origen de la discapacidad – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

La primera causa reportada de la discapacidad corresponde a enfermedad general 42,0% (el 35,8% en hombres y el 48,0% en mujeres). El 15,7% adquieren su discapacidad por alteraciones genéticas o hereditarias (13,6% en hombres, y 17,7% en mujeres), el 7,6% por condiciones de salud de la madre durante el embarazo; el 4,5% por complicaciones en el parto, víctimas de la violencia (2,3%), por lesiones autoinfligidas (0,8%), por el consumo de psicoactivos (1%) y como víctimas de guerra (0,6%). Del total de personas registradas, el 16,4% (96.514 personas) presentan discapacidad producto de un accidente, de ellos el 28,4% (27.448 personas) ocurrieron en el lugar de trabajo (21,9% de los hombres y 11,1% de las mujeres).

El 2,1% (12.134 personas) declaran como origen de su discapacidad una enfermedad profesional (2,4% de los hombres y 1,7% de las mujeres). Los factores de riesgo asociados a la enfermedad profesional que más influyeron fueron: medio ambiente físico (36,2%); condiciones de seguridad (14,3%); contaminantes (9,7%); carga de trabajo física o mental (18,8%); organización del trabajo – psicolaborales (3,6%), otra causa diferente (16,9%).

Cuadro 2.2.11 Distribución porcentual del origen de la discapacidad, según sexo – 2010*

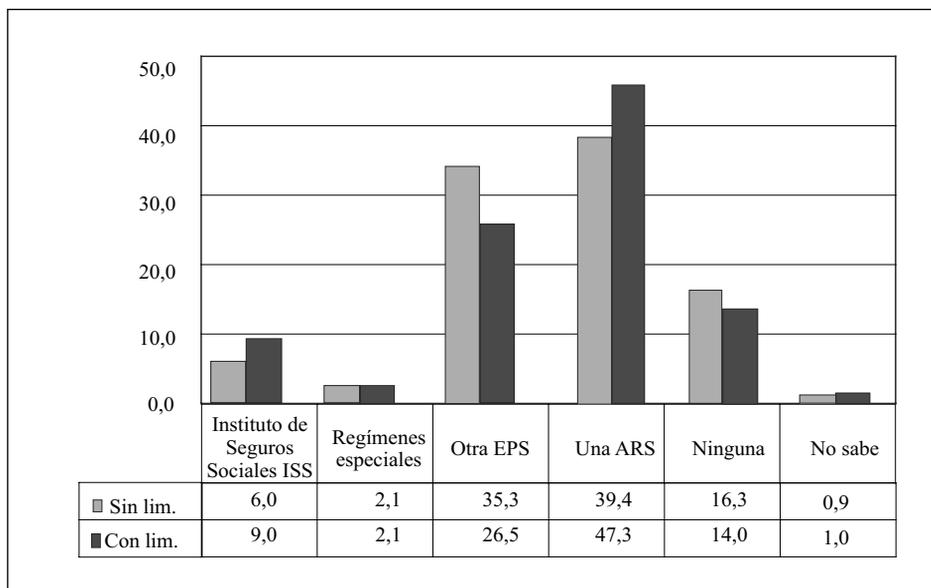
Origen de la discapacidad	Total	Hombres	Mujeres
No sabe cuál es el origen	34,2	31,6	36,6
Enfermedad general	42,0	35,8	48,0
Accidente	16,4	21,9	11,1
Alteración genética, hereditaria	15,7	13,6	17,7
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	7,6	8,0	7,1
Otra causa	5,2	4,8	5,6
Dificultades en la prestación de servicios de salud	1,8	1,8	1,7
Complicaciones en el parto	4,5	4,7	4,3
Enfermedad profesional	2,1	2,4	1,7
Víctima de violencia	2,3	3,4	1,2
Lesión auto infligida	0,8	0,8	0,7
Consumo de psicoactivos	1,0	1,6	0,4
Conflicto armado	0,6	1,0	0,2
Desastre natural	0,2	0,2	0,2

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

2.2.2.5 Salud y aspectos relacionados

Afiliación SGSSS. Desigualdades se observan en el acceso a la seguridad social, según el Censo General 2005, el 9,0% de la población con limitaciones permanentes reportó estar afiliada al ISS, las personas sin limitaciones, el 6,0% (gráfico 2.20).

Gráfico 2.20 Porcentaje de población por tipo de afiliación a salud.
Total Nacional*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

En régimen especial, el 2,1% de ambos grupos; la afiliación en otra EPS (contributivo) es superior para quienes tienen limitaciones (35,3%), frente al 26,5%; a una ARS (subsidiado) personas sin limitaciones 39,4%, frente a un 47,3%; no están afiliados el 14,0% de las personas con limitaciones.

Afiliación por departamento. La situación nacional presenta diferenciales en los departamentos (cuadro 11) así por ejemplo los departamentos que presentan los mayores porcentajes de población con limitaciones afiliada a una ARS, son: Arauca (75,5%), Huila (68,2%), Boyacá (66,0%), Casanare (64,3%), Vaupés (63,8), Guaviare (62,6%), Caquetá (58,2%) y Cundinamarca (57,6%).

El departamento de Córdoba es el que presenta mayor tasa de desafiliación de personas con limitaciones (36,3%).

Cuadro 2.2.12 Porcentaje de población con limitaciones, por tipo de afiliación a salud, según departamento. Censo 2005*

Departamento	Población con limitaciones permanentes					
	ISS	Regímenes especiales	Otra EPS	Una ARS	Ninguna	No sabe
Antioquia	10,6	1,3	31,9	46,5	8,5	1,1
Atlántico	10,8	1,8	25,9	43,0	17,6	0,9
Bogotá	14,7	4,2	42,4	30,7	7,4	0,6
Bolívar	6,3	2,4	22,9	51,8	15,2	1,3
Boyacá	6,5	2,0	16,3	66,0	8,6	0,7
Caldas	11,4	1,8	27,7	43,9	14,4	0,9
Caquetá	3,9	1,7	18,8	58,2	16,7	0,8
Cauca	5,6	1,3	15,3	50,3	26,2	1,3
Cesar	4,0	1,2	22,1	52,3	19,1	1,4
Córdoba	3,1	1,2	18,5	39,5	36,3	1,3
Cundinamarca	8,6	2,0	25,7	57,6	5,5	0,5
Chocó	3,1	2,2	19,5	40,4	34,1	0,7
Huila	4,1	2,3	16,5	68,2	8,2	0,7
La Guajira	8,3	1,5	22,0	39,8	26,8	1,6
Magdalena	7,9	1,9	20,1	44,7	23,2	2,1
Meta	7,8	4,3	25,1	47,9	13,9	1,0
Nariño	3,5	1,4	21,8	52,4	19,9	0,8
Norte de Santander	6,1	2,2	13,9	55,6	20,7	1,6
Quindío	10,5	1,6	26,5	49,6	11,2	0,5
Risaralda	10,8	1,4	32,6	43,1	11,1	0,9
Santander	9,4	4,0	24,0	51,6	10,1	0,8
Sucre	3,2	1,8	20,1	49,6	23,1	2,2
Tolima	7,5	1,9	18,7	56,1	14,2	1,5
Valle del Cauca	13,3	1,5	31,1	37,3	16,0	0,9
Arauca	3,2	0,8	9,5	75,5	7,8	3,2
Casanare	3,3	1,1	27,3	64,3	3,2	0,9
Putumayo	1,8	1,8	33,5	48,3	14,0	0,5
San Andrés	22,9	1,7	25,5	39,4	9,3	1,1
Amazonas	4,6	4,5	26,6	56,4	7,4	0,4
Guainía	1,6	3,5	33,2	55,2	6,1	0,3
Guaviare	1,4	0,6	20,5	62,6	13,7	1,2
Vaupés	2,5	6,1	23,7	63,8	3,7	0,2
Vichada	4,1	3,4	8,9	48,9	33,0	1,6
Total	9,0	2,1	26,5	47,3	14,0	1,0

*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Estuvo enfermo en el último año. Según información censal el 15,3% de la población sin limitaciones y el 44,6% de la población con limitaciones permanentes reportó haber estado enfermo en el último año (cuadro 2.2.13). En 15 de los 33 departamentos se presenta un porcentaje mayor al promedio nacional, en especial Putumayo en donde el 64,9% de las personas con limitaciones reportaron haber estado enfermas en el último año.

Cuadro 2.2.13 Porcentaje de población que estuvo enferma en el último año, según departamento. Censo 2005*

Departamento	Sin LIM.		Con LIM.	
	% SÍ	% NO	% SÍ	% NO
Antioquia	15,6	84,4	43,3	56,7
Atlántico	10,8	89,2	33,5	66,5
Bogotá	14,7	85,3	43,0	57,0
Bolívar	10,7	89,3	33,5	66,5
Boyacá	19,9	80,1	57,7	42,3
Caldas	17,9	82,1	48,0	52,0
Caquetá	18,6	81,4	48,7	51,3
Cauca	20,2	79,8	52,4	47,6
Cesar	11,5	88,5	35,1	64,9
Córdoba	12,0	88,0	38,0	62,0
Cundinamarca	17,0	83,0	53,3	46,7
Chocó	23,1	76,9	47,3	52,7
Huila	15,8	84,2	46,6	53,4
La Guajira	13,3	86,7	39,7	60,3
Magdalena	14,1	85,9	38,3	61,7
Meta	16,3	83,7	45,4	54,6
Nariño	21,2	78,8	53,7	46,3
Norte de Santander	13,9	86,1	44,9	55,1
Quindío	20,9	79,1	49,2	50,8
Risaralda	17,0	83,0	44,1	55,9
Santander	17,2	82,8	49,5	50,5
Sucre	12,1	87,9	36,4	63,6
Tolima	15,1	84,9	44,4	55,6
Valle del Cauca	14,2	85,8	38,2	61,8
Arauca	12,6	87,4	43,6	56,4
Casanare	13,4	86,6	42,9	57,1
Putumayo	28,4	71,6	64,9	35,1
San Andrés	10,1	89,9	26,4	73,6
Amazonas	11,0	89,0	37,6	62,4
Guainía	13,2	86,8	48,4	51,6
Guaviare	17,6	82,4	48,8	51,2
Vaupés	13,3	86,7	41,4	58,6
Vichada	11,6	88,4	26,3	73,7
Total	15,3	84,7	44,6	55,4

*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

A dónde acudió la última vez que estuvo enfermo. Ahora bien, el 73,9% del total de la población con limitaciones permanentes que reportó estar enferma, acudió a recibir atención al servicio al que tiene derecho, el 16,9% acudió a otro hospital o clínica, el 2,4% se acercó a una droguería, tegua o un curandero; el 6,3 fue a un médico tradicional, y el 0,6% no fue a ninguna parte; los departamentos de Cundinamarca y Bogotá presentan los mayores porcentajes de acudir a donde se tiene el derecho; el de menor cobertura es Vichada con 42,3%.

Cuadro 2.2.14 Porcentaje de población que estuvo enferma por lugar a donde acudió a recibir atención, según departamento. Censo 2005*

Departamento	Población con limitaciones permanentes				
	Al servicio al que tiene derecho	A otro hospital, clínica	A una droguería, tegua o curandero	Médico tradicional de su grupo étnico	A ninguna parte
Antioquia	78,7	13,1	1,6	6,1	0,4
Atlántico	73,7	18,9	1,5	5,9	0,0
Bogotá	85,2	9,2	1,8	3,8	0,0
Bolívar	69,9	20,0	1,5	8,3	0,3
Boyacá	78,7	13,2	2,3	5,6	0,2
Caldas	76,7	16,1	2,4	4,7	0,1
Caquetá	62,8	24,3	3,7	6,7	2,4
Cauca	59,9	24,6	2,7	11,0	1,8
Cesar	72,2	15,6	2,1	10,1	0,0
Córdoba	54,1	35,5	1,9	8,5	0,0
Cundinamarca	84,6	10,0	1,1	4,3	0,1
Chocó	46,7	27,9	4,0	11,1	10,4
Huila	74,9	14,6	3,3	7,2	0,0
La Guajira	57,5	28,5	3,5	2,5	8,0
Magdalena	67,7	19,2	1,8	11,3	0,0
Meta	74,7	11,3	5,0	8,8	0,3
Nariño	63,2	25,9	3,3	6,2	1,3
Norte de Santander	66,5	21,1	3,0	8,9	0,5
Quindío	76,2	14,6	3,6	5,6	0,0
Risaralda	80,3	12,6	2,7	4,3	0,1
Santander	74,8	15,8	3,4	5,8	0,2
Sucre	61,8	29,7	2,0	6,4	0,1
Tolima	68,9	18,5	3,8	8,5	0,2
Valle del Cauca	73,0	19,1	2,2	5,4	0,3

Departamento	Población con limitaciones permanentes				
	Al servicio al que tiene derecho	A otro hospital, clínica	A una droguería, tegua o curandero	Médico tradicional de su grupo étnico	A ninguna parte
Arauca	71,0	20,5	2,0	4,5	1,9
Casanare	73,9	18,1	2,8	4,7	0,6
Putumayo	65,6	21,8	4,3	1,9	6,3
San Andrés	78,3	18,1	0,0	3,6	0,0
Amazonas	66,3	26,1	1,0	5,5	1,2
Guainía	68,3	16,4	2,1	8,2	5,0
Guaviare	64,0	27,2	2,1	3,8	3,0
Vaupés	46,6	36,4	4,5	10,5	1,9
Vichada	42,3	28,5	6,6	22,4	0,2
Total	73,9	16,9	2,4	6,3	0,6

*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Afiliación a fondo de pensiones. La afiliación a un fondo de pensiones es realmente marginal; lo están el 11,25% de las personas sin limitaciones y el 8,0% de quienes presentan alguna limitación; el 87,4% de la población sin limitaciones y el 88,0% de la población con limitaciones permanentes reporta no estar afiliada; el 1,4% de quienes no tienen limitaciones y el 4,0% de los que tienen limitaciones gozan de una pensión. (cuadro 2.2.15). En los departamentos de Arauca y Guaviare no se reportaron personas con limitaciones que disfruten de una pensión. El que más tiene pensionados es Bogotá (7,4%).

Cuadro 2.2.15 Porcentaje de población por tipo de afiliación a fondo de pensiones, según departamento. Censo 2005*

Departamento	Población sin limitaciones			Población con limitaciones permanentes		
	Afiliado	No afiliado	Con pensión	Afiliado	No afiliado	Con pensión
Antioquia	15,5	82,7	1,8	9,7	84,8	5,5
Atlántico	8,7	89,9	1,4	7,6	88,2	4,2
Bogotá	21,7	76,1	2,3	16,1	76,4	7,4
Bolívar	5,1	94,1	0,8	6,5	91,5	2,0
Boyacá	7,0	91,9	1,1	5,1	92,6	2,3
Caldas	11,6	86,3	2,0	7,7	87,4	4,9
Caquetá	3,6	96,1	0,3	5,4	92,8	1,8
Cauca	5,4	93,9	0,7	4,4	94,1	1,5

Departamento	Población sin limitaciones			Población con limitaciones permanentes		
	Afiliado	No afiliado	Con pensión	Afiliado	No afiliado	Con pensión
Cesar	3,6	96,2	0,2	3,6	95,6	0,8
Córdoba	2,9	96,8	0,3	2,6	96,4	1,0
Cundinamarca	13,5	85,2	1,3	7,8	88,4	3,8
Chocó	2,7	96,9	0,4	6,8	91,5	1,7
Huila	5,7	93,6	0,7	3,9	94,2	1,9
La Guajira	2,4	97,4	0,2	3,9	94,6	1,5
Magdalena	4,6	94,7	0,7	5,1	92,6	2,3
Meta	8,5	90,7	0,8	6,9	89,6	3,5
Nariño	4,0	95,5	0,4	3,6	95,3	1,0
Norte de Santander	5,0	94,4	0,7	4,7	93,5	1,7
Quindío	9,7	88,7	1,7	7,6	87,8	4,6
Risaralda	12,2	86,0	1,7	8,7	85,8	5,6
Santander	10,3	88,2	1,6	7,5	87,6	4,8
Sucre	2,9	96,8	0,3	2,3	96,5	1,2
Tolima	7,0	91,7	1,3	5,1	91,9	3,0
Valle del Cauca	13,2	84,6	2,1	10,7	83,8	5,5
Arauca	4,6	95,3	0,0	3,9	96,1	0,0
Casanare	6,0	93,8	0,2	3,7	95,8	0,5
Putumayo	3,5	96,3	0,2	3,7	95,4	0,9
San Andrés	15,5	82,8	1,7	17,3	79,3	3,4
Amazonas	4,7	95,0	0,3	6,0	93,6	0,4
Guainía	5,8	94,0	0,2	9,0	89,2	1,8
Guaviare	3,8	96,1	0,1	2,8	97,2	0,0
Vaupés	6,7	93,0	0,3	10,7	88,1	1,2
Vichada	3,0	96,8	0,2	1,7	97,7	0,6
Total	11,2	87,4	1,4	8,0	88,0	4,0

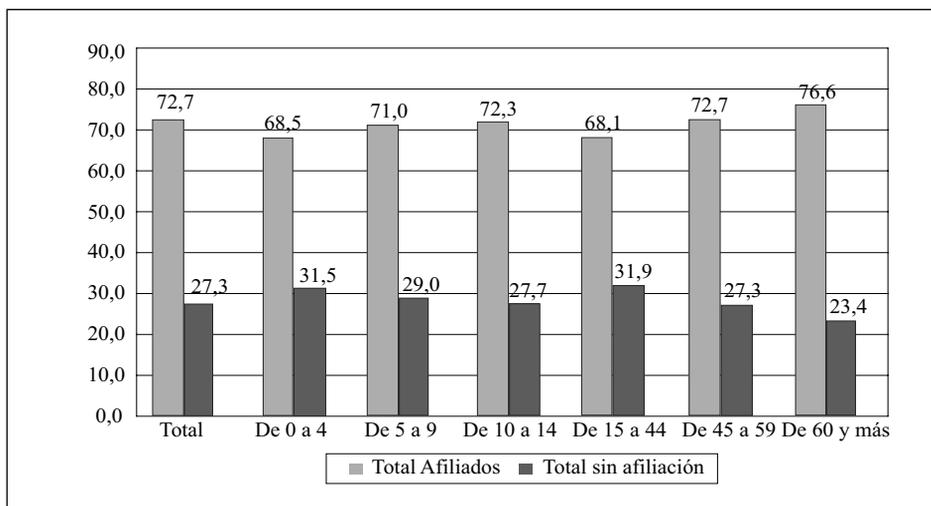
*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Identificar la cobertura del aseguramiento alcanzado por el Sistema General de Seguridad Social en la población que se encuentra con discapacidad, es esencial a la hora de analizar su situación de exclusión. La información del Registro confirma las tendencias identificadas en el Censo General de 2005 (gráfico 2.21 y cuadro 2.2.16). El 72,7% de las personas con discapacidad registradas, están afiliadas al sistema de salud.

Cifra que deja por fuera a 244.098 personas, el 29,2% de los hombres y el 25,7% de las mujeres; estas son personas en una mayor situación de

vulnerabilidad respecto al total de la población; por grupos de edad la mayor proporción corresponde a la población en edad productiva, aquellos de 15 a 44 años, para quienes el porcentaje de no afiliación es del 31,9%.

Gráfico 2.21 Cobertura de aseguramiento en salud, según grupos de edad – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Cuadro 2.2.16 Cobertura de aseguramiento en salud, por sexo, según grupos de edad – 2010*

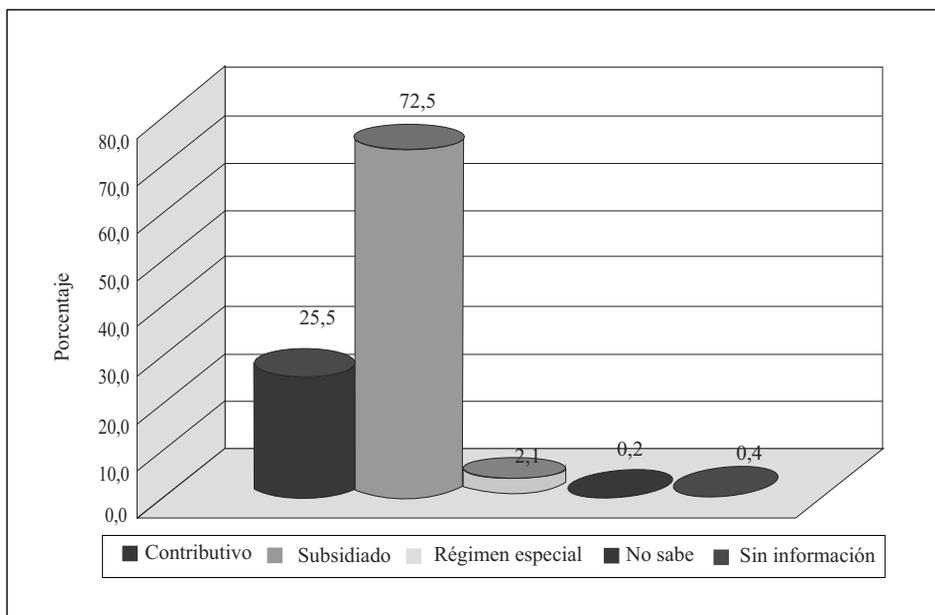
Grupos de edad	Porcentaje de población registrada con afiliación a salud			Porcentaje de población registrada sin afiliación a salud		
	Total	hombres	mujeres	Total	hombres	mujeres
Total	72,7	70,8	74,3	27,3	29,2	25,7
De 0 a 4	68,5	68,9	68,0	31,5	31,1	32,0
De 5 a 9	71,0	70,7	71,5	29,0	29,3	28,5
De 10 a 14	72,3	72,0	72,5	27,7	28,0	27,5
De 15 a 44	68,1	66,1	70,3	31,9	33,9	29,7
De 45 a 59	72,7	69,6	75,1	27,3	30,4	24,9
De 60 y más	76,6	75,6	77,4	23,4	24,4	22,6

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Se presenta mayor proporción de hombres no afiliados, se da principalmente en el grupo de 15 a 44 años (33,9%) y los niños de cero a 4 años (31,1%). En las mujeres las de cero a 4 años (32,0%), y las de 15 a 44 años (29,7%).

Tipos de afiliación. Respecto al tipo de afiliación (gráfico 2.22), el 25,5% del total de afiliados, hace parte del régimen contributivo; el 72,5% del régimen subsidiado y el 2,1% de alguno de los regímenes especiales (fuerzas militares, docentes, empleados de Ecopetrol, etc.). No se informa sobre el tipo de afiliación en el 0,4% de los casos.

Gráfico 2.22 Población con discapacidad, según tipo de afiliación al SGSSS – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

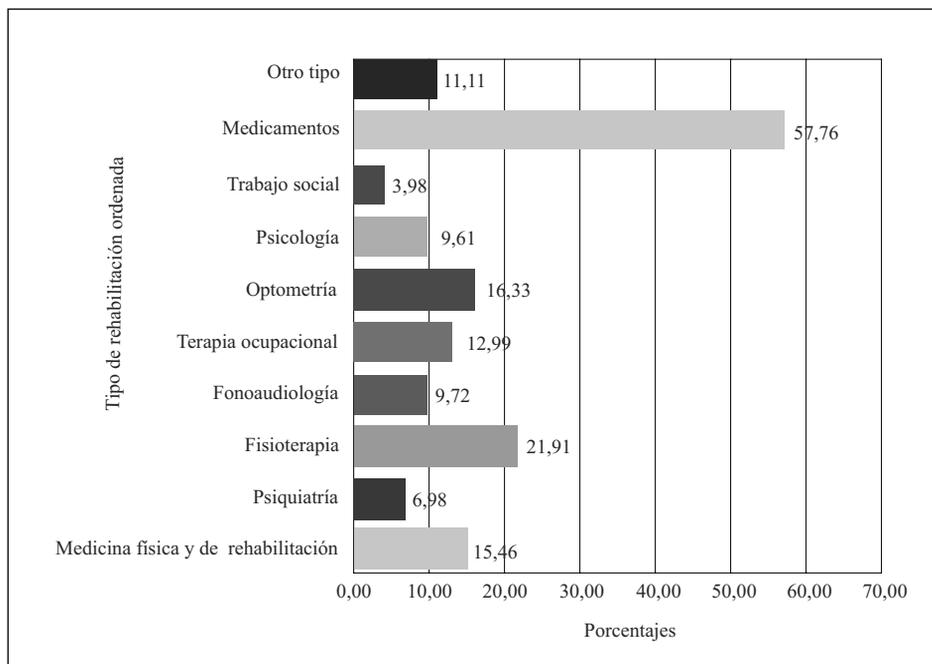
Diagnóstico oportuno. Según el Registro, el 31,8% del total de la población refiere que su condición no fue oportunamente diagnosticada, evidenciando que existe una parte importante de la población que no tiene acceso oportuno a esta información.

Contar con un diagnóstico oportuno determina posibilidades de rehabilitación y de inclusión de las personas con discapacidad. Los datos del Registro evidencian que un significativo grupo de personas no posee diagnóstico oportuno sobre su condición, se aumenta así la brecha del acceso a los servicios a que tiene derecho.

2.2.2.6 Servicios de rehabilitación

Rehabilitación ordenada. Al 78,2% de las personas registradas se les ha ordenado servicios de rehabilitación (gráfico 2.23). Las frecuencias en el tipo de rehabilitación ordenada, guarda cierta relación con los tipos de deficiencias y limitaciones declarados por las personas registradas. Dentro de las más importantes informan que al 57,7% le han ordenado terapia farmacológica; al 21,9%, fisioterapia; al 15,4%, medicina física y de rehabilitación; al 16,3%, optometría; al 9,6%, psicología; al 9,7%, fonoaudiología; al 12,9%, terapia ocupacional; al 6,9%, psiquiatría, y al 11,1%, otro tipo de rehabilitación.

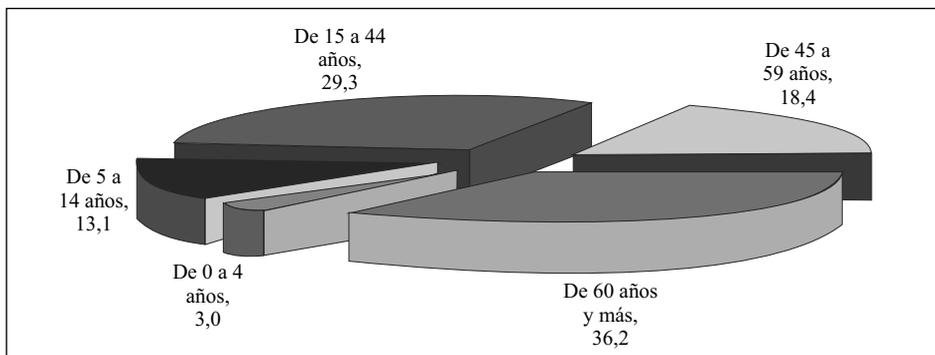
Gráfico 2.23 Tipos de rehabilitación ordenada a la población registrada, según servicio requerido – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Edad y tipos de rehabilitación. El comportamiento de la distribución de las órdenes de rehabilitación emitidas a las personas según su edad lo podemos observar en el gráfico 2.24.

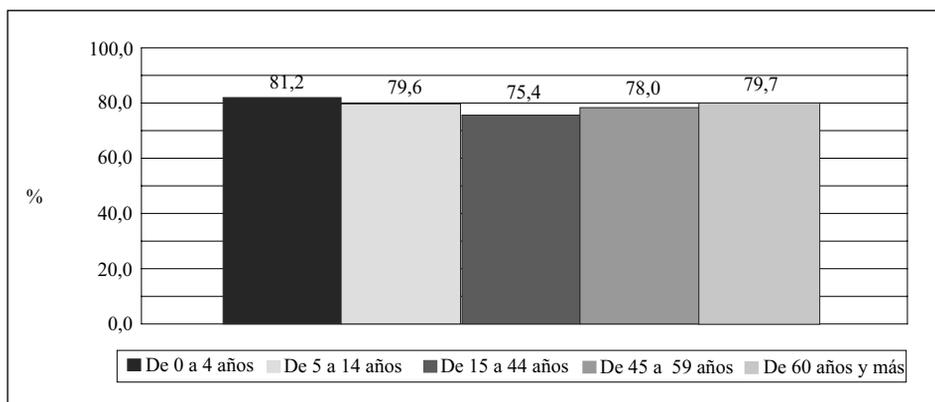
Gráfico 2.24 Rehabilitación ordenada a la población registrada, según grupos de edad – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

El 3,0% de las órdenes de rehabilitación, se dirige a los niños de cero a 4 años; el 13,1%, a los niños de 5 a 14 años; las personas entre los 15 y 44 años tienen el 29,3%, del total de la rehabilitación ordenada; el 18,4%, para las personas entre los 45 y 59 años, y un 36,2%, para las personas mayores de 60 años. Ahora bien, en el gráfico 2.25 se observa cómo al 81,2% de todas personas entre los cero y 4 años se les ordenó servicios de rehabilitación, igual sucede con el 79,6% , de los niños de 5 a 14 años, con el 75,4% de las personas de 15 a 44 años, el 78%, de los que están entre los 45 y 59 años, y al 79,7%, de los mayores de 60 años.

Gráfico 2.25 Porcentaje de población con orden de servicios de rehabilitación, según grupo de edad 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Según el cuadro 16 las terapias farmacológicas constituyen el tipo de rehabilitación más frecuentemente ordenado (57,8%); en los menores de 5 años (35,1%), en los niños de 5 a 14 años el 31,4%, de aquí en adelante va en aumento progresivo conforme aumenta la edad de la persona. Se presenta en los de 15 a 44 años (47,0%), en las personas de 45 a 59 años (64,2%), y en los mayores de 60 años llega al 71,5%.

Cuadro 2.2.17 Porcentaje de personas registradas, por grupos de edad, rehabilitación ordenada – 2010*

Tipo de rehabilitación ordenada	Total	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
Medicina física y de rehabilitación	15,46	21,4	17,0	16,1	14,3	14,7
Psiquiatría	6,98	3,5	8,3	12,0	6,7	3,4
Fisioterapia	21,9	33,0	25,3	23,4	20,1	20,0
Fonoaudiología	9,7	21,3	26,0	11,6	4,6	5,4
Terapia ocupacional	13,0	25,6	26,0	15,8	9,1	8,3
Optometría	16,3	12,7	19,5	14,5	16,2	17,0
Psicología	9,6	10,9	23,9	14,7	6,1	3,5
Trabajo social	4,0	6,4	8,4	5,3	2,6	2,3
Medicamentos	57,8	35,1	31,4	47,0	64,2	71,5
Otro tipo	11,1	19,3	14,1	12,1	10,3	9,3

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

En un segundo lugar se encuentra la orden para los servicios de rehabilitación con fisioterapia (21,9%), más frecuente en los niños menores de cinco años con el 33%.

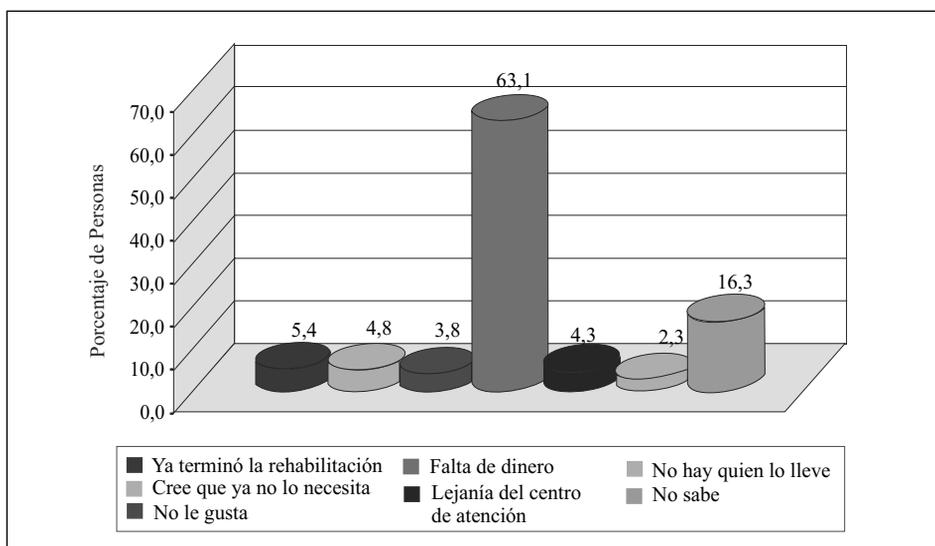
La terapia ocupacional se ordena al 13,0% de las personas, y es más frecuente en los niños de 5 a 14 años (26,0%), en los de cero a 4 años (25,6%) y en las personas que se encuentran en edad productiva (15,8%).

Razones de no asistencia a los servicios de rehabilitación. Al 21,8% no le ordenaron procesos de rehabilitación, esto equivale a 195.192 personas. Se dieron órdenes de rehabilitación a 698.502 personas, pero de estas el 85% no estaba asistiendo en el momento del registro al proceso rehabilitatorio. Son hombres y mujeres, niños, jóvenes, adultos y mayores, de todas las edades; la

principal razón para la no asistencia a los servicios hace referencia a la falta de dinero, el 63,1% no asiste por esta razón (gráfico 2.26).

Independientemente de que las personas tengan un carné que los reconoce como usuarios de un servicio de prestación en salud, encuentran barreras de diferente tipo para asistir, entre ellas: porque el programa de rehabilitación de la EPS a la cual están afiliados es de mala calidad, porque tendrían que ir a un programa de rehabilitación particular y carecen de recursos, ya sea para pagar la consulta o simplemente para desplazarse al centro de rehabilitación.

Gráfico 2.26 Población registrada, según razón por la cual no recibe servicios de rehabilitación – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Otras 31.255 personas (5,4%) declaran que no asisten porque creen que ya terminó su proceso de rehabilitación; el 4,8% cree que no la necesita, el 3,8% porque no le gusta; el 4,3% por que el centro de rehabilitación queda muy lejos, el 2,3% porque no tienen quien lo lleve, y el 16,3% no sabe la razón.

La estructura anterior igualmente presenta variaciones (cuadro 2.2.18) según se observe por sexo o por grupos de edad. Así, la falta de dinero afecta principalmente a los hombres (63,4%) y un poco menos a las mujeres (62,7%), y esa misma falta de dinero afecta especialmente a los niños entre los 5 y 14 años (70,8%).

Cuadro 2.2.18 Población registrada, razón por la cual no recibe servicios de rehabilitación, según grupo de edad – 2010*

Razón	Total %	Total Hombres %	Total Mujeres %	0-4 años %	5-14 años %	15-44 años %	45-59 años %	60 y más años %
Ya terminó la rehabilitación	5,42	5,61	5,23	3,50	3,46	3,56	4,14	4,28
Cree que ya no lo necesita	4,84	5,02	4,66	2,21	2,30	2,08	2,73	2,68
No le gusta	3,79	4,06	3,50	1,01	1,08	0,93	2,03	2,08
Falta de dinero	63,06	63,40	62,71	70,75	70,85	70,62	69,13	68,79
Lejanía del centro de atención	4,28	4,21	4,34	4,91	4,72	5,15	5,09	5,31
No hay quien lo lleve	2,35	2,12	2,58	2,26	2,42	2,05	2,23	2,27
No sabe	16,28	15,58	16,99	15,36	15,18	15,60	14,64	14,59
Sin información	3,03	2,86	3,20	4,93	4,71	5,22	2,90	2,88

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Pago de servicios de rehabilitación. En cuanto al pago de los servicios de rehabilitación de quienes reportaron asistir, la mayor proporción (73,38%) de personas manifestó que éste es cubierto por el sistema de seguridad social en el que se hallan afiliados.

Ordenan ayudas técnicas. En cuanto a las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes que requieren las personas con discapacidad, en el Registro se indaga por ellas y por la ayuda de otras personas. Respecto al acceso de ayudas técnicas, se pregunta si las personas han recibido orden de utilizarlas por parte de los servicios de salud, y el 30,6% del total de población registrada reporta no haberla recibido.

Utilizan las ayudas. En el país se observa un manejo inadecuado de la distribución de ayudas técnicas a las personas con discapacidad debido a un enfoque clientelista, esta realidad se hace evidente en el nivel nacional en algunos departamentos del país. En un número considerable de municipios, la distribución de las ayudas técnicas no pasan por un adecuado proceso técnico, sino que su distribución a la población que lo requiere se hace a través de maquinarias de clientelismo político. Asimismo las personas no tienen claridad sobre los usos, servicios integrales, ni sobre cómo opera el programa

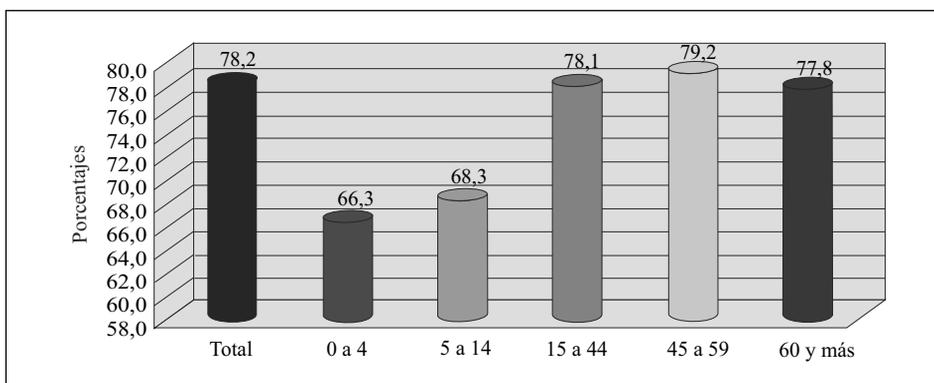
Banco de Ayudas Técnicas; el 41% del total de personas registradas no utiliza las ayudas.

Necesitan ayudas. Independientemente, si a la persona le ordenaron utilizar las ayudas técnicas o si las está utilizando, al preguntar por la necesidad que tiene la persona con discapacidad de usar las ayudas técnicas, el 83,6% del total de la población registrada cree que aún las necesita.

Recuperación percibida. Todos los factores anteriores, y los múltiples obstáculos que encuentran las personas para tener derecho a una rehabilitación integral con calidad, se reflejan en la situación de mejoría o no de las personas. Los resultados son claramente deficitarios, el 78,2% de las personas considera que no se está recuperando de su limitación y que por ende la situación de discapacidad se mantiene.

Por grupos de edad (gráfico 2.27), son las personas entre los 45 y 59 años quienes se encuentran en mayor desventaja (79,2%) al declarar que no se han recuperado; de las personas de 15 a 44 años (edad productiva) no se recuperan el 78,1%; en la misma situación están el 77,8% de las personas mayores de 60 años, el 68,3% de los niños de 5 a 14 años y el 66,3% de los niños de cero a 4 años.

Gráfico 2.27 No recuperación de la discapacidad en la población registrada, según grupos de edad - 2010*

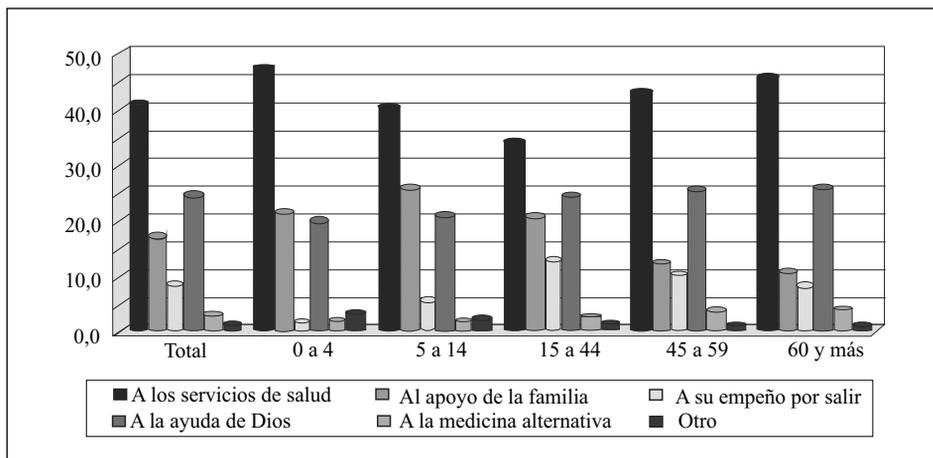


*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

El restante 21.8% de las personas con discapacidad que declaraban haberse recuperado (gráfico 2.28) identifican que su recuperación se debe a los servicios del sistema general de salud (40,8%), a la ayuda de Dios (24,3%), al apoyo de la familia (17,1%), a su empeño por salir adelante (8,5%), a la medicina alternativa (3%), otra razón diferente (1,2%).

Los servicios de salud son especialmente importantes para los niños de 0 a 4 años (47,3%) y los mayores de 60 años (45,5%). Aun cuando “a la ayuda de Dios” se encuentra en un segundo lugar (24,3%), no es lo mismo en todos los grupos de edad, así en los niños de cero a 4 años esta razón es importante para el 20%, mientras el apoyo de la familia se coloca en segundo lugar (21,3%).

Gráfico 2.28 Recuperación de la población registrada, según razones atribuibles a la misma – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

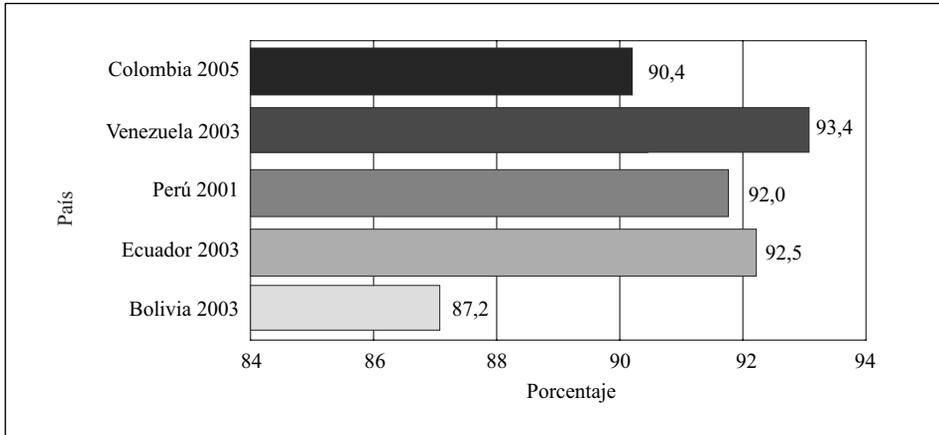
La ayuda de Dios es reconocida en las personas de 60 años y más (26,0%). El apoyo de la familia se destaca especialmente en los niños de 5 a 14 años (25,6%).

2.2.2.7 Educación

Alfabetismo. La tasa de alfabetismo refleja de alguna manera el nivel de desarrollo social de un país, permite observar los resultados obtenidos en un territorio a través del tiempo luego de invertir cierta cantidad de recursos a la educación de los pueblos, es la relación que existe entre las personas que a partir de cierta edad declaran saber leer y escribir y el total de la población que contestó dicha pregunta. Al comparar nuestra tasa de alfabetismo 90.4%²⁸, con la de los países de la Comunidad Andina, Colombia solo supera la tasa de Bolivia.

²⁸ Censo General 2005.

Gráfico 2.29 Países de la comunidad andina / alfabetismo mayores de 14 años de edad*

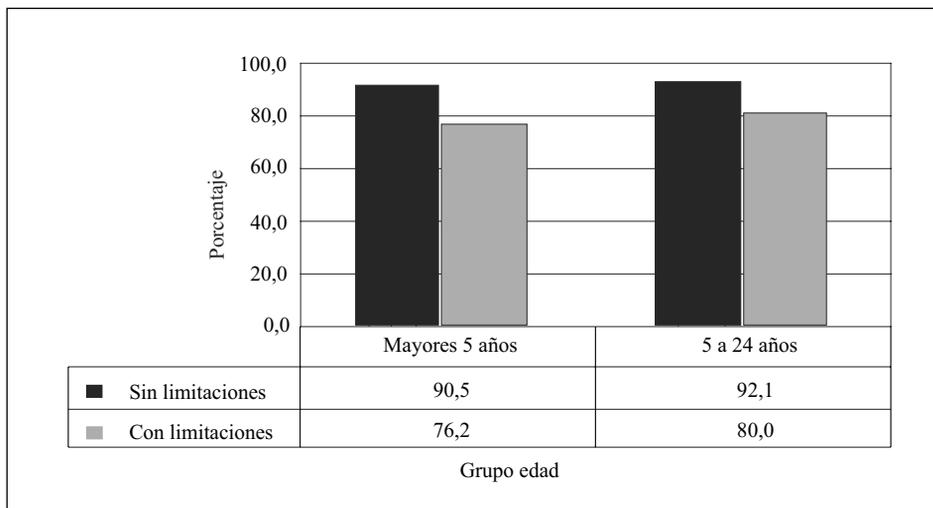


*Fuente: DANE. 2006. Boletín de Educación. Censo 2005.

Nuestro niveles de alfabetismo mantenían una tendencia positiva de crecimiento hasta el año de 1993; así para 1964 la tasa de calculaba en 72,9%, para 1973 subió al 82%, luego presentó un incremento no tan acentuado y en 1985 se llega al 87,7%, posteriormente para 1993 el crecimiento es más lento aún y se coloca en un 90,6%, doce años después, en 2005 la tasa decrece al 90,4%.

La información censal nos muestra (gráfico 2.30) que el 90,5% de la población de cinco años o más sin limitaciones y el 76,2% de la población con limitaciones permanentes, el 92,1% de la población de 5 a 24 años, sin limitaciones, y el 80,0% de la población con limitaciones permanentes reportó saber leer y escribir.

