

EVALUACIÓN DE LA CALIFICACIÓN ACTUAL DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EN DOLOR CRÓNICO

Data de aceite: 01/08/2023

Juan Mauricio Rojas Garcia

Medico Especialista en Medicina Laboral,
Maestria en dolor cronico
Medellín, Antioquia

En muchos casos, el dolor indica la presencia de una enfermedad, ya sea emocional o física, y es normal creer que todo dolor es negativo. Pero el dolor es también un maestro, un mensajero que nos hace prestar atención a nuestro cuerpo o alejarnos de conductas y situaciones en las que nos mostramos débiles para adoptar un estilo de vida que potencie nuestra fuerza e integridad.»

Caroline Myss

EVALUATION OF THE CURRENT PROCESS OF QUALIFICATION OF LOSS OF WORK CAPACITY IN CHRONIC PAIN

ABSTRACT: Purpose: Evaluate the current process for qualifying the loss of work capacity due to Chronic Pain based on the document Manual 1507 used by the Disability Qualification Boards.

Methodological design: Analytical cross-sectional study of 708 Clinical Histories corresponding to the period between March 2017 and March 2018, whose respective cases were evaluated by one of the doctors from Room 3 of the Antioquia Regional Qualification Board.

Results: It is evident that within the universe of cases $n=708$, 87% corresponding to $n=616$ do not adequately assess pain in terms of classification scale; that is, there is no metric to classify pain.

It is evident that within the universe of cases $n=708$, 87.9% corresponding to $n=616$, pain is evaluated subjectively.

The objective qualification in terms of pain assessment translates into the appropriate interpretation of the information contained in the Clinical History and, accordingly, the assignment of the scale by virtue of the

interpretative analysis.

It is evident that within the universe of cases $n=708$, 78.2% corresponding to $n=554$, Pharmacological Management, although it is present, has no correlation with the Colombian Guidelines for Pain Management.

Less than 22% of the sample was treated pharmacologically under standardized parameters for pain treatment.

Conclusion and Recommendations: Conclusions: Pain is not adequately assessed in terms of a rating scale; that is, there is no metric to classify pain, as shown in Table no. 5 Deficiency due to dysesthesia secondary to peripheral neuropathy or spinal cord injury and chronic somatic pain (Decree 1507 of August 12, 2014).

Medical pain management is accomplished with multiple medications.

Prevalence of pain as a diagnosis in the population niche corresponding to active women at work.

Omission in the qualification process of many pathologies with residual, secondary pain or as a sequel due to the subjective evaluation or the refusal to evaluate the disease.

The current undervaluation of pain pathology downplays what most afflicts the patient. This undervaluation inexorably translates into a rating that does not conform to reality.

Under the metric currently implemented, pain is considered as “sequelae” distorting the true diagnostic origin

1 | INTRODUCCION

La salud, es un estado integro de bienestar físico, emocional y psicosocial. La salud está asociada con cubrir todas las necesidades básicas que necesita el ser humano para tener un desarrollo físico, funcional, mental y emocional. Hoy en día vemos la evolución constante de buscar respuesta a cierta dolencia, enfermedades o traumatismo a través de métodos alternativos que puedan ayudar al paciente a encontrar una cura sostenible.

La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) define el dolor como «una experiencia emocional desagradable asociada a daño corporal real o potencial»; dentro de esta definición, estamos destacando el carácter subjetivo que presenta el dolor y que incide en la gran dificultad que vamos a tener cuando intentamos realizar valorarlo de una forma adecuada desde una posición objetiva

El dolor puede quedar como secuela de un accidente o del manejo de una enfermedad aunque por sí mismo se establece como una enfermedad crónica en la cual cerca del 68% de los pacientes necesitan manejo farmacológico multimodal y manejo multidisciplinario especializado.

Se entiende por calificación de pérdida de capacidad laboral el mecanismo que permite establecer el porcentaje de afectación del conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual

La evaluación del dolor para calificar la pérdida de capacidad laboral, se realiza a través de manuales que definen someramente las características de la percepción y el

manejo de la enfermedad, El presente trabajo de investigación busca realizar el análisis sobre la calificación de la pérdida de capacidad laboral en trabajadores calificados en una de las juntas de invalidez.

