



Libertad y Orden

Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

DIRECTRIZ DE UNIFICACIÓN DE CRITERIOS No. 001 DE 2014 DETERMINACIÓN TÉCNICA DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez en plenaria, en ejercicio de la competencia conferida por el Legislador mediante Artículo 13 numeral 2° del Decreto 1352 de 2013, se permite comunicar a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del país, la Directriz de unificación de criterio No. 001 de 2014, mediante la cual se desarrollan los parámetros legalmente estatuidos para la **asignación médica y técnica de la Fecha de Estructuración de la Pérdida de Capacidad Laboral.**

Los miembros e integrantes de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez en reunión plenaria llevada a cabo el 1° de Agosto de 2014, deciden adoptar como criterio de unificación sobre fecha de estructuración el análisis emitido para la Corte Constitucional en reunión plenaria del 11 de marzo de 2014, la cual es producto de la deliberación llevada a cabo por los profesionales que conforman la entidad como un proceso de construcción de un concepto especializado interdisciplinario, se presenta el concepto de la Junta Nacional como institución técnica – pericial de carácter médico del Sistema de Seguridad Social Integral.

1. NATURALEZA JURÍDICA DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ:

Previamente a exponer las consideraciones de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez frente a los criterios de ponderación y asignación de la Fecha de Estructuración de la Invalidez, es menester precisar que la naturaleza de la entidad, así como de las Juntas Regionales de las cuales es superior funcional, es de carácter eminentemente técnica y científica.

- a. **Naturaleza técnica y científica de las Juntas de Calificación de Invalidez:** La Ley 100 de 1993 creó las Juntas de Calificación del orden Regional y Nacional, constituyéndolos como organismos interdisciplinarios, independientes y autónomos, con la competencia de determinar el origen de las contingencias y la Pérdida de Capacidad Laboral de los afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral.
- b. **Las Juntas de Calificación no ostentan funciones Jurisdiccionales:** El Artículo 16 de la Ley 1562 de 2012 ratifica la naturaleza pericial de la entidad, confirmando igualmente la autonomía e independencia a nivel técnico y científico de sus dictámenes de calificación. La naturaleza técnica de la entidad le constituye en perito dentro del Sistema de Seguridad Social, sin que esto implique asumir de facultades Jurisdiccionales pues, como lo ha expuesto esta H. Corte:

*“(...) Del contenido de la normativa legal se tiene que **el fin de las juntas de calificación de invalidez es la evaluación técnica científica del grado de pérdida de la capacidad laboral de los individuos que se sirven del sistema general de seguridad social.** El dictamen de las juntas de calificación es la pieza necesaria para la expedición del acto administrativo de reconocimiento o denegación de la pensión, propiamente dicho...*

Los procedimientos adelantados por las juntas de calificación de invalidez no tienen naturaleza administrativa ni jurisdiccional, porque su finalidad es exclusivamente la certificación de la incapacidad laboral para efectos del reconocimiento de las prestaciones sociales que la requieren. En esa medida, los dictámenes que las juntas de calificación expiden no tienen la virtud de resolver de manera definitiva las controversias surgidas en torno al grado de invalidez ni de producir efectos de cosa juzgada, que es como propiamente la jurisprudencia constitucional ha definido la función jurisdiccional.



En efecto, la Corte Constitucional, ha señalado que “el ejercicio de la función jurisdiccional implica el desarrollo de una serie de actos procesales que culminan en la expedición de un acto final -la sentencia-, llamado a definir el punto controvertido con fuerza de verdad legal”¹ ...” (Negrillas fuera de texto original)

- c. Las Juntas de Calificación de Invalidez no otorgan ni resuelven derechos:** De conformidad con esta condición, no hay lugar a asumir que las Juntas de Calificación puedan extender su calidad como perito técnico de carácter médico y científico, a incorporar en sus consideraciones aspectos eminentemente jurídicos.

Al respecto ha definido la H. Corte Constitucional: *“...los dictámenes que las juntas de calificación expiden no tienen la virtud de resolver de manera definitiva las controversias surgidas en torno al grado de invalidez ni de producir efectos de cosa juzgada. Efectivamente, como ya se anotó, corresponde al juez laboral resolver de modo definitivo y con efectos de cosa juzgada las controversias que giren alrededor de los dictámenes expedidos por las juntas de calificación de invalidez². Pero ello en ningún modo implica que tales dictámenes, habida cuenta la naturaleza sui generis que los caracteriza según los lineamientos que se acaban de describir, carezcan de carácter vinculante mientras la jurisdicción laboral no se pronuncia al respecto”.* (Negrillas fuera de texto original)

- d. Las Juntas de Calificación como peritos técnicos no pueden resolver controversias en derecho:** La competencia para resolver conflictos jurídicos propiamente dichos corresponde, por definición Constitucional, a la Jurisdicción ordinaria, y por tanto las circunstancias de índole legal que no se circunscriben a los elementos técnicos de la calificación deben estar excluidos del análisis médico que implica la calificación de invalidez.

Corresponde entonces al funcionario judicial dirimir las controversias en derecho que, aunque tangencialmente relacionadas con las consecuencias jurídicas del dictamen de calificación, no forman parte de la fundamentación ni del ámbito de competencia pericial de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Lo anterior denota que las decisiones expedidas por estas entidades se circunscriben a los elementos de carácter médico que se someten a su revisión, sin que sea viable introducir en las decisiones que se construyen con una base exclusivamente médica y ocupacional, elementos que son absolutamente ajenos a su naturaleza y al ámbito de su experticia como lo son el historial de afiliación y cotización de los trabajadores y sus probabilidades pensionales; ya que esto constituiría una vulneración directa a la independencia de los organismos técnicos-periciales, comprometiendo igualmente las garantías de imparcialidad, objetividad y equidad para las partes del proceso de calificación.

2. CALIFICACIÓN TÉCNICA DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN – APLICACIÓN DEL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ:

La calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral, para establecer el estado de invalidez y determinar su Fecha de Estructuración, se rige por los criterios técnicos establecidos en el Manual

¹ Sentencia C-417-03 M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

² Es en este sentido que la Corte Constitucional en el fallo C-1002 de 2004 reseñado, precisa citando la sentencia de la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, del 29 de septiembre de 1999 (arriba mencionada), que *“la negativa parcial o total de la pensión de invalidez es, en esencia, un conflicto jurídico y como tal, su conocimiento está atribuido por la Constitución Política y por la propia ley laboral al juez del trabajo (art. 2° CPL).”*



Único de Calificación, por mandato expreso de la Ley 100 de 1993 en su Artículo 41, modificado por el Artículo 52 de la Ley 962 de 2005 y el Artículo 142 del Decreto Ley No. 019 de Enero de 2012:

"Artículo 41. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y **con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, vigente a la fecha de calificación, que 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...**" (Negrillas fuera de texto original)

El Manual Único de Calificación vigente en la actualidad es el Decreto 917 de 1999, cuyo campo de aplicación está definido en su Artículo 1°:

"Artículo 1°. Campo de aplicación. 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 los artículos 38°, siguientes y concordantes de la Ley 100 de 1.993, el 46° del decreto ley 1295 de 1994 y el 5° de la ley 361/97".