Gráfico 2.30 Porcentaje de población que sabe leer y escribir, según grupos de edad. Censo 2005*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

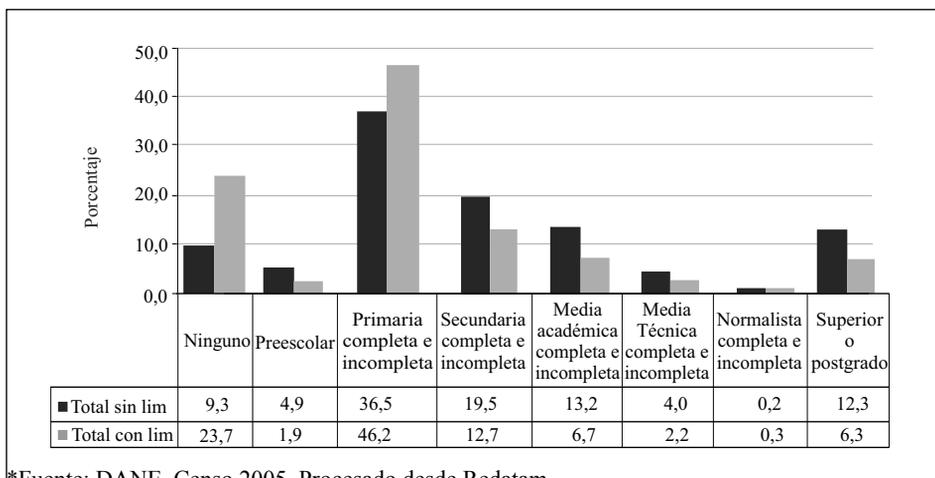
Es decir, en la tasa general de personas mayores de 5 años, la tasa de analfabetismo para las personas sin limitaciones es del 9,5%, y en las personas con limitaciones del 23,8%, bueno, se argumentará que en ésta hay ya muchos viejitos, y que los cambios se vienen dando desde la década de los noventa. Frente a la tasa general de personas entre los 5 - 24 años, que debieron estar vinculados al sistema educativo en algún momento, la tasa de analfabetismo es del 7,9% para personas sin limitaciones y del 20% para personas con limitaciones permanentes, el diferencial es muy similar, no se muestran grandes cambios.

Ahora bien, entre la población con discapacidad registrada, el 63,52% sabe leer y escribir, el 35,62% de las personas de tres años o más, no lee y no escribe.

A través de estos porcentajes se hace evidente la inequidad en el acceso a los programas educativos, inequidad que posteriormente genera menores oportunidades de participación en los distintos campos de la vida social, tal como el campo laboral y el desempeño o participación de las personas en otros roles sociales. Esta situación profundiza las condiciones de vulnerabilidad de las personas con discapacidad.

Escolaridad y género. La desigualdad en cuanto al nivel educativo alcanzado por las personas con discapacidad se hace evidente con la información del censo General 2005 (gráfico 2.31). El 9,3% de la población sin limitaciones y el 23,7% de la población con limitaciones permanentes reportó no haber alcanzado ningún nivel educativo; mientras que el 36,5% y el 46,2% respectivamente informa haber alcanzado la primaria completa o incompleta.

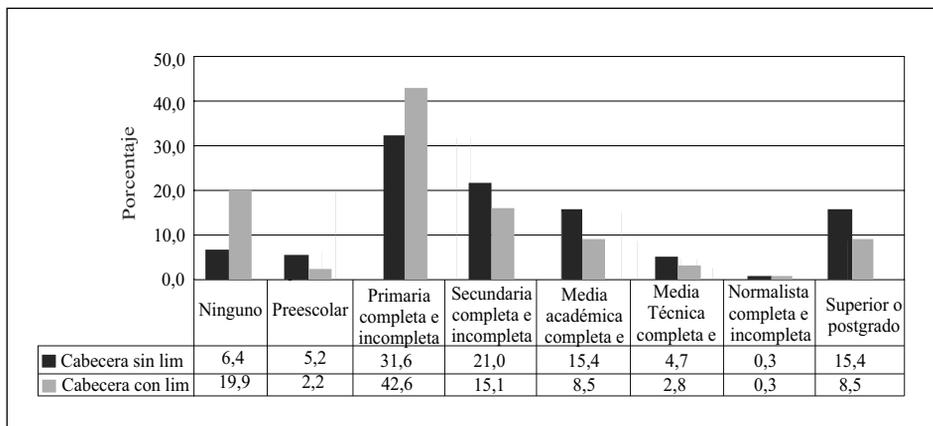
Gráfico 2.31 Porcentaje de población por nivel educativo alcanzado. Total Nacional. Censo 2005*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

El 31,6% de la población sin limitaciones y el 42,6% de la población con limitaciones permanentes residente en las cabeceras municipales (gráfico 2.32) reportó haber alcanzado la primaria completa o incompleta, mientras que el 6,4% y el 19,9% reportó no haber alcanzado ningún nivel, respectivamente.

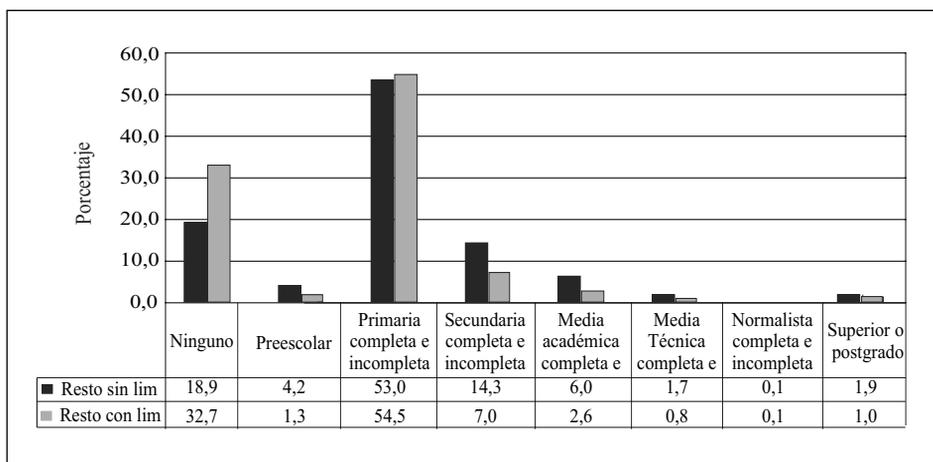
Gráfico 2.32 Porcentaje de población residente en la cabecera municipal, por nivel educativo alcanzado. Total Nacional. Censo 2005.*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Asimismo, el 53,0% de la población sin limitaciones y el 54,5% de la población con limitaciones permanentes residente en la zona rural (gráfico 2.33) reportó haber alcanzado la primaria completa o incompleta, mientras que el 18,9% y el 32,7% reportó no haber alcanzado ningún nivel, respectivamente.

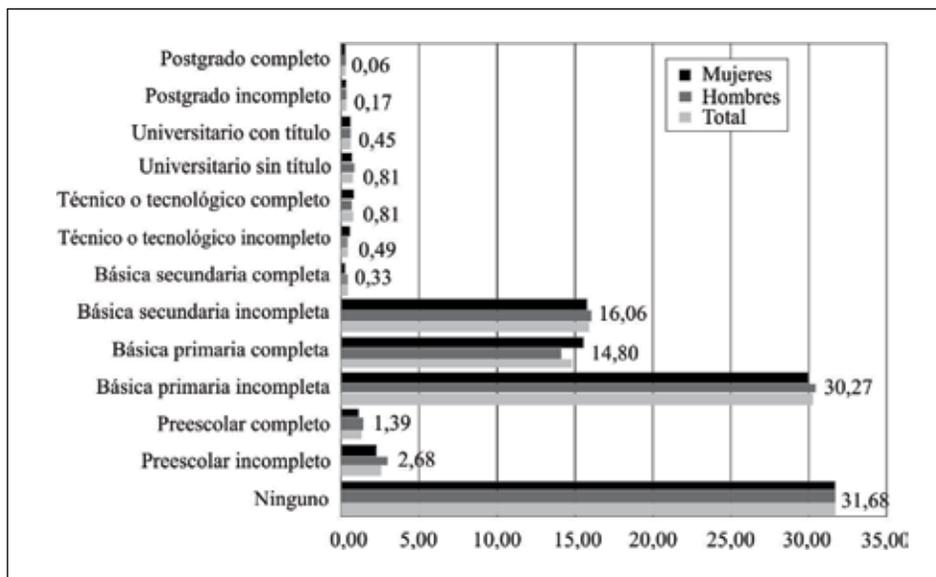
Gráfico 2.33 Porcentaje de población residente en el resto rural, por nivel educativo alcanzado. Total Nacional. Censo 2005*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Esta situación censal parece reconfirmarse con la información del Registro; el 31,68% de todas las personas registradas de tres años a más de edad, nunca fueron a la escuela o si fueron no aprobaron ningún grado escolar (gráfico 2.34), en esta situación se encuentra el 31,66% de las mujeres, y el 31,70% de los hombres.

Gráfico 2.34 Distribución porcentual de la población registrada, por sexo, según nivel educativo alcanzado – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

El 2,6% de las personas con discapacidad tiene preescolar incompleto, el 1,3% terminó este nivel educativo. El 30,2% no ha culminado los estudios primarios y el 14,8% terminó estudios de este nivel. El 16% cuenta con un nivel de escolaridad de educación básica secundaria incompleta.

De aquí en adelante los grados aprobados por las personas con discapacidad registradas bajan significativamente. No se observan grandes diferencias de género en relación con el acceso a la educación (cuadro 2.2.19).

Cuadro 2.2.19 Distribución porcentual de la población registrada, por sexo, según nivel educativo alcanzado – 2010*

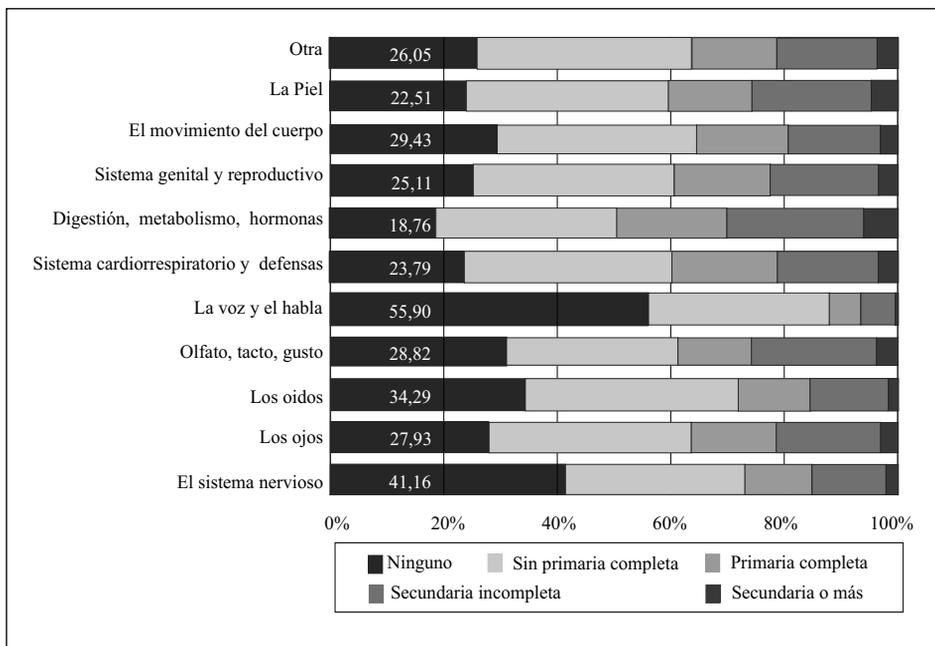
Nivel educativo	Total	Hombres	Mujeres
Ninguno	31,68	31,70	31,66
Preescolar incompleto	2,68	3,01	2,38
Preescolar completo	1,39	1,54	1,26
Básica primaria incompleta	30,27	30,46	30,09
Básica primaria completa	14,80	14,04	15,48
Básica secundaria incompleta	16,06	16,12	16,01
Básica secundaria completa	0,33	0,35	0,31
Técnico o tecnológico incompleto	0,49	0,43	0,54
Técnico o tecnológico completo	0,81	0,74	0,88
Universitario sin título	0,81	0,89	0,73
Universitario con título	0,45	0,48	0,43
Postgrado incompleto	0,17	0,17	0,17
Postgrado completo	0,06	0,07	0,06

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Escolaridad y tipo de deficiencia. Si bien el 31,6% de todo este grupo poblacional carece de estudios, en aquellos con deficiencias en la voz y el habla la cifra es mayor (55,9%), lo cual parece indicar que son quienes encuentran mayores restricciones para hacer parte de escenarios de tipo académico a su alrededor (gráfico 2.35).

Sin ningún tipo de estudio se encuentra también el 41,1% de quienes presentan deficiencias en el sistema nervioso; el 23,7%, en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; el 29,4%, en el sistema locomotor; el 27,9%, deficiencias visuales; el 34,2%, deficiencias auditivas; el 22,5% de las personas con deficiencias en la piel, cabellos.

Gráfico 2.35 Nivel de escolaridad de las personas registradas, según estructuras o funciones corporales afectadas – 2010

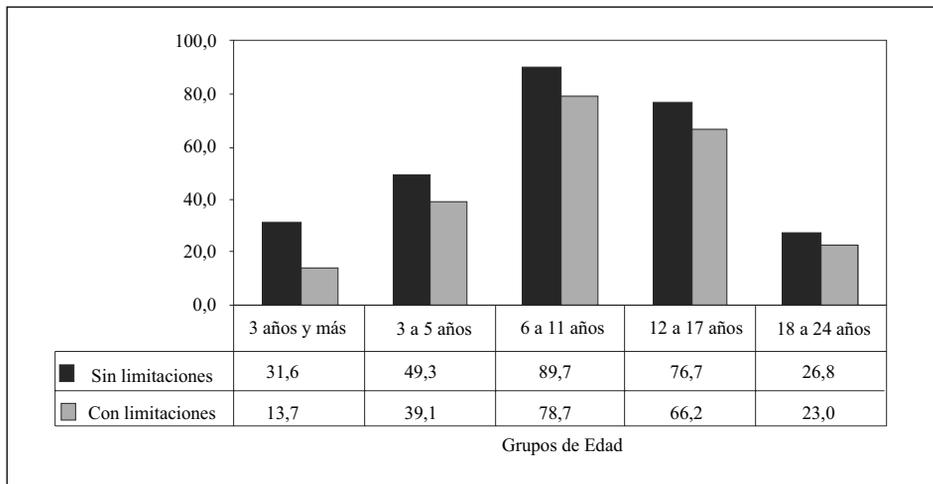


*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Parece que quienes presentan menores dificultades para participar o vincularse dentro del sistema educativo son las personas que presentan deficiencias en el sistema digestivo (18,7%).

Asistencia escolar. El Censo General de 2005 (gráfico 2.36) indica que el 31,6% de la población de tres años o más sin limitaciones permanentes y el 13,7% de la población con limitaciones permanentes manifestó estar asistiendo a un establecimiento de educación formal.

Gráfico 2.36 Porcentaje de población que asiste a un establecimiento de educación formal, según grupos de edad.
Censo 2005*



*Fuente: DANE, Censo 2005. Procesado desde Redatam.

Son evidentes las desigualdades que se les presentan a las personas con discapacidad para acceder (ingresar) a la escuela, a los colegios, a las universidades, y en general a los servicios de la educación regular.

Según la información censal, el 31,6% de la población de tres años o más (personas en edad escolar) sin limitaciones permanentes y el 13,7% de la población con limitaciones permanentes manifestó estar asistiendo a un establecimiento de educación formal; se advierte la gran diferencia en la oportunidad de acceso y permanencia entre los dos grupos de población.

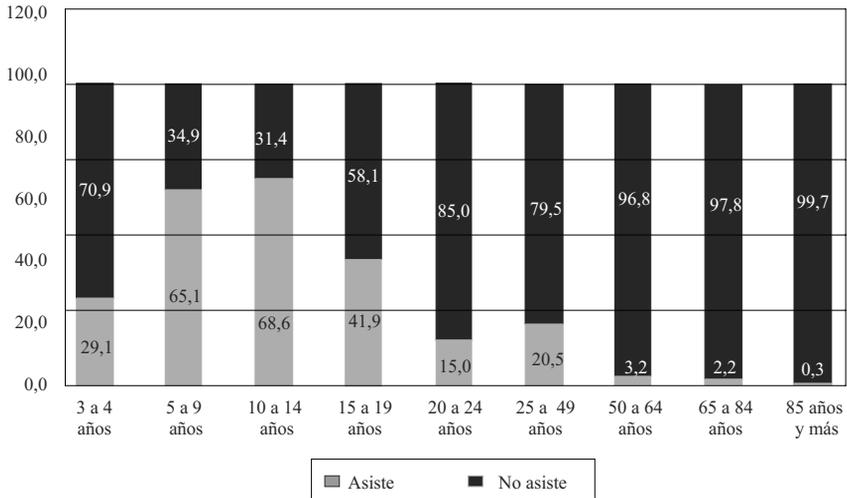
Con la información del registro se confirma lo anterior: en la medida en que se avanza en el nivel educativo, las posibilidades de acceder y permanecer son cada vez menores; de esta manera pareciera que la educación no hace parte del proyecto de vida de buena parte de la población con discapacidad.

De las personas registradas de tres años o más, el 11,8%, respondió estar asistiendo a algún establecimiento educativo al momento de aplicar el registro.

Como era de esperarse, siguiendo la tendencia nacional, la mayor asistencia se da en las personas menores de 25 años (gráfico 2.37), y muy especialmente en el grupo de 10 a 14 años (el 68,6% de ellos asiste), en el grupo de 5 a 9

años (el 65,1% de ellos asiste). A partir de los 14 años la asistencia escolar disminuye en forma importante conforme aumenta la edad.

Gráfico 2.37 Porcentaje de asistencia escolar de las personas registradas, según grupos de edad – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Razones de no asistencia. Según se observa en el cuadro 2.2.20, entre las principales razones por las cuales el 85,9% de las personas de tres años y más no asiste a ningún plantel educativo, están las relacionadas con su discapacidad (30,0%), en cuyo caso la frecuencia es un poco menor en mujeres (28,1%) que en hombres (32,3%).

Cuadro 2.2.20 Razones de no asistencia escolar para la población registrada – 2010*

Causa principal por la que no estudia	Total	Hombres	Mujeres
Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar	36,0	32,4	39,1
Costos educativos elevados o falta de dinero	11,6	11,7	11,4
Por falta de tiempo	4,2	3,8	4,6
No aprobó el examen de ingreso	0,1	0,1	0,1
Falta de cupos	0,3	0,3	0,2
No existen centros educativos cercanos	1,1	1,1	1,1
Necesita trabajar	4,8	6,4	3,4
No le gusta o no le interesa el estudio	3,2	3,7	2,8
Perdió el año o fue expulsado	0,1	0,2	0,1
Sus padres no quieren que estudie más	1,7	1,3	2,0
Por su discapacidad	30,0	32,3	28,1
Otra razón	6,9	6,7	7,1

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

También declaran el hecho de que ya han terminado sus estudios o consideran que no están en edad de estudiar (36,0%), en este caso la frecuencia es más alta en mujeres (39,1%) que en hombres (32,4%), son importantes también las razones debidas a los costos educativos elevados o falta de dinero (11,6%) y porque necesitan trabajar (4,8%) mayor en hombres (6,4%) que en las mujeres (3,4%).

2.2.2.8 Participación social

La información derivada de la aplicación del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, muestra que de las personas mayores de 9 años, el 77,8% participa en mayor o menor grado en diferentes actividades ya sean familiares o comunitarias.

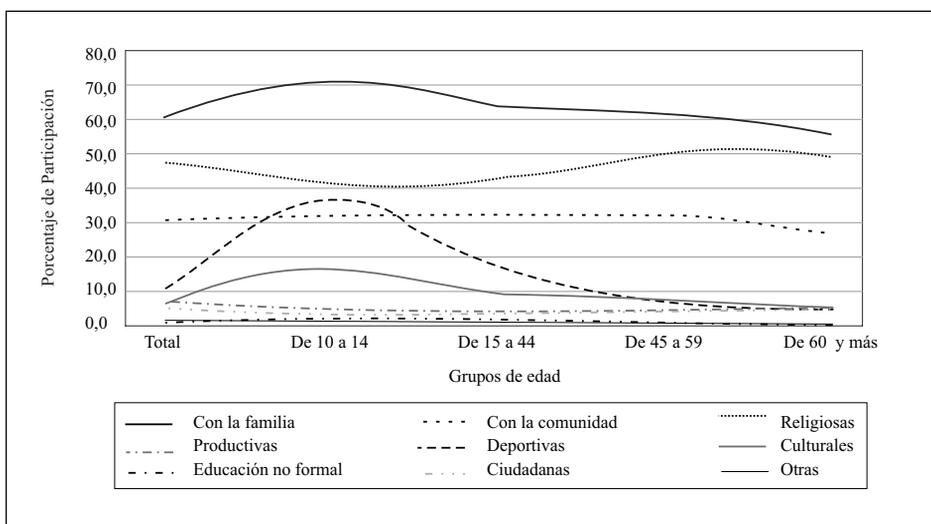
Dentro de las actividades en las que más comúnmente participa esta población se encuentran las relacionadas con la familia y los amigos, con la religión, con la comunidad, culturales y en el deporte.

Diferencias en la participación según sexo y edad. Las personas que refieren participar en actividades con la familia y los amigos (60,3%), lo hacen ya sea en fiestas, cumpleaños, matrimonios, paseos, y la cotidianidad. En este campo se evidencia mayor participación de las mujeres (60,6%) con respecto a los hombres (60,1%).

Sin embargo, al analizar este comportamiento en los diferentes grupos de edad, se observa cómo, quienes más participan, son los niños entre los 10 y los 14 años de edad (71,7%), en contraste con el grupo de las personas de 60 años o más en el cual participa el 55,6% de su población (gráfico 2.38).

Respecto a la participación en actividades religiosas, el 46,5% de estas personas está involucrada en ellas, y se observa una mayor participación en las mujeres (50,3%) que en los hombres (42,1%), y más específicamente, en las personas que están entre los 45 y 59 años (50,0%).

Gráfico 2.38 Porcentaje de personas con discapacidad que participa en actividades familiares o comunitarias – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

El 30,3% de las personas prefiere participar en diversas actividades con la comunidad, con mayor porcentaje en los hombres (31,7%) que en las mujeres (29,0%). En este caso, también es posible establecer algunas diferencias dependiendo de la edad de las personas, evidenciándose una mayor participación en las personas de 45 a 59 años (32,6%).

Aunque con un porcentaje de participación bastante inferior a los mencionados anteriormente, en las actividades culturales (6,5%) tienen una mayor participación las hombres (7,0%) que las mujeres (6,1%); al igual que en las actividades deportivas y de recreación (10,5%) participan el 13,2% de los hombres y el 8,1% de las mujeres.

En organizaciones. El registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad también revela información referente a la participación de éstas en las diversas organizaciones existentes o creadas en sus localidades (cuadro 2.2.21). A este respecto, puede decirse que pocas personas participan, solo el 19,0%.

Dentro de las razones por las cuales no participan, figuran: por su situación de discapacidad 34,9%; el 12,8% no participa por falta de dinero; porque no existen en su entorno organizaciones en las que pueda participar o no las conoce 23,3%; el 11,9%, por falta de tiempo; el 3,0%, porque prefieren resolver sus problemas por sí solos; el 3,8%, porque no cree en ellas; el 1,8%, por sensación de rechazo hacia ellos, y el 0,3%, porque sus principios o creencias se lo impiden. También se presentan un conjunto de razones clasificadas como otras que limitan la participación en el 8,4% de las personas.

Cuadro 2.2.21 Distribución porcentual de las razones de no-participación en organizaciones – 2010*

Razón por la que no participa	Total	Hombres	Mujeres
Falta de dinero	12,8	12,9	12,7
Falta de tiempo	11,9	10,7	12,9
No existe o no las conoce	23,3	23,1	23,5
Siente rechazo u obstaculización	1,8	2,0	1,6
Por su discapacidad	34,9	35,4	34,4
No cree en ellas	3,8	4,0	3,6
Sus principios o creencias se lo impiden	0,3	0,2	0,3
Prefiere resolver sus problemas solo	3,0	3,4	2,7
Otra	8,4	8,4	8,3
Total	100,0	100,0	100,0

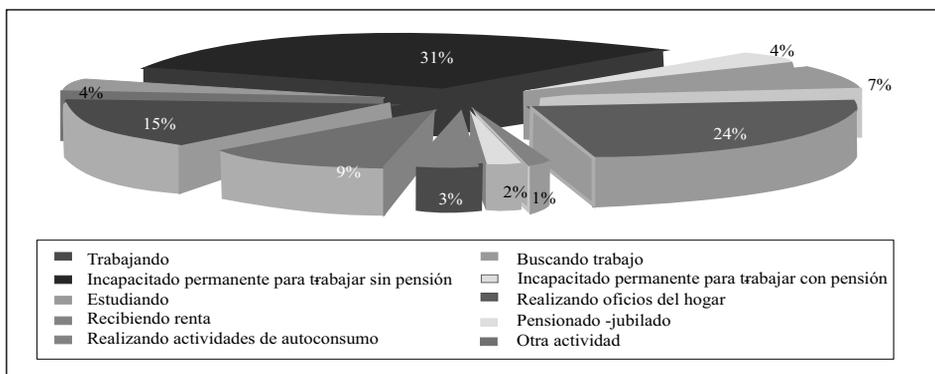
*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

2.2.2.9 Situación laboral

Personas en edad de trabajar. La participación en el mercado laboral no es alta en la población con discapacidad, las personas en edad de trabajar (de 10 años o más) son el 92,4% de este grupo poblacional.

De este grupo, el 15,5% trabaja (22,0% de los hombres frente a un 9,8% de las mujeres); el 4,4% busca trabajo (el 6,1% de los hombres frente a un 3,0% de las mujeres). El 80,0% de las personas con 10 años o más son población económicamente inactiva, no están trabajando ni buscando trabajo, es decir, 665.950 personas (gráfico 2.39).

Grafico 2.39 Distribución porcentual de las actividades económicas – 2010*



*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

De las personas que tienen como actividad principal el trabajo, el 0,5% son niños de 10 a 14 años (cuadro 2.2.22), el 43,8 están entre los 15 y 44 años, el 33,9% entre los 45 y 59 años y el 21,8% son mayores de 60 años.

El 5,9% de las personas que trabajan tienen contrato a término fijo, el 9,1% contrato a término indefinido y un gran 80,1% no tienen contrato de trabajo (independientes).

Cuadro 2.2.22 Distribución porcentual de la actividad principal de las personas registradas, según grupos de edad – 2010*

Actividad principal	Total	De 10 a 14	De 15 a 44	De 45 a 59	De 60 y más
Total	100.00	0.5	43.8	33.9	21.8
Trabajando	15,0%	1,2%	21,1%	24,0%	8,0%
Buscando trabajo	4,3%	0,3%	7,8%	5,5%	1,6%
Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión	29,8%	12,4%	23,3%	23,8%	40,6%
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	3,4%	0,2%	1,2%	2,8%	6,0%
Estudiando	7,2%	62,0%	9,6%	0,3%	0,1%
Realizando oficios del hogar	23,2%	5,1%	21,2%	29,6%	24,2%
Recibiendo renta	0,7%	0,0%	0,3%	0,7%	1,2%
Pensionado - jubilado	1,6%	0,0%	0,2%	1,2%	3,3%
Realizando actividades de autoconsumo	2,9%	0,8%	2,7%	3,2%	3,3%
Otra actividad	8,6%	10,7%	9,4%	6,7%	8,6%
	3,3%	7,2%	3,2%	2,3%	3,2%

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

El 30,8% son personas con incapacidad permanente para trabajar y no cuenta con una pensión (el 34% de los hombres y el 28,0% de las mujeres), el 7,4% se dedica a estudiar (el 8,5% de los hombres y 6,5% de las mujeres), el 23,9% realiza oficios del hogar (el 7,4% de los hombres y 38,4% de las mujeres), el 3,0% realiza actividades de autoconsumo (el 4,5% hombres y 1,7% de las mujeres), el 8,9% se dedica a otro tipo de actividad, el 1,7% está pensionado (el 2,0% de los hombres y el 1,5% mujeres), y el 0,8% recibe algún tipo de renta.

El 3,6% restante presenta una incapacidad permanente para trabajar (4,2% de los hombres y 3,0% de las mujeres), posiblemente su condición de discapacidad se deba a algún accidente de trabajo por lo cual cuenta con una pensión (28,377 personas).

Dentro de las personas de 10 a 14 años, el 0,2% se encuentran incapacitados para trabajar y cuentan con una pensión; el 1,2% de las de 15 a 44 años, el 2,8% de las de 45 a 59 años y el 6,2% de las mayores de 60 años.

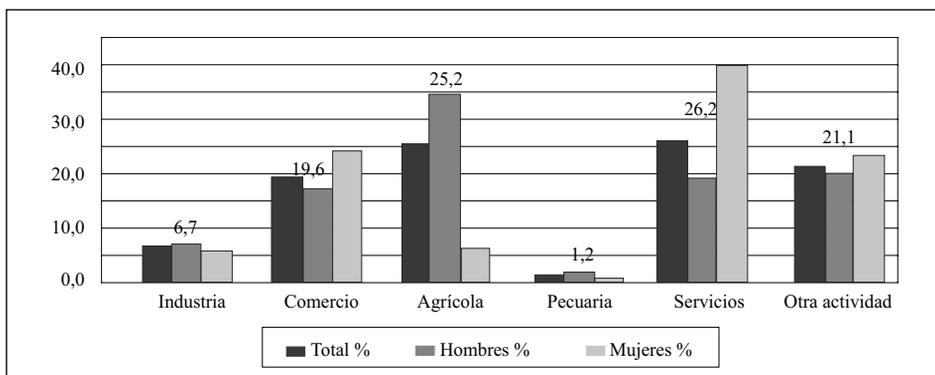
Ramas de actividad. De las 123.884 personas con discapacidad que se encuentran trabajando, 5.827 no informan el tipo de actividad económica a la cual se dedican (cuadro 2.2.23 – gráfico 2.40).

El 6,7% desarrolla actividades de tipo industrial siendo el 7,1% de los hombres y el 5,9% de las mujeres; el 19,6% se dedican al comercio, siendo el 17,3% de los hombres y el 24,1% de las mujeres; laboran el 25,2% en las actividades agrícolas, correspondiente al 34,9% de los hombres y el 6,2% de las mujeres; el 1,2% se dedica a las actividades pecuarias, con el 1,5% de los hombres y el 0,6% de las mujeres; el 26,2% se dedica a actividades propias del sector de los servicios, con el 19,2% de los hombres y el 40% de las mujeres.

Cuadro 2.2.23 Distribución porcentual de la actividad económica de las personas registradas, según sexo – 2010*

Actividad económica	Total	Hombres	Mujeres	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total	123.884	81.979	41.905			
Industria	7.916	5.586	2.330	6,7	7,1	5,9
Comercio	23.110	13.553	9.557	19,6	17,3	24,1
Agrícola	29.780	27.314	2.466	25,2	34,9	6,2
Pecuaria	1.371	1.143	228	1,2	1,5	0,6
Servicios	30.917	15.047	15.870	26,2	19,2	40,0
Otra actividad	24.963	15.710	9.253	21,1	20,1	23,3
Sin información	5.827	3.626	2.201			
Total - sin información	118.057	78.353	39.704			

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Gráfico 2.40 Porcentaje de participación en las diferentes actividades económicas, según sexo – 2010*

*Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

Relación laboral. De las personas que trabajan, el 5,1% son obreros o empleados del gobierno, el 20,9% son obreros o empleados particulares. En total el 26,0% (30.870 personas tienen vínculo laboral). El 16,8% son peones o jornaleros, el 2,3% son patronos o empleadores, 42,0% son trabajadores por cuenta propia, el 8,3% son empleados domésticos, y el 4,5% son trabajadores familiares sin remuneración. El 83,0% de las personas mayores de 10 años declaran en el Registro que la discapacidad ha afectado su capacidad laboral. El 91,9% de las personas con discapacidad de 10 años y más, no han sido capacitados ni formados para el trabajo.

De quienes recibieron capacitación para el trabajo (39.122 personas), el 18,9% se capacitó en el SENA (7.383 personas), el 34,8% en otra institución pública, y el 22,5% en una institución privada.

De todas las personas de 10 años y más con discapacidad, el 54,7% cree que necesita capacitación y formación para mejorar su actual actividad productiva, el 11,2% necesita la capacitación y formación para cambiar de actividad productiva y el 29,6% declara que no necesita capacitación ni formación para el trabajo.

2.2.3 CONCLUSIONES

Dentro de los más importantes aportes en la nueva concepción de la discapacidad, se encuentra el de entenderla como un concepto en permanente evolución y como el resultado de la interacción entre las personas con

deficiencias y aquellas barreras debidas a la actitud y al entorno que dificultan o limitan su participación plena y efectiva en la sociedad.

La discapacidad según este enfoque es un hecho universal y *multidimensional*, no es una condición individual ni unicausal, no va más el excesivo énfasis que de antaño tenían las deficiencias y su manejo requiere la participación del conjunto de la sociedad. La discapacidad ya no es responsabilidad exclusiva del sector salud, es del colectivo, implica que se deben hacer los cambios necesarios en el entorno para permitir la plena inclusión y participación de las personas, en todos los ámbitos de la vida. El problema exige desde lo político, no solo reformas en la atención de la salud y la rehabilitación, sino nuevas concepciones y cambios sociales que garanticen el pleno ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos.

Una visión y una atención integral de la discapacidad llaman a que la política pública involucre acciones concretas desde la familia, la sociedad y el Estado, acciones orientadas a disminuir los riesgos de exclusión y aquellos asociados a la discapacidad misma. Las personas con discapacidad y sus hogares, son altamente vulnerables, se enfrentan a permanentes situaciones de deterioro, dificultad para el acceso a condiciones habitacionales, sanitarias, educativas, laborales, de participación, y de información que le permitan una vida digna.

Se pueden potencializar recursos si se privilegian acciones dirigidas a la familia de la persona con discapacidad en su conjunto y no solo a los individuos con discapacidad considerándolos como seres aislados. La condición de discapacidad de una persona es única e irrepetible, es recomendable entonces trabajar teniendo en cuenta el análisis de las diferencias, las heterogeneidades, el mayor o menor grado de fragilidad y de riesgo de la persona, su familia, su entorno inmediato. Este análisis parte desde diferentes ámbitos, desde las características de los individuos y sus hogares, los que hacen parte del contexto o entorno, y aquellos propios de las condiciones sociales entendidas como el conjunto de bienes, servicios y oportunidades con que cuenta una sociedad como un todo. Asimismo, la salud, la educación y el trabajo deben ser entendidos como derechos primarios, por el impacto directo que ellos tienen en el bienestar de la persona.

La información censal y del Registro ha permitido caracterizar la situación de discapacidad de las personas con limitaciones/deficiencias, así como tener un conocimiento más profundo de las reales condiciones de vida de este grupo. El desconocer las nuevas miradas, formas de comprender y reflexionar la discapacidad, así como desconocer la responsabilidad de la sociedad y de los gobiernos en la transformación de esta situación ha conllevado exiguos

resultados, las acciones de respuesta no son pertinentes con el estado real de las personas. Así, a pesar de la normatividad existente, la atención que se les ha brindado no ha sido suficiente, aún persisten numerosas barreras y obstáculos que les impide el goce pleno de sus derechos, en tanto los niveles de exclusión son notorios.

El análisis muestra que la accesibilidad a bienes, servicios y oportunidades está mediada por condiciones del entorno, o por su localización geográfica, haciendo más crítica la accesibilidad en el área rural, encontrando que los territorios con un mayor número de personas con discapacidad en el área rural presentan mayores niveles de exclusión. Asimismo, los niveles de pobreza que se expresan en limitaciones y dificultades para el acceso a la alimentación, estrato de las viviendas, la disponibilidad de los servicios públicos domiciliarios y disponibilidad de agua potable para cocinar, se encuentran en territorios con mayores niveles de exclusión. Se encontró que la disponibilidad de servicios públicos domiciliarios mejora las condiciones de las viviendas y, por ende, la calidad de vida de las personas.

Dentro de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, juega un papel importante el acceso a la información y el conocimiento, con las posibilidades de utilizar medios masivos de comunicación escrita, hablada, por radio, el teléfono, la televisión, Internet.

En cuanto a las condiciones individuales, estas tienen relación con las características de la discapacidad misma, con su incidencia según sexo, edad, etnia, igual que la relación con el periodo en el cual se adquirió la deficiencia, tomando importancia el que las personas hayan nacido con la misma, o la hayan adquirido en la vejez.

Los datos sugieren que la exclusión afecta más a los hombres desde el nacimiento hasta cuando llegan alrededor de los 35 años, la mayor prevalencia de los hombres también se da especialmente en territorios altamente excluyentes; mientras que en edad adulta y de vejez así como en territorios de baja exclusión, la proporción de mujeres es mayor. Esto quizás esté relacionado posiblemente con la inequidad en el acceso a los servicios de salud y educación, a menores oportunidades de cualificación laboral y otras condiciones geográficas sociales relacionadas con el entorno. Al examinar los datos por área geográfica, se encuentra que la proporción de hombres con discapacidad es también mayor en el área rural (resto).

En cuanto a la estructura de la población registrada, el alto porcentaje de personas mayores de 60 años con discapacidad, originada por las enfermedades

crónicas, confirma la noción de la discapacidad como una condición natural del ser humano, invitando a las diferentes esferas sociales (Estado, sociedad, familia e individuos) a preparar un entorno adecuado para hacer de esta situación un estadio “normal” en el que se favorezcan las condiciones de inclusión para la totalidad de la población.

Los datos evidencian que las personas con discapacidad tienen serias dificultades para disfrutar plenamente del derecho a la salud; estas dificultades están relacionadas con los altos niveles de no afiliación, la falta de información oportuna a la persona y su familia sobre la condición de discapacidad, lo cual aumenta factores de riesgo tanto para la persona como para el cuidador. Los resultados obtenidos en los procesos de rehabilitación son altamente deficitarios, la principal razón por la cual las personas no han realizado procesos de rehabilitación es la falta de recursos económicos.

Existen innumerables barreras físicas y actitudinales destacándose en estas últimas las que provienen de la misma familia para niños menores de 5 años, y la de los pares de aquellos niños entre los 5 y 14 años.

Se evidencian situaciones críticas en el manejo del componente de ayudas técnicas; las condiciones del entorno repercuten en el bienestar general de las personas con discapacidad. Los niveles de participación son bajos, la situación laboral es crítica, el porcentaje de personas que cuentan con una vinculación laboral es mínimo, la afiliación a fondos de pensiones se caracteriza por bajas coberturas en todo el territorio nacional, y el porcentaje de personas que gozan de una pensión es muy bajo.

Las tasas de analfabetismo de las personas con discapacidad triplican la tasa nacional; los niveles educativos alcanzados son el reflejo de los esfuerzos realizados, existen resultados positivos a nivel de la educación básica primaria, no obstante, en niveles superiores de educación las coberturas son muy limitadas; la vinculación a educación técnica y superior es excepcional, de allí que se evidencia la falta de incidencia política en materia educativa para personas con discapacidad en la educación media y superior. Los datos muestran una escasa oportunidad de formación en todos los niveles lo que conlleva a una baja cualificación laboral.

Se ha demostrado que la información disponible posee una gran riqueza estadística, no solo se ponen en evidencia brechas importantes de este grupo poblacional con respecto a la población total, a través de indicadores básicos como razones, proporciones, distribuciones de frecuencias, o relacionando variables entre sí.

2.2.4 RECOMENDACIONES

El diseño del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional ha de tener en cuenta el carácter multidimensional de la discapacidad, resaltar aquellos factores que inciden sobre el bienestar de las personas, especialmente los relacionados con el entorno físico y actitudinal, el acceso a los derechos de salud, educación, trabajo y participación. El resultado del estudio muestra aspectos fundamentales que afectan las condiciones de la población con discapacidad; no se debe centrar la atención en una sola dimensión, su conocimiento es multi e intersectorial.

Colombia cuenta con información sobre las condiciones en las que viven y se desempeñan las personas con discapacidad. Es posible obtener indicadores básicos a través de porcentajes o tasas que permiten tener medidas que resumen su situación. Esta información puede tener miradas distintas, una mayor complejidad en su elaboración, pero igualmente aporta valiosos hallazgos.

Las administraciones locales, los sectores, las organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad en general, cuentan con herramientas estadísticas que permiten estudiar y analizar la realidad desde diferentes ángulos; la información está disponible para ser usada y realizar estudios que complementen o sigan la línea propuesta en la presente investigación, enriqueciendo y fortaleciendo espacios que den cuenta de la situación de la población con discapacidad, que indaguen sobre relaciones de causalidad con la exclusión, además de evaluar los alcances de las acciones adelantadas en términos de las líneas de la política pública a todo nivel y muestren sus avances.

La exclusión social, y más específicamente la exclusión en salud, educación, trabajo y participación de las personas con discapacidad, es un concepto nuevo que presenta desafíos metodológicos en su medición y caracterización. Por tanto, se recomienda profundizar en su estudio para generar mayor conciencia respecto de la existencia de este fenómeno, y seguir avanzando en los procesos de análisis de los datos disponibles que permitan identificar necesidades, calidad de vida, grados de severidad de las deficiencias y de las limitaciones, las relaciones de causalidad entre exclusión y discapacidad y viceversa.

Este es tan solo el comienzo de un largo camino para llegar a comprender en nuestro país las causas que determinan la exclusión de las personas con discapacidad. Como tal no pretende abordar el fenómeno en su totalidad, sino que se aportan elementos que contribuyen a la discusión del tema. Esperamos

que se genere debate e interés por el estudio de la situación de las personas con discapacidad, como un problema fundamental que se debe enfrentar, no solo a nivel sectorial, sino en los espacios de coordinación intersectorial, tanto en lo local como lo nacional.

Los factores asociados que se analizan son factores que merecen ser tenidos en cuenta en el proceso de actualización del Manual de Calificación de Invalidez. Si se tiene en cuenta que la deficiencia en la persona es un hecho real y afecta todos los sistemas y funciones corporales, a unos más que a otros, y que de allí en adelante encontramos los dominios de las actividades y la participación, las barreras actitudinales y las arquitectónicas o naturales, la distribución de los porcentajes de la calificación no pueden ser el resultado del capricho o la tradición, deben representar el peso que cada factor anteriormente mencionado determina en la estructuración de la situación de discapacidad.

3. ANTECEDENTES Y CONTEXTO HISTÓRICO DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN EN EL MUNDO. EVOLUCIÓN Y EXPERIENCIAS

3.1 EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Abordar la reflexión sobre los sistemas de seguridad social en el mundo, su definición, sus orígenes y sus implicaciones en las sociedades de hoy, es una tarea pertinente en tanto el proceso de actualización del MUCI se da en el marco de un modelo de seguridad social que se aplica para todo el territorio nacional. Así pues, la actualización de una herramienta que constituye parte fundamental del sistema de protección social colombiano, invita a reconocer que los cambios sugeridos tienen implicaciones para el funcionamiento mismo del sistema. Pone sobre la mesa, como ha quedado reflejado en muchas de las discusiones públicas del proceso, tanto las bondades como los vacíos de dicho sistema en relación no solo a las prestaciones asistenciales y económicas, sino también en relación a los procedimientos para acceder a ellas, a la real garantía del derecho a la salud, a la rehabilitación integral, y por supuesto a la consideración de grupos vulnerables. De esta manera, el proceso de actualización del MUCI abre una invitación a reflexionar sobre el sistema de seguridad social colombiano, y a considerar cómo ha sido la construcción de otros sistemas de protección social en el mundo. Es una invitación a reconocer que el origen de dichos sistemas yace en una perspectiva de bienestar personal y familiar; así pues, reconocer las dinámicas de los sistemas de seguridad social en los diferentes continentes puede ayudar a enriquecer la mirada sobre el propio sistema colombiano, con el fin de convocar a las partes responsables a que adelanten todas las acciones pertinentes para alcanzar la mayor protección posible a la que tiene derecho el ser humano, para lograr

la integralidad y universalidad que todos los ciudadanos en las diferentes regiones de Colombia esperan.

3.1.1 NATURALEZA Y CONCEPTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los sistemas de seguridad y protección social en los países del mundo, no solo son el reflejo de una manera de construcción de sociedad, son también la manifestación de una necesidad ontológica en lo relacionado a la seguridad. La definición de seguridad en los seres humanos puede expresarse como *“un estado en el cual un ser humano se siente protegido contra toda clase de contingencias que puedan afectar negativamente el desarrollo normal de su ciclo vital, en todo lo relacionado a las consecuencias del nacer, crecer, vivir, reproducirse y morir”* (Parra, 1986). Cuando se habla de desarrollo normal, deben tenerse en consideración las condiciones de vida alcanzadas en virtud del progreso de la civilización, lo que significa que las condiciones de seguridad varían en cada época histórica, y de acuerdo a cada contexto o región.

Si bien la noción de seguridad ha evolucionado a través del tiempo, las raíces remotas de dicha concepción pueden hallarse en los instintos de protección y supervivencia del ser humano, instintos presentes desde eras primitivas. El instinto de conservación lleva al humano a reaccionar ante peligros que amenazan su integridad física y tiene prioridades sobre otros instintos como el del hambre. Desde la postura de Cristancho Parra (1986), los instintos naturales se han cargado de una progresiva especialización, y sumado ello al fenómeno de la vida en sociedad, el instinto se ha cargado de un matiz cultural, llegando a un época en la cual la relación de tiempo/contingencia se hace más compleja, y los seres humanos tienden entonces a tomar medidas para prever situaciones o fenómenos nocivos antes de que éstos ocurran.

Dichos fenómenos nocivos pueden ser de distinta naturaleza. Ya sea externa como terremotos, epidemias, sequías e inundaciones; pueden ser de naturaleza individual como las enfermedades, o pueden ser producto de la vida en sociedad como los conflictos armados, la pobreza o el desempleo.

