



**ANÁLISIS DE CASO**  
**TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD Y EL COMPORTAMIENTO,**  
**COMO SECUELA DE UN ACCIDENTE LABORAL**

ALEYDA PATRICIA CHACON  
JOHN MARIO MENDOZA JIMENEZ

Asesor  
Dr. Abdón Mauricio Rojas Marroquín

MAESTRÍA EN DERECHO EN LA MODALIDAD DE PROFUNDIZACION EN  
DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL  
TRABAJO DE GRADO

## 1. INTRODUCCIÓN

El sistema general de riesgos laborales pretende garantizar la seguridad social de los trabajadores en casos de eventos de origen laboral, ya sean accidentes o bien enfermedades laborales, para lo cual ha designado la administración de estos recursos a las Administradoras de riesgos laborales (ARL).

Una vez que un trabajador ha sufrido un accidente de trabajo catalogado como “grave”, existen altas posibilidades de que se deriven secuelas del mismo, además del hecho de que este evento traumático le generará incapacidades muy probablemente prolongadas.

Dentro de las obligaciones de las ARL se encuentran, entre otras, la del pago de las incapacidades, así como de las prestaciones asistenciales necesarias para lograr la mejoría médica máxima. Finalmente, y después de la rehabilitación, deben proceder a establecer algún tipo de secuelas mediante la [calificacioncalificación](#) de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional de acuerdo al manual de calificación de invalidez que se encuentre vigente.

Los diversos actores que intervienen en los eventos de origen laboral, como las ARL, las empresas promotoras de salud (EPS), los empleadores o el usuario, entre otros, tienen distintos intereses motivados, lastimosamente, en aspectos económicos, lo cual redundará en perjuicios para el principal sujeto de protección que es el trabajador lesionado.

En el presente escrito se realiza el análisis de un caso particular en el cual se visualiza claramente el perjuicio sufrido por un trabajador víctima de un accidente de trabajo, a quien se le vulneran los derechos a la seguridad social, tanto por la

ineficiencia de sus actores como por la evidente intención de ahorro económico por parte de las entidades involucradas por una parte la ARL, se exime de su obligación aduciendo que es una enfermedad de origen común, por lo tanto le corresponderá el pago asumirlo a la EPS, pero ya en un porcentaje de reconocimiento inferior al 100%, razón por la cual se nota el ahorro económico por parte del sistema, afectando en gran manera al paciente

El caso del señor Reyes (de quien sólo usaremos su apellido por razones de respeto a su intimidad), fue elegido por cuenta de que muestra palmariamente la falla del Sistema de Seguridad Social Integral; refiriéndonos con esto al derecho constitucional que tiene todo ciudadano que tenga un vínculo laboral activo o que cotice al sistema de seguridad social integral como independiente, para acceder al servicio de salud, a una pensión en caso de invalidez y a ser cubierto, tanto asistencial como económicamente, por el sistema de Riesgos laborales, en caso de un accidente de trabajo o el diagnóstico de una enfermedad laboral. En el caso bajo estudio, el señor Reyes sufrió un accidente de trabajo que, no obstante los procesos de rehabilitación integral, dejó secuelas a nivel funcional y orgánico, las cuales debían ser cubiertas por el sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales, tanto a nivel asistencial como económico.

En el caso que se presenta observamos que, habiéndose realizado todo el protocolo de calificación de pérdida de capacidad laboral y definición de secuelas del accidente, posterior a todos los procesos de rehabilitación integral del paciente, el sistema desconoce una de las principales consecuencias del accidente como lo es el trastorno depresivo. Es bastante claro, al menos desde el punto de vista médico, que en ocasiones no menores el trastorno depresivo puede conducir a un trastorno mental orgánico con síntomas psiquiátricos; secuela ésta que finalmente desborda y excede la calificación de invalidez del trabajador, traducándose esto en la pérdida de un derecho económico como es la pensión de invalidez por riesgo laboral.

En el campo laboral es evidente cómo las EPS, AFP, ARL abusan de su poder al momento de determinar el origen de patologías derivadas de un accidente laboral. Y esto, aunado al desconocimiento de la norma por parte de los afectados o al hecho de que muchos usuarios se encuentran en una situación de debilidad o vulnerabilidad, se terminan pasando por alto las eventuales violaciones de los derechos por estas entidades, y se termina aceptando el procedimiento, posiblemente arbitrario, que utilizan dichas instituciones.

Consideramos que el presente caso también resulta llamativo a la luz de los siguientes interrogantes:

¿Cómo impactan las enfermedades mentales como el síndrome depresivo leve, moderado a severo, y grave, con o sin síntomas psicóticos, en la vida de una persona que ha sufrido una pérdida funcional y orgánica como consecuencia de un accidente de trabajo y/o el diagnóstico de una enfermedad laboral?

¿Es el sistema de seguridad social el responsable principal de la afectación económica de los usuarios con secuelas mentales como el síndrome depresivo leve, moderado a severo, y grave, con o sin síntomas psicóticos, derivadas de un accidente de trabajo?

Al abordarlos de manera conjunta, se llevará al lector a definir sus propias conclusiones y decidir estar o no de acuerdo frente a las fallas que presenta el sistema, al momento de determinar las secuelas mentales originadas de un accidente de tipo laboral.

## **2. ESTUDIO DE ENFERMEDADES MENTALES – Aspecto Doctrinal**

Para entender este caso, es importante adentrarnos en un breve estudio doctrinal acerca de qué puede entenderse como una enfermedad mental; cuáles son las más recurrentes o principales; cómo se definen; qué las originan; ; cómo pueden

impactar en la vida de una persona que ha sufrido una pérdida funcional y orgánica como consecuencia de un accidente de trabajo, y/o el diagnóstico de una enfermedad laboral; y si es el sistema de seguridad social el responsable y/o desencadenante principal de enfermedades mentales.

## **2.1 Enfermedad Mental como Secuela de una Accidente laboral y/o enfermedad laboral**

La salud mental ha sido definida de forma diversa en diferentes momentos y culturas. La dificultad para encontrar una acepción precisa se halla en que comprende, en buena medida, un bienestar de carácter subjetivo; una percepción de la propia eficacia, de la autonomía, de la competencia y de la autorrealización de las propias capacidades<sup>1</sup>

Según estimaciones preliminares, actualmente hay 450 millones de personas que padecen trastornos mentales, neurológicos, o que tienen problemas psicosociales como los relacionados con el alcohol y con el uso indebido de drogas<sup>2</sup>; y muchos de ellos están desatendidos. Un único trastorno mental, la depresión, aparece como una de las primeras causas de incapacidad del ser humano. Es más, una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna etapa de su vida, lo que amplía la perspectiva de la salud ya que la conexión entre la salud física y la psíquica es cada vez más amplia afectando a la "*salud social*"<sup>3</sup>.

Por todo ello, la literatura médica y jurídica ha intentado exponer la incidencia de las alteraciones mentales en la incapacidad laboral, ya que sólo recientemente la conciencia social ha consentido una equiparación entre las limitaciones físicas y las psíquicas, incidiendo en la capacidad para trabajar.