2 I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Descripción del Problema

El dolor es el cuadro clínico que se presenta con mayor frecuencia en la consulta de los profesionales de Atención Primaria; a pesar de ello, su manejo no es el deseable. Existen estudios que analizan las causas que lo provocan y van dirigidas en tres áreas fundamentales: En general se entiende por dolor crónico aquel que persiste más allá de 3 o 6 meses desde su aparición o más allá del periodo de curación esperado para una determinada lesión. El dolor crónico no oncológico (DCNO) puede ser causado por numerosas entidades patológicas y, de forma general, se clasifica según su mecanismo de producción en nociceptivo, neuropático o mixto.

El DCNO es un problema multidimensional que requiere un abordaje multifactorial y sus repercusiones van más allá del propio dolor. Supone un problema de salud pública importante que debe tener precisamente un enfoque acorde.

En Colombia existen diferentes entes que intervienen en la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, en un proceso escalado como se define a continuación:

- En primera instancia corresponde a las entidades promotoras de salud, las administradoras de riesgos laborales, las administradoras de fondos de pensiones y las compañías de seguros.
- Luego, son las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez las entidades que dirimen 4 las controversias presentadas contra las calificaciones emitidas en primera oportunidad
- Finalmente se emite el dictamen definiendo el porcentaje al cual amerita la calificación.

Y la delimitación o alcance del problema, está enfocada en los trabajadores calificados por dolor crónico por medio de los entes calificadores del sistema de salud entre marzo de 2017 y marzo de 2018

2.2 Formulación del Problema

Se ha identificado una relación entre la calificación del dolor crónico y la evaluación del dolor su intensidad y su manejo. En este orden de ideas, ¿Como inciden la calificación del dolor crónico en la pérdida de capacidad laboral de los trabajadores colombianos ?

3 | OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar la calificación actual de la pérdida de capacidad laboral del dolor crónico con el manual 1507 utilizado por las juntas de calificación de invalidez.

Objetivos Específicos

- Hacer un diagnóstico de los trabajadores evaluados por una de las salas de la Junta Regional de Antioquia, desde una perspectiva del dolor crónico para identificar la clasificación del dolor para realizar la calificación de la pérdida de capacidad laboral, mediante el análisis de la información consignada en la matriz de pacientes evaluados por la Sala Tres de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia .

4 | JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto cobra relevancia cuando se evidencia día a día que el dolor crónico es una patología cada vez más prevalente en la población. En este sentido buscamos identificar cómo se ha calificado el dolor crónico acorde con manual vigente para la calificación.

Para la investigación tomaremos como población objeto los pacientes evaluados en la Junta de Calificación de Invalidez con este diagnóstico.

De esta manera, el alcance específico articula su desarrollo para la consolidación en el proceso de identificación entre la evaluación del dolor como pérdida de capacidad laboral. Buscamos entonces acercarnos a la realidad de los calificación del dolor, conforme a los parámetros de la legislación colombiana.

Así mismo se busca de manera procedimental, consolidar una serie de datos que permitan identificar cuáles son los manejos médicos más comunes para el dolor crónico denotando las problemáticas y posibles fallas en los sistemas preventivos y de esta forma contribuir al mejoramiento de los indicadores de salud y bienestar de los paciente.

5 | MARCO TEÓRICO

- **Enfermedad.** La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.

- **Definición de dolor agudo.** La International Association for the Study of Pain (IASP)

define el dolor como “una experiencia desagradable asociada con el daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”. El dolor agudo se define como “dolor de inicio reciente y probable duración limitada”. Se caracteriza por ser un dolor de aparición reciente y duración probablemente limitada, generalmente tiene una relación causal identificable y temporal, relacionada con una lesión o enfermedad. Los estados de dolor agudo que pueden migrar a modelos de dolor crónico son diversos; por ejemplo: dolor postoperatorio, dolor postraumático, dolor de espalda agudo, herpes zóster, etc.

- **Definición de dolor crónico.** El dolor crónico comúnmente persiste más allá del momento de curación de una lesión y con frecuencia no existe una causa claramente identificable. En cada individuo, la “experiencia del dolor” será el resultado de la interacción entre la parte biológica y factores psicológicos, ambientales y sociales. secundaria). La intensidad del dolor cambia de acuerdo con los procesos inflamatorios, la cicatrización de los tejidos y el movimiento.