La construcción de esa seguridad ya no es solo de carácter individual y se ha entrelazado profundamente con la vida en sociedad y con la construcción colectiva de comunidad. Así pues, algunos de los aspectos más prioritarios de la seguridad individual y colectiva deben ser desarrollados por fuerzas y

organismos políticos especializados, como aquellos aspectos que se relacionan con la defensa del territorio, la soberanía nacional, la protección a la vida, la creación de obras de carácter público para el beneficio de todos, así como el cuidado de la salud pública. La garantía en mayor o menor medida de estos aspectos depende de la producción de riqueza social, producción que para nuestras sociedades occidentales se realiza, por antonomasia, a través del trabajo remunerado de los sujetos que constituyen dicha sociedad.

La seguridad social significa entonces participar en la producción de riqueza de una sociedad (González, 2003). Ello implica que las personas que contribuyen a través de su trabajo a la producción de riqueza social, pueden a su vez verse beneficiados de ella. Es una forma de garantizar al individuo una contraprestación por sus aportes a la sociedad.

Así pues la seguridad social en el mundo tiene como origen la protección de los derechos que derivan de la dignidad de la persona humana, y según lo afirma González (2003), dicha dignidad debe ser el centro del orden civil y social, y de todo sistema de desarrollo técnico y económico en una sociedad: *“de esa dignidad emanan todos los derechos personales y sociales que el Estado tiene que reconocer, promover y garantizar, de forma que el principio de solidaridad asegure la consecución del bien común y el bienestar social de los ciudadanos.”*

Son distintos instrumentos internacionales de derechos humanos que contemplan el derecho a la seguridad social como uno de los más importantes, en cuanto permite a la persona alcanzar y preservar su bienestar personal y familiar. Entre ellos se destacan la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (artículos 22, 23 y 25); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (artículos 9 al 12); y la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 (artículos 11 al 14). Uno de los más explicativos es el Convenio 102 aprobado en 1952 por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relativo a la norma mínima de seguridad social, que entró en vigor en octubre de 1961 y que ha servido de pauta para la elaboración de la legislación sobre seguridad social en muchos países.

No es ingenuo pensar que, al parecer, la seguridad social se circunscribe únicamente a los trabajadores regulares de centros de producción de bienes y servicios, a la población laboralmente activa y por ende asalariada. Población de la que fácilmente se puede deducir una relación explícita entre su aporte a la construcción de riqueza social, y la contraprestación derivada de esa contribución. Esta premisa se sostiene en razón a que el paradigma de

construcción de riqueza social se basa en el fundamento de que dicha riqueza es constituida principalmente por el nivel de producción económica y por el incremento del PIB per cápita de un país. No obstante la seguridad social debe amparar a los trabajadores independientes, informales, a los habitantes de zonas rurales y en general a todos los miembros de una sociedad sin distinción de raza, edad, género o cualquier otra condición; debe amparar incluso a las personas que dadas sus condiciones físicas, no pueden contribuir económicamente a la construcción de dicha riqueza social. Ello significa que el propósito de la seguridad social es el de distribuir equitativamente y de manera solidaria el ingreso per cápita de la comunidad, organizado, administrado y garantizado por el Estado. Convirtiéndose así la seguridad en la herramienta mediante la cual los individuos aseguran el derecho fundamental al trabajo, a la salud, a la vivienda y a una vejez digna. Y si bien este propósito se asume como general para las diferentes naciones, cada uno de los países debe velar por encontrar el modelo de seguridad más apropiado a su situación social, política y económica.

Pero volviendo un poco las páginas de la historia, vale la pena reconocer cómo han evolucionado los sistemas de seguridad social en las diferentes etapas de la historia.

3.1.2 CONTEXTO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las primeras aplicaciones prácticas sobre elementos de la seguridad social se encuentran en la antigua Grecia, donde la Polis otorgaba educación a los hijos de los guerreros muertos en combate, auxiliando a sus familias y protegiendo a los sacerdotes y los soldados que adquirirían una limitación física²⁹. En la Grecia clásica se establecieron las asociaciones denominadas Eranoi cuyo propósito

²⁹ “La polis se hacía cargo de los huérfanos de guerra y garantizaba su manutención hasta la efebía. Entonces tenía lugar en la fiesta de las Grandes Dionisias, en el teatro, la entrega solemne de la armadura completa (panoplia) que el Estado ofrecía a cada huérfano. En el momento en que se van a presentar las tragedias, el heraldo se adelanta, presenta a los huérfanos cuyos padres murieron en la guerra, adolescentes vestidos con el equipo de hoplita, y pronuncia la más bella proclama: «El pueblo ha educado hasta la adolescencia a estos jóvenes cuyos padres murieron como valientes guerreros; ahora los arma con esta armadura completa, deja que cada cual prosiga su carrera, encomendándoles a la buena fortuna, y los invita ocupar la primera fila (proedría) en el teatro». En cuanto a los atenienses que han sobrevivido a las heridas pero que están inválidos o enfermos, la polis también les presta ayuda: una ley, atribuida a Pisístrato, ordena que la ciudad se haga cargo de alimentar a los mutilados de guerra.”

era socorrer a los necesitados en forma de asistencia mutua exigiendo a los socios pudientes el auxilio para los más pobres. Otro mecanismo de previsión social era el ahorro individual, el cual se mantiene vigente hasta nuestros días. No obstante este solo estaba al alcance de aquellos que ostentaban cierta riqueza y depositaban su dinero en los templos para el rescate o la vejez.

En Roma se indemnizaba a los militares que eran trasladados o retirados, y se crearon asociaciones de artesanos que otorgaban un auxilio funerario para costear los servicios de entierro de sus afiliados. Es así como se van creando las primeras instituciones de previsión social bajo la forma de corporaciones de artesanos o colegios romanos, asociaciones que se constituían con fines religiosos y mutualistas —es decir de protección de sus asociados frente a determinadas contingencias—. Así pues, los Collegias romanos constituidos para fines profesionales y los Soladitates como instituciones de carácter funerario-religioso son el más claro ejemplo de las asociaciones de socorro mutuo, situación que desapareció con las invasiones musulmanas. Lo que produjo una ausencia de esas instituciones durante los siglos VIII a XI/XII (Ignasi, 2001).

3.1.2.1 Formas de la previsión social en la Edad Media

Hacia los siglos XII renacen las cofradías medievales con fines religioso-benéficos bajo la orientación de parroquias y monasterios. Es el momento en el que se intensifican o extienden formas asociadas de previsión social para hacer frente a los riesgos que por medio de técnicas como el ahorro individual o la beneficencia no son posibles de subsanar. Las cofradías gremiales guardan una estrecha relación con las Guildas Germanas (asociaciones de defensa y asistencia mutua, características de los germanos unidos en fraternidad de armas o banquetes). Estas asociaciones de socorro mutuo son manifestaciones rudimentarias de auxilio social orientadas a la asistencia de los enfermos, pago de gastos funerarios y socorros temporales a favor de personas mayores y personas con deficiencias. Asociaciones que no tenían una organización definida, ni una forma concreta de cobertura de riesgos. La cuantía de prestaciones y cuotas era totalmente ajena a toda forma de derecho u obligación, y dependía más bien de la disponibilidad de caja o del espíritu de solidaridad reinante en el momento de la contingencia. Como afirma Ignasi (2001)

“estas instituciones ejercieron una labor importante para concientizar a la comunidad de la necesidad de prever la cobertura de contingencias futuras y potenciar el recurso a esta técnica colectiva de previsión social para hacer frente

a riesgos como la enfermedad, la vejez y la muerte (...) en la generalidad de los casos, las prestaciones se concedían en forma de auxilios en caso de enfermedad, ya fuera en dinero o mediante trabajo de los demás cófrades, en asistencia médico-farmacéutica, a través de la atención en los hospitales propios de la cofradía o estableciéndose subsidios que debían devolverse en caso de sanar la enfermedad. En este incipiente sistema de previsión, los accidentes de trabajo se consideraban dentro de la causal de enfermedad y existían también subsidios de invalidez, de vejez, contra el paro forzoso, en caso de muerte y supervivencia, así como auxilio dotal, de prisión y de causalidad; y se tenían consideraciones especiales por viudas y huérfanos”.

Los objetivos misionales de estas cofradías no solo consistían en asistir en caso de enfermedad y gastos funerarios, sino en todo lo que concernía a las necesidades que ocasionaban la pobreza y la falta de recursos.

En la edad media, y específicamente en la historia de España, se establecieron las hermandades como una derivación de las cofradías, y aunque conservaban su carácter religioso atendiendo casos de enfermedad, vejez, invalidez y muerte; se consolidó como una institución con una organización mucho más avanzada y sólida, de tal manera que se estableció una relación de derecho entre cuotas y prestaciones. Se transforma el auxilio destinado a las personas en situación de pobreza y se establece un derecho de protección del asociado frente a los riesgos asegurados en cuantías fijas y predeterminadas sin necesidad de justificar los estados de pobreza o necesidad extrema.

Esta progresiva transición que establecía cuotas, hizo que se desmembrara poco a poco la intencionalidad religiosa-benéfica, y en tal caso las clases menos favorecidas accedían con mucha más dificultad a la protección prestada por estas entidades, en la medida en que para tener derecho a las prestaciones era necesario haber contribuido previamente; lo que suponía un esfuerzo económico que no estaba al alcance de las personas en situación de pobreza. Hasta este momento no se había hecho evidente ninguna intervención del Estado en dicho asunto.

Puede entonces apreciarse que estas primitivas instituciones de protección social tuvieron inicialmente un carácter religioso, para pasar con posterioridad a desprenderse de este vínculo y luego, en el marco de un proceso amplio de secularización, asumir progresivamente el carácter de derecho privado coincidiendo con la llegada del siglo XX. Este cambio quizás fue producto de los defectos de las técnicas iniciales de protección de los riesgos, del desprestigio de las instituciones encargadas de este cometido, o bien del cambio de concepción del papel del Estado, conformándose una incipiente

noción de previsión social que en un futuro no muy lejano se convertiría en el fundamento de la seguridad social como sistema planificado de protección de riesgos sociales sobre tres dimensiones (prevención, reparación y recuperación (Ignasi, 2001).

La intervención del Estado se hace más evidente y necesaria en tanto que los riesgos sociales, se comprenden como un fenómeno de afectación potencial colectiva y cuya previsión requiere de la participación de todo el cuerpo social, lo que implica anticipar la protección del riesgo a un momento anterior a su advenimiento y además significa tomar medidas de precaución para minimizar el efecto de dicho riesgo.

Si bien es cierto que los ahorros individuales o colectivos son una manera de previsión del riesgo, es cierto también que éstos como mecanismo de previsión excluyen a una parte importante de la población que por su situación económica no puede realizar o emprender dicho ahorro.

A lo largo de este recuento histórico se van reconociendo como afirma Ignasi (2001) dos formas principales de previsión social; estas eran o bien la capacidad de ahorro del propio individuo o la actuación benefactora de origen privado de un tercero que de manera voluntaria y como acto de caridad otorgaba la ayuda necesaria. Ahora bien, las fallas derivadas de estos dos métodos de previsión social, generalmente se subsanaban con la ayuda prestada por la comunidad familiar de las personas mayores o enfermas. Puede decirse además que la beneficencia no se consideraba como método de previsión social, sino como método de reparación, pues dicha beneficencia tenía lugar una vez ocurrido el evento fortuito. Además desde la perspectiva de la beneficencia, el sujeto que es socorrido asume un papel eminentemente pasivo ya que se constituye solamente como receptor de una ayuda. Desde la perspectiva de la previsión social se espera que los sujetos a la vez que participan de los beneficios, puedan contribuir a subsanar otros riesgos futuros para la colectividad. La previsión como método busca tener un carácter permanente a diferencia de la beneficencia que se constituye como un evento de respuesta coyuntural.

No obstante pese a sus dificultades para operar, la beneficencia se consolida como el método de intervención social especialmente en las comunidades pobres que, ante un incipiente y lento desarrollo de sistemas de seguridad social universales, no encuentran otra alternativa de reparación frente al riesgo.

En este proceso evolutivo de la seguridad social emerge el mutualismo como una forma asociativa de previsión social del riesgo. El mutualismo se comprende como una

“técnica basada en la solidaridad de un grupo social homogéneo que, afectado por el mismo tipo de riesgos decide poner en común parte de sus ahorros para hacer frente a las situaciones de necesidad dimanante de estos riesgos que pueda experimentar cualquiera de los miembros del grupo” (Alarcón y González, 1988).

Es una noción de previsión social mucho más planificada y que conjuga dos principios: el ahorro colectivo y la solidaridad. Esta técnica se extendió hasta más o menos el siglo XIX y estuvo enmarcada en un contexto de revoluciones de las estructuras sociopolíticas vigentes y de formulaciones doctrinales del liberalismo político en la clase burguesa, lo que significó una progresiva secularización del papel de la iglesia.

3.1.2.2 Modernidad y Revolución Industrial

Con la Revolución Industrial se modificó de manera importante el panorama en términos de la previsión social, panorama que ahora vislumbraba un papel mucho más activo por parte del Estado. Los mecanismos de previsión social se vieron desbordados con el aumento y la magnitud de ciertos riesgos que venían de la mano con la nueva era de industrialización, lo que provocó la ruina y posterior extinción de las técnicas de previsión social hasta entonces presentes.

El auge de la industria trajo consigo jornadas de trabajo agotadoras, explotación de mujeres y niños, bajos salarios, ambientes insalubres y en general, una lamentable situación económica e higiénico-sanitaria que afectó considerablemente las condiciones de vida de los trabajadores industriales. Esta situación ocasionó la necesidad de legislar ante el Estado para hacer frente a dicha situación. Según Rojo Torrecilla en Ignasi (2001) existen dos hipótesis sobre las posibles razones por las cuales el Estado intervino en esta materia. La primera hace referencia a la responsabilidad del Estado en proteger la situación de los trabajadores, protección que se asume como neutra en tanto es una situación que interesa a todas las partes que conforman las relaciones productivas, interesa a los sistemas económico y político del país y no busca privilegios de una clase sobre la otra. Por contra, en la segunda hipótesis, la intervención estatal (del Estado burgués) fue una forma de estabilizar y por ende, perpetuar el modelo de las relaciones de producción capitalista; desde

ese punto de vista la seguridad social se vislumbraría como el eslabón que permite regularizar dichas relaciones, minimizando el conflicto social que emana de este modelo de sociedad emergente.

Así pues el surgimiento de la legislación laboral o del derecho del trabajo, es una medida que se considera defensiva por parte del Estado para hacer frente al creciente poder e influencia de la clase trabajadora. “*El derecho de trabajo será sustancialmente una respuesta defensiva de la burguesía a la acción emancipadora de la clase obrera*”. (Montalvo, 1975, p. 149).

El intervencionismo del Estado se asume pues, como una medida tutelar de auto conservación del modelo capitalista que, bajo la lógica de máximo beneficio económico, reconoce las implicaciones y los riesgos de la sobreexplotación de la fuerza obrera. De esta manera, en el marco de una política liberal, se legitima el intervencionismo del Estado en la “*cuestión social*”, entendida para este contexto como la define Palacio (1988) como aquella que

“hace referencia a los problemas que atañen directamente a las relaciones entre obreros y patronos, los conflictos en torno a las mismas y todo lo que incumbe a la situación y condiciones de vida de los trabajadores. Abarca también las derivaciones y conexiones sociales del problema obrero”.

Las primeras acciones se relacionaban, en el marco jurídico, con la legislación de normas laborales para tratar de dar solución a las demandas de los trabajadores en los términos de la situación de niños y mujeres trabajadoras, las largas jornadas laborales, la ausencia de medidas de seguridad y las condiciones insalubres. Las marcadas condiciones de inequidad social llevaron poco a poco a la conformación de un proceso de lucha obrera mucho más organizado, que se manifestó en tres direcciones: el sindicalismo (sociedades de resistencia), el cooperativismo (cooperativas de consumo y producción) y el mutualismo (sociedades de socorros mutuos).

Así pues, la aparición de conciencia de clase con la consecuente configuración del movimiento obrero, generó el intervencionismo normativo del Estado como medida para corregir las insuficiencias, los defectos y los excesos del nuevo modelo de sociedad surgido como consecuencia de la revolución industrial. Esta acción intervencionista el Estado estaba encaminada a minimizar los conflictos de la *cuestión social*, en parte para defender la propiedad privada frente a la amenaza de subversión o alteración del orden de la propiedad. Es decir, la acción estatal caminó en doble sentido,

para reformar la situación existente de la clase obrera, pero también para conservar el status quo sobre la propiedad privada.

Es importante resaltar aquí que si bien la iglesia tuvo un papel importante en la construcción de los primeros modelos de previsión social bajo los principios de beneficencia y caridad, su papel como institución se vio progresivamente disminuido de la mano de los procesos de secularización en la Edad Media. No obstante, en el siglo XIX, se produce la primera Encíclica social de la Iglesia Católica (*Rerum Novarum*) que tenía importantes formulaciones en cuanto a la situación de los obreros y cómo dicha situación podía ser superada, proponiendo que eran los gobiernos quienes debían impulsar las medidas necesarias para mejorar la situación de las clases necesitadas.

“Los que gobiernan deben cooperar, primeramente y en términos generales, con toda la fuerza de las leyes e instituciones, esto es, haciendo que de la ordenación misma del Estado brote espontáneamente la prosperidad tanto de la sociedad como de los individuos (...) queda al alcance de los gobiernos beneficiar a los demás órdenes sociales y aliviar grandemente la situación de los proletarios (...) ya que el Estado debe velar por el bien común como propia misión suya”. (*Rerum Novarum*, 1891)

Ahora bien, el papel del Estado y las políticas reglamentadas en materia laboral estuvieron marcados por la intuición, por una “reacción sentimentalista o humanitaria para dar respuesta a la crisis social existente”. Pero posteriormente hubo necesidad de dar un carácter más sistemático y metódico a las reformas laborales implementadas, esto significó preocuparse por el estudio más detallado de la realidad social, lo que confluyó en una suerte de intervencionismo científico, creando comisiones científicas de estudio de la situación de la clase trabajadora y de las opciones para mejorarla (Ignasi, 2001), lo que implicaba considerar las consecuencias sociales y políticas que se derivaban de las desfavorables condiciones de vida de una gran parte de la población.

El desarrollo de estas instituciones tenía una doble función a saber: por un lado se encargaban de estudiar la situación de la clase obrera investigando la problemática social existente a través de estudios por ejemplo estadísticos y por el otro lado eran la plataforma para elaborar los diferentes proyectos de legislación en materia laboral. Para el caso particular de España, en los primeros documentos normativos se hacía referencia a la protección de menores y mujeres trabajadoras y en segundo lugar se desarrollan proyectos legislativos para reparar los accidentes de trabajo en los que se revela con

mayor agudeza el desamparo del proletariado, no solo por la vinculación directa con el trabajo como medio de manutención y sobrevivencia, sino por los efectos a todo nivel que produce el accidente de trabajo a la persona. El seguro social emerge como una nueva forma de previsión del riesgo social acompañada por un desarrollo jurídico de ideas-fuerzas existentes como: la solidaridad del mutualismo obrero, el principio de solidaridad empresarial por accidentes de trabajo, y la necesidad de la intervención del Estado.

Es así como desde una perspectiva histórica, se encuentran evidencias del surgimiento de la seguridad social, que según cada época histórica se manifiesta conforme al orden social establecido y que desde el siglo XIX se consolida como una de las instituciones que va a regular las relaciones de poder entre el sector privado, la clase trabajadora y el Estado. Según Sánchez (1956):

“el seguro social es una institución de derecho público cuyo fin es atender de modo adecuado las necesidades eventuales ocasionadas por los riesgos y contingencias que gravitan sobre los trabajadores, mediante la solidaridad de los trabajadores, de los miembros de producción y del Estado en un sistema equitativo de compensación de estas cargas”.

El seguro social puede ser configurado como un sistema de previsión cuya esencia es asegurar la satisfacción de necesidades futuras e inciertas mediante la obligación asumida anticipadamente de suministrar los medios económicos precisos para satisfacer dicha necesidad cuando se produzca (Borrajo, 1963). Hay entonces una importante relación entre la seguridad social y el riesgo social, de hecho el seguro social es en suma la combinación de dos conceptos básicos: el riesgo social y la contribución financiera, donde el trabajador, el empleador y el Estado asumen la responsabilidad de prever la cobertura de ciertos riesgos sociales a través de la contribución financiera para cubrir las contingencias que el desencadenamiento de un riesgo social conlleva.

Ahora bien, la definición de riesgo social hace referencia al

“estado potencial de sufrir algún daño indicando que el origen de este presunto daño no radica tanto en las características personales del individuo como en las condiciones sociales en que se ve circunscrito a desarrollar su actividad, especialmente la de índole profesional. Y este origen social del daño es lo que determina, precisamente, la convicción, hoy generalizada y que se encuentra en el origen de la seguridad social, de que la propia sociedad debe preocuparse de proteger a sus miembros contra esas eventuales consecuencias dañosas” (Alarcón y González en Ignasi, 2001)

Así junto a la idea de riesgo social emerge la noción de previsión social, entendiendo ésta como el medio de unión de todos los individuos para el logro colectivo y solidario de todos los beneficios que el ahorro ha de proporcionales y que de manera individual no pueden conseguir, si se tiene en cuenta que los que cuentan con ingresos modestos no pueden hacer economías para hacer frente a largas enfermedades, paralizaciones de trabajo, y para que sus familias puedan atender las necesidades más perentorias en caso de su fallecimiento. Es la previsión, en su aspecto social, la que aprovecha a favor del individuo la fuerza enorme de la colectividad, y procede así porque sabe que el individuo en particular, vale poco bajo el punto de vista de su finalidad, en cambio por la suma de fuerzas individuales se logra un fuerza mínima susceptible de ser aprovechada por cada uno en particular (Cerdea y Richard, en Ignasi, 2001), y es aquí donde se reconoce el papel del Estado como ente que asume la facultad de gestionar la protección asegurada, y que además participa de forma directa o indirecta en la financiación de dicho aseguramiento.

Para finalizar, según Stein (en Ignasi, 2001) la seguridad social cumple cuatro funciones principales: proteger la capacidad de trabajo para prevenir y reparar las pérdidas en la capacidad productiva, conservar el factor humano y promover sus principales valores, que para esta sociedad se considera son la salud y la capacidad de trabajo, en tercer lugar modificar las condiciones y posibilidades de trabajo al influir sobre el mercado y sobre el salario, además de modificar el consumo convirtiendo en compradores y consumidores a los beneficiarios de las prestaciones, y finalmente influir y modificar la acumulación de capitales y la constitución de reserva, lo que da lineamientos importantes a las políticas de inversión en los Estados.

Ahora bien, los mecanismos como los diferentes Estados y naciones implementan políticas de seguridad y protección social muestran significativas diferencias regionales, que serán motivo de análisis en el siguiente segmento.

3.1.3 LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO, PERSPECTIVAS REGIONALES

A mediados del siglo XIX y en el marco de una sociedad mayoritariamente liberal, emergen los derechos civiles y sociales (de primera y segunda generación respectivamente). En el campo de los derechos sociales como una obligación del Estado, figuran: *“proporcionar trabajo, asistencia, instrucción, bienestar, preservación de la salud, retribución justa, defensa de los intereses profesionales, esparcimiento y vivienda”*, principios sobre

los cuales se erigió buena parte de las constituciones políticas de los estados de la época y posteriores” (Parra, 1986) No obstante, en el marco de estos derechos que implican para el Estado configurar un sistema de seguridad y protección social, hay significativas diferencias entre uno y otro sistema, lo que depende entre otros aspectos, de los contextos o regímenes económicos y políticos en cada Estado nación, así como de las situaciones demográficas, económicas e incluso educativas de la población.

El presente apartado busca, precisamente, presentar un panorama de los sistemas de seguridad social en las diferentes regiones del mundo junto con sus características más relevantes, lo que permitirá evidenciar diferencias entre una y otra región, y que pueden dar luces para mejorar el propio sistema colombiano, a partir de las experiencias internacionales.

3.1.3.1 La seguridad social en el continente americano

Según González (2003), casi todos los países del continente americano han legislado en materia de seguridad social, unos incluyen el tema en sus constituciones y otros en sus leyes de trabajo y salud. No obstante, la seguridad social en América “*dista mucho de ofrecer el bienestar al que tiene derecho el ser humano*” (González, 2003, p. 17); todavía no se logra alcanzar el principio de universalidad y menos aún el de integralidad con el que se consignan dichos sistemas en el marco normativo. Los elementos que cubre por excelencia la seguridad social son la salud y las pensiones pero principalmente para trabajadores asalariados del sector formal y sus familias, dejando por fuera del sistema a un amplio espectro de la población que presenta otras condiciones de trabajo. Para el caso de poblaciones vulnerables como las personas con discapacidad, se evidencia que los desarrollos normativos han transitado en el campo de las políticas públicas y la salud pública. El marco normativo en los países de América cubre los rubros de vejez, invalidez, muerte, enfermedad y maternidad, y, con contadas excepciones, la mayoría de los países cubre también el de accidente de trabajo.

Frente a la viabilidad financiera de los sistemas de seguridad social, varios países han realizado reformas que incluyen la privatización o la capitalización individual obligatoria³⁰. Chile fue el país pionero de la privatización en los

³⁰ El sistema privado de pensiones está basado en la capitalización individual. Cada afiliado posee una cuenta individual donde deposita sus cotizaciones previsionales, las cuales se capitalizan y ganan la rentabilidad de las inversiones que las Administradoras realizan con los recursos de los Fondos. Al término de la vida activa, este capital

años ochenta, en la década siguiente otros ocho países incursionaron en el campo de la privatización pero desde regímenes mixtos de seguro social y capitalización individual, estas reformas estuvieron principalmente orientadas al sistema de pensiones.

Desde principios del siglo XX, varios países adoptaron sus primeras leyes para la protección de ciertos sectores de la población trabajadora. Así pues, en la primera mitad del siglo XX el campo de la seguridad social de mayor relevancia fue el referido a los riesgos laborales y en segundo lugar el referido a las pensiones de vejez, invalidez y muerte. Según González (2003), la década de los noventa marcó un momento importante en la gestión de la seguridad social en el continente, especialmente en los países latinoamericanos, esta década estuvo marcada por la tendencia a la privatización³¹ e implementación de regímenes mixtos de los sistemas de pensiones y jubilaciones en países como Colombia, Perú, Argentina, Costa Rica, Uruguay, Bolivia, México y El Salvador.

En países como Chile y Perú el trabajador es el único que aporta a pensiones, en países como Colombia, El Salvador y Uruguay cotizan tanto el trabajador como el empleador y en países como Argentina, México y Costa Rica la cotización es tripartita (Estado, trabajador y empleador). Los montos y los intereses derivados de estas cuentas son los que se invierten y por tanto la cuantía de pensiones o prestaciones depende del monto de ahorro realizado.

En cuanto al sistema de pensiones por invalidez, tres de los requisitos más comúnmente solicitados en los países son: el grado o porcentaje de pérdida de la capacidad de ganancia o de la capacidad laboral (que en la mayoría de países está fijado entre las 2/3 partes y el 100% de pérdida), estar en la edad para recibir la pensión (que para algunos países se estima desde los 16 hasta los 60 o 65 años) y el tiempo mínimo de cotización (que oscila entre las 10 y las 960 semanas, donde domina la cifra de 150 semanas). En lo referido a las pensiones temporales o permanentes producto de un accidente

le es devuelto al afiliado o a sus beneficiarios sobrevivientes en la forma de alguna modalidad de pensión. La cuantía de las pensiones dependerá del monto del ahorro, existiendo por lo tanto una relación directa entre el esfuerzo personal y la pensión que se obtenga. (Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones FIAP)

³¹ “La privatización, con diferentes modalidades, consiste en la transferencia de las pensiones del sistema de reparto a uno de capitalización individual, mediante el cual cada afiliado deposita sus cotizaciones en una cuenta a su nombre, manejada por administradoras de fondos de pensiones”. (González, 2003, p. 29).

de trabajo, ninguno de los países exige periodos mínimos de cotización para otorgar la pensión, el monto de las prestaciones en la mayoría de los países se fija a partir de un porcentaje de los ingresos y se presenta en dos categorías: incapacidad temporal e incapacidad permanente, la prestación otorgada para incapacidad temporal oscila entre el 50% de los ingresos base de cotización (Bermudas y República Dominicana) y el 100% (Argentina, Colombia, Chile, Perú y México); y para incapacidad permanente la pensión oscila entre el 40% (Honduras) y el 100% del ingreso (Brasil y Costa Rica).

Algunas de las reformas que han venido acompañando el régimen de privatización en los diferentes países del continente americano tienen que ver con la ampliación de la cobertura a personas no activas, a trabajadores independientes y amas de casa, aumento en las edades de jubilación, aumento en las semanas de cotización, y una progresiva mayor protección a las personas con discapacidad. En la actualidad la cobertura de la fuerza laboral por parte de los sistemas de seguridad social es inferior al 50% (González, 2003), donde un gran porcentaje lo representa el sector informal de la economía, lo cual se traduce en un llamado de atención a los diferentes países a asumir el reto de incluir en el sistema, de manera justa y equitativa, a este importante grupo poblacional que se desempeña en el sector de la economía informal.

Según González (2003) existe en el continente americano un amplio marco jurídico en materia de seguridad social. Los resultados, aciertos y desaciertos de las reformas implementadas en la década de los años noventa en lo que concierne a la privatización no se han podido evaluar con precisión, pero se tiene la tendencia a asumir que los resultados no son cercanos a las expectativas planteadas para dichas reformas. Según Romero Montes (1999) citado por González (2003, p. 48)

“la aplicación del modelo de seguridad social obligatorio en América Latina ha tenido y tiene serias deficiencias de carácter administrativo. Se constata que ha limitado el desarrollo de la seguridad social, ha estimulado la atipicidad y la informalidad laboral, y de esta manera se ha dificultado la aplicación de los principios de la seguridad social”

Finalmente es imprescindible considerar factores como el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la población económicamente activa y cotizante, los inestables cambios en la economía y el mercado laboral dados por el libre comercio, la globalización y la introducción de nuevas tecnologías, así como el aumento acelerado del desempleo. Factores que invitan a considerar una ampliación en la cobertura de los sistemas de seguridad social para que cumplan sus principios de universalidad e integralidad, lo que además implica

hallar soluciones viables para lograr el financiamiento del sistema y/o reducir el déficit fiscal ya generado en algunos países; esto conllevaría a su vez a una reducción de la pobreza y a un mejoramiento de la calidad de vida de la población latinoamericana.

3.1.3.2 La seguridad social en el continente europeo

El desarrollo de la seguridad social en el continente europeo tiene una historia que se remonta al siglo XIX. En Gran Bretaña por ejemplo, se reconoce a William Henry Beveridge como un importante economista, jurista y político que adelantó una de las primeras legislaciones en materia social en Inglaterra y quien reglamentó los seguros sociales en Gran Bretaña. Algunos de sus principios aún continúan vigentes y sirven como fundamento a las políticas de seguridad social contemporánea (Parra, 1986). También en el caso de Alemania, el denominado “ministro de hierro” Otto Von Bismarck dispone la organización de los seguros sociales obligatorios con cotizaciones y afiliación, logrando cubrir paulatinamente los auxilios de enfermedad, accidente de trabajo, invalidez y vejez en un sistema mixto de aportes (entre empleadores y trabajadores). En general varios países de la Unión Europea comenzaron a legislar sobre los rubros de vejez, invalidez, muerte, enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo a partir de los años ochenta del siglo XIX. Se reconoce pues, que todos los países industrializados de Europa tienen hoy en día cobertura en los seis rubros antes mencionados, algunos con mayor o menor desarrollo según cada país.

Ya en el siglo XXI, la seguridad social en Europa se enfrenta a realidades sociales como la crisis económica, el envejecimiento poblacional, la reducción de la población laboralmente activa y los bajos índices de natalidad, lo que obliga a los países a tomar medidas para enfrentar dichas situaciones. Los esquemas de la seguridad social en el continente europeo hablan de dos sistemas: el universal y el de seguro social, el primero se financia de los impuestos fiscales o de impuestos especiales (IVA sobre tabaco, gasolina, bebidas alcohólicas o impuestos sobre el volumen de ventas de empresas farmacéuticas) y el segundo a través de las cotizaciones. Los sistemas de capitalización individual y privatización de la seguridad social no son frecuentes en el continente europeo, aunque algunos países han adelantado programas voluntarios de cuentas individuales como complemento a su pensión. En la Unión Europea los jubilados reciben una cuantía fija relacionada con su anterior salario, cuantía establecida por cálculos que determinan la prestación promedio junto con la reducción de gastos por el hecho de haber dejado de trabajar (ahorro

en transportes, en comida fuera de casa, etc.), por lo que su estándar de vida resulta igual o superior al que tenían antes de obtener la pensión.

Según González (2003) los sistemas universales en Europa cubren a toda la población frente a vejez, discapacidad y supervivencia, a través de algunas condiciones como residencia a largo plazo o ciudadanía, por lo que no se requiere de un periodo mínimo de empleo o de cotizaciones. La cobertura ha ido progresivamente en aumento hacia los trabajadores domésticos, de empresas familiares, de medio tiempo, agrícolas y autoempleados a través de fondos especiales o del sistema de seguridad social.

Algunos países han adoptado en sus legislaciones un sistema único de seguridad social y se ha generado la tendencia de otorgar mayores responsabilidades y competencias financieras a las autoridades locales y regionales para administrar algunos segmentos de la seguridad social, por ejemplo en lo concerniente a la salud y a la asistencia social, lo que representa un fenómeno de descentralización progresiva. Por otro lado, otros países han optado por la universalización de las prestaciones financiadas a través de impuestos.

La relación entre las cotizaciones realizadas y el nivel de prestaciones es mucho más estrecha, y varios países optan por un modelo de previsión o prevención de los riesgos sociales como el desempleo o la incapacidad laboral, generando menores costos en tratamiento y rehabilitación dentro del sistema. Esta política proactiva (desarrollada en países como Dinamarca, Finlandia o Reino Unido) tiene implicaciones en el aumento de la edad de jubilación y más altos requisitos para el acceso a pensiones (González; 2003). También se generan iniciativas para mejorar la oferta de empleo en trabajos de menor calificación y por ende de menor retribución. Países como Dinamarca y Suecia adoptan estímulos económicos para mantener a la población activa laboralmente durante un periodo mayor de tiempo, así como la implementación de estrategias para integrar al mercado laboral a los jóvenes en edades cada vez más tempranas (14 a 16 años). Estas estrategias garantizan un mayor número de trabajadores cotizando al sistema.

El régimen de seguro social para accidentes de trabajo, enfermedad, maternidad, desempleo y asignaciones familiares tiene una amplia cobertura que incluye estudiantes, actores, personas con discapacidad, trabajadores mineros, marinos, agricultores, residentes y en general un amplio margen de la población, en concordancia con el principio de universalidad.

En cuanto al régimen de pensiones por invalidez se encuentran importantes diferencias entre los países, en cuanto a los requisitos para acceder a ellas.

Por un lado los Países Bajos otorgan la pensión sobre la base de pérdida de capacidad laboral o de ganancia, otros países como Italia y Suecia lo hacen a partir de la edad; otros países se basan en la pérdida de capacidad laboral junto con las cotizaciones realizadas, otros en la pérdida de capacidad laboral y la edad, o en las cotizaciones y edad, y otros suman los tres requisitos: edad, cotizaciones y pérdida de capacidad laboral. Ahora bien, el porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia o laboral para acceder a la pensión es distinto en cada país, y puede ir del 50 al 80%. Las edades para acceder a pensión oscilan entre los 18 a los 66 años, y los tiempos de cotización varían de país a país y pueden ir desde las 24 semanas a las 643 semanas; no obstante, como ya se mencionó, algunos países solicitan un mínimo de tiempo de residencia en el país (tres años para Dinamarca y Suecia). Sobre el monto de la pensión otorgada, los porcentajes varían desde el 1.83% (Austria) hasta el 100% en Finlandia. Algunos países optan por otorgar cantidades fijas semanales y mensuales. En cuanto a las prestaciones por accidentes de trabajo, ningún país exige periodos mínimos de cotización y el porcentaje de los ingresos varía si se trata de incapacidad temporal (de 33.33% la mínima –Portugal– a 100% la máxima –Alemania, Austria, Finlandia, Luxemburgo–) o incapacidad permanente (de 50% la mínima –Grecia– a 100% la máxima –Bélgica, Francia, Italia, Reino Unido y Suecia–).

Es difícil para el caso de Europa establecer denominadores comunes en el monto de las pensiones y en los tiempos reglamentados de cotización, ya que hay diferencias importantes entre los países.

González (2003) hace una alusión especial a los países europeos en transición o postsocialistas de la Europa Oriental, quienes comenzaron a reestructurar sus sistemas de seguridad social en la última década del siglo XX y primera del siglo XIX. Estos países se vieron enfrentados a la tendencia de privatizar los regímenes de pensiones como estaba sucediendo en Latinoamérica; de hecho, el principal objetivo de las reformas en los países en transición es asegurar la sustentabilidad de los regímenes de pensiones reduciendo el papel del sistema público y enfatizando en la previsión privada pero sin llegar a adoptar un modelo 100% privatizado. Para finalizar es importante reconocer que Europa a través de sus dos sistemas es uno de los contenientes que intenta cumplir con el principio de universalidad incluyendo en el sistema de seguro social a estudiantes, amas de casa, personas con discapacidad, desempleados por enfermedad o por falta de capacitación y trabajadores en el extranjero e incluyendo en el sistema universal a personas mayores de bajos recursos, habitantes de la calle, mujeres solas en edad avanzada y residentes extranjeros.

Igualmente se reconocen en Europa estrategias generalizadas tendientes a contener el mayor número de tiempo posible a la población trabajadora para cotizar al sistema, (aumento en la edad de jubilación, disminución en la edad de ingreso al mercado laboral) y estrategias que promueven la reincorporación de los desempleados sin capacitación y las personas con discapacidad al mercado laboral. Todas estas estrategias son, en últimas, mecanismos de financiamiento que buscan sostener el status de bienestar económico de los pensionados en un nivel óptimo.

3.1.3.3 La seguridad social en el continente africano

África es un continente que debió atravesar diferentes etapas de dominación colonial (su territorio estaba “repartido” entre las potencias europeas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX), lo que dificultó su desarrollo como continente autónomo. Solo fue hasta mediados del siglo XX cuando la mayoría de los territorios africanos se independizaron y empezaron a consolidar nuevos Estados. En el marco de estos procesos independistas se reestructura la seguridad social, no obstante, los conflictos internos (guerras civiles, derrocamientos, crisis políticas, surgimiento de guerrillas) y la precaria situación económica producto del proceso de independencia limitó las posibilidades de progreso en materia de seguridad social. Sumado a ello factores contemporáneos como el hambre y la desnutrición, las sequías o las epidemias recrudecen aún más el panorama de la protección social en África.

Otro de los factores que dificulta el desarrollo de una seguridad social sustentada en una tasa constante de población laboralmente activa, es el hecho de que los índices de natalidad son muy elevados, por lo que la población menor de 15 años equivale al 43% de la población total, y con ello la expectativa de vida al nacer oscila entre los 35 y 63 años, por lo que solo un 4% de la población alcanza los 60 años o más.

El común denominador en materia de prestaciones de la seguridad social es el cubrimiento de los rubros de vejez, invalidez, muerte y accidentes de trabajo en todos los países africanos. Es importante resaltar también que casi todos los países del continente africano realizaron reformas a sus leyes sobre seguridad social en el periodo postcolonial, ya que previo a este periodo los sistemas de seguridad social eran aquellos impuestos por las colonias de los países europeos, así pues, estas reformas se realizaron en su gran mayoría en la segunda mitad del siglo XX, no obstante la legislación sobre accidentes de trabajo en la mayoría de países se origina desde la primera mitad del siglo XX.

Los sistemas de seguridad social africanos se conformaron como sistemas de reparto, con cotizaciones aportadas por el trabajador, el empleador y el gobierno; y no han ingresado en el campo de la privatización o la capitalización individual. Cabe resaltar que el sistema de seguridad social africano dista mucho del principio de universalidad.

Los perfiles económicos de los países africanos varían mucho entre sí, por lo que se puede hablar solo de los aspectos en común, como el hecho de que la principal preocupación en materia de seguridad social corresponde a los aspectos de vejez, invalidez, muerte y accidentes de trabajo. En segundo lugar se consideran los aspectos de enfermedad y maternidad, en tercer lugar el tema de asignaciones familiares y finalmente el aspecto que menos protagonismo ha tomado en la seguridad social es el del desempleo. Las leyes vigentes en su mayoría datan desde la década de los setenta, y solo unos pocos países conservan vigentes sus primeras leyes con enmiendas respectivas. Aunque África tiene un desarrollo legislativo en materia de seguridad social, según González (2003) no es posible afirmar que estas disposiciones se cumplan en la práctica, como tampoco se puede afirmar que las que se cumplen abarquen a todo el sector laboral formal, y mucho menos al sector informal que está representado en la gran mayoría de la población.

De hecho los sectores que se encuentran más amparados por la seguridad social son las personas empleadas, algunos países cubren a los autoempleados, aprendices y estudiantes técnicos. En otros países se registran excepciones como otorgar pensiones a todos los residentes o ciudadanos, algunos países otorgan pensiones al personal doméstico y en países como Sudáfrica se otorgan solo a ciudadanos de escasos recursos. El régimen de países como Etiopía es únicamente para empleados públicos.

Las pensiones por vejez se otorgan entre los 45 y los 65 años, siendo la edad más común los 55 años para ambos géneros. En el ámbito de las pensiones por vejez hay algunos países con categorías interesantes si se trata de veteranos de guerra o si las personas se desempeñaban en empleos peligrosos, por ejemplo, Burundi otorga la edad de jubilación a partir de los 45 años para trabajadores bajo condiciones arduas.

Las condiciones para la adquisición de derechos por pensión de invalidez son distintas en cada país, pero por lo general uno de los requisitos es la pérdida total de la capacidad de trabajo o de generar ingresos, otros países exigen la pérdida de las 2/3 partes de la capacidad o la determinación de una discapacidad permanente, o el 80% de la pérdida de capacidad de ganancia y otros países como Senegal, Costa de Marfil y Sudáfrica establecen edades

para la entrega de pensiones. En cuanto al tiempo de cotización, varios países exigen un promedio de 5 años, otros países exigen 10 años y otros exigen un año. La cotización más alta la exige Libia con un total de 20 años cotizados y la más baja Egipto con un total de seis meses. Como puede observarse los periodos exigidos son muy variados en cada país.

El porcentaje de ingresos para otorgar la pensión también es muy diverso, los más comunes son el 30% y el 50%, otros países otorgan el 1.33% multiplicado por los años de cotización, o el 1% por año asegurado, otros países ofrecen una cantidad fija mensual y países como Kenia y Tanzania ofrecen una suma global más intereses. En Ghana los empleadores otorgan prestaciones a partir de acuerdos colectivos.

En cuanto a las prestaciones por accidentes de trabajo, ningún país exige un mínimo de semanas cotizadas, las prestaciones se entregan por discapacidad temporal y por discapacidad permanente. Los porcentajes de ingresos para cubrir esta prestación oscilan entre el 45 y el 100%. Se destaca Sudán que otorga el 80% según el grado de incapacidad. Es común encontrar que varios países entregan una determinada suma global equivalente al monto de las cotizaciones más los intereses.

Para finalizar, González (2003) presenta una reflexión sobre la importancia de que las naciones del continente africano primero logren una estabilidad política y económica, para poder desarrollar un régimen de seguridad social que responda a la complejidad demográfica de su población. Cabe resaltar que la agricultura en África es una de las principales actividades económicas, no obstante los agricultores tiene muchas menos garantías en materia de seguridad social que el resto de la población.

3.1.3.4 La seguridad social en el continente asiático y en Oceanía

Pese a la gran historia antigua del continente asiático, y al impresionante desarrollo de sus civilizaciones, la protección de la seguridad social se desarrolló de manera tardía en la segunda mitad del siglo XX, esto en razón de que los países del continente asiático se desarrollan como naciones independientes y soberanas solo a mediados del siglo XX (González 2003).

El desarrollo de la seguridad social se ha visto limitado a causa de los profundos conflictos armados especialmente en el Medio Oriente, lo que ha dificultado la aplicación de las disposiciones legales vigentes, y ha conllevado a una observación internacional en materia de cumplimiento de derechos

humanos ligados con la seguridad social como son: el derecho a la vida, a la salud, al empleo, a la vivienda, los derechos de las mujeres y de los niños.

Los rubros que mayor cobertura y tratamiento tienen en los países del continente asiático y de Oceanía, son los de vejez, invalidez, muerte y el de accidentes de trabajo, y en menor medida se encuentran los de enfermedad, embarazo, empleo y asignaciones familiares.

Se han evidenciado importantes esfuerzos en este continente por mejorar la situación pensional de las personas, las condiciones del acceso a prestaciones o el aumento de la cobertura; dentro de estas iniciativas se destacan mayores privilegios del acceso a pensiones para trabajadores que se desempeñan en empleos peligrosos o insalubres (Arabia Saudita), fortalecimiento de los derechos de las personas que reciben pensiones, aumento de las pensiones mensuales (Filipinas y Pakistán), seguro de vejez para amas de casa (Israel), fondos de previsión para trabajadores en el extranjero, régimen de ahorro voluntario deducible de impuestos (Singapur), régimen de seguro de enfermedad obligatoria para extranjeros, seguro de salud para toda la vida (Australia), bonificaciones tributarias por adscribirse al régimen privado, protección de salud para personas mayores, régimen de cuidado infantil para retornar al empleo (Singapur), beneficios a familias con personas dependientes mayores de edad, ampliación de la cobertura en el sistema general de seguridad social (Pakistán), exención de pago de cotizaciones para trabajadores de escasos recursos (India), modificaciones en los regímenes de inversiones, aumento de ingresos máximos (Irán), mayor protección a las personas con discapacidad (Líbano).