---

<sup>1</sup> OMS Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental. Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas, Ginebra, 2001, p. 5.

<sup>2</sup> GRO HARLEM BRUNDTALAND; "Mensaje" en "OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2001...cit., p. X.

<sup>3</sup> Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud, prioridades en la salud pública, Generalitat Valenciana, 2002, p. 301.

Sin embargo, existen diversos problemas, entre los cuales se hace necesario establecer un concepto para el término *trastorno* y otro para el de *enfermedad*. Seguidamente, se debe identificar cuándo y qué padecimientos pueden reconocerse como "trastornos o alteraciones mentales", con la potencialidad de incidir realmente en la salud del individuo, pues no cualquier alteración provoca este resultado. Un episodio de comportamiento anormal o un periodo breve de afectividad irregular, por ejemplo, no son signos de un trastorno mental.

Para que se puedan identificar como tales, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes; y deben provocar angustia personal o alteraciones en el funcionamiento de una o más facetas de la vida. Tampoco todos los casos de angustia son trastornos mentales. Las situaciones personales o sociales generan conflictos que no pueden ser calificados como trastornos mentales; como tampoco puede identificarse un bajo estado anímico con una depresión.

## **2.2 Enfermedades Mentales Conocidas**

En la Clasificación de los "trastornos mentales y del comportamiento" de la OMS se distinguen tipologías de trastornos a partir del capítulo V de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10 1992), diferenciándose:

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos -como el Alzheimer.
- Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
- Trastornos del humor (afectivos) -como la depresión o el trastorno bipolar.
- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos -de ansiedad generalizada u obsesivo compulsivo.
- Síndromes de comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos -de conducta alimentaria o insomnio no orgánico.

- Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos -trastorno paranoide o transexualismo.
- Trastornos del desarrollo psicológico –autismo.
- Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y adolescencia -trastornos hiperkinéticos, de la conducta, tics.
- Trastorno mental no especificado.

Ninguna de estas clasificaciones va acompañada de un umbral que determine qué es normal y tolerable; y qué es patológico o anormal, lo que obliga al clínico a contextualizar y documentar la delimitación entre personalidad normal y patológica corriendo el riesgo normal de error<sup>4</sup>.

Por último, y en tercer lugar, ni siquiera todo trastorno mental da lugar a una incapacidad permanente, ni todos los que sí conllevan esta calificación causan el mismo grado de invalidez. Por eso se ha dicho que *"nuestro sistema de Seguridad Social (...) no concede prestaciones de invalidez permanente por padecer enfermedades o traumatismos, sino en los casos en que estos tienen una incidencia valorable en la capacidad laboral de quien está afectada de ellos"*<sup>5</sup>

Si se parte de la definición de salud propuesta por la OMS en 1946 como *"estado completo de bienestar físico, mental y social"*, resulta una acepción demasiado ambiciosa al tomar como referencia la satisfacción absoluta. Este concepto ha ido evolucionando a una noción más equilibrada, que no condene a casi toda la población a *"estar enfermos"*. En la actualidad, se tiende a ofrecer una idea más

---

<sup>4</sup> GONZÁLEZ TORRES, M. A. Y FERNÁNDEZ RIVAS, A. "Fundamentos psicológicos" en AA. VV. "Trastornos de la personalidad...cit.", p. 146.

<sup>5</sup> Véase la STSJ de Extremadura, de 22 de marzo de 2000 , Ar. 1796, que manifiesta que: "la lesión ha de provocar unas reducciones graves desde la perspectiva de la incidencia laboral, hasta el punto de que disminuyan o anulen la capacidad laboral es una escala gradual que va desde el mínimo de un 33% de disminución en su rendimiento para la profesión habitual -incapacidad permanente parcial- a la que impide realizar todas las fundamentales tareas de la misma -incapacidad permanente total- hasta la abolición del rendimiento normal para cualquier profesión u oficio que el mercado laboral pudiera ofrecer -incapacidad permanente absoluta

próxima al balance orgánico entre la edad y sus necesidades, razonablemente libre de insatisfacción o enfermedades<sup>6</sup>.

Esta es una cuestión importante, ya que la salud física puede ser alterada o no de forma manifiesta; pero la salud mental a menudo responde a una vivencia satisfactoria que casi nadie siente como tal, lo que podría llevar al extremo de que toda la población estuviese aquejada de algún tipo de trastorno<sup>7</sup>.

Además, cuando existe un "*malestar*" no siempre es relevante para la incapacidad laboral. La protección de la incapacidad permanente acoge una alteración de la salud, pero no cualquiera, sino cuando es grave y disminuye o anula la capacidad laboral y previsiblemente es definitiva. La finalidad es compensar la pérdida de rentas por causa de esta pérdida de capacidad laboral.

De ahí que más que indagar en la acepción de "salud", se proponga una definición que comprenda una reducción de la capacidad funcional para llevar a cabo una vida cotidiana normal, más próxima a la acepción de la OMS de "incapacidad" como "restricción o pérdida causada por defecto de la capacidad para llevar una actividad del modo o en la medida que se consideran normales en el ser humano"<sup>8</sup>; o de la ONU, como "*la limitación de la capacidad de un sujeto para realizar actividades que son generalmente aceptadas como componentes básicos de la vida diaria, así el cuidado personal, las relaciones sociales y la actividad económica según la edad, sexo y rol social*"<sup>9</sup>; o de la OIT (recomendación número 99), cuando indica que una

---

<sup>6</sup> Es una síntesis de la definición de BLUM de 1971 recogida por RODRÍGUEZ JOUVENCEL, M. La incapacidad para el trabajo, Bosch, Barcelona, 1993, p. 43. Véase las diferentes definiciones internacionales en GIL ROALES NIETO, J. "Modelos y conceptos centrales de psicología de la salud", en AA. VV. (dir. GIL ROALES-NIETO, J.) Psicología de la salud, Ediciones Pirámide, Madrid, 2004, p. 92 y ss.

<sup>7</sup>La "salud social" se limita a la garantía de una procura existencial suficiente para preservar la dignidad humana, véase HERNÁNDEZ GIL, A. La Constitución y su entorno, Espasa Calpe, Madrid, 1988, tomo 7, p. 583

<sup>8</sup> Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, OMS, 1980. También: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001) que ofrece un enfoque neutral que sitúa a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas reconociendo que, por ejemplo, la depresión es la causa principal de los años de vida perdidos por discapacidad, véase JIMÉNEZ BUÑALES, M. T., GÓZALES DIEGO, P., MARTÍN MORENO, J. M. "La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud", *Revista Española de Salud Pública*, nº 74, vol. 76, 2002, p. 275; para estos autores esta definición recoge la nueva filosofía de la OMS ya que incluye como componente, en la parte segunda, a los parámetros contextuales que comprenden factores ambientales y personales. También OMS *Promoción de la salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999, p. 31

<sup>9</sup> *Economía y Minusvalía*, MTSS, Madrid, 1982, p. 51, donde se recoge el Informe de las Naciones Unidas sobre Rehabilitación de Minusválidos



persona incapacitada es el "individuo cuyas probabilidades para lograr y conservar empleo adecuado están sustancialmente disminuidas como resultado de una alteración física o mental", nociones que han sido recogidas en los pronunciamientos sobre incapacidad permanente<sup>10</sup>.

