

**CARACTERIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LAS INCAPACIDADES
TEMPORALES EN USUARIOS CON IGUAL GRUPO DIAGNÓSTICO EN EL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES
DURANTE LOS PERÍODOS 2004 Y 2005, CASO SALUD Y ARP COLPATRIA**

**LUIS FERNANDO DELGADO DUARTE
JOSÉ ALFREDO ESCOBAR DE LA CRUZ
SANDRA LILIANA GÓMEZ SARMIENTO
ÍNGRID TRIANA MONROY**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.
2007**

**CARACTERIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LAS INCAPACIDADES
TEMPORALES EN USUARIOS CON IGUAL GRUPO DIAGNÒSTICO EN EL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES
DURANTE LOS PERIÓDOS 2004 Y 2005, CASO SALUD Y ARP COLPATRIA**

**LUIS FERNANDO DELGADO DUARTE
JOSÉ ALFREDO ESCOBAR DE LA CRUZ
SANDRA LILIANA GÓMEZ SARMIENTO
ÍNGRID TRIANA MONROY**

TRABAJO DE GRADO

**DR. JORGE FERNANDO ORTIZ CRUZ, M.D.
DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL
BOGOTA, D.C.
2007**

Bogotá D.C., 6 de febrero de 2007

Doctor
CRISANTO QUIROGA OTALORA
Instituto de Postgrados
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chia

Respetado Doctor Quiroga:

Me permito presentar el trabajo de grado: "**CARACTERIZACION DEL COMPORTAMIENTO DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES EN USUARIOS CON IGUAL GRUPO DIAGNOSTICO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES DURANTE LOS PERIODOS 2004 Y 2005, CASO SALUD Y ARP COLPATRIA**", trabajo que reúne los requisitos para recibir el grado en la Especialización en Seguros y Seguridad Social por parte de la Universidad, elaborado por los alumnos José Alfredo Escobar De La Cruz, Luis Fernando Delgado Duarte, Sandra Liliana Gómez Sarmiento e Ingrid Triana Monroy.

Cualquier inquietud adicional con gusto la estaré suministrando.

Cordial saludo:



JORGE FERNANDO ORTIZ CRUZ.
Asesor Especialización.

COPIA: Grupo de estudiantes.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren manifestar sus agradecimientos a nuestras familias por el apoyo, comprensión y motivación permanente, factores determinantes para llevar a término la especialización.

A Colpatría, Unidad de Inversión, por la oportunidad que nos proporcionó para participar en el Diplomado de Seguros en FORUM - Universidad de la Sabana.

A la Universidad de la Sabana, por la excelente orientación, organización y disposición de los recursos para el desarrollo de la especialización.

A Salud y A.R.P. Colpatría por acoger el presente trabajo y facilitarnos la consecución de la información.

Al doctor Jorge Fernando Ortiz Cruz, director del trabajo de grado, por su respaldo y orientación, siempre acertada.

A todas las personas que de una u otra forma, contribuyeron en la culminación de este trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. ESTRUCTURA COMPONENTES Y RELACIONES DEN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES	19
1.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	19
1.2 ANTECEDENTES Y MARCO GENERAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	19
1.2.1 El Sistema de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993	20
1.2.2 Plan Obligatorio de Salud Contributivo, P.O.S.-C.	22
1.2.3 Beneficios de los afiliados al Régimen Contributivo.	22
1.3 ANTECEDENTES Y MARCO GENERAL DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	23
1.3.1 Prestaciones Asistenciales en el Sistema General de Riesgos Profesionales	25
2. PRESTACIONES ECONÓMICAS EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES	27

2.1	PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE ENFERMEDAD NO PROFESIONAL	27
2.2	PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	27
2.2.1	Incapacidad Temporal en el Sistema General de Riesgos profesionales	28
3.	APRECIACIONES DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO	30
4.	SITUACIÓN ENCONTRADA Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	35
4.1	SITUACIÓN ENCONTRADA	35
4.2	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	36
4.2.1	Número de usuarios	36
4.2.2	Número de incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005	38
4.2.3	Número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005	38
4.2.4	Promedio del valor pagado por incapacidad temporal	38
4.2.5	Promedio de días de incapacidad	42
4.2.6	Frecuencia de patologías (diagnósticos) que generan incapacidad	42
4.2.7	Usuarios incapacitados según el género	42

5. CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	59

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Número de afiliados vigentes a 31 de diciembre de 2004 y 2005	37
Cuadro 2. Número de incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005	39
Cuadro 3. Número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005	40
Cuadro 4. Promedio del valor pagado del total de incapacidades temporales en 2004 y 2005	41
Cuadro 5. Distribución por regional del promedio de días del total incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005	43
Cuadro 6. Frecuencia de las diez primeras causas de incapacidad para Salud Colpatria E.P.S. en 2004 y 2005	44
Cuadro 7. Frecuencia de las diez primeras causas de incapacidad para A.R.P. Colpatria en 2004 y 2005	45
Cuadro 8. Distribución por sexo del número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005	46
Cuadro 9. Número de casos y días promedio de incapacidad temporal por categorías diagnósticas en Bogotá, Cali, Medellín y Bucaramanga A.R.P. COLPATRIA 2004 – 2005	48
Cuadro 10. Número de casos y días promedio de incapacidad temporal por categorías diagnósticas en Bogotá, Cali, Medellín y Bucaramanga SALUD COLPATRIA E.P.S. 2004 – 2005	49
Cuadro 11. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatria en 2004 y 2005 - Total País	50
Cuadro 12. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatria en 2004 y 2005 – Regional Bogotá	51

Cuadro 13. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 – Regional Cali 52

Cuadro 14. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 – Regional Medellín 53

Cuadro 15. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 – Regional Bucaramanga 54

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Número de afiliados vigentes a 31 de diciembre de 2004 y 2005	37
Gráfico 2. Número de incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005	39
Gráfico 3. Número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005	40
Gráfico 4. Promedio del valor pagado del total de incapacidades temporales en 2004 y 2005	41
Gráfico 5. Distribución por regional del promedio de días del total incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005	43
Gráfico 6. Distribución por sexo del número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005	46

GLOSARIO

Las definiciones aquí contenidas fueron extraídas de la Resolución 2266 de 1998 y el Decreto 1295 de 1994.

ACCIDENTE DE TRABAJO: es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de ordenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajos desde su residencia a los lugares trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL O DE LICENCIA POR MATERNIDAD: es el documento que expide el médico u odontólogo tratante, en el cual se hace constar la inhabilidad, el riesgo que la origina y el tiempo de duración de la incapacidad temporal o de la licencia del afiliado.

ENFERMEDAD GENERAL: se entiende por Enfermedad General todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia de una enfermedad, o de un accidente, no originado por causa o con ocasión de la clase de trabajo que desempeña el afiliado, ni del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que no haya sido definida, clasificada o calificada como de origen profesional.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: se considera enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.

GRAN INVALIDEZ: es la situación del trabajador con una incapacidad permanente y que debido a las pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer, ...).

INCAPACIDAD: se entiende por incapacidad el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio.

INCAPACIDAD PERMANENTE: es la situación del trabajador, que después de haber estado sometido al tratamiento médico y haber sido dado de alta médicamente, presenta una reducción física o funcional grave, previsiblemente definitiva, que disminuya o anule su capacidad laboral. Existen cuatro clases o grados de invalidez permanente: a) Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual. b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual. c) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo. d) Gran invalidez.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA: es la que inhabilita por completo al trabajador para toda clase de profesión u oficio, es decir, que no puede seguir realizando el mismo trabajo que tenía, pero tampoco puede trabajar en ningún otro empleo.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL: es la situación de incapacidad que ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su profesión, pero sin impedirle realizar las tareas fundamentales de la misma.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL: es la que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión, pero que sin embargo no le impide que pueda dedicarse a otro trabajo distinto.

ORIGEN DEL ACCIDENTE DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE: toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.

PRORROGA DE LA INCAPACIDAD: se entiende por prórroga de incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta días (30) días calendario.

RIESGOS QUE ORIGINAN LA INCAPACIDAD: la incapacidad se origina por: Accidente de Trabajo o Accidente Común, Accidente de Tránsito, Enfermedad Profesional o Enfermedad General.

RESUMEN

El presente trabajo, consta de cinco capítulos a saber:

1. Estructura, componentes y relaciones en el sistema general de seguridad social en salud
2. Prestaciones económicas en los sistemas de seguridad social en salud y riesgos profesionales
3. Apreciaciones de la organización internacional del trabajo
4. Situación encontrada y análisis de información
5. Conclusiones

En el primer capítulo se presentan los antecedentes más importantes de la Seguridad Social en Salud y Riesgos Profesionales de Colombia y de la estructura general de los mismos, antes y después de la Ley 100 de 1993. Adicionalmente se definen los beneficios de cada uno de los sistemas.

El segundo capítulo describe las prestaciones económicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales.

En el capítulo tres, se establecen las apreciaciones y lineamientos de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, en relación con el tema de las incapacidades de los trabajadores.

La descripción y el análisis de la situación encontrada, el análisis comparativo de el promedio de días de incapacidad, la frecuencia, el valor y el género, se desarrolla en el cuarto capítulo.

Finalmente, en el capítulo cinco, se establecen las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

INTRODUCCIÓN

La SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

La nueva concepción de la seguridad social en la Carta Política como un derecho colectivo, un derecho fundamental y un derecho irrenunciable de los trabajadores, motivó la reestructuración total, legal, administrativa, laboral, financiera del servicio público de salud en el país, contemplada básicamente en las Leyes 60 y 100 de 1993.

Las reformas a nivel del sector salud pretenden: mejorar la salud de la población, mejorar la equidad social y reducir la pobreza, y, finalmente, mejorar el bienestar individual. Por eso, la idea de la reforma sectorial, entendida como el conjunto de políticas destinadas a lograr los objetivos antes expuestos, tiene amplia aceptación en todo el mundo. No obstante, hay discusiones sobre los medios, que difieren según la realidad específica de cada país. Por ejemplo, en las economías desarrolladas, durante las últimas dos décadas, se ha venido observando un aumento sustancial en el gasto de salud en casi todos los países del mundo y, particularmente, en las economías desarrolladas. Para algunos países, esto comenzó a verse como una amenaza para el crecimiento futuro de la economía y obligó a pensar en la necesidad de reformas en el sector que contribuyeran a detener este aumento acelerado de los costos y que permitieran, a la vez, lograr la doble finalidad del acceso universal de la población al sistema de salud, unido a la calidad de los servicios¹.

Hasta hace muy poco tiempo, cuando se hablaba de "gasto en salud" generalmente se hacía referencia al financiamiento público. No se había advertido, todavía, la enorme importancia que tiene el gasto privado y, particularmente, el gasto de las familias, en el financiamiento de las necesidades de salud de una población.

¹ **Charles Normand and Reinhard Busse.** Social Health Insurance Financing. Chapter, three;

La Medicina tiende a encarecerse en el mundo, tanto en el orden individual como colectivo. La Salud en general enfrenta costos crecientes los cuales se han incrementado notablemente en los últimos años, esto es debido a que el sector Salud es uno de los sectores que incorpora mas tecnología, pero a diferencia de la industria u otros sectores de servicios, esta nueva tecnología que se incorpora no reemplaza la anterior, sino que se suma, aumentando de esta manera en forma sustancial.

A la problemática creciente del aumento de los costos de la medicina se le agrega el actual escenario inflacionario lo que sugiere implementar mecanismos de análisis de los costos y pensar en evaluar el costo- beneficio a largo plazo.

Durante la segunda mitad del siglo XX la loca carrera tecnológica, generó un aumento en los costos lo que desbordó la capacidad de los hogares de enfrentar por sus propios medios los costos de un evento de enfermedad o accidente; apareciendo entonces los seguros como un mecanismo de protección frente a la probabilidad de ruina financiera, y con éstos desapareció de la relación tradicional, el problema de la capacidad de pago.

Los seguros no hicieron más que acelerar el proceso de encarecimiento de los servicios de salud, pues ya no había limitantes en la capacidad de pago por parte del paciente, generándose los conocidos problemas del riesgo moral y el facilitamiento de la inducción de la demanda.

Puesto que esto no podía seguir indefinidamente así, y dado que ello encarecía inevitablemente los costos del aseguramiento, aparecen los planes de salud integrales, con un control más estricto del gasto médico, control que solo logran los aseguradores mediante incentivos financieros y no financieros para que el médico racionalice el uso de los recursos de que dispone.

Los sistemas de seguridad social, en la mayoría de los países son otorgados para todos los trabajadores y algún financiamiento o administración por parte de los empleadores, y de acuerdo a los gobiernos de cada país, se basaban en apoyo mutuo y proveían acceso basado en la necesidad. La seguridad social es uno de los logros socio -político y económico de mayor trascendencia para las sociedades occidentales en lo corrido del siglo XX y su transformación se torna un gran desafío para el presente siglo. El objetivo central de la seguridad social es dar a los individuos y a sus familias la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán, dentro de lo posible y razonable. Esto, por cierto, no presupone simplemente satisfacer las necesidades que se presentan, sino también prevenirlos riesgos, ayudar a las personas y a las familias a adaptarse de la mejor manera

posible cuando deban hacer frente a las incapacidades o desventajas que no previnieron.

