



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVI - N° 755

Bogotá, D. C., viernes, 1º de septiembre de 2017

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:	GREGORIO ELJACH PACHECO	JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
	SECRETARIO GENERAL DEL SENADO www.secretariassenado.gov.co	SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 109 DE 2017 SENADO

por la cual se establece la reglamentación del sistema de calificación del origen de la enfermedad, la pérdida de capacidad laboral y la fecha de estructuración, el adecuado procedimiento de las Juntas Médico-Laborales y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República, con base en las facultades constitucionales que le otorga la Carta Política de Colombia en su artículo 150 numeral 7 y en acatamiento a lo ordenado por la honorable Corte Constitucional en su Sentencia de C-914/13.

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto armonizar, organizar y garantizar la instancia, el derecho al debido proceso y la coherencia administrativa en el reconocimiento de los derechos a las prestaciones asistenciales y económicas de los trabajadores afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral y general de los habitantes del territorio nacional que se vean afectados en su integridad física y/o mental, como consecuencia de padecer las secuelas de una enfermedad o un accidente, sean estos de origen común o laboral.

Artículo 2º. *Campo de aplicación.* La presente ley se aplicará a las siguientes personas y entidades:

1. Los afiliados y aportantes a los sistemas generales de salud, riesgos laborales y pensiones.

2. La persona que al momento de solicitar la calificación afiliada al Sistema de Seguridad Social Integral, bien sea activa o inactiva, requiera dicha calificación para solicitar prestaciones económicas y asistenciales de cualquier origen.

3. Las personas que al momento de solicitar la calificación no se encuentran afiliadas Sistema General de Riesgos Laborales y requieran dicha calificación para solicitar prestaciones económicas y asistenciales por el tiempo que estuvieron afiliados a dicho sistema.

4. La Administradora Colombiana de Pensiones (Colpensiones) y Fondos Territoriales de Pensiones.

5. Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

6. Las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte.

7. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado.

8. Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) Los prestadores de servicios de salud.

9. Los beneficiarios inválidos del causante (afiliado o pensionado) para poder acceder a la pensión de sobrevivencia o sustitución pensional, en los términos de la Ley 100 de 1993 y a la pensión de vejez especial a cualquier edad en los términos del parágrafo 4º, artículo 9º de la Ley 797 de 2003.

10. Los hijos inválidos del cotizante para poder acceder como beneficiarios a los servicios de salud, en los términos del artículo 163 de la Ley 100 de 1993.

11. La persona natural o jurídica que demuestre un interés jurídico legítimo en la calificación, para acceder a prestaciones asistenciales y económicas contempladas dentro del Sistema de Seguridad Social Integral.

12. Las autoridades judiciales o administrativas.

Parágrafo. Se exceptúan de su aplicación, el régimen especial de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

y Trabajadores y pensionados de la Empresa Colombiana de Petróleos, salvo la actuación que se le soliciten a las Juntas Regionales y Nacional de Calificación la Pérdida de la Capacidad Laboral y de la Invalidez para actuar como peritos o en segunda instancia, sea el caso específico.

Artículo 3º. *Definiciones.* Al decidir sobre el grado de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración, se deberán tener en cuenta las siguientes definiciones:

Accidente de trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

Actividad. Realización de una tarea o acción por parte de una persona.

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

Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración. La calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral, del origen y de la fecha de su estructuración es el acto médico-laboral, mediante el cual se determinan las secuelas psicológicas y funcionales que pudieran derivarse de la ocurrencia de un accidente o de la presencia de una enfermedad y que pudieran afectar a las personas del territorio nacional y de los trabajadores cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social, durante su ciclo vital y laboral, en sus componentes, pensiones,

salud, y riesgos laborales, garantizándoles el reconocimiento oportuno de las prestaciones asistenciales y económicas a que pudieren tener derecho, independientemente de que estas sean de origen común o laboral.

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

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

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

Condiciones y medio ambiente de trabajo. Aquellos elementos, agentes, o factores que tienen influencia significativa en la generación de accidentes o enfermedades de los trabajadores. Quedan específicamente incluidos en esta definición, entre otros:

a) Las características generales de los locales, instalaciones, máquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás útiles existentes en el lugar de trabajo;

b) Los agentes físicos, químicos y biológicos, independientemente de su nivel de exposición, presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes concentraciones, o

c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados en el apartado anterior, que influyan en la generación de riesgos para los trabajadores y;

d) La organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales.

Daño corporal. Cualquier alteración somática o psíquica que, de una forma u otra, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya sea en lo orgánico, en lo mental o en lo funcional.

Debido proceso. En virtud del cual las actuaciones de las Juntas Médico-Laborales de Calificación se adelantarán, de conformidad con las normas de procedimiento y competencia establecidas en la Constitución, las normas técnicas y legales, así como con los antecedentes jurisprudenciales y con garantía de los derechos de representación, y contradicción.

Desempeño/realización. Lo que una persona hace en su contexto o entorno actual.

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

Enfermedad laboral. Es la enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El

Gobierno nacional determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales serán reconocidas como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.

Fecha de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Fecha en la cual se emite una calificación sobre el porcentaje de la pérdida de capacidad laboral u ocupacional.

Fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral. Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, así como con la fecha en la cual como consecuencia de sus lesiones funcionales se ha visto impedido para cumplir con sus labores habituales para las que fue contratado, y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los que no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso y con el fin de garantizar el derecho al debido proceso de los interesados, esta fecha debe estar argumentada, sustentada y fundamentada por el calificador y consignada en la calificación.

Imparcialidad. Los miembros de las Juntas Médico-Laborales de Calificación deberán actuar, teniendo en cuenta que la finalidad de los procedimientos en el proceso de la calificación consiste en asegurar y garantizar los derechos de las personas sin discriminación alguna y sin tener en consideración factores o interés y, en general, cualquier clase de motivación subjetiva, teniendo en cuenta la situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho.

Juntas Médico-Laborales de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, del origen y de la fecha de estructuración. Las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, creadas por mandato legal de la Ley 100 de 1993, que en lo sucesivo se denominarán como las *Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración*, son organismos colaboradores del Sistema de la Seguridad Social, adscritas al Ministerio del Trabajo, con personería jurídica, de derecho privado, con funciones públicas, sin ánimo de lucro, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales que emitan.

No reformatio in pejus. En virtud del cual existe prohibición de hacer más gravosa la condición para el único apelante.

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

Rehabilitación integral. Conjunto de acciones realizadas en el que se involucra al trabajador como sujeto activo de su propio proceso, con el objetivo de lograr su reincorporación, reubicación, readaptación o reinserción laboral y ocupacional, mantener la máxima autonomía e independencia en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

Trabajo habitual. Aquel oficio o labor que desempeña la persona con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración para la realización de una actividad específica para la cual fue contratada.

Riesgo. Probabilidad de que ocurra un daño frente a una o más exposiciones a diferentes contaminantes ambientales ocupacionales, y que puede ser causado por estos en la población trabajadora expuesta a dichos contaminantes, independientemente de los valores límite de exposición ocupacional.

TÍTULO II

PRINCIPIOS

Artículo 4º. Son los principios que ordenan la actuación propia de los miembros y decisiones de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración.

Dignidad humana. Las personas que intervienen en los procedimientos de que trata la presente ley serán tratadas con respeto a la dignidad humana.

Igualdad. Las personas y entidades encargadas de la Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración garantizarán la igualdad real de los intervinientes en los procedimientos y trámites de su competencia y protegerán especialmente a quienes, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y a quienes gozan de protección reforzada.

Imparcialidad. Las actuaciones de las entidades encargadas de la Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración se regirán bajo estrictos criterios de objetividad e imparcialidad y desprovistos de intereses o motivaciones subjetivas.

Debido proceso. Las actuaciones de las personas y entidades encargadas de la Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración se adelantarán, de conformidad con las disposiciones constitucionales,

legales, las normas técnicas y de procedimiento vigentes, y garantizarán el derecho de contradicción y representación de todos los intervinientes en el proceso.

Los términos para resolver las solicitudes y requerimientos previstos en la presente ley son de obligatoria observancia.

En ningún caso se hará más gravosa la condición del recurrente único.

Eficacia. Las personas y entidades encargadas de la Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración, garantizarán que los procedimientos logren su finalidad y para el efecto removerán de oficio los obstáculos puramente formales; evitarán dilaciones o retardos injustificados en la resolución de los asuntos sometidos a su conocimiento y sanearán, de acuerdo con la normativa vigente, las irregularidades procedimentales que se presenten.

Eficiencia. Refiere a la mejor utilización social y económica de los recursos humanos, administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha definido la eficiencia como la elección de los medios más adecuados para el cumplimiento de los objetivos y la maximización del bienestar de las personas.

Moralidad. Los miembros de las Juntas Médico-Laborales de Calificación están obligados a actuar con rectitud, lealtad y honestidad en sus actuaciones relacionadas con la determinación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración.

Integración. Además de las definiciones contenidas en la presente ley, las decisiones de las Juntas Regionales y Nacional deberán tener en cuenta los criterios y recomendaciones sobre la materia, de agencias y organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), la Organización Internacional. Así mismo, las disposiciones contenidas en la Guía Técnica para el Análisis de Exposición a Factores de Riesgo Ocupacional para el proceso de Evaluación en la calificación de Origen de Enfermedad, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en las enfermedades reconocidas como de origen laboral, según la tabla de enfermedades laborales, vigente a la fecha de la calificación.

Universalidad. El Estado –como sujeto pasivo principal del derecho a la seguridad social– debe garantizar las prestaciones de la seguridad social a todas las personas, sin ninguna discriminación, y en todas las etapas de la vida. Por tanto, el principio de universalidad se encuentra ligado al mandato de ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social señalado en el inciso tercero del mismo artículo 48 constitucional, el cual a su vez se refiere tanto a la ampliación de afiliación a los subsistemas de la seguridad social –con énfasis en los grupos más vulnerables– como a la extensión del tipo de riesgos cubiertos

Presunción de legalidad de los actos administrativos. Las 375 enfermedades definidas en la tabla de enfermedades laborales del Decreto 1477 de 2014 del Ministerio de Trabajo serán reconocidas de manera obligatoria por parte de las IPS, EPS y ARL y las Juntas, para efectos del reconocimiento de la enfermedad laboral en el momento en que ellas sean diagnosticadas.

TÍTULO III

GARANTÍAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL AL TRABAJADOR O TRABAJADORA QUE SUFRA ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Artículo 5º. *Derechos del trabajador o trabajadora que sufra accidente o enfermedad.*

Derecho a la prevención. Todo trabajador o trabajadora tiene derecho a que su empleador, en coordinación con la administradora de riesgos laborales (ARL), adopten las medidas de prevención idónea y necesaria para evitar enfermedades o accidentes en el trabajo. Estas medidas de prevención deberán ampliarse a los trabajadores no asegurados, tal y como se establece en la norma.

Conforme a lo establecido por el SGSST, el Ministerio de Trabajo, luego de seis (6) meses de promulgada esta ley, presentará a la Comisión Séptima del Senado los estudios de riesgo e implementación de medidas de prevención necesarias e idóneas para evitar las enfermedades y accidentes en el trabajo de las y los trabajadores informales.

Derecho a la asistencia integral. Todo trabajador o trabajadora que sufra un accidente bien sea de origen laboral o común e independientemente de si se encuentra o no afiliado al sistema general de seguridad social integral, o del régimen que lo cobija, tiene derecho a ser atendido de manera oportuna, sin dilaciones, de manera integral y a que se le brinde la asistencia técnica y científica de calidad y necesaria para evitar al máximo que como consecuencia de la enfermedad o el accidente se vea reducido en su capacidad laboral u ocupacional.

Derecho al pago oportuno e ininterrumpido de las prestaciones económicas. Todo trabajador o trabajadora afiliado al sistema de seguridad social integral, que sufra una enfermedad o accidente, independientemente de su origen, tiene derecho al pago oportuno e ininterrumpido de las prestaciones económicas a que haya lugar. El incumplimiento de estas obligaciones por parte de las entidades competentes dará lugar a la imposición de sanciones por parte del Ministerio de Trabajo.

Estabilidad laboral reforzada. Se garantiza el derecho constitucional a una estabilidad laboral reforzada a todo trabajador afiliado al Sistema General de Seguridad Social Integral que padezca las secuelas de una enfermedad o de un accidente, independiente de su origen común o laboral y que por las características de sus lesiones no se le reconozca pensión de invalidez. Por tal motivo y en ningún caso, su limitación podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral.

Asimismo, a ninguna persona con una limitación podrá terminársele su vinculación laboral en razón

de ello, salvo que medie autorización expresa y sustentada por parte de la autoridad competente.

TÍTULO IV

DE LA CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O MUERTE

Artículo 6°. *Notificación del presunto origen de la enfermedad o del accidente.* La Institución Prestadora de Servicios de Salud que atienda a un trabajador afiliado al Sistema General de Seguridad Social Integral, que sufra un accidente o que padezca una enfermedad, deberá informar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la prestación asistencial, a la Entidad Promotora de Salud, al Fondo Administrador de Pensiones y a la Administradora de Riesgos Laborales, del presunto origen común o profesional, de la contingencia atendida, según sea el caso específico.

Lo anterior para la competencia y responsabilidades en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas de cada una de las respectivas entidades administradoras.

Artículo 7°. *Indicios para determinar el origen laboral de una enfermedad.* Los indicios para determinar el presunto origen laboral de una enfermedad, que deban realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán sustentarse en la información suministrada por el trabajador al momento de la consulta, que permita establecer la relación de sus patologías actuales con el diagnóstico médico y los antecedentes laborales, contar con los indicios que permitan conocer la exposición a los factores de riesgo en las diversas ocupaciones u oficios, en los cuales se ha desempeñado el trabajador y las enfermedades de origen laboral reconocidas por el Gobierno nacional en la Tabla de Enfermedades Laborales vigente al momento de la consulta.

Por presunción de legalidad las 375 enfermedades definidas en la tabla de enfermedades laborales del Decreto 1477 de 2014, Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales, del Ministerio de Trabajo, o aquella que la modifique, serán reconocidas de manera obligatoria por parte de las IPS, EPS y ARL.

Parágrafo 1°. Cuando se han establecido factores de riesgos propios o inherentes a una tarea, oficio u ocupación, no requiere ser documentada la exposición a estos factores de riesgo; en tal sentido la contingencia se presumirá de origen laboral. Cuando alguna de las partes interesadas, empleador, administradora de fondo de pensiones, entidad promotora de salud o administradora de riesgos laborales, no puedan demostrar que existen factores de riesgos extraocupacionales como generadores de la contingencia, en controversia, la misma se presumirá igualmente como de origen laboral. No se admitirán decisiones de tipo técnico o administrativo que dificulten, dilaten, impidan u oculten información requerida en el proceso de la determinación del origen de la contingencia.

Parágrafo 2°. Por presunción de legalidad, las enfermedades definidas como de origen laboral en el Decreto 1477 de 2014 o el decreto que lo sustituya

serán laborales hasta que se demuestre lo contrario. La carga de la prueba (datos de la exposición, mecanismos de control implementados, seguimiento y control de los factores de riesgo ocupacional, entre otros) es responsabilidad del empleador. En caso de que dicho empleador no cuente con las pruebas, la enfermedad será establecida como laboral. El empleador podrá acudir a peritos externos (instituciones académicas o técnicas debidamente reconocidas por el Ministerio de Trabajo) para la recuperación de las pruebas. En ningún caso se tomarán como ciertos los análisis aportados por las Administradoras de Riesgos Laborales, en la medida en que dichas administradoras representan un actor con interés en la determinación de origen.

Artículo 8°. *Indicios para calificar el origen común de la enfermedad.* La enfermedad podrá ser inicialmente considerada como de origen común, cuando no exista relación de causa-efecto entre los factores de riesgo presentes en el sitio de trabajo, actual o anteriores, con la contingencia diagnosticada, motivo de la consulta o se pueda demostrar la existencia de factores extraocupacionales como generadores de la enfermedad. Por presunción de legalidad las 375 enfermedades definidas en la tabla de enfermedades laborales del Decreto 1477 de 2014, Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales, del Ministerio de Trabajo, o aquella que la modifique, serán reconocidas de manera obligatoria por parte de las IPS, EPS y ARL.

Artículo 9°. *Prohibición a las ARL para adelantar los análisis de puesto de trabajo necesarios para calificar el origen de las enfermedades.* Tal análisis, de obligatorio cumplimiento por parte de los empleadores, será realizado bajo criterios de independencia para lo cual el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social regularán la materia, estableciendo, a más tardar a los tres (3) meses de entrada en vigencia la presente ley, un mecanismo de contratación idóneo a través de una lista de elegibles de universidades de reconocido prestigio, que dispongan de infraestructuras adecuadas y peritos idóneos para el desarrollo de los análisis de puestos de trabajo. En cualquier caso, el análisis de puesto de trabajo deberá ser de pleno conocimiento del trabajador y debe contener su firma en original folio a folio.

Parágrafo. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley y para efectos de la realización de los análisis de origen de la enfermedad y pérdida de capacidad laboral, por parte de las Juntas Médico-Laborales de Calificación, no podrán allegarse pruebas provenientes de las ARL. Los costos en que esta entidad incurra para el levantamiento de pruebas técnicas, en las condiciones que lo define este artículo, serán cubiertos 100% por el empleador.

Artículo 10. *Eventos simultáneos.* La existencia simultánea de una enfermedad de origen laboral con otra de origen común no negará la existencia de cada uno de los eventos, sino que los complementa.

La existencia de alteraciones funcionales, bioquímicas o morfológicas que puedan ser causadas simultáneamente por factores de riesgo de origen

ocupacional y no ocupacional no será causal para negar el origen laboral del evento de salud.

Parágrafo. En los anteriores casos, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud determinarán de manera diferenciada el origen de las enfermedades y/o alteraciones e informarán a las entidades administradores, a efectos de que se asuman las responsabilidades respectivas, en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas que se deriven de estas, sin perjuicio de los recobros a que haya lugar, una vez se emitan los conceptos definitivos conforme a los procedimientos previstos en la presente ley.

Artículo 11. *Indicios para calificar el origen del accidente.* Cuando al atenderse a un trabajador por la ocurrencia de un accidente sin que se haya presentado el reporte patronal del accidente de trabajo, el concepto emitido por el trabajador, o su acompañante, servirá como indicio para calificar el origen. La Institución Prestadora de Servicios de Salud requerirá al empleador para su reporte oficial, que deberá presentar en un plazo no superior a dos (2) días hábiles siguientes a la fecha de la solicitud. En caso de no presentarse el reporte del presunto accidente de trabajo dentro de los términos establecidos en la presente ley, se considerará esta contingencia como de origen profesional.

Artículo 12. *Participación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en la determinación del origen de las contingencias.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán brindar, a las Juntas Médico-Laborales de Calificación, Regionales y Nacional, todo el apoyo, la asistencia y cooperación que sean necesarios para tal fin y, en ese sentido, deberán remitir dentro de los cinco (5) días hábiles los documentos que les sean requeridos por parte de las Juntas Médico-Laborales de Calificación y que las mismas consideren como pertinentes para la calificación solicitada.

Parágrafo. La historia clínica, los exámenes, valoraciones clínicas o paraclínicas que en ella reposen son estrictamente confidenciales y hacen parte de la reserva laboral; por lo tanto, no podrán comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos:

1. Por orden de autoridad judicial.
2. Mediante autorización escrita del trabajador interesado, cuando este la requiera con fines estrictamente médicos.
3. Por solicitud del médico o prestador de servicios en seguridad y salud en el trabajo, durante la realización de cualquier tipo de evaluación médica, previo consentimiento del trabajador, para seguimiento y análisis de la historia clínica.
4. Por la entidad o persona competente legalmente para determinar el origen, la pérdida de capacidad laboral y el grado de invalidez.

En todo caso, el traslado y aporte de los documentos (historia clínica, exámenes, etc.), entre otros, lo realizará la IPS conforme a las normas de confidencialidad y reserva, mediante medio físico, magnético o por internet.

No obstante, Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) podrán solicitar a las demás entidades donde se encuentra afiliado el trabajador y según el origen de la patología, el reembolso de los gastos en que incurran dentro del procedimiento de determinación del origen de la contingencia en primera instancia.

Artículo 13. *Del procedimiento y requisitos para la determinación por las IPS del presunto origen de las contingencias.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tienen la obligación de expedir la reglamentación interna, en forma inmediata y a la entrada en vigencia de la presente ley, de manera que sus médicos, en forma idónea, orienten la determinación del presunto origen al momento de brindar la prestación asistencial de los eventos de salud, quienes están obligadas a cumplir con los siguientes requisitos, para lograr en forma adecuada el proceso para la calificación del origen:

1. Adelantar una capacitación básica anual no inferior a 20 horas para los médicos asistenciales y demás profesionales de la salud, sobre los aspectos técnicos de medicina del trabajo, en especial la definición de criterios que orienten para definir el origen de los eventos de salud.

2. Conformar una dependencia técnica o asignar un médico especialista en Salud Ocupacional, para orientar el proceso para la calificación del origen de los eventos de salud. De esta obligación se exonera a las prestadoras de bajo nivel de complejidad.

3. Mantener en cada consultorio de los servicios de urgencias y de consulta externa, la información que contenga los criterios ocupacionales y clínicos que orienten la calificación del origen de los eventos de salud, en especial en la consulta especializada.

5. Fijar avisos en las áreas de espera de la IPS, la información que oriente a los trabajadores para manifestar al momento de la consulta, cuando sospechen síntomas o enfermedades que se deriven de factores de riesgo propios del cumplimiento de sus funciones para los cuales han sido contratados. Igualmente deberá informarse sobre sus derechos prestacionales a los trabajadores dependientes o independientes.

Artículo 14. *Entidades competentes para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral habitual, el origen y/o su fecha de estructuración.* Son entidades competentes para calificar la pérdida de la capacidad laboral, el origen y la fecha de estructuración, en primera instancia, las Juntas Médico-Laborales regionales de calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral, del origen y de la fecha de estructuración, y en caso de presentarse desacuerdo contra sus decisiones, éstas podrán ser objeto de los recursos de reposición ante la misma Junta Médico-Laboral Regional, encargada de emitir el respectivo dictamen en primera instancia, o en su defecto en apelación ante la Junta Médico-Laboral nacional, especificando y justificando los motivos de su controversia.

Serán entidades competentes para calificar la pérdida de la capacidad laboral, el origen y la fecha de estructuración, en segunda instancia, la

Junta Médico-Laboral Nacional de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral, del origen y de la fecha de estructuración (en adelante Junta Nacional).

Artículo 15. *Fecha de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.* Será la fecha en la cual cobra ejecutoria el dictamen emitido por las Juntas de Calificación, sobre el porcentaje de la pérdida de capacidad laboral u ocupacional.

Artículo 16. *Fecha y criterios de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral.* Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos.

Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.

Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.

Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral.

TÍTULO V

CAPÍTULO I

Derecho a las prestaciones económicas

Artículo 17. *Derecho a las prestaciones económicas.* Todo trabajador afiliado al Sistema General de Seguridad Social Integral, que sufra un accidente o presente una enfermedad, independientemente de su origen común o laboral, tiene derecho a que el Sistema de Seguridad Social Integral le reconozca una incapacidad temporal durante el tiempo que dure el proceso asistencial y por el tiempo determinado en la presente ley como necesario para su proceso rehabilitador.

Ninguna prestación económica derivada de una incapacidad temporal, independientemente de su origen, podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.

Al terminar el período de incapacidad temporal, el empleador estará en la obligación, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo o no se le reconoce pensión de invalidez, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, acorde con las limitaciones funcionales que pudieran derivarse de la respectiva contingencia, en la misma categoría, en la misma ciudad y garantizándole el mismo salario que devengaba al momento de sufrir el accidente o padecer la enfermedad.

Parágrafo. Las incapacidades temporales únicamente podrán ser expedidas por los médicos

tratantes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Artículo 18. *Pago de la incapacidad temporal.* El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que el concepto emitido por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) determine que la contingencia sea presuntamente de origen común, hasta por los primeros 180 días de incapacidad temporal.

Cumplidos los primeros 150 días de incapacidad, la Institución prestadora de servicios de salud procederá a emitir concepto favorable o desfavorable de rehabilitación laboral.

En caso de existir concepto favorable de rehabilitación, emitido por los médicos laborales de la Entidad Promotora de Salud, la incapacidad temporal podrá prolongarse hasta por un período adicional por 360 días o hasta que se realice la calificación definitiva del estado invalidante. El caso deberá ser notificado antes de cumplirse el 180 día de la incapacidad temporal a la Administradora de Fondo de Pensiones, donde se encuentre afiliado el trabajador, debiendo asumir la Administradora de Fondo de Pensiones, el subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

En caso de emitirse concepto desfavorable de rehabilitación, por parte de la Entidad Promotora de Salud, el caso deberá ser remitido a la respectiva Junta Médico-Laboral Regional de Calificación, con el fin de que inicie la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de la fecha de la estructuración, debiendo dar a conocer a la Administradora del Fondo de Pensiones, de tal decisión, con el fin de que proceda dentro de los 15 días hábiles siguientes, a realizar el pago de los honorarios de la respectiva Junta Médico-Laboral. Tal decisión no suspende el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas a que pudiera tener derecho el trabajador.

Parágrafo 1º. Se entiende por concepto favorable de rehabilitación en el que se indique que el paciente tiene pendiente tratamiento y/o rehabilitación que se prevé puede mejorar su condición de salud.

Parágrafo 2º. Independientemente de la existencia de un concepto favorable, el caso deberá ser remitido por la Administradora de Fondo de Pensiones a la Junta Médica Regional Laboral, cuando la persona alcance la mejoría médica máxima (MMM), o cuando termine el proceso de rehabilitación integral y en todo caso antes de superar los quinientos cuarenta (540) días de haber ocurrido el accidente o haberse diagnosticado la enfermedad. Lo anterior, sin que el trabajador pierda su derecho a continuar recibiendo su proceso asistencial o rehabilitador, con la respectiva cancelación de los honorarios de la Junta Médico-Laboral de calificación.

Parágrafo 3º. Cuando la entidad promotora de salud no expida el concepto favorable o desfavorable de rehabilitación, a que hubiere lugar, deberá continuar pagando un subsidio equivalente al de la respectiva incapacidad temporal después de los primeros ciento ochenta (180) días hábiles con

cargo a su propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.

Parágrafo 4°. En caso de que el concepto emitido por la IPS sobre el origen de la contingencia sea considerado como de presunto origen laboral, el pago de la incapacidad laboral temporal deberá asumirla la Administradora de Riesgos Laborales, a la cual se encuentre afiliado el trabajador en el Sistema General de Riesgos Laborales, pagaderos inicialmente por los primeros 180 días, en caso de emitirse un concepto desfavorable de rehabilitación. El período anterior podrá ser prorrogable hasta por otros 360 días en caso de existir concepto favorable de rehabilitación, emitido por los médicos laborales de la respectiva Institución prestadora de servicios de salud, debiendo reconocer la Administradora de Riesgos Laborales las prestaciones económicas a que hubiere lugar hasta que se realice la calificación definitiva.

Parágrafo 5°. Al igual que sucede cuando las contingencias hubiesen sido consideradas como de origen común, será responsabilidad de la Administradora de Riesgos Laborales, el remitir el caso a la Junta Médica Regional Laboral, cuando la persona alcance la mejoría médica máxima (MMM), o cuando termine el proceso de rehabilitación integral y en todo caso antes de superar los quinientos cuarenta (540) días de haber ocurrido el accidente o haberse diagnosticado la enfermedad. Lo anterior, sin que el trabajador pierda su derecho a continuar recibiendo su proceso asistencial o rehabilitador, debiendo la Administradora de Riesgos Laborales cancelar los honorarios de la Junta Médico-Laboral dentro de los 15 días hábiles siguientes contados a partir del momento de remitir el caso para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de la fecha de estructuración.

Parágrafo 6°. En todo caso, independientemente de que el origen de la contingencia sea considerada como de origen común o laboral, la calificación no podría pasar de los quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual el trabajador tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta Médico-Laboral Regional de Calificación, sin que esto represente la exigencia de erogación monetaria alguna.

Parágrafo 7°. En caso de emitirse por parte de los médicos tratantes de las IPS incapacidades superiores a los 540 días, sin que se haya reconocido el estado invalidante del trabajador, le corresponderá continuar respondiendo por la incapacidad temporal ordenada por los médicos tratantes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a la Entidad Promotora de Salud según se trate de un evento de origen común o la Administradora de Riesgos Laborales, si se tratase de un evento considerado como de origen laboral, mientras dure la incapacidad o se determine el estado invalidante.

Parágrafo 8°. Hasta que no exista un dictamen en firme por parte de las Juntas Médico-Laborales Regional o Nacional de Calificación, si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la Administradora de Riesgos Laborales y esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la

normativa vigente para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos reembolsos y la ARL reconocerá al trabajador la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a un origen laboral.

Parágrafo 9°. El monto y el período de la incapacidad temporal laboral, de los docentes afiliados al Fondo de Previsión del Magisterio, así como la de los trabajadores afiliados a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, serán las que las normas del régimen de excepción les determinen.

Artículo 19. *Atención inicial de urgencia en el caso de accidente laboral.* La atención inicial de urgencias deberá ser prestada en forma obligatoria por las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud, independientemente de la capacidad socioeconómica y del régimen al cual se encuentre afiliado el trabajador, garantizándole una atención integral, oportuna y de alta calidad.

No se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud, o de quien haga sus veces, o de la Administradora de Riesgos Laborales respectiva o de cualquier otra entidad responsable del reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social Integral. Tampoco se requerirá de la remisión por parte ningún médico-laboral ni podrá exigirse el pago de cuotas moderadoras o copagos.

Parágrafo 1°. La atención inicial de urgencias de los afiliados al sistema de riesgos laborales, derivados de accidentes de trabajo o enfermedad laboral, deberá ser prestada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al sistema general de riesgos laborales, según los convenios establecidos entre la Institución Prestadora de Salud y la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

Parágrafo 2°. Se prohíbe la integración vertical para la prestación de los servicios de salud entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales, salvo en lo relacionado para la prestación de los servicios de rehabilitación y readaptación profesional que requiera al trabajador afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales y que sufra las secuelas de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral.

Parágrafo 3°. La prestación asistencial originada en una contingencia no laboral será asumida con cargo al Sistema General de Salud, según lo convenido entre la Institución Prestadora de Servicios de Salud y su respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS).

Parágrafo 4°. La prestación asistencial originada en una contingencia de origen laboral será asumida con cargo al Sistema General de Riesgos Laborales, según lo convenido entre la Institución Prestadora de Servicios de Salud y la Entidad Administradora de Riesgos Laborales, a la cual se encuentre afiliado el trabajador que requiera del servicio asistencial.

Artículo 20. *Alcance de la responsabilidad en la atención de urgencias en caso de accidente laboral.* La entidad que preste la atención inicial de

urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente, hasta el momento en que se lo dé de alta.

Si la entidad que recibe en primera instancia al paciente no cuenta con la capacidad técnica científica para atenderlo, y debe remitirlo, la entidad receptora también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales.

En aquellos casos en que se estime necesaria la remisión a otra institución prestadora de servicios de salud, la responsabilidad se extiende hasta el momento en que el paciente ingrese a la misma.

Se tendrán como criterios de responsabilidad de las instituciones en la atención inicial de urgencias, los servicios que preste normalmente la entidad, el nivel de atención y grado de complejidad, así como los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Artículo 21. *De la responsabilidad económica de la atención de urgencias.* La atención inicial de urgencias de los afiliados al sistema de riesgos laborales, derivados de accidentes de trabajo o enfermedad laboral, deberá ser prestada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al sistema general de riesgos laborales, según los convenios establecidos entre la Institución Prestadora de Salud y la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

La prestación asistencial originada en una contingencia no laboral será asumida con cargo al Sistema General de Salud, según lo convenido entre la Institución Prestadora de Servicios de Salud y su respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS).

Artículo 22. *Reembolso por pago de los servicios asistenciales.* Cuando se trate de una enfermedad o de un accidente que sean considerados como de origen no laboral, los gastos que se originen en la prestación de los servicios de salud que demande el trabajador serán asumidos con cargo al Sistema General de Salud.

El pago que demanden dichos servicios le serán reconocidos por las EPS a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), encargada de brindar los servicios asistenciales, según los términos y los procedimientos establecidos para tal fin en la reglamentación pertinente.

En caso de requerirse servicios de salud originados en una contingencia de origen laboral, el pago de los servicios prestados por las IPS se reconocerá por las Administradoras de Riesgos Laborales a la cual se encuentre afiliado.

Artículo 23. *Procedimiento de reembolsos de prestaciones asistenciales.*

1. El reembolso se efectuará dentro de los 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud, siempre que la misma cumpla con los requisitos que señale el reglamento que para el efecto se haya expedido o expida el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Trabajo y sin que se haya formulado objeción o glosa seria y fundada en cuanto al origen

atinente a la solicitud de reembolso por parte de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

2. En caso de objeción o glosa, esta se definirá por los mecanismos de solución de controversias previstos en las normas legales vigentes y, en todo caso, en el evento en que no exista solución por este medio, se procederá a definir el responsable del pago, una vez exista dictamen en firme de la Junta de Calificación de Invalidez respectiva.

Cuando las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), o las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no paguen dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, estando las Administradora de Riesgos Laborales (ARL), o la Entidades Promotoras de Salud (EPS), obligadas a hacerlo, o si las glosas formuladas resultan infundadas deberán reconocer intereses de mora a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), desde la fecha de presentación de la solicitud de reembolso, liquidados a la tasa moratoria máxima legal vigente que rige para todas las obligaciones financieras aplicables a la seguridad social.