En cuanto a las pensiones por vejez, las edades oscilan entre los 55 y los 65 años, solo en casos especiales China y Pakistán la otorgan a los 45 años. La mayoría de los países otorgan una suma global más intereses y en otros casos se entrega la suma global multiplicada por los años de servicio, otros países entregan cantidades fijas anuales, mensuales o semanales. Finalmente un grupo de países otorgan pensiones a partir del porcentaje de los ingresos que varían desde el 0.35% (Irán) al 20% (China) o el 100% (Afganistán). Los montos se basan en el porcentaje mínimo multiplicado por el número de años o meses cotizados o por los años de servicio, o el monto de las cotizaciones aportadas más intereses.

Para acceder a la pensión por invalidez, las condiciones son variadas de acuerdo a cada país. Así pues, algunos países se basan en la pérdida de capacidad laboral o de ganancia, otros en las cotizaciones, otros en la pérdida de capacidad y en la edad (que varía en rangos desde los 16 a los 65 años),

en la pérdida de capacidad y en las cotizaciones, y otros en la pérdida de capacidad y la residencia, o en la triada de edad, cotizaciones y pérdida de capacidad.

Los porcentajes fijados como pérdida de capacidad de ganancia van desde el 20% (en Australia) hasta el 100% (China, Indonesia, Japón, Nueva Zelanda y Papúa Nueva Guinea). El monto mínimo de cotizaciones para acceder a pensión varía de tres meses (Tailandia), un año (Irán), dos años (Siria), 15 años (Pakistán) o 25 años (Japón).

Respecto de las prestaciones por accidentes de trabajo, Filipinas es el único país que exige un tiempo mínimo de cotización (un mes), y en la mayoría de los países las prestaciones se otorgan por discapacidad temporal y permanente. Para el caso de esta última, los porcentajes de ingresos para entregar la pensión varían desde 3.3% (Irán, multiplicado por los años cotizados) hasta el 115% (Filipinas). Otros países entregan sumas globales, salarios mensuales, semanales o diarios. En Indonesia y Japón el monto varía según el grado de discapacidad. Las prestaciones por accidentes de trabajo son mucho más generosas en estos continentes que en los demás, ya que en casi $\frac{3}{4}$ partes de los países el porcentaje de los ingresos otorgados para discapacidad temporal va desde el 75 al 100% y para discapacidad permanente van desde el 75% a 115%, además la duración de la prestación por discapacidad temporal va hasta el momento de la recuperación a diferencia de otros países donde la duración de la prestación es limitada.

En resumen, la mayoría de regímenes de seguro social en Asia y Oceanía son de reparto, de previsión social, y otros países tienen regímenes duales de seguro y asistencia social (Israel), de seguro social y pensión ocupacional obligatoria o universal (Australia) y de asistencia social (Nueva Zelanda). En palabras de González (2003) ninguna otra región tiene tanta diversidad en sus sistemas y regímenes de seguridad social. Se evidencia también que ninguno de los países en estos continentes ha entrado en el campo de la privatización a excepción de China que tiene un sistema dual de seguro social y cuentas individuales de pensiones. En este continente solo dos países (Israel y Nueva Zelanda) han alcanzado el principio de universalidad en la cobertura de vejez, invalidez y muerte ya que aplica para todos los residentes; en cuanto al principio de integralidad, éste está presente en cinco países: Irán, Israel, Japón, Australia y Nueva Zelanda, aunque no de manera universal. Es importante destacar que el continente asiático es uno de los más poblados, donde el 39% de la población es menor de 15 años y el 5% es de 65 años o más. Finalmente cabe recordar que la evolución de la seguridad social en Asia está limitada

por el reto de enfrentar situaciones políticas, sociales y económicas precarias producto de los conflictos armados especialmente en el Medio Oriente.

3.1.4 Una reflexión final sobre los sistemas de seguridad social en el mundo

A pesar de que en el mundo existe un amplio marco jurídico sobre la seguridad social, es en muy pocas regiones donde se ha logrado consolidar los principios de universalidad e integralidad. Los principales desarrollos legislativos se encuentran en materia de vejez, muerte, invalidez y accidentes de trabajo y en menor medida de enfermedad y embarazo. Otro de los rubros desatendidos por un número significativo de países es el de asignaciones familiares (que incluye, donde lo hay, cuotas a los trabajadores con hijos con discapacidad), otro rubro de menor desarrollo es el de desempleo que por lo general es de tiempo limitado y se representa para algunos países en una cuota de liquidación por despido.

En todos los continentes existen importantes variaciones en cuanto a los siguientes factores: las modalidades de adquisición del derecho a la pensión o a la prestación, las edades reglamentadas, los años de servicio o cotización, el monto otorgado y la duración de la prestación. La entrega de pensiones por invalidez, por ejemplo, combina criterios como la pérdida de capacidad laboral, la edad, las semanas cotizadas, la calidad de residente o ciudadano, en diferentes fórmulas según el criterio de cada país.

Se reconoce además que el contexto rural es el más desprotegido en general en casi todos los países, donde se carece en ocasiones hasta de servicios médicos apropiados. De manera general el panorama indica que la pensión de vejez se otorga de manera más tardía en Europa, seguida por el continente americano y el africano y la edad más temprana para acceder a pensión de vejez es la de Asia. Asimismo los porcentajes de salario para pensión son más elevados en Europa, seguida por América, Asia y finalmente África. La tendencia a la privatización es una realidad para regiones como Latinoamérica y como Europa Oriental.

Este panorama ha permitido vislumbrar que en materia de seguridad social no existe un patrón determinado que pueda aplicarse de manera exitosa en todos los países. Lo que significa que los sistemas de seguridad social pueden alcanzar los principios de universalidad e integralidad en tanto se erijan de acuerdo a las características sociales y demográficas de cada nación y tengan como base una estabilidad política y económica. Esta estabilidad económica

se encuentra, hoy por hoy, al filo de la navaja en la medida en que la actual crisis económica mundial desemboca, entre otras cosas, en el déficit financiero que impide la sustentabilidad de los sistemas de seguridad social, déficit que se acentúa por la baja en el índice de natalidad y la mayor longevidad de las personas mayores, lo que para un sistema cuya financiación se basa en el mercado laboral significa disminución de los trabajadores activos y cotizantes.

Finalmente se espera que este panorama haya logrado vislumbrar los avances y las carencias de los sistemas de seguridad social en los diferentes países y sirva para nutrir a Colombia de las demás experiencias con el propósito de alcanzar un mejor nivel de seguridad social y de vida para la población. El reto a considerar, como afirma González (2003) tiene que ver con que la normatividad adoptada ponga de manifiesto la intención de mejorar la protección de la seguridad social en beneficio de los ciudadanos, y en especial, en el desarrollo de esquemas de previsión para sectores vulnerables como las personas mayores o las personas con discapacidad.

3.1.5 DISCAPACIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

Las políticas que enmarcan los programas o sistemas de seguridad social en Colombia y en el mundo, se erigen sobre dos principios fundamentales: universalidad e integralidad³². Sin embargo, al considerar la situación de las

³² “Los enunciados de carácter general, planteados como ideales a alcanzar por un modelo de seguridad social, constituyen sus principios generales. Tales principios son una guía para establecer los diferentes componentes de un sistema de seguridad social, en función de un cometido último. Una vez creado el sistema, los principios generales que lo informaron son útiles como criterios de interpretación de las normas en que se plasma el sistema, como criterios de orientación que deben evitar que el sistema descuide sus derroteros fundamentales. Estos principios tienen especial importancia, también, en orden a realizar la evaluación de un modelo de seguridad social y determinar los ajustes necesarios para garantizar la supervivencia del sistema mismo. Además constituyen parámetros para enjuiciar el grado de desarrollo de un modelo de seguridad social determinado (...) Principio de universalidad: Todas las personas deben participar de los beneficios del sistema de seguridad social. Con este enunciado se superan las limitaciones propias de los seguros sociales que nacieron con un carácter clasista, como un sistema de protección exclusivo, en función de los trabajadores asalariados. La función de la seguridad social es proteger al ser humano como tal, dentro de una determinada colectividad social, sin importar a qué dedique su existencia. El acceso a la protección deja de ser un derecho para unos y una concesión graciosa para otros, y se constituye en un derecho subjetivo público. El acceso a la seguridad social

personas con discapacidad en el marco de los seguros sociales, estos principios distan mucho de ser una realidad. La evolución lenta pero progresiva del concepto de discapacidad ha permitido permear este tema en las agendas públicas en materia de salud, pero el camino que falta por labrar aún es largo. El propósito de este apartado radica en considerar algunos aspectos conceptuales del campo de la discapacidad y relacionarlos con su papel en los sistemas de seguridad social, especialmente el colombiano.

Según Cruz (en Cuervo et al [ed], 2005) dos de los problemas centrales en el desarrollo de la seguridad social en América Latina lo constituyen su cobertura limitada y la generación de esquemas diferenciados del seguro para diferentes categorías de empleo con diferentes exigencias de contribución y por ende beneficios diferenciados. Esta situación repercute en la profundización de las desigualdades sociales, ya que el sistema deja por fuera de financiación directa a sectores sociales en situación de vulnerabilidad como los trabajadores del sector informal de la economía o las personas con discapacidad, ya que dicho financiamiento se realiza por vía de impuestos indirectos, o bajo el esquema de gasto público residual.

La atención a las personas con discapacidad se inicia en Colombia entrado el siglo XX, bajo la forma de asistencia médica institucionalizada ligada a iniciativas del sector privado o a la beneficencia pública. Progresivamente en los años sesenta se dio inicio a los primeros programas de rehabilitación profesional, lo que pone en evidencia la relación entre discapacidad y fuerza laboral. También a mediados del siglo XX inician procesos de formación profesional en el país, en carreras enmarcadas en el área de la rehabilitación bajo el modelo biomédico. En los años ochenta se presenta la iniciativa de generar una política integral de coordinación intersectorial e interinstitucional para atender a las personas con discapacidad, iniciativa de la cual surge el

es un derecho humano. Además, en tanto está reconocido por el derecho positivo, se califica, desde el punto de vista técnico jurídico, como un derecho fundamental de rango constitucional. (...) Principio de Integralidad: de acuerdo con este principio, las prestaciones de la seguridad social del sistema deben ser acordes con las necesidades de los colectivos que se pretende proteger. Las prestaciones de la seguridad social no deben quedarse en la protección de los riesgos clásicos (invalidez, vejez, muerte, enfermedad y maternidad), sino que debe tener un crecimiento constante tendiente a detectar las diferentes necesidades sociales para acudir a su protección. Para satisfacer las diferentes necesidades, de acuerdo con cada uno de los sectores protegidos, deben establecerse beneficios adecuados a las diferentes circunstancias.” Calvo, Jorge (1998) *Principios de la seguridad social* En: Revista jurídica de seguridad social N° 8 enero de 1998. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social,

Sistema Nacional de Rehabilitación (Decreto 235 de 1981). En la década de los noventa las iniciativas gubernamentales estuvieron orientadas a “diagnosticar” a través de censos y encuestas nacionales la situación socioeconómica y demográfica de las personas con discapacidad, para contar con información sustentada y actualizada que permitiese organizar, focalizar y desarrollar programas de prevención, rehabilitación e integración social. Este proceso reveló que el 92% de las personas con discapacidad se hallaban excluidas de cualquier sistema de seguridad social (MEN, 1992).

Por otra parte señala Cruz (en Cuervo et al [ed], 2005) que aquellos ciudadanos que son empleados y cuentan con garantías de derechos sociales derivadas de su contrato laboral, no parecen estar realmente protegidos del riesgo de discapacidad dentro de su propio contexto laboral. En el marco del sistema general de riesgos profesionales, si bien las acciones han estado encaminadas a prevenir, identificar y controlar los riesgos profesionales para evitar el desencadenamiento de situaciones de discapacidad en el trabajo y prevenir los estados de invalidez, incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial y enfermedad profesional, la cobertura aún es muy baja (40% de la población).

La atención a la discapacidad ha estado enmarcada principalmente en un paradigma de base individual, sustentado en el modelo biomédico, donde la discapacidad tiene una relación directa con estados de enfermedad o trauma, por lo cual la atención médica y la rehabilitación son las respuestas por excelencia en los programas de atención a la discapacidad dentro de los sistemas de protección social. No obstante en la última década, el progresivo desarrollo del modelo social de la discapacidad, que sustenta sus principios sobre la base de la integración plena de las personas con discapacidad a la sociedad y que considera esta situación como el resultado de un complejo conjunto de condiciones creadas muchas veces por el contexto social, ha generado un cambio en el diseño de políticas y programas de salud y de atención a las personas con discapacidad, enmarcando las acciones en el campo de los derechos humanos y el ejercicio pleno de la ciudadanía (Cruz en Cuervo et al [ed], 2005). Lo que exige para los sistemas de seguridad social la adopción de nuevas medidas que den respuesta a la complejidad que representa la situación de discapacidad, ya que las respuestas del Estado hasta el momento han sido en el campo de la rehabilitación y la compensación más que en materia de prevención, promoción y equiparación de oportunidades. Dicha equiparación implica como lo han adelantado países en el continente europeo, integrar a las personas con discapacidad en el mercado laboral en las esferas de producción

y consumo³³. Esta es una posibilidad para que la población con discapacidad se convierta en un activo dentro del financiamiento de la seguridad social, aporte económicamente en la construcción de riqueza social y reciba los beneficios derivados de este contrato social, disminuyendo así la condición de dependencia económica.

Justamente en ese proceso de integrar de manera más sustancial y equitativa a las personas con discapacidad en los sistemas de seguridad social, el estudio para la actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999), reconoce que este manual ha sido utilizado para calificar la condición de discapacidad bajo un modelo de invalidez, relacionándola directamente con el deterioro o la deficiencia en los sistemas corporales. Cada calificación de discapacidad realizada en este marco le dice a los ciudadanos que su situación de discapacidad es equiparable a estados de invalidez, lo cual representa un atraso cultural y social en materia de discapacidad, por ello el nuevo manual propuesto, denominado ahora Manual Único de Calificación de la Pérdida de Capacidades: Laboral y Ocupacional, contempla en su libro II, la calificación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en el marco del modelo conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, lo que representa para las personas con discapacidad una evolución en los procesos de calificación, procesos que son requeridos por la normativa colombiana para el acceso a programas y beneficios en materia de protección social. Otro de los aspectos importantes en la evolución del nuevo manual tiene que ver con la eliminación de los conceptos de invalidez y minusvalía, en concordancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, y que reza en su artículo cuarto, literal b *“Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad”*.

Es claro entonces que en Colombia como en otros países, se usan herramientas desde la baremología para determinar estados de discapacidad

³³ En Irlanda y Alemania se han generado iniciativas legislativas para incentivar el retorno al trabajo de las personas con discapacidad, y en Alemania, para los casos de discapacidad grave, se ha ampliado el límite de edad para el otorgamiento de pensiones. En el continente americano, Uruguay decretó una ley que permite a las personas calificadas en el rango de invalidez, trabajar sin dejar de recibir la pensión de invalidez. y en Estados Unidos se emitió un cupón para trabajar, como apoyo complementario a beneficiarios pensionados por minusvalía (González, 2003).

en función de las disposiciones que en materia de seguridad social han sido establecidas. En Colombia a partir de las reflexiones presentadas es posible además establecer una relación estrecha entre la población con discapacidad y un índice de esa población cuya discapacidad es producto de accidentes laborales o enfermedades de origen profesional, por lo que el desarrollo de la baremología no solo ha permitido estimar niveles de discapacidad, sino también porcentajes de daño corporal para el acceso a prestaciones o indemnizaciones. En concreto, para el caso colombiano se cuenta con un manual **único** cuya estructura deseable es poder garantizar la calificación integral y justa de cada una de estas condiciones bajo la misma metodología. No obstante en otras latitudes existen baremos independientes para valorar condiciones diversas. El propósito del siguiente apartado es justamente abordar el tema de la baremología y los procesos de reparación por **daño** a la persona, concepto comúnmente usado en la literatura sobre valoración humana.

3.2 BAREMOLOGÍA Y REPARACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

Tras hacer un recorrido alrededor de los aspectos normativos, económicos, políticos, éticos y sociales que tienen inherencia en el hasta ahora Manual para la Calificación de Invalidez (MUCI) Colombia, se hace preciso conocer las bases conceptuales que determinan la calificación de un individuo y la subsecuente adjudicación de un porcentaje que define el acceso o no a prestaciones reguladas por el Estado.

El aspecto que se examinará con mayor atención en el transcurso de este texto será la herramienta técnica que determina dicha calificación; esto lleva a iniciar el presente análisis a partir un rápido repaso de las bases históricas de la misma.

3.2.1 VALORACIÓN DEL DAÑO: UNA NECESIDAD PARA EL RESARCIMIENTO DE PERJUICIOS

El concepto de valoración del daño corporal, es complejo, amplio y difícil de intuir. A continuación se presentarán varias definiciones sobre daño encontradas en la literatura disponible.

La Real Academia de la Lengua, define la acción de dañar como “*causar menoscabo, detrimento, dolor o molestia*”. Y la doctrina jurídica se muestra

más precisa, dice: “*daño es un menoscabo que, a consecuencia de un evento determinado, sufre una persona en sus bienes vitales naturales, en su propiedad o en su patrimonio*”. También indica que “*daño es un menoscabo material o moral causado contraviniendo una norma jurídica que sufre una persona y del cual haya de responder otra*”. Daño es el detrimento, perjuicio o menoscabo causado por culpa de otro en el patrimonio o la persona. En derecho civil, la palabra “daño” significa el detrimento, perjuicio o menoscabo que una persona sufre a consecuencia de la acción u omisión de otra, y que afecta a sus bienes, derechos o intereses.

En México, algunos tratadistas definen el daño como la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación (Art. 2108 del Código Civil para el D.F.). Esta definición se debe entender en el sentido de daño material. También se define como el mal, perjuicio, deterioro causado a una persona por otra u otras, o por el hecho de las cosas.

En España se distinguen tres definiciones de daño: (1) El daño, la lesión, el agravio o el menoscabo que sufre la persona en su patrimonio o en su ser físico o moral, o en sus derechos o facultades, siempre puede ser objeto de apreciación económica. Es el presupuesto central de la responsabilidad civil. (2) El daño material es la lesión causada a los bienes por la acción de un tercero; es un perjuicio ocasionado en el patrimonio de la víctima por el hecho del agente y (3) El daño moral es aquel daño que causa una lesión a la persona en su íntegra armonía psíquica, en sus afecciones, en su reputación y/o en su buena fama.

Ahora bien, es preciso llevar estas definiciones sobre daño, al campo de la valoración humana en materia de salud, que es el campo que interesa al presente estudio. Por ello a continuación se presentarán diferentes definiciones sobre valoración del daño corporal. Según Borobia (2006) daño corporal es un concepto pluridisciplinario que se ha ido abriendo a distintas aplicaciones, todas ellas teniendo como objetivo final una indemnización, una compensación económica o una situación social ventajosa. El eje sobre el que gira este concepto es la persona que ha sufrido una alteración más o menos brusca de su salud (cuando no estaba previsto que se alterara), existiendo un culpable o una situación de riesgo que lo ha generado. Como consecuencia de esto, la persona podrá tener derecho a una compensación o a una ayuda, dependiendo de si la alteración de la salud conlleva una alteración permanente o temporal. La alteración de la salud se debe cuantificar como paso previo al cálculo de la indemnización; para ello debe valorarse el estado de salud actual y compararlo con el que tenía antes de la modificación. Todas las alteraciones de la salud

no dan lugar a una misma compensación; generalmente por medio de unas normas legales y, a veces jurídicas, se establecen derechos al qué y al cuánto, respecto al daño y su respectiva compensación. Por lo tanto, la valoración del daño corporal es un concepto en el que se tienen en cuenta cuestiones de salud (por ello es un concepto médico) y conceptos de derecho y de economía.

Visto lo anterior, se puede entender que la valoración del daño corporal es la aplicación de los conocimientos médicos a la posible compensación de la alteración de la salud; este concepto no es muy distinto del concepto de medicina legal, entendiéndolo como el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en un perfeccionamiento y aplicación (Gisbert, 2004). En el caso concreto de la valoración, los conocimientos médicos son de aplicación a una cuestión muy concreta, a la citada compensación de la alteración de la salud dentro de las diversas ramas del derecho.

Las formas para denominar el daño son tan variadas como legislaciones existen al respecto, así pues, una forma de mencionar el daño es como daño corporal y otra es como daño personal, según se piense más en el daño biológico, en el primer caso, o más en el daño psicobiológico y social.

Según Borobia (2006) el concepto cuerpo o corporal no debe contemplarse como daño exclusivamente físico, sino con una mayor amplitud, en relación con la salud que pueda perder una persona; es decir, es el daño físico y el daño psíquico. Hoy en día no se pueden separar y forman una unidad que el médico conoce y que interpreta como un conjunto. Entendiendo corporal en este sentido real y amplio, todas las cuestiones que un perito médico tenga que estudiar y valorar encontrarán su cabida y proyección en este concepto. El concepto personal es mucho más amplio, contempla el estado de salud de una persona más las relaciones con su medio familiar, laboral y social. En algunos casos, el perito médico tendrá conocimientos y formación suficientes para opinar sobre ciertas cuestiones (p. ej., la necesidad de apartar al enfermo del entorno laboral), pero habrá otras cuestiones u otros momentos en los que no podrá opinar (en la determinación de si corresponde una indemnización o si procede una incapacidad permanente absoluta). Por ello, y dentro del ámbito de la actividad pericial médica, es preferible utilizar el término de valoración del daño corporal, que es el término que mejor contempla la actividad del perito médico en este ámbito.

Rodríguez (1991) define el daño corporal como 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; 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. Cueto (1997) lo define como las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona. Cuando el suceso traumático es atribuible a un tercero, éste está obligado a responder por dichas consecuencias, sean de orden penal, civil, laboral o contencioso-administrativo. Hinojal (1996) lo define como todo aquello que menoscabe la integridad física, psíquica y moral de la persona y que tenga repercusión en su estado anterior, bienes e incluso en terceros.

Russo (2000) afirma que la valoración del daño corporal es una actividad médica que tiene por objetivo evaluar e informar las lesiones, secuelas, menoscabos, perjuicios e incapacidades que pueda tener una determinada persona, derivado tanto de accidentes (casuales, laborales, tráfico, deporte) como de enfermedades producidas tanto por agentes externos como internos, con el objeto de que se pueda producir una reparación justa. La actuación puede ser tanto a nivel judicial (civil, penal, social), administrativa, de seguridad social, servicios sociales, o militar, como privada, tanto contractual (pólizas de seguro) como extra contractual.

Ha habido muchos autores y grupos de trabajo que han definido la valoración del daño corporal. Prácticamente todos ellos proceden de la segunda mitad del siglo pasado. Muchas definiciones proceden del ámbito civil, penal, laboral, administrativo e incluso mercantil y del ámbito de los seguros. Otra definición dada por Borobia (2006) dice que la valoración del daño corporal es el estudio que se realiza sobre la alteración de la salud de la persona, en un momento determinado, para que sirva de base a su compensación³⁴.

Como se ha podido apreciar el concepto de daño corporal resulta de la confluencia de dos perspectivas, la médica y la jurídica. Así pues, es posible hablar de valoración médica del daño corporal y de valoración médico-legal del daño corporal.

En el concepto de valoración médica de daño corporal, se incluyen una serie de actuaciones realizadas por los facultativos, dirigidas a conocer

³⁴ La alteración de la salud, en la valoración del daño corporal, debe considerarse como un concepto relativo, en el que se compara la salud que tiene en el momento de la curación con la que tenía en el momento del siniestro, teniendo en cuenta el proceso natural de envejecimiento (Borobia, 2006).

exactamente las consecuencias que un suceso traumático determinado, muchas veces accidental, ha tenido sobre la integridad psico-física de una persona. Y entonces, es necesario obtener una valoración final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económicas, en relación a la familia y al rol social que esté desempeñando (Ojeda, 1996).

Por su parte Murcia (2010) afirma que con la valoración médico-legal del daño corporal se pretende la determinación de las consecuencias de un suceso generador de un daño a la persona, que esta no tiene la obligación de soportar y que, o bien se ha producido de forma injusta dando nacimiento a alguna forma de responsabilidad civil, o bien existe alguna norma jurídica que prevé un sistema de compensación o de solidaridad para paliar o atenuar sus consecuencias de todo orden. Para determinar el alcance del daño o de la limitación funcional se precisa el concurso de conocimientos médicos. Varios son los órdenes en que la persona ve limitadas sus aptitudes para desarrollar plenamente su personalidad cuando es víctima de un daño corporal: por un lado la repercusión exclusivamente patrimonial, cuando del daño corporal se sigue una limitación o pérdida de la capacidad de ganancia y, en sentido amplio, de la posibilidad de desarrollar actividades con valor económico y, por otro lado, la limitación para desarrollar actividades que no tienen un valor económico (vida familiar y de relación, actividades recreativas, etc.).

Cuando del daño corporal deriva una limitación de las actividades necesarias para la autonomía personal se genera una situación de desventaja sobre las actividades de la vida cotidiana que son susceptibles de originar, bien una mayor dificultad en dichas actividades comunes a todo ser humano, bien la necesidad de una ayuda o apoyo externo para su realización de lo que derivaría también un daño patrimonial, bien sea porque la persona afectada requiere la ayuda de sus allegados con lo cual las tareas de dichos cuidadores tienen un valor económico aunque no perciban remuneración alguna, bien porque precise de una ayuda constante o intermitente, parcial o total, de carácter profesional o remunerado, convirtiéndose así el daño en un daño emergente, por los gastos que para el pago de tales servicios debe afrontar la víctima del daño.

Como se ha podido apreciar, el mayor desarrollo en términos de conceptualización sobre daño corporal, le corresponde a España, allí distinguen además entre diferentes tipos de daño:

1. De acuerdo al momento en que se realice el examen, se debe distinguir entre:
 - a. Daño actual: que se refiere a la lesión o las lesiones iniciales derivadas en forma directa del evento o siniestro.
 - b. Daño pronosticable: es el que se concreta con el porvenir. Se subdivide en
 - Daño futuro, el que se debe a consecuencias directas, el pronóstico es cierto y motivado e implica derecho a resarcimiento.
 - Daño eventual, el que se debe a una consecuencia indirecta del hecho. Son situaciones o complicaciones que pueden darse o no y no implican derecho a resarcimiento.

Siempre que se realice una pericia de valoración, deben considerarse todas las posibilidades de daño y de ser necesario efectuar la cantidad de estudios complementarios que sean útiles para determinar el diagnóstico.

Según Russo (2000) la indemnización de daños y perjuicios comprende no solo el valor de la pérdida sufrida, sino el de la ganancia que se haya dejado de obtener, esto es, el llamado lucro cesante, ya que el daño real comprende, además de las pérdidas actuales, la pérdida de ganancias futuras. Una valoración completa requiere diferenciar el daño biológico y fisiológico (el daño inferido a la integridad física), de las consecuencias personales que el mismo conlleva (daño moral) y de la que pertenece al daño patrimonial separando por un lado el daño emergente (los gastos soportados por causa del hecho dañoso) y, por otro lado, los derivados del lucro cesante entendido como la pérdida de ingresos y de expectativas a consecuencia de la anulación o disminución de la capacidad productiva y social.

Para Colombia, Velandia (2009) presenta un panorama amplio en la comprensión del concepto de valoración del daño corporal, definiéndolo inicialmente como una actividad médica cuyo objetivo es evaluar e informar de las lesiones, secuelas, menoscabos, perjuicios, así como de la capacidad funcional residual que pueda tener una determinada persona, derivado tanto de accidentes (comunes, laborales, tráfico, deporte, entre otros), como de enfermedades producidas tanto por agentes externos como internos, con el objeto de que se pueda producir una compensación adecuada. En la valoración del daño, la persona no elige el médico, y se requiere de éste una sólida formación médica, médico-legal y de auditoría, dada la naturaleza e imputabilidad de las

lesiones, y dado que el objetivo de la valoración es resolver una situación médico-jurídica. Es necesario aclarar que la valoración no es igual al diagnóstico ni al tratamiento, y a través de ella se puede obtener información como: descripción y cuantificación de la situación de discapacidad, aptitud o ineptitud para el ejercicio de la profesión anterior al evento que ocasionó el daño, aptitud o ineptitud para el ejercicio de otra profesión, aptitud para llevar a cabo solo o con ayuda los actos esenciales de la vida cotidiana. La valoración objetiva del daño implica evaluar la existencia o no de éste y determinar qué tan importante es para la función de un órgano, sistema o aparato. “*El daño debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente*” con el fin de determinar el grado de afectación de la capacidad que tiene el individuo para desempeñar una ocupación *cuantificable*.

3.2.1.1 Antecedentes históricos de la valoración del daño corporal

La historia de la valoración del daño corporal, pensando en ella como una actividad pericial de tipo médico, es relativamente reciente, pues apenas tiene un siglo de existencia. Por el contrario, la valoración del daño corporal contemplada como un elemento más de la justicia o del derecho es casi tan antigua como las primeras civilizaciones humanas (Borobia, 2006).

Mesopotamia, Egipto y pueblos hebreos

Las primeras referencias escritas proceden de las ciudades–estados de la antigua Mesopotamia y, más concretamente, de Nippur (la ciudad del derecho), algunos de las cuales son tan grandes y tan sumamente elaboradas (como el Código de Hammurabi), que hacen pensar que son fruto de una evolución larga o muy larga en el tiempo. Estos primeros son textos legales que suponían una mezcla de normas para el comportamiento con los castigos correspondientes a su no cumplimiento.

A continuación se presentan algunos textos legales mesopotámicos (a partir del año 3500 a.C.), egipcios y hebreos:

- Códigos sumerios (Urnammu, 2112 a.C., leyes de la ciudad de Eshnunna, 1840 a.C.) también conocido como Ley de Ur Nammu, o Tablas de Nippur. Es el baremo más antiguo de incapacidades conocido, y sentó las bases de los demás códigos que se dedicaron a tasar el daño. Tiene como base el principio de reparación proporcional al valor de la pérdida.

- Leyes hititas, 1380 – 1300 a.C. y Código de Hammurabi, 1730 – 1688 a.C., este último es el tratado más completo conocido hasta el momento (artículos 196 a 2001), y es el que regula la Ley del Talión. En este código se recogen todos los aspectos de la vida civil de los individuos, y la reparación del daño físico se realiza a través de dos formas, o bien la Ley del Talión, o por medio de una cantidad determinada (fosfataria). En aquella época el monto y el beneficiario eran diferentes, según la condición social de individuo (hombre libre, mujer o esclavo).
- Ley del Talión (latín: *lex talionis*) se refiere a un principio jurídico de justicia retributiva en el que la norma imponía un castigo que se identificaba con el crimen cometido. De esta manera, no sólo se habla de una pena equivalente, sino de una pena idéntica. La expresión más famosa de la ley del Talión es “si hay desgracia tu darás vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, quemadura por quemadura, herida por herida”.
- En relación con las normas judiciales en Egipto, no constan referencias concretas, aunque se sobreentiende que entre los señores y los ciudadanos libres se utilizaba la Ley del Talión en el caso de lesiones. Se conserva como primera referencia escrita de la intervención de un médico en una valoración del daño corporal un documento datado en Egipto en el año 130 d.C.

Estas son consideradas las primeras tablas baremológicas de la humanidad y fueron también hitos notables en la historia del derecho. Vale la pena analizar que en estos textos definían principios de proporcionalidad de la venganza, es decir que a cada agresión, se correspondería un castigo equivalente, como una forma de poner límites a la venganza, lo cual representa una noción muy primitiva de justicia en las primeras civilizaciones. Por ejemplo vale la pena revisar algunos de los preceptos del Código de Hammurabi:

Cuadro 3.1 Código de Hammurabi*

Artículo	Contenido	Pena.
195	Si un hijo ha golpeado a su padre	Amputación de la mano
196	Si un señor ha reventado el ojo de otro señor	Reventar un ojo
197	Si un señor ha roto el hueso de otro señor	Romper un hueso
198	Si ha reventado el ojo de un subalterno. Si se ha roto el hueso de un subalterno.	Una mina de plata
199	Si ha reventado el ojo de un esclavo. Si ha roto el hueso de un esclavo.	Pagará la mitad del precio del esclavo a su propietario
200	Si un señor ha desprendido el diente de un señor	Desprendimiento de un diente
201	Si ha desprendido el diente de un subalterno	Pagará un tercio de una mina de plata
206	Si un hombre libre ha golpeado a un hombre libre en un riña y le causa una herida	Pagará un médico.
207	Si un hombre libre ha golpeado al hijo de otro hombre libre y le causa la muerte	Pagará media mina de plata
208	Si un hombre libre ha golpeado al hijo de un subalterno y le causa la muerte	Pagará un tercio de una mina de plata
218	Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia a un señor con una lanceta de bronce y ha causado: la muerte del señor o la destrucción del ojo	Se le amputará la mano

*Fuente: Borobia Fernández César, Valoración del Daño Corporal, Legislación, metodología y prueba pericial médica. Elsevier Masson (2006).

Otras de las leyes antiguas que hacían referencia a la valoración del daño son:

- En el pueblo Hitita existen las Tablas de Bognazkeny, semejantes a las de Nippur.
- El pueblo hebreo (siglo XIII a.C.) contenía leyes en las cuales se brindaba castigo por ocasionar golpes y heridas de un hijo contra su padre e indemnizaciones por los golpes no mortales; en este pueblo también fue vigente la Ley del Talión, y se inició la idea de que el deseo de venganza podía ser sustituido por una compensación económica.
- Las Tablas de Moisés, en el año 1.500 a 600 a. C., artículos 215 a 227; donde se establecen unas normas y unos precios (principio de la reparación).
- En Melanesia se aplicó también la Ley del Talión, con términos como *Lugwe* (venganza privada) o *Lule* (rescate del dolor) que indicaban que era necesario indemnizar (Hinojal, 1996).

- En África Central, se valoraba el dolor y el sufrimiento efectivo.
- San Judas recopiló las leyes que eran privativas del pueblo judío en un documento llamado la *Michna*. La décima ley trata del *Nezikin* o *Rhabalahque* significa los daños y establece cinco situaciones indemnizatorias, de ellas vale la pena citar algunas que aportaron conceptos importantes para la valoración de la invalidez: la primera fue la necesidad de diferenciar la valoración del daño temporal del definitivo *Nezek*, ya que solo se aplicaba la Ley del Tali3n una vez se estableciera el da3o definitivo, es decir se tom3 en cuenta la evoluci3n del mismo, en otras palabras, la historia natural de la enfermedad. La segunda fue la estimaci3n del dolor llamado *Tsaar* como parte de la estimaci3n del da3o corporal. Tambi3n se tena3 en cuenta la curaci3n o periodo de curaci3n o *Rippoui* en el cual el deudor se deba3 hacer cargo de la curaci3n y la p3rdida del trabajo durante ese periodo.
- En la Biblia se recogen referencias a la evaluaci3n e indemnizaci3n de da3os. Es aqua3 donde se contempla la primera referencia hist3rica al da3o est3tico, (3xodo, XXI, XVIII y siguientes) “*por ser un bien protegido necesario para completar la belleza espiritual imprescindible para presentarse ante Dios*” (Cueto, 1995). En el Lev3tico, se encuentran las diferencias m3s espec3ficas a la deformidad.
- En el Pentateuco se mencionan las primeras deficiencias que no pod3an tener los sacerdotes para realizar su oficio. Adem3s se presentan las indemnizaciones que se deb3an pagar por lesiones personales.
- Ley del Talmud, que contiene amplias referencias, bajo los t3tulos hebraicos de *Nezihim* y *Rhalabah*, en esta ley se defini3 da3o propiamente dicho, clasific3ndolo en da3o temporal y permanente, la humillaci3n, da3o moral y da3o f3sico.
- Tratado de *Nezikin* de Babilonia, que comprende cinco apartados:
 - El da3o propiamente dicho (*nezek*) y la evoluci3n
 - El dolor (*tsaar*)
 - La curaci3n (*rippoui*) establece la obligaci3n de reparar por parte del responsable el da3o y sus consecuencias laborales
 - El desempleo (*chevet*)
 - La humillaci3n (*bochet*) correspondera3 al da3o efectivo

Grecia

Con relaci3n a los textos griegos, son pocos los textos legales que se conservan de la cultura griega, pero cabe citar las leyes de Plat3n y la ley general sobre

la reparación en Atenas. Platón no establece un castigo distinto en función del género (mujeres y hombres son iguales) y establece diferencias por la edad y el estado de salud, así como entre los actos voluntarios e involuntarios (Borobia, 2006). Dentro de las leyes de Platón también figura la indemnización del daño estético en el Libro IX de leyes, así pues, él fue uno de los primeros que intentó codificar las lesiones y las heridas.

Un ejemplo en los textos griegos sería el siguiente:

- Si una mujer o un hombre hiere a su cónyuge con intención de matarle, el castigo es el destierro a perpetuidad y la pérdida de sus bienes.
- Si el daño producido por el señor es involuntario, tendrá que abonar una indemnización.
- Si el daño es voluntario, la indemnización será el doble de lo anterior.
- Si la herida es curable y deformante, la indemnización será el triple.
- Si la herida es incurable, la indemnización será el cuádruple.
- La vida de un hombre libre (siglo VIII a.C.) vale cien bueyes.
- La vida de una mujer libre vale de veinte a cuarenta bueyes.
- El esclavo tiene el valor del mercado, es decir, lo que cuesta su adquisición en ese momento.

Paralelo con el avance de la medicina en Grecia, se superó el concepto vengativo de la Ley del Talión, así en Atenas se dispuso la Ley General de Reparación, que no trataba por igual a todos los hombres en lo pertinente a la evaluación y la reparación del daño. En relación con los hombres libres no es claro cómo se indemnizaban, pero al parecer se trataba de una cantidad establecida por un juez. En los esclavos la indemnización era pagada al dueño de los mismos. Para la determinación del monto, por considerarse que la declaración del esclavo no era válida y que la verdad solo se establecía con el sufrimiento, era el verdugo quien establecía el monto. Es de resaltar que en Grecia también surge la primera organización de asistencia al inválido, y con ella la primera definición de “inválido”. Se consideraba inválido a quien debido a su condición, no pudiese trabajar, y cuyo salario era inferior a tres minas de oro. Los parámetros para determinar el Estado y la cantidad eran esencialmente: la capacidad de trabajo, la cantidad de ingresos, las propiedades de la víctima y su categoría; así, para un soldado se reconocían nueve boles y para un miembro del consejo cinco boles. También surgió el término de *allocation* (renta), que era la suma que daba el Estado por la revisión de la invalidez.

Dentro de las evoluciones históricas de valoración del daño, en Atenas, se llegó a distinguir el daño involuntario (culposo) del daño intencionado (doloso), este último se valoraba en el doble. Se mostraron avances en valorar la imposibilidad de desarrollar el trabajo habitual. También se sabe por Esquines y Demóstenes que los médicos comparecían como testigos ante los jurados para dar su parecer sobre la existencia y la gravedad de las heridas buscando que el agresor se escapara de la venganza de la familia del agredido a través de una indemnización (Hernández, 1995). Otro caso era el precio de los esclavos ya que su valor disminuía si le faltaba algún dedo o tenía una limitación funcional que le disminuía su potencial de trabajar.

Pueblos romanos

Sobre la cultura romana es poco lo que se conserva en relación con el daño corporal. Las referencias más concretas son: las Doce Tablas, la Lex Aquilea de Dammo y el *Corpus Luris Civiles* de Justiniano. Borobia (2006) hace un estudio detallado de los hallazgos romanos:

Las Doce Tablas fueron grabadas en bronce y estaban expuestas en el foro romano. Puede calcularse su data en el siglo IV a.C. y debían representar el texto base del derecho romano, algo similar a las actuales constituciones. Las tablas VIII y IX estaban dedicadas al código penal. Se dividían en apartados o artículos, de los que conviene resaltar los siguientes:

- Artículo II: si se produce la rotura de un miembro, al culpable se le aplicará Ley del Talión, a menos que efectúe una transacción.
- Artículo III: si se produce la rotura de un hueso, el culpable pagará ciento cincuenta ases si la víctima es un esclavo y trescientos ases si es un hombre.
- Artículo IV: si se produce un daño a otro, la multa será de veinticinco piezas de bronce.

Más recientemente, la reparación del daño a las personas en el derecho romano se encuentra en el derecho de las obligaciones, en las derivadas del acto ilícito y más concretamente, en el daño culposo en cosa ajena. Estos textos parecen partir de la Lex Aquilea de Dammo que publicada por Tribuno Aquilio (posiblemente en el año 286 a.C.) y en ella se contempla una serie de requisitos:

- El daño tiene que derivarse de una injusticia.
- La etiología del daño tiene que derivarse de una culpa o conducta negligente.
- El daño tiene que derivarse de la culpa (principio de casualidad).

El texto más completo sobre el derecho romano procede del emperador de Oriente, Justiniano I. Bajo su dirección, el cuestor Triboniano y nobles jurisconsultos redactaron la obra legislativa *Corpus Luris Civiles*, recopilación de unos mil quinientos textos romanos en las que pocas novedades se introdujeron. En esta recopilación se recogió la Lex Aquilea de Dammo, y la evolución que había seguido en los doscientos años que median entre su publicación por Aquilio y la recopilación de Justiniano. En esta última, y concretamente en el libro denominado Digesto, se pormenorizaron los castigos de estos delitos que quedaron divididos en:

- Daños producidos en el esclavo. El esclavo, a diferencia del hombre libre, no era ciudadano, no era un hombre libre, no tenía valor para sí mismo; el valor era el del mercado y el propietario era el dueño, el que había pagado por el esclavo; en otras palabras, el esclavo era una mercancía con dueño. La valoración se realizaba a partir del coste del esclavo en el momento del accidente, teniendo en cuenta:
 - El estado de salud.
 - La calificación profesional que podía ser: encargado de esclavos, esclavo cualificado y esclavo sin cualificación.
 - Los gastos médicos necesarios para su curación.
- Daños producidos por el hombre libre. El hombre libre romano no podía ser valorado, ni en su integridad ni en su parcialidad. El ciudadano romano no tenía precio, la vida era inmensurable, de extraordinario valor, tan extraordinario que no se podía calcular; por el contrario, se podían estimar las consecuencias del daño y los gastos originados. De este modo se podían reparar:
 - Los gastos médicos necesarios para la recuperación del hombre.
 - Las ganancias que habían perdido como consecuencia de la pérdida o de la disminución del trabajo o de los trabajos perdidos.

Así pues, los importantes desarrollos legislativos en Roma consisten en la sanción de los casos de lesiones personales, donde la valoración del individuo, no era a través de tablas o baremos, sino que era el lesionado el que establecía el valor de la lesión y el juez decidía si era justo o no. También vale considerar que en China, hacia el año 1.100 a 1.200 a. C., aparece el S'Yuan, redactada por el juez Sang T`Zu, donde se estudian las lesiones en y las actuaciones de los médicos ante los tribunales de justicia. Esto se retoma en las civilizaciones griega y romana, siendo esta última la que oficialmente determinara a los médicos como “asesores” acerca de la existencia y gravedad

en la sanción de los casos de lesiones personales, un avance significativo en el campo legislativo.

Pueblos musulmanes

Las culturas árabes en el derecho Musulmán establecen las disposiciones para la valoración y reparación del daño corporal con base en el *Corán* y *Suna* (bases históricas), el *Ichmá* (base dogmática) y el *Quiyas* (base lógica). Toman para sí la pena del Talión, pero también establecen la posibilidad de recibir una indemnización por ella. De la época perduran tratados como el *Scheik Nedjm* el *Dimque* es un baremo de incapacidades muy complejo. Las referencias a la reparación del daño que se encuentran en el Corán son:

- En el sura se hace referencia al uso de la ley del Talión en caso de homicidio (hombre por hombre, esclavo por esclavo y mujer por mujer).
- En el sura cuatro se establecen las penas en caso de homicidio entre creyentes.
- En el sura cinco se establecen las penas de los judíos, cristianos y musulmanes.

El Tratado de Scheik Nedjm El-Din se redactó aproximadamente en el año 670 de la época musulmana y se correspondería, por lo tanto, con el año 1292 de la época cristiana. En él se puede ver un auténtico baremo, más o menos completo, con una aplicación o guía para el estudio de ciertas secuelas, tomando como referencia el cien (concretamente cien camellos, lo que le hace ser un baremo de indemnización de alto valor económico) y que podría confundirse, en algunas secuelas, con un baremo actual. Este es un ejemplo del mismo:

Cuadro 3.2 Tratado de Scheik Nedjm El-Din*

Muerte de una persona: cien.

Cabeza:

- Pérdida de todos los dientes: cien.
- Pérdida de los ojos: cien.
- Pérdida funcional de audición: cien.
- Pérdida funcional de la vista: cien.
- Pérdida parcial de un ojo: cincuenta.

Tronco:

- Pérdida de los dos senos: cien.
- Pérdida del control esfinteriano: cien.

Órganos reproductores:

- Pérdida anatómica del pene: cien.
- Pérdida parcial del pene: en proporción a la longitud inicial.

Miembros superiores:

- Pérdida anatómica de los dos brazos: cien.
- Atrofia de un miembro: dos tercios de la amputación.
- Pérdida de un brazo: cincuenta.
- Pérdida de un dedo: diez.

Miembros inferiores:

- Pérdida de las dos piernas: cien.
- Pérdida de una pierna: cincuenta.

*Fuente: Borobia Fernández César, Valoración del daño corporal, Legislación, metodología y prueba pericial médica. (Elservier, 2006).

A este tratado se le debe, por otro lado, la existencia de reglas y métodos de exploración para la valoración de las secuelas, por ejemplo:

- Para el estudio de la agudeza visual de un ojo enfermo se recomienda la aplicación de una prueba y el resultado obtenido se compara con el ojo sano.
- Para el estudio de la anosmia se recomienda la utilización de sustancias con olores fuertes.
- El deterioro intelectual del lesionado se determina por parte del juez mediante su libre apreciación.