Las estimaciones para los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, establecen que cada año se esperarían 20.457 enfermedades profesionales, las cuales acarrearían costos asistenciales del orden de 13 mil millones de pesos y prestaciones económicas por más de 66 mil millones de pesos. Así mismo la proyección de costos para la población de trabajadores ocupados del país arroja como resultado que cada año se esperarían 81.865 nuevos diagnósticos de enfermedad profesional, las cuales generarían costos de atención en salud por 54 mil millones de pesos y prestaciones económicas por más de 264 mil millones de pesos².

Dentro de los actores del Sistema de Seguridad Social Integral, y específicamente de los sistemas de Salud y Riesgos profesionales, se han creado paradigmas, en relación con la duración y pago de las prestaciones económicas y asistenciales por concepto de incapacidades temporales, aun cuando se trate de una misma patología, en personas con similares características personales y demográficas.

Acorde con la finalidad, estructura y funciones de las Administradoras de Riesgos Profesionales, es posible que el proceso de rehabilitación de los trabajadores afectados por incapacidades temporales derivadas de una contingencia de tipo laboral, se haya desarrollado de forma más integral, en contraste con los que establecen las Entidades Promotoras de Salud.

Teniendo en cuenta que la cuantía de las prestaciones económicas otorgadas por las Administradora de Riesgos Profesionales-A.R.P. es al 100% del Ingreso Base de Cotización, y que por tanto no se ven afectados los ingresos del trabajador y los recursos de las empresas, se cree que la duración y frecuencia de las incapacidades por riesgos profesionales puede llegar a ser mayor.

Por otra parte, la limitación en las coberturas, periodos mínimos de cotización y pago de cuotas moderadoras que se exigen en las Entidad Promotora de Salud-E.P.S. para las prestaciones asistenciales, podría establecerse como un factor para la disminución de la frecuencia y duración de las incapacidades temporales.

Adicionalmente, se puede creer que es más conveniente económicamente para empleadores y trabajadores reportar las patologías de origen común, que generan incapacidades temporales, como si fueran de origen profesional.

² **Ministerio de la Protección Social.** Informe de enfermedad profesional en Colombia. Bogotá, 2002.

¿Es diferente el comportamiento de las incapacidades temporales en usuarios con igual grupo diagnóstico en el sistema de seguridad social en salud y riesgos profesionales en el período de estudio?; ¿Cómo incide el marco legal en el comportamiento de las incapacidades temporales en el sistema de seguridad social en salud y específicamente en la E.P.S. y la A.R.P. COLPATRIA?.

Estas son algunas de las dudas que pasan por la mente de los profesionales y administradores de los sistemas de seguridad social en salud y riesgos profesionales. Adicionalmente, y a pesar de las múltiples reglamentaciones de la Ley de la Seguridad Social, es evidente que los usuarios desconocen los procedimientos generales del Sistema General de Seguridad Social.

De ahí, surge la inquietud de realizar una investigación para describir y analizar la situación actual del comportamiento de las incapacidades en los sistemas de seguridad social en salud y riesgos profesionales y formular mejoras en las mismas, las cuales puedan ser implementadas y replicadas en las diferentes instituciones que conforman el sistema de seguridad social en salud y riesgos profesionales en Colombia.

El objetivo general del presente trabajo es describir el comportamiento de las incapacidades temporales en usuarios con igual grupo diagnóstico en el sistema de seguridad social en salud y riesgos profesionales durante los períodos 2004 y 2005 en Salud y A.R.P. COLPATRIA

Para dar cumplimiento al objetivo general, se establecieron como objetivos específico los siguientes:

Definir las variables que afectan el estudio.

Presentar las características de las incapacidades en los sistemas de seguridad en salud y riesgos profesionales.

Determinar si existen diferencias en la duración de las incapacidades temporales de igual grupo diagnóstico en Salud y ARP COLPATRIA.

Identificar las oportunidades y amenazas de la legislación en el comportamiento de las incapacidades temporales para los sistemas de seguridad social en salud y riesgos profesionales específicamente en Salud y ARP COLPATRIA.

Determinar las orientaciones estratégicas en el comportamiento de las incapacidades temporales para el sistema de seguridad social integral.

En concordancia con los objetivos propuestos se pretende, identificar y describir la caracterización del comportamiento de las incapacidades temporales en usuarios con igual grupo diagnóstico en el sistema de seguridad social en salud y riesgos profesionales durante los períodos 2004 y 2005, caso Salud y ARP COLPATRIA.

Para el desarrollo del presente trabajo, además de los lineamientos establecidos por la universidad y el cumplimiento del cronograma, para el logro de los objetivos y metas propuestas, así como el facilitar el proceso de recolección, análisis y presentación de la información, se estableció como metodología, en primera instancia la selección del tema de estudio para el presente trabajo, simultáneamente se estableció el plan de trabajo, identificando el sector objeto de análisis.

Posteriormente, se desarrolló una descripción y evaluación de los antecedentes y de la situación actual del comportamiento de las incapacidades temporales en SALUD COLPATRIA E.P.S. y A.R.P. COLPATRIA, con el fin de lograr determinar la problemática que justifica el proceso de análisis del presente trabajo. A partir de allí se elaboró el marco teórico y sustento técnico del trabajo.

Finalmente, se recolectó la información a través de observación directa, revisión de fuentes como documentos, bases de datos e Internet, para llegar al análisis y presentación formal de la información y de la formulación de las propuestas y recomendaciones aplicables para el caso de la E.P.S. y la A.R.P. Colpatría.

Durante todo el proceso se contó con la orientación y apoyo del director del trabajo de grado asignado.

1. ESTRUCTURA, COMPONENTES Y RELACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES

1.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

La SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El régimen de SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL está conformado por el sistema de pensiones, el sistema de seguridad social en salud, el sistema de riesgos profesionales y el sistema de servicios sociales complementarios.

Desde el punto de vista institucional, el sistema de SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL está conformado por todas las instituciones que tienen a su cargo la dirección, control y vigilancia de cada uno de los sistemas, y por las entidades públicas y privadas que intervienen en la seguridad social o en su funcionamiento.

El SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios

1.2 ANTECEDENTES Y MARCO GENERAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El hombre, como "totalidad", es una síntesis de tres componentes: lo social, lo

psicológico y lo biológico. Es un individuo que posee un complejo sustrato orgánico y biológico; con capacidad para pensar, sentir desear y desarrollar una actividad incesante en continua relación con los demás. Es un ser capaz de transformar las dimensiones que lo componen, transformándose a sí mismo, dentro de un contexto político, social, cultural, ideológico, jurídico y económica.

En coherencia con el concepto de hombre está la definición de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud como un "estado óptimo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad". Observando la distribución diferencial de las tasas de morbi-mortalidad en diversas poblaciones puede afirmarse que la salud es también un fenómeno colectivo de carácter social, es decir, un proceso y un producto social. Las causas de salud-enfermedad colectivas se relacionan claramente con la manera como la sociedad entra en contacto con la naturaleza y como la transforma. Lo anterior permite afirmar que la salud de un individuo trasciende el marco estrictamente laboral o de trabajo, porque es la resultante de condiciones laborales y extralaborales. En consecuencia, el derecho a la salud y a la seguridad social son verdaderos derechos colectivos, servicios públicos esenciales, y no simplemente beneficios laborales.

La nueva concepción de la seguridad social en la Carta Política como un derecho colectivo, un derecho fundamental y un derecho irrenunciable de los trabajadores, motivó la reestructuración total, legal, administrativa, laboral, financiera del servicio público de salud en el país, contemplada básicamente en las Leyes 60 y 100 de 1993.

1.2.1 El Sistema de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993. La Ley 100 de 1993 «por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral³» establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto.

La reforma de la Salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación

³ **Congreso de Colombia.** Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, diciembre 23 de 1993.

de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

Los principios generales de la Ley, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen «el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.» Además, en el Artículo 153 establece los fundamentos del servicio público de salud, y define que los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

La población del país participa en el sistema en una de varias formas, de acuerdo con lo esquematizado en el siguiente cuadro:

Características de los Regímenes de Salud y Forma de Participación de la Población Colombiana

Régimen	Contributivo	Subsidiado	Vinculados
Características	Asalariados y trabajadores independientes	Población pobre y vulnerable, identificada por el SISBEN Estratos 1 y 2	Pobres y no pertenecientes a alguno de los regímenes. Estratos 0, 3 y 4.
Entidades afiliadoras	EPS	EPS-S, ESS, CCF	? se trasladan al subsidiado según existencia de recursos.
Entidades prestadoras de servicios	IPS públicas o privadas	IPS, ESE	ESE
Aportes	12% del salario, cuotas moderadoras y copagos	Cuota de participación	Pago de tarifas según capacidad económica
Financiación	Aportes del empleador y trabajador	Fondo SYGA 1% régimen contributivo	Recursos estatales de subsidio a la oferta

Posibilidad de crecimiento en cobertura	Incremento en fuentes de empleo	Incremento en recursos fiscales	Disminución por traslado a régimen subsidiado
---	---------------------------------	---------------------------------	---

1.2.2 Plan Obligatorio de Salud Contributivo, POS-C. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

1.2.3 Beneficios de los afiliados al Régimen Contributivo. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 806 de 1998, el Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios⁴:

La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud; el subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional y el subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

⁴ **Ministerio de Salud.** Decreto 806 de 1998. Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Bogotá, 5 de mayo de 1998.

Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al sistema recibirán únicamente las prestaciones asistenciales, no teniendo derecho a prestaciones económicas o auxilio en dinero por incapacidad temporal o licencia de maternidad.

1.3 ANTECEDENTES Y MARCO GENERAL DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

A partir de la vigencia de la Ley 100, las cajas, fondos y entidades del sector público, financian y administran en forma independiente y en cuentas separadas, las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, del régimen de protección contra los riesgos profesionales y del régimen de amparo contra enfermedad general y maternidad.

El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencias del trabajo que desarrollan.

El Sistema General de Riesgos Profesionales forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, establecido por la Ley 100 de 1993.

El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene los siguientes objetivos, descritos en el Decreto-Ley 1295 de 1994:

Establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad.

Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional.

Fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los agentes de riesgos ocupacionales.

El entendimiento de la estructura y operación del Sistema General de Riesgos Profesionales, parte de la comprensión de su origen mismo y de los antecedentes en los que operó en el pasado. Dicho modelo, en el cual prevaleció el monopolio estatal para la administración de los riesgos profesionales, fue reformado y sustituido por el modelo actual.

Las políticas laborales, de protección de los trabajadores y de prevención de riesgos laborales se dan en el marco jurídico del país. En Colombia, prevalece el modelo organizado bajo el esquema de subordinación y remuneración formal, consolidado en las políticas económicas del país.

Entonces, es importante repasar algunos aspectos puntuales de la legislación colombiana, a saber:

Mediante la Ley 96 de 1938 se creó el Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, el cual desarrolla programas orientados hacia los trabajadores, financiados por entidades privadas, los departamentos y la Nación.

Con la Ley 27 de 1946, se crea el Ministerio de Higiene, el cual cuenta con una dependencia de salud ocupacional, conformada bajo orientaciones del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Posteriormente, esta entidad se convierte en el Ministerio de Salud Pública, mediante el Decreto 984 de 1953.

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales, creado por la Ley 90 de 1946 y reglamentado por los Decretos 3169 y 3170 de 1964, asumió, desde el 1 de julio de 1965, el riesgo de accidentes de trabajo y enfermedad profesional para los trabajadores del sector privado de las zonas urbanas del país.

El Código Sustantivo del Trabajo (Decretos 2663 y 3743 de 1950), evidencia que desde el siglo pasado se ha venido reglamentando el derecho al trabajo en condiciones adecuadas

Para los años 60 se desarrolló la legislación en salud ocupacional del sector público y se expidieron los Decretos 3135 de 1968 y 1848 de 1969, que reglamentaron el régimen laboral y prestacional de los empleados públicos, asumiendo la administración de los mismos la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal).

En 1979 surgen varias normas como la Ley 9, las Resoluciones 2400, 2406 y 2413, con el fin de reglamentar temas como medidas sanitarias, el reglamento de higiene y seguridad industrial y reglamentos de seguridad de sectores específicos como el minero y de la construcción.

Mediante Decreto 586 de 1983 se Constituye el Consejo nacional de Salud Ocupacional, con el fin de coordinar e integrar acciones y programas, focalizar recursos, aunar esfuerzos y establecer un plan para evitar la colisión de competencias de las entidades públicas y privadas, así como elaborar el Plan Nacional de Salud ocupacional.

Posteriormente, en 1984, se expide el Decreto 614, con el que se determina la organización de la salud ocupacional en el país y se establece la obligatoriedad de los empleadores de estructurar, desarrollar y evaluar programas de salud ocupacional en las empresas. Luego, con las Resoluciones 2013 de 1986 y 1016 de 1989 se reglamentó la organización y funcionamiento de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional.

En 1994, posterior a la expedición de la Ley 100, mediante el Decreto-Ley 1295, se acogen todas las normas vigentes en la materia de salud ocupacional, en las cuales se establecen las previsiones universalmente aceptadas sobre el tema. A su vez, esta norma ha sido reglamentada por una serie de Decretos.

1.3.1 Prestaciones Asistenciales en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán suscribir los convenios correspondientes con las Entidades Promotoras de Salud.