Debe darse por descontado, entonces, que el trastorno mental también queda comprendido en las nociones de salud laboral ofrecidas por los organismos internacionales, que incluyen no sólo la *"ausencia de afecciones o de enfermedad sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo"*<sup>11</sup>

No obstante, aunque hoy no se duda acerca de la inclusión de las alteraciones psíquicas entre las causas de la incapacidad global o de la de trabajo, sí que se presentan inconvenientes o discusiones cuando la causa de una incapacidad es un trastorno mental, a diferencia de muchas lesiones físicas. Habría que adicionar, en este punto, que la diversidad producida por "el enfermo", en sí mismo, incide en las actividades profesionales a las que puede estar dedicado el presunto incapaz; y ello en mayor medida que ante una enfermedad de las llamadas "físicas".

De este modo, junto a la cronicidad y recurrencia de la patología, la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, se examina la interacción de factores ajenos a la patología, que surgen del entorno familiar o social del enfermo y modulan o complican la enfermedad<sup>12</sup>.

Estos aspectos se tienen en cuenta en la exploración del estado mental por un psiquiatra, quien valora el aspecto y el comportamiento, el lenguaje, el humor, el

---

<sup>10</sup> Téngase en consideración que el término "invalidez" ha sido sustituido por el de "incapacidad" en nuestro ordenamiento con carácter general por las connotaciones negativas que conlleva el uso del término "invalidez", operando un cambio simbólico en la terminología. La invalidez se refiere a la pérdida de valor, mientras que la incapacidad nomina la falta de habilidad o aptitud; esta es la opinión de DESDENTADO BONETE, A. "La protección de la incapacidad permanente en la Ley de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social", RMTAS, nº 4, 1997, p. 72 y ss. OJEDA AVILÉS, reproduce las interpretaciones doctrinales que se han dado al término invalidez e incapacidad; "El concepto legal de invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social", RPS, nº 109, 1976, p. 20.

<sup>11</sup> Convenio nº 159 OIT, de 22 de junio de 1981. Véase al respecto, por todos, GONZÁLEZ SÁNCHEZ, J. J. *Seguridad e Higiene en el trabajo: formación histórica y fundamentos*, CES, Madrid, 1997, p. 200.

<sup>12</sup> AA.VV. "La salud mental en España...cit.", en "Informe SESPAS 2002...cit.", vol. 1º, p 303

pensamiento, la percepción, el estado cognoscitivo, etc.; y entre las posibles respuestas, como tratamiento, se puede proponer incluso una psicoterapia familiar<sup>13</sup>, diferenciándose en función del contexto que vive el enfermo, lo que la aleja sustancialmente de una afección física. Por más que la psiquiatría en general, y la forense en particular, apliquen el método científico con el mayor rigor posible, en el diagnóstico de una "enfermedad mental" aparecen influencias sociales, ideológicas y políticas junto a las científicas; y entre las sociales, el enfermo puede incluso aparecer simplemente como un sujeto de conducta desviada<sup>14</sup>. Es más, en ocasiones tiene poco interés valorar exclusivamente el carácter orgánico o funcional de la enfermedad, puesto que de manera destacada importan los aspectos intrapersonales o interpersonales que definen la conducta del individuo examinado<sup>15</sup>.

La dificultad fundamental, por tanto, se encuentra en que la "vivencia subjetiva" acompaña a todas las alteraciones mentales en mayor medida que a cualquier patología causada por lesiones físicas. Así, en la actualidad, si bien es cierto que los trastornos mentales se identifican y diagnostican mediante métodos clínicos similares a los utilizados en las enfermedades orgánicas -estando sometidos a medios objetivos y científicos-; este proceso de "objetivación" no siempre ofrece un resultado eficaz para determinar la incidencia en la capacidad laboral, ya que el parámetro de la "normalidad" que se toma como referencia es más fácil de reconocer en las enfermedades físicas. Por ello la imprecisión para obtener la medida de los trastornos mentales no aconseja, en principio, la utilización de porcentajes basados en una certeza que en realidad no existe, y a los que mayoritariamente acuden profesionales ajenos a la psiquiatría.

---

<sup>13</sup> CERVILLA BALLESTEROS, J. A. "La valoración psiquiátrica del adulto" AA. VV. *Valoración y tratamiento del enfermo mental*, Aran, Madrid, 2002, p. 16; también véase el examen de la entrevista psiquiátrica -antecedentes personales y familiares-, historia familiar, social personalidad etc. En la página 22 y ss. Igualmente SIERRA, J., BUELA-CASAL, G., GARZO, A., FERNÁNDEZ, M. A.; "La entrevista clínica" en AA. VV. *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*, (Eds BUELA-CASA, G. Y SIERRA, J. C.) Biblioteca Nueva Universidad, Madrid, 2001, p. 41 y ss

<sup>14</sup> CALCEDO BARBA, A. "Valoración en psiquiatría forense" AA. VV. *Valoración y tratamiento...cit.*, p. 109

<sup>15</sup> GONZALO GUISANDE, C. "Valoración de la incapacidad laboral en psiquiatría", AA. VV. *Guía de Valoración del Menoscabo permanente*, Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo, Madrid, 1999, tomo III, p. 347

Los trastornos mentales presentan unas características singulares, y en la valoración de los mismos, ha de procederse de forma diferente respecto a otros campos de la enfermedad. De ahí que resulte importante tener en cuenta lo siguiente<sup>16</sup>:

1. Son procesos generalmente crónicos en los que fundamentalmente existe una remisión en lugar de una curación.
2. La evolución puede ser intermitente con intervalos más o menos largos y diferentes estadios.
3. Los grados de deterioro no están necesariamente relacionados con el diagnóstico psiquiátrico, teniendo incluso a veces poco valor, ya que a veces la tensión social o laboral condiciona de tal manera el desarrollo del trastorno que puede desaparecer y volver a una aparente normalidad cuando aquélla se elimina.
4. Ha de tenerse en cuenta la influencia del tratamiento, puesto que en procesos como los trastornos afectivos responden bien al mismo modificando la valoración de la capacidad laboral.
5. Hay disfunciones mentales o síntomas que son independientes de los procesos mentales específicos, de forma que, por ejemplo, la hostilidad y la ansiedad se manifiestan con la misma frecuencia como la fiebre o el dolor en enfermedades físicas.

La cuestión se encuentra en determinar cómo esa "individualidad" incide en el proceso de calificación de la incapacidad permanente. Resulta ser cierto que estas diferencias podrían encontrar una razón jurídica en la admisión de la total disparidad entre los supuestos determinantes de una incapacidad permanente por la jurisprudencia: *"para la declaración de invalidez ha de estarse, más que a la índole y gravedad de las lesiones que le aquejan, a las limitaciones que las mismas representan en orden al desarrollo de la actividad laboral"*

---

<sup>16</sup> GONZALO GUISANDE, C. "Valoración de la incapacidad...*cit.*", en AA. VV. "Guía de la valoración... *cit.*", p. 353.