Europa siglos V, VI, VII

En la época de expansión de los pueblos bárbaros y su participación en la decadencia del imperio romano, el derecho de estos pueblos no se encontraba escrito y se conservaba por tradición oral. Los principios de este derecho eran la personalidad (las normas se aplican a un grupo de personas) y la territorialidad (la norma se aplica con independencia de lugar donde se asientan). La romanización de estos pueblos trajo consigo la transmisión de sus costumbres en textos escritos y su modificación. Gracias a lo primero se han podido recoger numerosos escritos relacionado con el derecho de lesiones y, por ende, con los castigos e indemnizaciones correspondientes (Borobia, 2006). Los pueblos bárbaros introducen el término de *Wergeld*, según el cual la víctima recibía de su agresor una suma que era determinada por un baremo o tabla en la cual a cada parte del cuerpo se le asignaba un valor.

Las leyes bárbaras y visigodas son muy variadas en razón a los distintos pueblos que conformaban Europa en ese entonces, dentro de estas leyes se encuentran: el derecho visigodo que consta de cuatro códigos: el de Eurico, Leovigildo, Gaudencianos y el de Alarico II y un código de carácter territorial, el Liber Iudiciorum.

Otras leyes son la Ley Sállica (que contiene sobre todo el derecho de los francos), Ley Baiuvariorum, Lex Bundobada o de los borgoñones, Ley Alamannorum o derecho de los alemanes, Lex Burgudionum, el Edicto de Teodorico, el Edicto del Rey Lotario o derecho de los lombardos, la Ley Romana Utinensis, la Ley Ripuaria, la Ley Gombette, la Ley Gambeta o derecho de los borgoñones y la Ley Frisionum, entre otras. Algunas de estas leyes establecían indemnización del agresor a la víctima y con ellas surgieron algunos de los baremos de asignación de lesiones.

Como ejemplos representativos a continuación se presentan algunos artículos de la Lex Sállica (título XIX De vulneribus, y título XXXI De debilitais)

Cuadro 3.3 Lex Salica*

Herida de cabeza con hemorragia	15 sólidos
Herida intercostal penetrante	30 sólidos
Muerte de un hombre libre	200 sólidos
Amputación de una mano	100 sólidos
Amputación de un pie	100 sólidos
Pérdida de un ojo	100 sólidos
Pérdida de una oreja	100 sólidos

*Fuente: Borobia Fernández César, Valoración del daño corporal, Legislación, metodología y prueba pericial médica. (Elsevier, 2006).

En España, durante el siglo VI, las penas pecuniarias fueron frecuentes, revistiendo muchas veces la forma de tarifas del precio de la sangre. En el Fuero Real de 1255, promulgado por Alfonso X, también persistían las tarifas de sangre. El Fuero Juzgo fue el cuerpo legislativo por excelencia que rigió España en este periodo de asentamiento visigodo. En su libro VI, título IV (De vulnere el debilitationis) se contemplan las indemnizaciones por lesiones:

Cuadro 3.4 Fuero real español*

<p>Lesiones por culpa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enucleación de un ojo: cien sólidos o sueldos ▪ Pérdida total de la nariz: cien sólidos o sueldos ▪ Sordera u orejas mutiladas: según el resultado ▪ Producción de una hernia: cien sólidos o sueldos ▪ Amputación de una mano: cien sólidos o sueldos
<p>El agresor es un esclavo y el agredido un hombre libre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que se puede hacer con el esclavo lo que se quiera
<p>El agresor es un hombre libre y el agredido es un esclavo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la lesión es la amputación de un miembro, el culpable recibirá doscientos latigazos o entregará al propietario del esclavo otro esclavo sano
<p>El agresor es un liberto y el agredido un hombre libre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El agresor recibirá cien latigazos y se le aplicara la Ley del Talión
<p>El agresor y el agredido son esclavos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La indemnización, al propietario del esclavo, es la mitad de lo que le correspondería si el agredido hubiera sido un hombre libre.

*Fuente: Borobia Fernández César, Valoración del daño corporal, Legislación, metodología y prueba pericial médica. (Elsevier, 2006).

Otros ejemplos de fueros son:

Cuadro 3.5 Fuero Castellano de Sepúlved.*

Cristiano hiere a judío	4 maravedís
Judío hiere a cristiano	10 maravedís
Cristiano hiere a moro	10 maravedís
Moro hiere a cristiano	10 maravedís
Heridas con sangre	10 maravedís
Tallar pulgar	100 salarios
Tallar otros dedos	10 salarios o dedo
Tallar incisivos	100 salarios

*Fuente: Borobia Fernández César, Valoración del daño corporal, Legislación, metodología y prueba pericial médica. (Elsevier, 2006).

Cuadro 3.6 Fuero Castellano de Zorita*

Tallar un dedo	20 maravedís
Tallar pulgar	50 maravedís
Cortar un brazo o pie	100 maravedís
Quebrantar un brazo o pie	100 maravedís
Quebrantar una pierna	50 maravedís
Cortar dos orejas	60 maravedís
Cortar una oreja	20 maravedís

*Fuente: Borobia Fernández César, Valoración del daño corporal, Legislación, metodología y prueba pericial médica. (Elsevier, 2006).

Europa en la Edad Media y Moderna

Es en este periodo en donde se habla de daño corporal propiamente dicho. En Europa, en el siglo IX, el Rey Danés de Inglaterra que reinó durante los años 1016 a 1035 creó una especie de baremo atribuyendo a cada dedo un valor monetario que se compensaba en la moneda de la época.

Cuadro 3.7 Ley Canuto*

(Rey Danés de Inglaterra 1016 - 1035)	
Pollex	----- 30
Demonstratorius	--- 15
Impudicus	----- 12
Annularis	----- 18
Auricularis	----- 9

*Fuente: Russo.

En España, hacia el año 1068, el conde español Ramón Berenguer escribió una especie de código de resarcimiento vigente en la España medieval que se denominó *els usatgets*. En este código dejaba sentada la pena o condena de reparación que se debía otorgar al que sufriera una lesión. A modo de ejemplo del mismo, se transcriben algunos fragmentos:

Cuadro 3.8 Fragmento del Código de Resarcimiento Español de 1068*

“Aquel que golpea a alguien en el rostro, con una bofetada le dará cinco sueldos; si fuese con el puño, con una piedra o con vara, diez sueldos. Y si extrajo sangre, veinte sueldos. Si alguien coge por los cabellos a otro con una mano, que le dé cinco sueldos, y si con las dos (manos), diez sueldos; y si cayeron por tierra, quince sueldos. Quien entonces le coja por las barbas, veinte sueldos. (...) Si alguien en un rapto de furor (de indignación) tiene la audacia de golpear a otro, por un único golpe que no aparezca (que no se vea), un sueldo; de aquellos que aparezcan, dos sueldos por cada uno. Y si llegó a salir sangre, cinco sueldos; por huesos quebrados en el cuerpo, cincuenta sueldos. Si alguien airado hiere o arranca, sea de la boca o de la nariz, sangre, que le dé veinte sueldos como forma de composición. (...) Los fallos de las curias (tribunales) y de los usos serã gratuitos y deberán ser aceptados y seguidos, que no deben ser renunciados sino pela severidad de las leyes; porque para todos deben ser agradables (...) entretanto, la avulsión de un ojo, 100; aún la amputación de una mano, 100; de un pie, 100; y así para los demás miembros; juzgan ciertamente a todos los hombres en igualdad, de modo algún, de hecho, se juzgan vasallos y señores, porque las leyes no imaginan las personas (a las cuales se aplicará). Y hacíanlo así, porque era de acuerdo con los usos o entonces eran elaboradas (las leyes). Inicialmente lo decidieron los príncipes, de manera que todas las causas eran juzgadas de acordó con los usos, y donde estos no eran suficientes, se volvía a las leyes góticas (de los godos) y al arbitrio de los señores (los príncipes), que daban sus fallos por si o a través de los tribunales.

**Fuente: Russo.

En la Edad Media lo resaltable en cuanto a la valoración es que tanto en la *Ley Sállica* del siglo V, como en Francia siglos XI y XII y en las Leyes Normandas de principios del siglo XIII se establece la necesidad de designar a un hombre competente para examinar las heridas. En el renacimiento la *Constitutio Criminalis Carolina* establece que la presencia de un médico era fundamental en los asuntos jurídicos, lo cual constituyó la medicina legal. En aquella época muchos gobernantes se hacían acompañar por médicos en la evaluación de lesiones, inclusive el Papa Inocencio III. Durante el Barroco (siglo XVI) se publica la obra de *Zacchia*, el primer tratado de medicina legal.

También se tienen como antecedentes la repartición de las ganancias que efectuaban los piratas; aquel que perdía un brazo o una mano en combate, recibía una parte adicional del botín. De hecho en el siglo XVII antes de cualquier misión los piratas elaboraban un “Charte partie” que era una suerte de contrato en donde se especificaban las rutas, compensaciones y otros

datos de importancia, un baremo con indemnizaciones en caso de lesiones o secuelas, que se constituía en ley obligatoria antes de zarpar (Cuellar et. al., 2007).

Modernidad

A finales del siglo XIX en Francia, es el momento en el cual se hace participar a los médicos militares, en primer lugar, y a los médicos legistas, poco después, en la elaboración de baremos militares; los cuales eran, a su vez, una copia de otros baremos anteriores. Era la primera vez que un grupo de médicos participaba en esta operación, donde su responsabilidad consistía en dotar de una terminología médica actualizada y un orden lógico a las secuelas que aparecieran en los baremos, pero sin que se modificaran los porcentajes que, a partir de entonces, se llamaron de incapacidad (Borobia, 2006). En España en la era del positivismo naturalista (siglo XIX), se crea el primer *cuero nacional de médicos forenses*, lo que revela que la valoración del daño se encuentra desde sus inicios muy vinculada con el surgimiento de la medicina legal. Otra vía en el desarrollo de los baremos en el campo de la ciencia médico-legal, viene de la mano con la historia y surgimiento de la seguridad social, tema que se abordó en el anterior apartado sobre la seguridad social en salud en el mundo.

El siguiente cuadro sintetiza la evolución en el proceso de la valoración del daño corporal.

Cuadro 3.9 Síntesis de la evolución de los baremos en el mundo*

Año o época	Tipo de legislación	Hecho resaltable	Principio de reparación o evaluación
Año 2050 a.C	Ley de Ur Nammu o Tablas de Nippur	Baremo más antiguo de incapacidades	Reparación proporcional al valor de la pérdida
Año 1750 a.C.	Código de Hammurabi	La lesión y dependen de la situación social de la víctima	Ley del Talión, cantidad determinada o fosfataria.
Años 1500 a 600 a. C.	Ley de Moisés, la Michna, décima ley Judas el Santo	Cap.XXI del éxodo v.18 y siguientes. Neze: la lesión Tsaar: el dolor Rippui: periodo curación “Chevet” Tiempo perdido “Bochet” Humillación, honor	Ley del Talión. Valoración del daño definitivo. Ley del Talión. Indemnizaciones. fosfatarias previstas en el deuteronomio Cap.XIX V.217 y Éxodo Cap. XXI v.18-19

Año o época	Tipo de legislación	Hecho resaltable	Principio de reparación o evaluación
Grecia	Atenas: Ley General de Reparación	Primera definición de “inválido”. Primeras minusvalías.	Hombres libres: juez Esclavos: el verdugo
Roma año 451 a.C.	La ley del Talión La idea Aquiliana	Indemnizaciones por daño Primeras evaluación de la calificación profesional de los afectados.	Talión o transacción monetaria. El lesionado establecía el valor de la lesión y el juez decidía si era justo o no.
Culturas árabes	Derecho Musulmán	Tratado de Scheik Nedjm el Dimque, es un baremo de incapacidades	Talión o indemnización.
Bárbaros		Baremo con valor por partes del cuerpo	Wergeld: suma determinada por un baremo o tabla
Edad Media	Ley Sálica del siglo V Francia siglos XI y XII Leyes Normandas	Se establece la necesidad de un perito	Médico competente para examinar las heridas
Renacimiento	<i>Constitutio Criminalis</i> Carolina (1532).	Médico en actos jurídicos	Constitución de la medicina legal
Barroco Siglo XVI	Publica la obra de Zacchia	Primer tratado de medicina legal	
Positivismos naturalista (siglo XIX)		España crea el primer cuerpo nacional de médicos forenses	
Finales del siglo XIX Francia	Baremos militares	Un grupo de médicos participa para integrar al baremo una terminología médica actualizada y un orden lógico a las secuelas, sin modificar los porcentajes	

Fuente: Equipo redactor del Manual para la Calificación de la Pérdida de Capacidades: Laboral y Ocupacional (2010.).

A través de este recorrido histórico se puede analizar que en el derecho antiguo los baremos se enmarcaban en formas de justicia y religiosidad combinada, también se aprecia que en las culturas occidentales, las indemnizaciones tenían una fuerte estructura jerárquica, se distingue además que en varios de los baremos antiguos la distinción entre hombres libres y hombres esclavos era muy importante para asignar compensaciones por daños causados. En la época contemporánea, aún se pueden apreciar esas viejas estructuras de los sistemas de justicia, en tanto parecen existir en el mundo moderno ciudadanía de primera y de segunda con relación al acceso y garantía de los derechos fundamentales.

Otro aspecto a distinguir de este análisis histórico es que los baremos se concentraban especialmente en los daños físicos o materiales ya fuese a los bienes o al propio cuerpo de las personas, de hecho la importancia de la valoración del daño corporal surge de la mano de la reparación del mismo, por lo que se puede evidenciar que ambos conceptos comparten una historia común. Es evidente que en los antecedentes históricos de la valoración del daño corporal, aún falta por narrar la mitad de la historia, esto debido a que no se conocen referencias bibliográficas que hablen acerca de cómo se resarcían los daños en las civilizaciones de Oriente, y especialmente en los pueblos originarios de América, ni tampoco en la época de la conquista o la independencia. Solo una pequeña alusión la realiza Russo en su texto sobre valoración del daño corporal cuando afirma que en el reinado de Felipe II se establecieron protomedicatos, que eran cuerpos técnicos encargados de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias, así como de ejercer una función docente y atender la formación de estos profesionales. Estos protomedicatos se extendieron a las colonias españolas de México y Perú y dentro de sus funciones estaban:

- Informar acerca de los problemas médicos que se vinculaban con el personal eclesiástico, militar, naval y administrativo.
- Vigilar el ejercicio de la profesión.
- Aconsejar sobre las medidas que se han de tomar respecto a los presos y enfermos.
- Realizar el examen médico de los esclavos importados o vendidos.
- Informar a la autoridad en los casos de baja por enfermedad de militares y marinos.
- Asesorar a la justicia en el orden médico legal.

3.2.2 APROXIMACIONES A LOS PRINCIPIOS DE LA BAREMOLOGÍA

3.2.2.1 Definición de baremo

Como se vio en el apartado anterior, durante la aproximación histórica, se hicieron varias referencias a la palabra baremo. Esta palabra no surgió sino hasta los siglos XV – XVI en Francia, de la mano de un matemático llamado François-Bertrand Barrême quien es considerado el padre de la contabilidad. Así pues, la palabra Baremo significa libro de cuentas, son tablas de referencia en las que se citan una serie de situaciones a las que se les asigna una determinada cantidad de dinero. El baremo puede definirse también como una tabla de cuentas hechas, que comprende un número determinado de cálculos matemáticos de cierta naturaleza, organizados en un formato tabular. Su uso se presenta en distintas ramas de la actividad social.

Con referencia al concepto de baremo, ya es posible comprender por qué las tablas presentadas en el apartado de antecedentes históricos de valoración del daño, se denominaron más adelante como baremos, dada su naturaleza de libros o tablas de cuentas para reparar un daño ocasionado.

Ya en el ámbito médico-legal y de valoración del daño corporal estrictamente hablando, un baremo según Borobia (2006) es una relación o conjunto de enfermedades o secuelas a los que se asigna un valor (expresado en porcentajes o en puntuaciones) que representa una pérdida funcional o un valor económico.

Derobert (1970) define al baremo, llamándolo “de invalidez” y lo describe como una colección de valores establecida sobre una estructura médica o médico legal, en la que se asigna, según la gravedad de las secuelas presentadas por un individuo determinado, una cifra en porcentaje de la incapacidad permanente.

De manera general, los baremos se caracterizan por contener, entre otros, los siguientes elementos:

- Una lista de lesiones, enfermedades o secuelas.
- A cada una de ellas se le asigna un valor, un número fijo o un intervalo, que puede estar dado en porcentajes o no.
- El valor más alto generalmente es de 100, que según el baremo corresponde a la muerte física o a la máxima pérdida funcional de una persona.
- El valor o el número asignado a la lista de lesiones, enfermedades o secuelas, puede representar una incapacidad funcional, un valor monetario, una

puntuación que incluya otros tipos de daño como el daño moral, un castigo, entre otros.

- Los baremos buscan que los contenidos de las listas y los valores sean proporcionales, es decir, a mayor gravedad de lesión o de secuela, se tendrá que corresponder un valor superior.

En Colombia, el equipo redactor del Manual para la Calificación de la Pérdida de Capacidades: Laboral y Ocupacional (2010), presenta el significado de baremo como un instrumento que contiene unos criterios y tablas de evaluación a los cuales se les ha asignado un porcentaje en términos de pérdida de capacidad laboral. Los baremos son definidos como instrumentos básicos para determinar y calificar la pérdida de la capacidad laboral (PCL) con base en la definición de la magnitud del daño ocasionado a la salud de la persona y las alternativas de recuperación.

Dada la creciente importancia que fue adquiriendo el papel de los baremos en la reparación del daño corporal y su utilidad para llegar a consensos en el campo del derecho civil, se fue estableciendo una ciencia denominada baremología desde la que se intentó evolucionar el baremo del campo netamente judicial al campo más científico y técnico, de modo que los valores que se asignaban en las tablas con relación a las partes o sistemas del cuerpo se correspondiesen con un juicio médicamente fundamentado.

Velandia (2009) define la baremología como la disciplina que estudia la cuantificación del daño ocasionado a la salud del individuo y sus consecuencias, así como las correlaciones entre ambas.

Según Borobia (2006) la transición de baremos legales a baremos inicialmente “pseudocientíficos” tuvo lugar a finales del siglo XIX y comienzos del XX en Europa. En esta transición, fue válido y socialmente aceptado, asignar un valor de 100 a la persona que se encontrara en estado de plenitud funcional, principio que continúa vigente hasta el día de hoy.

No obstante dicho criterio empezó a presentar inconsistencias cuando se empezó a dividir el cuerpo en funciones o grupos anatómicos, asignándole los valores aceptados socialmente. Así por ejemplo, un brazo representaba la mitad del cuerpo, en razón a que en ese tiempo, la actividad manual representaba la principal forma de actividad y producción. Pero cuando se debían sumar valores por pérdida de los dos brazos o de brazos y piernas la sumatoria excedía los 100 puntos inicialmente establecidos para referirse a una persona funcionalmente íntegra. En el campo legal, esta situación no representaba mayores dificultades, pero para la ciencia médica, dichos valores

carecían de sustento científico, el primer arreglo a dicho inconveniente fue el establecimiento de fórmulas a través de las cuales no se llegara a sobrepasar la cifra de 100. En palabras de Borobia (2006) este arreglo fue de carácter matemático, mas no precisamente científico.

3.2.2.2 Leyes de la baremología

Ya a mediados del siglo XX, el médico y profesor Louis Melenec en 1978 durante el Congreso de Medicina Legal y de Daño Corporal de Djerba, expone las Leyes de la Baremología³⁵, con las cuales proponen los criterios mínimos que deben cumplir los baremos que vayan a ser utilizados para la valoración del daño corporal. Estas leyes son:

Primera ley: no existe la incapacidad permanente total: No puede emplearse la tasa del 100% cuando se trata de evaluar la incapacidad física o fisiológica, incluso para enfermedades muy graves esta tasa no existe ya que corresponde a la muerte. Los baremos fisiológicos deben ser reelaborados según una nueva escala, que irá desde la enfermedad más benigna (1%) a la más grave (99%).

Desde el punto de vista científico no se puede dar la misma tasa de incapacidad a enfermedades completamente diferentes. Desde el punto de vista práctico: si un daño llega a 99%, entonces no es posible atribuir una tasa suplementaria por nuevas lesiones, ya que la tasa de incapacidad ha llegado hasta el máximo nivel de gravedad, un uno por ciento más representaría la muerte. Desde el punto de la equidad: no pueden ser indemnizadas por igual, personas con lesiones de diferente gravedad y pronóstico.

Segunda ley: también denominada *teoría de las capacidades restantes*, consiste en que se debe contrastar la tasa de incapacidad con la tasa de capacidades restantes (conservadas), de modo tal que la suma resultante debe ser el 100% de capacidad fisiológica. Esto significa que la suma de las capacidades pérdidas y las capacidades restantes (conservadas) es igual al individuo en situación de funcionalidad plena o completa. Esta es una de las leyes más importantes ya que justifica el uso de la suma combinada de valores, que se aplica en casi todos los baremos del mundo. Para esta ley existe una fórmula:

$$\text{IFP (Incapacidad Fisiológica Permanente)} + \text{CR (capacidades restantes)} = 100$$

³⁵ Gazette du Palais, 1978.

Cuando en el momento de la valoración existe un estado anterior de daño, debe modificarse la evaluación precedente de la siguiente forma:

IFP debida al estado anterior + IFP a valorar + CR = 100

Tercera ley: jerarquización estricta de las incapacidades según su gravedad real: Para que sea válido y adecuado un baremo fisiológico, éste debe clasificar las enfermedades según su gravedad real: las enfermedades de gravedad similar deben tener señalada una tasa de incapacidad idéntica, y a la inversa, las enfermedades de gravedad distinta deben tener señalados distintos coeficientes de incapacidad.

Cuarta ley: independencia **estricta** de las incapacidades fisiológicas y de trabajo: No existe proporcionalidad ni paralelismo alguno entre la causa de incapacidad fisiológica y la incapacidad profesional o de trabajo: los dos conceptos son fundamentalmente distintos y deben dar lugar a un análisis y cuantificación diferenciados.

Esta ley se explica a través de ejemplos donde es posible evidenciar que deficiencias físicas severas pueden no representar graves limitaciones en el campo de la capacidad laboral o profesional. Algunos casos emblemáticos de la historia son Beethoven, quien era sordo, Schumann y Van Gogh tenían una enfermedad mental, Roosevelt, el ex presidente de Estados Unidos, enfermó con poliomielitis y ejerció su cargo en silla de ruedas. No obstante esta ley es la que más controversia genera, dado que para el caso de un pianista que pierda sus dedos o de un futbolista que no pueda usar sus piernas, sí existe una correlación directa entre la incapacidad fisiológica y la laboral o profesional. Pero debido justamente a estas controversias, se puede evidenciar cómo los baremos han evolucionado de ser estrictamente anatomo-funcionales a considerar otros aspectos de la vida laboral, social y familiar de las personas. Asimismo esta ley representa una evolución sobre el concepto de discapacidad para la época en la que fue creada, ya que permitía comprender que una limitación funcional no podía ser sinónimo de limitación para el ejercicio de la vida plena en sociedad.

Algunas de los criterios para la realización de baremos, según Borobia (2006) son:

Debe ser ordenado: las secuelas se encontrarán distribuidas de mayor a menor gravedad, o viceversa; clasificado por aparatos o sistemas, o bien por regiones anatómicas. Lo importante es que el perito que vaya a utilizar el baremo encuentre la secuela objeto de estudio de una forma intuitiva y fácil, sin necesidad de hacer un repaso de todo el baremo.

Debe tener carácter de científicidad: esta característica permite que su terminología, distribución y porcentaje de incapacidad no se alejen de lo que se hace habitualmente en medicina. Habrá ocasiones en las que existan dificultades para ajustar la incapacidad, por ejemplo, porque existen costumbres sociales que lo desaconsejen, en este caso los autores deberían explicar y justificar el criterio asumido. Un baremo debería incluir el estudio de la sinergia de los distintos miembros, aparatos y sistemas. Debe utilizarse la terminología internacional; a veces acompañada del vocablo latino.

Debe ser lógico: deberá contemplar situaciones reales y frecuentes. No puede ser un baremo de excepciones. Se procurará que la distribución de los capítulos y de las secuelas se ajuste lo más posible a la que habitualmente se utiliza en medicina.

Debe ser jerarquizado: se dice que existe una jerarquía vertical cuando el orden de las secuelas de un mismo aparato, sistema o región anatómica está organizado de manera tal que la más grave se encuentre por encima de las que sean menos graves (o viceversa). Así pues, al asignarle el valor que se estime, la posibilidad de error será menor. Por ejemplo, la amputación de dos dedos no podrán superar el valor de la pérdida de la mano, y esta última será inferior a la del codo y, a su vez, ésta será inferior a la de la extremidad superior completa. La jerarquía horizontal tiene que ver con la coherencia entre la importancia de las secuelas de los distintos aparatos, sistema o región anatómica en sus valores máximos. Estos tienen que seguir una estructura lógica y coherente. Por ejemplo, la pérdida del sentido de la vista tiene más importancia que el del olfato, por lo tanto, el valor del primero tendrá que ser sustancialmente más elevado que el del segundo; las secuelas que se deriven de cada uno de ellos se deberán estudiar de tal modo que, comparándolas una a una, presenten valores proporcionales. En general, una jerarquía de tipo horizontal parte de un principio mayor de acuerdo, dadas las dificultades de poder establecer, por ejemplo, la cuantificación funcional comparativa entre la vista y la audición. Por el contrario, es más fácil conocer la cualificación de las consecuencias de la pérdida de una función, es decir, las relacionadas con las actividades de la vida diaria. La jerarquía horizontal presenta una serie de problemas. No pueden mezclarse las secuelas neurológicas con las demás y tampoco se pueden mezclar las intelectuales ni las cognitivas. Por ejemplo, en el caso de una tetraplejía, ¿qué valor relativo presenta la amputación de la mano dominante? La tetraplejía tiene tal importancia que las diversas amputaciones de miembros quedarían englobadas en ésta. Lo mismo sucede cuando el deterioro cognitivo e intelectual es de tal magnitud que la persona requiere ayudas personales permanentes.

Debe intentar ser universal: sería deseable que un baremo estuviera diseñado de tal manera que pudiera ser útil para cualquier situación, y en cualquier contexto para evitar disparidades y desacuerdos.

Debe ser pragmático: un baremo tiene que ser práctico, de modo que contemple situaciones reales. No pueden parecer situaciones o secuelas hipotéticas. Por otro lado, debe estar dirigido para el uso de un equipo profesional concreto, con acuerdos explícitos sobre el uso de la terminología, de la interpretación, etc.

Debe contemplar una guía o normas de utilización: para garantizar el correcto uso del baremo, este debe contemplar normas de utilización, las cuales pueden ser obligatorias o recomendables. Serían obligatorias, por ejemplo, aquellas relacionadas con las tasas o valores máximos que no se pueden superar, y recomendables, por ejemplo, el que ciertas exploraciones fueran realizadas por especialistas. No es posible indicar cuántas normas son recomendables para el buen uso de un baremo; en general, se puede pensar que deberían existir unas normas generales, unas normas por capítulos (especificando las características de cada uno de ellos) y unas normas particulares para todas aquellas situaciones que se salgan de lo habitual o que necesiten aclaraciones. Así pues debe contener la mínima información necesaria para que el equipo profesional pueda manejarlo con soltura y sin dudas.

Debe ser sistemático: la evolución de la ciencia médica ha llevado al conocimiento exhaustivo del cuerpo llegando al nivel celular. Un baremo debe tener una organización tal que contemple el mayor número y variedad de secuelas posible, sin que se convierta en un documento inmanejable por su tamaño o complejidad.

En Colombia Velandia (2009), presenta otras características que debe contemplar un baremo:

- Los baremos no pueden tener un valor absoluto. Las lesiones pueden evolucionar de distintas formas.
- Deben ser claros, simples y precisos.
- Deben ser evolutivos, revisables, flexibles y reformables.
- Deben tener una estricta jerarquización del daño fisiológico según su gravedad.
- No sustituyen el método descriptivo, ni tampoco la función del perito, quien debe disponer de todo el historial médico de la persona así como de todas las pruebas que puedan objetivar la valoración.
- Solo tienen que valorar el déficit funcional o psicofisiológico.

- Tienen que partir del principio de que la integridad psicofisiológica o funcional de la persona tiene un valor del 100 por 100.
- El estado residual se debe valorar sobre el estado presente o actual del sujeto y los pronósticos deben tener el carácter de certeza.
- El perito debe tener en cuenta las repercusiones de un solo daño en varios sistemas corporales para evitar duplicaciones en la valoración del daño.
- Se debe tener en cuenta el estado anterior del lesionado.
- Se debe tener en cuenta la existencia de secuelas múltiples.

3.2.2.3 Clasificación de los baremos

De acuerdo a Borobia (2006), los baremos se pueden clasificar desde varios puntos de vista: según sus contenidos, dimensiones, aplicación, estructura, etc. Esta clasificación es mucho más aplicable a contextos como el de España donde se usan distintos tipos de baremos:

- Según su obligatoriedad:
 - Obligatorios, tales como el del seguro obligatorio de viajeros, el de la responsabilidad civil de tráfico.
 - No obligatorios.
- Según el ámbito de actuación:
 - En el derecho civil, por ejemplo el de responsabilidad civil de tráfico.
 - En el derecho social, por ejemplo el baremo de lesiones permanentes.
 - En el derecho mercantil, por ejemplo el de viajeros.
- Según el contenido:
 - Amplios, de más de quinientas secuelas.
 - Pequeños, de menos de quinientas secuelas.
 - Con normas. Aquellos que se constituyen como decretos para su país de origen.
 - Con escasas normas. Por ejemplo aquellos del ámbito privado.

En Colombia, Velandia (2009) los clasifica como:

- Descriptivos.
- Cualitativo-calificativos.
- Cuantitativos.

- Empíricos.
- Cualitativo - cuantitativo porcentual.
- Porcentual.

3.2.2.4 Tomando distancia respecto de los baremos

Con respecto al uso de los baremos, existen argumentos a favor y en contra de su uso, considerando que se trata de una herramienta o instrumento de valoración y que por ende, no es una herramienta que deba considerarse como única o exclusiva para valorar los daños corporales.

En la jurisprudencia argentina se encuentran las siguientes citas con relación a los baremos:

“No es tanto el grado de incapacidad según baremos tabulados lo que interesa evaluar en sede civil, sino el tipo y las características de las secuelas, tanto en el aspecto anatómico como en el funcional. Solo de esta manera puede actuarse el principio de reparación integral que propicia la indemnización del daño de acuerdo a su índole particular y real y no en base a construcciones lógicas como son los baremos, evaluables como elemento comparativo, pero sin atarse a ellos (...) La existencia de tablas de incapacidades que asignan distinto porcentual a la afección que padece la persona, revela la relatividad con que estos baremos categorizan las incapacidades”

En Colombia Velandia (2009) cita una serie de argumentos a favor y en contra del uso de baremos, estos son a saber:

Argumentos a favor:

- Los baremos sirven como fuente de orientación, como punto de referencia.
- Constituyen la homogeneización (equidad) de la valoración del daño entre los peritos.
- Eliminan en parte el componente subjetivo del valorador del daño.
- Buscan una indemnización armónica y coherente.
- No pretenden eliminar la función del perito.
- Tienen la ventaja de cuantificar una información cualitativa.

Argumentos en contra:

- El hecho de ser una herramienta que suministra porcentajes de reducción para cada secuela a fin de obtener solución inmediata y matemática, no lo hace la panacea de la valoración ni una ciencia absoluta.

- Puede considerarse desde las perspectivas sociales como un método impreciso, en tanto el ser humano no es medible ni cuantificable. Y considerando la naturaleza de la enfermedad los daños no son estáticos, el daño futuro es dinámico.
- La individualización es ilusoria junto con la pretensión de objetividad.
- Solo es un sistema cómodo para el médico y el juez.
- En ocasiones se definen vagamente las secuelas y algunos rangos de valoración son muy amplios.
- Las tasas, valores o porcentajes fijados no siempre reflejan la situación real de las víctimas.

Para finalizar este apartado, es importante analizar que en las raíces de la ciencia de baremación, la asignación de valores sobre la pérdida del funcionamiento del cuerpo estaba muy correlacionada con las prácticas ocupacionales y productivas en esa época determinada, así pues, no puede negarse el componente social que subyace a los primeros cálculos sobre pérdida de capacidad funcional. Asimismo, es importante reconocer el avance de la ciencia médica en el estudio minucioso y pormenorizado del cuerpo humano, dicha especificidad se ha visto progresivamente incorporada en el desarrollo de los baremos más contemporáneos.

La evolución de esta disciplina ha llevado al establecimiento de modelos y fórmulas matemáticas, así como al establecimiento de perspectivas o enfoques de valoración en los que los baremos de los diferentes países se enmarcan, el próximo apartado comprende justamente un estudio sobre los modelos matemáticos usados para la ponderación de valores dentro de un sistema de calificación.

3.2.2.5 Modelos matemáticos y de ponderación del daño

La aplicación de porcentajes o valores numéricos para medir el nivel de incapacidad o daño corporal causado constituyen una pauta genérica de referencia, lo cual podría soportarse en sólidas corrientes doctrinarias que postulan la aplicación de elementos objetivos para cuantificar cualquier variable, para este caso en particular, el daño a la persona. La manera de cuantificar dicho daño ha sido a través del uso de fórmulas matemáticas que buscan procurar uniformidad, previsibilidad y seguridad en la determinación médica y judicial de la proporción del daño causado a la integridad de la persona.

El desarrollo de fórmulas matemáticas se corresponde con la necesidad de valorar el daño a la persona, especialmente cuando se presenta más de un daño al cuerpo de dicha persona o cuando la valoración del daño tiene como precedente un estado anterior de deficiencia.

La forma matemática más usada para realizar estos cálculos es la ponderación, que es entendida como un proceso en el que se determina la importancia relativa de cada una de las variables implicadas en el cálculo general y le subyace un argumento lógico. Así pues, ponderar consiste en atribuir un peso a cada variable dentro del conjunto que se pretende medir. Desde la perspectiva funcionalista (las partes y el todo), la ponderación es la importancia relativa que se le concede a las partes dentro del todo, lo que implica una consideración equilibrada y compensada a cada parte de forma proporcional a su importancia. Para el caso del cuerpo humano, la ponderación es fundamental, en la medida en que asignar un valor o rango a una determinada estructura anatómico-funcional, debe basarse en el principio de reconocer la importancia vital de dicha estructura para el pleno funcionamiento de la persona.

Según Velandia (2009) un método de ponderación es la forma como se asigna valor a cada una de las variables contempladas en el baremo y sus respectivas divisiones (órgano, aparato, o sistema), así como la forma en que dichas variables se relacionan entre sí y con el total.

Las dos fórmulas más reconocidas en el campo de la baremología son la fórmula de Balthazar y la fórmula de Gabrielli. Como se verá más adelante, en muchos baremos alrededor del mundo, estas fórmulas son utilizadas con relación a un valor límite de 100, considerando la primera ley de la baremología ya mencionada con anterioridad.

Fórmula de Balthazar, reduccionista o método de la capacidad restante: se usa especialmente para situaciones frecuentes en el campo de la baremología, que requieren de un análisis particular; esta situación se refiere a la presencia de más de un daño en la persona, ya sea en el mismo órgano o sistema o en otros órganos o sistemas corporales. Por ejemplo, en el caso de secuelas múltiples, politraumatismos concurrentes, o cuando una lesión cerebral se acompaña de una lesión osteomuscular, se deben considerar todas las secuelas y porcentajes para determinar el daño final.

Un primer daño repercutirá sobre la capacidad plena funcional de una persona, dejando una capacidad residual específica, en la medida en que se consideran nuevos daños, estos afectarán, ya no la capacidad plena funcional,

sino la capacidad residual de la persona. A través de esta premisa lógica se sustenta la fórmula utilizada y se logran cuantificar los daños sin superar la variable constante que corresponde a 100.

Si se realizara una suma aritmética simple de los daños corporales de una persona, es muy posible que se llegara a sobrepasar la cifra de 100. No obstante, a través de esta metodología, uno (1) más (+) uno (1), no serán dos (2) sino, uno coma nueve (1.9):

$$A + \frac{B \times (100 - A)}{100}$$

En esta fórmula el valor (A) corresponde al daño de mayor valor, y el valor (B) corresponde al de menor valor. (100 - A) representa la capacidad residual de la persona.

Por ejemplo, una persona tiene el 100 de su integridad y plenitud funcional, ante un evento traumático presentó dos daños: una desarticulación de cadera que equivale a una pérdida de 80 y un daño en el brazo que equivale a 40. Como el primer daño que se cuantifica es el de mayor valor, para este caso 80, entonces la capacidad restante de la persona es 20.

$$100 \text{ (integridad psicofísica de la persona)} - 80 \text{ (daño de mayor valor)} = 20 \text{ (capacidad residual)}$$

Para calcular el daño final ponderado hay que adicionar el segundo daño que corresponde a 40, este daño no se calcula con base a 100, sino con base a la capacidad residual de la persona, es decir 20.

$$80 + \frac{40 \times (100 - 80)}{100} = 88$$

$$80 + 8 = 88$$

$$100 \text{ (integridad psicofísica de la persona)} - 88 \text{ (daño final ponderado)} = 12 \text{ (nueva capacidad residual)}$$

Si se hubiera realizado una suma aritmética, la suma de los daños (80+40) hubiese dado más de 100 rompiendo con la primera ley de la baremología. De esta manera cada nuevo daño repercute sobre la capacidad restante de la persona y no sobre la capacidad total.

Esta fórmula ha sido implementada en diferentes baremos alrededor del mundo, tales como: el baremo colombiano (Decretos 692/95, 1436/95 y 917/99), diferentes baremos en España, en el baremo de la Asociación Médica Americana de 1984, en el baremo belga denominado Baremo Oficial Belga de Incapacidades y en el baremo francés derecho común (Rousseau, 1982), y en baremos de países como Bolivia, Canadá y Australia.

Fórmula de Gabrielli: se utiliza para calcular el daño global en una persona que ya tenía una patología de base, es decir un estado anterior que es agravado por un nuevo evento con su respectiva secuela.

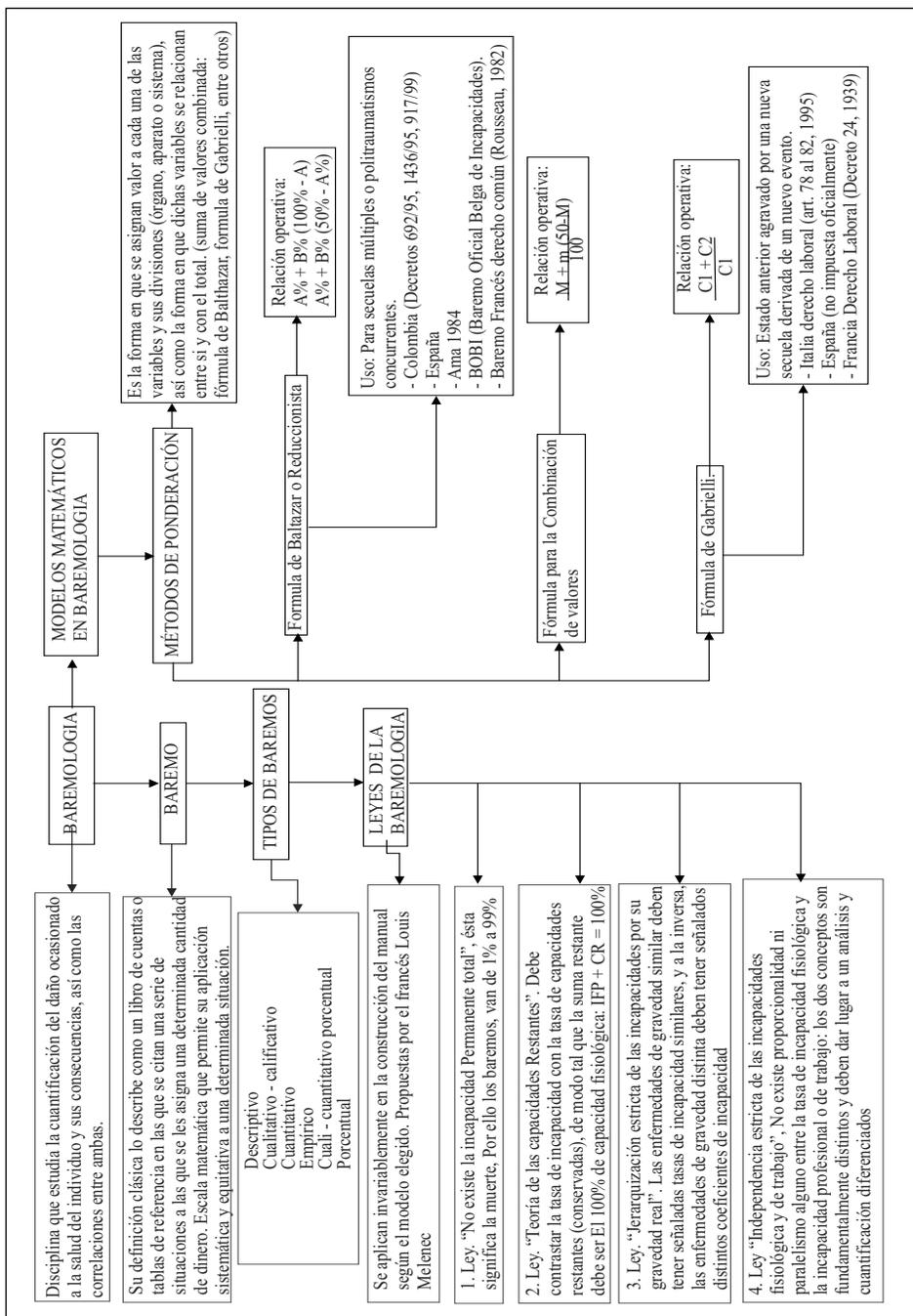
Esta fórmula toma en cuenta la calificación actual, la calificación previa y arroja una nueva calificación, que corresponde al valor por concepto del nuevo daño. Es usada en Italia (Derecho Laboral texto único art. 78 al 82, 1965), en España donde no ha sido impuesta oficialmente y en Francia (Derecho Laboral Decreto 24 de 1939)

$$\text{Daño Global} = \frac{C_1 + C_2}{C_1} \times 100$$

Donde C_1 representa la capacidad residual luego del primer incidente, y C_2 la capacidad resultante tras el nuevo incidente (Calabuig, 2005, p. 520).

A continuación se presenta el gráfico resumen sobre baremología.

Gráfico 3.1 Ciencia de la baremología*



*Fuente: Rubio (2009).

3.3 SISTEMAS, ENFOQUES Y MODELOS DE CALIFICACIÓN EN EL MUNDO

3.3.1 SOBRE LOS SISTEMAS

Se ha podido corroborar cómo el campo de la medicina trabaja de manera estrecha en colaboración con el ámbito de la justicia, en cuya práctica cotidiana se aprecia la valoración de diferentes tipos y grados de daños corporales que sufren las personas, daños que se traducen en una pérdida de su capacidad, especialmente en relación con su trabajo, labor o potencialidad económica. Así pues, el médico legista, o médico forense, sistemáticamente es convocado por un juez, por un abogado litigante en un juicio o por una compañía de seguros, para dilucidar el tipo de incapacidad física que afecta a un sujeto que haya sufrido un determinado tipo de daño corporal. No obstante, la baremología no es solo un aspecto que concierne a médicos y jueces, ampliando la perspectiva social, estos médicos y jueces hacen parte de unos sistemas de justicia y salud en cada país. El uso de los baremos ha constituido un elemento importante en las legislaciones sobre seguridad social en el mundo, ya que a través de ellos se establecen las responsabilidades propias a los sectores públicos y privados implicados en procesos de compensación.

Los sistemas de protección social están llamados a garantizar un esquema de protección a los individuos y a la sociedad como un derecho natural, fundamental e irrenunciable, donde el Estado debe asegurar el amparo de determinados aspectos de la vida de las personas y de su participación en la sociedad; esta protección por lo general se traduce, entre otros, en prestaciones de orden preventivo, asistencial y económico o compensatorio (Velandia, 2009).

A través de la compensación, se busca establecer un seguro contra la pérdida de ingresos cuando una persona ve disminuida su capacidad laboral, ocupacional o su capacidad para proveerse los recursos económicos por medio de un trabajo o actividad, esta disminución en la capacidad puede originarse por un daño, deficiencia o alteración en la salud de las personas desde un punto de vista biopsicosocial. Frente al daño presentado, es necesario tomar las medidas pertinentes para que la persona pueda regresar a unas condiciones por lo menos cercanas a las que estaba antes de sufrir el daño³⁶, ello implica

³⁶ “La persona que es objeto de un perjuicio debe ser devuelta a una situación lo más cercana posible a aquella en la que presumiblemente se hallaría si el daño no se hubiese producido”. Resolución N° 75 del Consejo de Europa.

brindar una oportuna atención médica y de rehabilitación, resultado de lo cual pueden generarse o no secuelas permanentes o transitorias que pueden resultar incapacitantes o no incapacitantes para la persona. En el caso de que efectivamente sean incapacitantes la persona tendrá derecho a una compensación, a una reparación.

Así pues la compensación tiene un carácter indemnizatorio y generalmente está relacionada con la naturaleza e intensidad del daño que ha sufrido la persona. Implica el reconocimiento objetivo de dicho daño, ya que este reconocimiento se convierte en el requisito para que pueda acceder a la compensación. Para determinar el monto y características de la compensación es necesario acudir a diferentes instrumentos, como el que precisamente se encuentra en proceso de actualización, es decir el MUCI. Pero este instrumento se acompaña de toda una serie de mecanismos que conforman el llamado sistema de calificación. Los sistemas de calificación pueden estar conformados por las entidades que califican, el Estado que define la normatividad al respecto de la calificación, así como otra serie de procesos administrativos y legales a través de los cuales las personas pueden acceder a: ser valoradas por el instrumento, a la compensación generada de acuerdo al resultado del instrumento y además a controvertir en caso de un desacuerdo frente a la forma o resultado en que se ha determinado el monto de esa compensación.

Así pues, es necesario aclarar que en los sistemas de calificación confluyen normas, instituciones y procedimientos, que en lo ideal se deben construir de manera consensuada y democrática. Las normas determinan, entre otras cosas, quién puede acogerse al sistema mismo, o acceder a la calificación, así como acceder a los beneficios o compensaciones estipuladas. Se establecen también requisitos de acceso y criterios de orden jurídico, técnico e incluso procedimental. No obstante, la determinación de estos criterios está condicionada, entre otras razones, por el tipo de normativa existente en cada país, el baremo de evaluación utilizado, el tipo de procedimientos establecidos, las características de quien o quienes realizan la evaluación (juntas, consejos, tribunales, cuerpo médico, especialista), y el uso que se da a ciertos términos como daño (global, estético, moral), invalidez, gran invalidez, discapacidad, pérdida de capacidad con numerosos adjetivos (ocupacional, laboral, de ganancia), entre otros. Esta terminología por lo general se encuentra descrita en la legislación de cada país.

En cuanto al marco jurídico de los sistemas, la mayoría de las legislaciones, tienden a buscar que la valoración del daño sea mucho más objetiva, para que esta responsabilidad no sea exclusiva del criterio o experiencia del perito,

sino que su ejercicio pueda sustentarse en unos instrumentos que son el punto de referencia para la unificación de criterios sobre lo que se va a considerar como la valoración del daño (si existe, cual es un nivel de gravedad, evidencia que lo demuestre y cómo se cuantifica). Los resultados de la valoración serán además la “carta de presentación” con la que la persona calificada acude a las instancias respectivas para su compensación. De modo que la forma como se presenten estos resultados (a través de porcentajes, indicadores cualitativos o cuantitativos) debe ser claramente comprensible e interpretada por todas las demás instancias del sistema.

El campo económico del sistema está encargado de realizar los respectivos ajustes económicos con relación no solo a los montos de compensación, sino también con relación a los costos que implica el proceso de valoración y quien asume dichos costos (los usuarios, las aseguradoras, el gobierno), lo cual depende entre otras cosas del objetivo que persiga la valoración (si es para determinar una pérdida de capacidad laboral, o si es para certificar una discapacidad, si es para dirimir un pleito civil o penal, entre otros).

Parte del sistema de calificación lo conforma también el sector salud, este sector no solo es el encargado de velar por las compensaciones de carácter asistencial que se definan de acuerdo al resultado de la valoración del daño, sino que principalmente es el encargado de velar para que estos daños no ocurran, es decir que un evento traumático en la salud de las personas no llegue a las instancias de valoración del daño (con secuelas fijas), sino que a través de adecuados procedimientos médicos, farmacéuticos y terapéuticos la persona recupere la integridad de su salud. El sistema de salud debe velar por adelantar acciones de promoción y prevención para reducir la existencia de daños³⁷. No obstante, cuando el daño se presenta y la valoración se lleva a cabo, es desde el sistema de salud que se aportan todas las condiciones, tecnología y equipamientos necesarios para que la valoración esté soportada en un adecuado diagnóstico, una historia clínica completa y demás procedimientos que se deban adelantar. El sector de la salud está muy relacionado también con el sector educativo, en la medida en que es necesario formar profesionales de salud que estén en competencia de adelantar las valoraciones de manera adecuada.

Finalmente las personas valoradas, son también una parte muy importante del sistema, ya que son precisamente quienes lo activan a raíz del daño que

³⁷ “Es una obligación de los Estados, anticipar, prevenir, atender y reparar las lesiones que le ocurran a sus ciudadanos”. Resolución N° 75 del Consejo de Europa.

han sufrido. Estas personas como usuarias del sistema tienen unos derechos y unos deberes, y deben por lo general acogerse a los criterios establecidos para poder acceder al proceso de valoración.

3.3.1.1 Sistema de calificación colombiano

Para Colombia la calificación de pérdida de la capacidad laboral se encuentra enmarcada en el sistema de seguridad social, ya que esta calificación se realiza sobre las consecuencias de un evento desestabilizante en la integridad de la persona, que pudo tener lugar en el ejercicio de su trabajo (de origen profesional) o por otras causas (de origen común). Es importante tener en cuenta como lo afirma Durán, que todo ciudadano colombiano en el marco de los derechos a la seguridad social, esté o no afiliado, tiene derecho a acceder a la calificación del origen de los accidentes y/o enfermedades, así como a la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

Por tratarse de un derecho, existe un amplio marco normativo que busca fundamentar el sistema de calificación colombiano, entre ellos se destacan la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, el Decreto 1295 de 1994 por el cual se expide la tabla única para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral entre el 5 % y el 49.99% y la prestación económica correspondiente, el Decreto 2463 de 2001 por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, así como otros decretos y sentencias sobre los cuales se ha ampliado en el apartado de antecedentes normativos y, por supuesto, el Decreto 917 de 1999 por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995 Manual Único para la Calificación de Invalidez, que se encuentra en proceso de actualización.

Todo proceso de calificación exige del sistema de seguridad social una interacción de sus componentes. Inicialmente para los casos de enfermedad y accidente tanto de origen común como profesional, los servicios de asistencia deben ser atendidos, diagnosticados y tratados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), ya sea por sus propias instituciones prestadoras de los servicios (IPS) o por el contrato con otras IPS. Determinar el origen de la enfermedad es una responsabilidad del Instituto de Seguros Sociales, de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), de las compañías de seguros y de las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), que además del origen determinan la pérdida de capacidad laboral y califican el grado de invalidez. Así pues, estas entidades son la **primera instancia** en el proceso de calificación. El procedimiento a seguir en la **calificación de origen** está determinado por el

Decreto 2463 de 2001, que establece un plazo de 30 días calendario para notificar el resultado de la calificación por parte de la EPS al empleador, trabajador e interesados. En caso de reconocerse el origen profesional de la enfermedad, las EPS cobrarán a las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) o a la entidad competente los costos de los servicios prestados. Para la atención del accidente de trabajo, circunstancia que exige de la Administradora de Riesgos la investigación del evento, debe ser ésta quien responda con la prestación de dichos servicios, bien sea con instituciones propias o contratadas (IPS). Una circunstancia similar se experimenta en el caso del accidente de tránsito donde la póliza de aseguramiento o Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT) garantiza la prestación de estos servicios por medio de la red de instituciones que la empresa privada o del sector solidario dedicadas al aseguramiento tenga contratadas. En el caso de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional la **calificación por pérdida de la capacidad laboral** tiene lugar una vez terminado el proceso de rehabilitación integral y/o cuando haya culminado el tiempo de incapacidad temporal según lo establecido en las normas vigentes. Es importante la expedición de certificación por parte de la IPS de la terminación del proceso de rehabilitación, para acceder a la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

Una vez el trabajador ha sido notificado respecto al origen y/o al porcentaje de pérdida de capacidad laboral, si no está conforme puede reclamar su derecho a ser calificado en una **segunda instancia** que estará conformada por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez (JRCI)³⁸. Estas instancias son entes de carácter privado sin ánimo de lucro, con autonomía administrativa y presupuestal, no tienen personería jurídica y sus funciones públicas son la determinación de origen y pérdida de capacidad laboral. El número de salas de dichas juntas está determinado según las necesidades y estadísticas regionales en materia de calificación. Existen tres niveles de juntas, en el primer nivel se encuentran Bogotá, Valle, Antioquia y Atlántico, en el segundo nivel se encuentran Santander, Norte de Santander, Magdalena, Córdoba, Bolívar, Sucre, Cesar, Quindío, Risaralda, Caldas, Nariño, Cauca, Huila, Tolima, Boyacá y Meta, y en el tercer nivel se encuentran Arauca, Chocó, Guajira, Putumayo, Guaviare, Vaupés, Caquetá, Casanare, Guainía, Vichada, Amazonas y San Andrés y Providencia.

³⁸ Las Juntas se rigen de acuerdo a la siguiente normativa: Ley 100 de 1993 artículos 42 y 43, Decreto 2464 de 2001, Ley 962 de 2005, Sentencia 516 de 2004 Corte Constitucional.

Una vez la persona ha sido calificada por la Junta Regional, si la persona o la parte interesada³⁹ no se encuentra conforme con la calificación, entonces puede interponer un recurso de reposición para que la persona sea nuevamente calificada por la Junta Regional, si de nuevo la persona o la parte interesada expresan su inconformidad, entonces se puede interponer un recurso de apelación ante la Junta Nacional, si la inconformidad persiste, el caso se lleva a instancias de la justicia civil ordinaria hasta la Corte Suprema de Justicia. Si la pérdida de capacidad es finalmente calificada entre el 5% y el 49.9%, la persona tiene derecho a una indemnización, pero si es calificada con más del 50% la persona tiene derecho a ser pensionada por invalidez de origen ocupacional.

Este proceso es un tanto diferente para los regímenes exceptuados de la Ley 100 de 1993 como son Magisterio, Ecopetrol, Fuerzas Militares o Policía Nacional. Así, de acuerdo al régimen que se trate, existen otros actores vinculados directamente en la calificación: Junta Médica de Ecopetrol, Fuerzas Armadas y de Policía (Decreto 94 de 1989), Magisterio, Caja de Auxilios y de Prestaciones de la Asociación Colombiana de Aviadores Civiles (CAXDAC) quienes tienen otros manuales de calificación específicos para su profesión, o jueces de la república. Cuando se presentan controversias o inconformidad de las partes interesadas, el caso se lleva a la Junta Regional de Calificación quien decide en segunda y única instancia la calificación definitiva. Además de las funciones ya mencionadas, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez deciden en el caso de controversias entre las entidades que constituyen la seguridad social integral, también actúan como perito ante solicitudes judiciales y administrativas. Otras funciones que corresponden a la Junta Nacional son la asesoría al Ministerio de la Protección Social.

La calificación de pérdida de capacidad laboral tiene un fuerte impacto en varios sistemas. A nivel del sistema de seguridad social, representa costos derivados de incapacidades, pensiones de invalidez y sobrevivencia, prestaciones asistenciales y económicas. Otros impactos económicos generados al Sistema General de Seguridad Social en salud se refieren a indemnizaciones por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)⁴⁰ en el caso de eventos catastróficos. La calificación de pérdida de la capacidad laboral se implementa actualmente en diversos campos, por ejemplo para el acceso a beneficios de la Ley 361 de 1997,

³⁹ Se considera como parte interesada a la correspondiente administradora de pensiones y/o riesgos profesionales, la entidad promotora de salud, el empleador, el trabajador y cualquier persona o entidad que tenga interés en el resultado del dictamen.

⁴⁰ Cuenta de administración de recursos para el subsidio y promoción de la salud y del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

en el caso de las personas con discapacidad en programas de responsabilidad social empresarial, subsidio de vivienda, programas de recreación, educación, entre otros; también para el acceso a subsidios en Cajas de Compensación Familiar o a subsidios para el acceso a pensión. En el sector financiero la calificación de pérdida de capacidad laboral, implica costos por cobertura de seguros de acreencias (condonación de deudas, vivienda, créditos) y por indemnizaciones del SOAT. La calificación de pérdida de la capacidad laboral se emplea también en el campo de la justicia para resolver indemnizaciones por responsabilidad laboral, civil, penal, derecho de familia⁴¹.

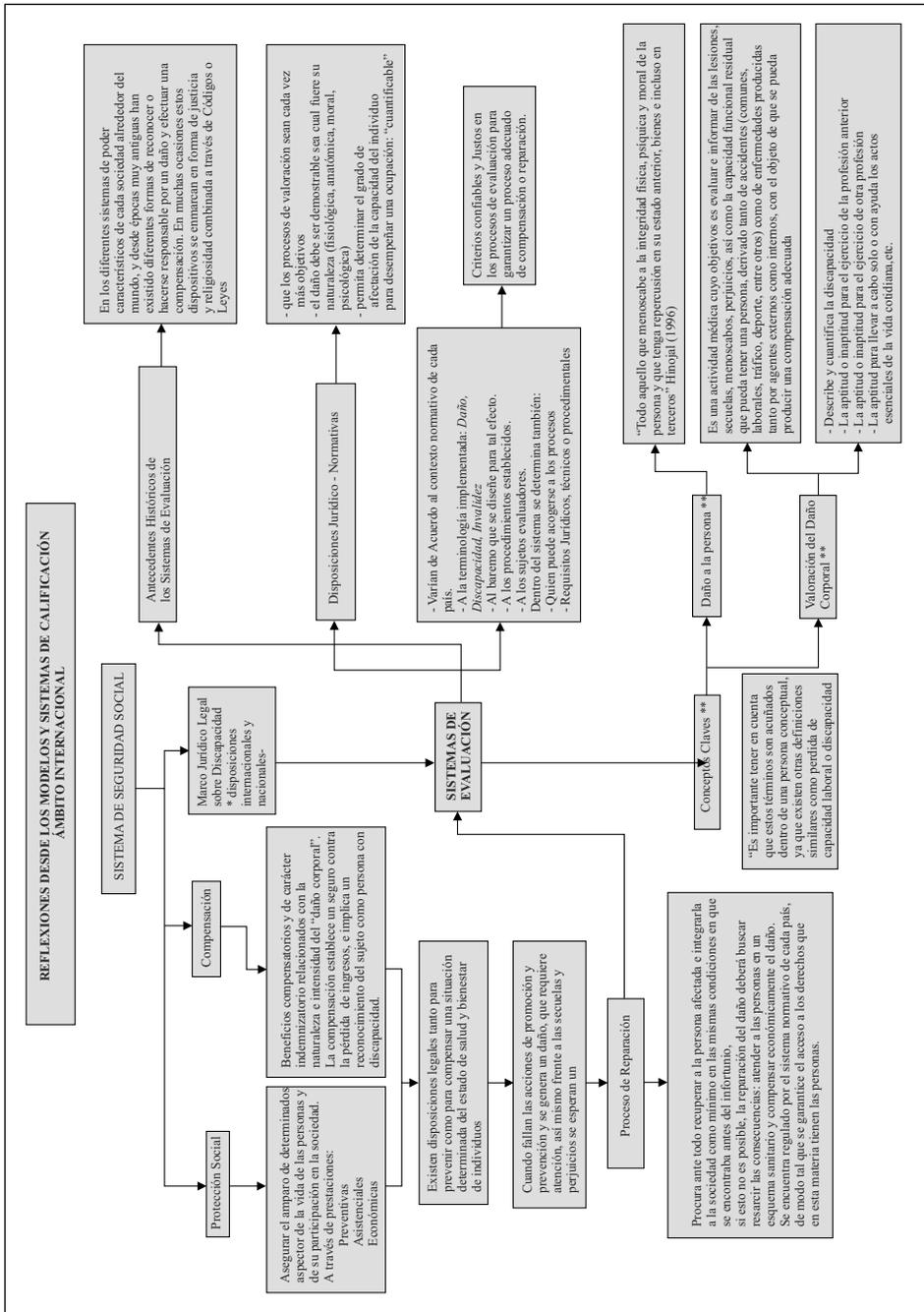
Al ver las diferentes interconexiones del sistema de calificación, y el papel que juega el Manual Único de Calificación de Invalidez, es posible argumentar por qué el proceso de actualización de este manual ha convocado a tantos y tan distintos actores de los diferentes sectores involucrados. A lo largo del proceso de actualización y en los espacios de debate público, muchos participantes han sugerido que la transformación del manual, se acompañe a su vez, de una transformación en el proceso mismo de la calificación, en tanto se han develado vacíos e inconsistencias que cuestionan toda la estructura del sistema. Por ejemplo el hecho de sostener que las instituciones que califican en primera instancia como las Aseguradoras de Riesgos Profesionales, asumen el doble papel de ser juez y parte en el proceso de calificación, ya que ellas mismas son las que deben correr con los costos cuando se comprueba la enfermedad profesional, el accidente de trabajo, o cuando se determina la existencia de una incapacidad laboral. Asimismo algunos colombianos han debido recurrir a acciones de tutela para que sean resueltos los procesos de calificación de invalidez, la determinación del origen y se hagan efectivos los pagos de las prestaciones económicas correspondientes⁴².

Cada sistema determina el enfoque y los modelos o métodos de valoración del daño que se van a traducir en normativa para la legislación del país correspondiente, la determinación de dicho enfoque puede estar muy relacionada con los desarrollos conceptuales del país, e incluso con su perspectiva política. El siguiente apartado abordará precisamente estos conceptos, pero primero se presenta a continuación el gráfico resumen de este apartado sobre sistemas de calificación y baremología.

⁴¹ Castro Díaz, Javier Fernando. Determinación del Origen del ATEP y Pérdida de la Capacidad Laboral. Ministerio de la Protección Social. Consejo Superior de la Judicatura. Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”.

⁴² Ver relatorías del ciclo de conversatorios realizados en el marco del proceso de actualización del MUCI (2009).

Gráfico 3.2. Sistemas de calificación y baremología



Fuente: Rubio (2009).

3.3.2 ENFOQUES Y MODELOS

Un **enfoque** constituye un sistema de conceptos consistentes desde los cuales es posible construir una imagen más precisa de aquello que se pretende conocer y abordar. En los procesos de valoración se refiere al conjunto de concepciones técnicas, médicas y jurídicas que juntas determinan la filosofía sobre la cual se cimienta la valoración del daño.

Respecto a la noción de **modelo**, no existe un consenso sobre su definición, ya que en algunos casos esta noción se corresponde de acuerdo al uso de una fórmula matemática que subyace al baremo, en otros casos se distinguen de acuerdo a las variables implicadas en la valoración, a cómo se relacionan estas variables en una metodología de ponderación, y a la forma como se presentan sus resultados, ya sea cualitativa o cuantitativamente.

Según el equipo redactor del Manual para la Calificación de la Pérdida de Capacidades: Laboral y Ocupacional (2010), el modelo parte de la concepción del sistema adoptado y establece una metodología que de manera técnica define y establece las variables, su interrelación, su grado de importancia frente al daño causado en la integralidad del ser humano, y que en últimas es la base sobre la cual se construye el manual de calificación o baremo.

La mayoría de modelos muestran una tendencia a querer valorar la incapacidad en forma más objetiva; en primera instancia tratando de evaluar la existencia o no de un daño y qué tan importante es para la función de un órgano, sistema o aparato. En segunda instancia, en la necesidad de determinar el grado de afectación de la capacidad que tiene el individuo para desempeñar una ocupación. Al analizar estas tendencias pragmáticas, en el primer aspecto descrito, el daño debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente, por lo cual los enfoques y sus respectivos modelos contemplan descripciones y métodos de diagnóstico, de modo tal que la sintomatología de las personas valoradas tenga un respaldo clínico y paraclínico que debe ser dinámico, manteniéndose siempre acorde con los avances tecnológicos. El segundo aspecto ofrece mayores retos, en la medida en que trata de establecer fronteras para determinar la afectación de la capacidad para laborar en términos de prestaciones a las que tiene derecho el individuo, observando tres tendencias básicas:

La primera, cualitativa, en ella se describen estados de la incapacidad, temporal, permanente, parcial, total y gran invalidez, y aunque estos términos parecen ser comunes en todas las legislaciones ya en su definición pueden mostrar marcadas diferencias.

La segunda, cuantitativa que pretende expresar el daño en forma numérica porcentual en rangos para los diferentes estados clínicos.

La tendencia que se ha observado en el desarrollo progresivo de la baremología es la transición paulatina de criterios cualitativos a cuantitativos, lo que pretende eliminar la subjetividad de quien tiene la labor de calificar, buscando que sean más transparentes para las autoridades y más comprensibles para la persona valorada.

Los modelos comprenden en su seno *variables de calificación* que son las diferentes categorías bajo las cuales se expresa el modelo elegido: deficiencia, deterioro, impedimento, menoscabo, handicap, discapacidad, capacidad, minusvalía, participación, profesión, edad, estatus socioeconómico, integración social, entre otros. En el modelo de evaluación o calificación se integran dichas variables a través de una metodología específica y un proceso de ponderación. Las variables deben estar definidas en función del enfoque y del modelo adoptado y circunscriben el alcance de la valoración y los ejes de análisis. Esto significa que cuando se concibe la valoración, se debe definir cuáles son las variables que se usaran para medir e interpretar el daño.

La manera como los baremos asignan valor a las variables puede darse de distintas formas, una es asumiendo una perspectiva anátomo-funcional, relacionando al órgano con su función preponderante y usando como referencia curvas de normalidad funcional; por ejemplo, si se analiza el ojo, su función principal es la de ver, una vez que desde la estimación clínica de la agudeza visual, el campo visual y la valoración de los movimientos oculares se ha verificado si dicha función es normal o por el contrario está por fuera de los parámetros típicos, entonces se procede a asignar un valor. Esta función simple del órgano (para el ejemplo del ojo: ver), puede llevarse a niveles más complejos de funcionalidad, relacionando cómo dicha función es base para la realización de acciones más complejas, por ejemplo leer u orientarse en el espacio.

Otra forma de acometer la valoración es definir cuál es la repercusión del daño en las actividades de la vida diaria, estimando cómo afectan el desempeño de las personas. Finalmente esta valoración funcional puede restringirse solo al campo de la actividad laboral de la persona o a su ocupación habitual. Así pues, la determinación de qué valorar y cómo hacerlo dependerá de las variables y el modelo seleccionado.

Algunas de las variables generalmente usadas por distintos baremos, son:

Variable ocupacional: se puede interpretar desde el concepto de “ocupación del tiempo”, lo que permite la calificación de cualquier grupo de edad y no se restringe a las personas económicamente activas. O puede interpretarse como la mirada exclusiva sobre la labor, oficio o trabajo que desempeña la persona, donde la repercusión del daño se evalúa en función de las tareas que constituyen dicho oficio o trabajo y que se conectan con las posibilidades de reincorporación laboral, reconversión de mano de obra o la imposibilidad de dedicarse a actividades productivas.

Variable económica: se refiere a la repercusión que tiene el daño sobre la capacidad del individuo para obtener ingresos que le permitan satisfacer sus necesidades y las de su familia, implica considerar su “status” previo al daño.

Variable de edad: se define como el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Según el equipo redactor del Manual para la Calificación de la Pérdida de Capacidades: Laboral y Ocupacional (2010), esta variable generalmente es usada como un factor de ajuste, para favorecer a ciertos grupos más vulnerables. Solamente en el baremo del estado de California tiene un papel preponderante, ya que el porcentaje de daño se ajusta de acuerdo al rango de edad.

Es importante reconocer que cada variable tiene un contexto histórico, temporal, geográfico, y varía según el enfoque que se adopte o incluso la perspectiva ontológica subyacente, como en el caso de la definición de variables como discapacidad. Por ejemplo la CIF (2001) define la discapacidad como:

“Discapacidad: es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación”.

Una vez expuestas las definiciones de enfoque, modelo y variable, es preciso ahondar en ellos con relación a la valoración del daño. En el año 1936 se reúne la comisión de expertos de la OIT⁴³ y establecen por primera

⁴³ El año 1936 marca el inicio de la organización de Conferencias Regionales de los Estados Miembros previstas con el objetivo de estudiar problemas de particular interés para una región determinada. La Conferencia de Santiago adoptó veintiséis resoluciones relativas a la seguridad social y a las condiciones de trabajo en los países de América. Se estudiaron numerosos puntos, entre ellos: * los principios fundamentales de los seguros sociales; * la intensificación de las relaciones entre la OIT y los países de América; * el desempleo y la inmigración y * las condiciones de trabajo y de vida de las poblaciones indígenas.

vez cuáles son los enfoques, en el marco de los que se debe valorar el daño corporal y establece básicamente tres enfoques de valoración: valoración de la invalidez física, valoración de la invalidez profesional o valoración de la incapacidad general de ganancia. Estas mismas premisas se ratificaron durante el Congreso de Medicina Legal y de Daño Corporal de Djerba en 1978, y se invitó a los participantes de los diferentes países a avanzar cada vez hacia calificaciones más integrales. También en esta conferencia Louis Melennec socializó las leyes de la baremología.

3.3.2.1 Invalidez física

Este primer enfoque se soporta en la evaluación exclusiva de las repercusiones anatomo-funcionales en la persona como producto del daño ocasionado, es decir que su ámbito de análisis se restringe a su integridad biológica. Por ende, no analiza repercusiones de otro estilo tales como económicas, profesionales, sociales, etc., y por ello igualmente podríamos afirmar que es una concepción restringida, no integral y actualmente en desuso. Bajo este enfoque la valoración del daño no considera las características sociales u ocupacionales de la persona, así, la pérdida de una pierna en un futbolista o en un ingeniero no representa mayor diferencia. Esta concepción está muy arraigada en los baremos de la época clásica.

Desde el enfoque de la invalidez física, el modelo por excelencia es el de **evaluación anatomopatológica y funcional**. En los baremos construidos bajo este modelo se observa que el criterio de valorización es un listado escueto consistente en las condiciones de pérdida anatómica o en un listado de diagnósticos de enfermedades, en los que se describe el nivel de la lesión y la región anatómica implicada (dedo, mano, brazo, hombro), y con estas variables se asigna el porcentaje de incapacidad. El criterio para la valoración del daño en este modelo es el de diagnóstico, junto al estado clínico y la severidad de la enfermedad. En general, no existen descripciones de procedimientos para la evaluación ni métodos diagnósticos. Se pueden observar criterios cualitativos y cuantitativos para la valoración. Los ejemplos más representativos de este modelo son los baremos militares.

Algunos baremos diseñados bajo este enfoque son:

- Colombia - Instituto de Seguros Sociales (Acuerdo 258 de 1967)
- Colombia - Fuerzas Armadas (Decreto 94 de 1989)
- Colombia - Código Sustantivo del Trabajo (1950)
- Francia - Baremo de 1914 y baremo de Fuerzas Militares
- Bolivia - Previo a la reforma

3.3.2.2 INVALIDEZ PROFESIONAL

Este enfoque basa su evaluación en el hecho de que el ser humano se dedica por elección, calificación y capacitación a desarrollar una actividad en forma habitual; por ello el daño es evaluado en la medida en que se afecta dicha capacidad. En concordancia con lo anterior se supera la visión del ser humano como puramente biológico, e involucra una de sus actividades, su labor habitual. Por su importancia relativa, existen cuatro modelos principales dentro del enfoque de invalidez profesional:

Modelo de evaluación de las incapacidades permanentes de la Asociación Médica Americana (AMA): aunque en realidad es un baremo, este ha sido utilizado, en sus distintas versiones (ya se encuentra disponible la sexta versión - 2009) como referencia por muchos países en mundo, especialmente en Latinoamérica. Dada su relevancia adquiere el estatus de modelo, vale la pena advertir que en 1955 se establece el Comité de Evaluación del Menoscabo. Este modelo toma como variable principal el daño anatomopatológico y funcional, y se añaden factores complementarios de edad, grado de educación y ocupación habitual (comprendida como la actividad laboral que desempeña actualmente la persona y para la cual está capacitada). Este modelo hace una descripción exhaustiva de sistemas, aparatos, órganos y enfermedades observando como criterio de evaluación estados únicos y niveles de lesión. Describe de forma amplia la metodología para realizar la exploración clínica y los métodos diagnósticos que deben utilizarse para evidenciar el daño. Valora sobre un porcentaje total de 100% asignado a la variable principal (daño anatomopatológico), y otorgando unos porcentajes más pequeños a las variables complementarias.

Algunos países que han construido baremos con base en el modelo AMA son:

- Perú
- Chile
- U.S.A. (ya que no todos los estados lo usan como referencia)
- México
- Colombia (Decreto 917 de 1999)
- España
- Canadá
- Australia

Modelo Scudder: corresponde al método americano de la escuela de Boston y toma en cuenta tres variables principales: las anatómicas, las funcionales y las económicas. Cada una de ellas valoradas sobre un 100%, es decir, que el porcentaje global evaluado es de 300%, al final se toma como incapacidad el promedio de las tres variables.

Método Belbey: este método toma en cuenta como variable la salud, el trabajo, la producción y el salario. La variable principal es la salud pues se considera la base de la capacidad de trabajar y producir y por ende recibir un salario; las tres variables reciben 100%. El total de la valoración se da con relación al 300%:

Método Basile: elaborado por Juan Felix Basile en 1985, llamado *baremo de incapacidades laborales indemnizables*. Toma como criterios principales el porcentaje de incapacidad anatomofuncional, el porcentaje de incapacidad laborativa, y el porcentaje de incapacidad psicológica. La incapacidad total es el resultado de la sumatoria de estas tres variables. Además se realizan ajustes que corresponden a variables secundarias (edad, dominancia, género) a través de una fórmula que combina la variable principal y las secundarias. La particularidad de este modelo es que de la variable principal se desprenden proporcionalmente las variables secundarias.

Algunos países y regiones que han desarrollado baremos dentro del enfoque de invalidez profesional son:

- México (versión anterior)
- Cuba
- Bulgaria
- Argentina
- Baremo del estado de California 1997
- Unión Europea (guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas, 2003).

3.3.2.3 Incapacidad general de ganancia

Este enfoque es indudablemente el más avanzado de los tres enfoques propuestos por la OIT, puesto que contempla todas las condiciones de tipo personal que se ven implicadas luego de la generación del daño, y que tienen incidencia en el futuro de la persona con relación a la posibilidad de recibir un pago adecuado para su sustento en el marco de la contratación general del trabajo. Este enfoque lleva implícita la necesidad de adelantar procesos

integrales de rehabilitación, y requiere que la valoración contemple aspectos tales como: género, edad, profesión, situación económica, integración social, situación de discapacidad, entre otros. En la actualidad existen dos modelos representativos de este enfoque:

Modelo McBright: llamado también *método para valorar la incapacidad o método de razonamiento*, desarrollado por el doctor Earl McBrighth, valora sobre un 100% el estado clínico de la persona y su capacidad profesional, comparándolos con una escala de medición funcional de la incapacidad. Trabaja sobre matrices por área corporal y su objetivo es la estimación de la incapacidad del trabajador, usando un esquema analítico de funciones que compara con la incapacidad laborativa general y habitual. Su objetivo es determinar qué tanto puede repercutir el daño en la capacidad de una persona para ser competitiva frente a otras personas, ya no solo con relación al que era su trabajo habitual, sino con relación a las posibilidades futuras de desempeño laboral a partir de su capacidad residual luego del daño.

Modelo de la OMS: se considera modelo al ser un importante referente para la construcción de baremos en distintas regiones del mundo, entre ellas Colombia. El primer referente a nivel mundial fue la Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad, siendo éstas la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, contenida en el documento publicado por la OMS en 1980 denominado Manual de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), desarrollado por el doctor Philip Wood para la Organización Mundial de la Salud, cuyos principios y taxonomía contemplaban el Código Internacional de Enfermedades (C.I.E.) en la clasificación de las consecuencias de la enfermedad y cuya utilidad sería la de generar políticas en servicios médicos, rehabilitatorios y sociales. Sus variables de clasificación son: la deficiencia (daño anatomofuncional), discapacidad (rendimiento funcional) y minusvalía (relación del individuo con su entorno social). En esta clasificación el criterio de ocupación se entiende como todas las formas o forma en que utiliza el tiempo un ser humano. Como su objetivo no es valorar la pérdida de capacidad laboral sino clasificar las consecuencias de la enfermedad, no valora en forma cualitativa o cuantitativa la capacidad laboral.

Los países que han desarrollado baremos con el modelo OMS de 1980 son:

- España
- Colombia (1995 y 1999)
- Bolivia (1998)
- Portugal

En el año 2001, la OMS publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF. El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980), a una clasificación de “componentes de salud”. Los “componentes de salud” identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud (CIF, 2001). Esta nueva clasificación se ha vislumbrado en la última década como un modelo y referente ineludible para la construcción de nuevos baremos o la actualización de los ya existentes, como en el caso de México, República dominicana, Colombia y Brasil.

3.3.2.4 Panorama de algunos enfoques y baremos a nivel internacional

Es momento de describir algunos baremos y sistemas de valoración desarrollados por países de distintas partes del mundo y que son un ejemplo de la materialización de los enfoques y modelos previamente analizados, o que bien no se han ceñido a ellos.

Para empezar es necesario presentar un baremo considerado emblemático por ser considerado como una de las primeras propuestas de modelo universal. Se trata del Baremo Internacional de Invalideces Postraumáticas que consta de dos versiones, una de 1983 y otra de 1990.

Los trabajos sobre la incapacidad y la manera de medirla, parten de la constatación de que debe valorarse de la misma forma en cualquier país del mundo. Estos trabajos se concretaron en la elaboración del Baremo Internacional de Invalideces Postraumáticas, redactado con la colaboración de eminentes expertos internacionales. Se basa plenamente en la siguiente evidencia: la suma de las capacidades perdidas (expresadas en tasa de incapacidad) y las capacidades restantes, representa a la persona íntegra. Este baremo resume la forma como deben evaluarse las deficiencias según el método de las tasas de incapacidad. Expone la determinación del perfil de aptitudes y de autonomía. Este método busca ser universal para evitar contingencias geográficas, así como de leyes y normas nacionales. Mientras que el baremo de 1983 se consagraba exclusivamente a las secuelas traumáticas, el de 1990 abarca todas las deficiencias, sea cual fuere su origen, extendiéndose a toda la patología. Los autores se han preocupado de armonizar entre sí los diferentes capítulos del baremo, recurriendo a idénticos grupos para clasificar las deficiencias en

todas las disciplinas, a las mismas horquillas de tasas de incapacidad, a los mismos adjetivos y a la misma terminología. Se han propuesto nuevos parámetros para analizar, definir y cuantificar las deficiencias, por un lado el recurso sistemático, con el inventario minucioso de los gestos y actos de la vida cotidiana que el paciente ya no puede llevar a cabo y, por otro, el recurso, en numerosas situaciones, a estimar la capacidad de esfuerzo del sujeto.

Su contenido se basa en:

1. Teoría de la incapacidad y de la invalidez
2. Afecciones neurológicas
3. Evaluación de las deficiencias e incapacidades en psiquiatría
4. Oftalmología. Discapacidad visual.
5. Evaluación de la invalidez e incapacidad en otorrinolaringología
6. Boca y dientes. Estomatología
7. Función de aprehensión. Extremidades superiores
8. Aparato locomotor. Extremidades inferiores
9. Raquis
10. Corazón. Evaluación de la discapacidad resultante de la alteración de las funciones cardíacas.
11. Afecciones arteriales, venosas y linfáticas
12. Pulmones y caja torácica. Evaluación de la deficiencia respiratoria.
13. Urología y nefrología
14. Funciones digestivas. Aparato digestivo.
15. Función endocrina

Este baremo está construido sobre la Clasificación Universal de las Invalideces e Incapacidades Fisiológicas desarrollado por Louis Melenec y que se presenta a continuación:

Cuadro 3.10 Clasificación Universal de las Invalideces e Incapacidades fisiológicas*

CRITERIOS	LEVE	MODERADO	MEDIO	GRAVE	SEVERO
Signos funcionales	Poco molestos, intermitentes, no invalidantes, simple molestia	Más que simple molestia, sin ser mayores, pueden ser discapacitantes	Neta, puede llegar a ser mayor, habitualmente discapacitante	Marcada, invalidante o muy invalidante, discapacidad clara	Marcada, gran inválido
Examen clínico	Normal, o anomalías menores sin déficit funcional	Normal o sin minusvalía	Normal o trastornos que son discapacitantes mayores	Rara vez normal, muestra trastornos marcados o mayores	Raramente normal, trastornos claramente mayores
Estado general	Normal	Normal	Normal o alteración leve (astenia, adinamia)	Normal o alteración moderada	Conservado, generalmente alterado o muy alterado
La capacidad global de esfuerzo del sujeto	Normal	Normal	Normal o leve deterioro que no impide esfuerzos moderados	Normal o deterioro que permite esfuerzos moderados	Capacidad de esfuerzo disminuida
La autonomía (física, intelectual, de desplazamiento)	Total	Total	Total	Total o alterado moderadamente	Puede necesitar otra persona
La vida privada, social, profesional	Normal	Molestias menores	Impide acceso a ciertas profesiones que requieren integridad física	No puede su profesión pero sí otras	Ejercicio de la profesión imposible generalmente
Ejemplos	Cefaleas, insomnio, dolores intermitentes ligeros localizados, pérdida del olfato, sintomas banales (palpitaciones, acúfenos)	Parálisis periférica localizada poco invalidante (amputación del pie, dedos), afecciones pulmonares leves, pérdida del gusto y olfato	Parálisis ciático popliteo externo, pérdida de un ojo, pérdida del pulgar, amputación de un pie, pérdida auditiva que permite conversación	Neurosis severas, parálisis de MS, amputación de miembro superior, pérdida de la audición	Psicosis, esquizofrenias, paraplejias, amputación de miembros inferiores
Puntaje de incapacidad fisiológica permanente	0 – 5 %	5 – 15 %	15 – 30 %	30 – 60 %	Más de 60 %

*Fuente: Velandia (2009) y equipo redactor del Manual para la Calificación de la Pérdida de Capacidades: Laboral y Ocupacional (2010).

A continuación se presentará un panorama general sobre algunos baremos y sistemas de calificación en el mundo:

En el marco del enfoque de Invalidez profesional, según la clasificación de Velandia y Alonso (2009), algunos de los baremos desarrollados son:

- La guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas (2003), diseñada por la Confederación Europea de Expertos en Valoración e Indemnización del Daño Corporal se fundamenta en las agresiones a la integridad física y/o psíquica médicamente constatables y, por ende, evaluables por un médico. El baremo europeo no es un manual de patología secular ni un compendio de evaluación. Se ha concebido para uso exclusivo de los peritos, esto es, médicos que conocen los principios de la medicina legal civil y las normas de uso en materia de estado anterior y de incapacidades múltiples. No se trata de un maxi-baremo, sino de una guía que ofrece las tasas centrales relevantes para las lesiones de los órganos y de las funciones. Aun así, dado que es lo suficientemente detallado, puede servir eventualmente como baremo de referencia en el campo de los seguros personales. Este baremo define la lesión psicofísica como la reducción definitiva del potencial físico y/o psíquico médicamente constatable o médicamente explicable, a la que se añaden los dolores y las repercusiones psíquicas que el médico sabe que se asocian normalmente a la secuela, así como las consecuencias en la vida diaria habitualmente y objetivamente asociadas a dicha secuela. Esta guía ha adoptado una orientación lo más funcional posible y se valora a través de un sistema porcentual, relacionado con un máximo teórico de 100%, que representa la dificultad que siente todo individuo para realizar los gestos y actos habituales de la vida diaria extra profesional, es decir, el orden de magnitud de su “incapacidad personal”, entendiéndola como toda la serie de gestos y actos que mujeres y hombres realizan desde el momento en que se levantan hasta que se acuestan, independientemente de toda actividad profesional.
- El baremo mexicano en su versión antigua, mantiene las descripciones cualitativas de las incapacidades combinándolas con las cuantitativas de los diagnósticos de las patologías y el criterio anatómico y fisiológico, todo lo anterior asignando rangos de porcentajes a las incapacidades. En este baremo, no se puntúa exactamente la pérdida de capacidad laboral, sino la imposibilidad de lograr el salario que se tenía antes. En este manual, la variable de invalidez es la imposibilidad del individuo para procurarse una remuneración del 50% de la que habitualmente recibe. Actualmente el baremo mexicano fue actualizado, incorporando el modelo de la OMS (2001), es decir basándose en la CIF.

- El baremo cubano básicamente toma una distribución de diagnóstico y áreas anatómicas, dando criterios de anormalidad con base en los estados clínicos y niveles de lesiones (igual que en el modelo AMA), pero haciendo una descripción cualitativa del tipo de incapacidad. En este país se está propugnando por una reforma para calificar de forma cuantitativa la invalidez.
- El baremo argentino de 1994, analiza la pérdida anatomofuncional y como factores complementarios la edad, nivel educativo y cargas habituales que se aplican de acuerdo con el criterio del calificador. Tienen dos manuales de calificación, uno para el riesgo común y otro para el profesional, la metodología empleada por los dos es básicamente la misma, se diferencian en que el manual de riesgo común toma en cuenta las secuelas de todas las patologías posibles mientras que el de riesgo profesional hace énfasis solo en las de origen traumático para los accidentes de trabajo y en las consecuencias de las enfermedades profesionales.
- Baremo del estado de California (1997). Este manual toma en cuenta la variable anátomo patológica, y luego analiza el daño frente a la capacidad de trabajo de la persona con relación a su oficio, otorgando categorías que después se ajustan al porcentaje de pérdida. Finalmente ajusta los porcentajes con relación al rango de edad. En 2002 el estado de California adopto el modelo AMA.
- En el baremo peruano, el término invalidez involucra dos conceptos: impedimento y factores complementarios. Estos factores son edad, educación, labor habitual. Se clasifica en: dificultad leve, gran dificultad y no puede (Buendía, 2009).
- El baremo belga, denominado *Barème Officiel Belge des Invalidités* (BOBI) publicado entre 1975-1976, solamente es obligatorio en los informes de la oficina médico legal que valora a víctimas civiles, militares y para la mejora de subsidios familiares en caso de niños con discapacidad. La variable utilizada es minusvalía. Para valorar a una persona se aplican dos baremos, uno elaborado en las instituciones protectoras y el BOBI, luego el valor más favorable que se obtenga una vez estudiados los resultados de los dos baremos es el que se aplica definitivamente (Borobia, 2006). La reparación es la compensación del perjuicio psicofísico visto de manera integral; así pues, el principio utilizado es “se debe reparar el daño, todo el daño y nada más que el daño”, es decir todos los elementos que forman parte del perjuicio tanto temporales como permanentes y se clasifican en: incapacidad temporal (alteración de la integridad psicofísica), incapacidad temporal laboral (total o parcial), daño moral ligado al accidente, a la hospitalización, a la separación de la familia y del trabajo, perjuicio estético, perjuicio de la actividad cotidiana,

perjuicio sexual, dolores excepcionales, y una variable ligada a las lesiones y los tratamientos. En Bélgica la invalidez y la incapacidad son nociones distintas y el grado de la una no necesariamente se corresponde con el grado de la otra. Fagnart (1994) define la invalidez como una noción médica, que designa la alteración del orden anatómico o funcional, independientemente de las repercusiones sobre las actividades de la víctima, por el contrario, la incapacidad laboral es la inaptitud del ejercicio de las actividades lucrativas que la víctima, teniendo en cuenta sus calificaciones, podría desarrollar en un medio económico y social.

En el marco del enfoque de incapacidad general de ganancia, y según la clasificación de Velandia y Alonso (2009), a nivel internacional algunos baremos desarrollados son:

- El baremo portugués *Avaliação Do Dano Corporal De Natureza Cível As Lesões Corporais e suas Sequelas* valora el daño desde la perspectiva de la deficiencia, la discapacidad y minusvalía.
- El manual de Bolivia (1998), que toma dos variables, la independiente relacionada con el daño anatomopatológico y funcional, y la dependiente que evalúa el impacto del daño anatomo-funcional en el desempeño ocupacional. Dentro del desempeño ocupacional considera las actividades de la vida diaria, el trabajo y las actividades sociales. En este modelo la persona se comprende como un sistema abierto que toma la información del medio interno y externo, procesa dicha información y se desempeña funcional y ocupacionalmente. Este modelo contempla factores de ajuste como la edad y la repercusión económica del daño.
- El baremo chileno incluye factores complementarios como edad, nivel educativo y nivel de desempeño; determina la discapacidad de una determinada aptitud y un nivel complementario de pronóstico. Para la calificación se vale de un modelo aritmético. La clasificación de las minusvalías es la que sigue: minusvalía de orientación, de independencia física, de movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y en función de la edad. Las variables de calificación son:
 - Ninguna discapacidad: el sujeto puede realizar la actividad o mantener la conducta sin ninguna ayuda y por cuenta propia.
 - Dificultad en la ejecución: puede mantener la actividad sin ayuda y por cuenta propia pero con dificultad.
 - Ejecución ayudada: solo con ayudas o dispositivos el sujeto realiza la actividad.
 - Ejecución asistida: ejecución dependiente. Incapacidad incrementada.

- En España se utiliza una variable principal que es la pérdida anatomofuncional con respecto al trabajo habitual. Considera criterios secundarios (sociales, laborales, edad y grado de formación) y toma como base criterios cualitativos de incapacidad a criterio del calificador. Vale la pena considerar que en España exigen diferentes tipos de baremos (de incendios, de viajeros, de lesiones permanentes no invalidantes, de minusvalías, de tráfico, de accidentes). Para la valoración de la dependencia, la calificación se hace en la actualidad con base en la CIF, mediante el baremo de valoración de la dependencia, la valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona, que es valorada por parte de un profesional especializado. La valoración médico laboral es realizada por equipos de valoración de incapacidades (EVI), y las variables de calificación son la discapacidad y la minusvalía ocupacional:
 - Incapacidad permanente para la profesión.
 - Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual (minusvalía que ocasiona una disminución igual o mayor del 33% del rendimiento habitual laboral pero sin impedir realización de las tareas fundamentales). Genera indemnización.
 - Incapacidad permanente total para la profesión habitual: minusvalía que impide al trabajador todas o al menos las tareas fundamentales, aunque no le impide otra profesión u oficio. Pensión vitalicia del 55 %.

En México, el Instituto Mexicano de Seguro Social, incorporó la CIF en la valoración de dictámenes de invalidez. Para la evaluación se toman en cuenta cuatro dimensiones: deficiencia corporal, funcionalidad general, factores de contexto, capacidad para el trabajo, mediante la aplicación de una cédula electrónica elaborada ex profeso. El resultado de la evaluación de cada dimensión se combina para obtener un índice compuesto. La escala mexicana de clasificación de la invalidez es como sigue:

Cuadro 3.11 Escala mexicana de clasificación de invalidez*

Tabulación (%)	Clasificación
0	No existe discapacidad
1 a 49	Discapacidad leve a moderada que no lleva a invalidez
50 a 74	Invalidez con carácter temporal o provisional
75 y más	Invalidez con carácter definitivo

*Fuente: Soliz (2009).

