

# HACIA UN NUEVO MODELO DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL TRABAJO

John Alexander  
Benavides Piracón  
M.D. Mg. SST. Ph.D.



Grupo  
Guillermo  
Fergusson



# LA CONTRADICCIÓN CAPITAL – TRABAJO Y SUS EFECTOS SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Una mirada crítica desde la Medicina Social Latinoamericana  
y la Epidemiología Crítica (Laurell – Breilh)

“ El trabajo, que debería ser una actividad digna y vital para el ser humano, se transforma en un proceso que desgasta, enferma y destruye la salud del trabajador, porque la acumulación de riqueza se antepone a la reproducción de la vida. ”

## LA ESENCIA DE LA CONTRADICCIÓN SALUD-TRABAJO

### EL TRABAJO COMO CREADOR vs. DESTRUCTOR



El trabajo define al ser humano y transforma la naturaleza.  
Sin embargo, al subordinarse al capital, se convierte en una herramienta de explotación que consume el cuerpo y la mente del obrero.

### VALOR DE USO vs. VALOR DE CAMBIO



**VALOR DE USO**  
La fuerza de trabajo (energía, salud, tiempo) del obrero tiene utilidad para producir bienes.



**VALOR DE CAMBIO**  
El empleador la consume para generar ganancia, convirtiendo esa fuerza en mercancía.

### GANANCIA vs. DESGASTE



Para maximizar el beneficio económico, los procesos laborales aceleran los ritmos, extienden las jornadas y recortan costos en medidas de seguridad, acelerando el desgaste obrero.

### ¿CÓMO SE EXPRESA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD?

#### DETERMINANTES ESTRUCTURALES



- Sistema capitalista
- Relaciones de poder
- Propiedad de los medios de producción
- Búsqueda de ganancia

#### DETERMINANTES LABORALES



- Intensificación del trabajo
- Jornadas prolongadas
- Precarización y bajos salarios
- Ambientes y tecnologías riesgosas
- Falta de control de los trabajadores

#### DETERMINANTES INMEDIATOS



- Exposiciones químicas, físicas, biológicas
- Sobrecarga física y mental
- Estrés y violencia
- Fatiga y monotonía

#### EFFECTOS EN SALUD



- Lesiones y accidentes
- Enfermedades agudas y crónicas
- Trastornos mentales
- Discapacidad
- Muerte prematura

#### RESULTADO SOCIAL



- Pérdida de calidad de vida
- Impacto en la familia y la comunidad
- Reproducción de la desigualdad

Este proceso no es natural, es social, histórico y evitable.

### ¿POR QUÉ ES UNA CONTRADICCIÓN INSALVABLE?

#### NECESIDADES HUMANAS

Salud  
Tiempo de vida  
Bienestar  
Desarrollo integral  
Dignidad



#### LÓGICA DEL CAPITAL

Acumulación  
Competencia  
Maximización de ganancias  
Reducción de costos  
Explotación

Mientras la lógica del capital busque aumentar la plusvalía, siempre estará en conflicto con la reproducción de la vida y la salud de quienes trabajan.

### EL RESULTADO:



Desgaste acelerado del cuerpo y la mente.



Normalización del daño y la enfermedad.



Externalización de los costos a los trabajadores, sus familias y al Estado.

### ¿QUÉ PROPONE LA MIRADA CRÍTICA?



Visibilizar lo invisible: hacer visible la relación entre trabajo, poder y salud.



Comprender lo individual como expresión de lo social: la enfermedad no es solo biológica.



Transformar las condiciones de trabajo y las relaciones sociales de producción.



Colocar la vida en el centro: el trabajo debe estar al servicio de la vida, no de la ganancia.

### EN SÍNTESIS

La contradicción salud-trabajo revela que la enfermedad y el sufrimiento laboral no son accidentes ni fallas del sistema: son el resultado esperado de un modelo económico que prioriza el capital sobre la vida. Superarla exige organización, conciencia crítica y lucha colectiva por un trabajo digno, seguro y saludable.



# BERNARDINO RAMAZZINI (1633-1714)

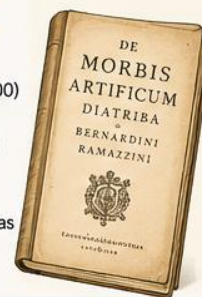
## PADRE DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

“Primero, no dañar”: consideró el trabajo y el ambiente como determinantes fundamentales de la salud.



### ¿QUIÉN FUE?

Médico italiano que en su obra *De Morbis Artificum Diatriba* (1700) analizó más de 50 profesiones y relacionó de manera sistemática las enfermedades con las condiciones de trabajo. Su enfoque fue pionero y sentó las bases de la salud ocupacional moderna.



### SU APOORTE FUNDAMENTAL

Relacionó los síntomas y enfermedades de los trabajadores con las **causas ambientales**, las **sustancias** utilizadas y las **posturas o esfuerzos** propios de cada oficio.



### 1. ENVENENAMIENTOS POR METALES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS

Pb

#### SATURNISMO (INTOXICACIÓN POR PLOMO)

Describió los dolores abdominales cólicos, la palidez extrema y la parálisis en las extremidades que sufrían los pintores, alfareros y fundidores debido al uso de pigmentos de plomo.

##### SÍNTOMAS PRINCIPALES

- Dolores abdominales cólicos
- Palidez extrema
- Parálisis en extremidades

##### PROFESIONES AFECTADAS



Pintores



Alfareros



Fundidores

Hg

#### HIDRARGIRISMO (INTOXICACIÓN POR MERCURIO)

Detalló los temblores severos, la pérdida de dientes, la debilidad muscular y las alteraciones del estado de ánimo en los fabricantes de espejos, doradores y mineros que manipulaban azogue.

##### SÍNTOMAS PRINCIPALES

- Temblores severos
- Pérdida de dientes
- Debilidad muscular
- Alteraciones del estado de ánimo

##### PROFESIONES AFECTADAS



Fabricantes de espejos



Doradores



Mineros de azogue



### 2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS POR INHALACIÓN DE POLVO



#### AFECCIONES TUBERCULOSAS Y NEUMOCONIOSIS (INHALACIÓN DE POLVO MINERAL)

Observó problemas pulmonares graves, tos crónica y dificultad para respirar en mineros, picapedreros y canteros.

##### SÍNTOMAS PRINCIPALES

- Problemas pulmonares graves
- Tos crónica
- Dificultad para respirar
- Endurecimiento progresivo de los pulmones

##### PROFESIONES AFECTADAS



Mineros



Picapedreros



Canteros



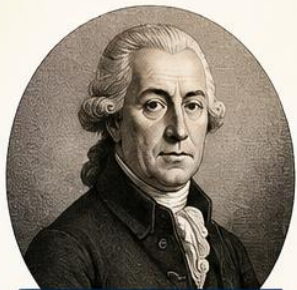
**LEGADO** Ramazzini fue el primero en reconocer que el trabajo puede enfermar. Su enfoque clínico, observacional y preventivo es la base de la medicina del trabajo actual.



Así como hay enfermedades propias de cada constitución, hay otras que nacen del arte y del oficio que se ejerce.  
– Bernardino Ramazzini



Conoce más sobre  
*De Morbis Artificum  
Diatriba* (1700)



**PERCIVALL POTT**  
(1714-1788)

Cirujano inglés

# PERCIVALL POTT Y EL PRIMER CÁNCER OCUPACIONAL

## EL INICIO DE LA MEDICINA DEL TRABAJO BASADA EN LA EVIDENCIA

“ He observado que este cáncer de los deshollinadores no se encuentra en ningún otro grupo de personas que no sea en ellos. ”

— Percivall Pott, 1775



### ¿QUIÉN FUE?

Percivall Pott fue un cirujano inglés, considerado uno de los fundadores de la cirugía moderna y pionero en la observación clínica sistemática. Su trabajo en 1775 marcó un hito al relacionar una enfermedad grave con las condiciones de trabajo.