El dolor crónico tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme. Constituye en muchos de los casos, la enfermedad por sí misma, mientras el dolor agudo es el síntoma de una enfermedad o traumatismo. Además del tiempo de evolución, existen otras características que diferencian un proceso de dolor agudo de uno crónico: la presentación de dicho dolor, la respuesta autonómica y el patrón neuroendocrino presente en el dolor agudo, y rara vez observada en el dolor crónico, a menos que exista una agudización del cuadro doloroso.

6 I VALORACIÓN CLÍNICA DE DOLOR

La complejidad de la experiencia dolorosa obliga al clínico a tener premisas claras antes de enfrentarse a él, la posible etiología, la cuantificación y el grado del mismo pueden tener importancia capital a la hora de aplicar un tratamiento correcto.

6.1 Historia Clínica

Debe ser pormenorizada, incluyendo las patologías que presenta, los medicamentos que toma y la anamnesis de los síntomas. El interrogatorio sobre el dolor debe incluir aspectos fundamentales sobre la base de la comunicación que adquiere una gran importancia, dado que puede contribuir decisivamente a caracterizar el tipo y la intensidad del dolor.

6.2 Exploración física

La exploración debe ser integral y pormenorizada, evitando focalizaciones a causas «evidentes» de dolor, como puede ser una articulación deformada, y pensando siempre en la pluripatología y la presentación atípica de enfermedades.

6.3 Instrumentos de medición

La utilización de escalas tiene el objetivo de evaluar, reevaluar y permitir comparaciones en el dolor, teniendo su aplicación fundamental en la valoración de la respuesta al tratamiento, más que en la consideración «diagnóstica» del dolor. Por lo tanto, los instrumentos diseñados para medir el dolor son subjetivos, los hay que miden una única dimensión y los hay multidimensionales.

6.4 Escalas de Valoración

- **Escala numérica:** valora el dolor mediante números que van de mayor a menor en relación con la intensidad del dolor, las más empleadas van del 0 al 10, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor.

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

- **No dolor Máximo dolor**

- **Atención Primaria de Calidad**

- Escala numérica.
- Escalas descriptivas simples o escalas de valoración verbal.
- Escala visual analógica.
- Escala de expresión facial.
- Escala de Andersen.

- **Escalas descriptivas simples (EDS)** o escalas de valoración verbal (EVV): se pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, unidimensional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable.

- **Escala visual analógica (EVA):** es el método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición, no emplea número ni palabras descriptivas por el contrario, requiere mayor capacidad de comprensión y colaboración por parte del paciente. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud. En los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo, el paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor. La más empleada es la línea recta horizontal.

- Ningún dolor. — Ningún dolor.
- Dolor leve. — Dolor ligero.
- Dolor moderado. — Dolor moderado.
- Dolor severo. — Dolor intenso.
- Dolor insoportable.

6.5 Calificación de pérdida de capacidad laboral

El numeral 4.5 del Decreto 1507 de 2014, correspondiente a las definiciones relativas a la aplicación del Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, señala que el historial clínico: Describe los antecedentes, la evolución y el estado actual de la patología que se está calificando; incluye los antecedentes pertinentes y los resultados de los diagnósticos referentes a la Mejoría Médica Máxima (MMM), la Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT) y los diferentes tratamientos de las deficiencias. Puede ser factor principal o modulador, lo cual se define en cada tabla de calificación.

6.6 Calificación

La calificación se puede dar en primera oportunidad, cuando esta es realizada por las entidades de la seguridad social según el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 y sirve como puerta de acceso a los beneficios del Sistema General de Seguridad Social Integral - SGSSI. Así mismo, puede darse en primera y en segunda instancia cuando dicha calificación la realizan las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, según el Decreto Ley 019 de 2012, la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. A nivel metodológico, Mintrabajo (2014) indica que el rango de calificación oscila entre un mínimo de cero por ciento (0 %) y un máximo de cien por ciento (100 %), correspondiendo, cincuenta por ciento (50 %) al Título Primero (Valoración de las deficiencias) y cincuenta por ciento (50 %) al Título Segundo (Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales) del Anexo Técnico. Al emitirse una calificación, deberá determinarse la pérdida de la capacidad laboral, el origen de la enfermedad o del accidente y la fecha de estructuración de la invalidez.

6.7 Discapacidad

El Ministerio de Trabajo (2014) a la luz del Decreto 1507 de 2014, considera a la discapacidad como un término genérico que incluye limitaciones en la realización de una actividad, su valoración se puede reconocer en el Título Segundo “Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales del mismo decreto de Invalidez”.

7 | MARCO CONCEPTUAL

- Pérdida de capacidad laboral: Restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia.
- Invalidez: Pérdida de la capacidad laboral u ocupacional igual o superior al cincuenta por ciento (50 %). (Artículo 3 del Decreto 1507 de 2014, definiciones).
- Calificación de invalidez: Acción o efecto de calificar, apreciar o determinar las cualidades o circunstancias de una persona que reclama algún determinado nivel de invalidez.

- Juntas de calificación: Instancias técnico periciales creadas para dirimir las controversias presentadas sobre las calificaciones

8 | MARCO NORMATIVO O LEGAL

A continuación se presenta la recolección de la normatividad que enmarca la pertinencia de especificar un procedimiento en primera oportunidad de la calificación del origen y de la pérdida de la capacidad laboral en afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral.

- Constitución Política Artículo 13: Derecho a la igualdad. 47: protección para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos
- Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones
- Ley 100 de 1993. Artículo 42. Naturaleza, administración y funcionamiento de las Juntas regionales y nacional de calificación de invalidez // Parágrafos 1, 2 y 3,
- Decreto 1507 de 2014 Artículo 3. Definiciones
- Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo
- Decreto 1072 de 2015 Título 5. Juntas de Calificación de Invalidez. Título 4. Capítulo 6 Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo

9 | MARCO DE REFERENCIA

Del año 2011 se vincula el trabajo titulado “*La calificación de invalidez en la salud pública, debido proceso y responsabilidad del particular en la función pública*”, un artículo científico publicado en la revista de la Corporación Universitaria de la Costa CUC de Barranquilla. (Merlano, 2011).

El objetivo planteado en el trabajo de Merlano (2011) es analizar la aplicación de un debido proceso en el trámite de calificación de invalidez, propio de la salud ocupacional, desde la perspectiva del derecho público del Estado, para lo cual realiza una revisión legislativa y jurisprudencial, aspectos pilares del derecho público, como los principios de legalidad y responsabilidad.

Del trabajo se concluye que es la plena observancia de un debido proceso, preordenado legalmente, la forma que puede producir un dictamen jurídicamente válido y que, en caso de no tener certeza sobre el diagnóstico de la accionante, la conducta a seguir es ordenar la práctica de exámenes complementarios.

10 | MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

10.1 Tipo de Investigación

Estudio transversal analítico de 708 Historias Clínicas correspondientes al período comprendido entre Marzo de 2017 y Marzo de 2018, cuyos casos respectivos fueron evaluados por uno de los médicos de la Sala 3 de la Junta Regional de Calificación de Antioquia.

Obtención de información

Se obtuvo información confiable y válida principalmente de la base en los datos del sistema de información de la sala tres de la junta de invalidez de Antioquia

11 | FUENTES

11.1 Fuentes Primarias.

Teniendo en cuenta que la fuente primaria es aquella que suministra la información de fuentes directas sobre el tema específico para el caso puntual de la investigación, la fuente primaria de información fue la base de casos médicos evaluados y en audiencia que fueron calificados por la patología de dolor crónico.

12 | POBLACIÓN Y MUESTRA

12.1 Población

La población está conformada por el grupo de personas que fueron vinculadas a la investigación, quienes cumplían con características de solicitud de calificación y se evaluaron los dictámenes en los cuales la patología de dolor crónico se determinó en porcentaje en la sala tres en el período establecido investigación, una población de 708 pacientes.

13 | RESULTADOS

- Se evidencia que dentro del universo de casos $n=708$, el 87% correspondiente a $n_x=616$ no evalúa de manera adecuada el dolor en términos de escala de clasificación; es decir, no hay una métrica para clasificar el dolor.
- Se evidencia que dentro del universo de casos $n=708$, el 87,9% correspondiente a $n_x=616$ evalúa de manera subjetiva el dolor. La calificación objetiva del mismo se traduce en la interpretación idónea de la información contenida en la Historia Clínica y en concordancia, la asignación del baremo en virtud del análisis interpretativo.
- Se evidencia que dentro del universo de casos $n=708$, el 78,2% correspondiente a $n_x=554$ el Manejo Farmacológico, aunque está presente, no tiene correlación alguna con las Guías Colombiana para Manejo de Dolor. A menos del 22% de la muestra se le trató farmacológicamente bajo parámetros estandarizados para tratamiento el dolor.

Variables cumplidas	# Casos	%
Entre 1 y 2	424	59,9%
3	121	17,1%
4	70	9,9%
5	57	8,1%
6	36	5,1%
Total	708	100%

Tabla no. 1

Evaluación de Dolor	# Casos	%
Evaluación completa y adecuada	92	13,0%
<i>Sin evaluación</i>	425	60,0%
<i>Evaluación inexacta o inadecuada</i>	31	4,4%
<i>Evaluación incompleta</i>	57	8,1%
<i>Evaluación incompleta e inadecuada</i>	103	14,5%
Total	708	100,0%

Tabla no. 2

Carácter de Evaluación de Deficiencia por Dolor	# Casos	%
Escala Objetiva	86	12,1%
Escala Subjetiva	622	87,9%
Total	708	100,0%

Tabla no. 3

Manejo Farmacológico bajo Guías de Manejo de Dolor	# Casos	%
Evidencia	154	21,8%
No evidencia	554	78,2%
Total	708	100,0%

Tabla no. 4

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3
DEFICIENCIA GLOBAL %	0%	10%	15%	20%
Descripción	<i>No existe dolor disestésico ni crónico somático</i>	<i>Dolor disestésico ó crónico somático leve</i>	<i>Dolor disestésico ó crónico somático moderado</i>	<i>Dolor disestésico ó crónico somático severo</i>

Tabla no. 5

CONCLUSIONES

No se evalúa de manera adecuada el dolor en términos de escala de clasificación; es decir, no hay una métrica para clasificar el dolor, tal como lo pone de manifiesto la Tabla 12.5 Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático (Decreto 1507 del 12 de agosto de 2014).

El manejo médico del dolor se lleva a cabo con medicamentos múltiples.

Prevalencia de dolor como diagnóstico en el nicho poblacional correspondiente a las mujeres activas laboralmente.

Omisión en el proceso de calificación de muchas patologías con dolor residual, secundario o como secuela debido a la evaluación subjetiva o a la negativa de evaluar la enfermedad.

RECOMENDACIONES

La subvaloración actual de patología de dolor, resta importancia a lo que más aqueja al paciente. Esta subvaloración se traduce inexorablemente en una calificación que no se ajusta a la realidad.

Bajo la métrica actualmente implementada, el dolor es considerado como “secuela” desvirtuando el origen diagnóstico verdadero

BIBLIOGRAFÍA

Guzmán, M. M., Gordillo, P. L. y Romero, I. V. (2018). Análisis comparativo entre las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del Régimen Común versus las Juntas Médico Laborales de la Policía Nacional. Manizales: Universidad Católica de Manizales.

Méndez, J. D., Moncada, N. G. y Burgos, A. E. (2015). Fundamentos teórico prácticos del proceso de calificación de origen, fecha de estructuración y pérdida de la capacidad laboral en Colombia. Santiago de Cali: Universidad Libre.

Merlano, J. E. (2011). La calificación de invalidez: salud pública, debido proceso y responsabilidad del particular en la función pública. Revista de la Corporación Universitaria de la Costa, CUC Barranquilla, 1(7), 87-106.

Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de agosto de 2014). Decreto 1507 de 2014 por el cual se expide Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional. DO 49.241.

Yepes, C. E., Henao, D. E., Montoya, M. y Montoya, L. (2018). Caracterización de factores relacionados con la reclamación y aprobación de pensiones de invalidez por enfermedad común en población trabajadora colombiana entre 2006-2011.

Revista Latreia 31(3) 248 – 261. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. IASP Pain Terminology. 2002. 240 p

Gerardo C-I. Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014;25(2):189–99. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014700306>

Guía de Buena Práctica Clínica en Dolor y su tratamiento. Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C) Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid