

Itinerarios frente al Sistema de Riesgos Laborales en Colombia

María Teresa Buitrago Echeverri^a • Consuelo Granja Palacios^b •
María Alejandra Rubio Rojas^c

RESUMEN

Objetivo: Conocer el recorrido de un grupo de trabajadores con pérdida de capacidad laboral en el Sistema de Riesgos Laborales, para acceder a prestaciones asistenciales y económicas, y los efectos que trae para su vida y sus familias. **Metodología:** Investigación cualitativa, de carácter etnográfico. A partir de la propuesta teórica y metodológica de itinerarios burocráticos de Abadía y Oviedo (2009; 2010) se entrevistaron a 22 trabajadores y se revisaron sus respectivos expedientes. También se entrevistaron a 32 actores involucrados en el proceso de calificación. **Resultados:** El Sistema General de Seguridad Social en Colombia, estructurado bajo el esquema de mercado de aseguramiento, impone demandas administrativas, financieras y jurídicas para consolidar el acceso a los servicios. El trabajador es expulsado de uno o más sistemas, en la medida que estos logran desentenderse de él. **Discusión:** Un itinerario complejo que describe las fallas del sistema y su relación con las condiciones estructurales dadas por las políticas neoliberales que orientan el actual Sistema General de Seguridad Social. Éste fracciona el cuerpo cuando separa el origen de las contingencias entre común y laboral, dejando a un lado la concepción integral del ser humano. **Conclusiones:** Se identificó una dinámica social burocrática, supeditada a la rentabilidad de las aseguradoras, que prevalece sobre la salud y la protección de las personas.

PALABRAS CLAVE: Seguridad Social; Riesgos laborales; Accidentes de Trabajo; Enfermedad Laboral.

Roaming in the System of Labor Risks in Colombia

ABSTRACT

Objective: The aim of this paper is to present the route that a group of workers with loss of work capacity carry out in the Occupational Risk System to access health care and economic benefits, and

^a Docente Investigadora. Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá.

^b Docente Investigadora. Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá.

^c Antropóloga. Estudiante de la Maestría en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá.

Fecha de recepción: 15 de enero de 2018.

Fecha de aprobación: 6 de abril de 2018.

the effects such route brings to their lives and their families. **Method:** Qualitative research with ethnographic approach. Based on the theoretical and methodological proposal of *bureaucratic itineraries* from Abadía and Oviedo, interviews with workers (n=22) and different actors (n=32) involved in the qualification process were addressed to identify the route. Files regarding the clinical and legal processes of the workers were also reviewed. **Results:** The Colombian General System of Social Security structured under the scheme of insurance market, imposes administrative, financial and legal demands to consolidate access to services. Each system (health care, labor risks, pensions) manage to disengage from the worker, to the extent that he is expelled from one or more systems, remaining unprotected. **Discussion:** A complex itinerary that describes the failures of the system and its relation with the structural conditions given by the neoliberal policies that guide the current General System of Social Security. It breaks the body by separating the origin of the contingencies between common and labor, leaving aside the integral conception of the human being and his wellness. **Conclusions:** This research identified a bureaucratic social dynamic, subject to the profitability of insurers, which prevails over health care and the protection of people, bringing as consequences the deepening of poverty, occupational disability and dissolution of the family nucleus.

KEYWORDS: Social Security; Labor Risks; Work accidents; Occupational disease.

Introducción

En Colombia la Política Nacional de Protección de Riesgos del trabajo forma parte del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), que propone el aseguramiento para el sector formal de la economía y los trabajadores independientes con capacidad de pago (Congreso de la República, 1993). Según cifras de las Administradoras de Riesgos Laborales y la Superintendencia Financiera, la accidentalidad en Colombia pasó de una tasa de 3.78 accidentes por 100 trabajadores en 1994 a 7.65 en 2014, y la enfermedad laboral de una tasa de 33.5 por 100 000 trabajadores en 1994, llegó a la cifra de 114.8 en 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Las incapacidades permanentes o parciales pagadas superan en cifra a las pensiones por invalidez; según informe de Fasesolda, entre 2010 y 2012 se otorgaron cada año respectivamente 230, 180 y 250 pensiones por invalidez; mientras las incapacidades permanentes parciales fueron para el mismo periodo

de tiempo 9.652; 9.991 y 12.659, respectivamente (Aristizabal, 2013). Para el 2014 las personas afiliadas al Sistema de Riesgos Laborales eran 9 020 355, con una cobertura de 38.37% de la población económicamente activa, siendo un 5% aproximadamente trabajadores independientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), en contraste con la informalidad del empleo en el país que es de 47.2% (Ministerio de Trabajo, 2016).

No obstante, estas cifras no dan cuenta de las personas que esperan en las empresas esperando lograr un proceso de readaptación laboral y reasignación de un puesto de trabajo digno, o la decisión de la adjudicación de la pensión de invalidez, cuando se solicita (Universidad Nacional de Colombia, 2013); ni de los difíciles tránsitos de los trabajadores que han visto mermada su capacidad laboral por eventos relacionados con el trabajo y son calificados como de origen común.