3. El derecho a solicitar reembolsos entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las entidades Administradoras de Riesgos Laborales o las Entidades Promotoras de Salud, por los servicios de salud prestados a los trabajadores que sufran una contingencia reconocida como de origen laboral o de origen común, según el caso, prescribe en el término de cinco (5) años, a partir de la última de las fechas enunciadas a continuación:

a) La fecha de calificación del origen laboral o común del evento o de la secuela por parte de la Junta Médico-Laboral Regional, cuando dicha calificación no sea susceptible de recurso ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez;

b) La fecha de Calificación del origen laboral o común del evento o de la secuela por parte de la Junta Médico-Laboral Nacional.

c) La fecha de presentación de la factura de la IPS a la ARL o la EPS, cumpliendo con los requisitos exigidos.

Artículo 24. *Prescripción de las prestaciones.* El derecho a solicitar reembolsos entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales o las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por los servicios de salud prestados a los trabajadores que sufran una contingencia reconocida como de origen laboral o común, según sea el caso, prescribe en el término de cinco (5) años, a partir de la última de las fechas enunciadas a continuación:

a) La fecha de la calificación en primera instancia del origen laboral o común del evento, cuando dicha calificación no sea susceptible de controversia por las administradoras o por el usuario;

b) La fecha de calificación del origen laboral o común del evento o de la secuela por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, cuando dicha calificación no sea susceptible de recurso ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez;

c) La fecha de Calificación del origen laboral o común del evento o de la secuela por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez;

d) La fecha de presentación de la factura de la IPS a la ARL o a la EPS, cumpliendo con los requisitos exigidos.

Artículo 25. *Del concepto sobre rehabilitación y sus consecuencias.* Se entiende por concepto de rehabilitación el emitido por el médico tratante o equipo de rehabilitación, conforme al cual se determina si el paciente puede o no mejorar su condición de salud, a través de un tratamiento o procedimiento pendiente.

El concepto sobre la rehabilitación deberá ser emitido por parte del o los médicos tratantes de las IPS, antes de cumplirse los primeros ciento veinte (120) días de haberse otorgado la incapacidad temporal. Dicha decisión deberá ser dada a conocer dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, al Fondo de Pensiones o la Administradora de Riesgos laborales, según sea el caso.

De emitirse concepto desfavorable de rehabilitación o no haberse proferido concepto alguno, por la entidad competente, terminados los primeros 120 (ciento veinte) días, el fondo de pensiones o la Administradora de riesgos laborales, según sea el caso, procederá a solicitar la calificación y remitir el caso, en un término no mayor a quince (15) días, ante la Junta Médico-Laboral Regional de Calificación, con el fin de que proceda a determinar la pérdida de la capacidad laboral, el origen y la fecha de su estructuración.

En los casos en que exista concepto favorable de rehabilitación, la Administradora de Fondos de Pensiones o la Administradora de riesgo de pensiones, según sea el caso, postergará el trámite de calificación de pérdida de la capacidad laboral hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal. Sin embargo, el caso deberá ser remitido a la Junta Regional Médico-laboral, antes de superar los quinientos cuarenta (540) días de haber ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

En todo caso, el trabajador o trabajadora tendrá derecho a continuar con su proceso rehabilitador y el dictamen de primera instancia se proferirá, sin perjuicio que el tratamiento continúe después de la calificación.

Superados los términos previstos en este artículo sin que el caso haya sido remitido a la Junta Médico-Laboral competente, el trabajador afiliado al Sistema de seguridad social integral tendrá derecho a recurrir directamente a ella, sin que se le obligue al pago de los honorarios correspondientes.

Artículo 26. *Del pago de la incapacidad temporal en caso de controversia.* En caso de presentarse controversia sobre el origen de la contingencia, las Entidades promotoras de salud, los Fondos de pensiones o las Administradoras de riesgos laborales, según sea el caso, continuarán cubriendo la incapacidad temporal, conforme al concepto del origen de la contingencia emitido por la IPS, hasta

que la decisión adquiera firmeza una vez agotados los procedimientos previstos en esta ley.

Artículo 27. *Monto de la Incapacidad Temporal de origen común.* Todo trabajador afiliado al Sistema Integral de Seguridad Social, que sufra un accidente o presente una enfermedad que sea considerada como de presunto origen común, tendrá derecho a que se le reconozca una incapacidad temporal. Se reconocerán las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y el cincuenta por ciento (50%) del salario por el tiempo restante. La prestación económica así reconocida no podrá ser inferior salario mínimo legal vigente al momento de iniciarse el reconocimiento de la prestación económica.

Artículo 28. *Monto de la Incapacidad Temporal de origen laboral.* Todo trabajador que se encuentre afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales, que sufra un accidente de trabajo o presente una enfermedad de presunto origen laboral, tendrá derecho a que se le reconozca por parte de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), una incapacidad temporal. el equivalente al ciento por ciento (100%) del salario ordinario durante todo el término de la incapacidad temporal y hasta que el dictamen adquiera firmeza administrativa.

Artículo 29. *Término de duración de la incapacidad temporal.* Para efectos de establecer el término de duración de las incapacidades temporales, sean estas de origen común o laboral, el médico tratante de la Institución Prestadora de Servicios de Salud tendrá en cuenta la labor que desempeña el trabajador y su relación con la contingencia que presenta, para garantizar su efectiva rehabilitación.

TÍTULO VI

JUNTAS MÉDICO-LABORALES REGIONALES Y NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD OCUPACIONAL Y LABORAL DEL ORIGEN Y DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 30. *Naturaleza.* Las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, son organismos colaboradores del Sistema de la Seguridad Social, con personería jurídica, adscritas al Ministerio del Trabajo, de derecho privado, con funciones públicas, sin ánimo de lucro, sujetas a revisoría fiscal y con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales que emita.

Parágrafo. La jurisdicción y competencia que tenga cada junta podrá coincidir o no con la división política territorial de los respectivos departamentos, distritos o municipios.

Artículo 31. *De la actuación de las de Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración.* Las Juntas Médico-Laborales

Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, tienen a su cargo la de resolver en primera y segunda instancia las solicitudes relacionadas con la pérdida de la capacidad laboral, el origen y de la fecha de su estructuración, cuando se presenten controversias, entre los diferentes interesados, en relación con el origen de la contingencia y/o de la pérdida de la capacidad laboral, cuando se presenten secuelas físicas o psíquicas, derivadas del accidente o de la enfermedad, presentadas por:

1. Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) – o las Administradoras de Fondo de Pensiones, AFP.

2. Trabajadores afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social, a quienes no se les haya iniciado el proceso de calificación posterior a los primeros quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

3. Trabajadores independientes afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral, que requieran la determinación de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de la fecha de su estructuración.

4. Empleadores.

5. Pensionados por invalidez o que hubieren sufrido una pérdida parcial de la capacidad laboral, que soliciten revisión de la misma.

6. Personal civil del Ministerio de Defensa y de las Fuerzas Militares.

7. Personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con posterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.

8. Personas no afiliadas o que no se encuentren activas en el Sistema General de Seguridad Social Integral.

9. Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte en el Sistema General de Seguridad Social Integral.

10. El pensionado por invalidez o aspirante a beneficiario o la persona que demuestre que aquel está imposibilitado, o personas que demuestren interés jurídico.

11. Educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, trabajadores y pensionados de la Empresa Colombiana de Petróleos, cuando se presenten discrepancias con el ente calificador legalmente autorizada para estas entidades de calificar en primera instancia la pérdida de la capacidad laboral, su origen y fecha de estructuración.

12. Personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración, para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, debiendo demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas.

13. Entidades bancarias o compañía de seguros.

14. Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997.

Artículo 32. *De la organización e integración de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración.* Las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional son organismos colaboradores del Sistema de la Seguridad Social Integral del orden regional y nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio del Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, con funciones públicas, sin ánimo de lucro, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales.

Por contar las Juntas Médico-Laborales, Regionales y Nacional con personería jurídica y autonomía técnica y científica en sus decisiones, sus miembros responderán solidariamente por los dictámenes que produzcan perjuicios a los afiliados o a los Administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, cuando este hecho esté plenamente probado y originado en un dolo o violación a las normas técnicas, legales, constitucionales, jurisprudenciales y administrativas que rigen el proceso de la calificación, dentro del proceso promovido ante la justicia laboral ordinaria.

Parágrafo 1º. Por ser los dictámenes de las Juntas Médico-Laborales, conceptos emitidos en calidad de peritos, como colaboradores de Sistema de Seguridad Social Integral, contra los miembros de las Juntas Médico-Laborales no existirá demanda alguna cuando la inconformidad se relacione única y exclusivamente contra el contenido pericial del dictamen. En tal sentido, se demandará el contenido del dictamen emitido, manifestando el desacuerdo y las inconsistencias que se pretendan hacer valer.

Parágrafo 2º. Existirá responsabilidad de sus miembros, cuando se demuestre dolo o incumplimiento de las normas técnicas, legales, constitucionales, jurisprudenciales y administrativas, que rigen el proceso de calificación de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de su fecha de estructuración, vigentes en el territorio nacional.

Parágrafo 3º. Sin perjuicio del dictamen pericial que el juez laboral, administrativo o penal, pueda ordenar a un auxiliar de la justicia, o a un organismo competente en el tema de calificación del origen y pérdida de la capacidad laboral, y de la fecha de estructuración, el juez podrá designar como perito a una Junta Médico-Laboral Regional o a la Nacional de Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, que no sea la Junta a la que corresponda el dictamen demandado.

CAPÍTULO II

Conformación, organización e integración de las Juntas Médico-Laborales regionales y nacional de la calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral, del origen y de la fecha de estructuración

Artículo 33. *Integración y Conformación.* Las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de

estructuración, estarán integradas por un número impar profesionales entre médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos laborales especialistas en salud ocupacional y con experiencia en medicina laboral, de acuerdo con las listas de elegibles, conformadas a través de concursos públicos efectuados por el Ministerio del Trabajo.

Las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, contarán con salas únicas de decisión que se integrarán conforme se dispone en las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 34. *Criterios para la integración.* El Ministerio del Trabajo integrará las Juntas Médico-Laborales Regional o Nacional de Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. La Junta Médico-Laboral Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración se conformará como mínimo por 7 (siete) profesionales entre médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos laborales, con especialización en salud ocupacional y experiencia demostrada en medicina laboral y en la calificación de la pérdida de la capacidad laboral de su origen y de la fecha de estructuración, mínima de diez (10) años.

2. Las Juntas Médico-Laborales Regionales de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración Tipo A, serán las de Bogotá y Cundinamarca, Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, Córdoba, Sucre, Cesar, Quindío, Risaralda, Caldas, Nariño, Cauca, Huila, Tolima, Boyacá y Meta.

Estarán integradas por un mínimo de 3 (tres) profesionales entre médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y/o psicólogos laborales, con especialización en salud ocupacional y una experiencia en medicina laboral en la calificación comprobada de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de su fecha de estructuración, de cinco (5) años.

3. Las Juntas Médico-Laborales Regionales de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, Tipo B, serán las de Arauca, Chocó, Guajira, Putumayo, Guaviare, Vaupés, Caquetá, Casanare, Guainía, Vichada, Amazonas y San Andrés y Providencia.

Estarán integradas por un mínimo de tres (3) profesionales entre médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y/o psicólogos laborales, con especialización en salud ocupacional y en una experiencia comprobada mínima en la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de su fecha de estructuración, de mínimo tres (3) años.

Parágrafo 1º. A partir de la entrada en vigencia de las juntas que se deriven de la presente ley y atendiendo las estadísticas de procesos, de la población atendida y el funcionamiento de la junta, así como a la necesidad de dar estricto cumplimiento de los términos legales previstos en los procesos de calificación, la garantía de los derechos y principios que rigen el procedimiento, el Ministro de Trabajo y Seguridad Social podrá ampliar el número de miembros de Sala de Decisión de las Juntas que lo requieran, manteniendo el número impar de ellos y cumpliendo con los con los perfiles señalados en la presente ley. La solicitud al ministerio será realizada por el pleno de la junta.

Parágrafo 2º. Los miembros principales de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, podrán tener suplentes, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos y términos establecidos en la presente ley, ante su ausencia temporal o definitiva.

El Ministro de Trabajo designará los miembros suplentes, teniendo en cuenta el orden de la lista de elegibles.

Si una vez agotada esta lista aún faltan miembros por designar, estos podrán ser seleccionados directamente, sin concurso, de las hojas de vida que el Ministerio del Trabajo tenga disponibles, siempre que cumplan con los requisitos exigidos en la presente ley.

Parágrafo 3º. La no posesión de las personas designadas por el Ministerio del Trabajo como miembros principales o suplentes generará su exclusión de la lista de elegibles.

Parágrafo 4º. En las capitales de departamento y en aquellos municipios, donde el número de trabajadores afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral y a juicio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, así lo requieran, funcionará una Junta Médico-Laboral Regional, cuya sala de decisión, se conformará por un número impar de profesionales entre médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos laborales idóneos en la calificación del riesgo laboral que garanticen la oportuna atención de quienes requieran las intervenciones de las Juntas Regionales Médico-Laborales y tendrán como función la de calificar en primera instancia el grado de la pérdida de la capacidad laboral, determinando su origen y fecha de estructuración.

Artículo 35. *Conformación de las salas únicas de decisión.* El Ministerio del Trabajo determinará la conformación de las Salas Únicas de Decisión, de las Juntas Médico-Laborales Regional o Nacional de Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración.

Artículo 36. *Periodos de vigencia.* El periodo de vigencia de funcionamiento de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración,

será de cinco (5) años, contados a partir de la fecha de posesión de los miembros de cada una de las Juntas que señale el Ministerio del Trabajo.

Parágrafo. Los miembros de Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, no podrán permanecer más de dos (2) periodos continuos en las mismas.

Artículo 37. *Proceso de selección.* Con recursos del Fondo de Riesgos Laborales, el Ministerio del Trabajo, por intermedio de una Universidad de reconocido prestigio que cuente con áreas de formación en salud ocupacional, medicina del trabajo o laboral, realizará un concurso público y objetivo para la selección de los miembros de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, estableciendo una lista de elegibles, mediante la cual se conformarán sus miembros, a partir del mayor puntaje.

Los términos y las bases del concurso establecerán los parámetros y criterios para desarrollar el proceso de selección de los miembros, donde se deberá incluir como mínimo los siguientes:

a) Conocimientos y manejo de los diferentes manuales de calificación de las personas objeto de dictamen que puedan llegar a juntas, tales como: Manual Único de Calificación de Invalidez, Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, los manuales usados para la calificación en los regímenes de excepción conforme a la presente ley, así como las normas sobre el procedimiento, proceso de calificación del origen, pérdida de la capacidad laboral u ocupacional, origen de las contingencias, fecha de estructuración y demás normas técnicas, jurídicas y jurisprudenciales relacionadas.

De igual manera, se exigirán conocimientos sobre el Sistema General de Seguridad Social Integral, Código Disciplinario Único y demás requeridas para el ejercicio de sus funciones. Lo anterior de acuerdo con el régimen de inhabilidades e incompatibilidades establecido por la ley.

b) Experiencia mínima requerida de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley.

Parágrafo. El Ministerio de Trabajo dispondrá de tres (3) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente para la realización del concurso de selección y el nombramiento de los miembros de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración.

Artículo 38. *Certificación de no vinculación con entidades de seguridad social o de vigilancia y control.* Los miembros principales de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, no podrán tener vinculación alguna, tres años antes ni tres años después de haber sido

contratados, ni realizar actividades relacionadas con la calificación del origen, fecha de estructuración y grado de pérdida de la capacidad laboral o labores administrativas o comerciales con las entidades administradoras del sistema de seguridad social integral, ni con sus entidades de dirección, vigilancia y control.

Para el efecto, se deberá radicar en la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo antes de la fecha de posesión para el periodo de vigencia, certificación en la que conste la no vinculación a la que hace referencia este artículo, la cual se entenderá presentada bajo la gravedad de juramento. En caso de no presentar dicha certificación, no se podrá posesionar y su nombre será excluido de la lista de elegibles.

Esta certificación no será exigible para los miembros suplentes que designe el Ministerio del Trabajo, salvo que sea nombrado como integrante principal de manera permanente o ejerza esta función por un periodo superior a seis meses, caso en el cual deberá allegar la certificación antes de posesionarse como tal.

Parágrafo. Los miembros de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, no podrán suscribir contratos para realizar actividades de medicina laboral con las entidades administradoras del sistema de seguridad social, hasta por un periodo de tres (3) años, posterior a su desvinculación como miembro de esta.

Artículo 39. *Miembros y trabajadores.* Son miembros de las Juntas Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, profesionales entre médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos laborales seleccionados idóneos, posesionados como encargados de emitir los correspondientes dictámenes.

Serán trabajadores, las personas contratadas para la ejecución de funciones que garanticen el normal funcionamiento de las juntas, así como de los términos y procedimientos establecidos en la presente ley.

La vinculación de los trabajadores se registrará por las disposiciones del Código Sustantivo de Trabajo.

CAPÍTULO III

Funcionamiento de las Juntas Médico Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral, del origen y de la fecha de estructuración

Artículo 40. *Funciones comunes, nacionales y regionales de las Juntas.* Serán funciones de los miembros de las Juntas Médico Laborales, Regionales y Nacional, las siguientes:

1. Emitir los dictámenes dentro de los términos y con los criterios técnicos establecidos en la presente ley, previo el estudio del expediente y valoración del paciente.