### CONTEXTO HISTÓRICO



En el siglo XVIII, miles de niños y jóvenes trabajaban como **limpiadores de chimeneas** en Inglaterra.



Trabajaban sin protección, vestidos con mínima ropa, cubiertos de **hollín** de pies a cabeza.



La falta de higiene corporal y las condiciones de vida precarias eran la norma.

“

La observación cuidadosa de la realidad laboral puede revelar las causas ocultas del sufrimiento humano.

— Percivall Pott

### EL DESCUBRIMIENTO: UN CÁNCER DE ORIGEN OCUPACIONAL

En 1775, Percivall Pott describió una enfermedad que observó **exclusivamente** en los **deshollinadores**: un **cáncer escrotal** causado por la **exposición crónica al hollín**.



#### ¿QUÉ OBSERVÓ?

Pott atendió numerosos casos de jóvenes deshollinadores con una **lesión característica en el escroto**: una **verruga o tumoración crónica** que con el tiempo se transformaba en **cáncer**.



#### SU CONCLUSIÓN REVOLUCIONARIA

Demostró que la **causa principal** era la **exposición prolongada del escroto al hollín**, favorecida por:

- ✓ Contacto directo y constante con el hollín
- ✓ Calor de las chimeneas que abría los poros de la piel
- ✓ Falta de higiene personal
- ✓ Ropa mínima durante la jornada laboral

### DATOS CLAVE



**AÑO DE DESCRIPCIÓN**  
1775



**NOMBRE ORIGINAL DE LA LESIÓN**  
“Cáncer del deshollinador”  
o “verruga de hollín”



**CAUSA PRINCIPAL**  
**Exposición prolongada al hollín**  
y **falta de higiene corporal** en los jóvenes trabajadores.



**IMPORTANCIA CIENTÍFICA**  
Primer caso documentado en la historia que relaciona de manera directa un tipo de **cáncer** con un **agente ambiental** o **exposición laboral**.



### UN HITO EN LA HISTORIA DE LA SALUD OCUPACIONAL

Pott estableció por primera vez el principio fundamental de que el trabajo puede causar enfermedades específicas, sentando las bases de la **medicina del trabajo**, la **epidemiología ocupacional** y la **prevención de riesgos laborales**.



### LEGADO QUE PERDURA

El trabajo de Pott abrió el camino para la protección de los trabajadores, la legislación laboral y la salud pública moderna. Su observación cambió para siempre la forma de entender la relación entre trabajo, ambiente y enfermedad.

“La enfermedad puede ser el precio invisible del trabajo. Conocer su causa es el primer paso para prevenirla.”

— Percivall Pott

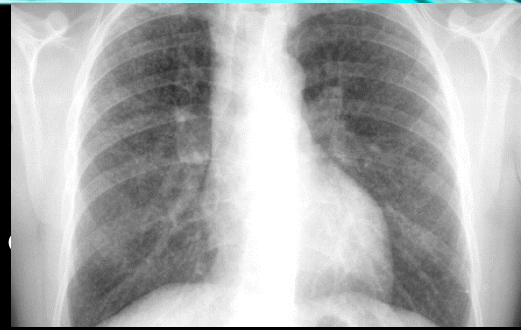
# SOLO PARA CONOCERNOS DIGAN SUS NOMBRE E IDEAS...

- ¿Por qué los trabajadores y trabajadoras?

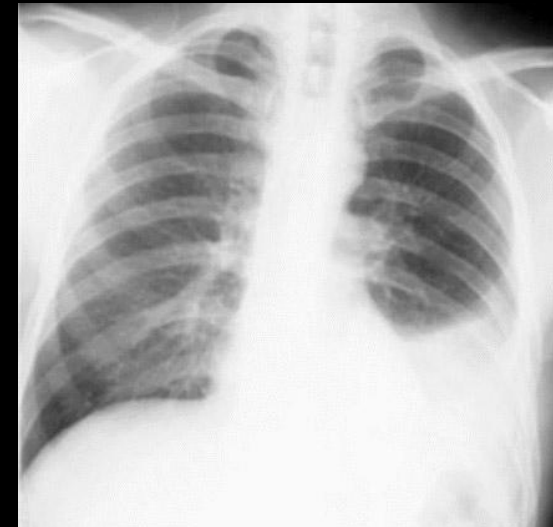
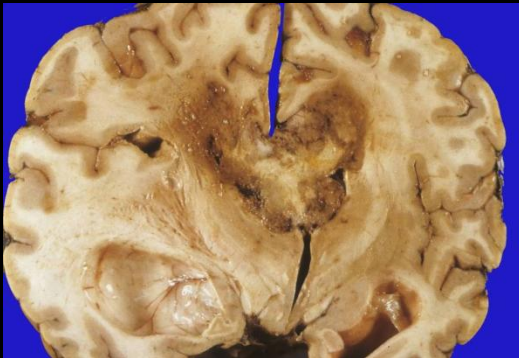


- ➡ ¿Por qué un sistema sanitario exclusivo para los trabajadores y trabajadoras?

# ALGUNOS DATOS



- Cada **15 segundos**, un **trabajador muere** a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Cada **15 segundos**, **160 trabajadores** tienen un **accidente laboral**.
- Cada día mueren 6.300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Entre 2,3 y 3 millones de muertes por año.



## Número de Empresas

1.234.503



## Número total de Trabajadores

13.002.338

### Dependientes

10.854.235

83,5 %



### Independientes

1.276.607

9,8 %



### Independientes Voluntarios

383.743

3,0 %



### Estudiantes

487.753

3,8 %

## Accidentes de Trabajo

4,0

Por cada 100 trabajadores



522.982

## Muertes



371

376

## Pensiones de Invalidez



340

80

420

## Incapacidades Parciales Permanentes



9.612

6.328

15.940

## Enfermedades Laborales

81,6

Por cada 100 mil trabajadores



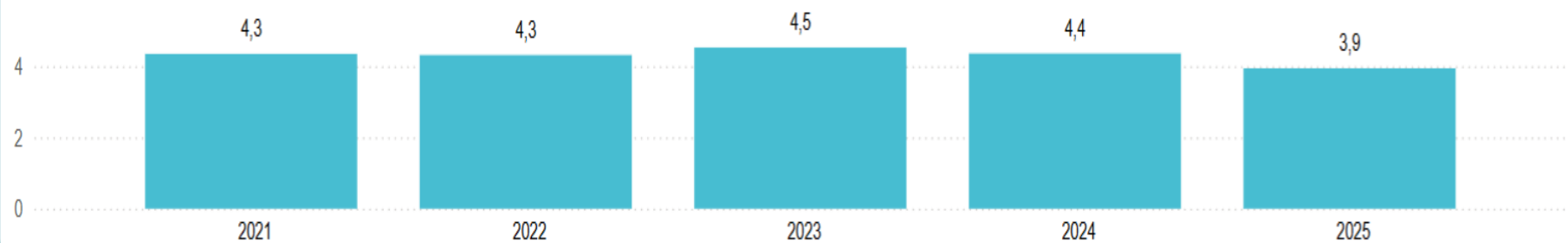
10.612

● Accidentes de Trabajo ● Enfermedad Laboral

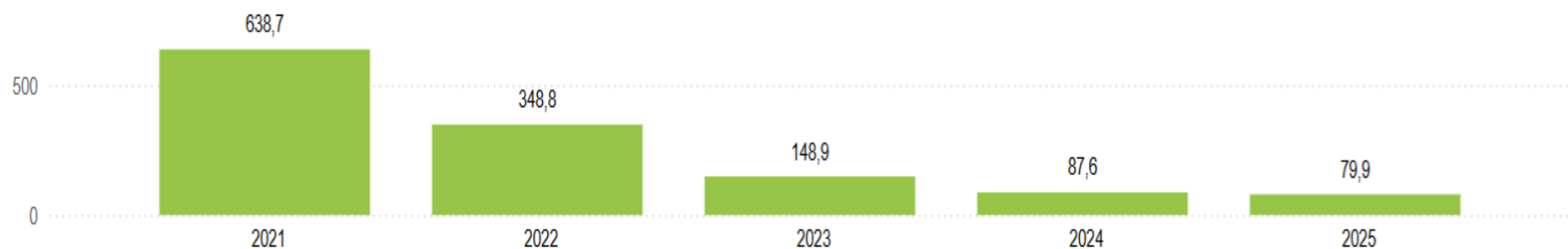
● Accidentes de Trabajo ● Enfermedad Laborales

● Accidentes de Trabajo ● Enfermedad Laboral

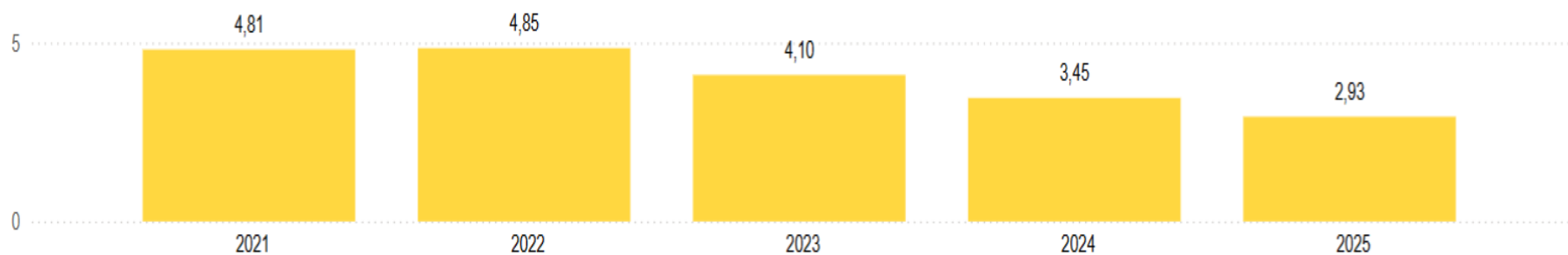
**Tasa de AT por cada 100 trabajadores**

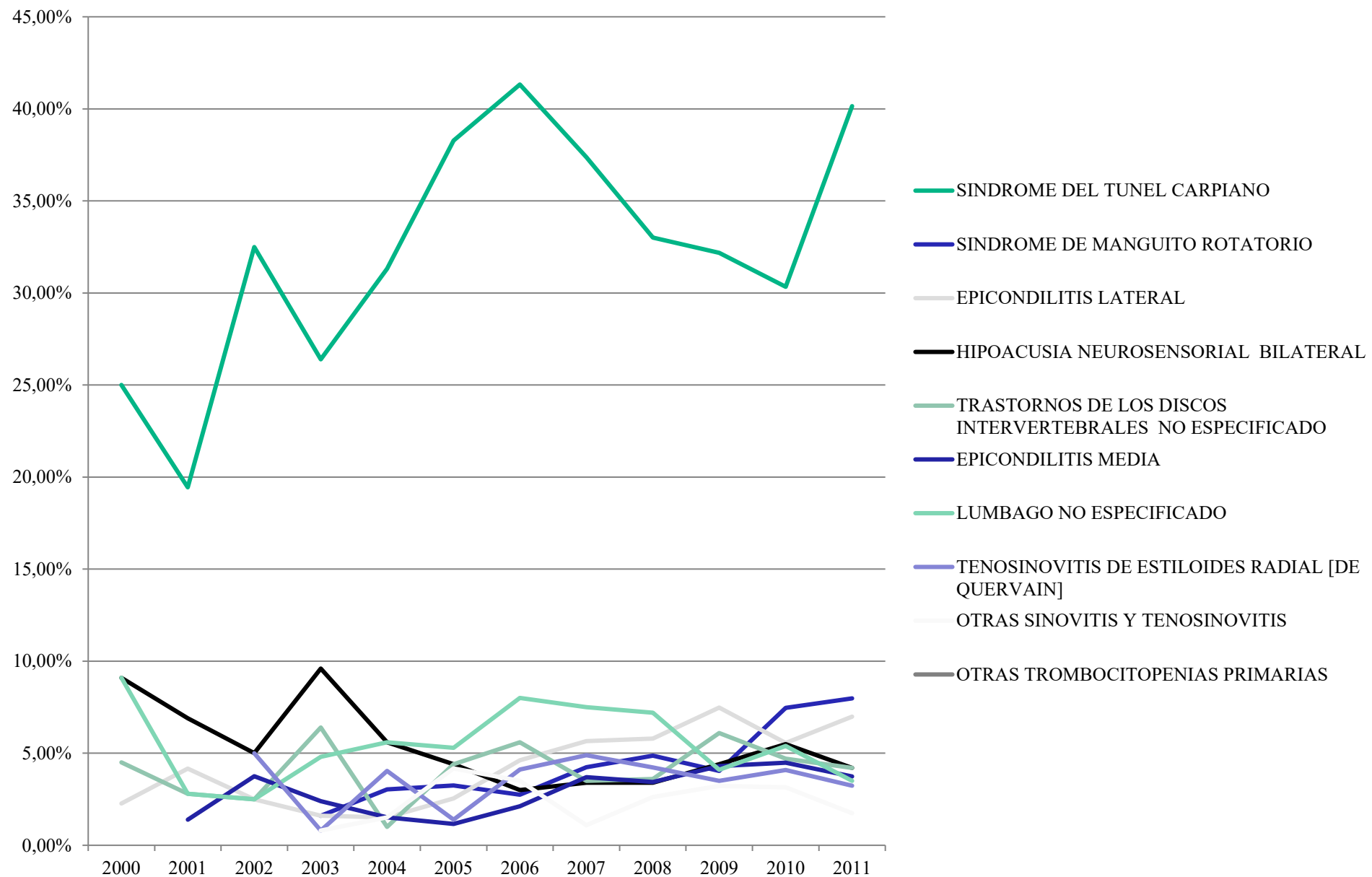


**Tasa de EL por cada 100 mil trabajadores**



**Tasa de Muerte por cada 100 mil trabajadores**



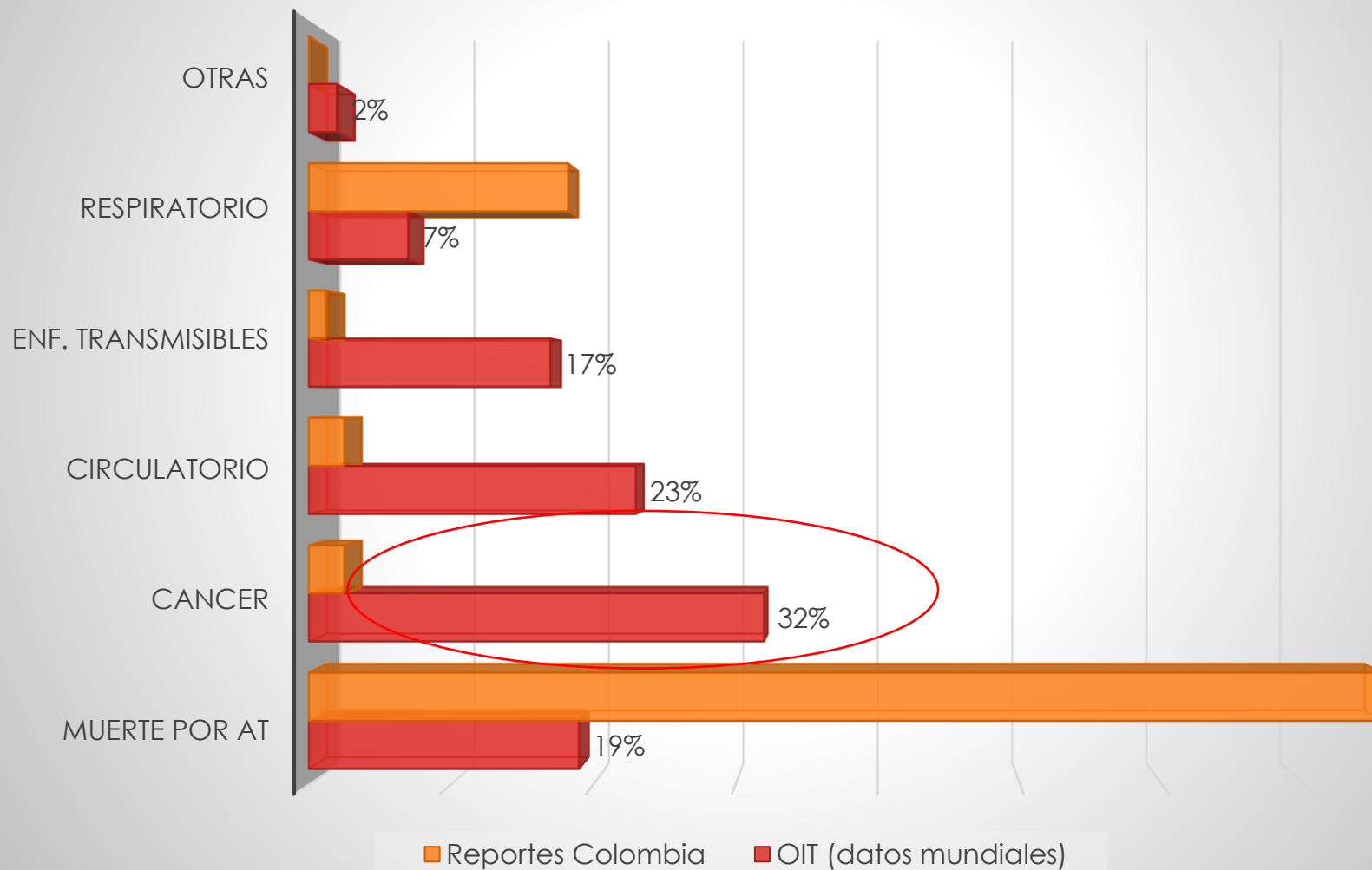




# **DESCRIPCIÓN DE LAS MUERTES RELACIONADOS CON EL TRABAJO EN EL DISTRITO CAPITAL.**

| Tipo de diagnóstico<br>relacionado con la muerte | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------------------------|------------|------------|
| Muerte por AT                                    | 121        | 75,40%     |
| Respiratorio                                     | 28         | 18,20%     |
| Cáncer                                           | 4          | 2,50%      |
| Circulatorio                                     | 4          | 2,50%      |
| Enfermedad Transmisibles                         | 2          | 1,20%      |

## Comparación entre los diagnosticos de muertes relacionadas con el trabajo



# 8 ESTUDIO NACIONAL: OBJETIVO Y METODOLOGÍA

## Accidentes de trabajo y enfermedades laborales en el sector salud – Colombia



### OBJETIVO

Analizar la **ocurrencia** de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como las **trayectorias, procesos y barreras** para su **reconocimiento y calificación**, en las y los trabajadores del sector salud en Colombia durante los últimos 10 años, desde una **perspectiva crítica y de género**.



### ¿CÓMO SE REALIZÓ?

#### DISEÑO DEL ESTUDIO



Estudio epidemiológico observacional de corte transversal con indagación retrospectiva, de alcance descriptivo y analítico, con componente crítico y enfoque de género.



#### RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



- Noviembre de 2025 – julio de 2026
- Encuesta autoadministrada en línea
- Trabajadores/as del sector salud de Colombia**  
Personal asistencial, administrativo, servicios generales, apoyo logístico y otras ocupaciones en instituciones públicas y privadas.



#### RESPUESTAS RECIBIDAS



**1.009**  
respuestas recibidas



#### MUESTRA FINAL



**933**  
participantes incluidos en el análisis  
(76 respuestas eliminadas por duplicidad)

### ASPECTOS CLAVE

- ✓ Indagamos experiencias ocurridas en los **últimos 10 años**.
- ✓ Incluye trabajadores y trabajadoras de **todas las ocupaciones** del sector salud.
- ✓ **Enfoque de género** incorporado en el diseño, las preguntas y el análisis.
- ✓ En el análisis, el **género no resultó** ser una variable determinante en el reconocimiento del origen laboral.
- ✓ Los resultados describen a la población participante y deben interpretarse en el marco de un **muestreo no probabilístico por conveniencia**.

### ¿QUÉ INVESTIGAMOS?



#### 1 Características sociodemográficas

- Edad
- Género
- Región
- Nivel educativo
- Otras características



#### 2 Condiciones y organización del trabajo

- Tipo de contratación
- Horarios y jornadas
- Carga laboral
- Remuneración
- Otras condiciones laborales



#### 3 Conocimientos sobre el sistema

- ¿Cómo reportar AT o EL?
- ¿Cómo funciona el proceso de calificación del origen?
- ¿Cuáles son las funciones de las Juntas de Calificación de Invalidez?



#### 4 Accidentes de trabajo y enfermedades laborales

- Ocurrencia de AT y EL
- Reporte y atención
- Reconocimiento inicial
- Proceso de calificación
- Resultado de la calificación



#### 5 Experiencia del proceso de reconocimiento

- Barreras encontradas
- Tiempos del proceso
- Actores involucrados
- Controversias
- Percepción del proceso



### UNA INVESTIGACIÓN CONSTRUIDA COLECTIVAMENTE

El instrumento fue **construido y revisado colectivamente** con referentes de las **organizaciones participantes** del Observatorio, incorporando sus experiencias y preguntas sobre los procesos de reconocimiento de AT y EL.

La difusión se realizó principalmente a través de los canales y bases de contacto de las organizaciones participantes.



### APROBACIÓN ÉTICA

Este estudio cuenta con la aprobación del **Comité de Ética de Investigación** de la Universidad Nacional de Colombia.



# ¿QUIÉN HA TENIDO ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL?

Perfil de los trabajadores del sector salud con mayor prevalencia (comparado con quienes no han tenido AT/EL)

Análisis de variables con asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ )



En este estudio, **358** trabajadores del sector salud (**38,4%** del total) reportaron haber tenido al menos un accidente o enfermedad laboral en los últimos 10 años.

## PERFIL DEL TRABAJADOR CON MAYOR PREVALENCIA DE AT/EL



Este perfil concentra factores laborales y organizacionales asociados a mayor riesgo de sufrir un accidente o enfermedad laboral en el sector salud.

## FACTORES CON MAYOR PREVALENCIA DE AT/EL (Comparado con quienes NO han tenido)

| ESTADO CIVIL | NIVEL EDUCATIVO            | NATURALEZA DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL DE COMPLEJIDAD              | TIPO DE CONTRATO | HORARIO DE TRABAJO | PERTENECE A SINDICATO | CAJA DE COMPENSACIÓN |
|--------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|
|              |                            |                              |                                   |                  |                    |                       |                      |
| Separado(a)  | Bachillerato / Tecnológico | Pública                      | 4º Nivel                          | Categoría 1      | Nocturno           | Sí                    | Sí                   |
| 60,3%        | 50,0%                      | 42,7%                        | 45,0%                             | 42,3%            | 52,5%              | 44,7%                 | 40,2%                |
| Viudo(a)     | Posgrado                   | Privada                      | No aplica (áreas administrativas) | Categoría 0      | Diurno             | No                    | No                   |
| 16,7%        | 30,3%                      | 34,2%                        | 22,7%                             | 34,2%            | 36,3%              | 32,0%                 | 28,6%                |
| $p = 0,003$  | $p = 0,001$                | $p = 0,033$                  | $p < 0,001$                       | $p = 0,011$      | $p = 0,036$        | $p < 0,001$           | $p = 0,008$          |

■ Mayor prevalencia de AT/EL ■ Menor prevalencia de AT/EL

\* Las diferencias en porcentaje corresponden a la prevalencia dentro de cada categoría.

## EL DESCONOCIMIENTO DEL PROCESO SE ASOCIA A MAYOR PREVALENCIA DE AT/EL

| ¿SABE CÓMO REPORTAR AT/EL?                                                  | ¿CONOCE EL PROCESO DE CALIFICACIÓN?                           | ¿CONOCE LAS FUNCIONES DE LAS JUNTAS?                              | ¿PENSÓ EN DESISTIR DEL PROCESO?                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                                                             |                                                               |                                                                   |                                                                  |
| Quienes <b>NO</b> saben cómo reportar presentan mayor prevalencia de AT/EL. | El desconocimiento del proceso se asocia a mayor prevalencia. | Quienes <b>NO</b> conocen las Juntas presentan mayor prevalencia. | (Solo aplica a quienes tuvieron AT/EL, N = 358)                  |
| No sabe <span style="color: red;">■</span> 49,7%                            | No conoce <span style="color: red;">■</span> 44,9%            | No conoce <span style="color: red;">■</span> 41,5%                | No pensó en desistir <span style="color: green;">■</span> 88,3%* |
| Sí sabe <span style="color: green;">■</span> 35,8%                          | Sí conoce <span style="color: green;">■</span> 31,2%          | Sí conoce <span style="color: green;">■</span> 32,7%              | Sí pensó en desistir <span style="color: red;">■</span> 4,5%*    |
| $p = 0,001$                                                                 | $p < 0,001$                                                   | $p = 0,008$                                                       | $p < 0,001$                                                      |



La falta de información sobre cómo reportar, calificar y las funciones de las Juntas se relaciona con una mayor frecuencia de accidentes o enfermedades laborales. Fortalecer la información y la orientación puede ayudar a reducir el riesgo y mejorar la protección de los trabajadores.



## EN RESUMEN

El trabajador del sector salud con mayor probabilidad de haber sufrido un accidente o enfermedad laboral es aquel que enfrenta mayores exigencias laborales, tiene mayor estabilidad laboral y menor conocimiento de los procesos relacionados con sus derechos.



### MÁS EXPUESTO

Sector público, alta complejidad, turno nocturno, contrato estable.



### MÁS VULNERABLE

Estado civil separado, menor nivel educativo ( $\leq$  técnico o tecnológico).



### MÁS CONCIENTE DE SUS DERECHOS (Y REPORTA MÁS)

Afiliación a sindicato y a caja de compensación.



### MAYOR RIESGO POR DESCONOCIMIENTO

No conocer cómo reportar, el proceso de calificación o las funciones de las Juntas.

\* Porcentajes de columna dentro del grupo que tuvo AT/EL (N = 358).



# ACCIDENTES DE TRABAJO (AT)

El recorrido de los casos en el Sistema General de Riesgos Laborales

De cada 270 accidentes de trabajo que ocurren... ¿cuántos logran llegar hasta la calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL)?



Este embudo muestra cómo los casos se van reduciendo en cada etapa del proceso administrativo y jurídico hasta llegar (o no) a obtener la calificación de PCL.

## ETAPA DEL PROCESO



### Prevalencia

Accidentes de trabajo que ocurren



### Reportaron

El trabajador reporta el accidente



### Reconocido en 1ª instancia

ARL reconoce el accidente como laboral



### Apelación Regional

El trabajador apela ante la Junta Regional



### Apelación Nacional

El trabajador apela ante la Junta Nacional



### Justicia ordinaria

El trabajador acude a la vía judicial



### Obtuvo PCL

Se obtiene la calificación de pérdida de capacidad laboral

CASOS QUE CONTINUÁN  
(de 270)

% DE RETENCIÓN  
ACUMULADO

270

100%

244

90.4%

210

77.8%

10

3.7%

7

2.6%

1

0.4%

31  
(de 270)

11.5%  
(sobre 270)

## PÉRDIDA ACUMULADA DE CASOS



### Prevalencia

0 casos perdidos



### Reportaron

26 casos perdidos



### Reconocido en 1ª instancia

60 casos perdidos



### Apelación Regional

260 casos perdidos



### Apelación Nacional

263 casos perdidos



### Justicia ordinaria

269 casos perdidos

## IDEAS CLAVE



El primer filtro: 9.6% de los accidentes NO se reportan.



La primera instancia descarta el 13.9% de los casos.



Muy pocos casos llegan a instancias de apelación.



Solo el 0.4% llega a la justicia ordinaria.



Solo el 11.5% de los accidentes culmina con la calificación de PCL.



De cada 270  
accidentes de trabajo  
que ocurren...



Solo 31 obtienen  
la calificación de PCL  
(11.5%)



239 trabajadores  
no logran obtener  
la calificación de PCL



# ENFERMEDADES LABORALES (EL)

El recorrido de los casos en el Sistema General de Riesgos Laborales

De cada 165 enfermedades laborales que existen... ¿cuántas logran obtener la calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL)?



Este embudo muestra cómo los casos **se van reduciendo** en cada etapa del proceso administrativo y jurídico hasta llegar (o no) a obtener la calificación de PCL.

## ETAPA DEL PROCESO



### Prevalencia

Personas que presentan síntomas o diagnóstico relacionado con el trabajo



### Remitido a medicina laboral

El trabajador es remitido para valoración en medicina laboral



### Calificación EPS (origen laboral)

La EPS califica el origen como laboral



### Diligencié FUREL

Se diligencia y radica el Formato Único de Reporte de Enfermedad Laboral



### Dictamen ARL laboral

La ARL emite dictamen considerando origen laboral



### Apeló a Regional

El trabajador apela ante la Junta Regional



### Apeló a Nacional

El trabajador apela ante la Junta Nacional



### Recurrió a justicia

El trabajador acude a la vía judicial



### Obtuvo PCL

Se obtiene la calificación de pérdida de capacidad laboral

## CASOS QUE CONTINÚAN (de 165)

## % DE RETENCIÓN ACUMULADO

165

100%

77

46.7%

61

37.0%

42

25.5%

26

15.8%

7

4.2%

6

3.6%

2

1.2%

9  
(de 165)

5.5%  
(sobre 165)



De cada 165 enfermedades laborales que existen...



Solo 9 obtienen la calificación de PCL (5.5%)



156 trabajadores no logran obtener la calificación de PCL

## PÉRDIDA ACUMULADA DE CASOS



Prevalencia

0 casos perdidos



Remitido a medicina laboral

88 casos perdidos



Calificación EPS (origen laboral)

104 casos perdidos



Diligencié FUREL

123 casos perdidos



Dictamen ARL laboral

139 casos perdidos



Apeló a Regional

158 casos perdidos



Apeló a Nacional

159 casos perdidos



Recurrió a justicia

163 casos perdidos

## IDEAS CLAVE



El primer gran filtro: 53.3% de los casos no son remitidos a medicina laboral.



Solo el 37.0% logra que la EPS determine origen laboral.



Muy pocos casos llegan a instancias de apelación.



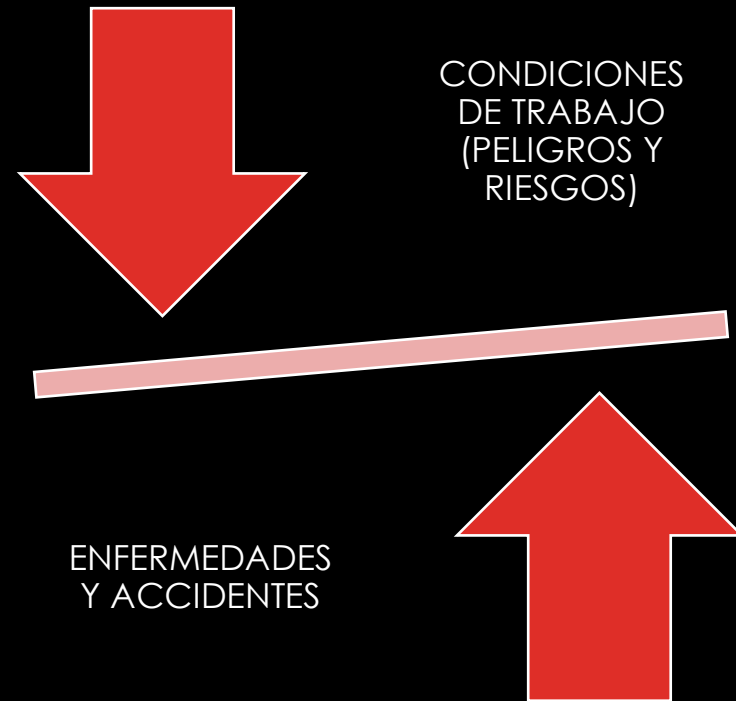
Solo el 1.2% llega a la vía judicial.



Solo el 5.5% de las enfermedades laborales culmina con la calificación de PCL.

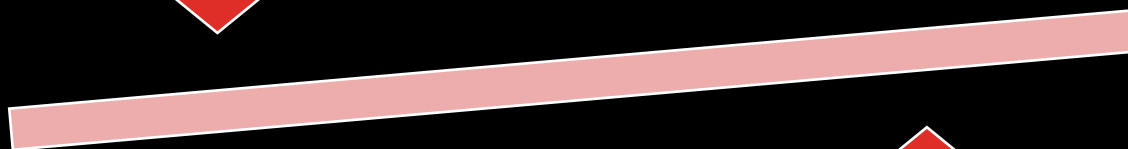
# ORIGEN DEL EVENTO

- Se refiere a cuál es la causa principal por la que ocurre o un accidente o una enfermedad. Puede ser entonces el origen laboral, relacionado con las **condiciones de trabajo**





Bien de  
mercado



Derecho



# ¿Qué barreras existen para el reconocimiento del origen laboral?

El reconocimiento del origen laboral puede ser un proceso largo, complejo y con múltiples obstáculos



La evidencia nacional e internacional y la jurisprudencia en Colombia muestran que **identificar y reconocer el origen laboral de una enfermedad no es un acto automático**. A lo largo del proceso pueden aparecer barreras técnicas, administrativas e institucionales.

## Principales barreras identificadas



## El camino hacia el reconocimiento



Estos obstáculos pueden generar **demoras prolongadas**, **decisiones contradictorias** y, en algunos casos, la necesidad de **acudir a la justicia** para que se reconozcan los derechos.



## MENSAJE CENTRAL

El reconocimiento del origen laboral no es un acto automático: es un **proceso técnico, administrativo** y, en algunos casos, **jurídico**, en el que pueden surgir barreras y controversias que afectan la oportunidad y el acceso a los derechos.



### Referencias (APA):

- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Indicadores de riesgos laborales*. Gobierno de Colombia.
- Corte Constitucional. (2006). Sentencia T-555 de 2006.
- Corte Constitucional. (2023). Sentencia T-094 de 2023.



### Normativa:

Ley 1562 de 2012; Decreto 1072 de 2015; Decreto 1295 de 1994; Decreto 19 de 2012; Decreto 1352 de 2013.



# RESPUESTAS DESDE LOS SISTEMAS SANITARIOS A LA CONTRADICCIÓN SALUD-TRABAJO

Tres modelos, una misma lógica: gestionar el daño, no eliminar su causa

“Bajo el capitalismo, ningún sistema sanitario actual resuelve la contradicción salud-trabajo. Todos administran sus efectos, ninguno transforma sus causas.”

Laurell – Breilh

## 1 MODELO DE SEGUROS SOCIALES (BISMARCK)

Basado en cotizaciones obligatorias



Trabajadores y empleadores cotizan a un seguro (ARL, Cajas, Mutuas) que cubre los riesgos del trabajo.



### ABORDAJE DE LA CONTRADICCIÓN

Lógica de **COMPENSACIÓN ECONÓMICA** del daño, no de transformación de las causas. El foco está en determinar si una enfermedad es “común” o “profesional”.



### LA TRAMPA INSTITUCIONAL

Crea una separación artificial entre la salud general del individuo y su salud como trabajador. Si la patología no está en la lista oficial de enfermedades laborales, el sistema la deriva a la salud común.



### LECTURA CRÍTICA

El empleador paga una prima de seguro que funciona como una “licencia para desgastar”. El riesgo se mercantiliza: se calcula cuánto cuesta indemnizar un accidente o una muerte versus el costo de rediseñar el trabajo de forma saludable.

**FRAGMENTA EL CUERPO DEL TRABAJADOR  
Y MERCANTILIZA EL RIESGO**

## 2 MODELO DE SISTEMAS UNIVERSALES (BEVERIDGE)

Financiados con impuestos generales



Cobertura para toda la población, independiente del empleo (ej. Reino Unido, España, Cuba, Brasil – SUS).



### ABORDAJE DE LA CONTRADICCIÓN

En teoría, elimina la exclusión de informales y desempleados. Integra la salud del trabajador en la salud comunitaria: el desgaste laboral afecta a la familia y al territorio.



### LA DEBILIDAD REAL

La fiscalización y control de los centros de trabajo suele quedar fuera del Ministerio de Salud, delegándose en Ministerios de Trabajo debilitados o capturados por intereses corporativos.



### LECTURA CRÍTICA

Incluso los sistemas universales terminan haciendo **SUBSIDIO PÚBLICO AL DESGASTE PRIVADO**. El Estado asume los costos del tratamiento de enfermedades crónicas provocadas por la explotación laboral, liberando a las corporaciones de su responsabilidad financiera directa.

**SOCIALIZA LOS COSTOS SANITARIOS,  
PERO NO TRANSFORMA EL TRABAJO**

## 3 SISTEMAS PRIVADOS DE ASEGURAMIENTO COMERCIAL

Modelo Out-of-Pocket / EE. UU.



La salud es una mercancía: se compra individualmente en el mercado libre.



### ABORDAJE DE LA CONTRADICCIÓN

El trabajador es el único responsable de su cuidado y de adquirir un seguro adecuado. Todo se reduce a la elección individual.



### LECTURA CRÍTICA

Es la expresión máxima de la desposesión. Invisibiliza por completo la contradicción salud-trabajo. Enfermar por ritmos de trabajo brutales se trata como un fallo biológico individual o “mala suerte”.



Al perder la salud, pierde la capacidad de trabajar; y al perder el trabajo, pierde el seguro de salud, quedando atrapado en un ciclo destructivo.

**INDIVIDUALIZA LA RESPONSABILIDAD  
Y MERCANTILIZA LA CURA**

## SÍNTESIS CRÍTICA: LAS TRES GRANDES FALENCIAS MUNDIALES



## ¿POR QUÉ NINGÚN SISTEMA RESUELVE LA CONTRADICCIÓN SALUD-TRABAJO?



### 1 SEPARACIÓN ENTRE PREVENCIÓN Y CURACIÓN

Los sistemas médicos atienden los síntomas en el hospital (clínica reparativa) pero están ciegos e impotentes frente a lo que ocurre dentro de la fábrica, la mina o la oficina (procesos destructivos de Breilh).



### 2 LA DISPUTA BUROCRÁTICA DEL ORIGEN

Se gasta más energía legal y financiera en demostrar si una hernia discal o la depresión fueron causadas por el jefe o por la vida personal del empleado, que en sanar al paciente o modificar el puesto de trabajo.



### 3 EXCLUSIÓN DEL TRABAJO INFORMAL Y DE PLATAFORMAS

Los sistemas tradicionales están diseñados para el obrero industrial del siglo XX. Hoy, millones de repartidores de aplicaciones y trabajadores informales sufren un desgaste acelerado sin que ningún sistema sanitario reconozca su nexo laboral.



**LA RESPUESTA REAL NO ES MEJORAR SISTEMAS SANITARIOS,  
SINO TRANSFORMAR LAS RELACIONES DE TRABAJO Y PONER LA VIDA EN EL CENTRO.**



**Salud y vida digna  
por encima de la ganancia.**

# La prevención: más efectiva cuando se actúa desde el inicio





# SISTEMAS DE RIESGOS LABORALES EN MUNDO

Alemania y Japón **lideran** los mejores modelos de protección social frente a riesgos laborales a nivel mundial, mientras que países como **Bangladesh y Qatar** reflejan históricamente los peores estándares debido a la falta de cobertura real y las altas tasas de siniestralidad.



La efectividad de estos sistemas no solo se mide por la compensación económica, sino por su capacidad de **PREVENCIÓN** y **TASAS DE MORTALIDAD LABORAL**



Medido en muertes por cada 100,000 trabajadores

## LOS MEJORES EJEMPLOS MUNDIALES

### 1 ALEMANIA Modelo de Mutuas – Berufsgenossenschaften

- **Por qué destaca:** Referente global en prevención integrada con la compensación.
- **Mecanismo:** Corporaciones públicas sin fines de lucro financiadas por empleadores. Las primas varían según el riesgo real de la empresa, incentivando la seguridad.
- **Resultado:** Tasas de mortalidad laboral extremadamente bajas y rehabilitación ejemplar con foco en el retorno al trabajo.

0,7

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores

### 2 JAPÓN Modelo de Inspección y Cultura Preventiva – Anzen Eisei

- **Por qué destaca:** Combina seguro de compensación estatal con estricta Ley de Seguridad e Higiene Industrial.
- **Mecanismo:** Inspecciones rigurosas basadas en tecnología y cultura de mejora continua (Kaizen) aplicada a la seguridad.
- **Resultado:** Uno de los índices de accidentes industriales más bajos del mundo asiático.

1,0

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores

### 3 FINLANDIA Modelo Nórdico Integrado

- **Por qué destaca:** Cobertura universal total e integración con el sistema de salud pública general.
- **Mecanismo:** Pólizas en aseguradoras privadas, rigidamente reguladas por el Estado para garantizar igualdad.
- **Resultado:** Enfoque moderno en salud mental laboral y prevención del desgaste profesional.

1,2

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores

### 7 COLOMBIA Modelo de Aseguramiento Privado

- **Por qué destaca:** Sistema basado en aseguradoras privadas (ARL) que compiten en el mercado.
- **Mecanismo:** Afiliación obligatoria para trabajadores dependientes e independientes con cotización según riesgo.
- **Resultado:** Cobertura amplia, pero con retos en formalización, fiscalización y calidad del servicio en algunos sectores.

2,6

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores

### 8 BRASIL (SUS) Modelo Público Universal – 100% Estatal

- **Por qué destaca:** Todo el sistema de salud es público, universal y gratuito (SUS).
- **Mecanismo:** Atención médica, rehabilitación y beneficios por accidentes laborales gestionados por el Estado sin intermediarios privados.
- **Resultado:** Acceso universal a servicios, aunque con desafíos de oportunidad en la atención y gestión de casos complejos.

1,8

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores



- Mejores modelos (Excelencia)
- Modelos con características de protección destacables
- Modelos mixtos o fragmentados
- Peores modelos (Brechas críticas)

## LOS PEORES EJEMPLOS MUNDIALES

### 4 BANGLADESH Inexistencia de cobertura en sector informal y textil

- **Por qué destaca:** Visibilizado tras el colapso del edificio Rana Plaza.
- **Mecanismo:** La legislación excluye a millones de trabajadores informales. Compensaciones nulas o depende de donaciones voluntarias.
- **Resultado:** Altas tasas de incendios y colapsos estructurales con desprotección absoluta para las familias de las víctimas.

18,2

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores

### 5 QATAR El Modelo de Dependencia – Kafala

- **Por qué destaca:** Históricamente muestra las peores brechas para trabajadores migrantes.
- **Mecanismo:** Dependencia legal del empleador para cambiar de trabajo o salir del país, limitando denuncias de condiciones peligrosas.
- **Resultado:** Opacidad en el registro de muertes laborales y acceso restringido a indemnizaciones justas para no residentes.

12,5

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores

### 6 ESTADOS UNIDOS Sectores específicos – Modelo Fragmentado de Seguro Privado

- **Por qué destaca:** Protección médica varía según el estado y el tipo de contrato.
- **Mecanismo:** Trabajadores de la gig economy, agrícolas indocumentados y ciertos contratistas carecen de seguro de riesgos laborales.
- **Resultado:** Millones expuestos a quiebra médica personal si se lesionan trabajando.

3,5

muertes por  
cada 100,000  
trabajadores

## OTROS MODELOS RELEVANTES

## ¿QUÉ HACEN LA DIFERENCIA?



Prevención real y cultura de seguridad



Cobertura universal e inclusión de todos los trabajadores



Fiscalización e inspección efectivas



Rehabilitación y retorno digno al trabajo

# 1.SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

1.1. SISTEMA  
GENERAL DE  
PENSIONES

\*VEJEZ  
\*INVALIDEZ  
\*MUERTE

1.2. SISTEMA  
GENERAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL  
EN SALUD

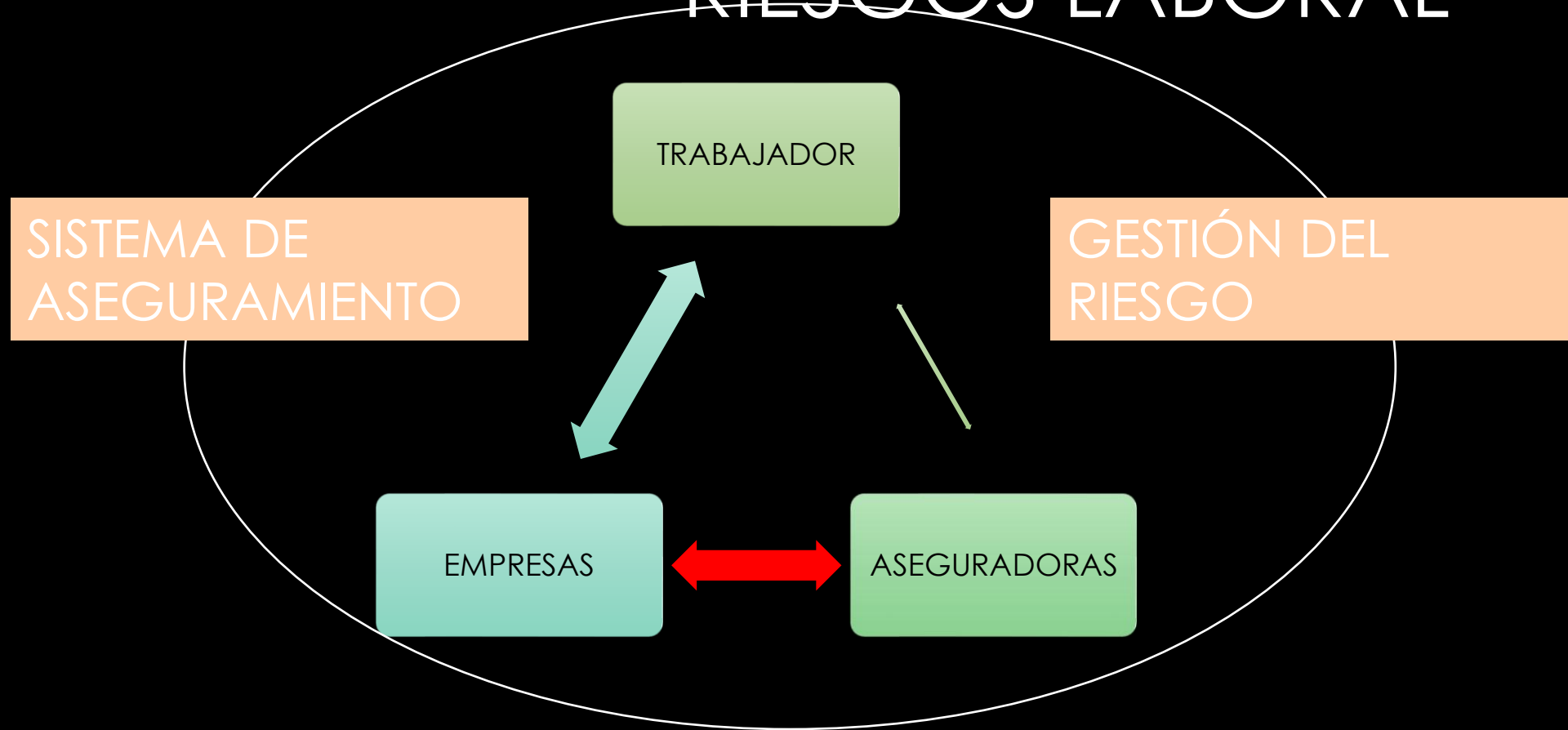
Crear condiciones de  
acceso a los niveles de  
atención  
Regular servicios públicos  
en salud.

1.3. SISTEMA  
GENERAL DE  
RIESGOS  
LABORALES

\*Objetivos: \*Soportar  
compensación  
\* Accidentes de trabajo  
\*Enfermedad profesional

1.4. SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS

# SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORAL



# ACTORES DEL SGRL



UNA NUEVA PROPUESTA, UN  
NUEVO OBJETO PARA LOS  
SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL  
PARA TRABAJADORES Y  
TRABAJADORAS

NO SOLO PUEDE SER MAYORES  
COBERTURAS DE SEGUROS



# SALUD...

- La idea de definir la salud más allá de la ausencia de enfermedad, como concreción de condiciones para el **desarrollo humano**, ubica la salud y la enfermedad en el plano de los determinantes sociales (1)



(1) Definición tomada de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud

# SALUD COMO DERECHO SE VIOLA

## Preocupación por imprudencias de domiciliarios en las vías de Bogotá

Este año en han resultados heridos más de 3.000 motociclistas y ciclistas en accidentes de tránsito.





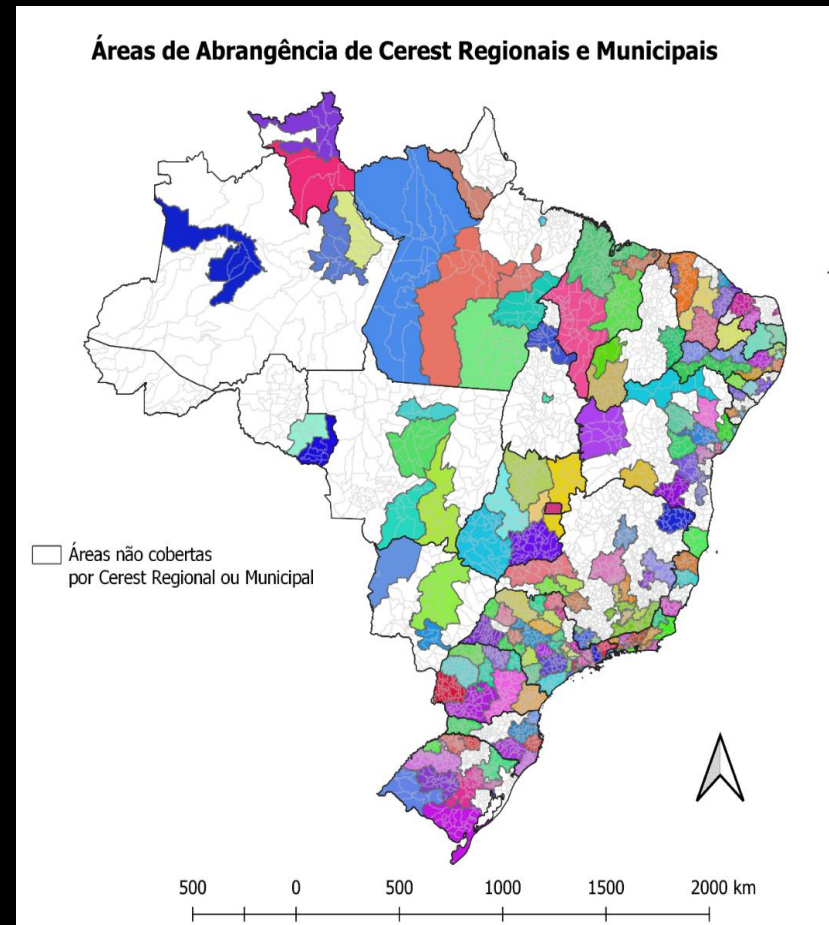
# LA EXPERIENCIA BRASILEÑA: PNSTT 2012

- Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora: integralidad y transversalidad
- Vigilancia en Salud del Trabajador (VISAT) como eje articulador
- Cobertura universal: formal/informal, urbano/rural, público/privado
- Financiamiento garantizado por el SUS y articulación intersectorial



# DESAÍOS DE IMPLEMENTACIÓN EN BRASIL

- Capacidad técnica limitada de los CEREST
- Heterogeneidad territorial exige planes operativos diferenciados
- Formación e investigación : avances con Fiocruz y Fundacentro
- Participación social frágil y precarización laboral de los equipos
- Papel destacado del Ministerio Público del Trabajo como articulador



"LA INSENSATEZ ES  
HACER LO MISMO  
UNA Y OTRA VEZ Y  
ESPERAR  
RESULTADOS  
DIFERENTES."  
ALBERT EINSTEIN

INICIAR UN PROCESO DE  
TRANSFORMACIÓN ES  
NECESARIO



# AUSENCIA DE EVALUACIÓN Y REFORMA

- No existe evaluación sistemática de la política pública
- Consejos territoriales, Consejo Nacional y Fondo de Riesgos Laborales sin procesos sistemáticos y sostenidos en el tiempo
- La reforma a la salud de Gustavo Petro no aborda el sistema de riesgos laborales
- PRIVATIZACIÓN TOTAL DE LA INFORMACIÓN
- Contradicción: los trabajadores financian el sistema pero su salud queda mercantilizada

# PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN: NUEVAS MIRADAS DESDE LOS TRABAJADORES

- Generar conocimiento crítico e investigaciones sobre el sistema
- El conocimiento con sentido de clase y crítico disputa la hegemonía de un saber técnico que instrumentaliza la SST
- Analizar propuestas pertinentes desde una mirada de derechos, no copiar modelos
- Reconocer experiencias que han fortalecido la vigilancia y control público sobre empresas y los sistemas
- Crear y analizar sistemas de información públicos y transparentes
- Desde la información buscar modelos de regular el aseguramiento y eliminar barreras de acceso (inicialmente)

# HACIA UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD

- Cuestionar el paralelismo entre riesgos laborales y SGSSS
- La atención debe ser independiente de la etiología: derecho garantizado
- La identificación del origen laboral sirve para prevención y acción correctiva
- Responsabilidad del empleador con asesoría y vigilancia de entes territoriales
- Posibilidad de pólizas complementarias, pero sin condicionar la atención



Generar  
conocimiento  
y formación

Vigilar y  
buscar ajustes  
del actual  
SGRL

Iniciar la  
construcción  
participativa  
de un nuevo  
modelo



**GRACIAS!!!**