Un estudio realizado en 2012, mostró que no existe concordancia entre los tiempos establecidos legalmente para la calificación de pérdida de funcionalidad y la resolución de la situación de quienes lo solicitan, debido a que estos procesos pueden llevar entre 3 a 5 años. Tampoco hay concordancia entre los dictámenes emitidos por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras de Riesgos Profesionales (para la época ARP), y las Juntas Regionales y Nacional de Invalidez y los tiempos transcurridos en el proceso (Martínez y Triana, 2012). Otro estudio, evidenció que las barreras de acceso a la cobertura de riesgos profesionales, fueron administrativas, culturales, económicas y jurídicas y se las vincula con la organización del sistema, más no con la estructura social más amplia y las políticas de orden neoliberal que lo determinan (Correa, 2012).

La práctica en investigación nos hizo pensar que las miradas que intentan entender la experiencia de las personas al interior de Sistemas de Seguridad Social, podrían ser socialmente útiles para conocer y además abordar informadamente el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL).

La propuesta de “Itinerarios Burocráticos” descrita por Abadía y Oviedo (2009; 2010) para evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud, comprende tres elementos: las luchas de las personas por el acceso a servicios, la relación de estas luchas con las fallas estructurales del funcionamiento del sistema y las consecuencias para la vida de la gente que se derivan de esta interacción. Además, los desarrollos de la Antropología Médica y la Medicina Social que enfatizan en las dimensiones sociales del sufrimiento y la enfermedad, y la relación entre el trabajo y la salud (Laurell, 1978; Waitzkin, 2006; Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid; 2001), fueron las guías teóricas y metodológicas para realizar esta investigación.

Por lo anterior, lo que se plantea este trabajo es describir y analizar los itinerarios burocráticos que un grupo de trabajadores con pérdida de capacidad laboral debió recorrer en busca del reconocimiento de prestaciones asistenciales y económicas dentro del Sistema de Riesgos Laborales, y los efectos que tales itinerarios tuvieron en la vida de ellos y sus familias. El proceso de investigación transcurrió entre mayo de 2014 y febrero de 2016.

Metodología

Se hizo un estudio cualitativo con enfoque etnográfico para profundizar en las experiencias de los trabajadores en relación con el SGRL y dilucidar la complejidad e interacción entre las diferentes instituciones que lo componen. Se realizaron entrevistas a 22 trabajadores escogidos al azar que se encontraban en proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, secundaria a un accidente de trabajo o enfermedad laboral o común, de diez y siete ciudades del país. El 64% correspondió al sexo masculino, con un promedio de edad de 43 años y el 26% al sexo femenino con un promedio de edad de 47 años. Se entrevistaron a 32 funcionarios de las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Empresas Promotoras de Salud (EPS), Juntas de Calificación de Invalidez, Profesionales Independientes, entre ellos: médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, directores administrativos, abogados y expertos académicos de nueve ciudades del país.

Para el caso de los trabajadores, se hizo un registro sociodemográfico, luego se entrevistaron y se revisaron sus expedientes, a partir de lo cual se construyó una línea de tiempo para cada caso, con hitos relacionados con su trayectoria por el SGSS (EPS, ARL, Administradoras de Fondos de Pensiones - AFP).

Se trianguló la información (Maxwell, 1996) obtenida de los expedientes y las entrevistas a los trabajadores y los actores del sistema, y se elaboró una ruta de los itinerarios que se plasmó en una matriz de doble entrada que relaciona el acceso a los servicios, las fallas del sistema y los desenlaces del proceso. Los resultados se validaron a través de videoconferencia con los participantes, y de un conversatorio con expertos académicos y representantes de los diversos funcionarios del sistema (Creswell, 1977).

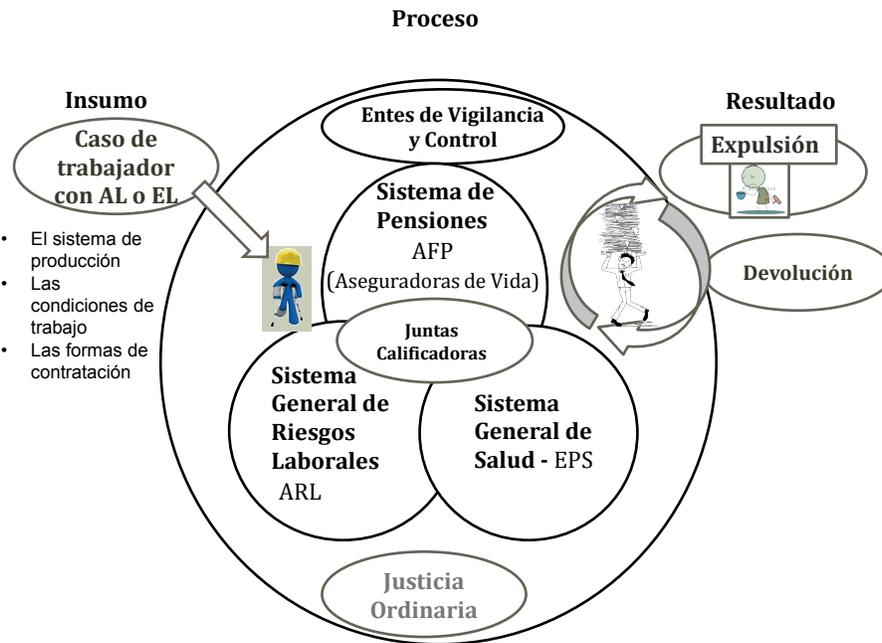
La investigación se clasificó como de riesgo medio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004; Asociación Médica Mundial, 2014); tuvo aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana y el consentimiento informado de todos los participantes.