El origen del accidente o de la enfermedad profesional, determina a cargo de cual sistema general se imputarán los gastos que demande el tratamiento respectivo

La institución prestadora de servicios de salud que atienda a un afiliado al sistema general de riesgos profesionales, deberá informar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, a la entidad promotora de salud y a la entidad administradora de riesgos profesionales a las cuales aquel se encuentre afiliado.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales pueden celebrar contratos con instituciones prestadoras de servicios de salud en forma directa para atender

las contingencias de origen profesional. De todas formas, en primera instancia, los trabajadores que sufran un accidente de trabajo o una enfermedad profesional serán atendidos a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la entidad promotora de salud a la cual esté afiliado el trabajador.

Como característica del sistema general de riesgos profesionales, y a diferencia del sistema general de seguridad social en salud, se puede anotar que para acceder a las prestaciones asistenciales y económicas que requieran los trabajadores, en el primero no hay limitación en las prestaciones asistenciales, no existen los periodos mínimos de cotización (es decir, la cobertura es total y a partir del día siguiente a la afiliación) y no hay que pagar copagos o cuotas moderadoras para acceder a los servicios de salud.

Para efectos de procedimientos de rehabilitación las administradoras organizan o contratan directamente en todo tiempo la atención del afiliado, con cargo a sus propios recursos.

2. PRESTACIONES ECONÓMICAS EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES

2.1 PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE ENFERMEDAD NO PROFESIONAL

Cuando un trabajador se incapacita como consecuencia de una enfermedad no profesional, estará a cargo del respectivo empleador las prestaciones económicas correspondientes a los tres (3) primeros días de incapacidad laboral originada por enfermedad general, tanto en el sector público como en el privado⁵.

De acuerdo con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo, y acorde con la reglamentación vigente, en los casos de incapacidad comprobada para desempeñar las labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que las Entidades Promotoras de Salud le reconozcan al empleador o al cotizante independiente, según sea el caso, un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante⁶.

2.2 PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

Las consecuencias de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, para los efectos de las prestaciones, son las siguientes:

⁵ **Ministerio de Hacienda y Crédito Público.** Decreto 1406 Por el cual se adoptan unas disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, se reglamenta parcialmente el artículo 91 de la Ley 488 de diciembre 24 de 1998, se dictan disposiciones para la puesta en operación del Registro Unico de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, se establece el régimen de recaudación de aportes que financian dicho Sistema y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2 de agosto de 1999.

⁶ **Congreso de Colombia.** Código Sustantivo del Trabajo. Bogotá, 1951.

Incapacidad temporal, cuando el trabajador no puede desempeñar su trabajo por algún tiempo.

Incapacidad permanente parcial, cuando el trabajador sufre una disminución definitiva pero apenas parcial en sus facultades.

Incapacidad permanente total, cuando el trabajador queda inhabilitado para desempeñar cualquier clase de trabajo remunerativo.

Gran invalidez, cuando el trabajador no solamente queda incapacitado para desempeñar cualquier clase de trabajo, sino que tiene que ser valido por otro para realizar las funciones esenciales de la vida.

Muerte del trabajador.

El Decreto-Ley 1295 de 19954, estableció que los trabajadores que sufran las consecuencias arriba enunciadas, tienen derecho al reconocimiento y pago de las siguientes prestaciones económicas:

Subsidio por incapacidad temporal;

Indemnización por incapacidad permanente parcial;

Pensión de Invalidez;

Pensión de sobrevivientes; y ,

Auxilio funerario.

2.2.1 Incapacidad Temporal en el Sistema General de Riesgos profesionales. La incapacidad temporal es aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

La Ley 776 de 2002, estipuló que todo trabajador, afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de

su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte.

Para la enfermedad profesional será el mismo subsidio calculado desde el día siguiente de iniciada la incapacidad correspondiente a una enfermedad diagnosticada como profesional.

El tiempo de la incapacidad temporal está determinado por la duración de la rehabilitación que permita al trabajador reincorporarse a su trabajo. Si existe pronóstico favorable de rehabilitación este tiempo puede extenderse sucesivamente hasta 720 días (Decreto 2463/2001), sin embargo para determinar la pérdida de capacidad laboral, es necesario que se termine el tratamiento y se hayan realizado los procesos de rehabilitación integral, o cuando aun sin terminar los mismos, exista un concepto medico desfavorable de recuperación o mejoría.

3. APRECIACIONES DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La OIT estima que alrededor de 600 millones de personas, es decir, 10 por ciento de la población mundial, sufren de diversas formas y niveles de discapacidades mentales y físicas, y que cerca de la mitad de estas personas tienen edad para ejercer una actividad profesional. Las estadísticas muestran que los valores citados han venido aumentando en forma sostenida, debido, entre otros, a los siguientes motivos:

- la aparición de nuevas enfermedades y causas de incapacidad laboral, como el VIH/SIDA, el estrés y el consumo abusivo de drogas y alcohol;
- el incremento de la esperanza de vida y del número de personas de edad avanzada, entre las que son frecuentes las discapacidades;
- el mayor número de niños discapacitados, que se prevé seguirá aumentando en los próximos 30 años sobre todo en los países en desarrollo, debido en particular a la desnutrición, las enfermedades y el trabajo infantil;
- los conflictos armados y la violencia.

Según el Sr. Ali Taqi, Subdirector General de la OIT, «la nueva realidad económica - es decir, la competencia cada vez más intensa a nivel mundial, así como la reducción de los márgenes de utilidad y de las bases de recursos de las empresas - está obligando a las compañías de todo el planeta a buscar formas de reducir los costos de personal, pero dicho objetivo no debería lograrse a costa de los trabajadores discapacitados. Por el contrario, deben encontrarse medios para no marginar de la fuerza de trabajo a estos trabajadores, y para reintegrar a las personas incapacitadas que puedan y deseen trabajar».

La información aportada por los países a un estudio sobre este problema, realizado por la OIT, ha puesto de manifiesto, por ejemplo, que:

- En los Estados Unidos, el número de personas en edad de trabajar acogidas a los programas de prestaciones de invalidez del servicio de Seguridad Social creció en un 60 por ciento de 1984 a 1994, y que menos del 0,5 por ciento de dichos beneficiarios han dejado dichos programas para reincorporarse a la vida económica activa.

- En los Países Bajos, el número de beneficiarios de subsidios de invalidez aumentó en 50 por ciento de 1980 a 1992, llegando a un total de más de 900.000 personas.
- En Australia, los gastos en concepto de indemnizaciones a los trabajadores aumentaron en más de 700 por ciento de 1976 a 1986; en el decenio de 1980, los costos directos se elevaron a un total medio anual de 5.000 millones de dólares, mientras que los costos indirectos fueron de cuatro veces esa cifra. En estos últimos se incluye la menor productividad ocasionada por el tiempo de trabajo no realizado, la obsolescencia y la pérdida de las calificaciones profesionales y los costos de la readaptación profesional.
- En Suecia, de 1980 a 1990, el número de personas que recibieron prestaciones complementarias de pensiones de invalidez o de subsidios de enfermedad durante más de un año pasó de 300.000 a 436.000, lo que se tradujo en la reducción del monto de las prestaciones y en una mayor presión ejercida sobre los empleadores, con el fin de que éstos favorecieran el reintegro al empleo de los trabajadores acogidos a los seguros de invalidez.

Del estudio de la OIT se desprende que, en general, las innovaciones introducidas en las legislaciones nacionales para promover el empleo de las personas discapacitadas no han sido adecuadas para ayudar a las personas que presentan nuevas incapacidades. «Así ocurre, en particular, con aquellos trabajadores afectados por las llamadas «nuevas» enfermedades profesionales, como, por ejemplo, las derivadas del estrés y de las lesiones por tensión sostenida, y también con las personas que tienen discapacidades invisibles, como desórdenes mentales y dolores crónicos, dolencias que no están comprendidas en las definiciones reconocidas por la legislación de algunos países», observa el Sr. Taqi.

El Proyecto de investigación internacional sobre estrategias para la mantención en el empleo y el reintegro de los trabajadores discapacitados, emprendido por la OIT, abarca ocho países: Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Nueva Zelandia, Países Bajos, Reino Unido y Suecia. Los primeros resultados sugieren que la existencia de una legislación de protección de los trabajadores discapacitados puede acentuar la reticencia de las empresas privadas a emplear a estas personas; además, las actuales normas que rigen los regímenes de seguro social tal vez no ofrezcan alicientes para regresar al trabajo.

Estos y otros resultados provisorios se presentarán al *Coloquio de Washington*, conferencia internacional sobre estrategias para asegurar el mantenimiento de los trabajadores discapacitados en el empleo o su reintegro al mismo que tendrá lugar

en Washington, D.C., del 20 al 22 de mayo del presente año, organizada por organismos oficiales de los Estados Unidos.

La investigación de la OIT ha determinado que en sistemas más reglamentados, como los de Alemania, Francia, Países Bajos y Suecia, los pilares en que se fundamenta la adopción de políticas de empleo que protegen los intereses de los discapacitados son aquellas leyes que rigen la contratación de trabajadores y reglamentan sus condiciones de empleo y de trabajo, así como las condiciones de terminación de la relación de trabajo.

«El pago de subsidios públicos a los empleadores que contraten a personas discapacitadas es incompatible con la filosofía de libre mercado que impera en los Estados Unidos», señala la OIT en su estudio. «En cuanto al Reino Unido, este país no ha previsto subsidios salariales especiales para las personas discapacitadas en un contexto de mercado de trabajo competitivo; no obstante, en caso de quedar desempleados, estos trabajadores podrán beneficiarse de un nuevo programa («Welfare of Work») que comprende prestaciones de jubilación».

Por otra parte, el estudio de la OIT ha puesto de relieve también que «en toda Europa continental, los subsidios salariales, las subvenciones a la contratación y las contribuciones especiales de los seguros nacionales se utilizan extensamente para crear puestos de trabajo para los desempleados de larga duración y otros grupos de trabajadores desfavorecidos, entre los que figuran los discapacitados. En Alemania, Francia y Suecia existen también otros programas de incentivos especiales para fomentar el empleo de personas discapacitadas. Las políticas activas sobre el mercado de trabajo aplicadas en Suecia favorecen el empleo de personas con discapacidades. En los Países Bajos, los incentivos a la contratación de personas discapacitadas son un nuevo aspecto de las políticas de empleo».

«Conservar el empleo resulta hoy, en general, más difícil para los trabajadores con incapacidades, debido en parte a la desreglamentación del mercado laboral registrada en muchos países, pero también a las presiones de que son objeto las empresas en el sentido de conservar su competitividad en un contexto de mundialización creciente del mercado», indica el Sr. Taqi, que encabeza la delegación de la OIT en el Coloquio de Washington y que pronunciará el discurso principal de este evento.

«Al mismo tiempo, el incremento acelerado de los costos que tanto para los regímenes públicos como para los sistemas privados de seguros supone el pago de indemnizaciones a los trabajadores que abandonan la vida activa a raíz de una incapacidad laboral ha llevado a los interesados a emprender una investigación

sobre posibles estrategias para mantener en el empleo a aquellos trabajadores que puedan y deseen seguir trabajando», añade el Sr. Taqi. «Algunas empresas han llegado a la conclusión de que la retención en el empleo es una opción rentable, y han establecido sus propios mecanismos para adaptarse a las discapacidades de algunos trabajadores».

El estudio de la OIT muestra que, en realidad, las empresas, los sindicatos, los aseguradores, los servicios de rehabilitación y los médicos de muchos países son cada vez más conscientes de los costos que conlleva la discapacidad y, en cambio, de los beneficios que se derivan del reintegro al trabajo. Todas estas entidades han hecho del regreso al empleo su objetivo primordial con respecto a los trabajadores discapacitados que están en condiciones de trabajar y desean continuar haciéndolo o aquellos que, luego de haberse acogido a los seguros correspondientes, están dispuestos a reintegrarse a la vida activa.

El Sr. Taqi dice que «los nuevos métodos médicos y de readaptación profesional que hacen hincapié en la intervención temprana y en un rápido regreso a la vida profesional activa han dado buenos resultados».

La OIT señala que los sindicatos están participando en forma más intensa en los esfuerzos desplegados en favor de la reincorporación al trabajo, prestando servicios directos e impulsando programas de adaptación del lugar de trabajo a las discapacidades. Asimismo, da cuenta de que las compañías de seguro privadas están adoptando criterios más flexibles a fin de que los trabajadores que sufren de alguna discapacidad pero se esfuerzan por volver paulatinamente al empleo no pierdan las prestaciones que reciben en relación con dicha discapacidad. Las empresas están examinando cauces que les permitan reducir costos mediante la introducción de programas de gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo.

«Nuestro análisis de la situación nos enseña que, a pesar de que alguno de los componentes de un sistema nacional de legislación, reglamentación, prestaciones de seguridad social, indemnización de los trabajadores, servicios de readaptación profesional o prácticas en el ámbito de la empresa pudiera estar a favor de la estrategia de reincorporación al trabajo, el sistema en su conjunto tal vez no la apruebe», agrega el Sr. Taqi. «De hecho, es posible que el sistema en general ofrezca a la persona discapacitada incentivos precisamente para no regresar al trabajo, o incluso que perjudique a los trabajadores discapacitados que se reintegren a su empleo», concluye.

A juicio de la OIT, el problema se origina en la existencia de políticas y prácticas fraccionadas, sin coordinación y a menudo contradictorias, y de la interacción

entre las distintas partes de los sistemas nacionales. Las prácticas discriminatorias también siguen negando a las personas discapacitadas y a las personas que son afectadas por alguna forma de discapacidad el acceso al mundo del trabajo.