### 3. EL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES – UN RECORRIDO NORMATIVO

La enfermedad profesional nace en Colombia en 1950 con los artículos 200 y 201 del Código Sustantivo de Trabajo. El primero de ellos definió la enfermedad profesional como **“todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos”**. El segundo estableció inicialmente una tabla con 18 patologías consideradas de origen profesional. Luego, el Decreto 614 de 1984, por el cual se determinaban las bases para la organización y administración de salud ocupacional del país, en su Artículo 2 literal c, se indicó que uno de los objetos de la salud ocupacional es **“proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo”**

Posteriormente, el Decreto 778 de 1987<sup>17</sup>, por el cual se modificaba la tabla de enfermedades profesionales contenida en el artículo 201 del Código Sustantivo del Trabajo, emanado del ministerio de Trabajo y Seguridad Social, modificó la tabla de las enfermedades profesionales pasando de 18 diagnósticos a 40. Posteriormente, la Resolución 1016 de 1989, por la cual se reglamentó la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país, en el artículo 10 señaló los subprogramas de Medicina Preventiva y del Trabajo, y en el numeral 12 estableció que se debían diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales, lo cual dio origen a la Resolución 2646 de 2008, emanada del Ministerio de Protección social, por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación,

---

<sup>17</sup> Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 778 de 1987, por el cual se modifica la tabla de enfermedades profesionales contenida en el artículo 201 del Código Sustantivo del Trabajo. Bogotá: El Ministerio; 1987.

evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

A su vez, el Decreto 1832 de 1994<sup>18</sup>, por el cual se adoptaba la Tabla de Enfermedades Profesionales, amplió las enfermedades laborales a 42; y dispuso en el artículo 1, Numeral 42, las patologías causadas por el estrés en el trabajo. El Decreto 2566 de 2009<sup>19</sup>, por el cual se adoptó la Tabla de Enfermedades Profesionales, que derogó el Decreto 778 de 1.987, se dispuso la relación y determinación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional.

Ley 100 de 1993 en su artículo 208<sup>20</sup>, respecto de la atención de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, dispuso que *“La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud”*; servicios que se financiarían con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, definido en el Libro Tercero de la misma disposición legislativa.

El Decreto 2463 del 20 noviembre 2001<sup>21</sup>, en su artículo 6º, respecto de la calificación del origen, la enfermedad o la muerte establece que: *“El origen del accidente o de la enfermedad, causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud que atendió a la persona por motivo de la contingencia en primera instancia y por la entidad administradora de riesgos profesionales en segunda”*. Igualmente, dispone que *“Cuando se presenten discrepancias por el origen, estas serán resueltas por la junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y*

---

<sup>18</sup> Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1832 de 1994, por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales. Bogotá: La Presidencia; 1994

<sup>19</sup> Presidencia de la República de Colombia, Decreto 2566 de 2009, por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales. Bogotá: La Presidencia; 2009

<sup>20</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993

<sup>21</sup> Presidencia de la República de Colombia, Decreto 2463 de 2001, por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez. Bogotá: La Presidencia; 2001

*riesgos profesionales”*

Así mismo, en el párrafo 3 dispone que :

*“Cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud no emitan el concepto sobre determinación de origen y la persona sujeta de la calificación estima que se trata de un evento de origen profesional, podrá dirigir su solicitud directamente a la entidad administradora de riesgos profesionales o a la empresa promotora de salud. Si dichas entidades no inician el trámite correspondiente podrá acudir directamente a la junta regional de calificación de invalidez, según el procedimiento previsto por el presente decreto”*

La Ley 776 del 17 de diciembre de 2002<sup>22</sup>, por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales, en su artículo 1 y párrafo 2, establece que *“ Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación”*

La Decisión 584 de la Comunidad Andina en 2004, que sustituye la Decisión 547, Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, reunida en Ecuador, estableció en su Artículo 1º que, al hablar de condiciones y medio ambiente de trabajo, están incluidas la organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos y psicosociales.

Adicionalmente, el Ministerio de la Protección Social publicó en el año 2004 el Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Congreso de Colombia. Ley 776 del 17 de 2002, por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá: El Congreso; 2002

<sup>23</sup> Villalobos G. Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2004

y en la actualidad son la guía para el diagnóstico y determinación del origen de la patología derivada del estrés.

Finalmente, el Decreto 1477 de 2014, es el decreto actual y vigente, que adopto la nueva tabla de enfermedades laborales, basada en el concepto previo favorable del Consejo Nacional de Riesgos Laborales, emitido en las Sesiones números 71 y 74 del 11 de junio y 20 noviembre de 2013.

### **3.1 Normas vigentes reguladoras del sistema de Riesgos Laborales**

Con la promulgación de nuestra Constitución Política de 1991, en su artículo 48, se consagró la seguridad social como derecho y como servicio público; y dispuso como un artículo transitorio, la obligación de expedir una ley de seguridad social. Fue así como nació la ley 100 de 1.993 del 23 de diciembre de 1.993. La cuestión, sin embargo, es que en esta norma, en el Libro III, solo hay 8 artículos que regulan los riesgos laborales: los artículos 249 al 256.

De ahí en adelante se han promulgado una serie de normatividades que intentan dotar de contenido ese mandato constitucional y desarrollar, en alguna medida, las disposiciones de la ley 100. Como un mero ejercicio descriptivo a continuación simplemente enunciaremos algunas de las más relevantes, sin entrar a discutir las, pues consideramos que no ese propiamente el propósito de este estudio de caso.

a.- En el año 994 se expidió el decreto 1295, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales; y el decreto 1771 de 1.994, por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto 1295 de 1994, regulando en metería de afiliación y cotización al Sistema de Seguridad Social en Riesgos.

b.- Más adelante, en el año 2003, se expidió la ley 776 por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

c.- En el año 2012 se expidió la Ley 1562 del Ministerio de Trabajo, por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan disposiciones en materia de salud Ocupacional; y en el mismo año, se expidió el decreto 019 de 2012, conocido como Ley anti trámites 019 de 2012, proferida por el Gobierno Nacional, por la cual se dictaron normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

d.- En el año 2013 se promulgó el decreto 723 del Ministerio de Trabajo, por el cual se reglamentaba la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios, con entidades o instituciones públicas o privadas, y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo,

e.- El decreto 1352 de 2013, del Ministerio de Trabajo, reglamentó la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.

f.- Con el decreto 1507 de 2014, el Ministerio de Trabajo expidió el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional; y con el decreto 1477 de 2014 expidió la tabla de enfermedades laborales.

g.- Finalmente, en el año 2015 el Ministerio expidió el decreto 1072 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.