Resultados

El Sistema General de Seguridad Social del país se estructura bajo la lógica de la atención mediada por el aseguramiento de los afiliados. El acceso a las prestaciones asistenciales o económicas, implica trámites administrativos, financieros y jurídicos para los pacientes y sus familias. Así, el acceso a los servicios se traduce, en una dinámica social burocrática que prevalece sobre la salud y la protección de las personas (Abadía y Oviedo, 2009).

Inicialmente, se evidenció que la itinerancia de los sujetos suponía formas complejas de interactúan los tres sistemas (Riesgos Laborales, Salud y Pensiones) y se observaron los múltiples recorridos que explican la dificultad de resolución de las

Figura 1. Esquema sistémico del itinerario burocrático.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación.

contingencias laborales y las reiteradas narrativas dolorosas de los trámites.

Con el caso se inicia el itinerario, las condiciones que lo determinan, como los medios de producción, las condiciones de trabajo y las formas de contratación; condicionan la reclamación que el trabajador puede hacer, y la interacción que éste tiene con cada uno de los sistemas.

Los actores que se supone estarían a la cabeza del *proceso* son aquellos responsables de la labor de vigilancia y control (Consejo Nacional de Riesgos Profesionales y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y de Salud) (Congreso de la Republica, 1994); sin embargo, no identificamos su participación en los itinerarios de los trabajadores. Los Sistemas de Salud y Pensiones interactúan con el de Riesgos Laborales, y tienen relación con las Juntas de Calificación de Invalidez, quienes dirimen las controversias entre ellos según se considere laboral o no laboral, emitiendo calificaciones de origen y pérdida de capacidad laboral para establecer las responsabilidades de las prestaciones de cada sistema.

La justicia ordinaria también hace parte del proceso, en la medida en que los trabajadores conocen los mecanismos y cuentan con los capitales¹ para acceder a ella (Abadía y Oviedo, 2010). Una vez existe un dictamen en firme, sea el que emite la Junta Nacional de Calificación o aquel cuyos plazos para apelación se vencieron, solo proceden las demandas ante juzgados. Sin embargo, en cualquier momento del itinerario se puede recurrir a mecanismos como tutelas o acciones de cumplimiento, para mover los procesos y prote-

¹ Los capitales sociales y culturales (incluido el nivel de educación) les ayudan a las personas a avanzar en los itinerarios, pero en particular el capital económico y el cultural son fundamentales para adquirir orientación jurídica, conocer los recursos con los que pueden rebatir dictámenes y presionar a las entidades al cumplimiento de sus obligaciones.

gerse de la vulneración de derechos que puede ocurrir como consecuencia de las largas esperas y la negligencia de la burocracia.

El resultado del proceso con frecuencia es la devolución del caso al proceso mismo, es decir, al concluir un itinerario, el trabajador se ve envuelto en otro, teniendo que lidiar con las demandas administrativas, financieras y jurídicas que se le imponen. Por el contrario, también puede ser que el resultado sea la expulsión del trabajador de uno o más sistemas, en la medida en que éstos logran desentenderse de él, quedando desprotegido y en situación de precariedad.

En este sentido, el itinerario de los trabajadores con pérdida de capacidad laboral está marcado por la disputa de intereses entre los distintos segmentos del Sistema de Seguridad Social por reconocer o no, el origen de las contingencias y por el escaso sentido de responsabilidad entre quienes conducen y administran estos sistemas que en ocasiones dejan que los casos se complejicen por desconocimiento, negligencia o como mecanismo de evasión como se pudo comprobar en algunos de los trabajadores estudiados.

La propuesta detallada de los itinerarios

El esquema recoge las múltiples posibilidades que pueden ocurrir cuando un trabajador reclama las prestaciones por contingencias laborales.

Este inicia con la identificación de la afiliación que el trabajador tiene a la seguridad social y las instituciones involucradas en la prestación de servicios a los cuales tiene derecho. Luego se identifican los servicios que requiere el trabajador para la atención de la contingencia y que son dilata- dos, controvertidos o negados. Se señalan las fallas del Sistema que corresponda (Salud, Riesgos

Laborales o Pensiones), por las cuales el servicio presenta la dificultad (dilación, negación o controversia). También se identifican las acciones legales o administrativas, como las calificaciones de las Juntas de Calificación de Invalidez que son interpuestas para conseguir el servicio; los desenlaces y las consecuencias para la vida de los trabajadores y sus familias que se generan de toda esta interacción burocrática.

Caracterización de las fallas asociadas a cada uno de los sistemas de la seguridad social

Lo que más aporta el análisis del itinerario, es la caracterización de las fallas asociadas a cada uno de los sistemas de la seguridad social, que clasificamos en siete categorías, ampliándola propuesta de itinerarios realizada por Abadía y Oviedo (2010) que comprendía cinco referidas al Sistema de Salud.

- Ambigüedad en el cumplimiento de responsabilidades y funciones entre empleador y Aseguradoras. Las responsabilidades corresponden a los empleadores, pero dependen de funciones que han sido delegadas, que las aseguradoras dilatan, y que no necesariamente los empleadores asumen.
- Problemas administrativos con el sistema basado en el aseguramiento. Cuando se niega un servicio que está cubierto por la póliza por no cumplir todos los requisitos administrativos, o se incurre en acciones que van en detrimento de los trabajadores, pero que el esquema de aseguramiento permite.
- Barreras económicas. Son las situaciones que dificultan el acceso a los servicios por cuestiones económicas y suponen un traslado de costos al trabajador. En el caso de las empresas, son justificaciones para no llevar a cabo acciones que,

si bien buscan la protección de los trabajadores, representan altos costos para ellas.

- Limitaciones de la legislación. El sistema se apoya en saberes y técnicas científicas y jurídicas que limitan el reconocimiento de la situación por parte de los trabajadores y la consolidación de sus derechos. Los profesionales y/o funcionarios, al verse sometidos a la norma, por medio de instrumentos que deben aplicar para los procesos de calificación de origen y de Pérdida de Capacidad laboral (PCL), pueden desconocer al ser humano integral que debe ser valorado dentro de una realidad contextual y particular. Así mismo, existen vacíos o limitaciones en las normas legales que van en detrimento de las personas.
- Limitación en la autonomía profesional. Se imponen limitaciones a los profesionales para el ejercicio de sus labores asistenciales o administrativas, a partir de la lógica de regulación del mercado de servicios según los clientes. Incluye restricciones que se hacen sobre procedimientos, para inducir que sean cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, relacionándolos con eventos de origen común, recurriendo a estrategias éticamente cuestionables.
- Problemas de inequidad en la cobertura de la póliza. Coberturas diferenciales de servicios y prestaciones dependiendo del tipo de evento y origen, lo cual genera una selección adversa. El monto de pensiones por invalidez de origen común corresponde a un porcentaje menor que el de invalidez de origen laboral, lo que implica que la tendencia sea no reconocer el origen laboral de los eventos.
- Deficiencias en la calidad de la atención. Fallas por parte de los diferentes profesionales o funcionarios que tienen relación con la negligencia y la vulneración de derechos del trabajador.

Es necesario reconocer que puede haber muchas más situaciones que nutran los hallazgos de estas fallas encontradas en esta investigación, lo cual

permite que sea un camino inicial que seguramente puede complejizarse.

Tabla 1. Caracterización de las fallas por categorías y actores del Sistema.

Falla del Sistema	Empresas	Empresas Prestadoras de Salud (EPS)	Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL)	Asociaciones de Fondos Previsionales (AFP)	Juntas
<i>Ambigüedad de responsabilidades y funciones entre empleador y Aseguradoras</i>	-Escaso desarrollo de acciones de promoción y prevención de riesgos en el trabajo -Ausencia de recursos para garantizar un reintegro efectivo		-Escaso desarrollo de acciones de promoción y prevención de riesgos en el trabajo -Ausencia de recursos para garantizar un reintegro efectivo		
		-Ausencia de rehabilitación para la efectiva reubicación laboral			
	Escaso o nulo seguimiento a las recomendaciones sobre readaptación del puesto de trabajo o reubicación				
<i>Problemas administrativos con el sistema basado en el aseguramiento</i>	-No afiliar al trabajador -Afiliar al trabajador con una actividad económica y riesgo diferente al real.	-Negar la atención por la no afiliación del trabajador o por no aparecer en el sistema -No brindar información y educación al trabajador con respecto a sus derechos -Dilatar la prestación de servicios -Tercerizar servicios (exámenes de ingreso y de egreso, valoración de APT, rehabilitación, calificaciones, valoración de la PCL, etc.) -Demorar el pago de honorarios a las juntas cuando requieren de sus servicios.			
	-Falta de rigurosidad en el cumplimiento de deberes para con el empleado (p. ej. Omitir reporte de accidentes) -Falta de voluntad política de la empresa para el mejoramiento de las condiciones de trabajo de los empleados.	-Falta de cobertura en algunos territorios	-Afiliar al trabajador con otra actividad económica -Negar el reporte extemporáneo del accidente. -Realizar procesos burocráticos para verificación de las contingencias. -No reconocer el Accidente laboral por secuelas previas de otro AL.		

<i>Barreras económicas</i>	-Demora o falta de pago de aportes a la seguridad social. -Evitar el incremento de la siniestralidad para impedir la disminución de la reinversión de los aportes cotizados a la ARL -Evitar realizar acondicionamientos de puestos de trabajo por sus altos costos.	-Falta de recursos económicos por parte del trabajador independiente para cotizar al sistema, que impide la atención oportuna. -Traslado de gastos al trabajador por negación de servicios debido a deficiencias institucionales y problemas administrativos. (P. ej.: Pago de exámenes, traslados, medicamentos). -Falta de recursos económicos para suplir necesidades de rehabilitación		
		-Negación o dilación del pago de prestaciones económicas (P. ej.: incapacidades, traslados para rehabilitación o para valoración en las Juntas según corresponda).		
Limitaciones de la legislación.		-Diferencias en el cubrimiento de prestaciones asistenciales y económicas entre el Sistema de Salud y riesgos laborales. (P. ej.: la existencia del plan obligatorio de salud que define los límites de atenciones y tratamiento para las EPS; el porcentaje para el pago de incapacidades)	-Requerimiento de número mínimo de semanas cotizadas	-Restricción para calificar únicamente lo que viene del proceso que está en controversia
		-La existencia y obligatoriedad del uso de instrumentos para calificación de origen (GATISO) por parte de los profesionales de medicina laboral -La existencia y obligatoriedad de las tablas de clasificación de enfermedades laborales		
	-Inexistencia de parámetros para definir la cuantía de reinversión de la póliza de aseguramiento entre ARL y empresa		-Inexistencia de parámetros para definir la cuantía de reinversión de la póliza de aseguramiento entre ARL y empresa	
<i>Limitación en la autonomía profesional</i>	- La coaptación de profesionales en altos niveles de decisión para lograr beneficios propios			
		-Restricciones sobre procedimientos supeditando la continuidad del contrato de trabajo del personal de salud.		
		- Soborno económico a profesionales para expedición o negación de incapacidades.		

Problemas de inequidad en la cobertura de la póliza		-El pago de incapacidades se hace sobre el 66% -Disparidades de reconocimiento entre el POS de régimen contributivo y régimen subsidiado	-Pago de incapacidades sobre el 100% -Indemnización está sujeta a la pérdida de PCL en un momento del tiempo y no valora las repercusiones a largo plazo de sus consecuencias.	-Pago diferencial de porcentaje de pensión de invalidez de acuerdo al régimen de prima media por prestación definida o régimen de ahorro individual.	
				-Indemnización o pensión sujetas a calificación de PCL y nivel salarial. -Pensión por invalidez con prescripción de 3 años, previa valoración de PCL.	
Deficiencias en la calidad de la atención		- El uso de un lenguaje técnico especializado que aleja al trabajador del sistema - Ausencia y/o manipulación de soportes de información por parte de diferentes actores involucrados			
		-Retraso o negación de reporte de Accidente de Trabajo -Uso de estrategias de negociación para terminación del contrato en detrimento del trabajador -Barreras actitudinales y culturales que ocasionan menosprecio a los trabajadores que, dada su condición de salud, deben ser reubicados. -Violación de la norma que exige no despedir personas calificadas con PCL inferior a 50%	-Escasa disponibilidad de recursos humanos y materiales acordes al nivel de complejidad, fallas en la referencia y contra referencia -Desconocimiento de los médicos de IPS sobre la calificación de origen de los eventos y de la legislación en Salud Ocupacional -Falta de rigurosidad en la consecución de soportes para la calificación de origen.	-Tendencia a calificar eventos y patologías de origen común -Deficiencia o manipulación en la calificación, el registro de accidentes de trabajo y de evaluaciones periódicas y de ingreso y egreso. -Emisión de calificación sin suficiencia de pruebas, solo lo que consta en el expediente, sin presencia del trabajador y/o con ausencia de pruebas solicitadas pero no allegadas.	-Escasa preparación de algunos profesionales en el campo de la seguridad social y derecho laboral.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación.

Desenlaces de los casos

Cuando una persona experimenta una pérdida de capacidad laboral, su vida en todas las dimensiones se ve transformada. Por esto, los desenlaces de los casos, en lugar de ser vistos como adversidades o contingencias de la vida, deben ser reconocidos en relación con los itinerarios desencadenados por la política de riesgos (Ver Tabla 2).

Efectos en las personas y sus familias

Además, se identificaron los efectos en las personas y sus familias, nombrados como consecuencias no solo individuales, sino sociales con relación a su bienestar. (Ver Tabla 3).

Discusión

La complejidad de interacciones que un trabajador debe sortear para buscar la garantía de sus derechos relacionados con la cobertura de prestaciones asistenciales y económicas por contingencias vinculadas a la actividad laboral, corresponde al sistema creado que un orden social neoliberal que las determina, y que supero el sistema anterior. Colombia desde 1946 tuvo un modelo de seguro social público con el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que aseguraba los riesgos de enfermedad común, maternidad, los riesgos de accidentes y enfermedades laborales que, si bien no lograba cobertura total, fue acumulando experiencia a lo largo de los años (Luna, 2014). En 1993 se reformó y pasó a un modelo de Seguridad Social mixto, incluyendo marginalmente al Sistema General de Riesgos Profesionales, que requirió ajustes dadas las demandas de inconstitucionalidad de que fue objeto (Luna, 2014). Este modelo incluyó a las compañías de seguros de vida, lo que derivó en la complejidad del papel de cada uno de los nuevos actores institucionales

involucrados respecto de las responsabilidades dentro del sistema, así como en una lógica de primacía del interés financiero donde las administradoras compiten por ganar clientes y aceptar la intermediación.

El Sistema de Riesgos Laborales enunciado con la ley 1562 de 2012 (Congreso de la Republica, 2012) no introdujo solo un cambio de nombre entre Riesgos Profesionales y Laborales, sino que implicó la apertura al mercado de aseguramiento, los fondos de los trabajadores, pero se presentó bajo el argumento de extender la cobertura a trabajadores del sector informal de la economía. El discurso de la protección social fue entendido como: “intervenciones públicas para (i) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y (ii) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza” (Holzmann y Jørgensen, 2004:4).

Estos ajustes obedecían a las políticas neoliberales impuestas al país por el Banco Mundial, que fueron justificados desde la propuesta de manejo social del riesgo (Holzmann y Jørgensen, 2004), donde se diferencia el nivel de prevención, mitigación y superación, y la responsabilidad de cada uno de los actores del sistema en ellos. Introduciendo además la idea de que la protección social debe extenderse “más allá de la entrega estatal de instrumentos de manejo de riesgo y atrayendo la atención hacia prestaciones informales y de mercado y sobre su eficacia y repercusión en el desarrollo y el crecimiento” (Holzmann y Jørgensen, 2004:4). En este marco se asume que el riesgo laboral es un riesgo social donde las medidas de aseguramiento son las efectivas, a pesar de que se reconoce su origen en los procesos de industrialización. El problema parece no ser el aumento de los riesgos con el proceso productivo, sino de los

Tabla 2. Desenlace según prestaciones económicas y asistenciales.

Responsable	Desenlace								
Empresa			Prolongación de incapacidades médicas						
EPS		Reintegro o reubicación laboral	Rehabilitación funcional	Reconversión de mano de obra	Inicio de itinerario para calificación de PCL	Indemnización por incapacidad permanente parcial	Pensión por invalidez de origen laboral	Demanda contra dictamen en firme	
ARL	Pago de incapacidad temporal								Pensión por vejez
AFP									

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación.

Tabla 3. Consecuencias para el trabajador y sus familias, según cada uno de los actores institucionales.

Responsable	Consecuencias Inmediatas				Mediano-largo plazo		
Empresa	-Complicaciones médicas del estado de salud		Dependencia económica		-Daño y limitación permanente -Minusvalía ocupacional -Disolución del núcleo familiar	-Pérdida del trabajo -Insatisfacción con el nuevo cargo asignado	
EPS	-Prolongación del sufrimiento	Exclusión temporal o definitiva del sistema					
ARL	-Alteración de roles familiares -Alteración del rol social		Dependencia económica	Recibió pensión o indemnización que cumple expectativas		Insatisfacción con el nuevo cargo asignado	Pobreza, pobreza extrema, indigencia y muerte
AFP							

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación.

países no industrializados que no aseguran la previsión social de sus trabajadores, deslegitimando el peso que tiene la estructura del sistema de producción capitalista en el origen y concreción de los riesgos.

La estructura del SGSS fragmentada, posibilita el interés económico y favorece a cada sistema de administración que lo compone, sin que prevalezca el interés por el bienestar humano. Esta primacía del interés económico esta sostenida en los mecanismos que describimos en esta investigación como las fallas estructurales, que cuando se analizan están perfectamente alineadas con este interés, es decir no son consecuencias aleatorias del funcionamiento del sistema. Prueba de ello son la complejidad administrativa y de interrelación entre las diferentes entidades que complejizan la interacción del usuario con los mismos y el logro de atención con oportunidad y calidad, las barreras económicas que trasladan gasto del bolsillo al usuario y las familias; la legislación que permite vacíos e interpretaciones que hacen que algunos actores del sistema se desentiendan de responsabilidades o las dilaten, como se detalla en cada una de las que rastreamos y describimos anteriormente. Es entonces un sistema que tasa la vida en dinero de manera diferencial, al basarse en prestaciones asistenciales y económicas que dependen del nivel salarial y de la calificación del origen de la pérdida, además fracciona el cuerpo cuando separa el origen de las contingencias entre común y laboral, dejando a un lado la concepción integral del ser humano y la razón de ser de la seguridad social.

Esta misma lógica del interés económico sobre el bienestar humano, ha permitido un desarrollo creciente de la integración vertical entre administradoras de riesgos laborales y su red de prestadores de servicios y los intermediarios. La interacción

principal entre empresas y aseguradores se ocupa de un gana-gana en términos de negociación de la póliza de seguro, dejando en un segundo plano el seguimiento del funcionamiento efectivo de los Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, a costa del bienestar de los trabajadores. Esta dinámica del Sistema de Riesgos Laborales, presiona a los Sistemas de Salud y de pensiones a asumir las prestaciones asistenciales y económicas, que son diferenciales dadas las inequidades de cubrimiento de la póliza, favoreciendo la acumulación de capital en el Sistema de Riesgos a costa del detrimento de los fondos de los otros dos sistemas.

Se evidencia un papel pasivo del Sistema de Pensiones frente a los riesgos laborales, una vez que el riesgo que mayor demanda es la vejez, siendo los requerimientos del Sistema de Riesgos Laborales una actividad marginal para éste, que se revierte en la dilación de las prestaciones económicas. Además, el Sistema de Salud responde las demandas de prestación de servicios bajo una lógica financiera en la cual, pasados los 180 días de incapacidad, entrega al trabajador la responsabilidad de seguir itinerando entre los sistemas.

Con respecto a las Juntas de Calificación de Invalidez, su naturaleza autónoma frente a la función de calificadoras dentro del sistema, permite la desarticulación y competencia desregulada, e incluso conflictiva, entre las Juntas Regionales y la Nacional. Su papel si bien es decisivo, genera conflictos éticos cuando su valoración es discordante en relación con la de los otros actores, puesto que se pone en entredicho la capacidad y profesionalismo entre ellos mismos.

Esto refleja cómo las especialidades de la medicina, se han ido constituyendo a través de los años, no por la demanda de las necesidades de

salud de la población ni por el proceso de investigación biomédica, sino en relación con la noción mecanicista del cuerpo como suma de partes que se ha profundizado con los procesos neoliberales. Los mecanismos usados para hacer objetivo el proceso de calificación como son las guías técnicas, imprimen en algunos casos restricciones a la autonomía profesional van generando conflictos éticos a quienes laboran en el desempeño de estas funciones. El proceso de profesionalización/especialización articulado fuertemente con el de mercantilización, impuso tal organización de la medicina y del cuerpo de los sujetos enfermos (Menéndez, 2005), pero también a las condiciones de trabajo médico.

Ahora bien, la fragmentación del sistema produce un desgaste dentro del mismo que alimenta la idea de que existe un interés en los trabajadores por sacar provecho, que los hace incluso convertirse en “simuladores”. Para el trabajador su fuerza de trabajo es el capital de su familia, sin embargo, para el empleador solo tiene valor mientras esté en función de la productividad; se crea así una disputa de intereses que llevan al trabajador a la prolongación del sufrimiento, la pobreza y la minusvalía ocupacional.

De otra parte, durante todo el tránsito que tiene el trabajador frente a estas instituciones que debieran garantizar sus derechos, se presenta una asimetría de conocimiento de los fines y los procesos e información, que se configura como falla estructural, consustancial al propio sistema. Ésta aparece en diferentes escenarios, aprovechando que el trabajador carece de información: Cuando la empresa no le da a conocer los derechos al trabajador, cuando los profesionales omiten o evitan explicarle su situación de salud, y cuando hay divergencia del conocimiento entre los profesionales de la salud, porque buscan ser justos frente

a la situación del trabajador, o porque favorecen las finanzas del mercado asegurador, quedando su criterio en cuestión.

A su vez, se involucran actores como los abogados para guiar y acompañar los itinerarios de los trabajadores, que significa la entrada en la dinámica de la reclamación de sus derechos por vía jurídica; lo cual supone un problema, en la medida en que no existen garantías de que todos los miembros del sistema jurídico conozcan las especificidades relativas a los riesgos laborales y se profundizan las desigualdades, en tanto no todo el mundo logra tener acceso a los mecanismos jurídicos (Abadía y Oviedo, 2009). “El principio de justicia social aplicado a la asignación de los recursos públicos, en particular a temas relativos a la salud, que se lleva a cabo habitualmente en el marco de arbitrajes políticos, se ha visto desplazado por un principio de justicia judicial que da a los que piden, en detrimento de los que no tienen acceso a los tribunales, y que restringe la salud a los medicamentos en detrimento de otras necesidades” (Fassin, 2010:202).

Adicionalmente, el acceso a los mecanismos jurídicos para la resolución exitosa de los problemas de salud laboral es restringido porque la estructura legal soporta un sistema que desde el inicio es contrario a los principios de equidad y universalidad, pues está orientado a indemnizar y curar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud, fundamentalmente de los trabajadores de los sectores formales y urbanos (Torres y Luna, 2008). Existe una tendencia de los actores institucionales del SGRL a pensar que los jueces fallan a favor de los trabajadores, partiendo de la premisa de que son la parte débil. Sin embargo, no se puede decir que la jurisprudencia de las Cortes haya sentado precedentes que completen vacíos de las normas que regulan los riesgos laborales,

o modifiquen las mismas. Lo que se evidencia es la emergencia de un debate alrededor de los criterios de calificación del origen de los eventos, la actuación de las Juntas y el papel de la justicia ordinaria.

El esquema de aseguramiento permite que mediante mecanismos de mercado se favorezca la rentabilidad de las ARL. En la disputa entre demanda y asignación de prestaciones y servicios, transcurre el itinerario que intenta evitar el reconocimiento del origen laboral de los accidentes y las enfermedades (Torres y Luna, 2008). Así es como durante el tránsito por el itinerario, la espera deviene un dispositivo de tiempo y poder (Auyero, 2011) al que los trabajadores se subordinan, dado que sus derechos no están siendo garantizados de manera oportuna y se encuentran sometidos a los intereses de las entidades administradoras de la seguridad social (Torres y Luna, 2008).

Las consecuencias para la vida de los trabajadores y sus familias derivan en situaciones que colindan con estados de indefensión social como, discapacidad, actitudes de indiferencia, amenazas, persecución y despido, quedando sin la posibilidad de volver a ingresar al mundo del trabajo (Auyero, 2011); precarización de ingresos que lleva a pobreza a los trabajadores y sus familias, disolución del núcleo familiar e incluso la muerte. La complejidad del itinerario y sus consecuencias, puede ser entendida de manera ejemplar a través de las narrativas de los casos de indagación (Buitrago, Granja y Abadía, 2017).

Conclusiones

La estructura fragmentada del SGSS, hace compleja la comprensión de su funcionamiento y el acceso a las prestaciones asistenciales y económicas. Esta fragmentación es suscitada por las

normatividad que favorece una lógica de acumulación para las aseguradoras en detrimento de las empresas y los trabajadores. La alta demanda de la atención de servicios de salud y la crisis de este sistema que ocupa la atención mediática permanentemente, hace que se opaque y minimice la importancia del debate público relacionado con los sistemas de protección de riesgos laborales, que inciden de manera directa sobre el bienestar de la población colombiana.

Durante la revisión de los itinerarios se apreció la ausencia de los actores del sistema que realizan la dirección, vigilancia y control, y evidencias claras de la desarticulación entre los sistemas, y su limitada interacción supeditada a la defensa del interés particular. Esto demuestra un Estado indiferente a los derechos de los trabajadores e incompetente frente a sus deberes que a su vez, favorece la lógica económica con las que operan las políticas sociales. Se mantiene entonces un sistema que no transforma condiciones laborales ni de salud, sino que sólo atiende consecuencias de contingencias, y tampoco contempla las necesarias reformas estructurales para su superación (Concha y Velandia, 2011).

Con la pluralidad de participantes en esta investigación se da cuenta de la complejidad de los diferentes sistemas que interactúan en el itinerario al que puede verse sometido un trabajador como consecuencia de un accidente o una enfermedad laboral en Colombia. Es posible que existan muchas más situaciones que nutran los hallazgos descritos en esta investigación, lo cual configura que éstos resultados sean sólo un camino inicial que debe profundizarse.

Consideramos que la propuesta de itinerarios burocráticos se mantiene como una opción teórica y metodológica que permite rastrear la compleji-

dad de la interacción de los sistemas de seguridad social basados en el aseguramiento y dar cuenta de las lógicas neoliberales que los sostienen, alejándose deliberadamente de la razón primordial que los debería sustentar, el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de las poblaciones.

Referencias Bibliográficas

- Abadía-Barrero, C.E. y Oviedo, D. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A Theoretical and methodological tool to assess managed – care health care system. *Social Science & Medicine*, (68), 1160-1163.
- Abadía-Barrero, C.E. y Oviedo, D. (2010). Itinerarios Burocráticos de la Salud en Colombia: La burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102.
- Aristizábal, J. C. (2013). *Enfermedad Laboral en Colombia. Fasecolda*. Consejo Colombiano de Seguridad. [Sede Web] 2013 [Acceso 23 de octubre de 2013]. Recuperado de: <http://www.consejocolombiano deseguridad.org.co/img/Enfermedad%20Laboral%20en%20Colombia%20Fasecolda.pdf>.
- Auyero, J. (2011). Patients of the State: An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. *Latin American Research Review*, 46(1), 5-29.
- Buitrago-Echeverri, M.T., Granja-Palacios, C. y Abadía-Barrero, C.E. (2017). Work-related illness, work-related accidents, and lack of social security in Colombia. *Social Science & Medicine*; (187), 118-125.
- Creswell, J. W. y Plano Clark, V.L. (1977). *Designing and conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Congreso de la República Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de: http://www.secretariasegado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Resolución 8430 de 1993. Por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Acceso 14 de julio de 2014] Recuperado de: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
- Congreso de la Republica Colombia. (1994). Decreto 1295 de 1994. Por el cual se reglamenta el Sistema General de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.405.1994
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Indicadores de riesgos laborales.[Acceso 21 de abril de 2016]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/indicadores.aspx>
- Ministerio de Trabajo Colombia. (2016). Más de la mitad de los colombianos tiene un empleo formal, revela Presidente Santos. [Sede Web] 2016 [Acceso 21 de abril de 2016]. Recuperado de: <http://mintrabajo.gov.co/febrero-2016/5808-mas-de-la-mitad-de-los-colombianos-tiene-un-empleo-formal-revela-presidente-santos.html>
- Congreso de la República Colombia. (2012). Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. Diario Oficial No. 48488. 2012.

Agradecimientos

A todos los trabajadores y funcionarios del Sistema General de Seguridad Social que participaron y realizaron aportes valiosos para el estudio; a la Junta Nacional y Juntas Regionales de Calificación de Invalidez y a la Pontificia Universidad Javeriana, por su colaboración y apoyo para la realización de la investigación.

- Concha, A. y Velandia, E. (2011). Seguros de personas y seguridad social. El Sistema General de Riesgos Profesionales. *Fasecolda 35 años*. p. 118.
- Correa, Y. (2012). *Barreras de acceso a la cobertura de riesgos profesionales en un grupo de profesionales independientes (contratados por prestación de servicios) del sector público de salud en Bogotá*. [Tesis de maestría] Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7715/1/598947.2012.pdf>.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (1964). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. [Sede Web] [Acceso 14 de julio 2014]. Recuperado de: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
- Fassin, D. (2010). El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*, (19), 191-204.
- Holzmann, R. y Jørgensen, S. (2000). *Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 0006*. Unidad de la Protección Social Red de Desarrollo Humano. Banco Mundial.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, (17), 59-79.
- Luna, J. (2014). El Sistema de Riesgos Laborales colombiano: del ISS a la actualidad. En E. Cortes, J. Eslava (Ed.) *Sistema de Riesgos Laborales en Colombia: suficiencia y variación de la tasa de cotización*. Bogotá, Colombia: Empresa Editorial Universidad Nacional.
- Martínez, K. y Triana, D. (2012). *Características del proceso y la población que consultó a una empresa de asesoría jurídica y se sometió a calificación por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez entre el 1 de enero de 2008 y el 30 junio de 2012* [Tesis de Pregrado] Bogotá: Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, (1), 9-32.
- Torres, M. y Luna, J. (2008). *Situación en Colombia. Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo*. Documento electrónico. [Acceso 10 de julio de 2016]. Recuperado de: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/dd2d7b8f-ed5f-43a6-baa1-691c80d18520/Situacion+en+Colombia.pdf?MOD=AJPERES>
- Universidad Nacional de Colombia. (2013). *En Debate: Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad: realidad o utopía*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la Medicina Social 2006. *Medicina Social* [revista en internet] 2006 [Acceso 10 de mayo de 2016] Recuperado de <http://www.medicinasocial.info>.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*.358, 315-323.