El *Coloquio de Washington* pasará revista a las conclusiones del estudio de la OIT, con el objeto de definir estrategias auspiciosas que favorezcan la retención de los trabajadores discapacitados o su regreso a la vida laboral. Entre los participantes en el Coloquio figuran investigadores, representantes de entidades estatales, de organismos de seguridad social, de cajas de compensación, de organizaciones de empleadores, sindicatos, instituciones de readaptación y organizaciones de discapacitados provenientes de los ocho países incluidos en el estudio de la OIT.

Entre los objetivos a largo plazo de este proyecto figuran la concepción de estrategias completas y rentables en que participen trabajadores, empleadores y entidades estatales, con el propósito de apoyar la retención de la mano de obra y favorecer un rápido regreso al trabajo de las personas discapacitadas.

4. SITUACIÓN ENCONTRADA Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

4.1 SITUACIÓN ENCONTRADA

A partir de la vigencia de la Ley 100, las cajas, fondos y entidades del sector público, financian y administran en forma independiente y en cuentas separadas, las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, del régimen de protección contra los riesgos profesionales y del régimen de amparo contra enfermedad general y maternidad.

SALUD COLPATRIA E.P.S. y la A.R.P. COLPATRIA, no son ajenas a ello y ejecutan los procedimientos de reconocimiento de prestaciones económicas en el marco de la normatividad vigente.

SALUD COLPATRIA está autorizada a comercializar y administrar el Plan Obligatorio de Salud-P.O.S. en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Bucaramanga, en donde cuenta con oficinas de atención a los usuarios y convenios con diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-I.P.S.

En SALUD COLPATRIA E.P.S., la expedición de incapacidades temporales por enfermedad no profesional, la realizan los médicos de las Instituciones Prestadoras de Servicio-I.P.S., con las que SALUD COLPATRIA E.P.S. tiene convenio, o sin convenio para los casos de urgencia definidos por la Ley.

La A.R.P. COLPATRIA desarrolla sus actividades de comercialización y administración de los riesgos profesionales a través de las diferentes regionales establecidas en el territorio nacional, con una amplia cobertura y distribuidas a saber:

Regional Bogotá: Comprende la ciudad de Bogotá, D.C., los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Meta, Tolima, Huila, Arauca, Casanare, Vichada y la región conocida como "Territorios Nacionales".

Regional Cali: Abarca los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Chocó y Nariño.

Regional Medellín: Su cobertura está definida para los departamentos de Antioquia y Córdoba.

Regional Barranquilla: A través de esta regional se atienden la demandas de los afiliados establecidos en los departamentos de Atlántico, Magdalena, Cesar y Guajira.

En la A.R.P. COLPATRIA, la expedición de incapacidades temporales generadas de riesgos profesionales, la realizan en primera instancia los médicos de las Instituciones Prestadoras de Servicio-I.P.S. en donde son atendidos los trabajadores. Posteriormente, los trabajadores se valoran y se les hace seguimiento a través de la unidad de medicina laboral con la que cuenta la A.R.P. COLPATRIA. El área de medicina laboral, tiene su sede principal en Bogotá, D.C., y mantiene una constante coordinación para la definición e implantación de políticas de manejo con todo el país.

Regional Cartagena: Su cobertura se extiende a los departamentos de Bolívar y Sucre.

Regional Pereira: Incluye los departamentos de Risaralda, Quindio y Caldas.

Regional Bucaramanga: Su cobertura se extiende a los departamentos de Santander y Norte de Santander.

Para el presente estudio se comparó la información de incapacidades temporales para las regionales comunes, es decir: Bogotá, Cali, Medellín y Bucaramanga.

4.2 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

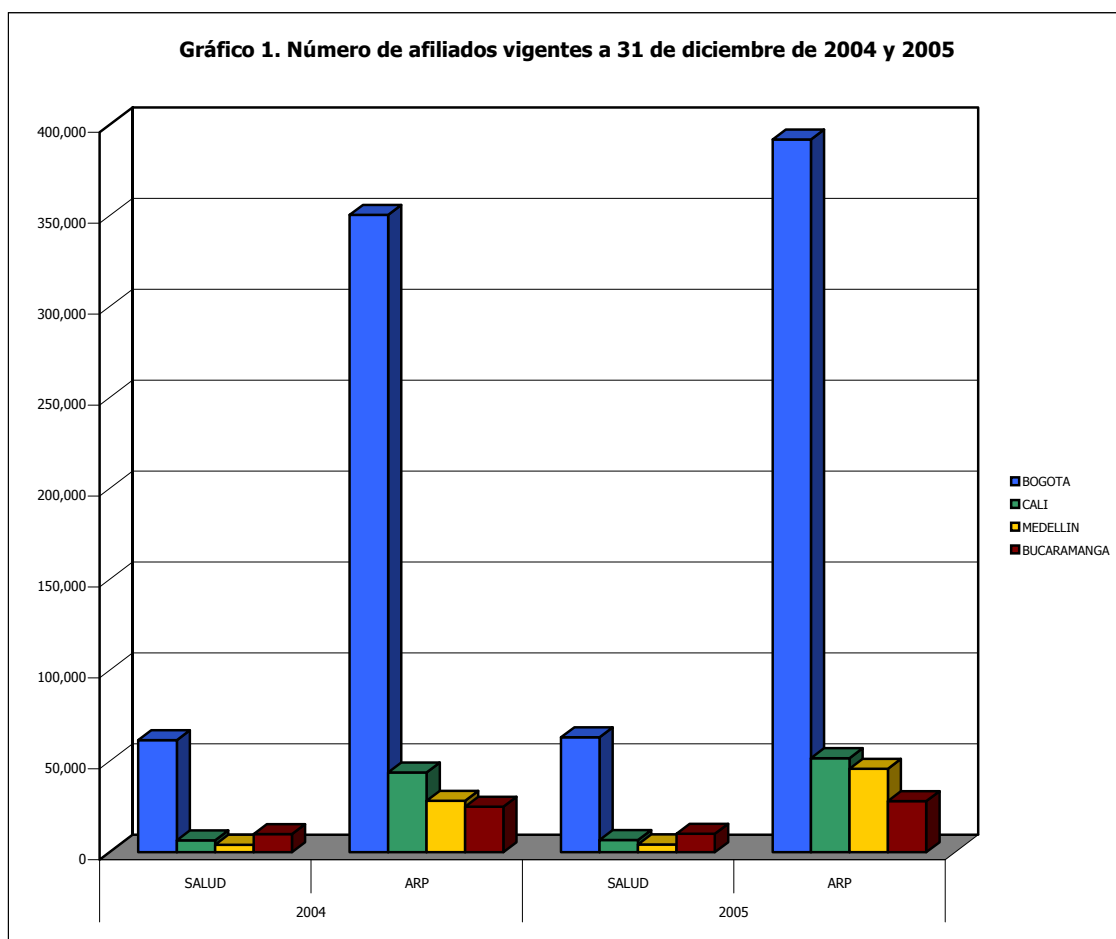
4.2.1 Número de usuarios. En el cuadro 1 y gráfico 1 se observa el número de afiliados vigentes para SALUD COLPATRIA E.P.S. y A.R.P. COLPATRIA, por cada una de las regionales, con corte a 31 de diciembre de 2004 y 31 de diciembre de 2005. Se evidencia que en la regional Bogotá se encuentra el la mayor parte de los afiliados a SALUD COLPATRIA E.P.S. y de igual forma sucede con A.R.P. COLPATRIA.

A través de los años, SALUD COLPATRIA E.P.S., ha sido la E.P.S. con menor número de usuarios en el mercado.

Por su parte, A.R.P. COLPATRIA ocupa el tercer lugar en participación del mercado de las A.R.P. privadas.

Cuadro 1. Número de afiliados vigentes a 31 de diciembre de 2004 y 2005

	2004		2005	
	SALUD	ARP	SALUD	ARP
BOGOTA	61,648	350,504	63,209	391,912
CALI	6,576	43,804	6,742	51,676
MEDELLIN	4,110	28,204	4,214	45,898
BUCARAMANGA	9,864	24,929	10,113	28,088
TOTAL	82,198	447,441	84,278	517,574



4.2.2 Número de incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005.

Para 2004, el número total de incapacidades temporales por enfermedad no profesional, expedidas por SALUD COLPATRIA E.P.S. fue de 1,538. Concordante con el número de afiliados, el mayor porcentaje, de expedición de incapacidades se efectuó en la ciudad de Bogotá, con el 73%.

En 2005 la proporción de incapacidades expedidas por regional es de 60% para Bogotá, 22% para Cali, 18% en Medellín y 15% en Bucaramanga.

Para el caso de A.R.P. COLPATRIA, se encuentra que del total de incapacidades expedidas en 2004, el 70% fueron emitidas en Bogotá, y que del total de 2005, el 68% corresponden también a la regional Bogotá.

Lo anterior, se puede observar en el cuadro 2 y gráfico 2.

4.2.3 Número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005. Los datos relativos a esta información, están consignados en el cuadro 3 y el gráfico 3.

En la relación de usuarios incapacitados con usuarios vigentes, para 2004, en SALUD COLPATRIA E.P.S. se incapacitaron 1,420 personas que representan el 2% de la población.

Para 2005, el porcentaje de incapacitados se incrementó en un punto, lo que equivale a 2,114 usuarios con incapacidad temporal.

En concordancia con la distribución poblacional de SALUD COLPATRIA E.P.S., del total de personas incapacitadas en 2004, es decir 1,420, en Bogotá se incapacitaron 1,028 usuarios. Por otra parte, Bogotá presenta 1,266 incapacitados de los 2,114 usuarios que se incapacitaron en 2005.

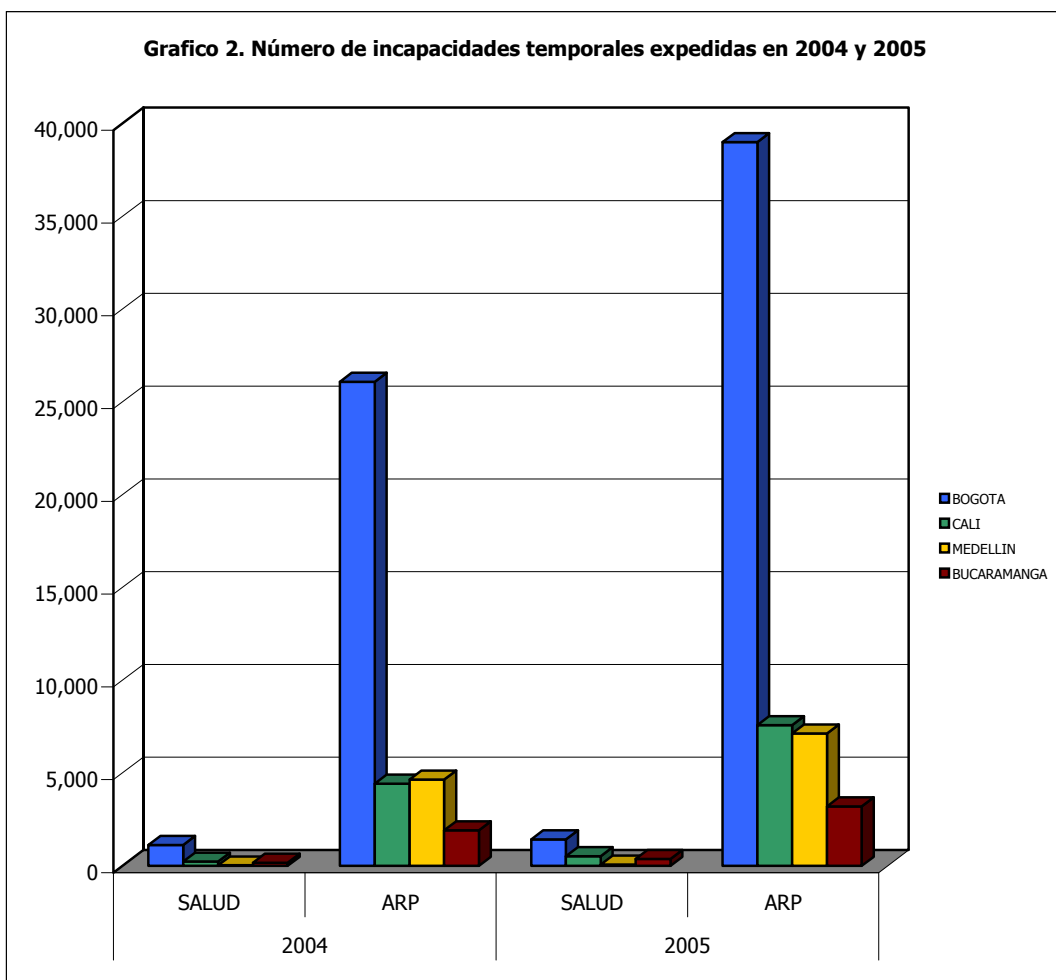
En 2004, el 3% de la población de la A.R.P. COLPATRIA resultó incapacitada, y al igual que en SALUD COLPATRIA E.P.S., para 2005, el incremento fue de un punto.

De igual forma, en la A.R.P. COLPATRIA, el mayor número de incapacitados para 2004 y 2005, se dio en la regional Bogotá, con 7,946 y 12,905 usuarios incapacitados, respectivamente.

4.2.4 Promedio del valor pagado por incapacidad temporal. De acuerdo con la información presentada en el cuadro 4 y gráfico 4, para los años del

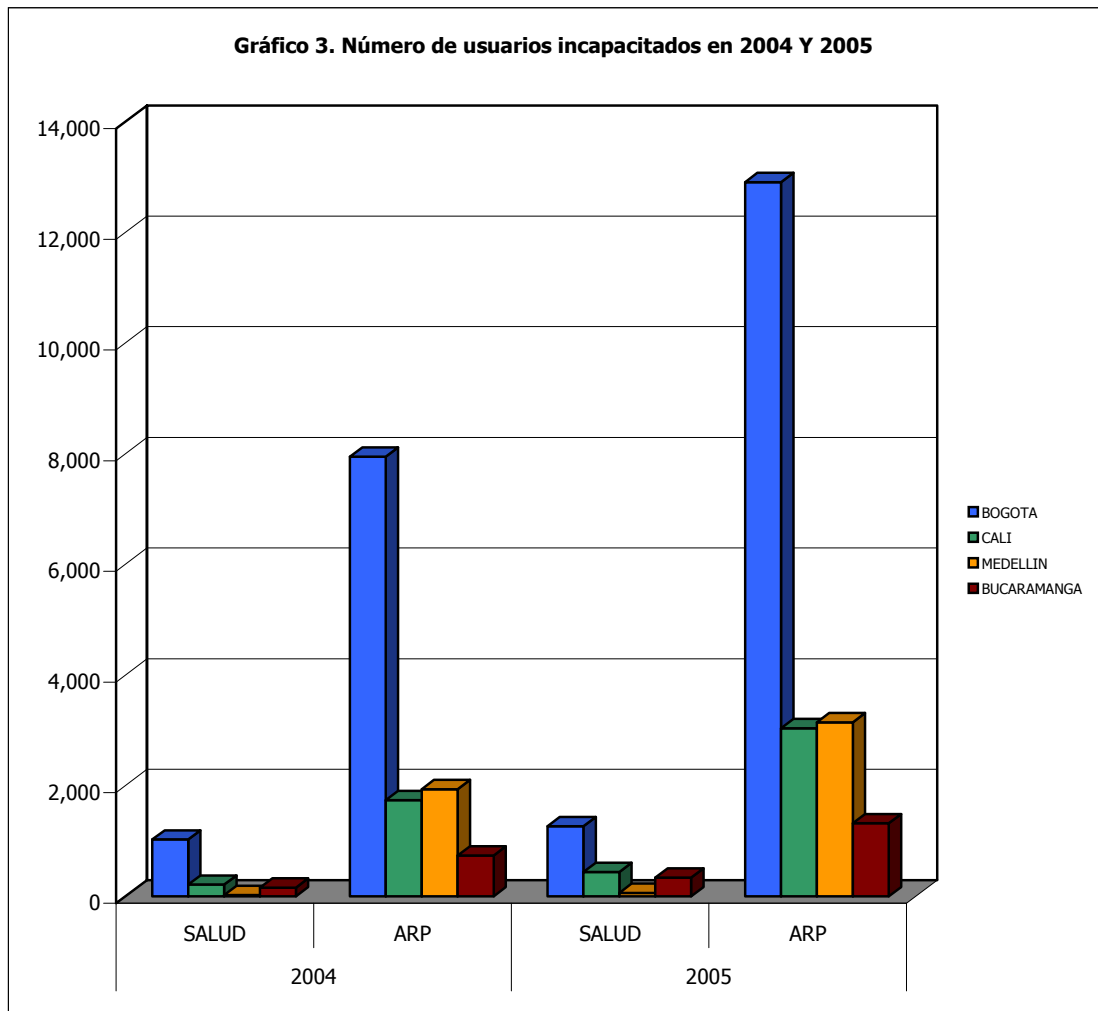
Cuadro 2. Número de incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005

	2004		2005	
	SALUD	ARP	SALUD	ARP
BOGOTA	1,128	26,076	1,431	39,002
CALI	224	4,429	513	7,584
MEDELLIN	22	4,648	67	7,133
BUCARAMANGA	164	1,915	368	3,203
TOTAL	1,538	37,068	2,379	56,922



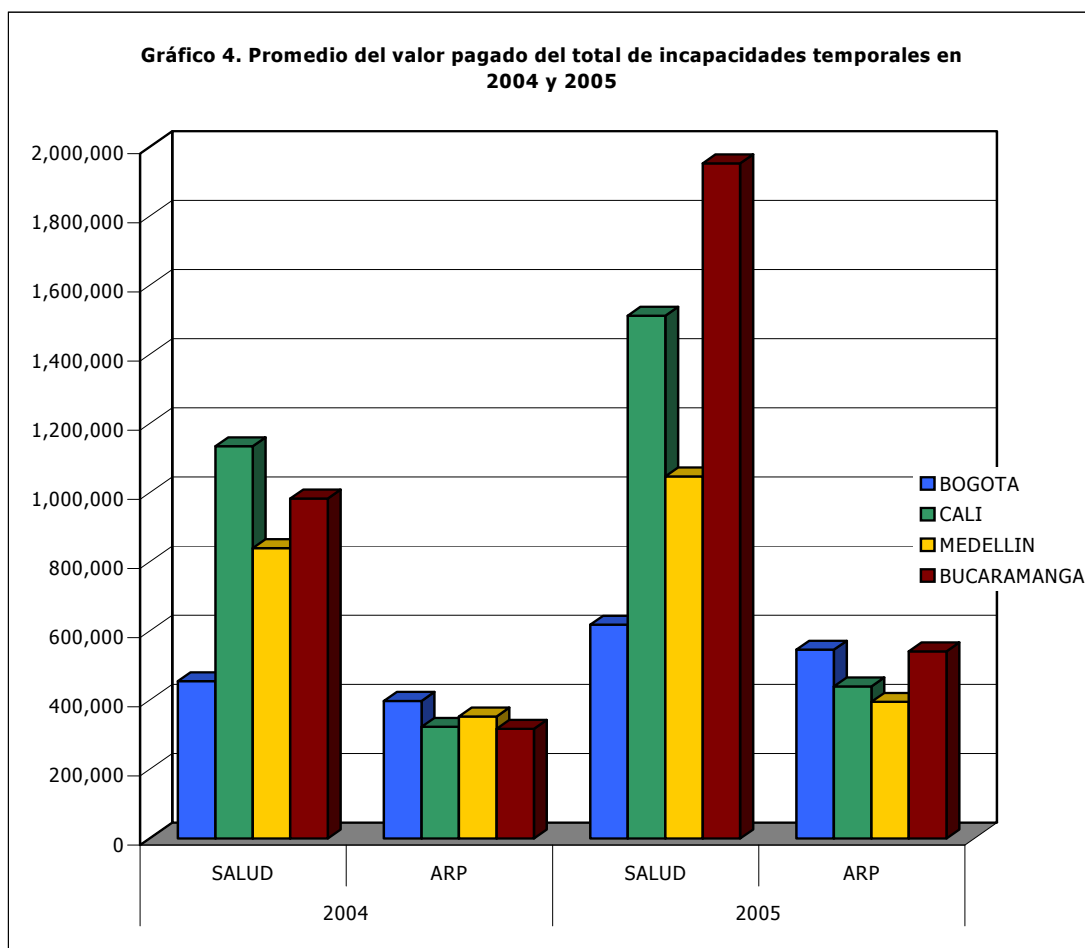
Cuadro 3. Número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005

	2004		2005	
	SALUD	ARP	SALUD	ARP
BOGOTA	1,028	7,946	1,266	12,905
CALI	212	1,741	442	3,037
MEDELLIN	22	1,938	65	3,148
BUCARAMANGA	158	740	341	1,320
TOTAL	1,420	12,365	2,114	20,410



Cuadro 4. Promedio del valor pagado del total de incapacidades temporales en 2004 y 2005

	2004		2005	
	SALUD	ARP	SALUD	ARP
BOGOTA	454,741	397,764	618,176	545,511
CALI	1,134,307	322,356	1,511,894	439,324
MEDELLIN	839,542	352,163	1,046,596	394,938
BUCARAMANGA	982,996	316,825	1,951,742	540,568



presente estudio, SALUD COLPATRIA E.P.S. presenta un mayor valor promedio en el monto de pago de incapacidades comparado con la A.R.P. COLPATRIA.

4.2.5 Promedio de días de incapacidad. En el cuadro 5 y gráfico 5 en donde se consignan los datos generales de los días promedio de incapacidad para 2004 y 2005, discriminados por regional y sexo, se observa que en Cali, Medellín y Bucaramanga, el promedio de días de incapacidad es mayor, comparado con Bogotá.

En la A.R.P. COLPATRIA, la regional Bogotá, presenta mayor el dato promedio de días de incapacidad.

4.2.6 Frecuencia de patologías (diagnósticos) que generan incapacidad. Las patologías más frecuentes que generaron incapacidades a los afiliados en SALUD COLPATRIA E.P.S. para los años de estudio son pterigion, lumbago y síndrome del tunel carpiano.

En la A.R.P. COLPATRIA, las patologías incapacitantes fueron las heridas de dedos de la mano, las heridas de las manos y el lumbago.

En los cuadros 6 y 7 se relacionan las frecuencias de los diez primeros diagnósticos, para cada regional de SALUD COLPATRIA E.P.S. y A.R.P. COLPATRIA, respectivamente.

4.2.7 Usuarios incapacitados según el género. Para SALUD COLPATRIA E.P.S., en la distribución general por género, se observa que para 2004 en Bogotá y Medellín, las mujeres se incapacitaron más que los hombres. En tanto que para 2005, en las regionales de Cali, Medellín y Bucaramanga, el mayor número de incapacitados corresponde a usuarios del sexo masculino.

En la A.R.P. COLPATRIA, en 2004 y 2005, los trabajadores del sexo masculino presentaron mayor número de incapacidades en todas las regionales.

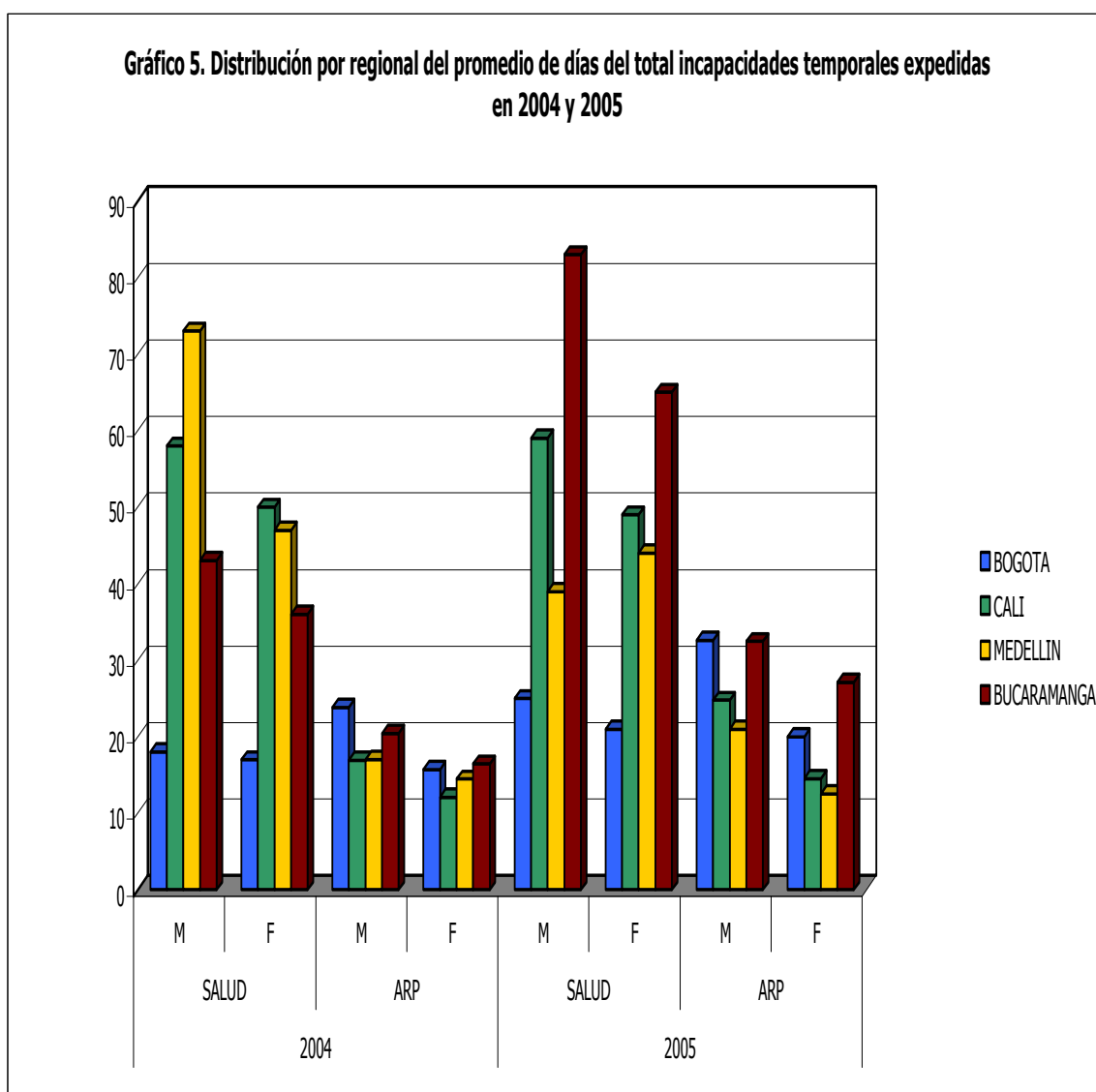
Lo anterior se consigna en el cuadro 8 y gráfico 8.