Estableciéndose que la persona cuya condición se encuentra bajo estudio ha alcanzado un estado de invalidez, deberá determinarse la Fecha de Estructuración, debiendo ceñirse a los lineamientos técnicos del Manual Único de Calificación de Invalidez; actualmente el Decreto 917 de 1999 establece en su **Artículo 3°** lo concerniente a la Fecha de Estructuración:

"Artículo 3. Fecha de estructuración o declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Es la fecha en que se genera en la persona una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación".

Desde este punto debe indicarse que el ordenamiento jurídico Colombiano establece con absoluta claridad, que la Fecha de Estructuración **siempre debe fijarse con base en la historia clínica del (a) paciente** y en razón a argumentos de carácter médicos; de tal forma que la declaratoria de la invalidez así como todos los aspectos implícitos en este análisis obedecen a un criterio eminentemente técnico – médico - científico.

3. CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN EN CONTINGENCIAS DE CARÁCTER DEGENERATIVO:

Es clara la norma al reconocer que la fecha de estructuración debe coincidir con el momento en que la evolución de una o varias patologías se consolidan de tal forma que invalidan o producen una limitación a la persona de forma definitiva, ya que la Fecha de Estructuración no se predica solamente de los casos que generan una invalidez; a su vez indica que esta debe establecerse a partir del estudio de la historia clínica del paciente con fundamento en la evolución documentada de la enfermedad. Así las cosas, se encuentra respecto a la Fecha de Estructuración:

a. "Fecha en que se genera en la persona una Pérdida de Capacidad Laboral":

Es una fecha, es decir, **un momento cierto, concreto, y determinable en el tiempo.** En virtud a la certeza que deben ofrecer los antecedentes del caso bajo análisis, ésta fecha



siempre deberá determinarse a partir de un registro concreto en la historia clínica, teniendo en cuenta que la memoria humana es absolutamente falible y que además, los criterios de ponderación definidos en el Manual para considerar un estado de invalidez, obedecen a elementos absolutamente objetivos.

De plano se descarta la posibilidad de asignar vagamente una condición de invalidez a *el año tal*, o *hace aproximadamente tantos años / meses*, o *alrededor del mes tal*. Debe tenerse en cuenta que se exige una fecha determinada, bajo el presupuesto de que una persona que ve comprometida su funcionalidad en todos los niveles al extremo de alcanzar una invalidez, ha debido recibir una atención médica cuanto menos prudencial; pues al indicarse un 50% o más de Pérdida de Capacidad Laboral se habla de una condición considerablemente grave, frente a la cual de ninguna manera debería omitirse el mínimo control médico.

b. "En forma permanente y definitiva":

La Fecha de estructuración corresponde al momento en que **las limitaciones del paciente alcanzan tal gravedad que, al sumarse los puntajes de cada capítulo del Manual Único de Calificación (Deficiencias + Discapacidades + Minusvalías), llega o supera al 50% de Pérdida de Capacidad Laboral**.

Con independencia al tiempo que haya tomado la enfermedad para desarrollarse hasta tal punto pues lo que debe establecerse es en qué momento se constituyó como inválida la persona, o se adquiere un grado de Pérdida de Capacidad Laboral definitivo (cuando no se alcanza la invalidez).

La Fecha de estructuración corresponde al último momento en que **las limitaciones del paciente alcanzan tal gravedad que al ponderarse los porcentajes del Manual Único de Calificación, llega o supera al 50% de Pérdida de Capacidad Laboral**. Por definición del mismo Manual, **se excluyen las etapas iniciales de una enfermedad**, ya que solo puede calificarse la Pérdida de Capacidad Laboral generada por una condición clínica, sea o no invalidante, al cumplirse los presupuestos definidos en el Artículo 9° del Decreto 917 de 1999 (inciso 2°):

"La calificación de la pérdida de capacidad laboral del individuo deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología, se termine el tratamiento y se hayan realizado los procesos de rehabilitación integral, o cuando aún sin terminar los mismos, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría." (Subrayas fuera de texto original)

Al definir la norma que corresponde al momento en que se genera a la persona un grado de invalidez *"en forma permanente y definitiva"*, integra dos aspectos fundamentales:

- Que para las **enfermedades que presentan una evolución**, con independencia de la progresión que haya presentado la enfermedad para llegar al punto de invalidez, no puede corresponder al inicio de los síntomas, ni al momento del primer diagnóstico, ni a las primeras referencias médicas; sino que debe corresponder al tiempo en el cual se consolidan definitivamente las limitaciones y secuelas generadas por una condición clínica.
- El aspecto definitivo también se refiere a la **necesidad de agotar los tratamientos y procedimientos** médicamente pertinentes para propender a la recuperación y rehabilitación de la persona, pues gran parte de las enfermedades invalidantes, sean o no consideradas como catastróficas, pueden presentar remisión (ausencia de enfermedad) o



Libertad y Orden

recuperación funcional pese a la afectación que en determinado momento haya podido presentar la persona.

Ejemplo de ello son las enfermedades neoplásicas (cáncer), en las cuales el paciente puede en términos reales presentar una recuperación completa de una condición que pudo ser considerablemente grave, pero que con los tratamientos adecuados puede desaparecer; así como las lesiones o enfermedades de origen traumático, o de tipo psicológico o mental, en que los procesos de rehabilitación pueden dar oportunidad a la persona de recuperar aptitudes ocupacionales y para su vida diaria.

Se trata de circunstancias en que solo puede establecerse su carácter invalidante, y por tanto la Fecha en que se estructura y consolida la condición de invalidez, solamente cuando se corrobora médicamente que las restricciones de la persona son irreversibles; lo cual NO puede establecerse en el inicio de una enfermedad ni en el momento mismo de sufrirse una lesión, sino cuando se agotan las probabilidades médicas de suministrar una recuperación al paciente.

c. ***“Debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica”:***

Esta fecha de estructuración, que no es otra que la fecha en que el individuo alcanza su condición de mayor compromiso funcional, **debe establecerse a partir de la Historia clínica del paciente**, siendo ésta la única prueba idónea para documentar la evolución y consolidación en el tiempo de las patologías y el momento cronológico más avanzado de sus limitaciones.

Por tanto, la fecha de estructuración debe soportarse exclusivamente en los registros médicos, clínicos y paraclínicos documentados **en la historia clínica**, bien sea a partir de una valoración médica efectuada como registro de una condición puntual, un examen, laboratorio o diagnóstico practicado, una remisión médica en que se indiquen los síntomas y/o limitaciones concretas, valoraciones y conceptos del médico tratante o de profesionales especializados, registros de las hospitalizaciones, intervenciones de rehabilitación, entre otros.

La condición de invalidez no puede ser calificada a partir de referencias y descripciones subjetivas de la persona afectada, no solo porque esto compromete el carácter objetivo y específico que debe tener la evaluación de una condición clínica, sino porque así mismo lo ordena el mismo Manual Único de Calificación de Invalidez en su Artículo 9°:

“Quienes legalmente pueden o deben determinar la pérdida de la capacidad laboral de una persona, deben tener en cuenta que la deficiencia debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente, o en forma combinada. Tales anomalías podrán ser determinadas por pruebas de ayuda diagnóstica del afiliado, referidas a sus signos y síntomas.”

Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. Por tanto, las decisiones sobre los porcentajes de deficiencia deben ser respaldadas con la historia clínica del paciente y las pruebas de ayuda diagnóstica, complementando así el criterio clínico. Los resultados obtenidos con las pruebas complementarias de diagnóstico deben corresponder a las alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o psíquicas detectables por tales pruebas, y confirmar los signos encontrados durante el examen médico. Las afirmaciones del paciente que solo consideran la descripción de sus molestias sin respaldo de signos o exámenes”



complementarios, no tienen valor para establecer una deficiencia." (Subrayas fuera de texto original)

La exclusión de las referencias del paciente que no cuenten con soporte en su historia clínica obedece primordialmente a que la calificación de invalidez debe ser en todo caso de carácter objetivo y concreto, el mismo Manual dispone para la calificación de cada condición clínica:

- Unos indicadores médicos específicos que solo pueden establecerse a partir de exámenes, imágenes diagnósticas o valoraciones específicas que arrojen determinados resultados, como sucede con las patologías que requieren registros clínicos particulares para asignar un porcentaje de Deficiencia; y,
- Unos descriptores funcionales que forzosamente deben ser registrados por una persona con la especialidad médica para informarlos en las expresiones propias de la disciplina médica que ejerce.

Evidentemente ninguno de los criterios de calificación puede ser suministrados por la propia persona, porque es el profesional tratante y el especialista que ha hecho el seguimiento de las enfermedades quien debe registrar en la forma más concreta y objetiva posible cuáles son sus hallazgos al evaluar al paciente.

d. "Puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación":

Finalmente como criterio subsidiario, existe la posibilidad de asignar como Fecha de estructuración la misma calenda en la cual se lleva a cabo la valoración / calificación del paciente por parte del grupo calificador. Ante la imposibilidad de evaluar a partir de una historia clínica, bien sea por ausencia de esta o insuficiencia en los documentos existentes, puede el calificador asignar como Fecha de estructuración la misma calenda en que está practicando la evaluación del paciente; pues la norma también dispone que: "puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación".

Este criterio sería aplicable en los casos en que por diversas circunstancias no existe una debida documentación que permita realizar el seguimiento histórico en la evolución de la enfermedad y el establecimiento de sus secuelas; ya que, al evaluarse a la persona en el momento mismo en que se requiere la calificación, que suele coincidir con el momento de mayor gravedad, este es el momento en que el calificador evalúa en forma integral y conjunta todas y cada una de las restricciones que presenta el paciente y que dan lugar en ese instante a su solicitud de reconocimiento de invalidez.

Cuando no resulta posible tener acceso a una historia clínica debidamente documentada, y por tanto no puede establecerse la génesis ni la evolución temporal, ni los avances y/o retrocesos clínicos y funcionales del paciente, bien sea por extravío de la historia clínica, o por descuido del afectado o su familia en cuanto a someterse a un seguimiento profesional paulatino de su propia enfermedad, el calificador puede establecer la fecha de estructuración haciéndola coincidir con el momento en que realiza el examen o la calificación propiamente dicha del paciente.

4. CIRCUNSTANCIAS NO PREVISTAS LEGALMENTE

Las Juntas de Calificación de Invalidez son entidades interdisciplinarias integradas por Médicos, Psicólogos y/o Terapeutas, de naturaleza eminentemente técnica y son las contingencias de salud las que constituyen el material de estudio de estas instituciones, que al constituirse como organismos independientes de las entidades responsables de Seguridad Social (EPS, ARL, AFP, etc.), no tienen



Libertad y Orden

Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

injerencia ni relación alguna con los factores del orden legal relacionados con el reconocimiento o negativa de una prestación social determinada.

Por lo anterior no se someten a la revisión de las Juntas de Calificación aspectos como la vinculación y actividad laboral, ni los tiempos cotizados por parte de los pacientes en el Sistema de Seguridad Social Integral.

Existen circunstancias médicas particulares que, si bien pueden generar un punto de conflicto a nivel jurídico frente a las entidades eventualmente responsables de las prestaciones pensionales ante una condición de invalidez de sus afiliados, e incluso para el funcionario judicial como autoridad constitucionalmente responsable de dirimir las divergencias eminentemente jurídicas dentro del Sistema de Seguridad Social, resultan ajenas al análisis de carácter médico-pericial encomendado por el Legislador a las Juntas de Calificación.

Estas situaciones no son inherentes al proceso de calificación porque en el ordenamiento jurídico Colombiano está dispuesto que la competencia de las Juntas **se concentra en evaluar las contingencias médicas dentro de las probabilidades ocupacionales y de la vida diaria de los afiliados al sistema**, mas no se confiere facultad alguna a estas entidades para extender el ámbito de su competencia a circunstancias que no formen parte del análisis médico de los pacientes evaluados.

TODA determinación de la fecha de estructuración de la invalidez, con independencia de la etiología de las condiciones clínicas, sean estas degenerativas, progresivas o invariables, **DEBE** por expresa disposición legal sujetarse a la definición del Manual de Calificación; de tal suerte que **TODA** fecha que se pretenda asignar debe cumplir los criterios puntuales definidos por el Gobierno Nacional.

En efecto el Dictamen emitido por las Juntas de Calificación de Invalidez reviste unos efectos jurídicos dentro del Sistema de Seguridad Social, y también fuera de él en virtud a la extensión de competencia para calificar la Pérdida de Capacidad Laboral en otros escenarios. Sin embargo, restringiendo el análisis exclusivamente al Sistema de Seguridad Social Integral, encontramos situaciones concretas que, sin implicar una controversia de carácter médico frente a la fecha de estructuración asignada, si suponen un punto de conflicto para el individuo materialmente inválido que en virtud a la evolución de sus condiciones clínicas, no tendría concretamente una posibilidad pensional.

Dentro de los casos consultados por la H. Corte Constitucional se evidencian varias de estas circunstancias especiales en que, lejos de depender del criterio médico para asignar la fecha de estructuración, la controversia se produce en razón a la utilidad que puede o no tener dicha fecha frente a las expectativas pensionales del paciente inválido, situación que **depende en forma exclusiva de las disposiciones legales que rigen el Sistema General de Pensiones y el acceso a las prestaciones por invalidez:**

- a) **La condición de invalidez rara vez es inmediata:** Es excepcional que se constituya una situación de invalidez en el momento mismo de darse un diagnóstico o presentarse un accidente, pues tanto las enfermedades como las secuelas de un evento traumático suelen ser variables y su instauración y consolidación depende de la respuesta que presente la persona a los tratamientos suministrados.

Dentro de este presupuesto, aún los eventos accidentales pueden presentar una evolución o involución de las condiciones clínicas, siendo diversas las circunstancias en las cuales el tratamiento suministrado puede conllevar una mejoría considerable de las secuelas aún en los siniestros más calamitosos, o por el contrario derivarse en una condición más gravosa posterior al accidente, cuando se da una evolución tórpida de las secuelas.



Libertad y Orden

Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

En las enfermedades y patologías propiamente dicho, el diagnóstico por sí mismo no se traduce en invalidez, con independencia de que una condición clínica sea o no considerada como "catastrófica" ésta puede tratarse y rehabilitarse, siendo en todo caso posible que la persona logre adquirir nuevamente sus habilidades funcionales u obtener otras, y así mismo llegar a una reincorporación a sus actividades habituales.

- b) **La condición de invalidez por enfermedades degenerativas se adquiere en forma paulatina:** Este aspecto está íntimamente ligado al punto anterior, pues las condiciones clínicas que generan una Pérdida de Capacidad Laboral superior al 50% en la mayoría de los casos se desarrollan en forma progresiva.

