



Iatreia

ISSN: 0121-0793

Universidad de Antioquia

Yepes-Delgado, Carlos Enrique; Henao-Nieto, Daniel Eduardo;
Montoya-Jaramillo, Marcella; Montoya-Echeverry, Ligia

Caracterización de factores relacionados con la reclamación y aprobación de pensiones
de invalidez por enfermedad común en población trabajadora colombiana entre 2006-2011

Iatreia, vol. 31, núm. 3, 2018, Julio-Diciembre, pp. 248-261
Universidad de Antioquia

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v31n3a03>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180558453003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Caracterización de factores relacionados con la reclamación y aprobación de pensiones de invalidez por enfermedad común en población trabajadora colombiana entre 2006-2011

Carlos Enrique Yepes-Delgado¹, Daniel Eduardo Henao-Nieto², Marcela Montoya-Jaramillo³, Ligia Montoya-Echeverry⁴

RESUMEN

Introducción: mientras la discapacidad afecta hasta el 12 % de la población de un país según fuentes oficiales en Colombia, a pesar del sub registro, tendrá un comportamiento creciente en los próximos años. Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) están encargadas del manejo eficiente del fondo para el riesgo pensional en Colombia.

Objetivo: caracterizar la reclamación de pensiones de invalidez por enfermedad común y los principales factores relacionados con su aprobación entre 2006 y 2011 en una AFP colombiana.

Materiales y métodos: la fuente secundaria de la información fue la AFP a través del Manual Único para la Calificación de Invalidez. Estudio descriptivo y exploratorio inferencial de factores relacionados con los desenlaces de invalidez, y aprobación de la solicitud pensional.

Resultados: ser declarado inválido estuvo asociado con ser hombre, el máximo nivel de estudio, y la deficiencia dada por las causales de solicitud: enfermedades poco prevalentes pero muy incapacitantes. Tener soporte social disminuye la probabilidad de ser declarado inválido.

Discusión y conclusión: los factores aquí relacionados con la invalidez acorde con otros estudios deben considerarse en la formulación de políticas públicas que puedan impactar en la prevención de este desenlace y el bienestar de la población trabajadora.

¹ Profesor titular Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Médico epidemiólogo Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

² Médico y Magíster en Salud Pública. Profesor Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia.

³ Gerente en Sistemas de Información, candidata a Magíster en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

⁴ Médica, Especialista en Salud Ocupacional, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Correspondencia: Carlos Enrique Yepes-Delgado; caenyede@gmail.com

Recibido: junio 06 de 2017

Aceptado: febrero 13 de 2018

Cómo citar: Yepes-Delgado CE, Henao-Nieto DE, Montoya-Jaramillo M, Montoya-Echeverry L. Caracterización de factores relacionados con la reclamación y aprobación de pensiones de invalidez por enfermedad común en población trabajadora colombiana entre 2006-2011. Iatreia. 2018 Jul-Sept;31(3): 248-261. DOI 10.17533/udea.iatreia.v31n3a03.

PALABRAS CLAVE

Estadísticas de Secuelas y Discapacidad; Evaluación de la discapacidad; Pensiones; Personas con Discapacidad; Seguro por Discapacidad

SUMMARY

Characterization of factors related to the application for and approval of pensions due to common diseases among the Colombian working population, 2006-2011

Introduction: According to official sources, disability affects up to 12 % of a country's population. In Colombia, however, this percentage will continue to increase in the coming years regardless of the existing under-recording. Additionally, Pension fund administrators (PFAs) are in charge of efficiently managing the pension risk fund in Colombia.

Objective: To characterize disability pension applications due to common diseases along with the main factors regarding their approval between 2006 and 2011 in a Colombian PFA.

Materials and Methods: The PFA's Unique Manual for Disability Assessment was used as a secondary source of information. This was a descriptive study with an inferential exploration of the factors concerning two outcomes: disability and application approval.

Results: Being declared as a disabled person was associated with being male, having the highest schooling level, and the impairment motivating the application: diseases that have low prevalence but are very disabling. Having social support decreased the probability of being declared disabled.

Discussion and conclusion: The factors related to disability, which are consistent with those reported by other studies, should be considered when proposing public policies, which may have an impact on the prevention of this outcome and the well-being of the working population.

KEY WORDS

Disability Evaluation; Disabled Persons; Insurance, Disability; Pension; Statistics on Sequelae and Disability

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la condición de discapacidad puede afectar hasta el 12 % del total de la población de un país. En América Latina, y específicamente en Colombia, tanto la magnitud como los costos sociales de la discapacidad pueden no corresponder con dicha cifra por la subvaloración existente (1). Debido al problema de sostenibilidad financiera de los sistemas pensionales en la región, producto del envejecimiento progresivo de la población y de la baja proporción de fuerza laboral que contribuye financieramente, en la década de los 90 se hicieron reformas que introdujeron los sistemas de cuentas individuales, administrados privadamente, los cuales se sumaron a los sistemas públicos de reparto (2). En Colombia la Seguridad Social es un servicio público obligatorio, dirigido y coordinado por el Estado (3), el cual fue reglamentado por la ley 100 de 1993 (4), e integrado por instituciones públicas o privadas que administran recursos financieros, humanos y tecnológicos para proteger la dignidad humana, al prevenir o mitigar las condiciones que puedan afectarla con base en el pluralismo estructurado (5). Este modelo pretende corregir la asimetría de la información y el riesgo moral, que se observan cuando el mercado de planes de jubilación y de seguros es poco regulado (6).

El sistema pensional colombiano creó las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) con el fin de proporcionar las intervenciones sociales y financieras, para evitar que los gastos generados por incapacidad sean asumidos por la propia persona (4). Las estimaciones actuariales de las AFP incluyen las variables que pudieran afectar el equilibrio del sistema, como la proporción poblacional que puede contribuir y la que será beneficiaria. Aunque la mayoría de las decisiones son de carácter financiero, existen situaciones que suelen no ser tenidas en cuenta por los actuarios, como es la proporción de población que no es capaz de trabajar debido a enfermedades comunes, esto es enfermedades distintas a las laborales atendidas por un subsistema especial.

Las reclamaciones de pensión de invalidez a la AFP son evaluadas por la Comisión Calificadora y aprobadas considerando el dictamen médico laboral con base en la condición particular del paciente, siguiendo

el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (7). En caso de ser rechazadas, el conducto regular consiste en acudir a instituciones de mayor jerarquía, en primera instancia las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez y como último responsable la Junta Nacional.

El Estudio Nacional Carga de Enfermedad en Colombia (8), demostró que las enfermedades no transmisibles son las principales responsables de la pérdida de la mayoría de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA), y que la discapacidad explica el 74 % de éstos. Con lo anterior, y el cambio en la pirámide poblacional, se podría inferir que el número de colombianos que no podrán trabajar por una incapacidad aumentará significativamente en un futuro.

La discapacidad como variable dependiente refleja un complejo y dinámico proceso, que cambia de magnitud y presentación en el tiempo según diversos factores (9). Por la variada conceptualización que se da a términos como discapacidad, invalidez, incapacidad, minusvalía, se dificulta establecer su alcance y su impacto social en algunos países específicamente (1). De ahí que sistematizar la información sobre discapacidad implica dificultades que exigen estudiar el fenómeno sobre datos poblacionales reales.

Debido a que en bases de datos científicas no se encuentran suficientes estudios que den cuenta de los factores relacionados con la pérdida de la capacidad laboral, por causas no ocupacionales (1, 2, 9) en Latinoamérica y especialmente en Colombia, el objetivo del presente estudio fue caracterizar la reclamación de pensiones de invalidez por enfermedad común y los principales factores relacionados con su aprobación entre 2006 y 2011 en la segunda más grande AFP colombiana como indicador de carga de invalidez para la AFP para de esa forma aportar a la comprensión de algunos determinantes de estos eventos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Es un estudio descriptivo y exploratorio inferencial, que identificó las principales características socio demográficas y de siniestralidad, relacionadas con la demanda de pensión de invalidez por enfermedad

común y su aprobación por parte de una AFP de Colombia, en la totalidad de la población afiliada a ella entre los años 2006 y 2011. De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Por tratarse de una investigación sin riesgo no se aplicó consentimiento informado, pues empleó técnicas de investigación documental retrospectiva que analizó datos previamente recolectados, y no realizó ninguna intervención sobre las personas. Los datos personales fueron siempre protegidos y manejados confidencialmente.

Materiales y métodos de recolección de datos

El estudio partió de una fuente secundaria al ser una base de datos que contenía toda la información a nivel nacional de la AFP, por tanto, la calidad de los datos dependió de ésta. Cada demanda pensional por invalidez fue registrada y revisada por un grupo de personal técnico previamente entrenado para extraer información relevante en las siguientes categorías: sociodemográfica, seguridad social, situación administrativa de la reclamación y aquellas variables propiamente dichas del siniestro, entre las que se incluyeron los aspectos clínicos y epidemiológicos. Para evaluar la invalidez se utilizó un test estandarizado y unificado para estimar la incapacidad, promovido por el Ministerio de Trabajo, llamado Manual Único para la Calificación de Invalidez (MUCI) (10). Adicionalmente, se realizó una doble entrada de datos en forma independiente para mayor confiabilidad.

Caracterización de la invalidez

La invalidez se califica con MUCI (7) y se define como la pérdida de capacidad laboral (PCL) por cualquier causa no provocada intencionalmente. La calificación se realizó a partir de criterios establecidos en tablas de valores que dan cuenta del porcentaje de daño ocasionado y se asigna mediante la suma aritmética, el puntaje de evaluación de la deficiencia (50 %), la discapacidad (30 %) y la minusvalía (20 %) de la persona afectada. Finalmente se obtuvo un porcentaje de PCL que con otras variables, determina la aprobación de la pensión.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud de la

Organización Mundial de la Salud, la deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, temporal o permanente, al representar la exteriorización de un estado patológico y al reflejar perturbaciones en los órganos. La discapacidad es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen normal. La minusvalía es toda situación desventajosa, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que impide desempeñar un rol según la edad, el sexo, o factores socioculturales y ocupacionales (7).

La evaluación de las deficiencias se realizó mediante los criterios establecidos en tablas de valores que califican el porcentaje de daño ocasionado. Se construyeron 17 categorías clínicas para clasificar las deficiencias según el sistema comprometido: osteomusculares, causas externas (traumas, envenenamiento, agresión o accidentes), neoplásicas, neurológicas, cardiovasculares, psiquiátricas, dolor, órganos de los sentidos, infecciosas, hematoinmunológicas, genitourinarias, respiratorias, metabólicas y endocrinas, gastrointestinales y piel, otros no clasificables y una última categoría para el sin dato.

Las discapacidades se evaluaron a partir de la suma del valor obtenido en cada una de las siete categorías de discapacidad: conducta, comunicación, cuidado de la persona, locomoción, disposición del cuerpo, destreza y situación. Por su parte las minusvalías, también son el reflejo de la sumatoria de valor asignado en cada una de las siguientes categorías: orientación, independencia física, movilidad, ocupacional, integración social y autosuficiencia económica, en función de la edad.

Las prestaciones económicas otorgadas a la persona inválida varían en caso de invalidez mayor, pérdida del 66 % o más de la capacidad laboral, ya que el dictamen médico es prueba fundamental. Además se califica el origen por enfermedad común, enfermedad profesional, accidente común o accidente profesional.

Métodos estadísticos

El análisis de los datos inicialmente descriptivo empezó con la definición de cada variable por su

naturaleza e incluyó el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, con las medidas de tendencia central y dispersión respectivas según la distribución de las variables, tras verificar con pruebas de normalidad (Kolmogoroff-Smirnoff). Luego se realizó un análisis exploratorio inferencial a partir del uso de pruebas de hipótesis para contrastar las diferentes variables ya mencionadas según fueron aprobados o no (χ^2 de independencia), con sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %). Así mismo, por medio de modelos de regresión logística, se evaluaron los desenlaces de invalidez y aprobación de la demanda pensional y sus factores relacionados como el sexo, la edad, el soporte social (apoyo por personas cercanas), el nivel de educación, además de las causas médicas. Como coeficiente de determinación usamos el R^2 de Nagelkerke. Los análisis fueron llevados a cabo usando SPSS 20.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

La edad promedio de las personas que reclamaron por invalidez fue de 38,2 ($\pm 9,6$) años, el afiliado que reclamó con menor edad fue de 17 años y el de mayor edad fue de 67, sin diferencias significativas en la aprobación.

El porcentaje de hombres que reclaman pensión por invalidez (64,4 % IC 95 %: 63,0-65,7), es mayor que el de mujeres, siendo similar la proporción de aprobación entre ambos grupos. Entre los 25 y los 45 años se presentó el mayor porcentaje de reclamaciones, siendo el grupo de 40 a 44 el de mayor número de solicitudes y uno de los de mayor aprobación, acompañado de los grupos etarios de 35 a 39 y de 45 a 49 años, con diferencias significativas entre los grupos ($p: 0,013$). Hay una disminución en el número de solicitudes en las edades extremas. La mayoría de los solicitantes estaban casados, pero esto no influyó en la distribución del desenlace de la solicitud. El 19,1 % (IC 95 %: 17,9-20,2) de los reclamantes recibió solamente educación primaria, y la mayor proporción llegó solo hasta la secundaria, por lo cual, el 37,6 % (IC 95 %: 36,2-39,0) recibieron educación de mayor nivel y esto presentó diferencias significativas en el nivel de aprobación de la solicitud (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la población que hizo reclamaciones de pensión por invalidez en el periodo 2006 – 2011, AFP Colombia

Características de la población		Estado de la solicitud					
		Aprobada		Negada		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	1466	(48,0)	1586	(52,0)	3052	(64,4)
	Femenino	836	(49,5)	852	(50,5)	1688	(35,6)
Edad	< 20	7	(30,4)	16	(69,6)	23	(0,5)
	20 – 24	150	(41,7)	210	(58,3)	360	(7,6)
	25 – 29	346	(47,5)	382	(52,5)	728	(15,4)
	30 – 34	311	(47,8)	340	(52,2)	651	(13,7)
	35 – 39	384	(50,6)	375	(49,4)	759	(16,0)
	40 - 44	449	(50,8)	435	(49,2)	884	(18,6)
	45 – 49	369	(51,2)	352	(48,8)	721	(15,2)
	50 – 54	211	(48,8)	221	(51,2)	432	(9,1)
	> 55	75	(41,2)	107	(58,8)	182	(3,8)
Estado civil	Casado	765	(50,5)	750	(49,5)	1515	(32,0)
	Unión Libre	508	(45,6)	606	(54,4)	1114	(23,5)
	Soltero	843	(50,4)	830	(49,6)	1673	(35,3)
	Viudo	33	(53,2)	29	(46,8)	62	(1,3)
	Separado	118	(44,0)	150	(56,0)	268	(5,7)
	Sin dato	35	(32,4)	73	(67,6)	108	(2,3)
Escolaridad	Primaria	362	(40,0)	543	(60,0)	905	(19,1)
	Secundaria	868	(42,3)	1182	(57,7)	2050	(43,2)
	Técnico	332	(49,3)	342	(50,7)	674	(14,2)
	Universitario	356	(58,2)	256	(41,8)	612	(12,9)
	Otro	26	(41,3)	37	(58,7)	63	(1,3)
	Sin dato	358	(82,1)	78	(17,9)	436	(9,2)

Solicitudes de pensión

Durante el período del estudio, se presentaron 4745 solicitudes de pensión en total. La tasa de solicitudes inició en 3,3 solicitudes de pensión por invalidez por

cada 100 mil afiliados durante el primer año de estudio y aumentó a 5,9 en 2009, para terminar con 2,9 reclamaciones en el 2011 (Figura 1).

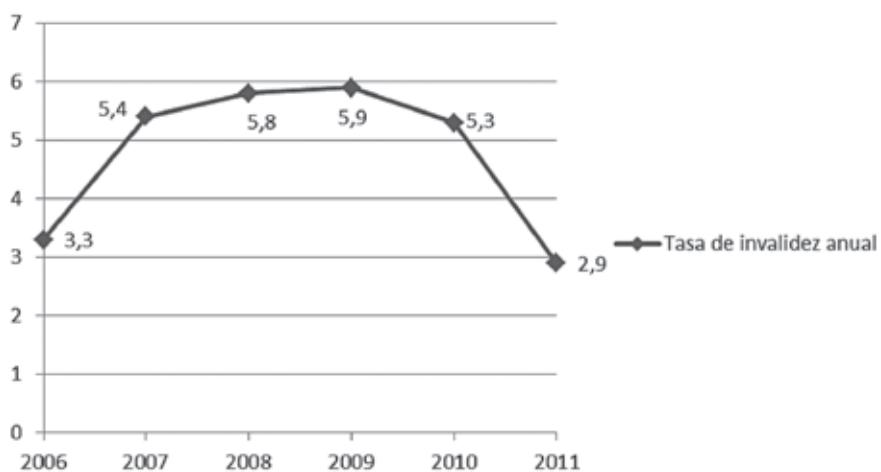


Figura 1. Número de reclamaciones de pensión por invalidez ajustada por el número de expuestos. Colombia 2006 – 2011

Invalidez

Causas clínicas

Las enfermedades osteomusculares fueron identificadas como las principales causantes de reclamación, seguidas de las causas externas y las enfermedades

neoplásicas (Figura 2). El grupo de enfermedades con mayor porcentaje de aprobación es el de las neoplásicas (77,5 % IC 95 %: 73,8-81,2), hemato-inmunológicas (63,2 % IC 95 %: 57,1-69,3), infecciosas (63,2 % IC 95 %: 57,2-68,8) y neurológicas (61,6 % IC 95 %: 56,8-66,3). Todas las otras causas presentan un porcentaje de aceptación entre el 20 y 60 %.

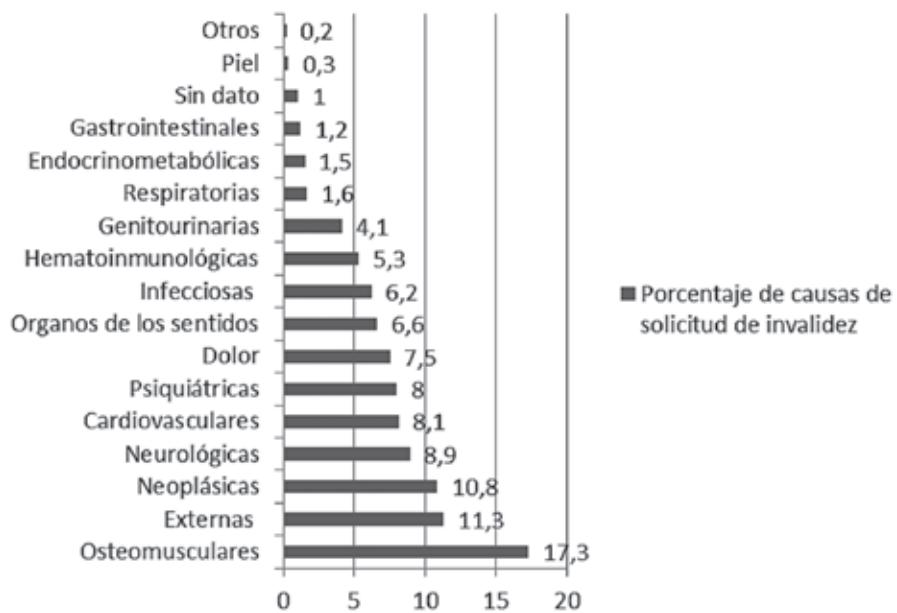


Figura 2. Causales de solicitud de invalidez. AFP Colombia 2006 - 2011

Caracterización de la invalidez

Deficiencia

Las diferencias entre los valores medios de la deficiencia entre los grupos de enfermedades que tienen una tasa de aprobación más alta y aquellos que no, es en promedio superior a 10 puntos. La valoración de la

deficiencia es la que más peso tiene en la calificación de la pérdida de la capacidad laboral (Tabla 2).

Característicamente, el porcentaje de aprobación es mayor en el grupo de enfermedades que registran una media de calificación de la deficiencia mayor a 25. Adicionalmente, el promedio robusto de las deficiencias del grupo de aprobados es 1,8 veces mayor que aquellos cuya solicitud fue negada.

Tabla 2. Medidas resumen de los componentes de la pérdida de capacidad laboral (PCL) según estado de la solicitud. AFP, Colombia 2006 – 2011

Calificación de pérdida de la capacidad laboral	Solicitudes aprobadas				
	Media	DE	Mediana	Mín	Máx
Total deficiencias	36,2	(9)	40,0	0,0	50,0
Total minusvalías	17,4	(4)	17,3	0,0	29,0
Total discapacidades	6,0	(3)	5,6	0,0	19,9
PCL	59,7	(12)	59,9	0,0	98,7

Discapacidad

La diferencia del promedio de la calificación de la discapacidad entre los grupos de aprobado y no aprobado es de 1,8. Podríamos pensar que la discapacidad en ese caso no hace un aporte importante a la pérdida de la capacidad laboral como la deficiencia.

Illegaron hasta la Junta Nacional, se aprobaron el 20 % (IC 95 %: 7,9-32,1) (Tabla 3).

Minusvalía

Aun cuando la contribución de la minusvalía es mayor que la de la discapacidad, la diferencia entre los grupos de aprobados y no aprobados es de sólo 3,9. Confirmando así, que es la deficiencia, la determinante en la construcción de la categoría de pérdida de la capacidad laboral (PCL) y en la aprobación.

Factores relacionados con la invalidez

Ser declarado inválido estuvo relacionado con el sexo, el soporte social, el máximo nivel alcanzado de estudio, el puntaje total de discapacidad y de minusvalía, además de las causales de solicitud. Las variables mencionadas explican un 76,7 % de la probabilidad de ser declarado como inválido. En las variables incluidas se encontró que es 1,4 veces más probable ser inválido siendo hombre respecto de ser mujer. Tener soporte social es un factor protector para ser declarado inválido, pues tiene un 32 % menos de probabilidad comparado con no tener soporte social.

A su vez, quienes alcanzaron estudios universitarios, tienen 2,8 veces más probabilidad de ser declarados inválidos, comparados con quienes alcanzaron sólo estudios primarios. En comparación con las enfermedades osteomusculares como causal de la solicitud, las causas infecciosas, las neoplásicas y las genitourinarias fueron las que más influyeron en la probabilidad de ser declarado inválido (Tabla 4).

Origen de la reclamación y calificadores

La mayoría de las solicitudes y aprobaciones se presentan en el caso de enfermedad común 77,9 % (IC 95 %: 76,8-79,1) comparado con accidentes 17,6 % (IC 95 %: 16,6-18,8). La proporción de solicitudes aprobadas por la AFP directamente fue del 49,2 % (IC 95 %: 47,7-50,6), de las 159 solicitudes que pasaron a la Junta Regional, se aprobaron en esta segunda instancia el 40,3 % (IC 95 %: 32,3-48,2) y de las 50 que

Tabla 3. Clasificación de la calificación del origen y responsable de la calificación de la invalidez, según aprobados y no aprobados. APF, Colombia 2006-2011

	Calificación del origen y responsable de la calificación	Estado de la solicitud				Total
		Aprobada	Negada	n	(%)	
Calificación del origen	Enfermedad Común	1994	(52,9)	1778	(47,1)	3772 (71,6)
	Accidente Común	282	(33,0)	573	(67,0)	855 (18)
	Sin dato	26	(23,0)	87	(77,0)	113 (2,4)
	Accidente Profesional	3	(3,7)	78	(96,3)	81 (1,7)
	Enfermedad Profesional	2	(12,5)	14	(87,5)	16 (0,3)
Responsable de la calificación	1. Comisión Calificadora	2227	(49,2)	2303	(50,8)	4530 (100,0)
	2. Junta Regional	64	(40,3)	95	(59,7)	159 (100,0)
	3. Junta Nacional	10	(20,0)	40	(80,0)	50 (100,0)

Tabla 4. Modelo multivariado explicativo de la invalidez. AFP Protección, Colombia 2006 – 2011

Características asociadas con la invalidez	B	Sig.	OR	IC OR	
				LI	LS
Sexo masculino	0,334	0,007	1,396	1,094	1,782
Soporte social	-0,385	0,001	0,680	0,541	0,855
Educación					
Primaria (Ref.)		0,000			
Secundaria	0,016	0,905	1,016	0,778	1,328
Técnico	0,451	0,014	1,570	1,097	2,246
Universitario	1,030	0,000	2,800	1,905	4,115
Calificación de discapacidad					
Total discapacidad	0,427	0,000	1,533	1,420	1,654
Total minusvalías	0,560	0,000	1,750	1,672	1,832
Causas					
Osteomusculares (Ref.)		0,000			
Cardiovasculares	2,574	0,000	13,119	8,124	21,186
Neurológicas	2,232	0,000	9,317	5,733	15,142
Externas	0,530	0,008	1,698	1,146	2,516
Neoplásicas	4,835	0,000	125,896	67,553	234,630
Hemato-Inmunológicas	1,840	0,000	6,298	3,854	10,291
Sentidos	1,980	0,000	7,245	4,457	11,778
Psiquiátricas	1,212	0,000	3,361	2,189	5,161
Infecciosas	5,437	0,000	229,730	120,235	438,939
Genitourinarias	3,902	0,000	49,485	25,294	96,810
Otros	0,704	0,000	2,023	1,385	2,953
Constante	-11,960	0,000	0,000		

Aprobación de la solicitud de la pensión por invalidez

Comportamiento en el tiempo

Del total de solicitudes de pensión por invalidez, 2303 fueron aprobadas, que corresponden al 48,5 %, pero el porcentaje de aprobación disminuyó gradualmente en los años analizados, pasando de ser 61,4 % en el 2006 a 29,6 en el 2011 (Figura 3).

Factores relacionados con la aprobación de la solicitud

La aprobación de la solicitud de pensión de invalidez estuvo relacionada con la edad del afiliado, el máximo nivel alcanzado de estudio, el puntaje total de

deficiencia, discapacidad, además de las causales de solicitud. Las variables mencionadas explican un 41,4 % de la probabilidad de aprobación de la solicitud de pensión por invalidez.

En las variables incluidas, se encontró que es 2,4 veces más probable que sea aprobada una solicitud de invalidez de un afiliado con edad entre los 30 y 34 años, en comparación con uno mayor de 55 años; a su vez quienes alcanzaron estudios universitarios tienen 1,6 veces más probabilidad de recibir pensión de invalidez, comparado con alcanzar sólo estudios primarios.

En comparación con las enfermedades osteomusculares como causal de la solicitud, las causas psiquiátricas, las hemato-inmunológicas y las neoplásicas fueron las de mayor probabilidad de aprobación con 1,95; 1,93 y 1,79 veces respectivamente (Tabla 5).

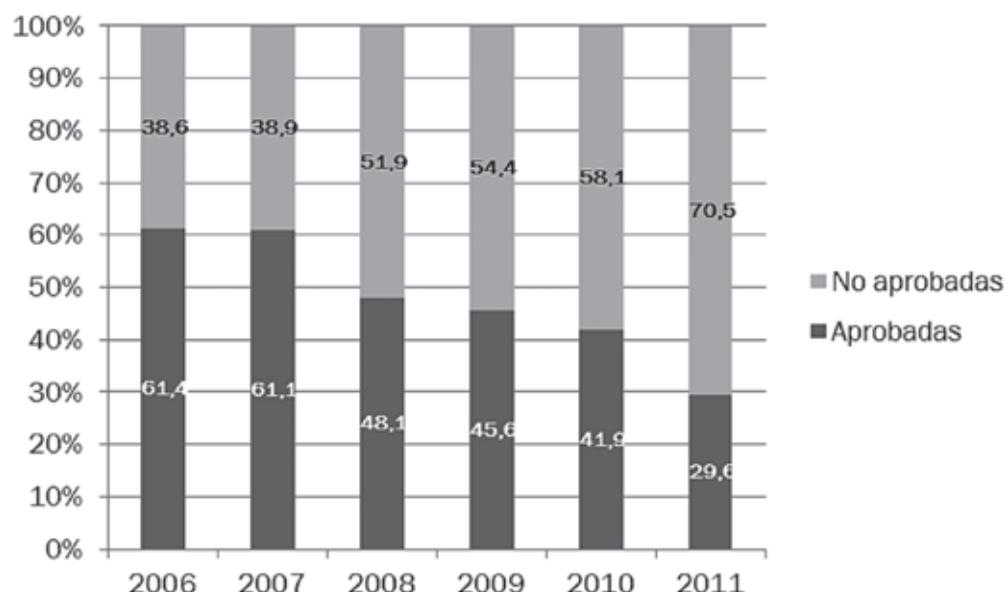


Figura 3. Porcentajes de aprobación y no aprobación de las solicitudes de invalidez en el periodo 2006 – 2011, AFP Colombia

Tabla 5. Modelo multivariado explicativo de la aprobación de pensión de invalidez. AFP, Colombia 2006 – 2011

Características asociadas con la aprobación	B	Sig.	OR	IC para OR	
				LI	LS
Edad					
> 55 años (referencia)		0,000			
20 – 24	0,196	0,429	1,22	0,748	1,979
25 – 29	0,800	0,001	2,23	1,417	3,495
30 – 34	0,909	0,000	2,48	1,582	3,892
35 – 39	0,844	0,000	2,33	1,498	3,612
40 -44	0,882	0,000	2,42	1,565	3,729
45 – 49	0,838	0,000	2,31	1,493	3,581
50 – 54	0,59	0,012	1,80	1,136	2,861
Educación					
Primaria (referencia)		0,001			
Secundaria	0,251	0,013	1,286	1,055	1,568
Técnico	0,396	0,002	1,487	1,158	1,909
Universitaria	0,500	0,000	1,648	1,277	2,127
Calificación de discapacidad					
Total deficiencias	0,098	0,000	1,10	1,093	1,113
Total discapacidades	0,106	0,000	1,11	1,071	1,155
Causas					
Osteomusculares (referencia)		0,000			
Cardiovasculares	-0,133	0,455	0,88	0,618	1,241
Neurológicas	0,148	0,385	1,16	0,831	1,617
Externas	-0,153	0,351	0,86	0,623	1,183
Neoplásicas	0,579	0,001	1,79	1,250	2,549
Hemato-inmunológicas	0,658	0,000	1,93	1,338	2,784
Sentidos	-0,153	0,412	0,86	0,595	1,237
Psiquiátricas	0,669	0,000	1,95	1,421	2,684
Infecciosas	-0,661	0,002	0,52	0,339	0,787
Genitourinarias	-0,548	0,014	0,58	0,373	0,895
Otros	0,000	0,998	1,00	0,737	1,356
Constante	-4,248	0,000	0,01		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como proceso dinámico fluctuante, la discapacidad se expresa diferente durante el ciclo vital tanto en severidad como en extensión, lo que puede generar limitaciones o no en la autonomía para vivir y trabajar (1). La Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, definió la discapacidad como “una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (11).

A partir de la ley 100 de 1993 en Colombia, la protección en el tema de discapacidad pasó de ser un asunto exclusivamente médico que ofrecía prestaciones asistenciales con un ordenamiento jurídico reducido, a tener un abordaje más protecciónista que busca garantizar los derechos de personas en condición de discapacidad, con mayor desarrollo del ordenamiento jurídico con un decidido respaldo de la Corte Constitucional. La más reconocida política del mencionado aparataje jurídico es la pensión de invalidez, ya que busca otorgarle ingresos a las personas que han sido cotizantes del sistema y que tras un accidente o enfermedad vieron afectada su capacidad laboral en 50 % o más, con el fin de garantizarles una vida digna (11).

Este estudio pone de manifiesto que al analizar una solicitud pensional se debe tener en cuenta el motivo de solicitud, los factores que influyen en la probabilidad de ser declarado inválido y que ésta sea o no aprobada. El número de reclamaciones pensionales por discapacidad relacionada con la enfermedad común, tuvo un comportamiento creciente a expensas de las enfermedades no transmisibles. Esto podría estar relacionado con la transición demográfica que atraviesa Colombia, debida al aumento de las personas mayores de 60 años (12). Estudios recientes en Colombia dan cuenta de esto, al evidenciar que de las 86.622 personas registradas con algún tipo de deficiencia, el 37,6 % necesitaban soporte permanente para desarrollar sus labores diarias. Dicha dependencia se dio en personas con deficiencias del sistema nervioso en 51,1 % y del movimiento en 42 %, y de estas casi la mitad tenían 60 años (9). Otro estudio

mostró que del total de personas que requieren apoyo permanente, el 62 % sufrían afectación del sistema nervioso (1). Esto refuerza la explicación a expensas del peso de las enfermedades crónicas y la transición demográfica (9). Son tan frecuentes estas afectaciones, que hasta un estudio sobre simulación para aspirar a pensión de invalidez, evidenció como causales de solicitud lumbalgia crónica 23 %, demencias y psicosis 17 %, padecimientos neurológicos 15 % y otros problemas 12 % (13).

En nuestro estudio las enfermedades osteomusculares representaron la mayor causa de solicitud, lo que se relaciona con el espectro ocupacional de la población del país (14) y las condiciones ergonómicas laborales (15). Las otras causas más frecuentes de solicitud, causas externas y enfermedades cardiovasculares, concuerdan con el perfil epidemiológico colombiano. Sin embargo, el grupo que más aprobaciones reporta tiene como principales causas, enfermedades que independiente de su prevalencia son muy incapacitantes (psiquiátricas, neoplásicas, hemato-inmunitológicas), lo que demuestra la relación directa entre la PCL y su aprobación. Relación que no se observó al evaluar las principales causas para ser declarado inválido, pues enfermedades como las infecciosas y genitourinarias al ser más comunes, presentan un menor porcentaje de aprobación que quizás se relacione con trámites netamente administrativos. En relación con las causas externas, en 2005 un estudio de costos de incapacidad afirmó que “para quienes conocían el origen de su discapacidad, la distribución de frecuencias por grupos de edad mostró que los traumatismos, incluida la violencia, tienen un peso equiparable con las condiciones adversas del desarrollo, con un 22 y un 20 %, respectivamente” (1).

Los hallazgos de nuestro estudio relacionan una probabilidad mayor de ser considerado inválido al ser hombre y universitario, lo que podría estar asociado con factores predictores de salida laboral anticipada (edad avanzada, bajo nivel cultural y tener una relación estable) (16) y una menor inclusión de la mujer en el mundo laboral y en dichos procesos administrativos. Además pudiera ser explicado por el riesgo de las actividades laborales de los hombres, su participación mayor en el conflicto armado y estar expuestos a hábitos de vida y de consumo particulares (9).

Según algunos estudios la discapacidad está relacionada con la pobreza, pues las personas con discapacidad suelen tener menos ingresos por la afectación laboral, por la dependencia económica, por el bajo nivel de estudios que limita acceder a formalización laboral (9). Otros mencionan un perfil de personas en condición de discapacidad, el cual se caracteriza por poseer un bajo nivel educativo, tener bajos ingresos o estar desempleado, hacer parte de estratos uno o dos, ser varones y vivir en área rural (1).

Según nuestros resultados, el hecho de tener soporte social disminuye las probabilidades de ser declarado inválido, lo que se contrapone con los beneficios que trae consigo este tipo de apoyo para las enfermedades en cuestión. La deficiencia como ítem del MUCI al ser el de mayor peso sobre el desenlace de la calificación, pudiera inducir el resultado de la evaluación de la PCL al tener en cuenta solamente la causa directa de la enfermedad.

Llama la atención los pocos casos que llegan a ser evaluados por las Juntas Regional y Nacional, lo que pudiera explicarse entre otras cosas por el desconocimiento de la población de poder acceder a una instancia mayor. Asunto este evidenciado en la literatura especializada al reconocer la desinformación y baja apropiación que los beneficiarios tienen de las políticas y normas relacionadas con sus derechos en materia pensional, y la forma como pueden hacerlas efectivas en su favor (11).

De los fallos rechazados por la AFP y controvertidas por los afiliados, las Juntas Regionales aprobaron el 40 %. De los fallos rechazados por ellas y apelados por el afiliado, el 20 % obtuvieron la declaratoria de invalidez por parte de la Junta Nacional. Se observa una congruencia del 60 % en la decisión de negar la solicitud por la AFP y las Juntas Regionales de Calificación, que llega al 80 % cuando se compara con la Junta Nacional de Calificación.

Algunos estudios en Colombia dan cuenta de estadísticas relacionadas con la cobertura y materialización de los riesgos laborales, pero no tienen en cuenta la enfermedad común asociada a invalidez y sus repercusiones en el ámbito laboral (17, 18). Otros hacen énfasis en los costos de la discapacidad en Colombia y su relación con la seguridad social en salud, evidenciando que el 90,6 % de sus encuestados no accede a

servicios de rehabilitación y entre ellos, el 77,5 % no lo hacen por dificultades para acceder y por la falta de recursos (1).

La calificación de la invalidez varía entre países, no sólo por el tipo de escala utilizada, sino por el sustrato conceptual del cual se parte en cada región para diferenciar términos como invalidez, discapacidad, etc. (11). Mientras en Colombia a partir del decreto 1507 de 2014 existe una nueva herramienta, el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, donde se modifica la valoración de la discapacidad (19), países como Venezuela reglamentaron las pensiones con la Ley de seguro social en 2008, la cual plantea algunas diferencias en lo que respecta a beneficiarios y a los requisitos para acceder a ella, como tener una pérdida de más de dos tercios de su capacidad para trabajar, entre otros. En Colombia se observa una regulación más proteccionista, por tener exigencias menores (11).

En Argentina la Ley 22431 de 1981 modificó la normatividad en materia pensional y exige entre otras cosas, una pérdida de capacidad laboral superior al 33 %, y se contempla una prestación no incluida en Colombia en relación con una pensión especial de vejez. De otro lado, en Chile la Ley 3500 de 1980 contempla dos clases de pensión de invalidez, total y parcial, las cuales requieren de pérdidas de capacidad laboral de al menos dos tercios y del 50 % hasta el 66 % respectivamente, lo que se parece un poco más a lo que ocurre en Colombia. Por último México desde 1997 cuenta con un sistema relativamente parecido al colombiano, al contar con dos regímenes aunque con limitaciones a la hora de elegir entre ellos (11).

Un estudio de 2015 plantea el panorama de las pensiones en América Latina y el Caribe, y muestra indicadores comparables con países desarrollados, donde se evidencia como reto la baja cobertura tanto en proporción de trabajadores aportantes, como de los mayores que se benefician. Lo anterior explicado por el tipo de empleo, el tamaño de la empresa y las frecuentes transiciones entre formalidad, informalidad e inactividad que llevan a historiales incompletos de cotización. Por otro lado, gran parte de la población mayor tendrá que buscar otros ingresos adicionales a la pensión para garantizar su bienestar, a menos que

en su país pueda acceder a los crecientes sistemas sociales de pensión. De ahí la importancia de desarrollar en la región sistemas de dos vías, al aumentar la participación en el mercado laboral formal, especialmente en mujeres, contribuir para su propia pensión, y el beneficio de sistemas sociales para quien pertenece a la economía informal (2).

Una de las limitaciones de este estudio se relaciona con el MUCI, pues se basa en una norma nacional, lo que dificulta su extrapolación. Por otro lado, se reconoce la dependencia del análisis a la calidad de datos recolectados por la AFP.

La identificación de trabajadores con riesgo de pensiones anticipadas y la aplicación de programas de salud ocupacional, han demostrado ser intervenciones que reducen el número de pensiones tempranas por incapacidad, mejoran la capacidad de trabajo y la calidad de vida (16, 20). Con base en esto y en el hecho de que la mayoría de las condiciones ergonómicas del trabajo podría disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes, y que las enfermedades más aprobadas son aquellas consideradas como muy incapacitantes, se sugiere su priorización para intervención temprana por su afectación a la salud pública.

Es importante avanzar en investigaciones que identifiquen los factores asociados con el desarrollo de invalidez por enfermedad común y con la aprobación de pensiones por esta causa, con metodologías encaminadas al mayor nivel de evidencia posible, para ponerse al servicio de las condiciones laborales de la población trabajadora y no meramente para responder a unos intereses comerciales particulares.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Julián Jaramillo por su soporte desde la AFP. A Valeria Martínez Hurtado y Luisa María Hincapié Marulanda por contribuir con la revisión actualizada de la literatura científica para apoyar la escritura del presente artículo.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández-Jaramillo J, Hernández-Umana I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Rev Salud Pública. 2005; 2): 30-44.
2. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, World Bank Gropup, Banco Interamericano de Desarrollo. Panorama de las Pensiones: América Latina y el Caribe [Internet]. Washington D. C: BID; 2015 [consultado 2017 Nov]. Disponible en: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6892/Panorama_de_las_Pensiones_America_Latina_y_el_Caribe.pdf?sequence=1
3. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Artículo 46. En: Constitución Política de Colombia [Internet]. Bogotá: CENDOJ; 1991 [consultado 2017 Nov]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
4. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41.148 (Dic. 23 de 1993).
5. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997 Jul;41(1):1-36.
6. Akerlof G. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Q J Econ. 1970;84(3):488-500.
7. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 917 de 1999 por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995. Diario Oficial, 43.601 (Jun. 09 de 1999).
8. Rodríguez García J, coordinador. Carga de enfermedad en Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08 [Internet]. Bogotá: Cendex; 2008 [consultado 2017 Nov]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf
9. Cruz I, Hernández J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev Cienc Salud. 2008; 6(3):23-35.
10. Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Resolución 01971 de 1999 por la cual se adoptan los formularios e instructivos de solicitud y de dictamen de calificación de invalidez y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 44018 (May. 26 de 2000).

11. Palacio Velásquez C. Pensiones para las personas con discapacidad en el Sistema de Seguridad Social Colombiano. *Diálogos de Derecho y Política*. 2014;6(14):76-101.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 – 2020 [Internet]. Bogotá: DANE; 2009 [consultado 2017 Nov]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf
13. Quezada-Ortega MR, Razo-Mondragón JL, Marín-Cotoñieto IA, Salinas-Tovar S, López-Rojas P. Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. *Gac Méd Méx*. 2006 Mar-Abr;142(2):109-12.
14. Federación de Aseguradoras Colombianas [Internet]. Bogotá: Fasecolda; 2013. Estadísticas de riesgos profesionales. Cobertura Trabajadores 2000 – 2011. Disponible en: <http://www.fasecolda.com/index.php/ramos/riesgos-laborales/estadisticas-del-ramo/>
15. Organización Mundial de la Salud. Serie de protección de la salud de los trabajadores N°5: Prevención de trastornos musculo esqueléticos en el lugar de trabajo [Internet]. OMS; 2004 [consultado 2017 Nov]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh5sp.pdf
16. de Boer AG, van Beek JC, Durinck J, Verbeek JH, van Dijk FJ. An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2004 Nov;61(11):924-9.
17. Zambrano Solarte AM. Sistema general de riesgos laborales en Colombia: una mirada a las locomotoras de la economía desde la perspectiva de los riesgos laborales. Fasecolda. 2013:203-44.
18. Colombia. Ministerio del Trabajo. Informe ejecutivo II encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos [Internet]. Bogotá: Ministerio del Trabajo; 2013 [consultado 2017 Nov]. Disponible en: http://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME_EJECUTIVO_II%20ENCSST.pdf
19. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1507 de 2014 por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Diario Oficial, 49241 (Ago. 12 de 2014).
20. Díaz Bethencourt A, Prieto Morales MC. Relación entre la incapacidad laboral y el uso del Índice de Capacidad de Trabajo. *Med Segur Trab* [Internet]. 2016 Ene-Mar [consultado 2017 Nov];62(242):[66-78]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62n242/revision1.pdf>