2. Ordenar la práctica de exámenes y evaluaciones complementarias, que considere indispensables para fundamentar su dictamen, garantizando el derecho al debido proceso y a la defensa de los diferentes interesados en el trámite de la calificación solicitada.

3. Acatar cabalmente las disposiciones legales que les sean aplicables y el manual de procedimiento administrativo que establezca el Ministerio del Trabajo. El ministerio establecerá tal manual dentro de los tres (3) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.

4. Determinar la estructura administrativa de cada junta, designando y conformando el número de trabajadores que se requieran para garantizar el cumplimiento de los términos de la presente Ley y el normal funcionamiento de las respectivas juntas.

5. Garantizar el reconocimiento y pago de salarios, prestaciones sociales, aportes a la seguridad social y demás derechos consagrados en las normas laborales vigentes de los trabajadores con vinculación laboral.

6. Garantizar una sede para el funcionamiento de la Junta, con fácil acceso y sin barreras arquitectónicas, para las personas en situación de discapacidad.

7. Garantizar la atención al usuario de lunes a sábados en el horario de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., con consideraciones de servicio al cliente.

8. Asesorar, cuando así se les requiera, al Ministerio del Trabajo en la actualización del Manual Único de Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional y la elaboración de formularios y formatos que deban ser diligenciados en el trámite de las calificaciones y dictámenes.

9. Capacitar y actualizar a sus miembros principales y a sus trabajadores, en temas relacionados con las funciones propias de las juntas.

10. Si lo considera necesario y con el fin de proferir el dictamen, solicitar los antecedentes e informes adicionales a las Entidades Promotoras de Salud, a las Administradoras de Riesgos Laborales, a las Administradoras del Sistema General de Pensiones, Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y demás Compañías de Seguros así como a los empleadores y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que hayan atendido al afiliado, al pensionado o al beneficiario.

11. Crear un directorio de profesionales especialistas adscritos e inscritos ante la Junta Médico Laboral, para que actúen como interconsultores, a quienes se les podrá solicitar exámenes complementarios, valoraciones o estudios especializados.

12. Remitir los informes periódicos, en las fechas establecidas y con la calidad requerida por el Ministerio del Trabajo y el organismo de vigilancia y control.

13. Asistir a los eventos de capacitación que convoque el Ministerio del Trabajo, con cargo a los gastos administrativos de la Junta.

14. Cumplir con las responsabilidades del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del

Sistema en Riesgos Laborales, así como el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

15. Implementar un sistema de información de conformidad con los parámetros exigidos por el Ministerio del Trabajo.

16. Estudiar los expedientes y documentos que les sean asignados para la sustentación y emisión de los dictámenes.

17. Radicar los proyectos de ponencia y preparar los mismos en forma escrita, dentro de los términos fijados en la presente ley.

18. Asistir a las reuniones de la Junta.

19. Entregar los documentos de soporte del dictamen emitido que se encuentren en su custodia.

20. Firmar las actas y los dictámenes en que intervinieron. Dichas actas y dictámenes deberán tener numeración consecutiva.

21. Participar en la elaboración de los informes periódicos que debe enviar la Junta con destino al Ministerio del Trabajo.

22. Pronunciarse sobre impedimentos y recusaciones de sus miembros.

23. Las demás que establezca el manual de procedimiento administrativo para el funcionamiento de las Juntas de Calificación de invalidez expedido por el Ministerio del Trabajo.

Funciones de las Juntas. Además de las disposiciones contenidas en el artículo anterior, son funciones de las Juntas Médico-Regionales, las siguientes:

1. Decidir en primera instancia la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional, el origen y la fecha de estructuración, derivados de las secuelas de los accidentes o de las enfermedades que pudieran afectar a la población en general y a los trabajadores afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social.

2. Realizar la revisión de la pérdida de capacidad laboral, el origen y la fecha de estructuración a solicitud de parte.

3. Actuar como peritos cuando les sea solicitada su participación por autoridad competente.

4. Realizar cuando menos una vez al mes, reuniones técnico-científicas con el fin de analizar los criterios de decisión de la Junta Nacional, para usarlas como referencia o parámetros para sus decisiones.

Funciones exclusivas de la Junta Nacional. Además de las disposiciones contenidas en el artículo 39 de la presente ley, son funciones propias de la Junta Nacional las siguientes:

1. Decidir en segunda instancia los recursos de apelación interpuestos contra los dictámenes de las Juntas Regionales.

2. Emitir los dictámenes que les sean requeridos, dentro de los términos establecidos en la presente ley.

3. Remitir a la Dirección de Riesgos Laborales el Ministerio de Trabajo, antes de finalizar el primer trimestre de cada año, un informe sobre las líneas de interpretación en la emisión de dictámenes,

escogiendo los casos más relevantes en razón a su impacto social y/o económico y/o jurídico.

4. Devolver a la Junta Médico Laboral Regional respectiva, el expediente completo junto con el dictamen emitido, una vez esté en firme.

Parágrafo. A efectos de emitir los conceptos y decisiones solicitadas, la sala única de la Junta

Nacional deberá reunirse para el estudio de los asuntos sometidos a su análisis. Los ponentes designados para cada caso harán un resumen de los criterios utilizados, de conformidad con la normatividad y jurisprudencia vigente, se unificarán criterios y se dejará constancia de sus decisiones, en actas, cuyas copias se remitirán a las juntas regionales, quienes las usaran como parámetros para sus decisiones.

Artículo 41. *Permanencia del servicio.* Las Juntas médico laboral, nacional y regionales, prestarán sus servicios de manera ininterrumpida. Bajo ninguna circunstancia se podrá suspender su actividad, ni aplazar las valoraciones que se sometan a su conocimiento.

Artículo 42. *De las renunciaciones.* En caso de renuncia de cualquiera de los miembros de la Junta Nacional o Regionales, se procederá a su reemplazo, durante el período de vigencia faltante, por el suplente si lo hubiere, o en ausencia de este por quien designe el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de conformidad con dispuesto en la presente ley, tomando en cuenta la lista de elegibles y los criterios y bases del concurso.

Las renunciaciones deberán ser presentadas ante el Ministro del Trabajo, con copia dirigida a la Dirección de Riesgos Laborales y a la Junta de Calificación de Invalidez.

La permanencia en el cargo del integrante que presente renuncia se extenderá hasta la fecha en que el suplente designado por el Ministerio del Trabajo o el nuevo integrante designado, asuma sus funciones.

Cuando por cualquier motivo, un miembro principal de la Junta presente imposibilidad inmediata de continuar el ejercicio su función, el Ministro de Trabajo designará un integrante *ad-hoc*, hasta tanto se designe su reemplazo por el periodo de vigencia faltante de la junta.

Artículo 43. *Actuación de suplentes.* Las actuaciones de los miembros suplentes serán requeridas en los siguientes casos:

1. Cuando la Junta Médico Laboral de Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, se encuentre parcialmente integrada, por la falta de posesión de alguno de sus miembros principales, bien sea por ausencia temporal, renuncia o retiro por orden de autoridad competente.

2. Cuando haya sido aceptado el impedimento o determinado la concurrencia de una causal de recusación, frente a alguno de los miembros principales.

Parágrafo. En los casos en los que actúe el integrante suplente, este tendrá derecho al pago de

honorarios correspondientes por los dictámenes emitidos, según lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 44. *Ausencias de miembros de la Junta.* La ausencia sin justa causa, por más de cinco (5) días consecutivos de un miembro principal de la Junta, se dará a conocer a la Procuraduría General de la Nación y al Ministro de Trabajo que realizará las gestiones para su reemplazo temporal o definitivo de conformidad con los procedimientos establecidos en la presente ley.

Artículo 45. *Designaciones Ad-Hoc.* Cuando por cualquier razón no pueda actuar el integrante principal ni el suplente designado por el Ministerio del Trabajo y como consecuencia de ello no exista quórum decisorio para proferir el dictamen, la Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo designará un integrante Ad-hoc, quien actuará exclusivamente en el caso para el cual se solicita.

Parágrafo. Los miembros ad-hoc se nombrarán de la lista de elegibles, de conformidad con las bases del concurso y tendrán derecho al pago de honorarios correspondientes a los dictámenes emitidos, según lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 46. *Funciones de los trabajadores de las Juntas.* Son funciones de los trabajadores, las que se les señalen de conformidad a la estructura administrativa establecida por los miembros principales de las juntas.

Artículo 47. *De la actuación como perito por parte de las juntas médico laborales.* Las solicitudes de actuación como peritos de las Juntas de Calificación de Invalidez se realizarán en los siguientes casos:

a) Cuando sea solicitado por una autoridad judicial.

b) A solicitud del inspector de trabajo del Ministerio del Trabajo, solo cuando se requiera un dictamen sobre un trabajador no afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral.

c) Por solicitud de entidades bancarias o compañías de seguros.

Todo dictamen pericial de las juntas médico laboral de calificación debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; en él se explicarán los exámenes, métodos y los fundamentos técnicos y científicos de sus conclusiones.

Artículo 48. *Equipo consultor externo.* Todas las Juntas Médico Regionales y Nacional, deben mantener actualizado un directorio de profesionales o entidades adscritas como interconsultoras, independientes de las instituciones de seguridad social relacionadas con el caso sobre el cual se va a emitir el dictamen, a quienes se les solicitará la práctica de exámenes complementarios o valoraciones especializadas, cuando lo consideren pertinente y el concepto se requiera para emitir el dictamen.

La Junta Médico Laboral de Calificación inscribirá a sus interconsultores, velando porque haya profesionales idóneos de todas las áreas del conocimiento de la salud. Para tal efecto, se

deberá aportar la correspondiente hoja de vida del profesional independiente o adscrito a una entidad.

Las tarifas que se paguen a las entidades o profesionales, registrados como interconsultores, serán las establecidas y publicadas por los miembros de la respectiva junta, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio del Trabajo de acuerdo a las tablas de honorarios para cada ciudad.

Artículo 49. *Del pago de honorarios por interconsulta.* Cuando las Juntas médico laborales soliciten valoraciones especializadas, exámenes médicos o pruebas complementarias, deberán comunicarlo a todos los interesados, sin que proceda recurso alguno contra esta determinación.

Este costo será asumido por la Administradora de Riesgos Laborales, la Administradoras del Sistema General de Pensiones o demás interesados, de conformidad con lo establecido en la presente ley, según el origen de la contingencia y deberá ser cancelado en el término de cinco (5) días hábiles contados a partir del día en que se reciba la comunicación respectiva, ante la Junta, quien lo trasladará al equipo o profesional interconsultor correspondiente.

En caso de no realizarse la cancelación de los honorarios, por parte del interesado no afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral, se suspenderá el trámite de la calificación hasta por cinco (5) días hábiles, dándole a conocer esta situación. Si terminado este tiempo, no se ha efectuado el pago, se tomará la decisión con base en la documentación existente.

El costo de exámenes complementarios o valoraciones por especialistas que la junta no considere técnicamente necesarios para el dictamen, será asumido directamente por quien lo solicite. Estos gastos serán reembolsados por la entidad que corresponda según los criterios de responsabilidad previstos en esta ley, cuando en el dictamen en firme se establezca la necesidad de los mismos para el estudio del caso.

Artículo 50. *Elección del interconsultor.* El paciente tendrá el derecho de escoger del directorio al interconsultor según la especialidad que se requiera, quedando evidencia escrita de su elección.

Las tarifas que se paguen a las entidades o profesionales, registrados como interconsultores, serán las establecidas por la respectiva junta conforme a los precios del mercado en cada ciudad, las cuales serán publicadas en las instalaciones de las juntas y serán asumidas por la(s) Administradora de Riesgos Laborales, la Administradoras del Sistema General de Pensiones o demás interesados cuando recurran por su cuenta ante las Juntas de Calificación de Invalidez de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

Las Juntas cuando soliciten valoraciones especializadas, exámenes médicos o pruebas complementarias deberán comunicarles a todos los interesados la realización de dichas pruebas para garantizar el debido proceso, frente a lo cual no procede recurso alguno.

Artículo 51. *Sobre los resultados de exámenes complementarios.* El término para allegar los resultados de exámenes complementarios solicitados a los profesionales especializados del grupo interdisciplinario será de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de su solicitud.

En caso de no contar con los resultados de los exámenes solicitados dentro del término establecido, la decisión se tomará con base en la documentación existente, respetando el principio de favorabilidad, dejando constancia de tal situación en el respectivo dictamen.

TÍTULO IV

SOBRE LOS GASTOS, PRESUPUESTO Y PAGO DE HONORARIOS

DE LAS JUNTAS MEDICO LABORALES

Artículo 52. *Pago de gastos de traslado, valoraciones por especialistas y exámenes complementarios.* Todos los gastos que se requieran para el traslado de los miembros de la junta médico laboral de conformidad con la presente ley, del afiliado y pensionado por invalidez o beneficiario objeto de dictamen y sus acompañantes, cuando por disposición médica así se requiera, dentro o fuera de la ciudad de conformidad con el concepto médico, estarán a cargo de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales o de las Administradoras del Sistema General de Pensiones, el empleador correspondiente o de otra entidad solicitante, de esta manera:

a) Por la Administradora del Sistema General de Pensiones, o Administradora del Régimen de Prima Media, o de la Administradora de Riesgos Laborales, de acuerdo si la calificación presunción de la enfermedad o del accidente, fue considerado de origen común o laboral.

b) Por el paciente, en el evento que solicite la revisión de la pensión de invalidez cuando esta haya sido suspendida según lo previsto en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993.

c) El empleador, cuando la solicitud sea remitida a las Juntas de Calificación de Invalidez a través del inspector de trabajo.

d) Por quien determine el Juez Laboral, administrativo o penal, cuando se requiera de un peritaje solicitado a las juntas médico laborales de calificación.

Parágrafo 1°. Los medios de transporte seleccionados para el traslado deberán garantizarse que sean los adecuados al estado de salud de la persona a calificar y no podrán poner en riesgo la integridad física ni afectar la dignidad humana del trabajador, objeto de la calificación.

Parágrafo 2°. Cuando la persona objeto de dictamen solicite la práctica de exámenes complementarios o valoraciones por especialistas no considerados técnicamente necesarios para el dictamen, por los miembros de juntas, el costo será asumido directamente por este solicitante. Estos gastos serán reembolsados por la entidad administradora de riesgos laborales, entidad administradora del fondo de pensiones o entidad

administradora de régimen prima media según como corresponda, cuando el dictamen en firme sea a favor frente a lo que estaba solicitando la persona objeto del dictamen, según se determine el origen laboral o común de la contingencia. De tal situación se dejará constancia en el dictamen médico laboral emitido por la Junta Médico Laboral de Calificación.

Parágrafo 3°. Se podrán realizar los respectivos recobros una vez el dictamen quede en firme, si hubiere lugar a ello.

Artículo 53. *Presupuesto de las Juntas Regionales y Nacional.* El responsable administrativo y financiero o quien haga sus veces, presentará en el mes de noviembre de cada año, a los miembros principales de la Junta, el presupuesto anual de funcionamiento, para su respectiva aprobación. Así mismo deberá presentarles un informe trimestral de ejecución presupuestal y contará con una auditoría fiscal en este mismo período de tiempo.

En el presupuesto anual se deberán tener en cuenta eventos, tales como el no pago o pago parcial de honorarios, devoluciones de honorarios de conformidad con lo establecido en la presente ley, cambios de períodos de vigencia e integración de la junta, traslado de dictámenes a otras juntas conformadas, gastos que se originen en demandas ante la justicia ordinaria, entre otros.

Artículo 54. *Honorarios.* Las Juntas Médico Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, recibirán de manera anticipada por la solicitud de dictamen, sin importar el número de patologías que se presenten y que deban ser evaluadas, el equivalente a un (1) salario mínimo mensual legal vigente al momento en que se radique solicitud, el cual deberá ser cancelado por el solicitante o por la entidad responsable del pago de las prestaciones económicas que deriven del origen de contingencia.

Cuando las Juntas Médico Laborales, reciban la solicitud de parte de un trabajador afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral, que acude directamente cuando se han superado los quinientos cuarenta 540 días de incapacidad sin que las entidades competentes hayan remitido el caso; deberán requerir a las mismas para que efectúen el pago de los honorarios, los cuales deberán ser consignados dentro de los cinco 5 días siguientes.

Cuando las Juntas Médico Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, actúen como peritos o por solicitud de las entidades financieras compañías de seguros, estas serán quienes deben asumir los honorarios de las Juntas de Calificación de la Pérdida de la Capacidad laboral y de la Invalidez.

En caso que las Juntas Regionales o Nacional, actúen como peritos, por solicitud de autoridad judicial, los honorarios deberán ser cancelados por la persona o entidad que determine la judicatura. En el evento que el pago no se realice oportunamente, la respectiva Junta, informará al juez que ordenó la

prueba, quien adoptará las medidas pertinentes, sin que sea posible suspender el trámite del dictamen.