- En Brasil, el instrumento de valoración incluye funciones, actividades, participación y factores contextuales, y fue aplicado, discutido y validado,

haciendo especificaciones frente a la población menor de 16 años y población adulta. Establecieron una estructura de capítulos sobre: factor ambiental (cinco capítulos), actividad y participación (nueve capítulos) y funciones. En este manual se considera el criterio del trabajador social para evaluar los cinco capítulos de factor ambiental y los últimos cuatro capítulos de actividad y participación. Por su parte, los capítulos del componente de función son evaluados por el médico, así como los primeros cinco capítulos de actividad y participación (Solis, 2009).

- En República Dominicana el manual de la evaluación y calificación del grado de discapacidad atendiendo a la profesión o especialidad del trabajo de la persona afectada, sigue las recomendaciones de la CIF, y la clasificación de actividades de la vida diaria la realiza a partir de ocho dominios de la CIF, involucrando indistintamente actividades y participación. Los dominios que involucra son: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, tareas del hogar, interacciones y relaciones interpersonales, vida comunitaria social y cívica.
- En Argentina se califica la discapacidad conforme a la CIF y el WHODAS (Who Disability Assessment Schedule o Cuestionario de la OMS para valorar la discapacidad). Incluye factores como edad, dificultad para tareas habituales y posibilidades de reubicación laboral (Buendía, 2009).

Con relación a los sistemas de calificación en el mundo, una de las características de estos sistemas que se presentan a continuación, es que algunos de ellos no utilizan un baremo para valorar daño corporal, o sus sistemas no son precisamente de calificación sino de inclusión social:

- En Canadá, el sistema pensional declara discapacitado con derecho a pensión por invalidez a la persona que no es capaz de obtener un ingreso derivado de un empleo, debido a una enfermedad. Esto se sustenta con un informe médico de la discapacidad, declaración de ingresos, nivel de educación, empleo, ocupación y actividades cotidianas. El encargado es el Ministerio de Salud (Buendía, 2009).
- En Suecia las leyes tienen artículos referentes a personas con discapacidad funcional, en aspectos como construcción y ordenación del territorio, apoyo y servicio a discapacitados y servicios sociales. La invalidez no se califica, y se busca que la persona con discapacidad sea incluida en la sociedad (Buendía, 2009).
- Japón adopta en el 2002 el símbolo del trébol en lugar de la silla de ruedas, pues reconoce otros tipos de discapacidad. Con el fin de aumentar la transparencia y la equidad de los procedimientos para evaluar y decidir la elegibilidad, se

estableció la “clasificación del grado de discapacidad”, que más que calificar la discapacidad para reconocer los derechos de las personas con discapacidad, proporciona información completa sobre las condiciones del desarrollo físico y mental de ellas, precisando la necesidad de los servicios de bienestar. Esto en un marco de “calificar para incluir”. La encuesta es realizada por un entrevistador profesional que puede ser funcionario municipal, enfermero(a) titulado(a), higienista, trabajador social, y se aplica al solicitante y/o al tutor de la persona con discapacidad. Esta encuesta contiene preguntas sobre 106 temas comunes para los tres tipos de discapacidad reconocidas (motriz, sensorial y mental), lo que permite la clasificación del grado de discapacidad. El cuestionario se envía al Ministerio de Salud y Bienestar Social y las personas son acreditadas con la “Notificación de la administración de los servicios de bienestar - Encuesta básica de adultos y niños con discapacidad” (Buendía, 2009).

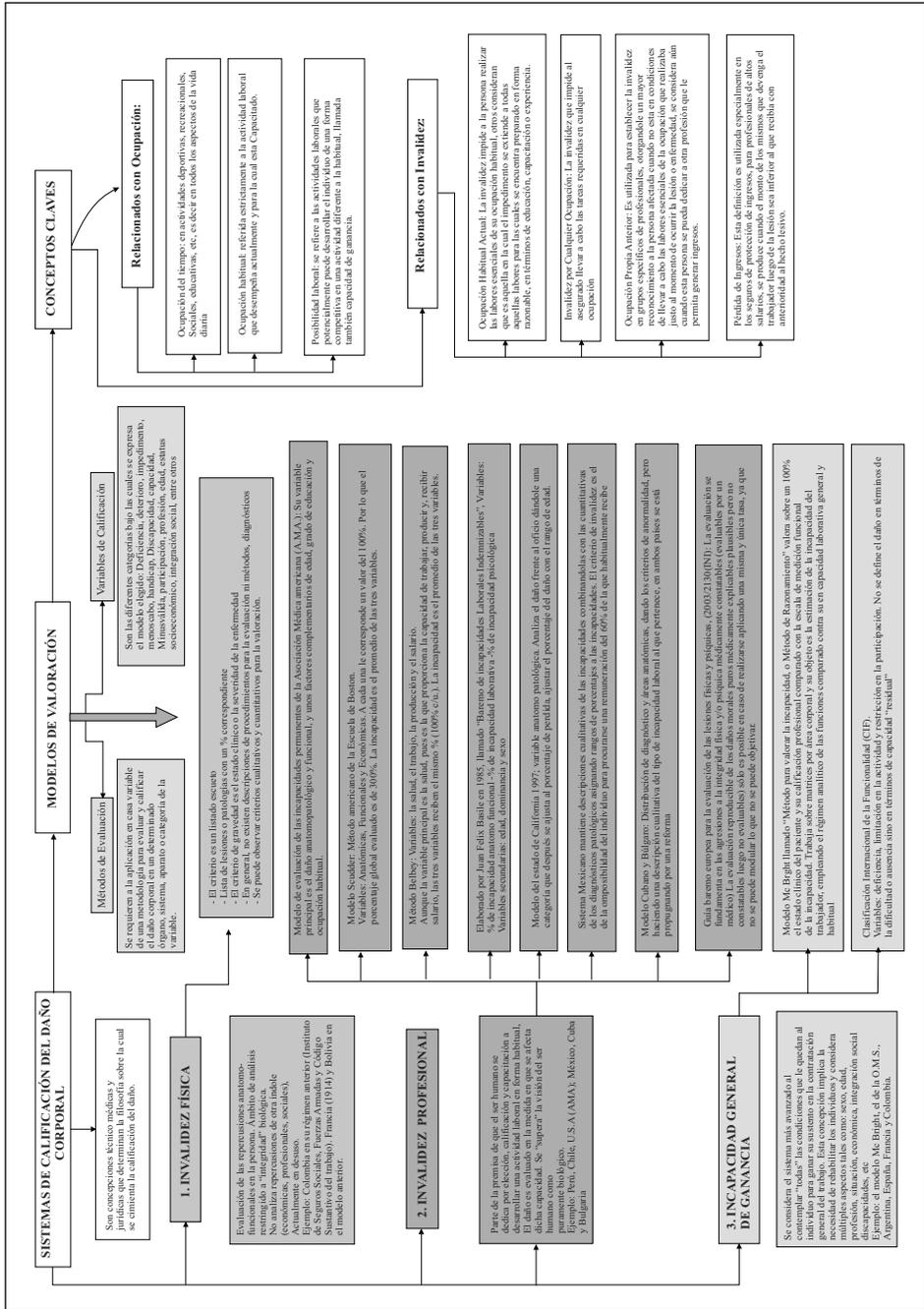
- En Francia, en el marco del derecho civil, las variables del perjuicio se definen en función de su carácter temporal o definitivo. Así pues, dentro de las variables temporales que se relacionan con el proceso de evolución de la víctima desde el día del siniestro hasta la consolidación están: incapacidad temporal total, gastos médicos anteriores a la consolidación, sufrimientos producidos. Dentro de las variables permanentes que son las que persisten después de la consolidación, se encuentran: incapacidad permanente parcial, daño estético, gastos médicos originados desde la consolidación, consecuencias secuelas sobre la vida cotidiana, profesión, actividad sexual, y autonomía. En Francia la incapacidad fisiológica permanente establecida por el médico se valora de 1 a 100 a través del baremo de valoración de incapacidades del derecho civil, editado por el *Concours Médical* y actualizado regularmente en relación con la evolución de la patología secular, de hecho, la última actualización data de 2001-2002. Las secuelas de la incapacidad fisiológica permanente sobre las actividades profesionales se encuentran en relación con la profesión ejercida al momento del accidente y puede llevar a la reincorporación al puesto de trabajo o a la reclasificación laboral. En los casos más graves, se debe describir la repercusión de las secuelas sobre la autonomía de la persona y la necesidad de ayudas técnicas o de terceras personas. El valor de la indemnización varía en función de la edad (disminuye a medida que la edad aumenta) (Borobia, 2006).
- En Alemania la reparación también se sustenta en el proceso de valoración y se divide en perjuicios temporales (gastos médicos, baja médica, sufrimientos padecidos), y permanentes como gastos médicos y paramédicos futuros o grado de minusvalía social, que se fija de acuerdo a un seguro obligatorio de accidentes. En Alemania se habla de capacidad de ganancia residual, aunque

actualmente se equipara este término con el de grado de minusvalía; así pues, dependiendo del grado de minusvalía laboral, la persona puede optar por otro tipo de trabajo remunerado hasta completar el 100% de su salario anterior (Borobia, 2006). En Alemania, si la persona sufre una incapacidad permanente, puede reclamar que le paguen hasta la edad de jubilación los ingresos que habría obtenido efectivamente en caso de que no se hubiese presentado el siniestro. La indemnización del sueldo incluye impuestos y prestaciones sociales ya que la persona debe continuar pagando impuestos sobre la indemnización, al ser ésta un resarcimiento de sus ingresos normales; además, debe seguir pagando su seguro social, con ello cuando la persona llegue a la edad de jubilación, puede hacer valer su derecho a una pensión de vejez. La indemnización incluye los gastos de readaptación de la vivienda o del vehículo de transporte de la persona; igualmente si se requiere de personal asistencial como una enfermera, la persona puede optar por aceptarla o si la familia es la que se va a encargar de los cuidados futuros, entonces la familia recibe una indemnización equivalente al salario de una enfermera. En el caso de niños que adquieren una incapacidad absoluta a causa de un accidente, se intenta pronosticar el volumen de pérdida de ingresos futuros mediante su rendimiento escolar, el grado de formación de los padres o el nivel de formación que reciben sus hermanos (Sprung, 1993).

- En Italia, un régimen anterior a la década de los setenta excluía de la indemnización por perjuicios a las personas que no eran productores de renta (menores de edad, amas de casa, jubilados, entre otros). Posteriormente se concibe una reforma en la que el daño biológico debía ser resarcible, aunque no afectara la capacidad de producción de renta, con lo que se asume la existencia de un valor económico por la salud perdida, independientemente de si la persona laboraba o no antes del siniestro. En el baremo italiano existen cuatrocientas situaciones patológicas. La ley 38 de 2000 concede una indemnización partiendo de que el grado de daño biológico sea igual o superior al 6% hasta el 15% de invalidez, esta indemnización se traduce en una liquidación única utilizando una tabla que fija el valor económico de la invalidez diferenciada según género y edad. Si la invalidez supera el 15% se reemplaza la liquidación por una renta y si además este daño biológico que es superior al 15% incide sobre la capacidad de trabajo, se da una nueva indemnización que se suma a la anterior y que se calcula en función del salario del trabajador. Por esta razón hay una distinción entre daño biológico y daño a la capacidad de trabajo y a la renta, no obstante el segundo daño solo es reconocido con base a la existencia del segundo.

A continuación se presentan tres gráficos resumen de los sistemas, enfoques y modelos en baremología.

Grafico 3.3 Enfoques de calificación del daño corporal



Fuente: Rubio (2009).

3.3.2.5 ¿Es posible y deseable un consenso universal en valoración del daño?

Si bien, como afirma Melennec, a través de sus leyes de la baremología, es ideal que la valoración de una lesión se comporte de la misma manera en diferentes partes del mundo, algunos estudios demuestran lo contrario. Así pues una persona con discapacidad puede ser considerada como beneficiaria de ayudas en un país y en otros no. Estas diferencias dependen entre otras circunstancias de la legislación y el sistema de calificación en cada país, como también dependen de la objetividad con la que se adelantan los procesos de valoración y finalmente de los instrumentos, baremos o herramientas destinadas para ellos.

En el estudio denominado *Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones*, realizado por Albarrán, Lozano y Bolancé (2009), se analiza el impacto que tienen los diferentes baremos de valoración de la dependencia sobre un mismo conjunto de población aplicando tres sistemas: el alemán, el francés y el español. Se toma como referencia a 1.398.767 personas con discapacidad. Aplicando el baremo español 776.475 recibirían algún tipo de ayuda pública, con el baremo alemán serían 745.520 y con el baremo francés 315.514. Este estudio permite determinar que los baremos son una variable importante en la determinación de los niveles de cobertura de prestaciones sociales para personas con discapacidad.

En un estudio realizado por Fernández (2006), se analiza el caso clínico de una persona de 22 años, estudiante, cuyo cuadro clínico consta de las siguientes secuelas: fractura a nivel C-1 sin luxación C1- C2; fractura transversal de C4 no desplazada; fractura compleja de C-5 con retroceso de la base posterior y subluxación articular; ausencia de anomalías de los vasos principales; ausencia de anomalías de naturaleza torácica y abdomino - pélvico. Este caso es llevado a interpretación a la luz del sistema francés, español y austriaco, se encontró que el monto de la indemnización según el sistema francés sería de 5.366.670€, según el sistema austriaco 3.620.000€ y según el sistema español 1.264.530€. Así pues, los costos de indemnización con base a una misma persona pueden variar de acuerdo al sistema de calificación, así como la gama de prestaciones puede ser mayor o menor.

Se ha reconocido a lo largo de este apartado que en el campo de la baremología hay una tendencia a buscar la mayor objetividad posible, y dicha búsqueda ha tomado diversos caminos, por un lado se reconoce la tendencia

sistemática a la universalización de los métodos de valoración, tratando de unificar y estandarizar el lenguaje⁴⁴, los rangos o valores asignados o las variables de calificación. Esfuerzos en esta dirección se reconocen de la mano de Melennec (1997) y el baremo internacional de invalideces postraumáticas que tenía una pretensión universal. Se reconoce igualmente el esfuerzo de la OMS por tratar de establecer un lenguaje unificado en el campo del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), así como de la OIT al arrojar tres grandes enfoques o miradas de valoración y al invitar a que se asuma el más integral de ellos, y el esfuerzo de la Unión Europea de Naciones que diseñó una guía baremo aplicable a todos sus países miembros. Por otro lado, hay países que han buscado la objetividad por la vía no de la universalización, sino de la especificidad, concentrándose en factores de individualización y particularización de las situaciones presentadas, y donde la objetividad se deriva del análisis riguroso y detallado de las particularidades de las personas sin pretensiones de estandarización.

Un componente importante detrás de la calificación objetiva y justa yace en el profesional o profesionales que conforman los peritos de valoración⁴⁵. De acuerdo a la resolución N° 57 de la Unión Europea el peritaje consiste en escuchar, observar, medir, comprender, y luego explicar para hacer comprender, y emitir un dictamen médico y técnicamente fundamentado. No obstante, aún cuando una valoración se encuentre enmarcada en un mismo país, una misma legislación y un mismo baremo, los peritos médicos pueden arrojar resultados distintos de valoración del daño en una persona. El origen de estas diferencias no debe recaer de manera exclusiva en el perito, de quien se espera justamente un correcto ejercicio profesional de objetividad y precisión, sino que deben considerarse factores como el diseño mismo del baremo, su nivel de claridad conceptual, la presentación de indicaciones e instrucciones precisas, los rangos presentados, el nivel de interacción, es decir, qué tan amplio es el margen de decisión que se deja al perito, así como

⁴⁴ Como se pudo apreciar a lo largo de este apartado, una misma variable, por ejemplo, “capacidad laboral” puede ser interpretada de manera distinta por las legislaciones de los Estados.

⁴⁵ “Dado que la valoración tiene como objetivo perseguir una valoración justa, es necesario reconocer que ha sido tradicional entender que la función de valorar y cuantificar los daños a indemnizar es propia de los órganos judiciales o jurisdiccionales, entendiéndose que tal función comprende tanto la facultad de valorar el daño con arreglo a la prueba practicada, como el deber de hacerlo de forma fundada, para evitar que la discrecionalidad se convirtiera en arbitrariedad” (VI Congreso de Derecho de Seguro y Responsabilidad Civil celebrado en Cádiz en Junio de 2002).

el nivel técnico y científico del baremo, donde lo científico no excluya las inevitables consideraciones socioculturales.

Finalmente, el objetivo principal de la ciencia de la baremología debe ser la adecuada valoración del estado funcional de las personas bajo rigurosos fundamentos científicos y técnicos, de modo que cualquiera que sea el camino para lograr una mayor precisión y acierto en el proceso de calificación, se encuentre orientado hacia los principios de justicia, equidad, reparación e inclusión social de todas las personas sin discriminación.

A continuación se presenta el gráfico resumen de todo el tercer capítulo.

4. FUNDAMENTACIÓN DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDADES: LABORAL Y OCUPACIONAL

El denominado Manual único de Calificación de Invalidez (MUCI) incorporado en el Decreto 917 de 1997, es una herramienta construida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) de Colombia, amparado por la ley 100 de 1993, específicamente en su artículo 41. Teniendo en cuenta que la sociedad se encuentra en un proceso de transformación y permanente cambio, una herramienta técnica como el MUCI debe ser actualizada en virtud de tres aspectos fundamentales, el primero corresponde a los desarrollos normativos y la nueva definición de políticas sociales y políticas nacionales en el campo de la salud, el segundo al rápido avance científico que modifica los conceptos de salud y enfermedad, la aparición de nuevas patologías secuelas y los desarrollos tecnológicos que modifican los procesos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico; el tercero corresponde a implementar el nuevo lenguaje internacional en materia de salud, discapacidad y funcionamiento propuesto por la OMS (2001), el cuarto hace referencia a las nuevas necesidades de aplicabilidad del manual, ya no solo en el campo de la pérdida de capacidad laboral, y el quinto orientado a corregir los errores y vacíos que presenta el actual MUCI, y hacer de este manual una herramienta mucho más objetiva.

A partir de los desarrollos conceptuales propuestos por la OMS a través de la CIF, y la necesidad estratégica de actualizar el Manual Único de Calificación de Invalidez para Colombia, se hace necesaria la exploración de conceptos que permitan trascender los paradigmas bajo los cuales se configuró el manual actual bajo el Decreto 917 de 1999. Esta exploración implica dar cuenta de las distintas realidades que abarca el uso que se ha dado al MUCI, ahora retomadas a la luz de una perspectiva humanista,

integral y de funcionamiento humano, como conceptos fundamentales que deben integrarse a los procesos de valoración y calificación en el ámbito de la seguridad social. El siguiente texto busca tejer puentes de comprensión entre las perspectivas mencionadas (humanismo, integralidad, funcionamiento), y justifican que éstos se consideren como elementos a priori para adelantar el proceso de actualización esperado. Estas perspectivas deben ser, sin lugar a dudas, el fundamento subyacente al proceso de actualización del MUCI que hace parte del eje estructural del sistema general de seguridad social en salud para Colombia.

Para empezar es necesario considerar importantes reflexiones desde el nivel ontológico, en tanto lo ontológico atañe a las realidades y posibilidades de la existencia humana en el mundo, mediadas o comprendidas por sistemas sociales, jurídicos, políticos o culturales que crean, recrean y legitiman nociones y perspectivas sobre el ser humano. En este sentido, reflexionar sobre los conceptos fundamentales que comprende el **Manual Único de Calificación de Invalidez** y sobre los conceptos que van a fundamentar el nuevo **Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional**, implica comprender cómo dichos conceptos (por ejemplo: deficiencia, capacidad, funcionamiento) remiten a perspectivas sobre lo humano, es decir a reflexiones desde la dimensión ontológica. Así pues, este tipo de reflexiones ontológicas invitan a comprender que una herramienta como el manual se ancla en determinado sistema de valores y comprensiones sobre lo humano (Escobar, 2003).

4.1 UNA MIRADA ONTOLÓGICA DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO

Asumir desde la perspectiva funcionalista la comprensión del sujeto que es observado, evaluado y calificado a través de baremos que miden la capacidad o la pérdida de capacidad laboral u ocupacional, implica conocer cuáles son las nociones centrales de la teoría funcionalista de manera general y especialmente en la práctica médica.

La perspectiva funcionalista asume que un sistema o un todo (en este caso el ser humano, o su cuerpo) susceptible de ser descompuesto en subsistemas o partes que pueden ser caracterizadas por sus propiedades, las cuales a su vez reconstituyen las propiedades de ese sistema o ese todo humano. Dichas propiedades a las que se hace mención están mediadas por dependencias funcionales. Así pues, la función propiamente dicha, puede analizarse desde

dos aspectos: el primero se refiere a comprender la interrelación funcional de las partes que configuran el todo, y en segundo lugar a comprender la función de cada parte para el mantenimiento, conservación y/o equilibrio de esa totalidad. Desde estos dos aspectos se puede concebir función como una noción equivalente a interdependencia, relación recíproca o variación mutuamente dependiente entre las partes que conforman el sistema o el todo (Montes, 1982)

En cuanto a la relación función-órgano, se puede comprender desde dos miradas opuestas pero que remiten necesariamente a una relación de existencia recíproca: *“las funciones se dan en tanto existan órganos que potencialmente puedan cumplirlas, o bien, los órganos existen y evolucionan de acuerdo a las funciones adquiridas –la función hace al órgano–”* (Bar, 2000). Si se reconoce que *“todo ser organizado forma un conjunto, en el cual todas las partes se corresponden mutuamente y convergen a la misma acción definitiva por una reacción recíproca”* (Cuvier (1992) & Russell (1916) en Caponi, (2005)), es importante para el desarrollo del manual que sus contenidos se aproximen a una comprensión del cuerpo o del organismo humano bajo un sentido de organización y relaciones recíprocas entre sus componentes y estructuras funcionales.

Desde esta perspectiva de integración funcional del cuerpo humano, es importante reconocer la coordinación de todas las partes, cada una operando para producir una totalidad funcional íntegra y armónica; de esta manera un proceso de valoración del cuerpo humano debe hacer una aproximación lo más sistemática posible que reconozca las relaciones del todo a las partes y de las partes al todo, donde las características o propiedades funcionales se encuentren bien definidas. Mientras más específico sea el manual, más especializadas serán las funciones que analiza y las correlaciones que deba hacer entre la función del cuerpo y el fenómeno del hacer o desempeño humano.

En el cuerpo humano, las interacciones son correlato de la perspectiva funcionalista, en tanto una parte determina otra parte (corazón y cerebro), una función determina otra función (pensar y escribir), no es posible entonces establecer prioridades entre la estructura y la función, ya que función de un órgano no es la función *para sí*, sino que tiene implicaciones para el funcionamiento de la totalidad, y la totalidad del cuerpo tiene implicaciones para el funcionamiento del ser humano en sociedad. Así pues la estructura (cuerpo) tampoco es más prioritaria que el contexto social, familiar, laboral y educativo donde el ser humano se desempeña y adquiere funciones, sentidos y significados. No obstante, parece una constante en la historia de los manuales

dar mayor peso a unas variables del funcionamiento que a otras. Desde la perspectiva funcionalista, para que un manual de calificación cumpla su propósito, debe incorporar una guía sistemáticamente codificada para derivar adecuados análisis funcionales que reconozcan las relaciones entre las variables analizadas (deficiencia, limitación en la actividad, restricción en la participación).

Para Cuvier (1992) los individuos se consideran como una totalidad funcional condicionada simultáneamente por leyes biológicas específicas de la organización interna y por la relación del individuo con las condiciones de su existencia, lo que significa para esta actualización del manual, que no es posible considerar a la persona sin considerar también las condiciones de vida de esa persona. Entonces, a la par de analizar detallada y sistemáticamente los componentes biológicos de la existencia humana, es imperativo analizar con la misma profundidad las condiciones de vida y ocupacionales del ser humano. Siguiendo a Escobar (2003) si bien la especificidad se ha convertido en el paradigma de la medicina científica, y siendo que dicha especificidad es clave para determinar con mayor agudeza y fiabilidad, a partir tanto de la tecnología como de la experticia médica, una lesión orgánica o una deficiencia, es importante no perder la noción de cómo cada parte constituye un todo en una relación cuya cualidad central es que es de carácter sistémico.

Un manual con perspectiva funcional que no reconozca sus propias estructuras y mucho menos las interrelaciones que le dan sentido a las estructuras, es un manual que puede llegar a desconocer la integridad y complejidad del ser humano. La esencia del funcionalismo, no es la función en sí misma, sino las **interrelaciones** entre las partes que forman una integralidad, una totalidad funcional, en ese sentido, si el manual se construye desde una perspectiva funcionalista, este no solo debe dar relevancia a la calificación de las partes, para luego hacer la suma solipsista de éstas, sino que también debe considerar la calificación de las interrelaciones/interacciones entre esas partes, teniendo en cuenta que no se hace referencia exclusiva a las partes del cuerpo, sino a todos aquellos aspectos que configuran la vida del ser humano: el correlato entre sus posibilidades corporales y ocupacionales. Como afirma Cuvier (1992) nada puede existir si no reúne las condiciones que tornan su existencia posible, las diferentes partes de cada ser deben estar condicionadas de manera tal que posibiliten el ser total, no solamente en sí mismo, sino también con relación a aquellos seres que los circundan.

Aunque desde la perspectiva funcionalista se asuma que todas las partes del sistema funcionan coordinadamente en una unidad, es necesario

cuestionarse si esa unidad se expresa de manera homogénea, lo que implica, para el caso que convoca este texto, cuestionar si los seres humanos son homogéneos, si valorar a un ser humano es como valorar a otro ser humano. El reto para el manual consiste en encontrar los mínimos homogéneos dentro de la heterogeneidad y diversidad del ser humano, en constituirse como una herramienta que desde la universalidad de su aplicación pueda reconocer la singularidad de cada ser humano.

4.2 PERSPECTIVA INTEGRAL-HUMANISTA

Cuando se habla de asumir una perspectiva humanista, inmediatamente vale la pena considerar de qué humanismo se trata, teniendo en cuenta que las vertientes sobre el humanismo son tan diversas como cada época histórica en donde el humanismo se asume como una forma de comprender y construir el mundo —desde el renacimiento, cristianismo, marxismo, existencialismo, entre otras no citadas— (Pera, 2001). Para el proceso que convoca este libro, interesa considerar el humanismo como la forma más apropiada para gestionar la humanidad del hombre, su dignidad y su integridad. El humanismo desde esta perspectiva se constituye como una concepción dignificadora de la persona humana⁴⁶.

Lo que tienen en común todas las perspectivas humanistas es su preocupación manifiesta por el hombre. En ese sentido es importante reconocer que las definiciones de lo humano son construcciones sociales y productos culturales que producen y suministran los contenidos de la visión del mundo, de la conciencia de lo humano, y de su realización en un determinado contexto histórico (Manzini, 2004).

Ahora bien, hablar de integrar una perspectiva humanista en el marco de un estudio para el proceso modificación y actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez, significa reconocer desde qué perspectiva se comprende la humanidad del sujeto que es evaluado, y cómo se objetiva a ese sujeto para implementar un proceso de calificación que debe caracterizarse por su imparcialidad y neutralidad, atendiendo los principios de equidad y justicia. Así pues, el propósito consiste en reivindicar la perspectiva humanista como elemento consustancial de la práctica médica, de manera tal que la calificación no desconozca la condición humana del denominado “paciente”.

⁴⁶ El leitmotiv del humanismo es la pregunta por ¿qué significa ser humano? Y en el fondo, de lo que se está hablando es de la dignidad del ser humano (Manzini, 2004).

En un proceso de calificación que demanda tomar cruciales decisiones axiológicas sobre una persona en un contexto científico-técnico, es imperativo considerar la pregunta por el sentido de tales procesos. De allí, la perspectiva humanista posibilita tener en cuenta además de estos aspectos científico-técnicos, otros elementos psicológicos, sociales, éticos, y culturales que favorecen el pensamiento crítico alrededor de la condición humana y la objetivación del sujeto de manera prudente y eficaz (entendiendo prudencia desde el sentido aristotélico de *Phronesis*: “hacer lo que se debe hacer, cuando y como debe hacerse” (Manzini, 2004).

Asumir una perspectiva humanista implica reconocer al sujeto de la calificación como un auténtico otro, que comprende sus dimensiones intelectuales, espirituales y morales, las cuales, aunque en ocasiones no hacen parte explícita del proceso objetivo de calificación, si hacen parte constitutiva de la integralidad de la persona que es calificada. Es allí donde se pone en consideración la dignificación de los procesos de calificación, que pueden ser orientados desde una perspectiva humanista.

La naturaleza conceptual de los enfoques poblacional y diferencial, remiten necesariamente a una perspectiva ontológica humanista sobre cómo comprender al ser humano reconociendo su diversidad y heterogeneidad en el marco de los principios de equidad y justicia en la administración gubernamental de los servicios y recursos del Estado.

4.3 ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial parte del concepto del derecho a la igualdad, donde las personas en situaciones análogas deben ser tratadas de forma igual sin desconocer que aquellas en situaciones distintas deben tratarse de manera distinta en forma proporcional a dicha diferencia (SDP, 2009). Esta premisa permite garantizar la equidad en la atención, con características diferenciadas de género, discapacidad, identidad cultural y las variables implícitas del ciclo vital como niñez, juventud, adultez y vejez.

Desde este enfoque se reconoce que ciertos grupos de personas tienen necesidades de protección diferenciales a raíz de sus situaciones específicas, y en algunos casos de su vulnerabilidad manifiesta o de las inequidades estructurantes de la sociedad. Diferenciaciones que adquieren un carácter de legitimidad y por ello deben ser reconocidas por el Estado en todas sus políticas, programas y acciones, lo que no excluye de ninguna manera el proceso de actualización del MUCI.

El principio de igualdad ya mencionado obliga a los Estados a tomar medidas afirmativas para garantizar el goce efectivo de los derechos de toda la población y especialmente de los grupos más vulnerables⁴⁷. Las diferencias de trato no se constituyen como discriminación, siempre y cuando los criterios para tal diferenciación sean razonables y objetivos, y lo que se persiga sea lograr un propósito legítimo (SDP, 2009). A partir de este principio, es pertinente partir de una diferenciación positiva y no de una discriminación positiva, reiterando las necesidades de protección diferencial de ciertos grupos humanos, cuyas especificidades y diferencias deben verse reflejadas en los mecanismos legales y de política construidos para su beneficio.

Asumir este enfoque en el proceso de actualización del MUCI, implica evidenciar las condiciones y/o situaciones de desigualdad que experimentan, por ejemplo, las poblaciones con discapacidad, en situación de desplazamiento, las madres que son cabeza de hogar, entre otros.

El enfoque diferencial se basa en un principio de equidad que busca lograr la igualdad real y efectiva que reconozca la diversidad y la posible desventaja de grupos poblacionales históricamente excluidos (ICBF, 2007). El marco legal de este enfoque lo constituyen entre otros, el Auto 006 de 2009 de la Corte Suprema de Justicia sobre la protección a las personas desplazadas con discapacidad y la sentencia T-025 de 2004 que reitera la importancia de velar por los derechos constitucionales gravemente vulnerados por el desplazamiento: la vida en condiciones de dignidad y los derechos de los niños, de las mujeres cabeza de familia, de las personas con discapacidad y de las personas mayores a la integridad y seguridad personal, al trabajo y la libertad de escoger profesión u oficio, derecho a la igualdad, entre otros. Razón por la cual se declara un estado de cosas institucional y se ordena que de manera urgente las autoridades competentes apliquen medidas que proporcionen atención integral de acuerdo con las diferencias, progresividad en el acceso a las mismas, goce efectivo y pleno de los derechos y restablecimiento definitivo de la población desplazada (MPS, 2008). Otro marco normativo lo constituye la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promulgado por la ONU en 2006 y ratificado por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, cuyo artículo primero expresa: “*El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente*” (SDP, 2009).

⁴⁷ Comité de derechos humanos. Observación general N° 18, párrafo 13.

La transversalización del ciclo vital en el nuevo MUCI implica que el enfoque de valoración se ajuste de acuerdo a la etapa de desarrollo de la persona. La transversalización de otros factores para el caso de las mujeres y los hombres en situación de desplazamiento y las personas con discapacidad y los grupos étnicos e indígenas del país, deben ser integrales al diseño, la implementación, el monitoreo y en general a todo el proceso de calificación de manera que estas personas puedan ser valoradas de manera equitativa, justa y correspondiente a su situación de vulneración. De esta manera el enfoque diferencial se constituye como un imperativo ético que da la posibilidad de establecer las características poblacionales de los grupos humanos que valora el MUCI según sus particularidades, y que ineludiblemente debe ser reconocidas.

4.4 ENFOQUE POBLACIONAL

El enfoque poblacional consiste en identificar y comprender las interacciones en la dinámica poblacional (UNFPA, 2010), a fin de responder de manera adecuada a la realidad de la población desde las acciones e intervenciones estatales. La dinámica poblacional se define como el conjunto de interacciones entre la dinámica demográfica (volumen, estructura por edad, composición por género, crecimiento, distribución y movilidad sobre el territorio) y otros factores ambientales, sociales y económicos (UNFPA; 2010).

Lo poblacional no solo se considera una variable relacionada con procesos demográficos, se relaciona con la heterogeneidad de grupos humanos sostenidos sobre la base de derechos sociales, culturales políticos y económicos. Las tensiones entre la universalización de las políticas y las particularidad de las poblaciones a quienes van dirigidas son la base del enfoque poblacional. Así pues, este enfoque se relaciona con la perspectiva de desarrollo humano, en la medida en que lo poblacional es el fin mismo del desarrollo, donde toda acción y política debe buscar un mejoramiento de las condiciones de vida de la población en plena consonancia con sus especificidades y complejidades (Conferencia Mundial para la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, 1994).

La definición de grupo poblacional pasa por establecer unas categorías de clasificación de los grupos humanos como categorías de análisis para generar acciones afirmativas desde su condición particular, y que respondan a lógicas y demandas de cada grupo. Categorías como estas deben hacerse explícitas en el nuevo manual de calificación, en tanto la valoración para grupos, personas

con discapacidad y en situación de desplazamiento debe hacerse reconociendo su condición particular de vulnerabilidad.

El enfoque poblacional se da en la medida en que las políticas implementadas, reconocen, caracterizan y valoran a los distintos grupos poblacionales. Se debe evitar a toda costa el desconocimiento de estas dinámicas, ya que puede resultar en un obstáculo para el ejercicio de los derechos de estas poblaciones. Así pues, es menester del manual evitar que a través del proceso de valoración surjan nuevas formas de exclusión.

El enfoque poblacional como lineamiento requiere ser conocido, apropiado y reinterpretado a la luz de las discusiones y prioridades que suscita el manual con relación a la valoración de personas con discapacidad o en situación de desplazamiento en tanto lo que se espera del manual no es en sentido estricto una calificación, sino una valoración, una identificación y una evaluación del grado de discapacidad que tienen las personas para se determinen las necesidades de vinculación y las prioridades de atención en los programas gubernamentales (Bernal, 2009)⁴⁸

Las anteriores consideraciones han ido tejiendo un hilo conductor en torno al reconocimiento de las personas con discapacidad como un grupo poblacional específico que debe ser objeto de estrategias diferenciadas de intervención, en tanto las condiciones de inequidad histórica y estructurante que estas personas han debido asumir a lo largo de la historia, se transforma para el país en una deuda social y política inapelable.

4.5 DISCAPACIDAD O DIVERSIDAD FUNCIONAL

En la perspectiva diferencial la discapacidad se concibe desde una dimensión social, donde el individuo es sujeto de derechos y deberes y participa activamente en su proceso de integración familiar, social y ocupacional, donde se reconocen habilidades, capacidades y competencias para el fomento de la igualdad de condiciones, la equidad y la equiparación de oportunidades. En esta concepción el entorno es un factor importante para comprender y analizar la situación de discapacidad.⁴⁹

⁴⁸ Ministerio de la Protección Social - Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia (2009c).

⁴⁹ Ministerio de Protección Social (2008). Equipo multifuncional ACNUR. Directriz de atención a la población en situación de desplazamiento con enfoque diferencial de discapacidad

Detrás del concepto anteriormente planteado, hay toda una historia de evoluciones conceptuales alrededor de la discapacidad. Puede afirmarse que la discapacidad como una condición que se localiza en el cuerpo de las personas con alguna deficiencia, fue el paradigma predominante hasta mediados del siglo XX en los países de occidente⁵⁰.

Si la condición de discapacidad se inscribe en el cuerpo, entonces debe ser intervenida a través de procedimientos bio-médicos e inscrita en el campo del continuo salud-enfermedad. Así entendida la discapacidad es una circunstancia que atañe exclusivamente a la persona con una deficiencia, cuyo estudio y tratamiento corresponde a especialistas del área médica y de rehabilitación. Desde esta perspectiva como afirma Rodríguez (2009), resulta comprensible entender que las personas con discapacidad en algún momento de su ciclo vital precisan apoyos de tipo médico, terapéutico y de rehabilitación, y resulta innegable que desde el campo de la medicina y la rehabilitación se han realizado contribuciones importantes para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad a través de intervenciones centradas en el cuerpo.

Esta forma de comprender la discapacidad se ha denominado modelo bio-médico, otros autores desde la sociología de la discapacidad como Oliver (1996) han propuesto el término modelo individual de la discapacidad para explicar el abordaje individual que se había dado al fenómeno hasta el momento. La CIF (2001) define modelo médico como aquél que considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial, y en el ámbito político la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Según Cuervo y Trujillo (2005) la transformación del modelo individual se puede rastrear en los trabajos de Nagi (1965 - 1976), quien resaltó la influencia del ambiente en la construcción de la discapacidad, concepto que sería retomado por la OMS en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

⁵⁰ Todas las sociedades tienen personas con deficiencias, así como estructuras y sistemas conceptuales para interpretar y abordar el fenómeno de la discapacidad. Así pues las nociones construidas al respecto varían según los esquemas culturales de cada sociedad.

La evolución del concepto de discapacidad, vino de la mano también con la evolución del concepto de salud, ya que la OMS en su constitución de 1946 define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. De allí que la salud y los procesos asociados a ella (como la discapacidad) ya no se circunscriben de manera exclusiva en el plano corporal.

A partir de allí y al poner acento sobre las condiciones del entorno físico o social en el que se encuentran las personas con discapacidad, emergen una serie de modelos de comprensión del fenómeno de la discapacidad, desde ámbitos tan distintos como la sociología, la filosofía, las ciencias políticas, la psicología, entre otros.

A continuación vale la pena presentar un breve esbozo de dichas aproximaciones a partir de las investigaciones realizadas por Cuervo y Trujillo (2005), que hacen parte del programa de la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social de la Universidad Nacional de Colombia, y que han servido a su vez como referentes para la configuración del modelo conceptual colombiano para el estudio de la inclusión social de las personas con discapacidad.

Modelo social: para este modelo la discapacidad es consecuencia de la opresión social, la discapacidad es total y exclusivamente social (Oliver, 1996). En el marco de este modelo la discapacidad ha sido también expresada como un nuevo enfoque sociopolítico en el que las restricciones fundamentales de la discapacidad se localizan en la discriminación y en los ambientes en los que las personas se encuentran y no en las deficiencias corporales. Este modelo sostiene fuertemente que la discapacidad es causa y consecuencia del modelo capitalista de producción. Según la CIF (2001) el modelo social de la discapacidad considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político.

Modelo vocacional-económico: este modelo surge en Estados Unidos como una expresión del Estado de bienestar. Algunos de sus planteamientos más pragmáticos que teóricos son: la obligación del Estado de velar por el bienestar del trabajador lesionado asegurando la continuidad de su actividad laboral; programas y seguros de compensación económica para trabajadores lesionados; protección a soldados discapacitados para su regreso a la vida civil y a una actividad laboral competitiva; reducción de la nómina de personas desempleadas y con subsidio de desempleo; introducción del modelo costo-efectividad de la intervención social.

Modelo de estudios públicos: comprende debates fundamentales sobre justicia en el campo de las personas con discapacidad y el análisis de la validez, la legitimidad y la eficacia de la jurisprudencia (Francis y Silvers, 2000), en diversos campos a nivel educativo, laboral, y en materia de salud y seguridad social. Sus fundamentos conceptuales involucran tanto la concepción biológica como social de la discapacidad (Hedlund, 2000).

Modelo de estudios socioantropológicos: este modelo analiza la realidad ontogenética de la discapacidad, su naturaleza (Amudson, 2000). Se analiza el continuo normalidad-anormalidad. Dentro de este modelo también se plantea la noción de discapacidad como expresión de lo diverso. También se explora la relación entre identidad y discapacidad y la existencia de identidades diferenciadas según las características biológicas que desencadenan condiciones discapacitantes.

A través de este panorama es posible comprender que la discapacidad se está convirtiendo en un campo de conocimiento emergente desde varias disciplinas, y que su abordaje requiere una perspectiva compleja y multicausal (Cuervo y Trujillo, 2005)

Comprender la discapacidad como un fenómeno abierto que implica aspectos biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos es un reto que se debe asumir. Bajo la noción de que las diferentes miradas para concebir la discapacidad no son excluyentes entre sí, para el proceso de actualización del MUCI es pertinente encontrar una perspectiva de discapacidad que reconozca sus relaciones multicausales y multidimensionales, que reconozca al cuerpo con sus deficiencias al mismo tiempo que los factores físicos, sociales y actitudinales que reducen o intensifican la situación de discapacidad, y la posibilidad de que las personas desempeñen actividades significativas y participen en diversos espacios de la vida.

Así pues, la construcción de fundamentos correlacionados de una manera integral y coherente y que recogen las necesidades y retos para el nuevo

manual de calificación deben converger en una perspectiva que sea factible de incorporar al nuevo manual. En ese sentido la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud desarrollada por la OMS (2001), se convierte en una perspectiva viable para encausar los retos y desafíos que el proceso de actualización ha puesto sobre la mesa.

4.6 LA CIF Y LA INTEGRACIÓN DE PERSPECTIVAS COMO FUNDAMENTO DEL NUEVO MANUAL

Para hablar de la CIF, el primer paso es comprender *el funcionamiento* como un concepto que demanda una mirada integral, dinámica y activa del ser humano. En tanto la CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y sirve como marco de referencia para organizar dicha información⁵¹.

La CIF al ser una clasificación y al considerarse a sí misma como un lenguaje, puede ser utilizada para describir los procesos que atañen al funcionamiento humano, la salud y la discapacidad, y al estar construida sobre una perspectiva múltiple, reconoce que los procesos asociados al funcionamiento, a la discapacidad y a la salud son procesos interactivos y evolutivos.

En el marco de la CIF, sin pretensiones de considerarse como modelo, el funcionamiento de un individuo se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (ej. factores ambientales y personales). Así pues, la CIF reconoce las interacciones dinámicas entre los elementos antes mencionados. La naturaleza de esas interacciones como las describe la CIF hacen constar que *“las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible”*.

La CIF también consideró la dialéctica del modelo médico y el modelo social de la discapacidad, y justamente está basada en la integración de estos dos modelos. Así pues, en aras de lograr la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque *biopsicosocial*, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

⁵¹ Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF (OMS, 2001).

De esta manera la CIF se configura como un lenguaje universal y científicamente aprobado sobre el cual es posible construir herramientas como el nuevo manual de calificación. Vale la pena reconocer que la CIF ha tenido diferentes usos en el campo nacional e internacional, como lenguaje base de clasificación para la realización de encuestas (Nicaragua, México, Chile, Panamá, Ecuador y Uruguay), censos (Colombia y Perú), procesos de registro (Colombia⁵², Argentina, México), certificación (Argentina, Panamá, Nicaragua, Venezuela) y en el campo de la salud y el trabajo. El lenguaje de la CIF ha servido como base para el diseño de herramientas de política social y en la planificación de sistemas de seguridad social y sistemas de compensación en países como México, Brasil, República Dominicana y ahora Colombia (Solis, 2009).

La base científica proporcionada por la CIF, y que como se ha visto ha sido implementada por diversos países en el continente, se complementa para el nuevo manual de calificación con la también base científica proporcionada por las Guías para la Evaluación de la Deficiencia Permanente de la Asociación Médica Americana en su sexta versión y que serán el fundamento para la valoración anátomo-funcional de las deficiencias. La relevancia del uso de las guías AMA en distintos países del mundo (Canadá, Unión Europea, Sudáfrica), está dada porque se reconocen como una referencia estándar para establecer diagnósticos y fijar porcentajes de pérdida física y funcional después de que una persona que ha sufrido una alteración en su salud, alcanza el nivel de mejoría médica máxima. Es importante resaltar que la última versión de estas guías incorpora en su estructura los conceptos de la CIF, aunque se reconoce que dicho proceso de implementación aún se encuentra en proceso. La CIF ha sido incorporada mediante tres elementos fundamentales a saber: aplicación de herramientas para hacer evaluaciones funcionales, así como métodos estandarizados de valoración de actividades de la vida diaria. Otro cambio considerable de las guías se relaciona con el énfasis de la calificación basada en el diagnóstico que lleva a determinar de manera objetiva deficiencias de base diagnóstica.

De esta manera el nuevo manual de calificación se soporta en una base científico-técnica muy bien fundamentada, y donde prevalece la perspectiva del funcionamiento humano que además debe ser enmarcado en las condiciones físicas, socioculturales, políticas y económicas emergentes en nuestro país. Es

⁵² En Colombia, para complementar la información del Censo General de Población se diseñó el Formulario Único de Registro para Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

decir, dentro de las condiciones de desarrollo social integral, de las políticas sociales, del modelo colombiano de desarrollo económico y la perspectiva del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Adicionalmente se retomó la CIF - niños y jóvenes (2007), con el fin de atenuar las deudas de justicia social que se tienen con la población infantil que no es calificada de forma idónea y se ve sometida a procesos de exclusión (Moreno, 2009).