Una vez depurados los datos y analizada la información y a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 cuarta revisión) se agruparon los diagnósticos en veintidós (22) categorías diagnósticas para una mayor

Cuadro 5. Distribución por regional del promedio de días del total incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005

	2004				2005			
	SALUD		ARP		SALUD		ARP	
	M	F	M	F	M	F	M	F
BOGOTA	18	17	24	16	25	21	33	20
CALI	58	50	17	12	59	49	25	14
MEDELLIN	73	47	17	14	39	44	21	13
BUCARAMANGA	43	36	20	16	83	65	32	27

Gráfico 5. Distribución por regional del promedio de días del total incapacidades temporales expedidas en 2004 y 2005



Cuadro 6. Frecuencia de las diez primeras causas de incapacidad para Salud Colpatría E.P.S. en 2004 y 2005

BOGOTA	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
PTERIGION	83
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	74
ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	62
DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	40
RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE	34
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACION	32
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	31
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	26
TRASTORNOS ROTULOFEMORALES	26
UNA ENCARNADA	26
CALI	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	26
PTERIGION	18
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIF, SIN OBSTRUCCION NI G	13
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	12
FIEBRE DEL DENGUE (DENGUE CLASICO)	12
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	11
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	10
DIARREA FUNCIONAL	9
ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	9
UNA ENCARNADA	9
MEDELLIN	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	3
CALACIO (CHALAZION)	2
CONTUSION DE LA RODILLA	2
DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE	2
FRACTURA DEL PULGAR	2
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2
PTERIGION	2
QUISTE FOLICULAR DEL OVARIO	2
SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	2
SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2
BUCARAMANGA	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	18
PTERIGION	14
ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	12
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	10
FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO	9
SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	9
SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	8
VARICES ESCROTALES	8
UNA ENCARNADA	8
DIARREA FUNCIONAL	7

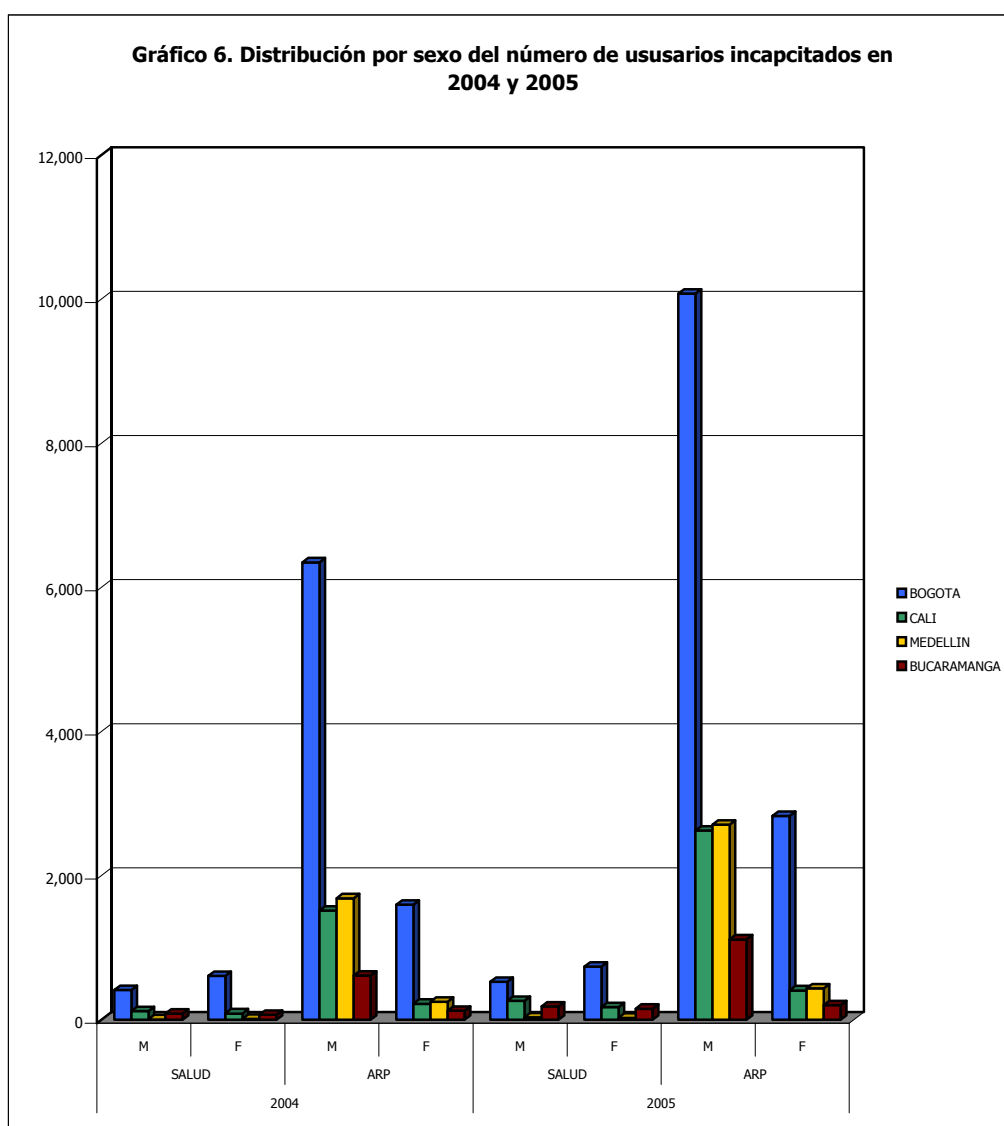
Cuadro 7. Frecuencia de las diez primeras causas de incapacidad para A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005

BOGOTA	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑAS	2,144
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1,386
ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	749
CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S)	691
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	672
TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	487
CONTUSION DE LA RODILLA	479
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS TEJIDOS BLAN	436
CUERPO EXTRAÑO EN LA CORNEA	424
ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ES	335
CALI	
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA
HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UNAS	575
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	293
CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S)	175
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	167
ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	164
TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	159
HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, PARTE NO ESPECIF	153
CONTUSION DE LA RODILLA	110
TRAUMATISMO DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO	97
TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	74
MEDELLIN	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑAS	530
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	337
ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	218
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	150
HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, PARTE NO ESPECIF	140
CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO	128
CONTUSION DE LA RODILLA	123
TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	101
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO,	90
ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DE LA MANO	86
BUCARAMANGA	
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	200
HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA	198
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	79
CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑAS	74
ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	58
CONTUSION DE LA RODILLA	42
TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	35
CUERPO EXTRAÑO EN LA CORNEA	30
FRACTURA DE LOS HUESOS DE OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE	25
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO,	23

Cuadro 8. Distribución por sexo del número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005

	2004				2005			
	SALUD		ARP		SALUD		ARP	
	M	F	M	F	M	F	M	F
BOGOTA	417	611	6,348	1,598	528	738	10,076	2,829
CALI	123	89	1,518	223	263	179	2,628	409
MEDELLIN	7	15	1,687	251	36	29	2,710	438
BUCARAMANGA	87	71	615	125	187	154	1,117	203
TOTAL	634	786	10,168	2,197	1,014	1,100	16,531	3,879

Gráfico 6. Distribución por sexo del número de usuarios incapacitados en 2004 y 2005



comprensión del comportamiento de los mismos y así facilitar su evaluación.

En la revisión por categorías de diagnósticos comunes para SALUD COLPATRIA E.P.S. y A.R.P. COLPATRIA, en los cuadros 9 y 10 se muestra la frecuencia con el promedio de días de incapacidad para las todas las regionales estudiadas.

Para el análisis de las categorías diagnósticas comunes, en relación con la frecuencia, el género y los días de incapacidad promedio y, como se puede observar en los cuadros 11, 12, 13, 14 y 15, se encuentran como datos relevantes están:

En A.R.P. COLPATRIA, el mayor número de incapacitados son hombres a una razón de 4,5 hombres por cada mujer. En salud existe un leve predominio de las mujeres a razón de 1,035 mujeres por cada hombre incapacitado.

En ARP las categorías diagnósticas que tienen una mayor diferencia de días promedio de incapacidad por género son: Discopatía (2,34:1), fracturas de columna (4,31:1), fracturas de miembros inferiores (1,66), enfermedades infecciosas (3,92:1), alteraciones neumológicas (2,83:1) y neurológicas (5,11:1) con mayor cantidad de días para los hombres. De otro lado las patologías mentales tienen un mayor predominio en las mujeres (2,7:1).

En Salud las categorías diagnósticas que tienen una mayor diferencia de días de promedio de incapacidad por género son: fractura de columna (2,45:1), neumológico (2,07:1), otras lesiones de tejidos blandos (1,93:1), trauma superficial de miembro superior (1,93:1). En todas las patologías anteriormente nombradas predominan los hombres.

En A.R.P. COLPATRIA las incapacidades con mayor número de días de incapacidad están en las regionales de Bogotá y Bucaramanga. En SALUD COLPATRIA E.P.S. las regionales con mayor número de días de incapacidad son las regionales de Cali y Bucaramanga.

En la regional Bogotá, para ambas compañías, la diferencia del promedio de días de incapacidad es de 7 días, en la regional Cali la diferencia es de 35 días, en la regional Medellín la diferencia es de 26 días y en la regional Bucaramanga es de 40 días. A nivel país la diferencia es de 9 días, siendo SALUD COLPATRIA E.P.S. en donde se presenta el mayor número de días promedio de incapacidad.

Para A.R.P. COLPATRIA los diagnósticos con mayor frecuencia son las lesiones de

Cuadro 9. Número de casos y días promedio de incapacidad temporal por categorías diagnósticas en Bogotá, Cali, Medellín y Bucaramanga A.R.P. COLPATRIA 2004 - 2005

DIAGNOSTICO	CASOS	DIAS IT	TOTAL IT	%CASOS	% DIAS TOTALES
FRACTURA MIEMBROS SUPERIORES	1,931.00	74.62	144,086.00	5.94	18.02
LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS INFERIORES	6,492.00	22.06	143,188.00	19.96	17.91
LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS SUPERIORES	6,978.00	17.20	120,027.00	21.45	15.01
FRACTURA MIEMBROS INFERIORES	986.00	101.30	99,882.00	3.03	12.49
OTRAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	3,697.00	22.82	84,359.00	11.36	10.55
OTROS TRAUMAS	3,257.00	13.67	44,510.00	10.01	5.57
TRUMA SUPERFICIAL MIEMBROS SUPERIORES	2,376.00	18.39	43,689.00	7.30	5.46
DORSALGIAS Y LUMBALGIAS	2,687.00	12.63	33,948.00	8.26	4.25
PIEL	1,166.00	17.09	19,930.00	3.58	2.49
AMPUTACIONES	225.00	78.96	17,767.00	0.69	2.22
FRACTURA COLUMNA	106.00	100.20	10,621.00	0.33	1.33
OFTALMOLÓGICO	1,729.00	5.01	8,666.00	5.31	1.08
FRACTURAS OTRAS	227.00	34.91	7,925.00	0.70	0.99
OTROS	316.00	17.47	5,522.00	0.97	0.69
NEUROLÓGICO PERIFERICO	66.00	79.56	5,251.00	0.20	0.66
DISCOPATIA Y TRAST VERTEB	46.00	62.13	2,858.00	0.14	0.36
MENTAL	9.00	280.67	2,526.00	0.03	0.32
NEUROLÓGICO CENTRAL	89.00	24.35	2,167.00	0.27	0.27
NEUMOLÓGICO	53.00	21.45	1,137.00	0.16	0.14
INFECCIOSAS	75.00	14.85	1,114.00	0.23	0.14
HERNIAS ABDOMINALES	10.00	24.00	240.00	0.03	0.03
NEUROPATÍAS	10.00	14.30	143.00	0.03	0.02

Cuadro 10. Número de casos y días promedio de incapacidad temporal por categorías diagnósticas en Bogotá, Cali, Medellín y Bucaramanga SALUD COLPATRIA E.P.S. 2004 - 2005

DIAGNOSTICO	CASOS	DIAS IT	TOTAL IT	%CASOS	% DÍAS TOTALES
INFECCIOSAS	586.00	23.15	13,568.00	19.42	13.42
LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS INFERIORES	434.00	34.65	15,036.00	14.38	14.87
OTRAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	274.00	35.34	9,684.00	9.08	9.57
OFTALMOLÓGICO	229.00	26.18	5,996.00	7.59	5.93
DORSALGIAS Y LUMBALGIAS	176.00	28.26	4,974.00	5.83	4.92
OTROS TRAUMAS	173.00	41.24	7,134.00	5.73	7.05
PIEL	143.00	27.87	3,986.00	4.74	3.94
OTROS	130.00	24.62	3,200.00	4.31	3.16
FRACTURA MIEMBROS SUPERIORES	128.00	53.45	6,842.00	4.24	6.76
HERNIAS ABDOMINALES	119.00	28.03	3,335.00	3.94	3.30
NEUROLÓGICO CENTRAL	117.00	31.20	3,650.00	3.88	3.61
FRACTURA MIEMBROS INFERIORES	111.00	59.40	6,593.00	3.68	6.52
LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS SUPERIORES	93.00	31.20	2,902.00	3.08	2.87
MENTAL	81.00	56.11	4,545.00	2.68	4.49
NEUROLÓGICO PERIFÉRICO	63.00	39.27	2,474.00	2.09	2.45
NEUMOLÓGICO	51.00	40.59	2,070.00	1.69	2.05
DISCOPATIA Y TRAST VERTEB	49.00	52.82	2,588.00	1.62	2.56
TRUMA SUPERFICIAL MIEMBROS SUPERIORES	24.00	32.83	788.00	0.80	0.78
FRACTURAS OTRAS	23.00	27.48	632.00	0.76	0.62
FRACTURA COLUMNA	10.00	91.80	918.00	0.33	0.91
AMPUTACIONES	3.00	42.67	128.00	0.10	0.13
NEUROPATÍAS	1.00	96.00	96.00	0.03	0.09

Cuadro 11. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 - Total País

CATEGORIA DIAGNOSTICA	TOTAL PAIS											
	NUMERO DE CASOS				PROMEDIO DIAS IT				TOTAL DIAS IT			
	ARP		SALUD		ARP		SALUD		ARP		SALUD	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
AMPUTACIONES	32.00	193.00	1.00	2.00	81.59	78.53	48.00	40.00	2,611.00	15,156.00	48.00	80.00
DISCOPATIA Y TRASTORNOS VERTEBRALES	9.00	37.00	22.00	27.00	29.89	69.97	40.45	62.89	269.00	2,589.00	890.00	1,698.00
DORSALGIAS Y LUMBALGIAS	378.00	2,309.00	98.00	78.00	10.83	12.93	21.37	36.92	4,092.00	29,856.00	2,094.00	2,880.00
FRACTURA COLUMNA	32.00	74.00	6.00	4.00	30.25	130.45	57.83	142.75	968.00	9,653.00	347.00	571.00
FRACTURA MIEMBROS INFERIORES	118.00	868.00	52.00	59.00	63.88	106.39	47.12	70.22	7,538.00	92,344.00	2,450.00	4,143.00
FRACTURA MIEMBROS SUPERIORES	205.00	1,726.00	37.00	91.00	64.55	75.81	52.24	53.95	13,232.00	130,854.00	1,933.00	4,909.00
FRACTURAS OTRAS	30.00	197.00	5.00	18.00	18.60	37.40	22.60	28.83	558.00	7,367.00	113.00	519.00
HERNIAS ABDOMINALES		10.00	36.00	83.00		24.00	20.64	31.23	0.00	240.00	743.00	2,592.00
INFECCIOSAS	26.00	49.00	331.00	255.00	5.15	20.00	20.38	26.75	134.00	980.00	6,747.00	6,821.00
LESION TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS INFERIORES	1,334.00	5,158.00	207.00	227.00	15.94	23.64	28.89	39.89	21,267.00	121,921.00	5,980.00	9,056.00
LESION TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS SUPERIORES	1,455.00	5,523.00	40.00	53.00	12.90	18.33	26.13	35.04	18,773.00	101,254.00	1,045.00	1,857.00
MENTAL	3.00	6.00	50.00	31.00	488.00	177.00	50.00	65.97	1,464.00	1,062.00	2,500.00	2,045.00
NEUMOLÓGICO	18.00	35.00	25.00	26.00	9.72	27.49	26.24	54.38	175.00	962.00	656.00	1,414.00
NEUROLÓGICO PERIFÉRICO	36.00	30.00	42.00	21.00	62.67	99.83	39.43	38.95	2,256.00	2,995.00	1,656.00	818.00
NEUROLÓGICO CENTRAL	23.00	66.00	70.00	47.00	6.09	30.71	30.53	32.19	140.00	2,027.00	2,137.00	1,513.00
NEUROPATIAS	2.00	8.00		1.00	8.50	15.75		96.00	17.00	126.00	0.00	96.00
OFTALMOLOGICO	217.00	1,512.00	117.00	112.00	5.03	5.01	20.74	31.88	1,091.00	7,575.00	2,426.00	3,570.00
OTRAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	760.00	2,937.00	138.00	136.00	19.56	23.66	24.18	46.67	14,863.00	69,496.00	3,337.00	6,347.00
OTROS	80.00	236.00	83.00	47.00	13.61	18.78	17.45	37.28	1,089.00	4,433.00	1,448.00	1,752.00
OTROS TRAUMAS	505.00	2,752.00	89.00	84.00	9.70	14.39	42.28	40.13	4,900.00	39,610.00	3,763.00	3,371.00
PIEL	313.00	853.00	68.00	75.00	12.61	18.74	30.44	25.55	3,948.00	15,982.00	2,070.00	1,916.00
TRAUMA SUPERFICIAL DE MIEMBROS SUPERIORES	449.00	1,927.00	18.00	6.00	13.48	19.53	26.56	51.67	6,054.00	37,635.00	478.00	310.00
Total general	6,025.00	26,506.00	1,535.00	1,483.00	17.50	26.19	27.92	39.30	105,439.00	694,117.00	42,861.00	58,278.00

Cuadro 12. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 - Regional Bogotá

CATEGORIA DIAGNOSTICA	BOGOTA											
	NUMERO DE CASOS				PROMEDIO DIAS IT				TOTAL DIAS IT			
	ARP		SALUD		ARP		SALUD		ARP		SALUD	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
AMPUTACIONES	26.00	107.00	1.00	1.00	79.65	87.00	48.00	46.00	2,070.90	9,309.00	48.00	46.00
DISCOPATIA Y TRASTORNOS VERTEBRALES	5.00	23.00	16.00	17.00	20.80	72.65	18.06	31.11	104.00	1,670.95	288.96	528.87
DORSALGIAS Y LUMBALGIAS	260.00	1,398.00	70.00	38.00	10.48	14.98	12.15	8.47	2,724.80	20,942.04	850.50	321.86
FRACTURA COLUMNA	24.00	48.00	4.00	3.00	30.12	133.75	49.00	123.33	722.88	6,420.00	196.00	369.99
FRACTURA MIEMBROS INFERIORES	78.00	520.00	37.00	37.00	68.82	114.34	41.91	40.40	5,367.96	59,456.80	1,550.67	1,494.80
FRACTURA MIEMBROS SUPERIORES	150.00	1,095.00	28.00	55.00	67.23	83.54	41.25	39.50	10,084.50	91,476.30	1,155.00	2,172.50
FRACTURAS OTRAS	19.00	117.00	4.00	14.00	18.47	37.92	14.00	21.57	350.93	4,436.64	56.00	301.98
HERNIAS ABDOMINALES	0.00	7.00	26.00	49.00	0.00	30.14	12.73	15.95	0.00	210.98	330.98	781.55
INFECCIOSAS	16.00	36.00	212.00	131.00	4.75	25.75	9.44	12.73	76.00	927.00	2,001.28	1,667.63
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS INFERIORES	972.00	3,155.00	162.00	135.00	17.18	25.87	18.09	24.13	16,698.96	81,619.85	2,930.58	3,257.55
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS SUPERIORES	1,013.00	3,282.00	31.00	28.00	13.76	20.44	18.09	19.28	13,938.88	67,084.08	560.79	539.84
MENTAL	2.00	1.00	27.00	12.00	337.50	9.00	33.70	37.08	675.00	9.00	909.90	444.96
NEUMOLOGICO	11.00	17.00	20.00	14.00	8.36	45.11	23.45	20.28	91.96	766.87	469.00	283.92
NEUROLOGICO PERIFÉRICO	29.00	18.00	31.00	12.00	59.62	91.88	34.48	27.91	1,728.98	1,653.84	1,068.88	334.92
NEUROLOGICO CENTRAL	16.00	38.00	53.00	29.00	6.50	40.92	21.94	21.37	104.00	1,554.96	1,162.82	619.73
NEUROPATIAS	0.00	4.00	0.00	0.00	0.00	8.50	0.00	0.00	0.00	34.00	0.00	0.00
OFTALMOLOGICO	169.00	956.00	87.00	61.00	5.70	5.30	15.55	15.01	963.30	5,066.80	1,352.85	915.61
OTRAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	599.00	1,975.00	112.00	76.00	21.24	25.58	18.95	24.51	12,722.76	50,520.50	2,122.40	1,862.76
OTROS	52.00	129.00	66.00	32.00	15.53	18.74	9.95	11.50	807.56	2,417.46	656.70	368.00
OTROS TRAUMAS	370.00	1,606.00	67.00	40.00	9.11	17.32	27.92	18.00	3,370.70	27,815.92	1,870.64	720.00
PIEL	228.00	464.00	39.00	43.00	13.00	23.51	18.20	61.65	2,964.00	10,908.64	709.80	2,650.95
TRAUMA SUPERFICIAL DE MIEMBROS SUPERIORES	349.00	1,278.00	15.00	3.00	14.32	22.53	18.26	6.66	4,997.68	28,793.34	273.90	19.98
Total general	4,388.00	16,274.00	1,108.00	830.00	18.36	29.07	18.56	23.74	80,565.75	473,094.97	20,565.65	19,703.40

Cuadro 13. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 - Regional Cali

CATEGORIA DIAGNOSTICA	CALI											
	NUMERO DE CASOS				PROMEDIO DIAS IT				TOTAL DIAS IT			
	ARP		SALUD		ARP		SALUD		ARP		SALUD	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
AMPUTACIONES	3.00	37.00	0.00	1.00	123.33	89.38	0.00	34.00	369.99	3,307.00	0.00	34.00
DISCOPATIA Y TRASTORNOS VERTEBRALES	1.00	5.00	2.00	7.00	10.00	31.00	140.50	147.42	10.00	155.00	281.00	1,031.94
DORSALGIAS Y LUMBALGIAS	34.00	336.00	11.00	24.00	8.09	10.20	30.72	64.41	275.00	3,428.00	337.92	1,545.84
FRACTURA COLUMNA	3.00	14.00	1.00	0.00	17.00	132.43	60.00	0.00	51.00	1,854.00	60.00	0.00
FRACTURA MIEMBROS INFERIORES	13.00	129.00	8.00	10.00	49.92	95.74	78.37	141.90	649.00	12,350.00	626.96	1,419.00
FRACTURA MIEMBROS SUPERIORES	22.00	260.00	3.00	17.00	63.68	64.70	137.33	73.35	1,401.00	16,822.00	411.99	1,246.95
FRACTURAS OTRAS	6.00	18.00	1.00	2.00	12.67	53.22	57.00	17.00	76.00	958.00	57.00	34.00
HERNIAS ABDOMINALES	0.00	2.00	6.00	22.00	0.00	13.50	45.33	61.22	0.00	27.00	271.98	1,346.84
INFECCIOSAS	3.00	1.00	67.00	76.00	15.33	3.00	31.86	36.18	46.00	3.00	2,134.62	2,749.68
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS INFERIORES	148.00	804.00	15.00	52.00	11.56	20.50	71.00	56.21	1,711.00	16,483.00	1,065.00	2,922.92
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS SUPERIORES	179.00	942.00	7.00	15.00	8.43	14.12	53.14	53.86	1,509.00	13,302.00	371.98	807.90
MENTAL	0.00	0.00	12.00	8.00	0.00	0.00	83.66	49.87	0.00	0.00	1,003.92	398.96
NEUMOLÓGICO	2.00	6.00	3.00	9.00	35.50	6.17	28.33	68.66	71.00	37.00	84.99	617.94
NEUROLÓGICO PERIFÉRICO	3.00	4.00	6.00	6.00	81.67	154.50	60.83	29.00	245.00	618.00	364.98	174.00
NEUROLÓGICO CENTRAL	3.00	6.00	9.00	14.00	8.33	6.33	43.66	53.00	25.00	38.00	392.94	742.00
NEUROPATIAS	1.00	1.00	0.00	1.00	8.00	2.00	0.00	96.00	8.00	2.00	0.00	96.00
OFTALMOLÓGICO	10.00	186.00	18.00	26.00	3.50	4.91	38.50	44.46	35.00	913.00	693.00	1,155.96
OTRAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	64.00	409.00	9.00	33.00	10.11	20.39	63.44	74.78	647.00	8,340.00	570.96	2,467.74
OTROS	3.00	38.00	13.00	8.00	30.67	23.08	47.84	66.87	92.00	877.00	621.92	534.96
OTROS TRAUMAS	52.00	445.00	7.00	24.00	5.48	10.19	67.28	69.33	285.00	4,535.00	470.96	1,663.92
PIEL	42.00	189.00	13.00	19.00	13.12	13.18	47.92	40.47	551.00	2,491.00	622.96	768.93
TRAUMA SUPERFICIAL DE MIEMBROS SUPERIORES	33.00	278.00	0.00	2.00	16.61	12.83	0.00	91.50	548.00	3,568.00	0.00	183.00
Total general	625.00	4,110.00	211.00	376.00	13.77	21.92	49.50	58.36	8,604.99	90,108.00	10,445.08	21,942.48

Cuadro 14. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 - Regional Medellín

CATEGORIA DIAGNOSTICA	REGIONAL MEDELLIN											
	NUMERO DE CASOS				PROMEDIO DIAS IT				TOTAL DIAS IT			
	ARP		SALUD		ARP		SALUD		ARP		SALUD	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
AMPUTACIONES	3.00	34.00	0.00	0.00	56.67	59.88	0.00	0.00	170.00	2,036.00	0.00	0.00
DISCOPATIA Y TRASTORNOS VERTEBRALES	2.00	2.00	0.00	0.00	19.50	61.50	0.00	0.00	39.00	123.00	0.00	0.00
DORSALGIAS Y LUMBALGIAS	44.00	371.00	2.00	1.00	16.30	9.75	52.00	26.00	717.00	3,619.00	104.00	26.00
FRACTURA COLUMNA	1.00	6.00	1.00	0.00	35.00	161.17	91.00	0.00	35.00	967.00	91.00	0.00
FRACTURA MIEMBROS INFERIORES	18.00	133.00	1.00	0.00	33.72	98.57	25.00	0.00	607.00	13,110.00	25.00	0.00
FRACTURA MIEMBROS SUPERIORES	20.00	235.00	2.00	3.00	32.55	51.89	64.00	74.67	651.00	12,193.00	128.00	224.00
FRACTURAS OTRAS	3.00	39.00	0.00	1.00	36.33	32.72	0.00	0.00	109.00	1,276.00	0.00	0.00
HERNIAS ABDOMINALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00
INFECCIOSAS	7.00	11.00	6.00	8.00	1.71	3.09	29.50	36.13	12.00	34.00	177.00	289.00
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS INFERIORES	142.00	886.00	4.00	7.00	14.56	18.71	51.75	34.57	2,067.00	16,581.00	207.00	242.00
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS SUPERIORES	192.00	978.00	1.00	1.00	11.77	15.56	35.00	11.00	2,260.00	15,221.00	35.00	11.00
MENTAL	0.00	3.00	2.00	5.00	0.00	99.00	6.50	42.40	0.00	297.00	13.00	212.00
NEUMOLÓGICO	4.00	10.00	0.00	0.00	1.50	15.00	0.00	0.00	6.00	150.00	0.00	0.00
NEUROLOGICO PERIFÉRICO	0.00	4.00	2.00	1.00	0.00	94.25	47.50	46.00	0.00	377.00	95.00	46.00
NEUROLOGICO CENTRAL	4.00	17.00	1.00	0.00	2.75	23.00	300.00	0.00	11.00	391.00	300.00	0.00
NEUROPATÍAS	0.00	2.00	0.00	0.00	0.00	41.00	0.00	0.00	0.00	82.00	0.00	0.00
OFTALMOLOGICO	32.00	293.00	4.00	5.00	2.28	4.06	28.75	36.80	73.00	1,189.00	115.00	184.00
OTRAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	68.00	419.00	1.00	3.00	16.91	16.52	25.00	38.33	1,150.00	6,920.00	25.00	115.00
OTROS	24.00	61.00	0.00	0.00	7.75	16.46	0.00	0.00	186.00	1,004.00	0.00	0.00
OTROS TRAUMAS	56.00	504.00	5.00	2.00	11.77	9.77	43.60	38.00	659.00	4,922.00	218.00	76.00
PIEL	28.00	125.00	1.00	1.00	8.64	14.51	12.00	108.00	242.00	1,814.00	12.00	108.00
TRAUMA SUPERFICIAL DE MIEMBROS SUPERIORES	40.00	262.00	1.00	1.00	8.65	12.31	73.00	107.00	346.00	3,226.00	73.00	107.00
Total general	688.00	4,395.00	34.00	39.00	13.58	19.46	47.59	42.05	9,340.00	85,532.00	1,618.00	1,640.00

Cuadro 15. Categorías diagnósticas comunes comparadas por frecuencia, promedio de días y género para Salud y A.R.P. Colpatría en 2004 y 2005 - Regional Bucaramanga

CATEGORIA DIAGNOSTICA	REGIONAL BUCARAMANGA											
	NUMERO DE CASOS				PROMEDIO DIAS IT				TOTAL DIAS IT			
	ARP		SALUD		ARP		SALUD		ARP		SALUD	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
AMPUTACIONES	0.00	15.00	0.00	0.00	0.00	33.60	0.00	0.00	0.00	504.00	0.00	0.00
DISCOPATIA Y TRASTORNOS VERTEBRALES	1.00	7.00	4.00	3.00	116.00	91.43	80.00	45.67	116.00	640.00	320.00	137.00
DORSALGIAS Y LUMBALGIAS	40.00	204.00	15.00	15.00	9.38	9.13	53.40	65.73	375.00	1,863.00	801.00	986.00
FRACTURA COLUMNA	4.00	6.00	0.00	1.00	39.75	68.67	0.00	201.00	159.00	412.00	0.00	201.00
FRACTURA MIEMBROS INFERIORES	9.00	86.00	6.00	12.00	101.56	86.34	41.17	102.42	914.00	7,425.00	247.00	1,229.00
FRACTURA MIEMBROS SUPERIORES	13.00	136.00	4.00	16.00	84.23	76.13	59.50	79.06	1,095.00	10,354.00	238.00	1,265.00
FRACTURAS OTRAS	2.00	23.00	0.00	2.00	11.00	30.26	0.00	91.50	22.00	696.00	0.00	183.00
HERNIAS ABDOMINALES	0.00	1.00	4.00	11.00	0.00	2.00	35.00	41.64	0.00	2.00	140.00	458.00
INFECCIOSAS	0.00	1.00	46.00	40.00	0.00	16.00	52.87	52.85	0.00	16.00	2,432.00	2,114.00
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS INFERIORES	72.00	313.00	26.00	33.00	10.89	23.05	68.31	79.79	784.00	7,214.00	1,776.00	2,633.00
LESIÓN TEJIDOS BLANDOS MIEMBROS SUPERIORES	71.00	321.00	1.00	9.00	14.89	17.50	77.00	55.33	1,057.00	5,619.00	77.00	498.00
MENTAL	1.00	2.00	9.00	6.00	789.00	378.00	63.67	164.83	789.00	756.00	573.00	989.00
NEUMOLÓGICO	1.00	2.00	2.00	3.00	6.00	4.00	51.00	170.67	6.00	8.00	102.00	512.00
NEUROLÓGICO PERIFÉRICO	4.00	4.00	3.00	2.00	70.50	86.50	42.33	131.50	282.00	346.00	127.00	263.00
NEUROLÓGICO CENTRAL	0.00	5.00	7.00	4.00	0.00	8.60	40.14	37.75	0.00	43.00	281.00	151.00
NEUROPATIAS	1.00	1.00	0.00	0.00	9.00	8.00	0.00	0.00	9.00	8.00	0.00	0.00
OFTALMOLÓGICO	6.00	77.00	8.00	20.00	3.17	5.19	33.13	65.70	19.00	400.00	265.00	1,314.00
OTRAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	29.00	134.00	16.00	24.00	11.69	27.69	38.63	79.21	339.00	3,711.00	618.00	1,901.00
OTROS	1.00	8.00	4.00	7.00	3.00	16.75	42.25	121.29	3.00	134.00	169.00	849.00
OTROS TRAUMAS	27.00	197.00	10.00	18.00	21.59	11.85	120.30	50.61	583.00	2,334.00	1,203.00	911.00
PIEL	15.00	75.00	15.00	12.00	12.67	10.23	48.33	44.83	190.00	767.00	725.00	538.00
TRAUMA SUPERFICIAL DE MIEMBROS SUPERIORES	27.00	109.00	2.00	0.00	6.00	18.72	65.50	0.00	162.00	2,041.00	131.00	0.00
Total general	324.00	1,727.00	182.00	238.00	21.31	26.23	56.18	71.98	6,904.00	45,293.00	10,225.00	17,132.00

tejidos blandos con un 52% de participación. Los casos que tienen mayor número de días de incapacidad promedio son las enfermedades mentales las fracturas de miembros inferiores y las fracturas de columna. Las patologías que reúnen el mayor número de días totales de incapacidad son fractura miembros superiores, lesión de tejidos blandos miembros inferiores y lesión de tejidos blandos miembros superiores con un 50% del total compañía de días de incapacidad.

Para SALUD COLPATRIA E.P.S. los diagnósticos con mayor frecuencia son las enfermedades infecciosas, lesiones de tejidos blandos en miembros inferiores y otras lesiones de tejidos blandos con un 42% de participación. Los casos que tienen mayor numero de días de incapacidad promedio son las neuropatías, las fracturas de miembros inferiores y las fracturas de columna. Las patologías que reúnen el mayor número de días totales de incapacidad son lesión de tejidos blandos en miembros inferiores, enfermedades infecciosas y otras lesiones de tejidos blandos con un 37% del total compañía de días de incapacidad.

5. CONCLUSIONES

Los sistemas de seguridad social, en la mayoría de los países son otorgados para todos los trabajadores y algún financiamiento o administración por parte de los empleadores, y de acuerdo con los gobiernos de cada país, se basaban en apoyo mutuo y proveían acceso basado en la necesidad.

El objetivo central de la seguridad social es dar a los individuos y a sus familias la tranquilidad de saber que la calidad de su vida no sufrirá, dentro de lo posible y razonable, así como también prevenir los riesgos, ayudar a las personas y a las familias a adaptarse de la mejor manera posible cuando deban hacer frente a las incapacidades o desventajas que no se lograron prevenir.

Existen diferencias normativas, procedimentales, de cobertura y de tipos de riesgo en el contexto del manejo de las incapacidades temporales, su administración y pago para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales.

En las comparaciones realizadas entre SALUD y A.R.P. COLPATRIA, se observa que no en todos los casos, ni para todos los análisis de las diferentes variables estudiadas, se presenta el fenómeno de que por ser la cuantía de las prestaciones económicas otorgadas por las Administradora de Riesgos Profesionales-A.R.P. al 100% del Ingreso Base de Cotización, y que por tanto no se ven afectados los ingresos del trabajador y los recursos de las empresas, la duración de las incapacidades por riesgos profesionales es mayor.

Adicionalmente, para las patologías de 50 o más días promedio de incapacidad acumulada, tienen un comportamiento de mayor severidad en A.R.P. COLPATRIA.

Si bien el monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, para riesgos profesionales se hace al 100% del ingreso base de cotización, resalta el hecho de que en SALUD COLPATRIA E.P.S. el promedio del valor pagado por incapacidades temporales es mayor que en A.R.P. COLPATRIA.

Para el análisis hecho en relación con el género, en donde resultó que en A.R.P. COLPATRIA el mayor número de incapacitados son hombres, depende directamente de la exposición a los diferentes riesgos, en donde evidentemente los hombres se encuentran más expuestos a riesgos más severos que las mujeres.

Se ratifica el planteamiento de que acorde con la finalidad, estructura y funciones de las Administradoras de Riesgos Profesionales, el proceso de rehabilitación de los trabajadores afectados por incapacidades temporales derivadas de una contingencia de tipo laboral, se desarrolla de forma más integral, en contraste con los que establecen las Entidades Promotoras de Salud. Esto influenciado por la estructura y funcionamiento del modelo de atención médica de la A.R.P. COLPATRIA.

Es importante no desconocer el lineamiento de la OIT, que tiene como objetivos a largo plazo, la concepción de estrategias completas y rentables en que participen trabajadores, empleadores y entidades estatales, con el propósito de apoyar la retención de la mano de obra y favorecer un rápido regreso al trabajo de las personas discapacitadas.

Se recomienda revisar el comportamiento en 2006 de las incapacidades temporales, para evaluar el modelo de atención médica de la A.R.P. COLPATRIA para establecer la evolución del mismo y así realizar los ajustes pertinentes.

Es importante desarrollar e implantar un programa de capacitación continuo y especializado para los médicos laborales, el cual podría hacerse en coordinación con la Universidad de la Sabana, con el fin de afianzar aun más su experiencia y que se adquieran nuevos conocimientos en torno a los temas de seguridad social en salud y riesgos profesionales.

Se debe aprovechar la experiencia de los médicos laborales de la A.R.P. COLPATRIA, para orientar o capacitar a los médicos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-I.P.S. de SALUD COLPATRIA E.P.S., en el ámbito de identificación del origen de las patologías, manejo y control de las incapacidades temporales.

La elaboración y establecimiento de guías de atención para la estandarización de la administración, control y seguimiento de las incapacidades temporales en SALUD COLPATRIA E.P.S., similares a los desarrollados dentro del modelo de atención médica de la A.R.P. COLPATRIA, es de gran importancia, especialmente para las regionales de Cali, Medellín y Bucaramanga, teniendo en cuenta el elevado promedio de días de incapacidad en estas regionales, en comparación con la regional Bogotá.

Para a A.R.P. COLPATRIA, sería de gran utilidad el desarrollar unas guías de atención para las patologías de mayor severidad, que permitan el control y

administración del manejo integral de las contingencias, incluyendo lo referente a las incapacidades temporales que dichas entidades generan.

BIBLIOGRAFÍA

BRONSTEIN, A. Pasado y presente de la legislación laboral en América Latina. Organización Internacional del Trabajo, OIT. 1998

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Código Sustantivo del Trabajo. Bogotá, 1951.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD (Hoy Ministerio de la Protección Social). Resolución 5261 de 1994.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD (Hoy Ministerio de la Protección Social). Decreto 806 de 1998.

COLOMBIA. INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Resolución 2266 de 1998.

COLOMBIA. MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. Decreto 1406 de 1999.

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto-Ley 1295 de 1994.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe de Enfermedad Profesional en Colombia. 2002.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Diagnóstico actual y prospectivo de la salud ocupacional y los riesgos profesionales en Colombia con enfoques de entornos. 2005.

NORMAND, Charles and BUSSE, Reinhard. Social Health Insurance Financing; Chapter three.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT. <http://www.ilo.org>

www.colpatria.com