La actuación de la Junta como perito, en los términos previstos en el Código de Procedimiento Penal, no generará honorario alguno.

Cuando las Juntas actúen para definir desacuerdos en los casos de los educadores y servidores públicos de Ecopetrol, serán el Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio o la Empresa Colombiana de Petróleos, quienes asumirán los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Si los miembros de la Junta Regional o Nacional actúan como peritos por solicitud del inspector de trabajo del Ministerio del Trabajo, los honorarios serán asumidos por parte del empleador.

Artículo 55. *Incumplimiento o mora en el pago de honorarios.* El incumplimiento o mora en el pago anticipado de honorarios a las Juntas de Calificación de Invalidez por parte de las entidades Administradoras y/o de empleadores, será sancionado por las Direcciones Territoriales del Ministerio de Trabajo.

El no pago por parte de las demás entidades será sancionado por la autoridad competente.

La falta de pago oportuno, causará intereses moratorios, independientemente de las acciones de cobro judicial que puedan iniciar las Juntas de Calificación.

Parágrafo. Prohibición de cobros adicionales o directos. A los miembros de las Juntas les está prohibido exigir cualquier otro tipo de remuneración por los dictámenes proferidos, así como recibir directamente el pago de los honorarios.

Artículo 56. *Distribución de honorarios.* De acuerdo con los lineamientos del Ministerio del Trabajo, el encargado de la función administrativa y financiera de la Junta Regional o Nacional, según sea el caso, se distribuirá mensualmente los honorarios correspondientes a los dictámenes emitidos. El ministerio regulará lo concerniente en la materia, de acuerdo con la estructura de costos de la junta regional o nacional y previendo la suficiencia de recursos necesaria para el adecuado funcionamiento administrativo de las juntas.

Artículo 57. *Gastos de administración de las Juntas Médico Laborales Regionales y Nacional.* Los gastos de administración corresponden a todos aquellos en que incurra la Junta Médico Laboral para su adecuado funcionamiento. En ningún caso incluyen gastos personales de sus miembros.

Artículo 58. *Manejo contable.* Las Juntas Médico Laborales Regionales y Nacional de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración, deberán llevar su propia contabilidad, de acuerdo con las normas contables vigentes y su manejo estará sometido a control de la Contraloría General de la República.

Las Juntas deberán constituir o poner a su nombre todos los bienes, dineros, títulos valores o inversiones que le sean propias y mantener actualizado su inventario de bienes.

CAPÍTULO V

**Procedimientos ante las Juntas Médico
Laborales Regionales de Calificación
de la pérdida de la capacidad laboral y de la
invalidez**

Artículo 59. *Presentación de la solicitud ante las Juntas Médico Laborales Regionales de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, del origen y de la fecha de estructuración.* La presentación para el inicio en primera instancia de la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración, de las secuelas provenientes de la ocurrencia de un accidente o de la presencia de una enfermedad podrá ser elevada por:

1. Administradoras del Sistema General de Pensiones.
2. Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte.
3. Las Administradoras de Riesgos Laborales.
4. Las Entidades Promotoras de Salud, o quien haga sus veces.
5. Las Compañías de Seguros en general.
6. El trabajador o su empleador.
7. El pensionado por invalidez o aspirante a beneficiario o la persona que demuestre que aquel está imposibilitado, en las condiciones establecidas en el presente artículo.
8. Por intermedio de los inspectores de Trabajo del Ministerio del Trabajo, cuando se requiera un dictamen de las juntas sobre un trabajador no afiliado al sistema de seguridad social por su empleador.
9. Las autoridades judiciales o administrativas, cuando estas designen a las juntas regionales como peritos.
10. Las entidades o personas autorizadas por los fondos o empresas que asumían prestaciones sociales en regímenes anteriores a los establecidos en la Ley 100 de 1993, para los casos de revisión o sustitución Pensional.
11. Las entidades o personas autorizadas por las Secretarías de Educación y las autorizadas por la Empresa Colombiana de Petróleos.
12. Por intermedio de las administradoras del Fondo de Solidaridad Pensional, las personas que requieran la pensión por invalidez como consecuencia de eventos terroristas.

Parágrafo 1º. La solicitud se deberá presentar ante la Junta Médico Laboral de Calificación Regional que le corresponda según su jurisdicción, teniendo en cuenta la ciudad de residencia de la persona objeto de dictamen.

Parágrafo 2º. Con la solicitud presentada por el interesado, se deberá demostrar la cancelación de los honorarios de la respectiva Junta Médico Laboral.

El inicio del estudio en primera instancia, no podrá suspenderse por falta en la cancelación de los honorarios de la junta médico laboral regional. En todo caso dicha junta deberá iniciar el respectivo cobro ante la entidad administradora responsable o

el responsable del pago, debiendo dar aviso de tal situación a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo para lo de su respectiva competencia.

Parágrafo 3º. Si la entidad administradora o el responsable no responden por el pago, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud, responderá con intereses de mora, por cada día que demore en su cancelación.

Artículo 60. *Casos en los cuales se puede recurrir directamente ante las Juntas Médico Laborales Regionales de Calificación.* El trabajador o su empleador, el pensionado por invalidez o aspirante a beneficiario solamente podrán presentar la solicitud de calificación o recurrir directamente a la Junta de Calificación de Invalidez en los siguientes casos:

a) Si al haberse terminado la incapacidad temporal y si transcurridos treinta (30) días calendario posterior a la terminación de la incapacidad temporal aún no ha se ha iniciado por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la Entidad administradora de pensiones o de riesgos laborales, la solicitud de calificación en primera instancia ante la Junta Médico Laboral Regional de Calificación de su jurisdicción, según haya considerado parte de la IPS un presunto origen común o profesional, según sea el caso.

b) En todos los casos, la calificación no podrá pasar de los quinientos cuarenta (540) días de haber ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta. Lo anterior sin perjuicio que dicho proceso de rehabilitación pueda continuar después de la calificación, bajo pertinencia y criterio médico dado por las instituciones de seguridad social.

Parágrafo 1º. La solicitud ante las Juntas, en los casos de recurrirse directamente, el interesado deberá manifestar por escrito la causal respectiva, en la cual se deberá manifestar los motivos que justificaron la respectiva solicitud, siendo de obligación de la respectiva junta médico laboral, el de dar aviso a la Entidad Promotora de Salud, Administradora de Riesgos Laborales o a la Entidad Administradora del Sistema General de Pensiones, del inicio de la calificación.

Parágrafo 2º. Cuando el trabajador solicitante recurra directamente a la Junta Médico Laboral de Calificación Regional, conforme con lo establecido en el presente artículo, será obligación de la respectiva Junta Médico Laboral de Calificación, el determinar cuál es la entidad de seguridad social a la cual le corresponde el pago de los honorarios de la Junta, solicitándole proceda a realizar el respectivo pago. En todo caso no podrá exigirse ninguna remuneración económica al trabajador solicitante.

Parágrafo 3º. La entidad administradora deberá proceder a cancelar los honorarios de la Junta Médico Laboral dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes al recibo de la notificación. Este período no interrumpe los términos para dar inicio al proceso de la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración.

Artículo 61. *Requisitos mínimos que debe contener el expediente para dar inicio de la calificación en primera instancia ante las Juntas Médico Laborales de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración.* Las administradoras del Sistema General de Seguridad Social que soliciten la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración, al momento de radicar la solicitud de calificación en primera instancia, deberán justificar los motivos de la remisión y los fundamentos de hecho y de derecho que pretendan hacer valer. Deberán igualmente, verificar y garantizar que los expedientes o casos para ser tramitados en las juntas médico laborales de la calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral, del origen y de la fecha de estructuración, contengan unos documentos mínimos, según se trate de accidente, enfermedad o muerte, los cuales independientemente de quién es el actor responsable de la información debe estar anexa en el expediente a radicar, así:

REQUERIMIENTOS MÍNIMOS	Accidente	Enfermedad	Muerte*
Por parte del Empleador			
Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo FURAT o el que lo sustituya o adicione, debidamente diligenciado por la entidad o persona responsable, o en su defecto, el aviso dado por el representante del trabajador o por cualquiera de los interesados.	X	X	X
Informe del resultado de la investigación sobre el accidente de trabajo, realizado por el empleador conforme lo exija la legislación laboral y seguridad social.	X	NA	X
Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso o retiro. Si el empleador no contó con alguna de ellas deberá reposar en el expediente certificación escrita de la su existencia, caso en el cual la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo para la investigación y sanciones a que hubiese lugar.	NA	X	NA

REQUERIMIENTOS MÍNIMOS	Accidente	Enfermedad	Muerte*
Contratos de trabajo, si existen, durante el tiempo de exposición.	X	X	NA
Informe ocupacional con descripción de la exposición ocupacional que incluya lo referente a la exposición a factores de riesgo con mínimo los siguientes datos:	NA	X	NA
1. Definición de los factores de riesgo a los cuales se encuentra o encuentra expuesto el trabajador, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	NA	X	NA
2. Tiempo de exposición al riesgo o peligro durante su jornada laboral y/o durante el periodo de trabajo, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	NA	X	NA
3. Tipo de labor u oficio desempeñados durante el tiempo de exposición, teniendo en cuenta el factor de riesgo que se está analizando como causal.	X	X	NA
4. Jornada laboral real del trabajador.	X	X	NA
5. Análisis de exposición al factor de riesgo al que se encuentra asociado la patología, lo cual podrá estar en el análisis o evaluación de puestos de trabajo relacionado con la enfermedad laboral en estudio.	NA	X	NA
6. Descripción del uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos, si se requiere.	NA	X	NA
Por parte las entidades administradoras			
Formato de solicitud de calificación	X	X	X

REQUERIMIENTOS MÍNIMOS	Accidente	Enfermedad	Muerte*
Certificación o constancia del estado de rehabilitación integral o de su culminación o la no procedencia de la misma de presentado u ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.	X	X	NA
Si el accidente fue grave o mortal, el concepto sobre la investigación por parte de la Administradora de Riesgos Laborales.	X	NA	X
Si el accidente fue grave o mortal, el concepto sobre la investigación por parte del empleador.	X	NA	X
Copia completa de la historia clínica de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epícrisis de acuerdo con cada caso. Si las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no hubiesen tenido la historia clínica, o la misma no esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los Superintendencia Nacional de Salud, para la investigación e imposición de sanciones a que hubiese lugar.	X	X	X

REQUERIMIENTOS MÍNIMOS	Accidente	Enfermedad	Muerte*
Conceptos o recomendaciones y/o restricciones ocupacionales si aplica.	X	X	NA
Registro civil de defunción, si procede	NA	NA	X
Acta de levantamiento del cadáver, si procede	NA	NA	X
Protocolo de necropsia, si procede	NA	NA	X
Otros documentos que soporten la relación de causalidad, si los hay y los derechos que quieren hacer valer.	X	X	X

A: Accidente; E: Enfermedad; NA: No aplica; X: Se requiere; Muerte*: Adicional a los requisitos establecidos en esta columna en caso de muerte, por accidente o enfermedad se incluirán los requisitos definidos en la columna A y E respectivamente.

Parágrafo 1º. El empleador deberá dar cabal cumplimiento a los requisitos establecidos en el presente artículo que son de su responsabilidad, dentro de los 15 (quince) días hábiles que le sean solicitados por las Juntas Médico Laborales Regionales, para lo cual podrá anexar documentos, expedir certificación, realizar estudios, adicionales cuando así lo considere pertinente o dar una constancia al respecto.

Si el empleador no certifica o no allega algunos de los requisitos para el trámite que son su responsabilidad, de conformidad con la normativa vigente, la junta regional deberá 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.

La falta de requisitos o documentos de responsabilidad de los empleadores, necesarios para determinar el origen de una contingencia, no pueden afectar, ni tomarse en contra de los derechos de los trabajadores al momento de la calificación del origen en primera instancia, en todo caso, la inexistencia de tales documentos, no podrá negar el origen laboral de las contingencias padecidas por el trabajador.

Parágrafo 2º. Ante la falta de elementos descritos en el presente artículo que son responsabilidad del empleador, se ordenará por parte de los miembros de las Juntas Médico Laborales de Calificación la reconstrucción integral de los posibles riesgo a que haya podido estar expuesto el trabajador en el cumplimiento de sus funciones, durante toda su vida laboral, teniendo en cuenta el periodo total de tiempo, modo y lugar de la exposición al factor de riesgo por parte del trabajador que se está analizando, solicitando su reconstrucción al equipo interconsultor adscrito, respetando dichos criterios, cuyos costos los asumirá la Administradora de

Riesgos Laborales y los recobrarán al respectivo empleador o empleadores responsables.

Parágrafo 3°. Los exámenes de laboratorio, diagnóstico y tratamiento prescritos como factores de calificación principales y moduladores serán parte de los requisitos obligatorios conforme lo requiera y exija el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, debiendo ser suministrados por la respectiva entidad administradora al momento de radicar la solicitud de calificación ante la Junta Médico Laboral de Calificación.

Parágrafo 4°. En caso de no existir exámenes que demuestren la existencia del factor modulador al momento de decidir sobre el grado de la pérdida de la capacidad laboral asignado a las deficiencias, se asignará el mayor valor asignado en la clase de riesgo seleccionado.

Parágrafo 5°. El expediente que se radique ante las *Juntas Médico Laborales de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Ocupacional y Laboral, del origen y de la fecha de estructuración*, deberá contener los datos actualizados para realizar la notificación de la persona objeto del dictamen, así como la copia de la consignación del pago de honorarios para la realización del dictamen en primera instancia. En todo caso, el inicio del estudio en primera instancia, no podrá suspenderse por falta en la cancelación de los honorarios de la junta médico laboral regional.

Parágrafo 6°. La decisión sobre el origen de las contingencias deberá tomarse con base en los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), así como por los establecidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y en la Guía Técnica para el Análisis de Exposición a Factores de Riesgo Ocupacional para el Proceso de Evaluación en la Calificación de Origen de Enfermedad, emitida por el Ministerio de Protección Social o norma que la actualice o modifique y en las enfermedades reconocidas como de origen laboral, según la Tabla de Enfermedades Laborales, vigente a la fecha de la calificación.

Parágrafo 7°. La Tabla de Enfermedades Laborales, deberá ser actualizada por el Ministerio del Trabajo, en períodos no superiores a 5 años, cuyos costos de actualización deberán ser asumidos por el Fondo de Riesgos Laborales y con concepto favorable previo de sus miembros principales.

Artículo 62. *Libertad probatoria del empleador*. Para dar cabal cumplimiento a la responsabilidad prevista en el artículo anterior, el empleador podrá aportar documentos, expedir certificaciones, realizar estudios independientes cuando así lo considere pertinente, que aporten al objeto de la calificación. Para tal efecto deberá considerar lo contenido en el artículo 9° de la presente ley.

Artículo 63. *Consecuencias del incumplimiento para el empleador*. El incumplimiento en la remisión de los requisitos mínimos exigidos al empleador, dará lugar a que la junta médico laboral deje constancia escrita e informe a la Dirección Territorial

del Ministerio del Trabajo para la investigación e imposición de las sanciones a que haya lugar.

La falta de requisitos o documentos de responsabilidad de los empleadores, necesarios para determinar el origen de una contingencia, no pueden afectar, ni tomarse en contra de los derechos de los trabajadores.

Ante la falta de esta información, se ordenará por parte de los miembros de las Juntas Médico Laborales de Calificación, la reconstrucción integral de los posibles riesgos a que haya podido estar expuesto el trabajador en el cumplimiento de sus funciones, durante su vida laboral, teniendo en cuenta el periodo total de tiempo, modo y lugar de la exposición.

Para tal fin, acudirá al equipo interconsultor adscrito, cuyos costos asumirá la Administradora de Riesgos Laborales, la cual podrá recobrar al respectivo empleador o empleadores responsables.

Artículo 64. *Exigencia de exámenes como requisitos mínimos*. Los exámenes de laboratorio, diagnóstico y tratamiento prescritos como factores de calificación principales y moduladores serán parte de los requisitos obligatorios conforme lo requiera y exija el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, debiendo ser suministrados por la respectiva entidad administradora al momento de radicar la solicitud de calificación ante la Junta Médico Laboral de Calificación.

Parágrafo. En caso de no existir exámenes que demuestren la existencia del factor modulador al momento de decidir sobre el grado de la pérdida de la capacidad laboral asignado a las deficiencias, se asignará el mayor valor asignado en la clase de riesgo seleccionado.

Artículo 65. *Sobre el trámite de solicitudes*.

Solicitudes incompletas. Cuando la solicitud no esté acompañada de los documentos señalados en las anteriores disposiciones, la Junta regional informará, a través de una lista de chequeo, tanto a la persona o entidad solicitante como todos los interesados, cuáles son los requisitos faltantes y otorgará con efectos suspensivos, un término de quince (15) días hábiles para allegarlos.

Si cumplido este término no se allega la información requerida, por parte de la entidad solicitante o de los interesados, la Junta Regional procederá a adoptar la decisión de primera instancia, dejando constancia de tal circunstancia en el respectivo dictamen.

El incumplimiento de esta obligación dará lugar al inicio de una investigación y la imposición de sanciones por parte de las autoridades competentes.

Reparto. Radicadas las solicitudes, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud, se procederá por reparto a asignar un o una ponente, entre los profesionales miembros de la correspondiente junta médico laboral regional de manera proporcional y equitativa.

Trámite de la solicitud. Recibida la solicitud por parte de la Junta Médico Laboral de Calificación,

Regional o Nacional, se dará a conocer a todos los interesados de su contenido y del inicio del trámite ante la respectiva Junta Médico Laboral de Calificación de Invalidez, Regional o Nacional, con el fin de que se presenten, dentro de los 10 (diez) hábiles siguientes de recibida la comunicación, los fundamentos de técnicos, legales y jurisprudenciales que se pretendan hacer valer.

El médico ponente convocará al paciente dentro de los dos días hábiles siguientes al reparto, dejando constancia de la citación y dando a conocer a la entidad administradora correspondiente, según se trate de un presunto origen común o profesional, para lo de sus respectivas responsabilidades.

El paciente o persona objeto de dictamen deberá valorarse individualmente, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la citación.

En caso de no asistencia del paciente, al siguiente día, la junta lo citará nuevamente mediante correo certificado, a una nueva valoración que deberá realizarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al envío de la comunicación.

Si pese a lo anterior el paciente no concurre, se tomará decisión con base en la documentación existente.

Dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes, el médico ponente radicará su ponencia.

Parágrafo. Si al realizar el estudio del expediente entregado para la calificación, el médico considera pertinente la práctica de nuevas pruebas o la realización de valoraciones adicionales por especialistas, las ordenará y señalará un término no superior a treinta (30) días hábiles, para practicarlas de conformidad con la presente ley.

Recibidos los resultados de las nuevas pruebas o valoraciones solicitadas, el médico ponente radicara el proyecto de dictamen dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su recibo y se incluirá el caso en la siguiente reunión privada de la junta, la cual deberá realizarse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes.

Los términos de tiempo establecidos en el presente artículo serán sucesivos entre un trámite y el que le sigue.

Artículo 66. **Quórum y decisiones. Juntas Médico Laborales Regionales** adoptarán sus decisiones en audiencia pública, donde asistirán de manera presencial todos sus miembros principales, sin participación de las partes interesadas, entidades de seguridad social o apoderados. La decisión se tomará con el voto favorable de la mayoría simple.

De lo actuado en la audiencia pública se deberá elaborar acta que reposará en el expediente correspondiente.

Artículo 67. **Dictamen.** Es el documento que deberá contener siempre, y en un solo documento, la decisión de las Juntas Médico Laborales Regionales en primera instancia o Nacional de Calificación de Invalidez en segunda instancia, sobre los siguientes aspectos:

a) Origen de la contingencia.

b) Fecha de estructuración y.

c) Pérdida de capacidad laboral, si el porcentaje es mayor a cero por ciento de la pérdida de la capacidad laboral (0%).

d) Las argumentaciones de los intervinientes en el trámite.

e) La información general de la persona objeto del dictamen y los fundamentos fácticos, técnicos, legales y jurisprudenciales que justifican la decisión.

Cuando exista salvamento de voto, el integrante que lo presente deberá firmar el dictamen, dejando constancia en el acta sobre los motivos de inconformidad y su posición, sin que esa diferencia conceptual sea causal de impedimento alguno.

La Junta Médico Laboral Nacional, en segunda instancia, resolverá única y exclusivamente lo que haya sido objeto de la controversia para lo cual tendrá en cuenta las pruebas adicionales que se pretendan hacer valer, respecto del origen, la pérdida de la capacidad laboral, la fecha de estructuración y transcribirá sin ningún tipo de pronunciamiento, ni cambio alguno, aquellos hechos que no hayan sido objeto de la controversia.

Los dictámenes emitidos por las *Juntas Médico laborales*, no son actos administrativos.

Artículo 68. **Notificación del dictamen.** Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de celebración de la audiencia pública, la Junta Médico Laboral Regional notificará su decisión por medio físico o electrónico a las partes interesadas, indicando los recursos de ley que proceden.

Simultáneamente fijará la decisión adoptada en un lugar visible de su sede por diez (10) días hábiles, indicando la fecha de fijación y retiro del aviso.

En caso de no presentarse recurso alguno, el dictamen se considerará como ejecutoriado. Esto, independientemente de las acciones legales que puedan ejercer las partes interesadas.

De todo lo anterior, deberá reposar copia en el respectivo expediente.

Artículo 69. **Recursos jurídicos.** Contra el dictamen emitido por la Junta Médico Laboral Regional proceden los recursos de reposición y/o apelación, los cuales podrán presentar y sustentar por escrito, cualquiera de los interesados ante la misma Junta que lo profirió, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación, sin que se requiera de formalidades especiales, exponiendo los motivos de la inconformidad.

Cuando se trate de personas jurídicas, los recursos deben interponerse por el representante legal o su apoderado debidamente constituido.

Cuando el recurso se presente de manera extemporánea será rechazado y se ordenará la devolución del valor de los honorarios al apelante, descontando el porcentaje administrativo de conformidad con lo establecido en la presente ley. En estos casos el dictamen quedará ejecutoriado de lo cual será notificado a las partes conforme a lo dispuesto en el artículo anterior.

En caso de presentarse en forma subsidiaria o directa el recurso de apelación ante la Junta Médico Laboral Nacional de Calificación, se deberán cancelar los honorarios de la Junta al momento de la presentación del recurso, por parte de la entidad responsable conforme a los parámetros de esta ley, salvo si el recurrente es el o la trabajadora.

Artículo 70. *Términos para resolver.* El recurso de reposición deberá ser resuelto por los miembros de las Juntas Médico Laborales Regionales dentro de los diez (10) días calendario, siguientes a su recepción y no tendrá costo alguno.

En caso de que lleguen varios recursos sobre un mismo dictamen este término empezará a contarse desde la fecha en que se haya radicado el último escrito de sustentación.

Presentado el recurso de apelación en tiempo, la Junta Médico Laboral Regional de Calificación remitirá todo el expediente con la documentación que sirvió de fundamento para el dictamen dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

La Junta Médico Laboral de Calificación Regional, remitirá la totalidad del expediente a la Junta Médico Laboral Nacional, así no se allegue la consignación de los honorarios de esta última, e informará dicha anomalía a las autoridades competentes para la respectiva investigación y sanciones a la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Cuando la Junta Médico Laboral Regional de Calificación Regional resuelva el recurso de reposición a favor de la solicitud del recurrente único, no procederá la remisión a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

CAPÍTULO VI

Procedimientos de recursos de reposición y/o apelación ante la Junta Médico Laboral Nacional de calificación de la pérdida de la capacidad laboral y de la invalidez

Artículo 71. *Reparto del recurso de apelación.* Radicadas el recurso de apelación, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su recibo, se procederá a efectuar el reparto entre los profesionales miembros de la correspondiente Junta Médico Laboral Nacional de manera proporcional y equitativa.

Artículo 72. *Del trámite del recurso de apelación.* Recibido el recurso de apelación se procederá a correr traslado a los todos los interesados de su contenido, por un término de cinco (5) días, dentro de los cuales las partes podrán presentar las argumentaciones que estime procedentes en relación con el mismo.

En este mismo término, el recurso será sometido a reparto y asignado a un médico ponente.

Artículo 73. *Trámite de la sustanciación y ponencia.* Recibido el recurso y los escritos de los no recurrentes, por parte del médico ponente, se surtirá el mismo trámite de citación del paciente y radicación de la ponencia para su posterior discusión, previsto para los dictámenes de las Juntas Regionales.

Artículo 74. *Quórum y decisiones.* **La Junta Médico Laboral Nacional** adoptará sus decisiones

en audiencia pública, donde asistirán de manera presencial todos sus miembros principales, sin participación de las partes interesadas y la decisión se tomará con el voto favorable de la mayoría de ellos.

La decisión se expedirá y firmará por todos los miembros de la Junta en el formulario establecido por el Ministerio del Trabajo.

Cuando exista salvamento de voto, el integrante que lo presente deberá firmar el dictamen, dejando constancia en el acta sobre los motivos de inconformidad y su posición, sin que esa diferencia conceptual sea causal de impedimento alguno.

Los dictámenes emitidos por la Junta Médico Laboral Nacional no son actos administrativos.

Artículo 75. *Comunicación.* Dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de celebración de la audiencia privada, la Junta Nacional, comunicará su decisión por medio físico o electrónico a las partes interesadas. Contra dicha decisión no procede recurso alguno.

Artículo 76. *Controversias sobre los dictámenes de las Juntas de Calificación de Invalidez.* Las controversias que se susciten en relación con los dictámenes emitidos en firme por las Juntas Médico Laborales de Calificación, serán dirimidas por la justicia laboral ordinaria de conformidad con lo previsto en el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, mediante demanda promovida contra el contenido técnico del dictamen emitido de la junta correspondiente, independiente de las acciones se puedan iniciar contra los miembros de las juntas de calificación, cuando se compruebe dolo o incumplimiento de las normas técnicas, legales y jurisprudenciales que rigen el procedimiento de la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de su fecha de estructuración.

Artículo 77. *Firmeza de los dictámenes.* Los dictámenes adquieren firmeza cuando:

1. Contra el dictamen no se haya interpuesto el recurso de reposición y/o apelación dentro del término de diez (10) hábiles días siguientes a su notificación.

2. Se hayan resuelto los recursos interpuestos y se hayan notificado o comunicado en los términos establecidos en la presente ley.

3. Una vez resuelta la solicitud de aclaración o complementación del dictamen proferido por la Junta Nacional y se haya comunicado a todos los interesados.

CAPÍTULO VII

Sobre la revisión de la calificación

Artículo 78. *Revisión de la calificación de incapacidad permanente parcial o de la calificación de invalidez.* La revisión de la calificación de incapacidad permanente parcial o de la invalidez requiere de la existencia de una calificación o dictamen previo que se encuentre en firme, copia del cual debe reposar en el expediente y solo podrán iniciarse ante las Juntas Médico Laborales Regionales.

En el proceso de revisión, las Juntas Médico Laborales Regionales, solo puede evaluar el grado porcentual de pérdida de capacidad laboral sin que le sea posible pronunciarse sobre el origen o fecha de estructuración salvo las excepciones del presente artículo. Para tal efecto, se tendrá en cuenta el manual o la tabla de calificación vigente en el momento de la calificación o dictamen que le otorgó el derecho.

La revisión de la pérdida de incapacidad permanente parcial por parte de las Juntas Médico Laborales de Calificación Regionales será procedente a solicitud de la Administradora de Riesgos Laborales, de las entidades Administradoras de Fondo de pensiones los trabajadores o personas interesadas a través de la entidad administradora responsable del reconocimiento de las prestaciones. Para tal efecto se tendrá en cuenta el manual o tabla de calificación vigente al momento de resolver sobre la revisión.

Cuando se trate de la revisión de la pérdida de la capacidad laboral de un estado invalidante, la misma se deberá realizar conforme al manual de calificación vigente al momento en que le fue conferido el derecho.

La persona objeto de revisión o persona interesada, podrá realizar la solicitud directamente a la Junta Médico Laboral de Calificación Regional solo y si, pasados 30 días hábiles de haber presentado su solicitud ante la entidad administradora, no ha sido remitida su reclamación a la Junta Regional, según se trate de una contingencia de origen común o laboral.

Artículo 79. *Término para interponer la Revisión.* El recurso de revisión de las decisiones sobre incapacidad permanente parcial, podrá ser interpuesto en cualquier tiempo, siguiendo los procedimientos y trámites establecidos en la presente ley, para las solicitudes ante las Juntas médico legales.

En los Sistema Generales de Riesgos Laborales y de Pensiones, la revisión pensional por parte de las Juntas será procedente cada tres (3) años y hasta cuando el asegurado cumpla la edad de retiro forzoso, a petición de las respectivas entidades administradoras o a través de ésta por el interesado; para lo cual deberán aportarse las pruebas que permitan demostrar cambios en el estado de salud.

Las variaciones en la condición de salud del paciente, dará lugar al incremento, disminución o confirmación del grado de la pérdida de la capacidad laboral. Cuando el asegurado cumpla la edad de retiro forzoso, la última calificación será permanente y no será necesario revisarla periódicamente por cuando ya ha perdido la capacidad para laborar conforme a la ley.

Copia de todo lo actuado deberá reposar en el expediente y se hará constar en la respectiva acta y en el nuevo dictamen.

Artículo 80. *Consecuencias de la variación del grado de la pérdida de la capacidad laboral.* Si a un pensionado por invalidez en el sistema general de riesgos laborales, en sede de revisión se le disminuye el grado de la pérdida de capacidad laboral a un

porcentaje inferior al 50%, generándole la pérdida de su derecho de pensión, se le reconocerá el valor de la indemnización correspondiente derivada de su nuevo estado de incapacidad permanente parcial, conforme al artículo 7º de la Ley 776 de 2002 o la norma que la modifique sustituya o adicione.

En caso contrario, cuando el resultado de la revisión sea una calificación superior al 50%, se le deberá reconocer el derecho a pensión por invalidez, sin realizar descuento alguno por prestación que económica que se hubiera reconocido por incapacidad parcial.

En caso de detectarse en la revisión de una incapacidad permanente parcial, que esta sube a un porcentaje superior al 50% o más de la pérdida de la capacidad laboral, se deberá también modificar la fecha de estructuración relacionada con esta nueva condición de salud del trabajador. De igual forma se procederá cuando un estado de invalidez disminuya a 49% o menos.

Artículo 81. *Cesación de la invalidez.* Cuando se pruebe ante la Junta de Calificación de Invalidez que ha cesado el estado de invalidez del afiliado, la Junta procederá a declarar la cesación del estado de invalidez, según el caso, indicando la fecha de cesación. Una vez se cumpla la edad de retiro forzoso sin que la calificación de invalidez sea inferior al 50% no procederá la declaración de estado de invalidez, sino que se declarará el estado de invalidez permanente.

CAPÍTULO VIII

Vigilancia de las actuaciones de las Juntas Médico Laborales de la Calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral, del origen y de la fecha de estructuración regionales

Artículo 82. *Competencia del Ministerio del Trabajo.* El Ministerio del Trabajo realizará visitas de supervisión, inspección y control administrativo, operativo y de gestión financiera de las Juntas Médico Laborales de Calificación y verificará el adecuado funcionamiento conforme a la ley y el cabal cumplimiento de su deber de garantía de los derechos procesales y sustanciales de las partes e intervinientes en las actuaciones a su cargo.

El Director Territorial del Ministerio del Trabajo, podrá imponer multas en forma particular a cada integrante de las Juntas hasta por cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, con destino al Fondo de Riesgos Laborales, según la gravedad de la falta, por violación a las normas, procedimientos y reglamentación del Sistema General de Riesgos Laborales. En segunda instancia resolverán sobre estas decisiones, la Dirección General de Riesgos Laborales.

Lo anterior sin perjuicio del ejercicio del poder preferente que asuma la Procuraduría General de la Nación por las faltas disciplinarias gravísimas que puedan concurrir.

Artículo 83. *Sobre el control social y la participación de los trabajadores y enfermos sobre el sistema.* Con la entrada en vigencia de

la presente ley serán incluidas dentro de la red de comités nacionales, seccionales y locales de salud ocupacional a las asociaciones de enfermos presentes en el país. El Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no mayor a dos (2) meses luego de entrada en vigencia la presente ley formularán, en coordinación con todos los actores del sistema una estrategia de modificación e implementación del Decreto 16 de 1997, que haga efectiva la participación y el control social de los trabajadores, trabajadoras y enfermos dentro del sistema de salud ocupacional.

Esta medida cobijará además a los órganos de participación COPASS de manera que se genere a reglamentación, sanción entre otras acciones necesarias para su real funcionamiento.

De igual manera el Ministerio del trabajo y el Ministerio de Salud y Seguridad Social, de acuerdo a sus competencia, crearán la Red de veedurías especializadas en Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales), conforme con lo contenido en la Ley 850 de 2003, Ley 1618 de 2013, Ley 1757 de 2015, para que vigilen el cumplimiento de la ley a las entidades encargadas de desarrollar la política pública en Salud Laboral y los Riesgos Laborales, vigilar a las autoridades departamentales y municipales en el cumplimiento de los programas de Salud Laboral y atención al discapacitado conforme a la Ley 1346 de 2009, que deben incluirse en los planes de desarrollo.

Artículo 84. Aplicación del Código Disciplinario Único. Los miembros de las Juntas Médico Laborales de Calificación de Invalidez son particulares que ejercen funciones públicas, razón por la cual están sujetos al control disciplinario y les será aplicable el Código Disciplinario Único.

Artículo 85. Incompatibilidades e inhabilidades. Los miembros principales de las Juntas Médico Laborales de Calificación de Invalidez no podrán tener vinculación alguna, ni realizar actividades relacionadas con la calificación del origen, fecha de estructuración y grado de pérdida de la capacidad laboral o labores administrativas, en las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral, ni con sus entidades de dirección, vigilancia y control.

En el evento que el Ministerio del Trabajo conozca que alguno de los miembros principales se encuentra en causal de incompatibilidad o inhabilidad informará esta situación a la Procuraduría General de la Nacional remitiendo las evidencias que tenga al respecto.

Para los miembros suplentes y ad-hoc esta incompatibilidad procede solo en los casos que requieran tomar posesión para ser integrante principal.

Artículo 86. Impedimentos y recusaciones. Los miembros de las Juntas Médico Laborales de Calificación estarán sujetos al régimen de impedimentos y recusaciones aplicable a los jueces de la República, conforme con lo dispuesto en el Código de Procedimiento Civil, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

El integrante de la Junta Médico Laboral que advierta de la existencia de alguna causal prevista en la ley, deberá declararse impedido mediante escrito motivado ante los otros miembros de la Junta Médico Laboral, con el fin que resuelvan sobre el mismo, quienes en caso de considerarlo infundado, le devolverán el caso al integrante que lo venía conociendo.

El mismo procedimiento se surtirá cuando mediante escrito motivado, cualquiera de las partes plantee una recusación frente a cualquiera de los miembros de la Junta regional.

Aceptado el impedimento o recusación, se procederá a solicitar a la Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo el nombramiento de un suplente o un integrante ad-hoc según sea el caso.

Parágrafo. Los miembros suplentes y los que sean designados Ad-hoc, no podrán tener ninguna relación directa o indirecta con la entidad que presentó la inconformidad.

Artículo 87. Demandas o denuncias contra los dictámenes emitidos por las Juntas Médico Laborales de Calificación y sus miembros de periodos vigentes o anteriores. El abogado contratado por las Juntas de Calificación, será el responsable de la defensa judicial y se asumirá como parte de los gastos de administración, aquellos que se generen como consecuencia del proceso.

Cuando exista una condena en contra de la Junta Médico Laboral de Calificación, esta repetirá contra el integrante o miembro de la misma el pago de honorarios del abogado, indemnizaciones y costas derivados del proceso judicial o administrativo, siempre que la condena se haya producido como consecuencia de la conducta dolosa o si la condena se origina por el incumplimiento de las normas legales y jurisprudenciales que rigen el proceso de calificación de la pérdida de la capacidad laboral, de su origen y de su fecha de estructuración.

CAPÍTULO IX

Disposiciones finales

Artículo 88. Responsabilidades del Ministerio del Trabajo. El Ministerio del Trabajo deberá unificar los criterios, técnicos y jurisprudenciales, en materia de calificación de la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional, de su origen y de su fecha de estructuración, que serán de obligatorio cumplimiento por las entidades administradoras, así como por las Juntas Médico-Laborales de Calificación Regionales y Nacional.

El Ministerio del Trabajo podrá, de ser necesario y acorde al desarrollo legal y jurisprudencial, actualizar cada tres (3) años y en cada periodo de vigencia de las Juntas de Calificación de Invalidez, un manual de procedimientos que garanticen el oportuno y eficiente funcionamiento de estas Juntas Médico-Laborales de Calificación.

Artículo 89. Sanciones. Corresponde a las Direcciones Territoriales del Ministerio del Trabajo, imponer las sanciones por incumplimiento de lo dispuesto en esta ley por parte de los Empleadores y Administradoras de Riesgos Laborales. Tratándose

de las Entidades Administradoras de Fondos de Pensiones, la vigilancia y control, corresponderá realizarlas a la Superintendencia Financiera. A la Superintendencia Nacional de Salud, cuando se trate de las Entidades Promotoras de Salud y a las Administradoras de Riesgos Laborales en lo atiente a sus actividades en salud.

Artículo 90. *Transición.* El Ministerio del Trabajo realizará los ajustes, adecuaciones, redistribuciones de cargos y demás acciones que permitan garantizar la aplicación de la presente ley, respetando el período de vigencia de las actuales juntas de calificación y los porcentajes de honorarios de los actuales miembros.

En todo caso, ningún miembro de las Juntas Médico-Laborales Regionales y Nacional de Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, del origen y de la fecha de estructuración, podrán optar a ser miembros de las nuevas juntas.

El Ministro del Trabajo realizará, igualmente las correspondientes designaciones y nombramientos provisionales por el periodo faltante, conforme a la lista de elegibles del actual concurso, y agotada la lista de elegibles realizará nuevo concurso.

Artículo 91. *Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social.* Será de su responsabilidad el establecer los mecanismos para que las instituciones prestadoras de servicios de salud, y en general los prestadores de servicios de salud determinen el presunto origen del accidente, la enfermedad y la muerte, al momento de la consulta.

El establecer las acciones en seguridad social y salud pública, que deben adelantar las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de Salud, para que en su jurisdicción se registre la exposición a los factores de riesgo que pueden afectar la salud de los trabajadores, y se registre en forma oportuna y confiable el posible origen de los eventos de salud, que afectan a esta población. Facilitar dentro del Sistema de Seguridad Social Integral el proceso de reembolsos, basados en la calificación del origen que determina con cargo a cuál sistema y recursos se asumirán las prestaciones a que tiene derecho el trabajador.

Artículo 92. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su publicación.

Artículo 93. *Derogatorias.* La presente ley deroga las normas y disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables Congresistas,

Alberto Castilla Salazar
ALBERTO CASTILLA SALAZAR
Senador de la República

Alexánder López Maya
ALEXÁNDER LÓPEZ MAYA
Senador de la República

Jorge Enrique Robledo
JORGE ENRIQUE ROBLEDO
Senador de la República

Iván Cepeda Castro
IVÁN CEPEDA CASTRO
Senador de la República

Victor Correa Vélez
VICTOR CORREA VÉLEZ
Representante a la Cámara

Alirio Uribe
ALIRIO URIBE
Representante a la Cámara

Jorge Prieto
JORGE PRIETO
Senador de la República

Antonio José Correa
ANTONIO JOSÉ CORREA
Senador de la República

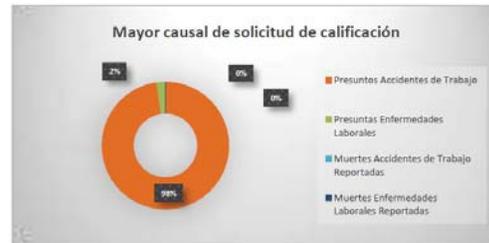
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Problemática que justifica el proyecto de ley

En promedio en Colombia se presentan 2.059 accidentes de trabajo al día, es decir 85 accidentes cada hora, los cuales cobran en promedio dos muertes al día. Del total de accidentes que se presentan en un día no se califican 133 accidentes y se reconoce incapacidad apenas en 42 de los casos. Estos datos del Ministerio del Trabajo para el año 2016, evidencian los niveles precarios de promoción y garantía de seguridad en el trabajo, así como los niveles de vulneración de derechos a los que están sometidos millones de trabajadores afiliados a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL), los cuales ascienden a 10.037.000 de personas.

Vale la pena subrayar que no se tiene registro sobre trabajadores no afiliados a ARL que estaría en una situación mayor de desprotección ya que la mayor parte de la población económicamente activa es informal (67% en promedio)¹.

La principal causa de riesgo es el accidente asociado al trabajo. En total al año se registraron 751.579 accidentes de trabajo, los cuales explican el 98% de las solicitudes de calificación de pérdida de capacidad laboral. El segundo hecho es la enfermedad laboral que explica el 2% de los casos, seguida por la muerte por accidente y/o muerte por enfermedad. El siguiente gráfico ilustra tal situación:



Fuente. Elaboración propia con base en cifras del Ministerio del Trabajo. 2016.

Sin embargo, el siguiente cuadro evidencia el hecho silencioso de que la mayor brecha de no reconocimiento al riesgo laboral se presenta en el caso de las enfermedades laborales y las muertes por accidente de trabajo. En efecto si bien el accidente de trabajo es el evento adverso con mayor presencia en el mundo del trabajo, este no es reconocido en el 6,5% de los casos, en contraste con las enfermedades laborales que no son reconocidas en el 36% de los casos y las muertes por accidente de trabajo, que no son reconocidas en el 31% de los casos.

	Análisis de brechas					
	Presuntos Accidentes de Trabajo	Accidentes de Trabajo Calificados	Presuntas Enfermedades Laborales	Enfermedades Laborales Calificadas	Muertes Accidentes de Trabajo Reportadas	Muertes Accidentes de Trabajo Calificados
Total trabajadores	751.579	702.932	16.398	10.563	871	602
Brechas		-6,5%		-36%		-31%

Fuente: Elaboración propia con base en el Ministerio de trabajo 2016.

La solución a la situación anterior debería ser remediada de manera integral con mayor énfasis en programas que impongan la obligatoriedad de preservar las mejores condiciones para el desarrollo

¹ Del total de trabajadores afiliados a ARL el 95% corresponde a trabajadores dependientes, es decir con contrato laboral formal, en tanto que los afiliados independientes corresponden al 5% del total de afiliados.

de la labor de sus trabajadores, en el caso de los empresarios, por el retiro de los actores beneficiados económicamente por el sistema, sobre el análisis del origen y calificación de la pérdida de capacidad laboral.

Este proyecto de ley que se presenta por iniciativa de los trabajadores respaldada por el Senador Alberto Castilla, entre otras cosas propone un ordenamiento y reglamentación clara sobre las instancias, que dentro del sistema de protección social, definen el reconocimiento de la enfermedad laboral y la pérdida de capacidad laboral en última instancia, que son las juntas de calificación de invalidez.

Sucede que la instancia de calificación de la invalidez o la pérdida de capacidad laboral, que son las juntas de invalidez creadas por el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, no brindan garantías plenas a los trabajadores para el reconocimiento, bajo mecanismos objetivos e idóneos, del pago de las prestaciones económicas a que tienen derecho. El diagnóstico refiere a que siendo que las juntas de calificación de invalidez, no están debidamente reglamentadas, funcionan de facto como operadores de actores financieros dominantes en el sistema de salud y protección social financierizador de la salud, implementado con la Ley 100 de 1993, lo cual ha permitido que actores dentro del sistema como ARL y EPS, controlen la decisión de la calificación, siendo juez y parte en la misma. Con lo cual, el principio del debido proceso y la transparencia en la calificación adolezcan de garantías para el reconocimiento de las prestaciones económica a que tienen derecho los trabajadores.

La presente ley de igual manera refuerza la obligatoriedad, para que se cumpla con la tabla de enfermedades laborales establecida por el Decreto 1477 de 2014 “por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales”, y subrayan la necesaria participación y control social de las víctimas sobre el sistema. En efecto, a pesar del despliegue de normas que regulan la materia, la experiencia de los y las trabajadoras y los y las trabajadoras enfermas, es el desconocimiento de los procedimientos y términos de ley necesarios para el reconocimiento de sus prestaciones, y su ausencia como actores de control social, y veedores sobre el sistema. Instancias como por ejemplo la red de comités nacional, seccionales y locales de salud ocupacional, creada por el decreto 16 de 1997, no han tenido un amplio desarrollo por falta de compromiso del Estado y los empleadores, en estos espacios la participación de las trabajadoras y trabajadores es restringida, su capacidad de incidencia por ser minoría y falta de preparación técnica en este campo es muy baja. En estos espacios donde se analiza y recomienda la política pública en salud laboral están excluidas las personas que presentan discapacidades por eventos laborales, incumpliendo el Estado colombiano con la Ley 1346 de 2009 que aprueba la Convención de las Naciones Unidas en el año 2006 y la ley estatutaria 1618 de 2013. La ineficacia de los Copasst en las empresas que tienen la obligación de velar porque los empleadores cumplan con el programa de salud ocupacional, es el resultado del no funcionamiento real del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales y

de la red de comités que conforman la estructura del Sistema de Salud Laboral y Riesgos Profesionales.

Fundamentos constitucionales y legales

En Colombia “...conforme a la jurisprudencia constitucional, el derecho a la seguridad social es un real derecho fundamental cuya efectividad se deriva “de (i) su carácter irrenunciable, (ii) su reconocimiento como tal en los convenios y tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano en la materia y (iii) de su prestación como servicio público en concordancia con el principio de universalidad”².

La Carta política en su artículo 48, establece que la seguridad social debe orientarse bajo los principios de eficiencia³, universalidad⁴ y solidaridad⁵.

Esta disposición encuentra igualmente fundamento en tratados internacionales que obligan al Estado colombiano, entre ellos, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que consagra en su artículo 22 que: “*Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad*”.

² Ver entre otras **Sentencia T-164/13 de la Corte Constitucional**.

³ “...el principio de **eficiencia** requiere la mejor utilización social y económica de los recursos humanos, administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social, sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. La jurisprudencia de esta Corporación ha definido la eficiencia como la elección de los medios más adecuados para el cumplimiento de los objetivos y la maximización del bienestar de las personas” (Sentencia C-258 de 2013. Corte Constitucional).

⁴ “Según el principio de **universalidad**, el Estado –como sujeto pasivo principal del derecho a la seguridad social– debe garantizar las prestaciones de la seguridad social a todas las personas, sin ninguna discriminación, y en todas las etapas de la vida. Por tanto, el principio de universalidad se encuentra ligado al mandato de ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social señalado en el inciso tercero del mismo artículo 48 constitucional, el cual a su vez se refiere tanto a la ampliación de afiliación a los subsistemas de la seguridad social –con énfasis en los grupos más vulnerables–, como a la extensión del tipo de riesgos cubiertos”. (Sentencia C-258 de 2013. Corte Constitucional).

⁵ “...la **solidaridad**, hace referencia a la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades. Este principio tiene dos dimensiones: de un lado, como bien lo expresa el artículo 2º de la Ley 100 de 1993, hace referencia a que el Estado tiene la obligación de garantizar que los recursos de la seguridad social se dirijan con prelación hacia los grupos de población más pobres y vulnerables; de otro, exige que cada cual contribuya a la financiación del sistema de conformidad con sus capacidades económicas, de modo que quienes más tienen deben hacer un esfuerzo mayor” (Sentencia C-258 de 2013. Corte Constitucional).

A su vez, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dispone en su artículo 9º que: *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”* y el Protocolo de San Salvador prevé que: *“Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes. 2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto”*.

Objetivos del proyecto de ley

A través de este proyecto de ley se busca corregir las serias desviaciones que se han venido presentando en el funcionamiento y en el reconocimiento de los derechos sociales de los trabajadores que se ven afectados por las consecuencias de haber padecido un accidente de trabajo o haber sufrido una enfermedad.

En primer término, se tiene que la legislación actual prevé que el pago de las prestaciones asistenciales que se derivan de un evento de carácter laboral, se realizan por parte de las Administradoras de Riesgos Laborales, en adelante ARL a través de las Entidades Promotoras de Salud, en adelante EPS, creándose una intermediación innecesaria, que ha conllevado a que las Instituciones Prestadoras de Salud, en adelante IPS no reciban de manera oportuna los reembolsos correspondientes por los servicios prestados en estos casos, conllevando a la postre, a una negación de la atención que requiere el trabajador o trabajadora víctima de una contingencia de este carácter.

Por tal motivo, se considera la imperiosa necesidad de eliminar la intermediación de las EPS, de manera que se aporte a la mayor eficacia del Sistema de seguridad social integral, garantizando al trabajador o trabajadora afectada, la oportuna atención en caso de enfermedad o accidente laboral.

En segundo término, se busca reglamentar y unificar los trámites y procedimientos para el reconocimiento y pago de las incapacidades de origen laboral, en relación con el manejo de las incapacidades de origen común, generando de tal manera, mayor seguridad jurídica a las personas que se ven enfrentadas a estas.

En tercer lugar, se pretende eliminar las facultades conferidas por el Decreto 019 de 2012 a las administradoras de riesgos laborales, entidades promotoras de salud, fondos de pensiones, entre otras, para calificar, en primera instancia, la pérdida de la capacidad laboral, su origen, grado y/o la fecha de estructuración. Esta disposición legal vigente, la estimamos altamente inconveniente, en tanto convierte a las entidades administradoras señaladas en juez y parte, al permitir que resuelva sobre un

asunto en el que tienen un claro interés económico. Asunto, que valga recordar, tiene la vocación de concretar un derecho fundamental de las y los trabajadores del país.

Sumado a lo anterior, encontramos que en la práctica, este trámite de calificación por parte de las referidas entidades, se torna injustamente dilatorio del procedimiento mediante el cual el trabajador o trabajadora afectada por una enfermedad o accidente, busca el reconocimiento de las prestaciones que se derivan de estas contingencias. Al punto se ha tornado insostenible tal situación, que los trámites previstos en la actual normativa, tardan en no pocas ocasiones, entre tres y cuatro años.

Lo expuesto con antelación, fue analizado por el Consejo de Estado, en la Sentencia 11801 de abril 24 de 1997 con ponencia del Magistrado Carlos Arturo Orjuela Góngora, en la cual se estudió el cargo de nulidad del inciso 1º del artículo 3º del Decreto 1346 de 1994 y en relación con la competencia de las entidades administradoras del sistema de seguridad social, para calificar el estado de invalidez, señaló que:

“(…) no es lógico que la norma acusada le confiera una nueva instancia a las entidades eventualmente obligadas al pago de la prestación, para que definan el origen de las contingencias, permitiéndoles autocalificar su responsabilidad para pagar o no”.

A su vez, señaló que la disposición demandaba, excedía las previsiones de la Ley 100 de 1993 y por tanto, *“Por contraposición, con arreglo a los mandatos constitucionales y legales ya reseñados, del estado y origen de la invalidez, así como del origen de la enfermedad o de la muerte, conocen en primera instancia las juntas regionales de calificación de invalidez, y en segunda, la junta nacional de calificación de invalidez”*.

Pese a lo anterior, se observa un reiterado y manifiesto interés por conceder estas atribuciones a las entidades administradoras del sistema de seguridad social, que ha conllevado a la expedición de normas tales como el Decreto 266 de 2000 declarado a la postre inexecutable en su integridad, mediante Sentencia C-1316 de 2000 con ponencia del Magistrado Carlos Gaviria Díaz; la Ley 962 de 2005 (artículo 52) que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993 y finalmente el Decreto 019 de 2012.

No obstante, los planteamientos en su momento expuestos por el Consejo de Estado, mantienen su vigencia y por tanto, no es difícil concluir, que la legislación actual viola el derecho constitucional al debido proceso que conlleva los del juez natural y a acceder a un proceso justo e imparcial, al tiempo que atenta contra el principio de eficiencia que rige la prestación del servicio público de la seguridad social y desconoce la obligación de progresividad en materia de derechos económicos, sociales o culturales.

Como es sabido el debido proceso, fue elevado a derecho constitucional en el artículo 29 de la Carta Política y se reclama de toda clase de

actuaciones judiciales y administrativas. De igual manera numerosos instrumentos internacionales han recogido la importancia y obligatoriedad de estas garantías, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en la Convención Americana de Derechos Humanos⁶, la Convención Americana de Derechos Humanos⁷.

La Corte Constitucional, igual que la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Humanos, han marcado pautas relevantes en punto del alcance del derecho al debido proceso y que dan cuenta de su observancia “...en los distintos procedimientos en que los órganos estatales adoptan decisiones sobre la determinación de los derechos de las personas, ya que el Estado también otorga a autoridades administrativas, colegiadas o unipersonales, la función de adoptar decisiones que determinan derechos”⁸. Se indica igualmente que “Es entonces la garantía consustancial e infranqueable que debe acompañar a todos aquellos actos que pretendan imponer legítimamente a los sujetos cargas, castigos o sanciones como establecer prerrogativas”⁹. A su vez, se resalta con especial énfasis que “La imparcialidad del tribunal y la publicidad de las actuaciones son importantes aspectos del derecho a un juicio justo en el sentido del párrafo 1º del artículo 14. La ‘imparcialidad’ del tribunal supone que los jueces no deben tener ideas preconcebidas en cuanto al asunto de que entienden y que no deben actuar de manera que promuevan los intereses de una de las partes”¹⁰.

De manera específica se ha pronunciado la Corte Constitucional sobre la necesidad de respetar y garantizar el debido proceso en las actuaciones que se surtan en el Sistema de Seguridad Social en Pensiones en Colombia¹¹, en consideración a que

⁶ En el artículo 14.1 dispone que “*Todas las personas son iguales ante los tribunales y cortes de justicia. Toda persona tendrá derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra ella o para la determinación de sus derechos u obligaciones de carácter civil*”. (Subrayado fuera de texto).

⁷ En el artículo 8.1 prevé que “*Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter*”. (subrayado fuera de texto).

⁸ Corte IDH. *Caso Claude Reyes y otros vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de septiembre de 2006. Serie C número 15, par. 118.

⁹ Ver entre otras, *Sentencia T-1263 de 2001. Corte Constitucional*

¹⁰ Comité de Derechos Humanos, *Caso Karttunen c. Finlandia*, Comunicación No. 387/1989 CCPR/C/46/D/387/1989 (1989); par. 7.2.

¹¹ Sentencia T-516 de 1999, M. P. Carlos Gaviria Díaz; Sentencia T-450 de 2010, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-411 de 2011, M. P. José Ignacio Pretelt Chaljub; Sentencia T-701 de 2008, M. P. Clara Inés

este es un servicio público relacionado con diversos derechos constitucionales como el derecho a la pensión y fundamentales como el derecho al mínimo vital, la dignidad humana, entre otros.

Así las cosas, mantener en nuestra normativa, disposiciones que confieran facultades para resolver asuntos de los que depende el goce efectivo de derechos de la población colombiana en condición de vulnerabilidad, a entidades que tienen intereses marcados en el mismo, es perpetuar un orden injusto.

Por el contrario y es la cuarta razón que motiva este proyecto de ley, se deben reforzar las medidas que blinden las garantías expuestas, buscando que la conformación de los cuerpos colegiados encargados de adoptar las decisiones en la materia, responda a criterios objetivos de experticia (conocimientos y experiencia) y estabilidad¹², como presupuestos de su independencia, los cuales, consideramos, no se cumplen en los comités interdisciplinarios de las entidades administradoras del sistema de seguridad social cuyos miembros se encuentran sujetos a la relación contractual con las mismas, sin que se cuente además con regulación alguna sobre su conformación, criterios de selección, régimen de inhabilidades e incompatibilidades, etc.¹³.

Vargas Hernández; Sentencia T-431 de 2011; Sentencia T-424 de 2005, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

¹² Id. Principio n.º 11. La estabilidad en el cargo como forma de garantizar la independencia e imparcialidad de los funcionarios, fue también acogida por la Corte Europea de Derechos Humanos en el *caso Belilos v. Switzerland*, App. no. 10328/83, Eur. H.R. (1988), par. 67.

¹³ El artículo 5º del Decreto 2463 de 2001 dispone: “Cada una de las entidades administradoras de riesgos profesionales, de las entidades promotoras de salud y de las administradoras del régimen subsidiado, deberán disponer de un equipo interdisciplinario para realizar la calificación por pérdida de la capacidad laboral, el cual deberá contar con un médico con experiencia mínima específica en medicina laboral de un (1) año, un médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años y un profesional diferente a las áreas de la medicina con formación en áreas afines a la salud ocupacional, con una experiencia relacionada de dos (2) años.

Este equipo deberá efectuar el estudio y seguimiento de los afiliados y posibles beneficiarios, recopilar pruebas, valoraciones, emitir conceptos de rehabilitación en cada caso y definir el origen y grado de pérdida de la capacidad laboral. Así mismo, deberá diligenciar el formulario autorizado por el Ministerio de Trabajo para notificar el dictamen correspondiente, en el cual se deberá señalar al notificado la oportunidad de acudir ante la junta regional de calificación de invalidez, término para presentar la reclamación, e informar que es la entidad administradora la que asume el costo de dicho trámite.

El equipo interdisciplinario de las entidades administradoras de riesgos profesionales deberá ser registrado en las Direcciones Territoriales de Trabajo del Ministerio de Trabajo, anexando las respectivas hojas de vida de sus integrantes e informando las modificaciones que sucedan al respecto.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales llevarán a cabo el trámite de determinación de la incapacidad permanente parcial y comunicarán su decisión, en un

De esta manera, el presente proyecto de ley, recoge disposiciones que han transitado por la errática normativa que en la materia se ha expedido y que han regido el funcionamiento y conformación de las juntas de calificación de la invalidez. Si bien se conservan en buena parte, aspectos de estas disposiciones, hemos considerado importante incorporar medidas tendientes a poner fin a prácticas que hoy afectan la efectividad de estas corporaciones, la imparcialidad de sus miembros y la seguridad jurídica de quienes acuden a las mismas.

En este orden de ideas, además de condensar la normativa existente sobre la composición y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez, se pretenden establecer criterios y procedimientos de selección idóneos para los aspirantes a las mismas, generando impedimentos, para que una vez terminado su periodo en este cuerpo colegiado sus miembros no ingresen inmediatamente a la nómina de las administradoras del sistema de seguridad social. De esta manera, se busca cerrar la “puerta giratoria” que permite hoy que los miembros de la Junta transiten entre esta y las entidades responsables del pago de las prestaciones del trabajador o trabajadora asegurada. Práctica que conlleva un alto riesgo de parcialización de los integrantes de las Juntas.

De otra parte, se pretende ajustar las funciones y procedimientos de las Juntas de tal manera que el trámite para la calificación hasta tener una decisión final en firme, no tome más de 180 días. En la actualidad, como se encuentra definido el procedimiento ante las Juntas de Calificación toma más de 360 días, con lo cual se afecta la oportunidad en el acceso al derecho a la seguridad social, afectando no solo los derechos prestacionales de los trabajadores, sino también la productividad empresarial.

La creación de salas únicas de decisión, permite conjurar los problemas de inseguridad jurídica y violación del derecho a la igualdad, que viene provocado la existencia de diversos escenarios de producción de conceptos dentro de la misma Junta, que producen decisiones en sentidos disímiles, aun ante idénticos presupuestos fácticos.

término máximo de treinta (30) días, siempre y cuando se haya terminado el proceso de rehabilitación integral o posterior al tiempo de incapacidad temporal, según lo establecido en las normas vigentes. Los interesados a quienes se les haya notificado la decisión de la entidad administradora calificadora, podrán presentar su reclamación o inconformidad dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación, debiéndose proceder al envío del caso a la junta regional de calificación de invalidez, para lo de su competencia.

Cuando exista controversia por los dictámenes emitidos por las entidades administradoras legalmente competentes, todos los documentos serán remitidos directamente a la junta regional de calificación de invalidez, dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la reclamación. La entidad calificadora no podrá adelantar trámite diferente al que está obligado para la remisión del caso ante la junta de calificación de invalidez”.

Sobre los procedimientos y garantías de acceso a las Juntas, una de las grandes trabas a las que se enfrentan los trabajadores, tienen relación con la obligación de cancelar los honorarios a dichas corporaciones colegiadas. Por lo general, quienes se ven compelidos a este trámite, se encuentran en condiciones de especial vulnerabilidad económica y social, que les impide cumplir con tal requerimiento pecuniario.

Exigencia esta que se torna inadmisibles, además, en razón a que el acceso directo por parte del afectado a las Juntas se deriva, conforme a las condiciones de la ley, del incumplimiento por parte de las administradoras del sistema de seguridad social de tramitar con celeridad las peticiones de calificación, motivo por el cual, imponer la obligación de sufragar los honorarios, aun cuando pueda posteriormente acudir al recobro, se convierte en una carga excesiva para quien por su condición, es sujeto de una protección reforzada de sus derechos. Esta situación de facto se ha convertido en un desestímulo al trabajador que pretende imprimir celeridad al proceso de resolución su caso.

Tanto la Constitución Política, como la jurisprudencia nacional e internacional han sentenciado que “(...) En cuanto a los casos que involucran a sectores especialmente vulnerables, la Corte IDH ha identificado la necesidad de trazar vínculos entre los alcances del debido proceso legal administrativo y la efectiva vigencia de la prohibición de discriminación”¹⁴El Sistema Interamericano de Derechos Humanos, ha identificado un principio de igualdad de armas como parte integrante del debido proceso legal, (...) Este principio es sumamente relevante, por cuanto el tipo de relaciones reguladas por los derechos sociales suelen presentar y presuponer condiciones de desigualdad entre las partes de un conflicto –trabajadores y empleadores– o entre el beneficiario de un servicio social y el Estado prestador del servicio. Esa desigualdad suele traducirse en desventajas en el marco de los procedimientos judiciales” (ibíd.). La Corte ha establecido que la desigualdad real entre las partes de un proceso determina el deber estatal de adoptar todas aquellas medidas que permitan aminorar las carencias que imposibiliten el efectivo resguardo de los propios intereses. Para la CIDH –Comisión Interamericana de Derechos Humanos–, esto incluye advertir y reparar toda desventaja real que las partes de un litigio puedan enfrentar, resguardando así el principio de igualdad ante la ley y la prohibición de discriminación (ibíd.)

Claramente y por el solo hecho de la condición de salud e incapacidad del trabajador o trabajadora existe una condición de desigualdad real de este, a la que se suman hoy las trabas aquí presentadas que le imponen enfrentarse a un procedimiento dispendioso, someterse a “tribunales” de los que no puede predicarse su imparcialidad, sufragar gastos

¹⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales. Estudio de los estándares fijados por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. OEA/Ser.L/V/II.129 Doc. 4 7; septiembre 2007.

que en no pocas oportunidades les son imposibles de cubrir para acceder a las Juntas, y finalmente, recibir unas prestaciones económicas inferiores en algunos casos al salario o valor de los honorarios que percibía con anterioridad a la contingencia.

Debe en este punto recordarse, que las prestaciones económicas a las que tiene derecho el trabajador o trabajadora incapacitada, tienen por objeto garantizar el mínimo vital y la vida digna. En tal sentido, estimamos que el valor de estas, reconocidas en la actual normativa, desconoce abiertamente dichos derechos y por tanto contribuye en el agravamiento de la condición de vulnerabilidad del trabajador enfermo. Tal situación, no se solventa con la disposición que impone como tope mínimo de la prestación, un salario mínimo mensual legal vigente; motivo por el cual, consideramos que deben ser incrementadas estas cuantías en garantía de los derechos ya señalados.

La Corte Constitucional ha dicho de forma reiterada que *“El derecho a la seguridad social previsto en el artículo 48 de la Constitución Política incluye, conforme lo señaló esta Corte en sentencia de constitucionalidad C-1141-08, “el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos u los familiares a cargo”*¹⁵.

Por su parte, la Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 26, establece una cláusula obligatoria de progresividad, según la cual *“Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”*¹⁶.

Igualmente, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Económicos, se indica que *“Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”*. (Artículo 26. Pacto de San José de Costa Rica).

¹⁵ Ver entre otras, Sentencia T-210 de 2011 Corte Constitucional.

¹⁶ Ver entre otras, Sentencia T-210 de 2011 Corte Constitucional.

Conforme a ello consideramos que se deben realizar los ajustes necesarios con miras a garantizar que las prestaciones económicas de los trabajadores incapacitados, responda a su fin constitucional, pues ninguna razón puede ser argüida a la imperativa obligación de garantizar que quien sufra una enfermedad o accidente perciba durante su incapacidad, unos ingresos que le garanticen una vida digna.

Consideramos, que la actual normativa, consagra una discriminación inaceptable, entre el trabajador o trabajadora incapacitado por enfermedad o accidente de presunto origen común, respecto de aquellos afectados por una contingencia con presunto origen laboral, en cuanto los primeros perciben una prestación sustancialmente inferior, cuando ambos, atraviesan por condiciones de vulnerabilidad idénticas. La ley, no puede imponer limitaciones severas a unos sobre otros beneficiarios/as del sistema de seguridad social integral, encontrándose ellos en similares condiciones de facto. Por tanto, con miras a garantizar el derecho a la igualdad y extender la protección reforzada a personas que por sus condiciones de salud física o mental están impedidas para garantizar su ingreso vital, se pretende en este proyecto, igualar el valor de las prestaciones que han de percibir por incapacidad temporal, indistintamente del origen del evento.

Se busca igualmente, dar cumplimiento a lo indicado en la sentencia de la Corte Constitucional C-914/13 que dispone que es función del Congreso Nacional reglamentar el funcionamiento y conformación de las juntas de calificación de invalidez. De esta manera, si bien se abordan algunas de las disposiciones contenidas en el Decreto 1352 de 2013 emanado del Ministerio de Trabajo, se busca a través de este proyecto de ley, garantizar el principio de reserva legal, que ha sido vulnerado con regulaciones efectuadas en desconocimiento de lo planteado por el alto tribunal constitucional.

El presente proyecto retoma conceptos y procedimientos que se encuentran o han tenido vigencia en otras normativas o reglamentaciones, tales como la Resolución 2569 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social; la Ley 1562 de 2012, Decreto 2463 de 2001, entre otros, lo que se busca, como se indicó, es organizar, compilar y armonizar los aspectos básicos que rige el sistema en materia de riesgos laborales ante la dispersión de la norma; aclarando sí, que aspectos sustanciales como los que ya se indicaron, han sido modificados con miras a reforzar la protección del trabajador o trabajadora que padece una enfermedad o accidente y a corregir los vicios identificados en el actual funcionamiento de las Juntas de Calificación, así como de las formas de intervención de las entidades administradora del sistema de seguridad social, que se tornan vulneratorias de derechos fundamentales de los beneficiarios del mismo.

Armonizar las normas al respecto permitirá que los trabajadores se enfrenten a una ruta clara de exigibilidad de sus derechos.

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 29 de agosto de 2017

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de ley número 109 de 2017 Senado, *por la cual se establece la reglamentación del sistema de calificación del origen de la enfermedad, la pérdida de capacidad laboral y la fecha de estructuración, el adecuado procedimiento de las Juntas Médico-Laborales y se dictan otras disposiciones*”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los honorables Senadores *Alberto Castilla Salazar, Alexander López Maya, Jorge Enrique Robledo, Iván Cepeda Castro, Antonio José Correa, Jorge Prieto Riveros* y los Representes a la Cámara *Victor Correa Vélez, Alirio Muñoz Uribe*. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del

Senado de la República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 29 de agosto de 2017

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Efraín José Cepeda Sarabia.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.