Existen diversos diagnósticos que afectan también a diferentes segmentos orgánicos, que tienen un momento de inicio y consolidación muchas veces asintomáticos, que no son detectables hasta el momento en que se instauran de tal forma que comienzan a generar síntomas y limitaciones funcionales a los pacientes, y que así mismo pueden permanecer lapsos considerables progresando paulatinamente para finalmente llegar a generar tal limitación, bien sea funcional u orgánica, que la persona queda en condición de invalidez.

En ninguno de estos casos es factible y menos aún válido, pretender que la Fecha de Estructuración se remonte al momento del diagnóstico ni al inicio de los síntomas de la enfermedad, pues la característica propia de las enfermedades es precisamente su progresión en el transcurso de los años, sin que se pueda considerar que una patología sea invalidante por su solo diagnóstico hasta que no se configuren los rangos de Deficiencia definidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez para adjudicar un 50% de Pérdida de Capacidad Laboral.

De allí la vital importancia en obtener y conservar la documentación de la historia clínica que permita a los calificadores inferir cuál ha sido la evolución de la enfermedad, y determinar a partir de los criterios médicos objetivos en qué punto de evolución de la patología se ha consolidado finalmente una condición de invalidez.

- c) **Superposición de diagnósticos en la determinación de la fecha de estructuración de la invalidez:** Existen casos en los cuales los pacientes pueden presentar diversas condiciones clínicas que en forma concomitante generan una condición de invalidez.

El análisis deberá enfocarse entonces a establecer cuál de ellas puede determinarse como la condición invalidante, teniendo en cuenta factores de carácter médico como lo son el peso porcentual de las Deficiencias generadas por cada patología o lesión, respecto a las demás restricciones que se califican; debiendo determinarse también si es una condición sobreviniente la que finalmente consolida una Pérdida de Capacidad Laboral del 50%.

Es probable y de hecho hay incontables antecedentes al respecto, que una persona adquiera una condición de invalidez que persiste en el tiempo, pero que el paciente logre sobreponerse a ella a partir de las habilidades residuales; típicamente se encuentran casos de pacientes con alteraciones en funciones motoras, que comprometen su libre movilización y aptitudes físicas (parálisis, amputaciones, etc.), que pese a la invalidez material conservan capacidades que al ser explotadas le permiten la incorporación o retorno al mercado laboral.

Finalmente, existen antecedentes múltiples de otras situaciones en que **el conflicto no lo genera el análisis médico para asignar la Fecha de Estructuración, sino el desconocimiento Legislativo frente a situaciones sociales que deben incorporarse a las normativas del Sistema de Seguridad Social**, pues al hacer caso omiso de ellas se están generando situaciones de desprotección hacia los ciudadanos que por uno u otro motivo no logran cubrir los requisitos establecidos para las prestaciones por invalidez.



Sin embargo, se trata de **situaciones que escapan de la definición técnica y de la competencia pericial de las Juntas de Calificación, que sobrepasan las funciones públicas conferidas a estas entidades**, y que deberían resolverse desde la perspectiva jurídica para suministrar una real protección a las personas en condición de discapacidad, facultad que concierne únicamente a la administración de justicia, y que concretamente no se extiende a las funciones públicas legalmente establecidas para las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez.

- a) **Pacientes que han ejercido actividad laboral posterior a la condición de invalidez:** Así mismo hay condiciones que al implicar restricciones funcionales conllevarían directamente a una declaratoria de invalidez al aplicarse los criterios del Manual Único de Calificación de Invalidez pese a no ser calificadas inmediatamente, como sucede por ejemplo con las secuelas motoras de poliomielitis infantil.

En estos casos los pacientes ya tienen constituida una condición de invalidez en el sentido médico, ante la Ley, si fueran calificados en el momento de generarse la restricción definitiva, se asignaría el 50% o más de Pérdida de Capacidad Laboral; no obstante estas personas se sobreponen a la condición de invalidez y en muchos casos adquieren una formación profesional y aptitudes para ejecutar una labor remunerada. Han estado en condición de invalidez aunque esta no se ha declarado jurídicamente, y solo cuando sobreviene una complicación posterior a su pérdida llegan a necesitar la prestación pensional.

Se refiere esta situación a personas que cotizan al sistema de pensiones porque, a pesar de su condición de invalidez técnica y material, tienen una capacidad laboral residual que les permite incorporarse a la fuerza laboral, pero por circunstancias distintas a la invalidez previa, como la aparición de una nueva enfermedad, una nueva lesión, o agravamiento de la invalidez ya existente, pierden esa capacidad laboral residual.

Médica y técnicamente el paciente ha estado inválido durante la mayor parte de su vida, y a la pregunta: ¿desde cuándo alcanzó la invalidez la persona? habrá que responder que esto ocurrió desde antaño cuando se consolidaron sus limitaciones, porque la calificación en todo caso solo puede obedecer a un criterio médico frente a unas reglas determinadas en el Manual Único de Calificación de Invalidez, norma de rango legal.

En estas circunstancias no se refiere el conflicto a desmentir la condición de invalidez que ha persistido durante años, sino a que el Sistema reconozca o no las cotizaciones posteriores a la constitución de la invalidez para asumir una prestación que solo se solicita cuando se hace necesario; pero **este es un asunto eminentemente jurídico que obedece en forma exclusiva a las disposiciones legales que rigen el acceso a una pensión**, todas ellas ajenas al carácter médico de las Juntas, y propias del marco legislativo, cuya resolución no puede depender desconocer los antecedentes médicos del paciente, sino subsanar el vacío normativo del Sistema General de Pensiones ante estas circunstancias.

- b) **Personas que, habiendo aportado al sistema, se desvinculan de éste y posteriormente quedan en condición de invalidez:** Existe pluralidad de antecedentes en los cuales el trabajador ha estado vinculado durante un tiempo bien sea reducido o considerable al Sistema de Seguridad Social, realizando los aportes legales para cotizar al régimen general de Pensiones, que sin embargo, en razón a las circunstancias económicas y sociales en un momento dado son desvinculados laboralmente sin poder dar continuidad a las cotizaciones.

En razón a las problemáticas económicas de las décadas anteriores, un porcentaje considerable de personas perdieron sus empleos, debiendo subsistir a partir de la



informalidad, y viéndose en la posibilidad económica de mantener una cotización a las entidades de Seguridad Social.

Posteriormente, en razón a su edad, a un incidente imprevisible, la aparición de una enfermedad limitante o al detrimento de una condición de salud previa, se llega a un estado de invalidez; pero al no poder acreditarse la cotización al sistema de pensiones en forma inmediatamente anterior a la configuración de la invalidez, les es denegado el acceso a la pensión en desconocimiento de los aportes realizados en los tiempos en que les fue posible realizar los pagos establecidos al sistema.

Circunstancia que se presenta por cuanto la calificación de invalidez y la asignación de su Fecha de Estructuración NO constituye el requisito único para acceder a las prestaciones por invalidez; contrario a ello, el dictamen de invalidez solamente constituye la pieza inicial para la concesión o negativa de la pensión por este concepto, con base en el cual la entidad Administradora de Fondo de Pensiones debe analizar si se cumplen o no los requisitos, ahora sí del orden legal, definidos en la Ley 860 de 2003: la cantidad de semanas cotizadas al sistema general de pensiones.

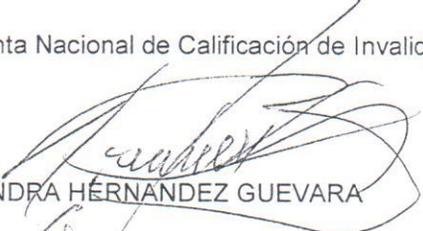
Cabe indicar que la acreditación de las semanas de cotización y su cuantificación permanece incólumes en el sistema jurídico Colombiano, debiéndose en todo caso cumplirse con este requisito, que como ya se indicó solo concierne al Fondo de Pensiones evaluar y decidir sobre su procedencia.

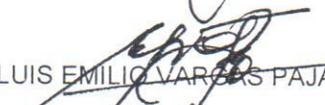
- c) **Pacientes que no han ejercido actividad laboral alguna:** Concretamente, no hay una inclusión en el Sistema de Seguridad Social para los pacientes que presentan una condición invalidante congénita o previa al momento en que sería viable su incorporación laboral, pero que debido a la gravedad de las restricciones que su invalidez generan para la vida diaria les resulta imposible incorporarse a la fuerza laboral.

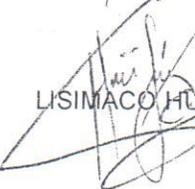
Dada en Bogotá el primero (1º) de agosto de 2014 y se remite a las Juntas Regionales por intermedio de la Dirección Administrativa.

Para constancia firman los integrantes y miembros de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.


EDGAR HUMBERTO VELANDIA BACCA

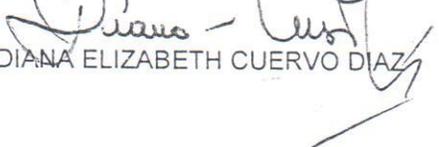

SANDRA HERNÁNDEZ GUEVARA


LUIS EMILIO VARGAS PAJARO


LISIMACO HUMBERTO GOMEZ ADAIME


JORGE FERREIRA GOMEZ


ADRIANA DEL PILAR ENRIQUEZ CASTILLO


DIANA ELIZABETH CUERVO DIAZ


MANUEL HUMBERTO AMAYA MOYANO



Libertad y Orden

Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

Luiz Helena Cordero Villamizar
LUZ HELENA CORDERO VILLAMIZAR

Diana Nelly Guzman Lara
DIANA NELLY GUZMAN LARA

Margoth Rojas Rodriguez
MARGOTH ROJAS RODRIGUEZ

Mary Pachon Pachon
MARY PACHON PACHON

Dora Angelica Vargas Ruiz
DORA ANGELICA VARGAS RUIZ

Victor Hugo Trujillo Hurtado
VICTOR HUGO TRUJILLO HURTADO

Gloria Maria Maldonado Ramirez
GLORIA MARIA MALDONADO RAMIREZ

Cristian Ernesto Collazos Salcedo
CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO.



**DIRECTRIZ DE UNIFICACION DE CRITERIOS NO. 002
APROBADA EN SALA PLENA DEL 1 DE AGOSTO DE 2014
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ**

A partir de la vigencia del Decreto 1352 de 26 Junio de 2013, se establecieron parámetros y directrices que deben tenerse en cuenta al momento de llevarse a cabo el trámite de envío de los expedientes a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, por lo que Sala Plena de La Junta Nacional de Calificación de Invalidez, conformada el 1 de Agosto del presente año, se permite realizar una síntesis de las normas establecidas en el Decreto 1352 de 2013, que las Junta Regionales deben tener presente y darle cabal cumplimiento:

I. CASOS EN LOS QUE NO PROCEDE RECURSO:

El Decreto 1352 de 2013, Art 1 Núm. 3, indica que **NO PROCEDE NINGÚN RECURSO** y por ende no es procedente conceder el recurso de apelación ante la Junta Nacional, en los siguientes casos:

- a. Cuando se requiera el dictamen con el objeto de presentarlo como prueba ante un **Trámite Judicial**.
- b. Con el objeto de presentarlo como prueba ante un **Trámite Administrativo**.
- c. En los casos que son remitidos a la Juntas Regionales **por intermediación del Ministerio de Trabajo** con el fin de realizar alguna reclamación en pacientes no afiliados al sistema de Seguridad Social.
- d. Cuando se inició el trámite de calificación para hacer valer un derecho ante **Compañías de Seguros**.
- e. Cuando se inicia el trámite de calificación para hacer valer un derecho ante **Entidad Bancaria**.
- f. Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997 (Ley de Reparación de Víctimas)

En estos casos, el solicitante debe demostrar el interés jurídico y manifestar en forma escrita, la causal o motivo para el que requiere la calificación que solicita e indicar expresamente cuáles son las partes interesadas.

La norma consagra taxativamente que para estos casos las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez "ACTUARAN COMO PERITOS" y no procederá ningún recurso. Se precisa al respecto, que la Junta Regional deberá informar al solicitante que contra la calificación emitida **NO PROCEDE RECURSO ALGUNO**.

Estos casos **por ningún motivo deben ser remitidos a la Junta Nacional**. (Art 1 Núm. 3 y Art 54, Decreto 1352 de 2013.)

II. CASOS EXCEPCIONALES EN QUE SE PUEDE RECURRIR DIRECTAMENTE A LAS JUNTAS DE CALIFICACION

El Art 29 del decreto 1352 de 2013 establece taxativamente los eventos en los cuales el trabajador o su empleador y el pensionado por invalidez pueden presentar la solicitud de calificación o recurrir directamente ante la Junta de Calificación de Invalidez, señalando:

- a) Si transcurridos treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral aún no ha sido calificado en primera oportunidad, en todos los casos, la calificación no podría pasar de los quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.



- b) Cuando dentro de los cinco (5) días siguientes a la manifestación de la inconformidad, conforme al artículo 142 del Decreto 19 de 2012, las entidades de seguridad social no remitan el caso ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

El trabajador debe manifestar expresamente por escrito la causal que invoca para acudir directamente ante la Junta Regional y la solicitud debe estar acompañada de los documentos que den cumplimiento a los requisitos enumerados en el Art 29, lo cuales son obligatorios:

- Copia de la consignación de los honorarios.
- Carta u oficio dándole aviso a las entidades de seguridad social EPS, ARL y AFP
- Todos los documentos que estén en poder del solicitante, de conformidad con el Art 30 del Decreto.
- Calificación en primera oportunidad.

El Director Administrativo y Financiero debe proceder a informar a la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo o a la entidad competente el incumplimiento de los términos en la primera oportunidad. Lo cual debe reposar en el expediente.

III. REQUISITOS MINIMOS DE CALIFICACION EN PRIMERA OPORTUNIDAD

El Decreto 1352 de 2013 establece además requisitos que deben cumplir las entidades de Seguridad Social en primera oportunidad. Todos los expedientes radicados en la Juntas Regionales deben estar acompañados **DE MANERA OBLIGATORIA**, de los documentos relacionados en la Tabla 1, estos son Requisitos mínimos que están señalados en la norma y que deberá contener la Calificación de Primera Oportunidad y sin estos NO SERÁ VIABLE EMITIR LA CALIFICACIÓN:

REQUISITOS MINIMOS DE CALIFICACION EN PRIMERA OPORTUNIDAD		
PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO	PRESUNTA ENFERMEDAD LABORAL	MUERTE
<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia simple del documento de identidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia simple del documento de identidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato único de reporte de accidente de trabajo FURAT. (Responsabilidad del Empleador)
<ul style="list-style-type: none"> • Formato único de reporte de accidente de trabajo FURAT. (Responsabilidad del Empleador) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Puesto de Trabajo donde se analice los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto el trabajador, con descripción biomecánica de las tareas que realiza y de los aparatos, equipos o elementos que utiliza en la realización de sus labores. (Responsabilidad del Empleador) 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro civil de defunción
<ul style="list-style-type: none"> • Informe de investigación sobre el accidente. (Responsabilidad del 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratos de trabajo, si existen, durante el tiempo de exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acta del levantamiento del cadáver.



Empleador)	(Responsabilidad del Empleador)	
<ul style="list-style-type: none"> Calificación del origen y/o pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0. 	<ul style="list-style-type: none"> Calificación del origen y/o pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0. 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de Necropsia.
<ul style="list-style-type: none"> Copia completa de la Historia Clínica de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que lo hayan atendido, antes, durante y después del acto médico. 	<ul style="list-style-type: none"> Copia completa de la Historia Clínica de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que lo hayan atendido antes, durante y después del acto médico. 	<ul style="list-style-type: none"> Calificación del origen y/o pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0.
		Copia completa de la Historia Clínica de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que lo hayan atendido antes, durante y después del acto médico.
		<ul style="list-style-type: none"> Informe de investigación sobre el accidente. (Responsabilidad del Empleador)

Tabla No. 1

Para la verificación de dichos requisitos el Director Administrativo y Financiero de la Junta Regional deberá firmar la lista de chequeo y dar cumplimiento al procedimiento señalado en el artículo 31 cuando las solicitudes se presenten incompletas

En lo que refiere a los documentos que son responsabilidad del Empleador, el Art 30 en su Parágrafo 1, regula que si el empleador no certifica o allega algunos de los requisitos para el trámite que son su responsabilidad, la entidad de Seguridad Social debe dejar constancia escrita del incumplimiento de los requisitos, debiendo informar al respecto a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo para la investigación y sanciones en contra de la Empresa o Empleador. Cuando el empleador no aporte los documentos se puede acudir a la ARL para la reconstrucción. (parágrafo 2)

En caso de insistencia por parte del solicitante, en la radicación del expediente sin la información completa de exposición ocupacional, el Parágrafo 3 Indica que, la Junta Regional recibirá advirtiendo que se podrá solicitar concepto de alguna de las entidades o profesionales del equipo interconsultor de las Juntas, con el fin de reconstruir la exposición ocupacional a criterio del médico valorador, cuyos costos los asumirá la Administradora de Riesgos Laborales y los recobrará al respectivo empleador.

Además de los requisitos nombrados anteriormente, el expediente que es remitido a las Juntas Regionales, por medio de las Entidades de Seguridad Social, debe estar acompañado **OBLIGATORIAMENTE** de los siguientes documentos:

1. **DICTAMEN.** El expediente que llegue a la Junta Regional tendrá anexo el dictamen emitido en primera oportunidad, acompañado de los fundamentos de hecho y derecho que sirvieron de base para emitir la calificación del caso y soportado en el Manual Único para la Calificación de Invalidez o manual vigente a la fecha de la calificación.



Es importante precisar que la Calificación se basa **solo en lo que ha existido controversia**, tal como lo menciona el Artículo 40, inciso 4 y el Art 142 del Decreto 019 de 2012.

El Dictamen debe llevar **NOMBRE Y FIRMAS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO** que lo emitió; de conformidad con los Artículos 5 y 6 del Decreto 2463 del 2001. De lo contrario la Junta Regional deberá efectuar la devolución del respectivo expediente tal como está regulado en las causales de devolución establecidas. (Art 33, Núm. 2 *Ibíd.*)

2. **NOTIFICACIONES A LAS PARTES INTERESADAS.** Deberá reposar en el expediente constancia de las Notificaciones efectuadas desde la primera oportunidad; indicando e forma clara la fecha en que se realizó. Se precisa, que las notificaciones deben realizarse a **todas las partes interesadas**. (Art 2, *Ibíd.*) Se entiende como "personas interesadas" en el dictamen y de **obligatoria notificación**:
- *La persona objeto de dictamen o sus beneficiarios en caso de muerte.*
 - *La Entidad Promotora de Salud.*
 - *La Administradora de Riegos Laborales.*
 - *La Administradora del Fondo de Pensiones o Administradora de Régimen de Prima Media.*
 - *El Empleador.*
 - *La Compañía de Seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte"*

Si no obra en el expediente copia que evidencia la comunicación a las partes interesadas, La Junta Regional deberá proceder con la devolución del expediente. (Art 33 Núm.1. *Ibíd.*)

3. **CONTROVERSIAS:** Deberá obrar documento con la controversia presentada por las partes, indicando en forma clara la fecha en que se recibió. Al realizar la verificación si se encuentra **en la primera oportunidad** que las partes interesadas o el calificado, presentaron la o las inconformidades o controversias **por fuera de los diez (10) días** establecidos en el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012, la Junta Regional debe efectuar la devolución del expediente, por cuanto dicha calificación ya se encuentra en firme y **sólo procede la reclamación ante la justicia laboral ordinaria**. (Art 33 Núm. 4, *Ibíd.*)

La Junta Regional de Calificación debe resolver, única y exclusivamente, los asuntos que han sido controvertidos por las partes, de acuerdo a lo ordenado en el artículo 40 del Decreto 1352 de 2013.

IV. FORMALIDADES QUE DEBEN CUMPLIR LOS EXPEDIENTE QUE SE REMITEN A LA JUNTA NACIONAL.

Una vez emitido el Dictamen por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, el Director Administrativo y Financiero deberá cumplir a cabalidad ciertas formalidades regladas en el Decreto 1352 de 2013, al remitir los casos a la Junta Nacional.

Cuando la Junta Regional resuelva el recurso de reposición a favor del recurrente no procederá la remisión a la Junta Nacional, si este no es favorable a la solicitado por uno de los recurrentes será remitido, solo, **si se interpuso subsidiariamente el recurso de apelación y después de verificar el pago de honorarios correspondiente**.

Si se cumple con el presupuesto anterior, deberá ser remitido a la Junta Nacional dentro de los dos (2) días siguientes de presentado el recurso de apelación, una vez se surta la decisión del recurso de reposición, teniendo presente en todos los casos las siguientes formalidades:



- **PAGO ANTICIPADO.** Las Junta Nacional de Calificación recibirá de manera anticipada, el pago de los honorarios, ante la solicitud del dictamen; por lo tanto NO SE DEBERÁ REMITIR a la Junta Nacional el expediente en apelación sin copia que acredite la consignación del pago de Honorarios. (Artículo 43, *Ibíd.*).
- **DATOS ACTUALIZADOS DEL PACIENTE:** Para realizar una correcta citación y notificación al paciente a calificar, el expediente tendrá anexo documento con los **datos actualizados** del paciente de manera visible y clara.
- **RESPUESTA AL RECURSO DE REPOSICIÓN:** Deberá reposar en el expediente la respuesta otorgada ante el recurso de reposición.

Los recursos de reposición son resueltos únicamente por las Juntas Regionales; **NO DEBERAN REMITIRSE** estos casos a la Junta Nacional.