### **3.2 Aspectos Jurisprudenciales**

La jurisprudencia de la Corte Constitucional también ha hablado mucho sobre el asunto relacionado con la seguridad social. Por supuesto no es del caso entrar de



lleno en toda la gran producción de este tribunal. Para lo que a este trabajo interesa, basta sólo con mencionar algunas subreglas que tiene más o menos sentada de forma pacífica.

Se trata de lo siguiente:

a.- La Corte ha hecho énfasis en la importancia que tienen los dictámenes proferidos por las diferentes Juntas que califican la Invalidez y su origen, como quiera que sus decisiones constituyen el fundamento jurídico para el reconocimiento de diferentes prestaciones sociales y asistenciales a cargo del sistema de seguridad social integral, y en beneficio de los usuarios del mismo. Por consiguiente, el dictamen se ha convertido entonces en prueba irrefutable y fundamental para el reconocimiento de los derechos que surgen con ocasión de la calificación<sup>24</sup>.

b.- Esta posición ha sido reiterada y justificada a partir de la premisa de que el derecho a la seguridad social consagrado en el artículo 48 de nuestra carta magna, busca garantizar la protección de todas las personas frente a diversas necesidades y contingencias, como las relacionadas con la pérdida de la capacidad para laborar. Así las cosas, entendiéndose un dictamen de pérdida de capacidad laboral como una decisión de las entidades a cargo de la calificación, con una alta

---

<sup>24</sup> Véase, entre otras muchas, la sentencia T-265 de 2018 en la que se dijo lo siguiente:

*“... )dichos dictámenes se convierten en documentos obligatorios para efectos del reconocimiento de las prestaciones a que se ha hecho alusión”. En conclusión, las Juntas Regionales y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez en caso de apelación, deben dirimir las controversias que se plantean sobre la calificación del origen de la invalidez o muerte realizadas por las administradoras de riesgos profesionales y el fondo de pensiones. 2.3. Inoponibilidad de las controversias suscitadas entre las entidades del Sistema de Seguridad Social frente al reconocimiento de derechos prestacionales de los afiliados. De lo anterior se desprende que, si el origen del accidente, enfermedad o muerte del afiliado obedece a una causa común, quien debe entrar a reconocer el pago de la pensión será la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentra afiliada la persona; pero si el origen del mismo surge con ocasión de una enfermedad o un accidente laboral, la entidad llamada a reconocer las prestaciones pensionales será la Aseguradora de Riesgos Laborales a la cual esté adscrito el trabajador. Sin embargo, cuando las entidades del Sistema Integral de Seguridad Social, discrepan en el origen del accidente, enfermedad o muerte, “terminan por afectar a los beneficiarios de la prestación; ello por cuanto las Administradoras de Fondos de Pensiones y las Aseguradoras de Riesgos Profesionales se traban en una serie de controversias jurídicas que pueden durar varios años.”<sup>40</sup> Frente a las controversias entre la ARL y el Fondo de Pensiones, la Sentencia T- 971 de 2005 señaló que “el reconocimiento y pago de las pensiones destinadas a cubrir los riesgos de invalidez, vejez y muerte están relacionados con la protección de distintos derechos fundamentales del trabajador y su núcleo familiar dependiente, razón por la cual son prestaciones que adquieren relevancia constitucional de conformidad con lo dispuesto en el artículo 48 Superior, adicionado por el Acto Legislativo 01 de 2005. En ese sentido, si concurren los requisitos legales para acceder a la prestación, los conflictos generados entre las entidades del sistema de seguridad social o entre éstas y los empleadores responsables de retener y trasladar los aportes, no pueden enervar la posibilidad de acceder a las mencionadas prestaciones (...)*

significación jurídica para las personas que quedan física y psicológicamente imposibilitadas para ejercer la actividad de la cual derivaban su sustento económico, no se puede expedir este, sin miramientos de todo el proceso de calificación de invalidez, en estricto sentido y con aplicación rigurosa de las normas que lo regulan.

#### **4. FUNCIÓN PROFESIONAL DEL ANÁLISIS DEL CASO**

Nuestra tarea en casos como estos, es indudablemente buscar la verdad acudiendo, para ello, a los procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral. Como profesionales del derecho, estamos en la obligación de conocer y exigir la aplicación rigurosa de estos procesos, lo que se traducirá en una correcta defensa de los derechos de los trabajadores vulnerables, y que sufren una pérdida de capacidad laboral como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, sin permitir que se desconozca el impacto que a nivel psico social puede tener una pérdida de capacidad funcional u orgánica.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, en el artículo 10, se contempló el Sistema General de Pensiones con el objetivo de *“... garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la ley.”*

En el mismo orden legislativo, el artículo 41, modificado por el artículo 142 del decreto 19 de 2012, respecto a la calificación de invalidez, dispuso que *“... Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias...”*

A su turno, el artículo 6º del Decreto 2463 de 2001 estableció, frente a la calificación del origen, que *“...El origen del accidente o de la enfermedad, causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud que atendió a la persona por motivo de la contingencia en primera instancia y por la entidad administradora de riesgos profesionales en segunda. Cuando se presenten discrepancias por el origen, estas serán resueltas por la junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y riesgos profesionales.”*

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades promotoras de salud, deberán conformar una dependencia técnica o grupo interdisciplinario que adelante el procedimiento de determinación del origen y registrarla ante las Secretarías de Salud. Las administradoras de riesgos profesionales adelantarán el procedimiento por intermedio del grupo interdisciplinario previsto en el artículo 5o. del presente decreto.

Un correcto proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral o determinación de origen, permite determinar la entidad responsable de reconocer y pagar las prestaciones económicas y asistenciales a las que tiene derecho el usuario o afiliado al sistema, así como sus beneficiarios. En el caso bajo estudio, siendo el origen de la invalidez profesional, será a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales; caso contrario, si una vez culminados los procesos de calificación de invalidez, se determina el origen común, tal responsabilidad deberá ser asumida por la Administradora de Pensiones correspondiente, siempre y cuando se reúnan los requisitos para ello.

Sin embargo, tenemos que decir que el sistema de Seguridad Social Integral presenta infinitas fallas en el proceso de Calificación de pérdida de capacidad laboral. Como en el caso bajo estudio muestra, al señor Reyes se le desconoció, por parte del sistema, la secuela del accidente de trabajo que finalmente vendría a desbordar su invalidez y, en consecuencia, a otorgarle algunos derechos de carácter asistencial y prestacional. Esto repercutió en la pérdida de estos derechos,

y en la vulneración de derechos tan fundamentales y vitales como es el acceso a la seguridad social. Y esta puerta nuevamente se abre, cuando es el mismo sistema, a través de Medicina Laboral de la Empresa Promotora de Salud, quien entra en contradicción, toda vez que después de haber negado el origen de la secuela del accidente de trabajo, procede a calificar nuevamente al trabajador, y con el fin de evadir el pago de unas incapacidades médicas ordenadas por sentencia de tutela, determina las secuelas del accidente como laborales. Ello, en nuestra opinión, claramente denota que el sistema no propende por la rehabilitación integral del trabajador, y menos por el reconocimiento de sus derechos, sino que sólo se movilizan a partir de intereses de carácter netamente económicos, lo que decanta un una irresponsabilidad absoluta en los procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de origen.

## **5. EL CASO BAJO ESTUDIO**

### **Descripción del caso**

Este caso se trata de una persona que, en el ejercicio de sus funciones para la empresa a la cual estaba vinculado laboralmente, sufre un accidente de trabajo cuando cae a una altura de 6 metros de un árbol. El trabajador, por consiguiente, sufre un traumatismo intracraneal, del cuello, del tórax, del abdomen, del antebrazo, y además de fractura del fémur; quien posteriormente, como consecuencia del accidente, desarrolla un trastorno orgánico de personalidad y del comportamiento, secuela del accidente laboral que fue reiteradamente desconocida por el sistema de seguridad social, y aun por las juntas calificadoras de la invalidez. Esta situación conllevó, como se ha indicado reiteradamente en este escrito, la pérdida de derechos económicos y asistenciales del trabajador por parte de unos de los subsistemas, a saber: el de Riesgos laborales.

No obstante, al intentar validar algunos derechos por parte de otro subsistema, el de pensiones, nos encontramos con una contradicción entre ambos subsistemas, lo

que retrotrae el proceso nuevamente al inicio, abriendo la posibilidad de continuar la discusión en los términos que el trabajador había planteado desde el principio.

Esta pugna entre la posición del abogado defensor y los abogados de los subsistemas, pone de presente una vulneración inminente de derechos de raigambre constitucional del trabajador, pues mientras la justicia define su derecho, ninguno de los subsistemas le protege en sus derechos fundamentales.

Y esto muy a pesar de que en reiteradas oportunidades la Corte Constitucional ha dicho que *“si concurren los requisitos legales para acceder a la prestación, los conflictos generados entre las entidades del sistema de seguridad social o entre éstas y los empleadores responsables de retener y trasladar los aportes, no pueden enervar la posibilidad de acceder a las mencionadas prestaciones”*<sup>25</sup>.

Muchas veces hay que acudir a la justicia ordinaria laboral para dirimir las controversias, entre tanto que el derecho consagrado en el artículo 48 de la constitución, respecto del acceso a la seguridad social, es claramente afectado.

## **5.1 Hechos relevantes del caso**

**Hechos relevantes: sucesos, acontecimientos, circunstancias de tiempo, modo y lugar relevantes.**

El señor **REYES** tuvo un accidente laboral el día 17 de febrero de 2011, sufriendo caída de árbol entre 4 y 6 metros de altura, por lo que sufrió traumatismo intracraneal, del cuello, del tórax, del abdomen, del antebrazo, además de fractura del fémur, quedando como secuela un trastorno orgánico de personalidad y del comportamiento.

---

<sup>25</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-971 de 2005 (MP Jaime Córdova Triviño).

Posterior al accidente, y como consecuencia directa de este, el señor **REYES** desarrollo **UN SINDROME DEPRESIVO MODERADO**

La EPS Coomeva, mediante oficio ML 2103-12 del 11 de mayo de 2012 realiza calificación de ***“Trauma de cráneo encefálico, Fractura de muñeca Izquierda, Fractura de Radio Distal izquierdo”*** reconociendo estos diagnósticos como secuelas del accidente laboral ocurrido el día 11 de febrero de 2011.

La ARL POSITIVA el día 11 de abril de 2013 solo reconoce como secuelas del accidente laboral, la Luxación semilunar del Carpo Izquierdo y Politraumatismo, desconociendo el “Episodio depresivo moderado, la cefalea postraumática y los síntomas comportamentales.

Una vez definidas las secuelas del accidente laboral, mediante Dictamen 43558 del 24 de abril de 2012 la ARL POSITIVA califica con un porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral de 14.51 % por los diagnósticos Politraumatismo y Luxación semilunar Carpo Izquierdo, evidenciándose que esta entidad omite calificar todas las secuelas del evento laboral, dejando por fuera el “traumatismo intracraneal, fracturas del fémur y trastornos orgánicos de personalidad y del comportamiento”

En virtud del desconocimiento de todas las secuelas del accidente de trabajo y reconociendo de acuerdo al Manual único de Calificación de Perdida de Capacidad Laboral, (decreto 917 de 1.999), la Ley 776 de 2002, y la sentencia C425 de 2002 M.P. ALFREDO BELTRAN SIERRA, que el señor REYES estaba materialmente inválido, el 23 de enero de 2014 se solicita a través de apoderada judicial, el inicio del proceso de calificación de Pérdida de Capacidad Laboral incluyendo todos los diagnósticos; es decir, calificación integral, como quiera que coexistían enfermedades de origen común y laboral. En respuesta a esta solicitud, el 29 de enero de 2014 la ARL POSITIVA manifiesta que no se podía acceder a una calificación debido a que ya habían sido objeto de calificación los diagnósticos aceptados como de origen laboral por la ARL.

En virtud de las reiteradas peticiones y negaciones en este sentido, el trabajador procedió el día 16 de marzo de 2015 a impetrar acción de tutela, pretendiendo la calificación del origen del Diagnóstico trastorno orgánico de la personalidad y el comportamiento; y, como consecuencia de lo anterior, el 30 de marzo de 2015, la EPS COOMEVA califica el origen de la enfermedad del señor Reyes, como no secuelas de accidente laboral.

En virtud de la inconformidad presentada a esta calificación, mediante Dictamen 18830515 del 15 de mayo de 2015, la Junta Regional de Calificación de invalidez calificó otra patología y omitió calificar el diagnóstico por trastornos orgánicos de personalidad y el comportamiento, decisión que no sustentó, sino que se limitó solo a asignar la pérdida de capacidad laboral en un 18,15%, por una artrodesis de muñeca izquierda como secuela del accidente laboral.

Así mismo, la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, para resolver el recurso de apelación, emitió dictamen de calificación confirmando la pérdida de capacidad laboral en 18,15%, por el mismo diagnóstico, en ambas etapas del Proceso de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral. No se fundamentó la decisión adoptada, razón por la cual se trasgredió el artículo 9º, numeral 1 y 2 del decreto 2463 de 1.994, en cuanto a la obligación de fundamentar su dictamen en hechos y en derecho; y, adicionalmente, se ignoró nuevamente el diagnóstico de trastorno orgánico de personalidad y el comportamiento.

En virtud de haber culminado el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, sin que fuera posible incluir el diagnóstico de trastorno mental no especificado y disfunción cerebral; y con el fin de determinar posible pensión de invalidez por pérdida de capacidad laboral integral, se solicitó ante EPS Coomeva, concepto de Rehabilitación integral. La entidad respondió determinando el origen común de la enfermedad antes descrita, sin resolver la solicitud del concepto de rehabilitación integral.

En febrero de 2016, se solicitó a la Administradora de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., la calificación de Pérdida de Capacidad laboral integral del señor Reyes, considerando secuelas de accidente laboral y enfermedades de origen común, obteniéndose respuesta evasiva, sustentando su posición en que el señor Reyes debía remitirse a la ARL por cuanto tenía enfermedades calificadas de origen laboral.