4.7 PERSPECTIVAS DE SALUD EN EL MARCO DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN

Vale la pena recordar que la palabra funcionamiento remite a la cualidad de funcionar, y a ese funcionar del hombre le subyacen características particulares, tales como su estado o condición de salud, y las actividades diarias u ocupaciones que el hombre realiza y/o en las cuales participa dentro de un contexto determinado.

Así también, el funcionamiento remite a una idea de interdependencia (*actuar en función de*) lo que significa que el funcionamiento de las personas se ubica en relación directa con el desempeño en ocupaciones habituales. Así como las ocupaciones generan formas singulares de funcionar, también las cualidades innatas del funcionar de las personas generan formas singulares de ejercer las ocupaciones. Por ejemplo ocuparse leyendo, es una actividad que para muchos involucra la función de los ojos, mientras que para otros involucra la función del tacto.

Para efectos del nuevo manual de calificación, la relación recíproca entre funcionamiento y ocupación, está directamente relacionada con el estado de salud, de manera que si los estados de salud influyen directamente en el funcionamiento humano y en la capacidad ocupacional, es preciso explorar cómo puede comprenderse o caracterizarse una condición de salud particular. La OMS define la salud como el “*estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades*”, definición que constituyó en su momento un trascendental avance de conceptos. En efecto, sustituyó la milenaria idea de considerar la salud en términos de ausencia de las alteraciones orgánicas agrupadas bajo el término genérico de “enfermedad” y la reemplazó por la visión del “bienestar” tanto en el campo físico, es decir orgánico, como en dos complementarios cuya trascendencia se reconoció de modo explícito por primera vez: el de las funciones mentales y el de las

relaciones con la sociedad. Esta definición que data de 1946, ha servido como base para la construcción de otras nociones sobre salud más contemporáneas y que recogen igualmente la perspectiva integral inicialmente planteada. A continuación se presentan algunas de estas nociones, recopiladas por Bruce y Molina (2007):

Según la Organización Panamericana de la Salud, considerando al ambiente en todos sus aspectos (físico, biológico y social), define a la salud como el “*estado de adaptación diferencial de los individuos al medio ambiente en que se encuentran*” (Meinardi, E y Revel Chion, A. 2004, p. 331). De un modo más amplio, teniendo en cuenta el ambiente y la diversidad de factores socio-culturales que enmarcan condiciones y estilos de vida individuales y colectivos, Bocalandro (2004) señala que podría definirse la salud como el grado máximo de desarrollo y de bienestar que pueda alcanzar cada persona en determinado contexto histórico y geográfico. Como puede apreciarse, la salud no es una condición estática sino que se modifica según la época y las transformaciones del medio físico y social. Forma parte de un proceso dinámico, continuo y evolutivo, determinado históricamente por una multiplicidad de factores. Esta interpretación holística, pone de manifiesto la estrecha relación existente entre las condiciones sociales, económicas, ambientales, los estilos, modos y condiciones de vida y la salud. Así pues, la salud es el logro del elevado nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento, así como del reducido nivel de enfermedad que permitan los cambiantes y modificables factores políticos, sociales, económicos y medioambientales en los que vive inmersa la persona y la colectividad (Devis, J., et al., 2000). Otras definiciones más cercanas al campo de los derechos sociales consideran la salud como un derecho individual, como una responsabilidad social, y es fundamental valorarla cuando se la posee en plenitud y no cuando se padece alguna enfermedad (Barderi, M. et al., 1998), y como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico (Declaración de Jakarta, 1999). Finalmente como se señala en la Carta de Ottawa, emitida en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1986, “*la salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana*” (Carta de Ottawa. Ministerio de Salud de la Nación, 1999, p. 18).

Es posible determinar entonces que cuando se altera la salud no solo cambia el individuo como persona, sino que también se producen cambios en quienes están en relación con él: la familia y la comunidad en la que está, y en las que actúan las estructuras de la realidad humana. De hecho las posibilidades

humanas surgen y se realizan en correspondencia con el estado del cuerpo y la salud (Escobar, 2003).

Ello significa que a ese estado de salud le subyace no solo un estudio sobre las características anatómicas y fisiológicas de la persona, sino también sobre la relación de ese sujeto con sus condiciones de existencia, con las acciones que realiza –actividades– y con las situaciones vitales en las que se involucra –participación–. Esto significa que la condición de salud es tan singular como la persona que la ostenta y goza de bienestar. Ahora bien, lo que busca evaluar el manual es la ausencia de salud, así como los problemas en el funcionamiento desde un enfoque basado en las secuelas que una contingencia determinada genera en una persona, dichas secuelas se pueden reflejar en la dimensión corporal, y pueden tener efectos sobre el desempeño ocupacional y los espacios vitales de la persona; así pues, las secuelas pueden analizarse a la luz de los conceptos de: deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación, propuestos por la CIF para explicar el concepto de discapacidad.

Si el funcionamiento se comprende como el término global que hace referencia a todas la **funciones corporales**, las **actividades** y la **participación** (CIF, 2001)⁵³, entonces la presencia de alteraciones o problemas en los elementos que de manera íntegra constituyen el funcionamiento humano, hace que emerjan otros conceptos que expliquen dichas alteraciones o dificultades. Es así como el concepto de *discapacidad* según la CIF (2001), es un término que “engloba las **deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación**”, donde *deficiencia* es “todo problema en la función o estructura corporal, tal como una desviación significativa o una pérdida”, *limitación en la actividad* hace referencia a “las dificultades que una persona puede tener en el desempeño o realización de actividades” y *restricción en*

⁵³ Este concepto de *funcionamiento humano derivado* de la CIF, se encuentra en estrecha relación con otras nociones, sin las cuales la comprensión sobre el funcionamiento humano sería inocua. Esto significa que el funcionamiento, no se describe solo a partir de un concepto, sino que es una relación conceptual de varios elementos a saber: función corporal, actividad, y participación. La función corporal se entiende como “todas las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas”, la actividad es “la realización de una tarea o acción por una persona”, y la participación se entenderá como “el acto de involucrarse en una situación vital”. Como se puede apreciar, actividad y participación son dos elementos importantes con relación al funcionamiento humano, ya que la primera representa la perspectiva de la persona respecto al funcionamiento, y la segunda representa la perspectiva de la sociedad respecto a ese mismo funcionamiento (CIF, 2001).

la participación son “los problemas que la persona puede experimentar al involucrarse en una situación vital”.

En resumen, conocer el funcionamiento de una persona, implica reconocer a la persona en tres aspectos esenciales: el nivel de función corporal, que explora la fisiología y psicología de la persona así como su estructura y anatomía corporal, el nivel de actividad y el nivel de participación. El análisis de estos tres niveles abarca también sus respectivas alteraciones, que se denominan deficiencia, en el caso de las estructuras corporales, limitación en las actividades, en el caso del desempeño, y restricción en la participación, para el caso de las situaciones vitales.

Por ejemplo, una persona con diagnóstico médico de baja visión: el conocimiento de su condición de salud empieza por explorar la estructura o función corporal afectada, en este caso, el ojo. La **funcionalidad** se altera por el compromiso en la visión de la persona, compromiso que se evalúa y califica mediante diferentes métodos cuantitativos y cualitativos estandarizados, arrojando un dato denominado **deficiencia**.

No obstante esta sola exploración no genera una respuesta íntegra sobre por qué puede estar comprometida la condición de salud la persona, de hecho la sola presencia de una deficiencia no asegura una alteración en la salud de la persona y por ende en su funcionamiento, ello en razón a que la persona puede contar con condiciones favorables del medio, con adaptaciones y soportes para la realización de sus actividades, y con medios que garanticen su participación en situaciones vitales, por ejemplo el uso de lentes.

Es necesario ubicar ahora a esta persona con baja visión en un contexto determinado, por ejemplo el educativo, en tal caso una actividad cotidiana sería leer, es aquí donde ya no se encuentra solamente comprometida la función del ojo sino que se ve comprometida la realización de la actividad de leer, originando una **limitación**. Cuando la persona usa las ayudas correspondientes (gafas, lentes, o un dispositivo tecnológico) se compensa la deficiencia, y la limitación desaparece, pero establece una relación de **dependencia** en términos del uso y prescripción de tecnología. El nivel y naturaleza de la dependencia (si es técnica o involucra la participación de terceras personas) varía de acuerdo al tipo de deficiencia que se trate y a la actividad o situación vital en la que la persona desee participar. Pero, hay un tercer punto a considerar, ¿Cómo el contexto reacciona ante la situación de una persona con una deficiencia visual con o sin limitación, que tiene o no un nivel de dependencia?, la restricción, para el caso citado vendría dada por ejemplo, de la ausencia total de dispositivos que ayudaran a corregir la

dependencia (factores contextuales). En tal caso la persona estaría totalmente restringida de la posibilidad de aprendizaje a través de la lectura como una situación vital en su contexto educativo.

4.8 RETOS PARA EL NUEVO MANUAL DE CALIFICACIÓN

En los contextos sanitarios, y en especial en los contextos específicos asociados a la seguridad social y a los sistemas de protección social, emergen conceptos que describen las interrelaciones entre las deficiencias, las limitaciones para la realización de actividades y la restricción derivada de no poder involucrarse en situaciones vitales. Algunos de estos conceptos varían de acuerdo al país, a los sistemas políticos y culturales que les subyacen, así como a los avances conceptuales. Uno de estos conceptos, como ya se ha mencionado, es la discapacidad, la cual según la CIF (2001) *“Indica los aspectos negativos de la interacción entre un persona (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales), engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación”*. Esto significa que la discapacidad es una relación siempre dinámica entre la persona con una deficiencia y las condiciones o los factores contextuales en los que habita y que limitan el desempeño de actividades y restringen la participación de la persona en situaciones que considera vitales (IOM, 1997; Brandt y Pope, 1997).

Esta gama de condiciones y factores que dinamizan la condición de discapacidad, hacen que esta situación deba ser analizada con gran detenimiento por sus implicaciones en la productividad y en el bienestar de las poblaciones, y demanda del Estado acciones que propendan por la equidad entre los miembros de una sociedad; esto implica poseer sistemas de información y valoración respecto al funcionamiento, la salud o la capacidad humana de las persona que la conforman.

Los sistemas de valoración se relacionan con un fin particular en el SGSS, que tiene que ver con la dinámica prestacional, compensatoria y de mitigación de un perjuicio, daño o afectación, en tanto se vea perjudicado el principio del derecho a la salud por una alteración en el funcionamiento humano. Reparar este perjuicio es responsabilidad del Estado valiéndose de métodos objetivables que indiquen niveles, categorías o porcentajes de alteración de dicho funcionamiento.

Como se ha explicado hasta el momento, la generación de estos sistemas de valoración y calificación son una responsabilidad tácita de los Estados, en

tanto es su deber asegurar el derecho a la salud y bienestar de sus ciudadanos en el marco de los sistemas de protección y seguridad social. A partir de estos sistemas de calificación se puede explorar cómo la deficiencia en una persona puede generar limitaciones en el desempeño de sus actividades y restringir la participación en situaciones vitales, para que de allí se deriven todos los procesos necesarios de habilitación y rehabilitación junto a la reparación económica o asistencial cuando su derecho a la salud se ve comprometido. En diferentes países ese sistema se acompaña de una manual o baremo que permite calificar o determinar categorías de salud y discapacidad asignándoles valores numéricos que representan el otorgamiento de prestaciones de índole económica o asistencial, amparadas por sistemas jurídico-legales y por procedimientos normativos expeditos.

En Colombia, y previo a los desarrollos teóricos que emergen a nivel global con la OMS y de manera más específica con la CIF sobre las nociones de discapacidad y funcionamiento humano tal y como se ha explicado hasta el momento, el baremo colombiano denominado por el Decreto 917 de 1999 como *Manual Único de Calificación de Invalidez* usa variables como la invalidez y la incapacidad permanente parcial para determinar un estado específico en la pérdida de la capacidad de las personas para desempeñar una actividad en particular, esto es, la referida a su capacidad laboral. De esta manera, la invalidez representaba una pérdida del 50% o más de la capacidad laboral de una persona, mientras que la Incapacidad permanente parcial representaba un rango de pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 5% e inferior al 50%. Se deduce entonces que la invalidez y la incapacidad permanente parcial son solo semióticas (modos de producción de significados) que intentan anclar el lenguaje numérico dentro de los procesos de valoración humana.

Por esta razón, el llamado *Manual Único de Calificación de Invalidez* (MUCI) requiere la revisión de su denominación, ajustándose con los desarrollos normativos, teóricos y metodológicos, actualizándose y homologándose con el nuevo MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL, cuyas transformaciones derivadas del proceso de actualización y a partir de los argumentos ya presentados a lo largo del libro, han desembocado en el uso e implementación del lenguaje CIF en el proceso de calificación, e invitan a erradicar conceptos como el de invalidez o minusvalía que desconocen los avances nacionales e internacionales en materia de discapacidad⁵⁴. Como

⁵⁴ No es posible desconocer las implicaciones que en materia social, cultural y de principios genera la denominación de persona inválida o minusválida. El impacto social de esta denominación, que aunque en principio es puramente legal (representar un

expresan Abelta et. al. (2003), la lucha de las personas con discapacidad se sitúa en contra de la discriminación, el prejuicio se puede materializar de diferentes formas, tanto individuales como institucionales, una etiqueta no discriminadora supone una batalla cuyo punto de partida estaría en conseguir la búsqueda de una meta basada en la justicia social, cuestionando las definiciones que aíslan y marginan, reemplazándolas por otras que generen solidaridad y dignidad.

El MUCI, como se ha conocido desde su creación a la fecha, ha generado un lenguaje común, un léxico que se configuró con el Decreto 917 de 1999, y que otorgaba definiciones explícitas sobre invalidez, discapacidad e incapacidad permanente parcial. Este lenguaje, en virtud de lo expresado en los apartados anteriores, es un lenguaje que hoy está llamado a actualizarse y por ende, transformarse, para ser adoptado en términos del funcionamiento humano, y de una concepción más amplia e íntegra de discapacidad que responda a la complejidad y diversidad de la realidad social. Un lenguaje que hable desde el funcionamiento humano como un concepto que integra las funciones corporales, y la actividad y la participación de las personas en un contexto determinado.

Cuando se califica, se está determinando una categoría para la persona que es examinada; se está asignando un valor que representa cuan grave o comprometido se encuentra el funcionamiento de una persona derivado de su condición de salud y de las implicaciones que dicha condición de salud genera en las actividades cotidianas y en los espacios de participación vital de la persona. Se genera un lenguaje único que permite a los diferentes actores del sistema de protección y seguridad social, y en general del Estado, actuar en concordancia con el resultado de dicha calificación. Dicha actuación tiene implicaciones directas en materia de indemnizaciones y prestaciones en el campo laboral cuando se trata de calificar la pérdida de capacidad laboral de una persona que ha sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Pero además el campo actual de aplicación del MUCI, ya no se restringe al ámbito laboral, puesto que ha sido utilizado para valorar por ejemplo niños y personas con discapacidad, que requieren certificar su situación para acceder a estrategias prioritarias de atención por parte del gobierno. En este caso resulta impropio hablar del concepto de pérdida de capacidad laboral, por esta

gradiente máximo de pérdida mayor al 50% de la capacidad laboral), repercute en procesos de discriminación en diferentes campos de la vida, y coadyuva a perpetuar las bases de la inequidad y exclusión histórica de las poblaciones que han sido denominadas con este término.

razón el nuevo manual habla de pérdida de capacidad laboral, para el caso de los trabajadores, y de pérdida de capacidad ocupacional para el caso de personas de personas que no desempeñan una actividad laboral remunerada.

4.9 MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA

Es preciso entonces, detenerse un momento en ampliar el significado de la palabra ocupación. Según Kielhofner (2004) cuando se habla de ocupación humana, se reconoce que la ocupación es parte de la condición de ser humano; de esta manera todas las personas comparten una naturaleza ocupacional innata. Desde el modelo de la ocupación humana (MOHO) propuesto por Kielhofner, y que se considera como otro de los referentes conceptuales fundamentales del proceso de construcción del nuevo manual, la ocupación humana se refiere al hacer del trabajo, juego o de las actividades de la vida cotidiana dentro de un contexto físico, temporal y sociocultural que caracteriza gran parte de la vida humana. Comprender la ocupación exige caracterizar la rica diversidad del hacer humano Kielhofner (2004).

Para el modelo las actividades de la vida diaria son las tareas vitales típicas necesarias para el cuidado de sí mismo y el auto mantenimiento, tales como el aseo, el baño, la alimentación y limpieza de casa o lavandería. El juego hace referencia a las actividades llevadas a cabo por propio gusto, son ejemplos del juego imaginar, hacer un deporte o cultivar un pasatiempo, esta noción de juego por tanto es exclusiva de los niños. Finalmente el trabajo se refiere a las actividades tanto remuneradas como no remuneradas que proporcionan servicios o comodidades a otros y donde las actividades como estudiar, practicar y aprender son consideradas como trabajo en la medida en que mejoran las capacidades para un rendimiento productivo.

Desde la perspectiva del modelo, la ocupación es multifacética y compleja dado que comprende una amplia gama de hacer que ocurre en el contexto de tiempo, espacio, sociedad y cultura, dichos contextos plantean condiciones que influyen sobre el hacer.

Dentro del MOHO, los seres humanos se encuentran constituidos por tres componentes interrelacionados: volición, habituación y capacidad de desempeño. La volición se refiere a la motivación por la ocupación, e intenta explicar cómo las personas eligen aquellas ocupaciones que llenan sus vidas y deciden hacerlas, qué motiva a las personas a desempeñar ocupaciones y también cómo esa motivación puede llegar a ser perturbada. El segundo

componente de habituación se refiere al proceso por el cual la ocupación es organizada en patrones o rutinas, explora los patrones recurrentes del hacer en la vida cotidiana, explicando por qué las personas se comportan de una forma dada día tras día siguiendo patrones similares de uso del tiempo y de qué modo las personas aprenden y sostienen esos patrones en la vida cotidiana traduciéndolos en rutinas y hábitos. El tercer y último componente, capacidad de desempeño, se refiere a las habilidades físicas y mentales que subyacen al desempeño ocupacional, explica la gama extraordinaria capacidades físicas, mentales y cognitivas implicadas en el desempeño. Todos estos componentes enriquecen la perspectiva sobre la capacidad humana para la ocupación, en la medida en que justamente el proceso de calificación valoración se basa en establecer la medida de pérdida de capacidad.

Así pues a partir de los tres componentes anteriormente expuestos y la consideración de los contextos espaciotemporales y socioculturales, en el marco de una dinámica sistémica de interacción, se explica el modo en que se motiva, se forma un patrón y se ejecuta la ocupación humana⁵⁵ (Kielhofnen, 2004). En esta medida el desarrollo, la existencia continua y la transformación de nuestras características dependen de nuestro accionar, pensar y sentir continuos. Esto significa que volición, habituación y capacidad de desempeño son constituidas, mantenidas y modificadas a través de los mismos procesos para los cuales se utilizan, todo lo cual arroja un **principio de integralidad** que considera los elementos biológicos, psíquicos y sociales en el desempeño ocupacional del ser humano.

Uno de los aspectos importantes de este modelo es que reconoce que las actividades de la vida cotidiana, el juego y el trabajo se entretajan y a veces se superponen en el curso de la vida cotidiana. Esta perspectiva contribuye al nuevo manual de calificación, en la medida en que al calificar la pérdida de capacidad laboral no se excluye la consideración del desempeño de la persona en las actividades de la vida diaria o de ocio. Asimismo si se trata de un niño el énfasis se realizará sobre la base de su ocupación ajustada al edad correspondiente, esto es juego, las actividades escolares y su vida en el hogar, o en el caso de los adultos se ampliaría el espectro ocupacional a actividades educativas más complejas y también a actividades laborales o a su participación en espacios de ocio e interacción con la comunidad.

⁵⁵ En gran medida el desarrollo, la existencia continua y la transformación de nuestras características dependen de nuestro accionar, pensar y sentir continuos. Esto significa que volición, habituación y capacidad de desempeño son constituidas, mantenidas y modificadas a través de los mismos procesos para los cuales se utilizan.

Todas las perspectivas y conceptos anteriormente planteados partiendo desde una reflexión ontológica en un proceso que atañe completamente al ser humano, pasando por la consideración de los enfoques poblacional y diferencial para atender de manera íntegra el derecho a la igualdad, reconociendo una perspectiva compleja y multidimensional de la discapacidad y la salud, y materializando ello en perspectivas de base científica y universal como la CIF y las Guías AMA, representan y recogen el marco general del proceso de actualización del MUCI, y convergen en la construcción de los principios fundamentales del MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL que como herramienta inserta en el sistema de seguridad social colombiano, reconoce en la integralidad y la equidad los fundamentos filosóficos para que su aplicabilidad se dé en el marco de la justicia social.

CONCLUSIONES

Luego de este recorrido que ha buscado contextualizar al lector en el campo de la discapacidad, la deficiencia y los procesos de valoración y calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, en donde se demuestra claramente cómo tales procesos se encuentran enmarcados en sistemas de protección y seguridad social que a su vez son la expresión de decisiones de naturaleza política y económica, y donde la construcción de marcos conceptuales de referencia se inscriben en esta dinámica e incluso justifican sus lógicas, es preciso compartir a continuación algunas ideas concluyentes:

- Al estudio de los procesos de calificación, les subyace una intencionalidad de universalizar el conocimiento sobre la deficiencia, la discapacidad o la dependencia, lo que ha llevado al desarrollo de múltiples estudios desde diferentes perspectivas que enriquecen y profundizan al respecto, pero asimismo se han generado diversidad de terminologías, definiciones, escalas de valoración y métodos de clasificación, que pueden generar confusiones si no se estudian en el marco de los contextos sociales, culturales o políticos de los que emergen. Es importante considerar la existencia de NO un único universo de comprensión del tema, sino de varios universos de comprensión cuya base primordial sea una visión centrada en las personas, en su autonomía, en su dignidad, en elementos reivindicativos de sus derechos humanos, de manera tal que la calificación sea un asunto que deba estudiarse y configurarse más allá de las condiciones impuestas por las economías de mercado, por intereses de sectores particulares y aún por los gobiernos de turno.
- Uno de los retos para el nuevo manual consiste en usar una terminología clara, coherente, precisa, respetuosa y consensuada internacionalmente, ya que el adecuado uso de términos permite delimitar y caracterizar mejor los problemas y las situaciones que atañen al campo de la valoración y reparación; y la terminología como expresión del lenguaje repercute en el plano cultural y de los derechos humanos. En ese sentido, la CIF se constituye como la herramienta más apropiada para asumir dicho reto,

ya que como herramienta de clasificación aproxima, simplifica y unifica terminologías y sistemas de graduación de todos los problemas relacionados con la discapacidad, ha sido reconocida en el ámbito internacional, y ha ayudado en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad, asociadas a las condiciones de salud del ser humano. Es importante considerar también que la actualización de terminología no es solo una responsabilidad del manual, sino que compete a todo el sistema de calificación, lo que implica la reformulación de términos en el campo normativo, armonizando su lenguaje con el lenguaje científico-técnico. Y aunque es claro que la evolución de unos y otros lenguajes han transitado por caminos a veces distintos, que hacen que hoy en día sean evidentes las diferencias entre el lenguaje legal y el conceptual en materia de valoración y reparación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, es necesario establecer un criterio de compatibilidad entre la terminología del manual con la terminología establecida desde los referentes normativos, ya que por ejemplo importantes avances en materia conceptual sobre discapacidad no pueden traducirse en el marco legal en términos de invalidez, lo que reflejaría un rezago conceptual en materia de normatividad para Colombia.

- Aunque el manual de calificación como herramienta se circunscribe al sistema de calificación y en un nivel superior al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por ende refleja en su estructura las dinámicas y perspectivas de los sistemas mencionados, es importante aclarar que varios de los vacíos y dificultades que actualmente presenta el proceso de valoración, no atañen exclusivamente al manual, sino al sistema mismo y a los lineamientos de acción establecidos. Así pues, junto a la corrección de vacíos e inconsistencias del MUCI que han buscado ser superados a través de su actualización, deben también tomarse las medidas pertinentes desde el gobierno para corregir los vacíos e inconsistencias del sistema, en ocasiones soportadas en el campo jurídico o jurisprudencial, y que han sido parte de los debates que sobre la mesa han puesto los distintos sectores invitados al proceso de actualización, por lo que se recomienda que a la par de este documento se consulten las relatorías de los diferentes espacios de debate público que hacen parte de las dinámicas de la actualización.
- La historia de la seguridad social devela que su objetivo primigenio consistía en proteger a los trabajadores y a las personas en general bajo los principios de la solidaridad y el cooperativismo; la evolución demuestra también que a este propósito legítimo se aunó el papel del Estado y la seguridad social

se tornó como derecho fundamental. En el marco de las estrategias para hacer de este derecho un imperativo universal se establecieron alianzas entre los sectores públicos y privados, no obstante la universalidad aún está lejos de ser alcanzada y las reflexiones en el campo económico y político demostraron que no parece una opción viable lograr la universalidad y equidad cuando la participación en la seguridad social se media por la capacidad adquisitiva de las personas. La invitación es a retomar los principios fundacionales de la seguridad social en torno a la protección del ser humano mediados por políticas fundamentadas en valores solidarios y de cooperación entre todos los actores involucrados. En el marco del proceso de construcción o de actualización de una herramienta que sirve a los propósitos fundacionales de la seguridad social, se despiertan hoy importantes e interesantes debates en los que se ponen sobre la mesa los intereses de todos los sectores involucrados. Es necesario que dichas discusiones permitan que el proceso de actualización se enmarque en una dinámica democrática donde más allá de corporativismos, todos los esfuerzos se orienten a optimizar el proceso de valoración en aras de continuar labrando el camino que conduzca al pleno ejercicio del derecho a la seguridad social como derecho irrenunciable en las sociedades contemporáneas. Finalmente este libro presenta importantes panoramas y análisis a la luz de los sistemas de seguridad social y sus subsistemas de valoración y compensación, que invitan al lector a sentar su propia mirada al respecto y a analizar cómo en el plano colombiano la fusión de los ministerios de trabajo y salud, o políticas como la de seguridad democrática y las aún elevadas tasas de violencia en el país que aumentan los gastos sociales por discapacidad, han tenido impacto en el panorama de la seguridad social colombiana, análisis que puede emprenderse a partir de la información suministrada en el presente documento.

- Los procesos de actualización y cambio no solo comprometen la transformación de los componentes internos del manual de calificación, la actualización implica que una vez desarrollado el manual y llegada su fase de ejecución inicial, se acompañe por órganos de gestión para la implementación del mismo, por órganos de inspección y evaluación (para ir detectando resultados, dificultades y otras situaciones emergentes que se presenten), además de comités para la cualificación de los equipos calificadores y comités para adelantar un proceso de socialización en la sociedad civil y los usuarios potenciales. De esta manera una actualización responsable debe contemplar estrategias de educación sobre el proceso de valoración, sobre los procedimientos implícitos y sobre el marco de

derechos y deberes de todos los implicados en el sistema, incluyendo sus usuarios.

- La integralidad del manual conjuga los aspectos biológicos, psicológicos, y los aspectos socioculturales para realizar una valoración en términos de deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que dan como resultado un indicador cualitativo y cuantitativo de la pérdida de capacidad ocupacional y laboral. Esta integralidad reconoce que la comprensión sobre lo biológico ya no es posible, ya no es ajena, ya no se construye sin referencia a los sistemas culturales. La noción biológica del cuerpo, además de científica, necesariamente se ancla en un paradigma cultural, donde lo biológico es reinterpretado a la luz de perspectivas desde el funcionamiento que permiten articular las capacidades corporales al desempeño de actividades y a la participación en sociedad. Este importantísimo avance conceptual no termina allí. Vale la pena comprender que las capacidades funcionales de las personas, sus habilidades adaptativas o las situaciones de discapacidad evolucionan: en la vida real estos conceptos son dinámicos, multidireccionales y van adquiriendo diferentes matices y relevancias según sea el ámbito personal, familiar, social, cultural, económico o sanitario en donde se enmarquen. Asumir esta perspectiva de movimiento constante implica reconocer que los conceptos como los fenómenos son dinámicos y que la construcción de perspectivas que expliquen el fenómeno de la discapacidad o de la deficiencia no cesará mientras dichos fenómenos persistan. Finalmente lo importante en el desarrollo conceptual tiene que ver con la posibilidad de alcanzar un visiones compartidas, pluridisciplinarias, integradoras y consensuadas.
- Colombia debe asumir los retos que atañe el proceso de valoración y calificación de la mano de los desarrollos científicos y tecnológicos, lo cual se traduce en promover la investigación en el campo de la valoración, en la creación y desarrollo nacional o importación de tecnologías blandas y duras que optimicen los procesos de diagnóstico y tratamiento, en establecer programas de entrenamiento y capacitación de todos los profesionales que se desempeñan en este campo, así como fomentar su interés por la actualización permanente en escalas de valoración y herramientas de clasificación usadas y validadas internacionalmente, y en cultivar su pensamiento crítico, todo lo cual garantizará la calidad y experticia profesional en un campo tan complejo como el de la valoración humana.

- Abordar un problema complejo y multicausal como la discapacidad y la pérdida de capacidad laboral y ocupacional requiere de estrategias igualmente sistemáticas que respondan a esta complejidad y que incidan sobre sus múltiples causas. Las orientaciones mundiales en materia económica, social y política que han conllevado a la agudización de la pobreza y al aumento de condiciones de vulnerabilidad derivadas de situaciones de conflicto armado, violencia, accidentes, condiciones insalubres que fomentan la evolución, desarrollo y re-emergencia de enfermedades, todo lo cual hace a las personas más susceptibles de adquirir una situación de discapacidad, hace pensar que este no es un fenómeno que tienda a su desaparición, por esta razón los Estados están llamados no solamente a optimizar los sistemas y esquemas de valoración y compensación en el marco de la seguridad social, sino también a implementar estrategias de promoción y prevención, que eleven la calidad de vida de las poblaciones y permitan a la sociedad gozar de estados plenos de bienestar y salud, evitando al máximo la ocurrencia de eventos que alteren la integralidad de la persona, de modo que las estadísticas en materia de compensación tiendan a su disminución.
- Para finalizar, este proceso de actualización develó las complejidades y las grandes responsabilidades que se asumen cuando se trata de transformar una herramienta que hace parte de la columna vertebral del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Responsabilidad que atañe también a toda la sociedad colombiana, en tanto este como un proceso público de naturaleza democrática debe asumir las resistencias y tensiones propias de toda transformación y debe orientarse hacia la concertación en un contexto donde la actualización misma no es definitiva ni concluyente, si se consideran las dinámicas propias del sistema de salud y la frágil realidad de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

ABELA, J.; ORTEGA, J. y PÉREZ, A. (2003). “Sociología de la discapacidad. Exclusión e inclusión social de los discapacitados. Granada: Universidad de Granada. Departamento de Sociología”. En *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* N° 45 septiembre de 2003.

ACUÑA, M. (2005). *Exclusión, protección social y derecho a la salud*: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud.

ALBARRÁN, L; GONZÁLES, P. y BOLANCÉ, L. (2009). *Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones*. *Revista Española de Salud Pública* N° 3 mayo-junio de 2009, pp.379-392.

ÁLVAREZ, M. (2009). “ISS, Colapso inminente”. En: *Revista Dinero*. Ed. 336 Octubre de 2009. Bogotá: Revista Dinero.

ALZATE, M. (2006). *La estratificación socioeconómica para el cobro de los servicios públicos domiciliarios en Colombia. ¿Solidaridad o Focalización?* Consultado en [http:// www.eclac.org](http://www.eclac.org)

ARISTÓTELES (1992). *La Política*. Editorial Planeta.

Corte Constitucional Colombiana (2009). *Auto 006 2009*. Consultado en <http://www.mincomercio.gov.co/econtent/documentos/Mipymes/Fomipyme/2010/Desplazamiento/Anexo5.pdf>

BAR, R. (2002). “Una tipología de métodos generales desde una perspectiva sistémica”. En: *Revista Electrónica Cinta de Moebio* N° 7. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Consultado en www.moebio.uchile.cl

BARTON, L. (comp.) (1998). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Ediciones Morata.

BECH, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XIX Editores.

BOROBIA, F. (2006) *Valoración del Daño Corporal. Legislación, metodología y prueba pericial médica*. España: Editorial Elsevier Masson.

BORRAJO, D. (1963). *Estudios jurídicos de previsión social*. Madrid: Aguilar.

CALABUIG, G. (2005). *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson S.A.

CALVO L. (1998). *Principios de la seguridad social*. En: Revista jurídica de seguridad social N° 8. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

CAPONI, G. (2005). *Funcionalismo y Adaptacionismo. Consideraciones sobre la Noción de Condiciones de Existencia*. En: Revista Episteme. Porto Alegre. pp. 77-99.

CASTELLS, M. (1998). *La Era de la Información: Economía, Sociedad y Cultura*. Madrid: Alianza Editorial.

CASTRO, D. *Determinación del Origen del ATEP y Perdida de la Capacidad Laboral. Diapositiva*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Consejo Superior de la Judicatura. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. Consultado en www.ramajudicial.gov.co

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2007). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Chile. Consultado en <http://www.eclac.org/>

Consejo de Europa (1999). Resolución N° 75 de 1999. Consultado en www.coe.int

Corte Constitucional Colombiana (1991). *Constitución Política de Colombia*.

— (2004). *Sentencia 516 de 2004*. Consultado en www.corteconstitucional.gov.co

— (2007). *Sentencia Tutela 608 de 2007*. Consultado en: www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/T-608-09.htm

CRISTANCHO, P. (1986). *Colombia y los Modelos de Seguridad Social en el Mundo*. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo.

CUELLAR, H. (2007). *Origen, desarrollo y evolución del baremo colombiano de pérdida de capacidad laboral. Revisión de Tema*. Medellín: Universidad CES. Facultad de Medicina – Departamento de Salud Pública.

CUERVO, C. *et al.* (ed.) (2005). *Discapacidad e Inclusión Social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Maestría en Discapacidad e Inclusión Social.

CUESTA, L. y NÚÑEZ, J (2006). *Propuesta para el diseño de un sistema de protección social para Colombia*. Documento CEDE 2006-25. Bogotá: Universidad de los Andes. Facultad de Economía.

CUVIER (1992) y RUSSELL (1916) en CAPONI, G. (2005). *Funcionalismo y Adaptacionismo. Consideraciones sobre la noción de condiciones de existencia*. En: *Revista Episteme* N° 22 julio – diciembre de 2005. Porto Alegre: Revista Episteme.

Departamento Nacional de Planeación (2001). Documento CONPES DNP-3144-GIE-PE-DDS. *Creación del Sistema Social de Riesgo y Fondo de Protección Social*. Consultado en http://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/conpes/conpes_dnp_3144_2001.html

Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales. Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Planeación Socioeconómica (2009). *Enfoque Diferencial en Discapacidad*. En: *Revista Síntesis de Coyuntura* N° 93 junio de 2009

DURÁN, S. *Procedimiento para calificación de origen y pérdida de capacidad laboral*. Consultado en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15284DocumentNo3017.pdf>
Colombia: Ministerio de la Protección Social.

Equipo Multifuncional ACNUR- Ministerio de Protección Social (2008). *Directriz de atención a la población en situación de desplazamiento con enfoque diferencial de discapacidad*. Consultado en www.piusantander.gov.co/Cartillaenfoquediferencial2_.pdf

Equipo redactor del manual para la calificación de la pérdida de capacidades: laboral y ocupacional (2010). *Documento de Trabajo*. Bogotá.

ESCARIO, A. (2009). *Bioética de la actividad pericial médica*. Madrid: Cuadernos de Medicina Forense.

FERNÁNDEZ, M. (2008). *Reflexiones Sobre los Derechos de los Ciudadanos. Una Indemnización Justa – Los Grandes Lesionados*. Lura & Praxis.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2010). *Enfoque poblacional y políticas públicas*. Consultado en www.unfpacolombia.org

FOUCAULT, M. (1985). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.

— (1992). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.

— (1993). *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.

GONZÁLEZ, R. (2003). *La seguridad social en el mundo*. México: Siglo XXI Editores. México.

HERNÁNDEZ, C. (1995). *Valoración Médica del Daño Corporal*. Madrid: España. Masson S.A.

HERNÁNDEZ, M. (2009). Ponencia Memorias del Conversatorio *Reflexiones desde los Referentes Éticos y Políticos*. Bogotá.

IGNASI, C. (2001). *La configuración de la prestación de jubilación en el régimen contributivo de la seguridad social*. España: Universitat de Girona.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2007). *Dirección técnica. Lineamientos técnicos para la organización del sistema de atención para la protección integral*. Consultado en www.icbf.gov.co/.../lineamientossistemadeatencion

JARAMILLO, I. (2002). *Tesis sobre Evolución del Subsidio a la Demanda. Colombia*. Consultado en <http://www.revmed.unal.edu.co/politicas/original/Sistemasdesalud/13TESIS.pdf>

Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Observatorio en Políticas y Sistemas de Salud.

KIELHOFNER, G. (2004). *Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

LAZZARATO, M. (2000). *Del Biopoder a la Biopolítica*. En: *Revista Multitudes* N° 1 marzo de 2000. Paris: Revista Multitudes.

Congreso de la República de Colombia (2005). *Ley 962 de 2005. Racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado*. Consultado en www.secretariassenado.gov.co/ley/2005/ley_0962_2005.html

— *Ley 361 de 1997. Mecanismos de integración social de las personas con limitación.* Congreso de la República de Colombia. Consultado en www.secretariassenado.gov.co/ley/1997/ley_0361_1997.html

— *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.* Congreso de la República de Colombia. Documento en Línea. Consultado en www.secretariassenado.gov.co/ley/1993/ley_0100_1993.html

— *Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”.* Consultado en www.secretariassenado.gov.co/ley/2009/ley_1346_2009.html

MANZINI, J. (2004). *La Educación Humanística en Medicina.* En: *Revista del Hospital Privado de Comunidad.* Volumen 7 N° 1 enero - julio de 2004.

MARTÍN, S. (1978) *La mediación social.* Madrid: Akal.

MELENNEC, L. (1997). *Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces Postraumáticas.* Madrid: Masson S.A.

Memorias VI Congreso de Derecho de Seguro y Responsabilidad Civil (2002). Versión Electrónica. Cádiz.

MIEGEL, M. (2004). *La Organización de la Seguridad Social en Sociedades Avanzadas. Documento CEDE.* Bogotá: Universidad de los Andes.

Ministerio de Educación Nacional (MEN) (1992). *Estudio piloto sobre discapacidad.* Bogotá: MEN:

Ministerio de la Protección Social (2004). *Informe de Enfermedad Profesional en Colombia Años 2001 – 2002 “Una oportunidad para la prevención”.* Consultado en <http://www.istas.net/upload/Enf%20profesional%20Colombia.pdf>

Ministerio de la Protección Social - Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia (2009a). *Reflexiones desde los referentes éticos y políticos.* Documento Relatorías Ciclo de Conversatorios. Documento de Trabajo. Contrato Interadministrativo No. 311 de 2009 entre la División de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia.

— (2009b) *Reflexiones desde los referentes económicos*. Documento Relatorías Ciclo de Conversatorios. Documento de Trabajo. Contrato Interadministrativo No. 311 de 2009 entre la División de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia.

— (2009c) *Reflexiones desde el enfoque poblacional y diferencial*. Documento Relatorías Ciclo de Conversatorios. Documento de Trabajo. Contrato Interadministrativo No. 311 de 2009 entre la División de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia.

— (2009d) *Reflexiones desde los referentes normativos*. Documento Relatorías Ciclo de Conversatorios. Documento de Trabajo. Contrato Interadministrativo No. 311 de 2009 entre la División de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia.

— (2009e) *Reflexiones desde los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. Documento Relatorías Ciclo de Conversatorios. Documento de Trabajo. Contrato Interadministrativo No. 311 de 2009 entre la División de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia.

— (2009f) *Reflexiones desde los modelos y sistemas de calificación*. Documento Relatorías Ciclo de Conversatorios. Documento de Trabajo. Contrato Interadministrativo No. 311 de 2009 entre la División de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano, (Dis) Capacidades, Diversidades de la Universidad Nacional de Colombia.

MONTES, S. et al. (1982). *Sociología general (Selección de lecturas)*. San Salvador: UCA Editores.

MORENO, M. (2009). *Análisis de la normatividad colombiana para la población infantil con discapacidad, desde la perspectiva de justicia*. *Investigación doctoral*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

MONTÚA, F. (2005). *Una reflexión sobre las investigaciones de Foucault del cuerpo y del poder*. Buenos Aires: Revista Digital año 10 N° 89 pp

MURCIA, S. *La dependencia y la valoración del daño Corporal*. Universidad de Valencia. Consultado en www.avdcv.com/dependencia_valoracion_danio_corporal.pdf

OJEDA, G. (1996). *Concepto de Valoración del Daño Corporal*. Generalidades Médicas. Madrid: Revista de Medicina y Derecho N° 1.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Consultado en www.lachsr.org/documents/perfilelsistema_saluddecolombia-ES.pdf

— (2006a) *138ª Sesión Del Comité Ejecutivo*. Washington, D.C, EUA, *La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Goce del Grado Máximo de Salud que se Pueda Lograr y otros Derechos Relacionados*. Consultado en www.paho.org/spanish/gov/ce/ce138-15-s.pdf

— (2006b) *Discapacidad, Rehabilitación integral, marco normativo internacional, lineamientos, CIF, Salud*.

PERA, C. (2001). *El humanismo en la relación médico-paciente. Del nacimiento de la clínica a la telemedicina*. Informe Fundación Salud Innovación Sociedad, Colección Papeles de Trabajo N° 6.

Portal web Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL www.eclac.org

Portal web de la Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones FIAP www.fiap.cl

Portal web de Salud Colombia. Public Health Journal on the Net. www.saludcolombia.com

RUSSO, D. *Valoración del Daño Corporal*. Consultado en www.juscorrientes.gov.ar/informacion/publicaciones/.../VDC.pdf

SÁNCHEZ, F. (1956). *Ensayo sobre un seguro social de vejez e invalidez y muerte en un sistema unificado de Seguros Sociales*. RISS.

SCALA, J. (2004). “Bioética y derecho”. En: *Revista Persona y Bioética* N° 20 y N° 21

SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN (SDP) (2009). “Enfoque Diferencial en Discapacidad”. En: *Revista Síntesis de Coyuntura*. N° 93, Bogotá: SDP. Subsecretaría de Planeación Socioeconómica. Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales.

SERRANO, R. (1996) *La teoría de la mediación social*. En: *Revista Razón y Palabra* N° 1 año 1

SOJO, A. (2003). “Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe”. En: *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)* N°80. Santiago de Chile: CEPAL.

SPRUNG, N. (1993). “La valoración de daños personales en España y Alemania”. En: *Revista Actuarios*. Madrid: Revista Actuarios.

LA AUTORAS

MARISOL MORENO ANGARITA

Fonoaudióloga, magister en Comunicación y doctora en Salud Pública. Profesora asociada del Departamento de la Comunicación Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

Dada su formación interdisciplinar, ha estudiado el tema de la discapacidad desde las diversas complejidades de la salud, la educación, la inclusión laboral, la cultura y los medios para contribuir al diseño de políticas públicas que atenúen las deudas de justicia que se tienen con esta población.

Es parte del grupo fundador de la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social y del Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano. (Dis)Capacidades, Diversidades de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, del cual es su actual directora.

Se ha formado en desarrollo humano, inteligencias múltiples y diseño universal en la Universidad de Harvard, Estados Unidos, en aprendizaje a lo largo de toda la vida en la Universidad de Roskilde, Dinamarca; y fue profesora visitante de la Universidad de Illinois en Chicago. Ha participado en los procesos de construcción de política pública en discapacidad en Colombia, la región y el Distrito Capital. En los últimos años se ha dedicado a construir propuestas de inclusión social en el ámbito educativo, social y laboral, las cuales han permitido la formación de profesionales de la educación, la salud y el trabajo.

Es directora del Grupo de Investigación en Oralidad, Escritura y otros Lenguajes (categoría A de Colciencias).

Correo electrónico: marisolmorenoa@gmail.com

DIANA CRISTINA ANGARITA

Fisioterapeuta egresada de la Universidad Nacional de Colombia

Candidata a magister en Discapacidad e Inclusión Social

nanakris1@gmail.com

SARA XIMENA RUBIO

Terapeuta Ocupacional

sarahoon@gmail.com

Este libro es producto de las reflexiones que a lo largo del proceso de actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez, fueron emergiendo no solo en el plano investigativo y académico, sino también en el plano de los diferentes espacios de debate público del proceso. Por esta razón es un documento que contiene no solo una fuerte argumentación derivada de fuentes bibliográficas, sino también derivada de la experiencia de las personas y profesionales que hacen parte del sistema de calificación colombiano. Se constituye, entonces, como un hilo conector que teje distintas vertientes del saber teórico y pragmático, igualmente válidas y legítimas en el marco de un proceso de actualización que demanda la confluencia de conocimientos desde el terreno conceptual, metodológico y normativo sobre la valoración de pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Este documento sistematiza los antecedentes históricos en el plano normativo, político, económico, social y ético alrededor de la calificación de pérdida de capacidad en Colombia. Adicionalmente presenta las realidades actuales en materia de desarrollos conceptuales y metodológicos que sustentan el estudio de actualización, así como el panorama actual en el plano social, político y económico del campo de aplicación del nuevo manual, que demanda ampliar nuevas perspectivas de valoración en el futuro teniendo en cuenta el universo poblacional cada vez más diverso y heterogéneo de potenciales usuarios.

Desde el reconocimiento de la historia, desde las posibilidades que brinda la realidad actual y desde los retos que demanda el futuro, emerge esta contribución con el ánimo de cualificar el proceso de Valoración de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional en Colombia.



Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Riesgos Profesionales
República de Colombia



Desarrollo Humano
(D) Capacidades,
Diversidades