CUANDO SE TRATE DE PERSONAS JURÍDICAS, LOS RECURSOS DEBEN SER INTERPUESTOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO debidamente constituido, si existen poder general y/o especial, estos deberán reposar en el expediente.

- **CONSTANCIA DE LAS NOTIFICACIONES PERSONALES:** Las Juntas Regionales citaran a las partes interesadas con el fin de notificarles del dictamen emitido "dentro de los dos (2) días calendarios siguientes a la fecha de celebración de la audiencia privada", con el fin que comparezcan a notificarse personalmente. La constancia de estas notificaciones personales deberá permanecer en el expediente que sea enviado a la Junta Nacional. (Art 41 y Art 2 *Ibíd.*)
- Es importante, que el expediente remitido a la Junta Nacional siempre se allegue **DEBIDAMENTE FOLIADO** y legajado, conservando la secuencia lógica del trámite que se ha adelantado.

Se recalca que solo deberán ser remitidos los casos, **DONDE SUBSIDIARIAMENTE SE INTERPUSO EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EL RECURSO DE APELACIÓN Y CON EL PAGO DE HONORARIOS CORRESPONDIENTE.**

V. CASOS DE REVISIÓN PENSIONAL Y DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP)

- En los casos de revisión pensional en el Sistema de Riesgos Laborales y en el Sistema de General de Pensiones, debe tener en cuenta
 1. Es un requisito indispensable el dictamen en firme con el cual se ha otorgado el beneficio pensional, el cual **DEBE REPOSAR EN EL EXPEDIENTE.**
 2. Puede ser solicitado por la ARL o AFP cada tres (3) años.
 3. Puede ser solicitado por el Pensionado en cualquier tiempo.
 4. Debe acompañar de las pruebas que permitan demostrar cambios en el estado de salud.
 5. Cuando la nueva PCL sea inferior al 50% se debe modificar la fecha de estructuración.
 6. Cuando se presenta cesación o no existido el estado de invalidez se debe declarar expresamente la situación debidamente probada.



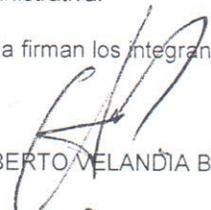
Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

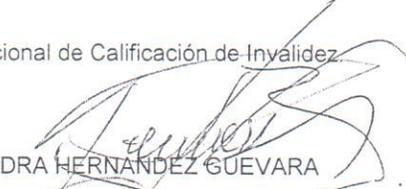
- En los casos de revisión de Incapacidad Permanente Parcial en el Sistema de Riesgos Laborales se debe tener en cuenta:
1. Indispensable dictamen en firme que debe reposar en el expediente
 2. Puede ser solicitado por la ARL, por el trabajador o personas interesadas
 3. Mínimo al año siguiente de la calificación en firme.
 4. El trabajador o calificado SOLO puede recurrir directamente a la Junta Regional si han pasado 30 días hábiles de la solicitud de revisión ante la ARL y no ha sido emitida.
 5. Si la PCL es superior al 50% se debe modificar la fecha de estructuración.

Por todo lo anterior, se recomienda a miembros e integrantes de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez dar cabal cumplimiento a cada uno de los puntos mencionados, con el fin de poder prestar un servicio eficiente y evitar tener que hacer devoluciones.

Dada en Bogotá el primero (1º) de agosto de 2014 y se remite a las Juntas Regionales por intermedio de la Dirección Administrativa.

Para constancia firman los integrantes y miembros de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.


EDGAR HUMBERTO VELANDÍA BACCA

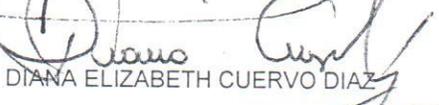

SANDRA HERNÁNDEZ GUEVARA


LUIS EMILIO VARGAS PAJARO


LISIMACO HUMBERTO GÓMEZ ADAIME

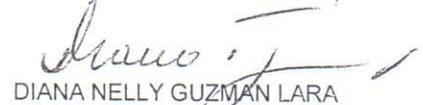

JORGE FERREIRA GÓMEZ


ADRIANA DEL PILAR ENRIQUEZ CASTILLO

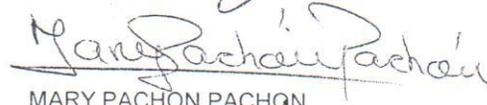

DIANA ELIZABETH CUERVO DÍAZ


MANUEL HUMBERTO AMAYA MOYANO

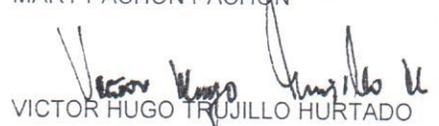

LUZ HELENA CORDERO VILLAMIZAR


DIANA NELLY GUZMÁN LARA


MARGOTH ROJAS RODRÍGUEZ


MARY PACHÓN PACHÓN


DORA ANGÉLICA VARGAS RUIZ


VICTOR HUGO TRUJILLO HURTADO


GLORIA MARIA MALDONADO RAMÍREZ


CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO.



**DIRECTRIZ DE UNIFICACIÓN DE CRITERIOS N. 003
APROBADA EN SALAPLENA DEL 1 DE AGOSTO DE 2014
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez en plenaria, en ejercicio de la competencia conferida por el Legislador mediante Artículo 13 numeral 2° del Decreto 1352 de 2013, se permite comunicar a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del país, la Directriz de unificación de criterio No. 003 de 2014, mediante la cual se desarrollan los parámetros legalmente estatuidos para la aplicación de la Tabla 1.1.6 del Manual Único de Calificación de Invalidez que establece:

TABLA No. 1.16: Síndromes dolorosos de columna

SÍNDROMES DOLOROSOS DE COLUMNA	Deficiencia (%)
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas.	0.0
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas leves a moderadas.	12.5
Hernia de disco operada, sin secuelas.	2.5
Hernia de disco inoperable según criterios médicos.	15.0
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas leves.	7.5
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas moderadas	10.0
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas severas	20.0
Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica	
Grado I	1.0
Grado II	2.0
Grado III	3.0
Grado IV	5.0
Espondilolistesis traumática con repercusión electromiográfica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica severa	20.0
Espondilolistesis traumática, operada, sin secuela electromiográfica	0.0
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica severa	20.0
Lumbalgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0.0
Lumbalgia post-traumática con moderadas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas	2.5
Lumbalgia post-traumática, con severas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas	5.0
Lumbociatalgias sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0.0
Lumbociatalgias con alteraciones clínicas y radiográficas y/o electromiográficas leves a moderadas.	5.0

- a. Las dos primeras descripciones de la tabla 1.16 (Cervicobraquialgia postraumática) pese a tratarse de una misma situación clínica, radiográfica y electromiográfica, se asigna una deficiencia diferente. Debe entenderse por tanto que tal situación obedece a un error tipográfico y que el primer ítem hace referencia a una **Cervicobraquialgia postraumática sin alteraciones clínicas,**



Libertad y Orden

Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

radiográficas ni electromiográficas, es decir, eventos agudos que presentaron dolor pero cuya situación se resolvió en su totalidad sin dejar secuela alguna. Como es posible encontrar hallazgos radiográficos en la población general, se hace necesario determinar que estos no son consecuencia del evento agudo sino crónico. En este caso la calificación de la deficiencia será de cero por ciento (0%).