Dada la renuencia de la EPS Coomeva a emitir el concepto de Rehabilitación integral, documento necesario para radicar nuevamente la solicitud ante la Administradora de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., el día 22 de agosto de 2017 se radicó acción de tutela solicitando se le ordenara al Empresa Promotora de Salud, la emisión del concepto de rehabilitación integral. Como consecuencia de ello, el 10 de octubre de 2017 se dictó sentencia de 2da instancia con la cual se tutelaron los derechos fundamentales del Señor Reyes, y se ordenó la expedición del concepto de rehabilitación deprecado, necesario para iniciar Proceso de Calificación de Invalidez.

En enero de 2018, debido a la crisis de Coomeva, los afiliados, incluido el señor REYES, fueron enviados a diferentes EPS, correspondiendo al caso en cuestión, a la EPS SOS, la cual el 20 de febrero de 2018 asumió el servicio del señor Jorge Reyes, solicitando historia clínica y valoraciones para la emisión de concepto de rehabilitación integral. Con esto se perdió todo el trámite adelantado en el proceso de Calificación Integral.

En el proceso, la EPS SOS se negó a cancelar el subsidio económico de incapacidades al señor REYES, acusando la responsabilidad a la ARL por cuenta de que era esta quien debía asumir las incapacidades médicas, por lo que fue necesario también accionar la justicia constitucional mediante una nueva acción de tutela. Una vez más, el 25 de julio de 2018, mediante sentencia de primera instancia,



se concedió el pago de incapacidades médicas para lo cual fue condenada la EPS SOS.

En virtud de lo anterior, se tuvo que iniciar el proceso ante la Empresa Promotora de Salud SOS, para que diera cumplimiento a la orden judicial de emitir el concepto de rehabilitación integral; y, adicionalmente, se le exigió el reconocimiento y pago de incapacidades médicas otorgadas al señor REYES. En respuesta del 3 de junio de 2018, la EPS SOS califica como de SECUELAS DEL ACCIDENTE LABORAL los diagnósticos **“TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO, LESIÓN Y DISFUNCION CEREBRAL, EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRANEAL”**

El 25 de julio de 2018, la ARL POSITIVA es notificada del dictamen de la EPS y, en respuesta, informa que está en estudio para la aceptación de las patologías como de origen profesional. Sin embargo, no se pronunciaron a tiempo frente a la calificación de la EPS SOS, razón por la que este dictamen quedó en firme y cambia todo el panorama del señor REYES, abriendo nuevamente puertas a un derecho que desde el principio se había reclamado, pero que había sido desconocido por el sistema.

El 03 de septiembre de 2018 la EPS SOS informa a todas las partes interesadas en el proceso que no hubo manifestación de inconformidad alguna dentro de los términos establecidos, en contra el dictamen que determinó definitivamente como SECUELAS DEL ACCIDENTE LABORAL, los diagnósticos **“TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO, LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRANEAL**, ni por parte de la ARL positiva ni por parte del señor reyes, dejando de esta manera en firme su calificación.

## **5.2. Elementos probatorios claves**

Aquí vale la pena indicar cómo dentro del proceso de calificación es el mismo sistema el que entra en contradicción, dándole al señor Reyes la prueba reina; esto es, la calificación de la Empresa Promotora de Salud SOS, cuando, en virtud de solicitud de cumplimiento de fallo de tutela, respecto al pago de incapacidades médicas y concepto de rehabilitación Integral, dió respuesta contraria a lo discutido por el sistema dentro de todo el Proceso de Calificación surtido ante la antigua EPS Coomeva, Administradora de Riesgos Laborales Positiva, Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez.

La explicación de ello puede residir en que o bien, en realidad, el criterio médico laboral de esta EPS era que las secuelas mentales eran de origen laboral, o bien porque solo pretendió evadir el pago de las incapacidades médicas, lo que podría llevar a pensar que, tanto en el primero como en el segundo caso, el sistema califica erróneamente con el fin de evadir las prestaciones económicas y asistenciales a las que tendría derecho el afiliado. Frente a ello podría sostenerse que el sistema de seguridad social integral no hace honor a los postulados constitucionales y legales, ni a los tratados internacionales y lineamientos jurisprudenciales sobre la protección al trabajador y los derechos derivados del vínculo laboral.

## **ANÁLISIS CRÍTICO DEL CASO**

El desconocimiento de la enfermedad mental como secuela directa del Accidente de Trabajo o de una enfermedad profesional vulnera el derecho de los trabajadores y es de muy difícil litigación.

En primer lugar, porque es necesario examinar la afectación de la capacidad para trabajar cuando el trastorno mental es una enfermedad común, como algo distinto a un exclusivo examen de los aspectos médicos en un intento de analizar éstos con los criterios jurídico-laborales, al reflexionar sobre los pronunciamientos jurisprudenciales en relación con las enfermedades psiquiátricas. Además, al margen del examen aquí propuesto como "riesgo común" quedan todos los

trastornos psiquiátricos producidos en el entorno laboral y cuyo estudio ha de ser abordado como "enfermedades de trabajo"<sup>26</sup>.

La dificultad fundamental, por tanto y en segundo lugar, se encuentra en que la "vivencia subjetiva" acompaña a todas las alteraciones mentales en mayor medida que a cualquier patología causada por lesiones físicas. Así, en la actualidad, si bien es cierto que los trastornos mentales se identifican y diagnostican mediante métodos clínicos similares a los utilizados en las enfermedades orgánicas -estando sometidos a medios objetivos y científicos-; este proceso de "objetivación" no siempre ofrece un resultado eficaz para determinar la incidencia en la capacidad laboral, ya que el parámetro de la "normalidad" que se toma como referencia es más fácil de reconocer en las enfermedades físicas. Por ello la imprecisión para obtener la medida de los trastornos mentales no aconseja, en principio, la utilización de porcentajes basados en una certeza que en realidad no existe, y a los que mayoritariamente acuden profesionales ajenos a la psiquiatría.

### **Consideraciones finales**

Tenemos entonces que las entidades a cargo del proceso de calificación de invalidez, como son Medicina Laboral de la Empresa Promotora de Salud, el grupo interdisciplinario de los fondos de pensiones, y las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez, son finalmente las promotoras de la justicia o injusticia a la que se puede ver avocado un usuario del sistema. Y ello por cuanto si estas entidades cometen errores en el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, y definición del origen y fecha de estructuración de pérdida de capacidad laboral, conlleva también a la pérdida de derechos económicos y asistenciales de los afiliados, incluso de su grupo familiar primario beneficiarios.

---

<sup>26</sup> Téngase en consideración todos los estudios sobre "mobbing" y hostigamientos de diversa índole, etc. Además, específicamente sobre la enfermedades de trabajo, RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO-FERRER, M. "Las enfermedades de trabajo", *RL*, 1995, vol. II; AA. VV. *Jornadas sobre las enfermedades de trabajo: calificación y prevención*, MUPRESA, Madrid, 1994. Véase, MARTÍNEZ BARROSO, M. R. *Las enfermedades de trabajo*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.

Según el Concepto No. 201742300125592, emitido por el Ministerio de salud, en relación con la calificación de la pérdida de capacidad laboral, se indicó que puede señalarse que en la misma se permite establecer el porcentaje de afectación del *“Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten desempeñarse en un trabajo.”*<sup>27</sup>, así como de la: *“Calidad de ejecución de una persona para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y ocupaciones. Depende de las habilidades motoras, procesamiento, comunicación e interacción, según las etapas del ciclo vital.”*<sup>28</sup>

Así las cosas tenemos que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calificación del origen y determinación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, y del estado de invalidez, corresponde a las entidades de que trata el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012, que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, en los siguientes términos:

**“ARTICULO 142. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.** El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:

**“Artículo 41. Calificación del Estado de Invalidez.** El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación.

*Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral. Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias.*

*En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.*

*El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional. Cuando la incapacidad*

---

<sup>27</sup> Artículo 3. Decreto 1507 de 2014. “ Por la cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional

<sup>28</sup> Ibidem

*declarada por una de las entidades antes mencionadas (ISS, Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones -, ARP, aseguradora o entidad promotora de salud) sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la respectiva entidad.*

*Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador. Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda.*

*Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.*

*Sin perjuicio de lo establecido en este artículo, respecto de la calificación en primera oportunidad, corresponde a las Juntas Regionales calificar en primera instancia la pérdida de capacidad laboral, el estado de invalidez y determinar su origen. (Inciso adicionado por el artículo 18 de la Ley 1562 de 2012) A la Junta de Calificación Nacional compete la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las Juntas Regionales.*

*La calificación se realizará con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contener los criterios técnico-científicos de evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral porcentual por sistemas ante una deficiencia, discapacidad y minusvalía que hayan generado secuelas como consecuencia de una enfermedad o accidente”*

Enunciado lo anterior tenemos que la facultad dada a las Juntas regionales y Nacionales para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional es muy amplia; y son estas entidades las encargadas de velar por que no se vulnere el debido proceso en los procesos de Calificación, y especialmente por ser estos unos organismos especializados en este aspecto, deberán revisar de manera conjunta, integral y profesionalmente, todas las secuelas a nivel psicológico derivadas de un accidente de trabajo, y no ser el obstáculo para que estas secuelas no sean reconocidas como de origen laboral.



## CONCLUSIONES

En este caso se evidenció una gruesa contradicción de criterios por parte de dos EPS distintas, en relación con la estimación del origen de una secuela psíquica derivada de un evento accidente de trabajo. Con esto se perjudicó notoriamente al trabajador en relación con sus prestaciones económicas derivadas del mismo.

Es claro, entonces, que existen fallas evidentes en los procesos de calificación de origen de secuelas derivadas de accidentes de trabajo por parte de los actores del sistema probablemente por intereses netamente económicos.

Por tanto, se debe recurrir a mecanismos excepcionales de protección constitucional para poder garantizar los derechos de los trabajadores que han sido víctimas de accidentes laborales, especialmente los graves.

La falla en el proceso administrativo de origen, derivan a su vez en falencias en la calificación de pérdida de capacidad laboral, lo cual afecta directamente al trabajador, pues los actores del sistema no responden por las prestaciones económicas hasta que en última instancia no se confirme el origen de las patologías.

### **Bibliografía adicional o sugerida**

Constitución política de Colombia. [Const.] (1991)

Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social. (21 de junio de 1948)

DE LA CUEVA Mario. EL NUEVO DERECHO MEXICANO DEL DERECHO, Editorial Porrúa S.A., México 1981.

ARENAS MONSALVE Gerardo .Los Riesgos en el Trabajo y la Salud Ocupacional, Legis, Bogotá, 1991.

AYALA CACERES, Carlos Luís. Legislación en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales. Ediciones Salud Laboral, Tercera Edición actualizada y ampliada, Bogotá, 2005.

ARENAS MONSALVE Gerardo. El Derecho Colombiano de la Seguridad Social. Segunda Edición, Legis, Bogotá, 2006.

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL Y PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. El Arte de los Riesgos Profesionales una perspectiva crítica, Bogotá, 2002.

ISAZA CADAVID Germán, Derecho Laboral Aplicado, Leyer, Bogotá 2007

PALACIO RIVEROS Jorge Alberto, Actualidad Laboral y Seguridad Social, Legis, Bogotá, Marzo-Abril 2008.

GARCIA ALMA Clara, Actualidad Laboral y Seguridad Social, Legis, Bogotá, Noviembre-Diciembre 2007.



## **Tendencia jurisprudencial en materia constitucional sobre Riesgos Profesionales.**

Sentencia T-742 de 2004 Sentencia T-002 de 2006 Sentencia T-198 de 2006  
Sentencia T-351 de 2006 Sentencia T-555 de 2006 Sentencia T-062 de 2007  
Sentencia T-126 de 2007 Sentencia T-1083 de 2007 Sentencia T-780 de 2008

## **Sentencias de Constitucionalidad**

Sentencia C-046 de 1996  
Sentencia C-773 de 1998  
Sentencia C-164 de 2000  
Sentencia C-452 de 2002  
Sentencia C-582 de 2002  
Sentencia C-250 de 2004  
Sentencia C-425 de 2005  
Sentencia C-1152 de 2005  
Sentencia 858 de 2006  
Sentencia C-1155 de 2008

## **Decisiones de la Corte Suprema de Justicia con influencia en Riesgos Profesionales.**

Expediente No. 14038 de 26 de diciembre de 2000  
Expediente No. 17429 de 19 de febrero de 2002  
Expediente No. 19357 del 4 de febrero de 2003  
Expediente No. 21629 de 29 de octubre de 2003  
Expediente No. 23202 de 29 de agosto de 2005  
Expediente No. 25628 de agosto 6 de 2006  
Expediente No. 25725 de 2 de febrero de 2006  
Expediente No. 25827 de 9 de febrero de 2006  
Expediente No. 29622 de 19 de octubre de 2006

Expediente No. 29497 de 21 de noviembre de 2007

Expediente No. 31931 de 20 de noviembre de 2007

Expediente No. 30193 de 13 de mayo de 2008

Expediente No. 31985 de 2 de julio de 2008

Expediente No. 32105 de agosto 26 de 2008

### **Decisiones del Consejo de Estado con influencia en Riesgos Profesionales.**

Sentencia de 14 de agosto de 1997 Sección segunda

Sentencia de 1 de noviembre de 2001 Sección Segunda

Radicación No. 2797-02 Nov. 2003 Sección Segunda

Radicación No. 0887-02 Sección Segunda

Radicación No. 4223-04 Sección segunda

Radicación No. 14633 Sección segunda

Radicación No. 139-98 Sección segunda

Radicación No. 5494-05 Sección segunda

Radicación No. 0887-02 Sección segunda