- b. El segundo ítem hace referencia a una situación no resuelta (**Cervicobraquialgia postraumática con alteraciones clínicas, radiográficas y electromiográficas leves a moderadas**), no obstante que allí se asigna una única calificación de deficiencia de doce punto cinco por ciento (12.5%), dado el amplio espectro de situaciones que pueden resultar de la conjugación de los criterios a tomar en cuenta, es obvio que la asignación de la deficiencia **se debe modular** con fundamento en la real situación del calificado y que el doce punto cinco por ciento (12.5%) se reserva a quienes electromiográficamente presenten un mayor grado de daño o deterioro neuronal (afectación de raíz cervical), y a partir de allí y en forma proporcional, se asignará conforme a criterio médico debidamente sustentado en la ponencia, la calificación de la deficiencia en relación a la situación clínica, radiográfica y electromiográfica del calificado.
- c. El concepto de "hernia de disco inoperable según criterios médicos" con 15% solo se aplicará cuando teniendo indicación quirúrgica no es factible realizar la cirugía (ejemplo: cuando debido a un problema de salud como cardiopatía, neuropatía u otra enfermedad pueda correr riesgo la vida del paciente con el evento quirúrgico). Esto es diferente a que no tenga indicación quirúrgica o no se beneficie de la cirugía. En estos dos casos no se asignará el concepto de hernia inoperable.
- d. En los casos en que se esté calificando la pérdida de capacidad laboral de trastorno de disco derivado de enfermedad y dado que la tabla está creada más para lesiones traumáticas, se analogará a lumbociatalgia.
- e. Sobre las dos últimas descripciones de la tabla 1.16 (lumbociatalgia) debe tenerse en cuenta lo siguiente: el primer ítem hace referencia a una **lumbociatalgia sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas**, es decir, eventos agudos que presentaron dolor pero cuya situación se resolvió en su totalidad sin dejar secuela alguna. Como es posible encontrar hallazgos radiográficos en la población general, se hace necesario determinar que estos no son consecuencia del evento agudo sino crónico. En este caso la calificación de la deficiencia será de cero por ciento (0%). Con relación al último ítem (**lumbociatalgia con alteraciones clínicas y radiográficas con o sin alteraciones electromiográficas leves a moderadas**), la deficiencia será de 5.0%.



Libertad y Orden

Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

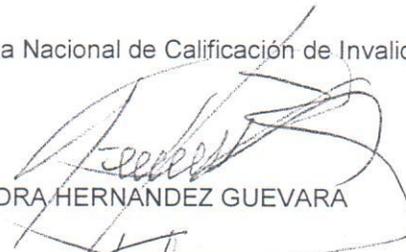
- f. En cuanto a las **radiculopatías**, se entiende que en el Decreto 917 de 1999 (Manual Único de Calificación de Invalidez). y AMA quinta versión hay un capítulo aparte para calificar lesión de nervio periférico y radiculopatías, dado que hay otras causas como las traumáticas o degenerativas en donde es factible aplicar estas tablas. Por tanto, NO se calificará radiculopatía de manera adicional haciendo uso del capítulo II del Decreto 917 de 1999, dado que en la tabla 1.16 se incluyen también los criterios electromiográficos.
- g. En cuanto a las **restricciones de movimientos** se tendrá en cuenta lo siguiente: Cuando se hace uso de la tabla 1.16 se entenderá como alteración clínica la presencia de espasmos musculares, problemas de tono, el dolor y las restricciones de movimiento. Las alteraciones electromiográficas son las que se reportan en dicho estudio como lesión nerviosa evidenciable mediante este procedimiento. De acuerdo con esto, no es procedente asignar deficiencias adicionales por restricción de arcos de movimiento de columna, excepto en los siguientes casos:
- Alteración anatómica estructural que esté causando la limitación de los arcos de movimiento, en cuyo caso **Sí** se adicionará la limitación de arcos de movilidad articular.
 - Fracturas con compresión de cuerpo o elementos posteriores, fracturas de vertebra reducidas
 - Hernias de disco operadas con secuelas persistentes de dolor o rigidez de columna
 - Casos de intervención de columna en varias ocasiones
 - Espondilólisis o espondilolistesis no operada en las que este documentado dolor y rigidez y está documentado o no espasmo
 - Estenosis espinal, inestabilidad segmentaria, espondilolistesis, fractura, luxación operada
- h. Siempre que se utilicen los anteriores conceptos por analogía del AMA quinta versión se incluirá el texto del numeral 4 del artículo 11 del Decreto 917 de 1999 (Manual Único de Calificación de Invalidez). *“Cuando una patología o diagnóstico no aparezca en el texto del presente Manual, o no se pueda homologar al mismo, se acudirá a la interpretación dada en instrumentos similares de otros países o de organismos internacionales, tales como la Comisión de Expertos de la OIT, el Manual de Consecuencias de la Enfermedad de la OMS y el Manual de Discapacidades de la Asociación Médica Americana AMA.”*



Dada en Bogotá el primero (1º) de agosto de 2014 y se remite a las Juntas Regionales por intermedio de la Dirección Administrativa.

Para constancia firman los integrantes y miembros de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

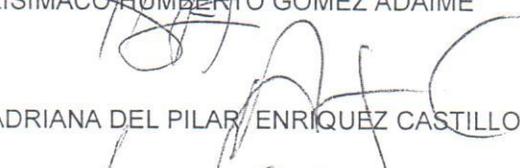

EDGAR HUMBERTO VELANDIA BACCA

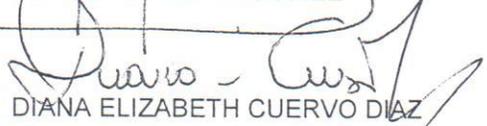

SANDRA HERNÁNDEZ GUEVARA

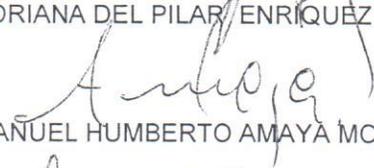

LUIS EMILIO VARGAS PAJARO


LISIMACO HUMBERTO GOMEZ ADAIME

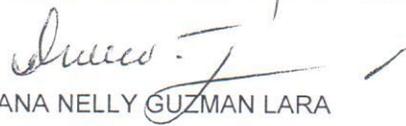

JORGE FERREIRA GOMEZ


ADRIANA DEL PILAR ENRIQUEZ CASTILLO

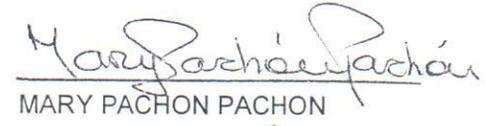

DIANA ELIZABETH CUERVO DIAZ


MANUEL HUMBERTO AMAYA MOYANO

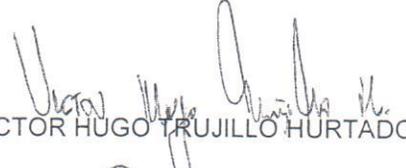

LUZ HELENA CORDERO VILLAMIZAR


DIANA NELLY GUZMAN LARA


MARGOTH ROJAS RODRIGUEZ


MARY PACHON PACHON


DORA ANGELICA VARGAS RUIZ


VICTOR HUGO TRUJILLO HURTADO


GLORIA MARIA MALDONADO RAMIREZ


CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO.