

**IMPACTO EN EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE  
ENFERMEDAD ANTES Y DESPUES DE LAS MODIFICACIONES A DICHO  
PROCESO EN UNA EPS DE ÁMBITO NACIONAL EN EL PERÍODO 2004-2011**

**MARCELA CIFUENTES DIAZ  
0903761**

**PRESENTADO A:  
COMITÉ DE ETICA  
UNIVERSIDAD DEL VALLE**



**FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL  
SANTIAGO DE CALI  
2013**

**IMPACTO EN EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE  
ENFERMEDAD ANTES Y DESPUES DE MODIFICACIONES A DICHO  
PROCESO EN UNA EPS DE ÁMBITO NACIONAL PERIODO 2004-2011**

**MARCELA CIFUENTES DIAZ  
0903761**

**Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Salud Ocupacional**

**Director  
JORGE IRNE LOZADA MONTENEGRO  
M.D.; M.S.O.**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL  
SANTIAGO DE CALI  
2013**

Nota de aceptación:

---

---

---

---

Firma Presidente del Jurado

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Santiago de Cali, 2013

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecimientos sobretodo a Dios, autor y creador de todo cuanto existe, por darme la sabiduría y fortaleza para culminar este importante logro profesional. A mis padres, familiares y amigos cercanos por su apoyo incondicional. A mi asesor y profesores de la maestría por el apoyo, confianza y dedicación de tiempo. A la Universidad del Valle, la cual admiro, por darme la oportunidad de cursar mis estudios en esta. Y a mi gran amiga Paula por su gran aporte y apoyo en el proceso final de mi trabajo de Grado, eternamente agradecida.

A todos muchas Gracias!

## CONTENIDO

GLOSARIO	9
1. JUSTIFICACION	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. OBJETIVO	18
3.1 Objetivo General	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4. MARCO TEORICO	19
4.1 ESTADO DEL ARTE	19
4.2 MARCO CONTEXTUAL	39
5. METODOLOGIA	49
5.1 TIPO DE ESTUDIO	49
5.2 HIPOTESIS NULA	49
5.3 HIPOTESIS ALTERNA	49
5.4 ÁREA DE ESTUDIO	50
5.5 UNIVERSO	50
5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN	50
5.6.1 <i>Criterios de inclusión</i>	50
5.6.2 <i>Criterios de exclusión</i>	50
5.7 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	51
5.8 VARIABLES	51
5.9 RECOLECCION DE DATOS	52
5.9.1 INSTRUMENTO	52
5.9.2 FASES DEL ESTUDIO	53
5.10 CONSIDERACIONES ETICAS	55
6. RESULTADOS	56
7. DISCUSION	73
8. CONCLUSIONES	74
9. RECOMENDACIONES.	76
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78
ANEXOS	82

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Eficacia General	65
Tabla 2. Eficacia de calificación de origen EG por período	66
Tabla 3. Eficacia de calificación de origen EL por período	67
Tabla 4. Eficiencia por período de la calificación según instancias	69
Tabla 5. Tasa de calificación por participación, instancia y período	71

## LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Ruta de Proceso de Calificación de Contingencia	29
Gráfica 2. Comparativo de las prestaciones asistenciales y económicas	33
Gráfica 3. Ciclo gerencial PHVA	35
Gráfica 4. Población cotizante promedio por periodo	56
Gráfica 5. Distribución de los registros estudiados por genero	57
Gráfica 7. Distribución del universo por motivo de cierre	58
Gráfica 8. Distribución de los registros por silencio administrativo	59
Gráfica 9. Definición de contingencia en primera oportunidad EPS y ARL	59
Gráfica 10. Distribución de género por períodos estudiados	60
Gráfica 11. Motivos de cierre por período estudiado	61
Gráfica 12. Distribución de contingencia de enfermedad primera oportunidad periodo uno	61
Gráfica 13. Distribución de contingencia de enfermedad primera oportunidad período dos	62
Gráfica 14. Distribución de contingencia de enfermedad por período en juntas de calificación	63
Gráfica 15. Distribución de contingencia de enfermedad por período en instancia de cierre	64

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Formato Madurez, Estandarización, Proceso Medicina Laboral	83
ANEXO B. Formato Informe Cierre de Ciclo, Medicina Laboral	84
ANEXO C. Instrumento Base de Datos	86



## GLOSARIO

### ➤ ABREVIATURAS

**AFP:** Administradora del Fondo de Pensiones

**ARL:** Administradora de Riesgos Laborales.

**AT:** Accidente de trabajo

**EG:** Enfermedad General.

**EL:** Enfermedad Laboral.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud.

**IPS:** Institución Prestadora de Salud.

**JNCI:** Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

**JRCI:** Junta Regional de Calificación de Invalidez.

**OIT:** Organización Internacional del Trabajo.

**PCL:** Pérdida de Capacidad Laboral.

**POS:** Plan Obligatorio de Salud.

**PHVA:** Planear – Hacer - Verificar – Actuar.

**SGSS:** Sistema General de Seguridad Social.

➤ **DEFINICIONES**

**CONTINGENCIA EPS:** Es la calificación de origen que está contenida en el dictamen (EG, EL, AT).

**CONTIENGENCIA JUNTA NACIONAL:** Es el concepto de origen de la enfermedad (EL o EG) emitido por la Junta Nacional. En caso de haber desacuerdo el caso continúa a la justicia laboral ordinaria (demanda laboral dictamen); de lo contrario se cierra el caso por estar en firme.

**CONTINGENCIA JUNTA REGIONAL:** Es el concepto de origen de la enfermedad (EL o EG) emitido por la Junta Regional. En caso de haber desacuerdo el caso continúa a la Junta Nacional; de lo contrario se cierra el caso por estar en firme.

**DÍAS DE CALIFICACIÓN EPS:** Es la diferencia que se encuentra entre la fecha de calificación del origen y la fecha de estudio de la EPS. Esta variable se calcula automáticamente en el programa utilizado por la EPS.

**FECHA CALIFICACIÓN EPS:** Es la fecha en que el médico laboral realiza el resumen y dictamen de calificación de origen.

**FECHA CALIFICACIÓN JUNTA NACIONAL:** Es la fecha en la cual la Junta Nacional determina la contingencia y la pérdida de capacidad laboral del caso.

**FECHA CALIFICACIÓN JUNTA REGIONAL:** Es la fecha en la cual la Junta Regional determina la contingencia y la pérdida de capacidad laboral del caso.

**FECHA INICIO DE ESTUDIO EPS:** Es la fecha en el que el médico laboral de la EPS decide que el caso tiene suficiente indicio para estudiar el origen; en la práctica corresponde a la fecha de la carta de solicitud de documentos al empleador.

**FECHA RECEPCIÓN:** Hace referencia a la fecha en que el caso es conocido en el área de medicina laboral por vía administrativa: solicitud de cita, recibo de remisión de otras entidades o empleador, etc.

**MOTIVO DE CIERRE:** Es la última instancia en la cual se acepta el concepto de la entidad. Se consideran las siguientes opciones: silencio administrativo, acepta ARL, acepta AFP, acepta EPS, firme JRCl, firme JNCI y demanda laboral. A continuación se define cada motivo:

- **SILENCIO ADMINISTRATIVO:** Es el caso con calificación de origen en primera oportunidad por cualquier entidad, ya sea AFP, ARL o EPS, sin manifestación de desacuerdo por parte de los interesados. Pasados 60 días desde la calificación en primera oportunidad y al no contar con respuesta o manifestación por escrito de acuerdo o desacuerdo, se procede a cerrar el caso. Esto aplica para cualquier origen (EL o EG). Los casos con esta clasificación sólo deben de tener calificación en primera oportunidad y su respectiva contingencia. De ahí en adelante no debe contar con más información.

- **ACEPTA ARL, ACEPTA EPS O ACEPTA AFP:** Es cuando alguna de estas entidades acepta o está de acuerdo con la contingencia de la enfermedad definida en la calificación en primera oportunidad, ya sea por la EPS o la ARL.
- **FIRME JRCI:** Es la aceptación de las partes cuando la JRCI emite el concepto de origen de enfermedad (EL o EG). Se llega a esta instancia cuando existe un desacuerdo por alguna de las partes en la calificación de la contingencia en primera oportunidad.
- **FIRME JNCI:** Es la aceptación de las partes cuando la JNCI emite el concepto de origen de enfermedad (EL o EG). Se llega a esta instancia cuando existe un desacuerdo por alguna de las partes en la calificación de la contingencia por la JRCI.
- **DEMANDA LABORAL:** Casos en los cuales la calificación de origen está en firme por un fallo de un Juez ante una demanda al dictamen de la JNCI.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Un adecuado proceso de calificación de origen de la enfermedad en las EPS, constituye un factor clave de éxito para el cumplimiento de las exigencias de tipo financiero, jurídico, comercial y administrativo, que trae consigo la atención de eventos tales como enfermedades o accidentes laborales en la red de prestadores adscrita a la entidad. A su vez es trascendental para el trabajador un adecuado proceso de calificación de origen de la enfermedad dado que determina, de acuerdo a la contingencia el origen (Enfermedad Laboral vs Enfermedad General), la definición de cobertura y la oportuna entrega de las prestaciones asistenciales y económicas a las cuales tiene derecho. Para el empleador garantiza también el recibir, por parte del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), los beneficios en cobertura de riesgos si llegara a enfermar uno de sus trabajadores trasladados a éste, mediante un modelo de aseguramiento.

Actualmente en nuestro país no se evidencia documentación científica, ni se cuenta con modelos administrativos técnicamente evaluados, del manejo de los procesos de calificación de origen de las enfermedades en las diferentes EPS, soportados sobre estándares que permitan hacer seguimiento a la gestión y resultado. Por lo tanto, se busca determinar el impacto en el proceso de calificación en esta EPS, a través de la eficiencia y eficacia, luego de las modificaciones realizadas al proceso y estructura de trabajo que se venía aplicando.

El informe de enfermedad laboral en Colombia 2003 - 2005 evidencia la necesidad de “reglamentar los procesos técnico-administrativos para el recobro entre EPS y ARL, al evidenciar que el porcentaje de diagnósticos en trámite a la fecha de reporte del caso es bastante alto, por encima del 70% de todos los casos”. Esta

situación se debe a la falta de un procedimiento administrativo unificado, que asegure el proceso de calificación de origen de la enfermedad, en cuanto al tiempo de calificación de origen y asertividad en el concepto del mismo aceptado por las entidades y las partes involucradas. El objetivo de un procedimiento administrativo unificado estaría orientado hacia el mejoramiento y agilización en los procesos de reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales a los cuales se tiene derecho.

Todo ciudadano colombiano, en el marco de los derechos a la seguridad social esté o no afiliado, tiene derecho a que le califiquen los orígenes de los accidentes y enfermedades. De igual forma, el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 dentro de su contenido, establece la importancia de avanzar en la disminución de los tiempos de calificación y la mejora de los procesos de reconocimientos de prestaciones a las personas afiliadas o beneficiarias, con el fin de salvaguardar el derecho de la persona que ve disminuida su capacidad productiva; evidenciando entonces la necesidad latente de que las EPS reflexionen sobre el alcance de generar un adecuado proceso administrativo, que cumpla con los estándares de calidad y que permita su evaluación para determinar la efectividad a partir de diferentes indicadores.

Es preciso, así, la realización de estudios con un enfoque en estrategias técnico-administrativas basadas en metodologías de control de procesos y en indicadores de gestión, como el propuesto en este trabajo de grado.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En una EPS de la ciudad de Cali antes del año 2007, el proceso de calificación de origen de la enfermedad contaba con una estrategia administrativa basada en la normatividad y en el indicador de reporte de tasas de enfermedad laboral, sin detallar los pasos del proceso y las directrices del mismo para calificar el evento de salud; por lo que en el tiempo se generaron y evidenciaron dificultades de tipo financiero, técnico y organizacional que afectaban no solo a la entidad sino también a las partes involucradas en el proceso (AFP, ARL, otras EPS, Juntas de Calificación de Invalidez, entre otros). Cada regional de la EPS (divididas en seis regionales en el país) desarrollaba el proceso de calificación de origen de enfermedad de manera independiente, sin una estandarización o unificación del proceso. Habían falencias y ausencias en diferentes aspectos, tales como: seguimiento de gestión, acompañamiento a los casos en las diferentes instancias desde la identificación en consulta como posible caso laboral hasta el cierre en firme de la calificación de origen; de igual forma, no se tenía un control de los tiempos en las diferentes instancias.

Dado que no se contaba con directrices claras por parte de la entidad para este proceso, se presentaban diferentes problemas tales como: constantes retrasos en los tiempos de calificación, pérdida de recursos materiales, personal cumpliendo roles inadecuados, desorganización y falta de unificación en el conocimiento con relación a la gestión como tal e inadecuada administración de recursos financieros, entre otros; todo lo anterior perjudicando tanto a la entidad como a los usuarios.

A partir del año 2007 se iniciaron una serie de modificaciones al proceso de calificación de origen y en el año 2008 se logró la estandarización del proceso en la entidad.

Sin embargo, aunque de forma aparente se podían percibir avances óptimos en toda la gestión, actualmente no se cuenta con un análisis y evaluación de las modificaciones realizadas a dicho proceso en este periodo de tiempo, ni de la inversión en recursos humanos, financieros, técnicos y tecnológicos que se han hecho para esta reestructuración del área. Por tal motivo surgió la necesidad en esta EPS, con cobertura a nivel nacional, de medir en forma técnica y con un método científico el impacto en el proceso de calificación de origen de la enfermedad antes y después de las modificaciones administrativas y técnicas realizadas a dicho proceso en el primer semestre del 2008.

Es de suma importancia determinar el impacto en este proceso de calificación de origen de la enfermedad, dado que un proceso inadecuado de calificación genera riesgos de tipo jurídico, financiero, administrativo y comercial para las entidades aseguradoras del SSGS; por lo anterior la entidad requiere un análisis claro sobre las modificaciones realizadas a dicho proceso.

Los informes de enfermedad profesional en el país evidenciaron una problemática a nivel nacional: la necesidad de reglamentar los procesos técnico-administrativos para el recobro entre EPS y ARL, con el objetivo de garantizar la oportunidad en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas a los trabajadores que han sufrido un accidente o enfermedad laboral; así mismo muestran la importancia de disminuir los tiempos de calificación en las diferentes instancias; agilizar el análisis de la evolución de los casos que generan controversia y disminuir el porcentaje de casos de enfermedad laboral en trámite en las diferentes instancias, entre otros. Estos aspectos están relacionados estrechamente con las modificaciones hechas al proceso de calificación en la



entidad, por lo anterior estas mismas buscan atender a una problemática no solo de tipo institucional sino también a una problemática nacional.

El presente estudio analiza y postula la metodología del ciclo PHVA y la utilización de indicadores de gestión como eficiencia y eficacia como una alternativa de aplicación en las diferentes EPS a nivel nacional, dado que no existe unificación de criterios al respecto, ni existe un estándar para este proceso de calificación que señale claramente los requisitos aceptables para la operación de pasos específicos, con el fin de asegurar la calidad del proceso y las conductas apropiadas por parte de los involucrados. De igual forma, se buscará plantear en la entidad los ajustes necesarios de acuerdo a las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

Teniendo en cuenta la anterior propuesta, los indicadores de eficiencia y eficacia nos permiten determinar el impacto del proceso de calificación en variables medibles como: tiempos, costo evitado y diagnóstico final en el tránsito a través de las diferentes instancias; para lo cual, la descripción de las modificaciones hechas al proceso desde el punto de vista técnico-científico, antes y después del periodo establecido, son parte importante de este trabajo.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Las modificaciones administrativas y técnicas realizadas en el proceso de calificación de origen de enfermedad de una EPS de ámbito nacional en el periodo 2007-2011 han tenido algún impacto en términos de eficacia y eficiencia en dicho proceso?

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Valorar el impacto de la gestión en el proceso de calificación de origen de enfermedad antes y después de las modificaciones técnicas y administrativas realizadas en una EPS de ámbito nacional en Cali, en dos períodos 2004 – 2007 y 2008 – 2011.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar el comportamiento del indicador de gestión Eficacia en el proceso de calificación de origen de la enfermedad antes y después de las modificaciones realizadas en dos períodos 2004 – 2007 y 2008 – 2011.
- Analizar el comportamiento del indicador de gestión Eficiencia en el proceso de calificación de origen de la enfermedad antes y después de las modificaciones realizadas en dos períodos 2004 – 2007 y 2008 – 2011.
- Comparar los indicadores de gestión - Eficiencia y Eficacia - en el proceso de calificación de origen de la enfermedad antes y después de las modificaciones realizadas en dos períodos 2004 – 2007 y 2008 – 2011.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 ESTADO DEL ARTE

Según el informe de la OIT publicado en el año 2005, en el mundo mueren cada día un promedio de 5.000 personas como resultado de accidentes o dolencias relacionadas con la labor y estima que esta cifra es de 2 a 2,3 millones de hombres y mujeres al año, de los cuales 350.000 corresponden a muertes por accidentes laborales y 1,7 a 2 millones corresponden a muertes ocasionadas por enfermedades contraídas por el tipo de trabajo <sup>(1)</sup>. En Colombia las cifras correspondientes a la tasa de enfermedades profesionales por 100.000 habitantes según Fasecolda <sup>(2)</sup> 2000 – 2007 ha ido en aumento en el intervalo de estos años, siendo en el 2007 la tasa de 79.8 x 100.000 habitantes.

A nivel mundial las leyes se tardaron en solucionar la situación de las enfermedades laborales comparado con la de los accidentes laborales. De este modo, no se empezó a legislar sobre la protección de tales enfermedades sino hacia finales del siglo XIX, después de la consagración teórica y legislativa de los riesgos laborales en Europa. Entre los principales países en reglamentar sobre las enfermedades laborales se encuentra Suiza en 1877, Alemania en 1833, Inglaterra en 1895, Italia en 1898 y Francia en 190; países que inician el camino reparador de las enfermedades laborales. <sup>(3)</sup>

En Colombia, por su parte, se evidencian antecedentes históricos relacionados con la salud de los trabajadores desde la época de la conquista cuando son conocidas las denominadas “Leyes de Indias”, normas promulgadas por la corona española para ser aplicadas en el nuevo mundo. Su base fue la protección del

indígena en detrimento por la sobreexplotación del esclavo, sin embargo, en muchos casos se explotó a los indígenas de forma indiscriminada. Por otra parte, como acontecimiento importante en la historia de las enfermedades laborales, cabe mencionar la actuación de Simón Bolívar a favor de la seguridad social mediante su premisa emitida públicamente en varios de sus discursos: “... *El estado debe garantizar a todos los ciudadanos las mejores condiciones para desempeñar su rol...*”.<sup>(4)</sup>

Fue hasta el siglo XX cuando en Colombia se comenzó a trabajar en la legislación de salud y la seguridad de los trabajadores: en el primer cuarto de este siglo de manera incipiente se forman las convenciones colectivas de trabajo y a mediados del siglo aparece la ley 90 de diciembre de 1946<sup>(5)</sup>, por medio de la cual se estableció el seguro social obligatorio y se crea el Instituto de Seguros Sociales. La presente ley mediante el artículo 1 estableció el seguro social obligatorio de los trabajadores contra los siguientes riesgos:

- a) Enfermedades no profesionales y maternidad,
- b) Invalidez y vejez,
- c) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y
- d) Muerte.

El Instituto de Seguros Sociales fue nombrado para la dirección y vigilancia de los seguros sociales de los trabajadores, desarrollando algunas actividades trascendentales, tales como: iniciar un programa de prevención de riesgos ocupacionales; fijar y modificar el monto de cada uno de los aportes o cotizaciones correspondientes a cada clase de riesgo asegurado, el lapso mínimo durante el cual no podrá ser alterado dicho monto y el número de las cotizaciones previas que den derecho a la respectiva prestación en cada modalidad de seguro; organizar los seguros facultativos, los adicionales para el reconocimiento a los asegurados obligatorios y a los miembros de sus familias que dependan exclusivamente de ellos y las Cajas de Compensación destinadas a atender a los

subsidios familiares que algunos patronos decidan asumir en beneficio de los asegurados obligatorios o que lleguen a establecer por ley especial o en las convenciones colectivas de trabajo; entre otras <sup>(5)</sup>.

A comienzos de la década del 80 aparece una vertiente preventiva en la legislación en salud laboral a través de la Ley 9 de 1979 <sup>(6)</sup> conocida como Código Sanitario que en su título III sentó las bases de la administración de la salud ocupacional en la empresas, posteriormente otras normas contribuyeron al mismo propósito dentro de las cuales tenemos :el Decreto 614 de 1984 que determinó las bases para la organización y administración de la salud ocupacional en el país <sup>(7)</sup>; la Resolución 2013 de 1986 que reglamentó la conformación y funcionamiento de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional (COPASO) <sup>(8)</sup> y la Resolución 1016 de 1989 que reglamentó la organización y funcionamiento de los programas de salud ocupacional de empresas <sup>(9)</sup>.

No obstante hasta esa fecha no se contaba con una ley que de forma clara estableciera y determinara los lineamientos que dieran paso a un Sistema de Seguridad Social; de esta forma la Constitución de 1991 como norma suprema legal dio el paso a la creación del Sistema Integral de Seguridad Social y ordenó al legislador para que se creara una ley marco que determinara los lineamientos que dieran paso a un sistema que fuera capaz de proteger la totalidad de los colombianos en lo que tiene que ver con salud, pensiones y riesgos profesionales, surgiendo así la Ley 100 de 1993 <sup>(10)</sup>.

Una de las finalidades de la ley 100 de 1993 fue la creación del Sistema General de Riesgos Profesionales, para proteger la población laboral de las contingencias de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional; además de permitir que el empleador trasladare este riesgo a una ARL y no verse avocado a cubrir alguna indemnización o pensión de invalidez o sobrevivientes por la ocurrencia de un siniestro al trabajador.

Dicha ley organizó los tres grandes subsistemas como son el Sistema General de Salud, el Sistema General de Pensiones y el Sistema General de Riesgos Profesionales los cuales son la piedra angular de la Seguridad Social en Colombia.

Para la reglamentación del Sistema General de Riesgos Profesionales se establecieron dos normas muy importantes, que actualmente regulan el sistema y permiten que los trabajadores reclamen sus prestaciones asistenciales y económicas en caso de un accidente o enfermedad laboral. Las nombradas normas son el Decreto Ley 1295 de 1994 <sup>(11)</sup>, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales y el Decreto 2463 del 2001 <sup>(12)</sup>, que viene a reglamentar todo lo que tiene que ver con los procesos de calificación de un accidente de trabajo o enfermedad laboral y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez tanto regionales como la nacional.

El Decreto Ley 1295 de 1994 planteó delineamientos relacionados con el manejo inicial de la enfermedad o accidente laboral al referirse a las prestaciones asistenciales a que se tiene derecho. De igual forma en su artículo 11 y 12 hace referencia a la definición de enfermedad laboral así como al origen del accidente o de la enfermedad y la muerte, respectivamente. El artículo 12 de este decreto ley por nombrar lo más importante, determina los primeros delineamientos para el proceso de calificación de origen de la enfermedad al plantear que la calificación de origen del accidente o de la enfermedad laboral serán calificados en primera instancia por la IPS que atiende al afiliado; luego refiere que el médico o la comisión laboral de la ARL determinarán el origen en segunda instancia. Cuando surjan discrepancias en el origen, éstas serán resueltas por una junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y de riesgos profesionales, pero que de persistir el desacuerdo, se seguirá el procedimiento

previsto para las juntas de calificación de invalidez, definido en los artículos 41 y siguientes de la Ley 100 de 1993 y sus reglamentos <sup>(10, 11)</sup>.

El Decreto ley 1295/94 también establece en el artículo 6 todo lo relacionado a la prestación de los servicios de salud, manifestando que el gobierno nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los cuales se harán los reembolsos entre las ARL, las EPS y las IPS; al igual que las ARL reembolsarán a las EPS, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos laborales, a las mismas tarifas convenidas entre la EPS y la IPS, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo.

Por otra parte, el Decreto 2463 de 2001 reglamenta todo lo que tiene que ver con los procesos de calificación de un accidente o enfermedad laboral y el funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez, tanto regionales como la nacional (JRCL – JNCL), complementando en su artículo 6 que las EPS y ARL deberán conformar una dependencia técnica o grupo interdisciplinario que adelante el procedimiento de determinación del origen y registrarla ante las secretarías de salud. De igual forma delimitó un tiempo máximo de treinta (30) días calendario para que las juntas integradas por las EPS y ARL cumplan el procedimiento y comunicación de su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados <sup>(12)</sup>.

Un hecho importante se suscitó con relación al artículo 41 de la Ley 100 de 1993, en el cual se establecía que en primera instancia le correspondía emitir la calificación de origen del accidente o de la enfermedad laboral a la IPS que atiende al afiliado, la cual fue modificada en el año 2005 por el artículo 52 de la Ley 9627/2005, anti-trámites <sup>(13)</sup>, estableciendo que ya no era competencia de la IPS la calificación de origen del accidente o de la enfermedad laboral sino que le corresponde al Instituto de Seguros Sociales, a la AFP, ARL, compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y a las EPS, determinar en

una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral (PCL) y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las JRCI dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la JNCI, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

Otras normas de gran importancia en lo relacionado al sistema general de riesgos laborales encontramos: a) Decreto 1771 de 1994 que reglamenta los reembolsos entre las ARL y las EPS <sup>(14)</sup> y b) Resolución 681 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se adopta el formulario único de reembolso entre las EPS y las ARL <sup>(15)</sup>.

A nivel internacional se encuentran diferentes conceptos de enfermedad laboral, reglamentados por la ley de cada país. La mayoría de los países cuentan con un cuadro o tabla de enfermedades laborales y otros tienen la relación de causalidad o mixto: una tabla de enfermedades profesionales y la relación de causalidad. Colombia se encuentra en la teoría mixta de 42 categorías de enfermedades laborales y la relación de causalidad conforme lo determina el Decreto 1832 de 1994, es una teoría compleja (responsabilidad objetiva, presunción de legalidad y la relación de causalidad) donde tres mecanismos de protección legal y varias teorías se unen para establecer a favor del trabajador todos los supuestos legales para que una enfermedad que tenga relación con el trabajo sea considerada como de origen laboral <sup>(16, 17)</sup>.

Vale la pena aclarar que las enfermedades que afectan a los trabajadores son de dos tipos: enfermedad común y enfermedades asociadas a la actividad del trabajo o al medio laboral. En la actualidad en Colombia la enfermedad laboral está definida en el artículo 4 de la Ley 1562 de 2012 como “*toda enfermedad contraída*



*como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El gobierno nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideren como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral, conforme a lo establecido en las normas legales vigentes”<sup>(18)</sup>.*

La Ley también hace una amplia definición de accidente de trabajo, considerando a todo AT como *“todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o muerte.*

*... durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.*

*... durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.*

*... durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.*

*... por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión”<sup>(18)</sup>.*

Esta ley modifica el sistema de riesgos laborales y dicta otras disposiciones en materia de salud ocupacional como por ejemplo:

- Amplía la cobertura del Sistema de Riesgos Laborales a trabajadores independientes con contrato formal de prestación de servicios superior a un mes, y de aquellos trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo, en este caso el pago de sus aportes también será por cuenta

del empleador, tal y como ocurre con los trabajadores dependientes.

- Define beneficios para el trabajador en cuanto a las prestaciones económicas que antes se prescribían después de un año, ahora lo harán pasados tres años. Las incapacidades temporales pagadas deberán indexarse con base en el índice de precios al consumidor establecido por el DANE y se le asegura al trabajador el pago de sus prestaciones económicas, aun cuando el origen de su accidente o enfermedad esté en controversia.
- Se generó un mayor compromiso por parte de las administradoras:
  - A nivel empresarial implementando el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, anteriormente llamado Programa de Salud Ocupacional.
  - A nivel de las ARL generando un informe detallado de los programas y resultados obtenidos en las empresas afiliadas al Ministerio del Trabajo de manera periódica y por medio normativo, encomendando la tarea del fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención en las pequeñas y medianas empresas.
- En cuanto a las juntas de calificación, exige más eficiencia y mejoramiento en el funcionamiento de éstas. Esta ley constituye a las juntas calificadoras como personas jurídicas de derecho privado, sin ánimo de lucro, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales, cuyas decisiones son de carácter obligatorio y solo pueden ser controvertidos ante la justicia laboral ordinaria. Adicionalmente, estarán sujetos al control disciplinario y fiscal de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, respectivamente <sup>(19)</sup>.

A continuación, teniendo en cuenta el marco legal antes descrito, se describirá el proceso de calificación de origen de la enfermedad en Colombia.

Las EPS, así como los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben cumplir con un sistema de normas, requisitos y procedimientos indispensables para la calificación del origen de los eventos de salud; para garantizar a los trabajadores dependientes, independientes y del sector informal de la economía, la idónea calificación del origen de los eventos de salud.

La calificación de origen de los eventos de salud se hace bajo un soporte técnico con información referente a la exposición de factores de riesgo ocupacional, la historia clínica ocupacional, así como los sistemas de vigilancia epidemiológica y el reporte de los eventos de salud, provenientes de los centros de trabajo y de la información de los trabajadores independientes y del sector informal de la economía y de las ARL, como lo establece el artículo 194 del Decreto 1122 de 1999 <sup>(20)</sup>.

Las EPS deben expedir una reglamentación interna y disponer los ajustes indispensables con el propósito de garantizar el desarrollo y puesta en funcionamiento del proceso de calificación y el registro del origen de los eventos de salud, con base en lo establecido en el Decreto 1122 de 1999, el capítulo IV de la presente resolución, en la Resolución 2546 de 1998 y demás normas legales vigentes <sup>(20, 21)</sup>.

El primer paso en el proceso de calificación está dado por la IPS que a través de su médico establece de forma inicial un indicio de probable enfermedad laboral.

La IPS que atiende al afiliado, deberá informar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del AT o al diagnóstico de la enfermedad laboral, a la EPS y a la ARL a las cuales aquel se encuentre afiliado, artículo 6 Decreto 1295

de 1994 <sup>(11)</sup>; en estas instancias el médico laborar, quien confirma la sospecha diagnóstica de enfermedad laboral, procederá a emitir cartas hacia la empresa y a partir de allí se tendrán 10 días hábiles para enviar los soportes escritos correspondientes por parte de la empresa. En este momento la EPS inicia el proceso de recobro de los servicios asistenciales a la ARL.

Una vez emitida la calificación en primera oportunidad por cualquiera de las tres entidades: EPS, ARL o AFP, inicia el proceso de calificación en segunda instancia, dicha calificación puede coincidir o no con la calificación realizada en primera oportunidad. Cuando no surge controversia, el proceso debe seguir su curso y la ARL debe reconocer y pagar las prestaciones asistenciales a la EPS y las prestaciones económicas al trabajador, artículo 6 Decreto 1295 de 1994 <sup>(11)</sup>, cuando se acepta la enfermedad de origen laboral o accidente de trabajo.

Cuando surge una controversia sobre la calificación del origen se debe iniciar un proceso de discusión técnica entre representantes de la EPS y de la ARL, con el objetivo de dirimir dicha controversia, artículo 12 Decreto 1295 de 1994 <sup>(11)</sup>. En caso de no llegar a un acuerdo se debe acudir a la segunda instancia, las cuales están representadas por las Juntas de Calificación de Invalidez (JRCI - JNCI), instancias competentes para dirimir estas controversias (artículos 41 y siguientes de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos). Ocurriendo el caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación en primera oportunidad, deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días hábiles siguientes y la entidad deberá remitirlo a las JRCI dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, cuya decisión será apelable ante la JNCI, la cual decidirá en un término de cinco (5) días <sup>(26)</sup>. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales. Las controversias que se susciten en relación con los dictámenes emitidos por las juntas de calificación de invalidez, serán dirimidas por la justicia laboral ordinaria de conformidad con lo previsto en el Código de Procedimiento Laboral, mediante

demanda promovida contra el dictamen de la junta correspondiente, artículo 40 del Decreto 2463/01 <sup>(12)</sup>.

Cada una de las citadas entidades, así como la junta integrada por las EPS y ARL, contarán con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para cumplir el procedimiento descrito y comunicar su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados, artículo 40 del Decreto 2463/01 <sup>(12)</sup>.

**Gráfico 1.**

**Ruta Proceso de Calificación de Contingencia de Evento**



Por otra parte buscando evaluar la gestión de las EPS con relación al proceso de calificación en Colombia el Ministerio de la Protección Social presentó dos informes de enfermedad laboral, el primero en el año 2001 – 2002 <sup>(23)</sup>, el cual

diseñó un plan de trabajo con el objetivo de incrementar el diagnóstico y prevenir las enfermedades laborales más frecuentes en el país, además de evidenciarse importantes falencias relacionadas con el reporte de la enfermedad laboral.

Este informe hizo evidente el sub-diagnóstico y sub-registro de las enfermedades laborales en Colombia, fenómeno que se explicó por diversos factores, entre ellos: a) la carencia de formación de los médicos en temas de medicina del trabajo; b) el escaso nivel de información de los trabajadores con respecto a los riesgos ocupacionales, los daños potenciales a su salud, sus deberes y derechos; c) el poco desarrollo de los programas de salud ocupacional de las empresas; y d) las dificultades en la interacción técnico – administrativa entre las entidades de la seguridad social.

Con respecto a la interacción entre EPS y ARL se pudieron observar dos aspectos; el primero de ellos fue sobre la magnitud y la evolución de las controversias. Del total de casos calificados como de origen laboral por la EPS, 58% en el año 2000, 27% en el año 2001 y el 3% durante el año 2002 fueron controvertidos por las ARL, evidenciando una constante disminución en la controversia, lo cual puede reflejar un desarrollo conceptual y administrativo de las EPS y las ARL en la determinación de los diagnósticos de enfermedad laboral.

El segundo aspecto fue en el incremento del porcentaje de casos de enfermedad laboral en trámite, que pasó de 17% en el año 2000, a 48% en el año 2001 y 84% en el año 2002. Teniendo en cuenta esto, se determinó que las capacidades de proceso eran insuficientes para responder a la mayor demanda, por lo cual se sugirió la revisión de las interacciones entre EPS y ARL, garantizando una respuesta más ágil y oportuna al trabajador.

De las anteriores cifras se plantearon interrogantes relacionados con el seguimiento de los casos que originaban controversia; cuántos de ellos llegaban a

las juntas de calificación, cuánto tiempo demoraba el trámite entre la EPS y la ARL y cómo afectaba esto la calidad y oportunidad de atención a los trabajadores. Con lo anterior se determinó que estos interrogantes debían ser entendidos como una necesidad de trabajo más coordinado entre los sistemas de salud y riesgos laborales, mediante el cual garantizaran el derecho para el fin central de cualquier sistema de seguridad social: el trabajador <sup>(23)</sup>.

El segundo informe fue publicado entre el año 2003 – 2005 describió las tendencias de la morbilidad profesional, se rindió cuentas sobre el avance del plan de trabajo mencionado en el informe del año 2001 – 2003. En este último informe se encontró que el 68% de los casos se encontraba en trámite ante la ARL al momento del reporte durante el cuatrienio 2001 – 2004. En este mismo período encontraron cuatro EPS que se habían consolidado como casos exitosos en el diagnóstico, reporte y registro de las enfermedades laborales. Estas EPS fueron: SOS Comfandi, Sanitas EPS, Coomeva y Comfenalco Valle <sup>(24)</sup>.

La información sobre costos generados por las enfermedades laborales fue escasa. Las EPS reportaron información sobre la tercera parte de los casos de enfermedad laboral reportados durante los años 2003 y 2004. Sin embargo Fasecolda cuenta con una base de datos en la cual se muestra el costo asistencial y económico para el sistema de seguridad social en salud, cifras considerables y de importancia para el sistema.

Ambos informes concluyen la necesidad de reglamentar los procesos técnico-administrativos para el recobro entre EPS y ARL, con el objetivo de garantizar la oportunidad en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas a los trabajadores que han sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad laboral; así mismo muestran la importancia de disminuir los tiempos de calificación en las diferentes instancias, optimizar el análisis de la evolución de los casos que

generan controversia y el porcentaje de casos de enfermedad laboral en trámite en las diferentes instancias.

Con relación a las prestaciones económicas y asistenciales es importante anotar que como consecuencia del accidente de trabajo o la enfermedad laboral, el trabajador puede sufrir unas secuelas temporales o permanentes en su integridad física y mental. Para repararlas, se procura en el sistema jurídico dos tipos de soluciones: la reparación tarifada de riesgos y la reparación plena de perjuicios. La reparación tarifada de riesgos consiste en el reconocimiento de unos beneficios previamente dispuestos en la legislación, establecidos a cargo de la ARL, en proporción al daño específico que se haya causado, pero sin atender el perjuicio puramente individual de la víctima o su familia. Dentro de las características de la reparación tarifada de riesgos laborales se trata de un beneficio dispuesto en la legislación. Tales beneficios son las prestaciones asistenciales ampliamente descritos en los artículos 5 y 6 de la ley 1295/94 <sup>(11)</sup> y las prestaciones económicas consistentes en subsidios, indemnizaciones o pensiones <sup>(25)</sup>.

Existen características fundamentales entre las prestaciones asistenciales y económicas para un evento calificado de origen común (EG) y cuando se considera de origen laboral (AT – EL). Cuando el evento es de origen común, las prestaciones asistenciales a que tiene derecho el trabajador están supeditadas a períodos de carencia y limitadas al POS. Sucede lo contrario cuando el evento es de origen laboral porque la cobertura del sistema de riesgos laborales se inicia desde el día siguiente a la afiliación del trabajador, es decir, no existen períodos de carencia y los servicios de salud no están limitados a un plan de beneficios.

Lo mismo sucede con las prestaciones económicas. La incapacidad temporal derivada de un evento de origen común le da derecho al trabajador a un subsidio por el tiempo que dure la incapacidad del 66.6% del salario base de cotización, mientras que dicho subsidio es del 100% cuando el evento es de origen laboral.



Cuando el trabajador sufre una pérdida de su capacidad laboral de origen laboral entre el 5% y el 49.99%, tendrá derecho a una indemnización proporcional al daño sufrido por incapacidad permanente parcial, mientras que dicha pérdida de capacidad laboral no le da ningún derecho al trabajador cuando es de origen común. Finalmente, la pensión derivada de un evento de origen común puede ir del 45 al 54% del salario base de liquidación (SBL), siempre y cuando el trabajador haya cumplido con los requisitos exigidos en la Ley 797 de 2003, mientras que la pensión de origen laboral puede ir entre el 60 y el 75% del salario base de liquidación, e incluso llegar al 90% dependiendo del grado de pérdida de capacidad laboral del trabajador, y no está supeditada a un período mínimo de cotización. Un resumen de lo anterior descrito lo podemos visualizar en el siguiente gráfico comparativo.

**Gráfico 2. Comparativo de las prestaciones asistenciales y económicas**

DERECHOS ASISTENCIALES		
	COMÚN	PROFESIONAL
Servicios de salud	Períodos de carencia	Cobertura desde el día siguiente a la afiliación
Prótesis	Limitaciones en los derechos	Sin limitaciones
Cirugías	Limitación en el tiempo	Sin limitaciones
PRESTACIONES ECONÓMICAS		
	COMÚN	PROFESIONAL
Incapacidad temporal	66.6% SBC	100% SBC
Incapacidad permanente parcial	No derecho	Indemnización de 2 a 24 SBL
Invalidez	45 - 54%*	60 - 75% SBL

\*Debe haber cumplido los requisitos de la Ley 797 de 2003

Fuente: Ley 100 de 1993, Decreto 1295 de 1994, Ley 776 de 2002<sup>(23)</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior para garantizar a los trabajadores adecuadas prestaciones asistenciales y económicas, en caso de un accidente de trabajo o enfermedad laboral, es trascendental contar con un adecuado proceso de

calificación de origen de la enfermedad que cumpla con la normatividad de tipo legal en las diferentes instancias involucradas en dicho proceso de calificación.

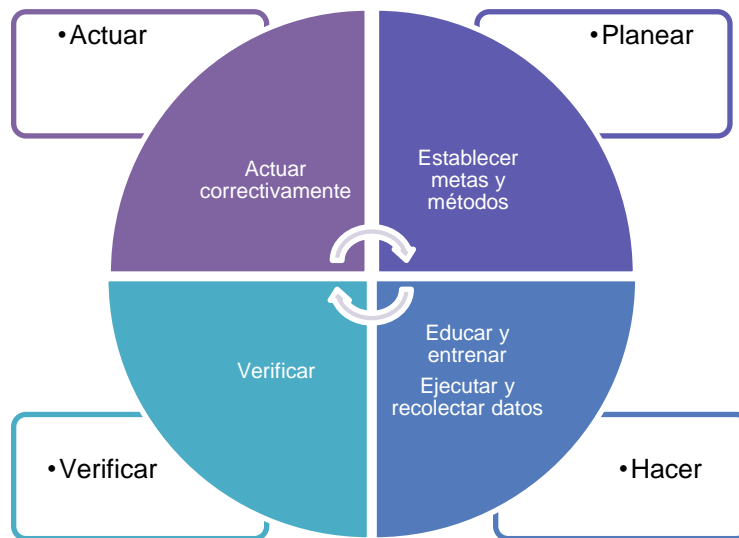
El proceso de calificación del origen de los eventos de salud de los trabajadores formales afiliados al sistema de riesgos laborales y su posterior recobro implica una serie de interacciones técnicas y administrativas entre las EPS, los empleadores y las ARL. En Colombia no existe un estándar para este proceso de calificación, sin embargo, si se cuenta con una reglamentación legal que normatiza la participación de los actores involucrados. A pesar de la existencia de esta normatividad actual existe una gran variabilidad en los procesos instaurados en el interior de cada EPS.

Con esta problemática, se debe considerar establecer una estrategia administrativa y técnica mediante un proceso de gestión de calidad y medición en el tiempo como componentes naturales y necesarios para lograr un desarrollo exitoso de la gestión empresarial, obteniendo metas y objetivos deseados que siempre podrán ser mejorados.

El proceso de gestión de calidad de un servicio se considera una estrategia de auditoría periódica el cual se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente <sup>(27)</sup>. De esta manera se permite una integralidad del trabajo en equipo identificando fallas de la organización, aportando cambios que agreguen valor a la institución y generando un aprendizaje colectivo e individual.

El proceso de gestión de calidad que se propone en esta investigación está basado en el ciclo PHVA, que es un método gerencial básico que se aplica a una organización, a un plan estratégico, a un área o a un proceso. (ver gráfica 3)

**Gráfico 3. Ciclo gerencial PHVA**



Los pasos del ciclo PHVA son:

- Planear (P): esta fase es el eje principal donde se observa la institución en su totalidad, en su conjunto, complejidad, interacciones y procesos. Se elabora un autodiagnóstico de la institución, determinando procesos prioritarios que son objeto del programa, identificando problemas o fallas que afectan a la organización.

Se definen metas, métodos e indicadores de gestión que deben ir encaminados a implementar una cultura de autocontrol, de adopción de acciones preventivas y de seguimiento, para evidenciar problemas de calidad, brechas de desempeño y constatar aplicación de guías, normas y procedimientos de acuerdo con referentes legales y de calidad.

También se debe contemplar la organización de los equipos, es decir la estructura organizacional y recursos logísticos como son sitios de

reuniones, cronograma de reuniones, materiales, equipos y manejo de la documentación, entre otros.

- Hacer (H): en esta fase se analiza el propósito e identidad de la auditoría en el marco del proceso y sistema del que hacen parte, para establecer si en efecto cumple con los objetivos para los cuales fue creado. Se recoge la información utilizando informes estadísticos, entrevistas, diálogos, comunicación. Se ven los procesos de cambio y no solo la relación causa-efecto.

Es de vital importancia que se trabaje en desarrollar la estandarización de procesos, que en otras palabras, es el conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un programa, puesto que constituye un mecanismo de formalización y documentación de los procesos que han sido mejorados, es decir, de aquellos que constituyen el núcleo vital del conocimiento de las organizaciones o unidades administrativas.

- Verificar (V): esta fase muestra cómo los actos pueden reforzarse o contrarrestarse entre sí, para fortalecer la cultura del autocontrol, para estructurar el plan de mejoramiento de los procesos y establecer si se requieren recursos para la ejecución de éste. También deben retroalimentar la capacidad de aprendizaje. La verificación debe considerarse una función de un sistema que hace posibles la auto-interpretación, la auto-intervención y el auto-diseño.

Los resultados de un proceso de gestión pueden ser verificados a través de indicadores de gestión y estándares de referencia. Los indicadores y estándares no sólo salen de la práctica, sino que también deben antecederlos todo un sistema organizacional, para que el resultado sea real.

Un indicador es la relación entre variables cuantitativas o cualitativas que permiten observar la situación y las tendencias de cambios generales en el objeto o fenómeno observado, con relación a las metas y objetivos previstos e impactos esperados. De esta forma los indicadores son instrumentos valiosos para el sistema de control integral de gestión y administración. En otras palabras un indicador de gestión es la medida del logro, con lo cual se mide la gestión.

Por consiguiente, estos indicadores de gestión son parámetros con los cuales se puede medir, comparar, analizar, verificar, monitorear, controlar y proyectar variables operacionales en las distintas actividades de la empresa, convirtiéndose práctica herramienta para desarrollar las actividades con el mejor método, el más económico y en un determinado tiempo. Estos indicadores deben ser disidentes y claros, de esta forma la actuación de quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones, lo harán en forma instantánea y proactiva.

Los atributos de una buena medición bajo indicadores de gestión consideran:

- ✓ Pertinencia: es la utilidad, define que se hace con la información.
- ✓ Precisión: es el reflejo de la magnitud de lo que se quiere analizar y corroborar por medio de un instrumento de medida.
- ✓ Oportunidad: es la información para hacer una adecuada toma de decisiones.
- ✓ Continuidad: es la posibilidad de mantener esta medición en el tiempo.
- ✓ Economía: es la justificación de costos y gastos.

La construcción de un indicador se basa en los siguientes ítems:

- ✓ Determinar el proceso que se desea medir, qué se hace, cómo se hace y cuál es su propósito.
- ✓ Definir qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica, el costo.
- ✓ Definir el tipo de indicador por utilizar, de estructura o eficacia (requerimientos establecidos), de proceso o eficiencia (utilización de los recursos) y/o de resultado o efectividad (logro del propósito).
- ✓ Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo.
- ✓ Definir un plan de seguimiento y monitoreo de indicadores.

El estándar de referencia es un parámetro o valor de referencia que sirve para guiar la acción, controlar avances, verificar resultados, evaluar medios y fines. El estándar representa lo esperado en condiciones normales, lo cual, es una manera de expresar las metas de su operación, labor, tarea o actividad sobre una base de comportamiento en el tiempo.

- Actuar (A): es la fase de comprobación del cumplimiento a la implementación de las mejoras, estimándose los efectos favorables como la disminución franca de la ocurrencia del evento adverso. Esto permite un aprendizaje organizacional e individual. El aprendizaje en equipo es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un equipo para crear los resultados que sus miembros realmente desean. <sup>(27)</sup>

## **4.2 MARCO CONTEXTUAL**

### **4.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA RUTA DE CALIFICACIÓN EN LA EPS**

Es el conjunto de procedimientos, normas y requisitos que ejecutan las instituciones, entidades y personas integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar al trabajador, la idónea calificación del origen de los eventos de Salud en contingencia EG, EL, AT.

En la consulta general, especializada o por el médico notificador se detecta el indicio de una enfermedad de origen laboral, posterior a lo cual se realiza la remisión o notificación clínica o automatizada a la dependencia de Medicina Laboral, en la cual se efectúa el procedimiento de calificación de origen del evento.

La calificación de origen por parte de la EPS puede tener tres contingencias:

- ✓ Enfermedad profesional
- ✓ Accidente de trabajo
- ✓ Enfermedad general

La EPS dentro de los requerimientos para la realización del proceso de calificación solicita la información pertinente al empleador, mediante los formatos unificados a nivel nacional para tal efecto. Posteriormente, con la información recopilada, se procede hacer el estudio del caso y a la definición del origen, cuya decisión final debe tener el visto bueno del jefe de Medicina Laboral.

El diagnóstico de origen de la enfermedad por la EPS se hace dentro de los términos establecidos por la norma, decreto 2463 del 2001 artículo 6<sup>(12)</sup>, la cual se

define como 30 días desde la fecha de recepción de solicitud de soportes a la empresa.

El área de Medicina Laboral es la responsable del archivo y custodia de la historia clínica y documentos que soportan el diagnóstico de la enfermedad laboral.

Cuando otra entidad como la ARL o AFP del sistema general de seguridad social acepte un evento AT-EL, definiendo que no existe secuelas, la jefatura regional garantizará la revisión del caso para descartar que exista una secuela con diferente diagnóstico no calificado, o no exista un antecedente de enfermedad laboral o con causalidad con una enfermedad general; garantizando la calificación de origen de los diagnósticos encontrados.

Medicina del trabajo califica el origen de los eventos facturados, en los cuales la IPS soporta el indicio del origen AT en la versión del usuario. Esta versión se sustenta sobre el documento EPS-FT-682 Versión libre del trabajador evento AT, el cual será diligenciado únicamente por las áreas de contacto administrativo (Ej.: Auxiliares sala SIP, Barra) o la información consignada en la historia clínica por médicos que atiendan al usuario.

Una vez la EPS realiza la calificación de origen de la enfermedad se debe notificar este concepto a los interesados, tales como, ARL, AFP con copia al trabajador, IPS de atención primaria y la empresa, asegurando la notificación personal al usuario y por correo certificando fecha de recibido en copia original dirigido a la empresa, ARL, AFP, IPS.



#### **4.2.2 MEJORAS REALIZADAS AL PROCESO DE CALIFICACION**

La EPS bajo una nueva coordinación a partir del año 2008, hizo un estudio de la estrategia utilizada para la calificación de enfermedad profesional por parte de medicina laboral que se venía implementando hasta ese momento. Después de recolectada la información, identificadas las falencias y el planteamiento de los objetivos de mejora, se procedió a trabajar en un modelo gerencial basado en el ciclo PHVA para el proceso de calificación de origen de la enfermedad.

Este concepto del ciclo PHVA aplica en todos los niveles de la organización, procesos estratégicos de alto nivel, tales como la planificación de los Sistemas de Gestión de S.O, y actividades operacionales simples llevadas a cabo como una parte de los procesos de Medicina Laboral de la EPS.

- ❖ La Planeación se orientó desde el direccionamiento estratégico, estableciendo objetivos y métodos necesarios para obtener resultados de conformidad con las políticas de la empresa. Se plantearon objetivos relacionados con:
  - Aumentar la cobertura de atención en salud por parte del personal médico, teniendo en cuenta el aumento de la población afiliada.
  - Definir las condiciones técnicas de calificación (elaboración de una ruta de atención).
  - Rediseñar la documentación utilizada en el proceso de calificación de origen de la enfermedad.

- Unificar la información del proceso de calificación de origen, en sus diferentes instancias a nivel nacional.
- Disminuir los tiempos de calificación en las diferentes instancias del proceso

Para lo anterior se definió la metodología de trabajo de la siguiente manera:

- Aumento del personal para una mejor cobertura: se definió un médico laboral con 8 horas por 50 mil cotizantes y el cargo de un auxiliar de salud con 8 horas por 60 mil cotizantes.
- Replanteamiento de la estructura organizacional:  
Gerenciamiento nacional: jefe nacional y analista nacional.  
Gerenciamiento regional, con distribución en 6 zonas: jefes regionales, que tienen a cargo a los médicos laborales, auxiliares y personal encargado.
- Rediseño de la documentación utilizada en el proceso de calificación de origen de la enfermedad.
- Sistema de información con la recolección de datos por medio de una base de datos en Excel y llevada y alimentada por cada regional.
- Estandarización de los procesos de calificación, con el fin de mantener la información fidedigna de los casos calificados y en seguimiento.

- ❖ En el Hacer se buscó la consecución de un proceso con un nivel alto de calidad, para lo cual se buscó el desarrollo estandarizado del proceso y la adopción de mecanismos que procuraran un mejoramiento continuo. Teniendo en cuenta que en el período previo a la implementación de este proceso no se contaba con unas directrices organizacionales claras.

Con lo anterior se fortalece la figura del jefe nacional a quien le reporta un analista nacional, el cual se encarga de la recopilación de la información por regional, que alimenta la base de datos de todo el sistema nacional. Se genera una responsabilidad en auxiliares en el manejo de casos y captación de pacientes, además de alimentar la base de datos por regional. Todo esto migra de manera automatizada al sistema nacional

La empresa cuenta con la certificación de la ISO 9000, en donde se asegura capacitación regional y nacional de la implementación y operación del nuevo modelo gerencial.

Para la estandarización del proceso de calificación de origen de enfermedad se elaboró una norma en la cual se describe la ruta de atención y se especifican las condiciones técnicas de calificación, con estandarización no solo del proceso sino también de los formatos y documentación requerida legalmente.

Para la unificación de la información del proceso de calificación de origen de la enfermedad, a nivel nacional se diseñó una base de datos consolidada para el seguimiento adecuado de los casos en las diferentes instancias. Se elaboró, para tal manejo de la base de datos una norma que detalla el diligenciamiento de la información. Esta base de datos es manejada por un personal capacitado previamente.

La estructura de la base de datos se diseñó teniendo en cuenta lo reglamentado en el artículo 52 de la ley 962, en referencia al procedimiento de calificación de origen; la información necesaria para recopilar la información del informe que se debe enviar al Ministerio de Protección Social se hace de acuerdo a la Resolución 1570 de 1999 “por la cual se establecen las variables y mecanismos para recolección de información del Subsistema de Información en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones”.

Se estableció que la información contenida debe ser sólida y estar soportada en documentos físicos, que de acuerdo al estadio del caso se debe diligenciar la totalidad de variables, revisando la coherencia de la información, la clasificación de estados y definición de cierres, cuya decisión se debe consultar con los Jefes del área.

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos se implementaron diferentes planes para la consecución de los mismos. Para el Aumento de la cobertura de atención en salud por parte del personal medico, teniendo en cuenta el aumento de la población afiliada, se generaron plazas, según lo esperado por población, teniendo como estándar que por cada 50 mil pacientes debía haber un médico laboral por 8 horas.

- ❖ En la Verificación, se definieron procesos de auditoría a nivel regional y a nivel nacional. En las auditorías regionales se revisan los casos y la información bien diligenciada en la base de datos. En las auditorías nacionales, que le corresponde al jefe nacional, se identifican casos para intervenirlos.

Las herramientas utilizadas son:

1. Auditoría nacional, realizada por el jefe nacional, el ingeniero de procesos y el jefe regional, por medio de un formato de visita oficial (formato Madurez, Estandarización, Proceso Medicina Laboral), el cual se aplica anualmente.

Al hacer las bases de datos permite elaborar un modelo de auditoria a la información registrada por cada regional. Siempre maneja el mismo evaluador y los mismos criterios de evaluación.

Ver Anexo B.

2. Auditoría de la implementación del proceso de medicina laboral. En cada regional se cuenta con un instructivo, el cual se desarrolla con cada jefe en las visitas que se hacen. Este instructivo fue diseñado por el actual gerente nacional, donde están la descripción de los procesos.

Esta evaluación se hace anual con el objetivo de verificar en cada regional como esta la implantación, revisando los datos por parte del jefe nacional.

3. Auditoría interna por las auxiliares regionales: se hace una revisión y evaluación del trabajo por regional con respecto a la alimentación de la base de datos.

4. Definición anual del Plan de Direccionamiento Estratégico y Tabla de Proyección de Costo Evitado: es un ejercicio de planeación, definición de metas y de indicadores.

5. Revisión de indicadores de cumplimiento de los procesos: se revisa el cumplimiento de metas bajo unos indicadores determinados mensualmente, relacionándolos con el seguimiento de casos y cierre del ciclo. Este análisis va a un informe de gestión que se evalúa desde la

gerencia en conjunto con los jefes regionales (Formato Informe Cierre de Ciclo Medicina Laboral). Ver anexo A.

El informe de cierre se califica con un semáforo por regional, en donde por colores se permite identificar fácilmente a quién se debe intervenir por no cumplimiento

6. El informe de gestión: es un informe que se hace mensualmente donde están los indicadores estratégicos y donde el jefe debe hacer un análisis de resultados y de la gestión de cada jefe en cada regional. Este informe de gestión llega a la dirección de calidad y a la alta gerencia de la EPS.
7. Modelo de capacitación e-learning: es un modelo de capacitación a ciertos grupos orientados al aprendizaje permanente de los procesos y normas de trabajo.
8. Evaluación de desempeño a los médicos: existen indicadores individuales, por médico, de productividad. Además de esto se hace seguimiento a la productividad y a los indicadores de gestión de los médicos.

En el presente estudio se buscó elegir indicadores confiables, simples, objetivos y fáciles de comprensión, entendimiento y manejo, de esta forma en caso de plantearlos para análisis posteriores su seguimiento o supervisión se podrá realizar con la frecuencia adecuada y así tomar medidas correctivas si fuere necesario.

Teniendo en cuenta lo anterior los indicadores de gestión que se seleccionaron para el presente estudio son:

- Indicador de Eficiencia: determina la buena calidad que ofrece una acción, optimizando factores, recursos y elementos (lo mejor de sí). Para el presente estudio es la optimización del recurso tiempo medido en las diferentes instancias del proceso de calificación.
- Indicador de Eficacia: determina la utilidad óptima de una acción (hacerlo adecuadamente). Para el presente estudio es la disminución de las controversias entre la decisión de contingencia en primera oportunidad y la decisión de la contingencia final ya sea por la ARL o Juntas de Calificación.

Estos parámetros medibles permitirán valorar, analizar y verificar variables operacionales en las distintas etapas y actividades relacionadas con los estándares establecidos en el proceso de calificación de origen de la enfermedad en la EPS.

Para el presente estudio se cuenta con estándares de referencia planteados a partir de la normatividad legal relacionada con el tiempo de calificación de origen de la enfermedad por parte de la primera instancia, EPS, ARL o AFP según el caso, estableciéndose que el tiempo de emisión de la calificación de origen de la enfermedad debe ser máximo de 30 días (Decreto 2463/01<sup>(12)</sup> artículo 6), sin embargo la EPS estudiada lo reglamenta a 50 días hábiles. Los otros estándares se relacionan con los objetivos y metas establecidos por la empresa en el tiempo.

La EPS estudiada busca llegar a una efectividad del 90% en la definición de la contingencia del evento, reduciendo al 10% los probables casos de controversia.

- ❖ En el Actuar, se ajustan las variaciones y desviaciones y se identifican las brechas, elaborándose un plan de acción anual.

En los ajustes se logró la contratación directa de los médicos laborales, que antes era por oferta mercantil.

Cada año se hace la evaluación con los métodos y se asegura la implementación en cada regional ajustándose a las condiciones de las regionales, sin embargo el modelo de trabajo y metas es igual en todo el país; siendo importante la aclaración puesto que no hay procesos ni estandarización de éstos distintos en cada regional.

En resumen, se concluye que los grandes cambios técnico-administrativos que se presentaron a partir del 2008 fueron:

- Implementación de un modelo estratégico: direccionado por el ciclo gerencial PHVA como una estrategia de mejora continua orientado al desarrollo programas específicos de mejoramiento bajo metas y métodos claros de trabajo, con evaluación y seguimiento periódico de estas implementaciones.
- Diseño de la estructura organizacional: basada en una descentralización del manejo de las áreas de medicina laboral en todo el país, es decir, se mantiene una figura de jefe nacional y coordinadores regionales distribuidos en 6 zonas quienes reportan al jefe regional. Cada regional cuenta con un coordinador a quien le reportan los médicos laborales, personal auxiliar administrativo debidamente capacitado para esta estrategia.
- Generación de indicadores de gestión: indicadores que permiten evaluar el desarrollo de los programas y de la metodología establecida comparando el valor esperado vs lo observado.



## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio descriptivo y analítico, comparativo de tecnologías.

Este proyecto se desarrolló en la ciudad de Cali, departamento del Valle del Cauca, Colombia, durante un período de 2 años.

Con la base de datos, se escogió la población de estudio como aquellos que tienen calificación de origen, durante dos períodos de tiempo: período 1, entre 2004 – 2007 y período 2, entre 2008 – 2011.

### **5.2 HIPOTESIS NULA**

Las modificaciones técnico-administrativas realizadas en el proceso de calificación de origen de enfermedad de una EPS de ámbito nacional en el período 2004 – 2007 no han tenido algún impacto en términos de eficacia y eficiencia comparado con el período 2008 – 2011.

### **5.3 HIPOTESIS ALTERNA**

Las modificaciones técnico-administrativas realizadas en el proceso de calificación de origen de enfermedad de una EPS de ámbito nacional en el período 2004 –

2007 han tenido algún impacto en términos de eficacia y eficiencia comparado con el período 2008 – 2011.

#### **5.4 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el área de Medicina Laboral de una EPS de ámbito nacional de la ciudad de Cali, en el departamento del Valle del Cauca.

El área de Medicina Laboral realiza, entre sus funciones, procesos de calificación de origen de enfermedad y de seguimiento de casos a los afiliados a la EPS.

#### **5.5 UNIVERSO**

El universo de estudio contó con 10.217 registros pertenecientes a una base de datos de una EPS de ámbito nacional en la ciudad de Cali.

#### **5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

##### ***5.6.1 Criterios de inclusión***

- Todos los registros a los cuales se les ha calificado el origen EG y EL y se encuentran en la base de datos con motivo de cierre, indicando que son casos cerrados, en dos períodos. 2004 – 2007 y 2008 – 2011.

##### ***5.6.2 Criterios de exclusión***

- Todos los registros que se encuentran en estudio y a los cuales no tienen motivo de cierre en la base de datos.

- Todos aquellos registros que tengan como motivo de cierre Silencio Administrativo. Ya que este motivo de cierre no implica la aceptación de las todas las instancias involucradas en el proceso.
- Presencia de inconsistencias en las fechas de calificación consignadas en la base datos.
- Aquellos registros con menos de 10 días de calificación de origen. Puesto que implica que no es creíble el dato ya que es difícil que se de el proceso de calificación de origen en menos de este tiempo.

## 5.7 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población de estudio fueron 5578 registros, obtenidos de la base de datos proporcionada por el departamento de medicina laboral de una EPS de ámbito nacional en dos período analizados, 2004 – 2007 y 2008 – 2011, los cuales cumplen con los criterios de inclusión especificados anteriormente.

## 5.8 VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
<b>Casos EL en Primera Oportunidad</b>	Indicio o sospecha de enfermedad laboral dada por el médico tratante o notificador	Cuantitativo	Numérico
<b>EL por EPS</b>	Casos calificados como Enfermedad de origen laboral por la EPS en primera oportunidad	Cualitativo	Categórico
<b>EL por ARL</b>	Casos calificados como Enfermedad de origen laboral por la ARL en primera oportunidad	Cualitativo	Categórico

<b>EL por JRCI – JNCI</b>	Casos calificados como Enfermedad de origen laboral en las JRCI - JNCI	Cualitativo	Categórico
<b>EG por EPS</b>	Casos calificados como Enfermedad de origen General por EPS en primera oportunidad	Cualitativo	Categórico
<b>EG por ARL</b>	Casos calificados como Enfermedad General por la ARL en primera oportunidad	Cualitativo	Categórico
<b>Casos calificados</b>	Número de casos en las diferentes instancias a través del proceso	Cuantitativo	Numérico
<b>Tiempos de calificación en las diferentes instancias</b>	Período en el cual se determina el origen de la enfermedad, en una determinada instancia.	Cuantitativa	Numérica
<b>Instancias de calificación</b>	Pasos del proceso de calificación de origen desde la primera oportunidad hasta el cierre de caso	Cualitativa	Categórica

## 5.9 RECOLECCION DE DATOS

### 5.9.1 INSTRUMENTO (VER ANEXO C)

- Fuente secundaria de información, constituida por la base de datos en Excel proporcionada por el departamento. de medicina laboral de la EPS. La Base de datos en su estructura maneja la siguiente distribución de datos:
  - Distribución geográfica por regionales (#6).
  - Asignación médica y citas para consultas.
  - Información de la empresa.
  - Información del usuario.
  - Información referente al diagnóstico clínico estudiado.

- Información de las instancias de calificación y PCL.
- Cierre de caso.

La digitación fue manual hasta el 2009 y posteriormente automatizada hasta la fecha.

## **5.9.2 FASES DEL ESTUDIO**

### ***FASE 1: CRITERIOS DE EVALUACION***

Establecimiento de los criterios o parámetros de evaluación de acuerdo a la normatividad legal, a las metas trazadas por la entidad para los indicadores de eficiencia y eficacia.

### ***FASE 2: ESTRUCTURA DE BASE DE DATOS***

Estructuración de la base de datos. Dentro de lo cual se evalúa la calidad de los datos contenida en ésta y se determina si requiere ajustes. Del mismo modo se seleccionaron los casos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

### ***FASE 3: DEFINICION DE INDICADORES***

Definición operacional de los indicadores de eficiencia y eficacia del proceso de calificación.

### ***FASE 4: PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS***

El procesamiento consistió inicialmente en la revisión de la información para depurar la base de datos. Posteriormente se analizó la información con las funciones del programa Excel.

Para el análisis univariado se emplearon distribuciones porcentuales en el caso de variables categóricas y medidas de la tendencia central y variabilidad para variables numéricas. Se construyeron gráficos de tendencia para observar la variabilidad en el tiempo de los indicadores del estudio.

Para la realización de las comparaciones de los períodos 1 (2004 – 2007) y período 2 (2008 – 2011) del proceso se utilizaron las pruebas de significancia estadística según el nivel de medición de las variables y cumplimiento de los supuestos estadísticos para su aplicación como prueba t (variables numéricas) y prueba z para diferencia de proporciones o chi-cuadrado.

En el caso de no cumplimiento de los requisitos para su aplicación, en las variables categóricas, se utilizaron las pruebas estadísticas no paramétricas. Se estableció un nivel de significación estadística a priori  $\alpha = 0,05$ .

El plan de procesamiento y análisis fue supervisado por un estadístico profesional.

#### ***FASE 5: SOCIALIZACION DE RESULTADOS***

Se realizó conjuntamente con las directivas de la EPS una revisión del estudio. Adicionalmente se les informará los resultados del estudio y las recomendaciones de acuerdo a los resultados del estudio.

## **5.10 CONSIDERACIONES ETICAS**

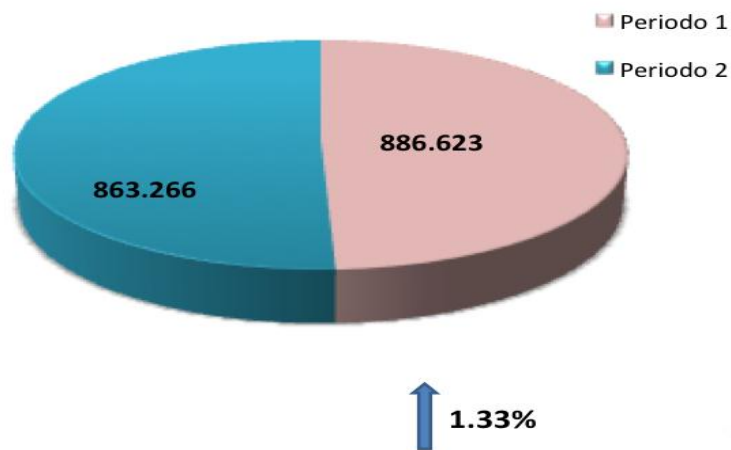
El presente estudio cumple con lo establecido en la resolución número 8430 de 1993, artículo 11 de acuerdo al cual se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo, dado que la información recolectada se obtendrá a partir de la revisión de una base de datos, guardando así la confidencialidad, de igual forma no se trataron aspectos sensitivos de la conducta del individuo.

De igual forma el presente estudio respeta el Código Internacional de Salud, al proteger la confidencialidad de los datos sobre la salud y la privacidad de los trabajadores, lo anterior se garantiza con la asignación de un código a cada uno de los trabajadores incluidos en la base de datos.

## 6. RESULTADOS

### Caracterización de la población objeto de estudio

**Grafica4. Población Cotizante Promedio por periodo**

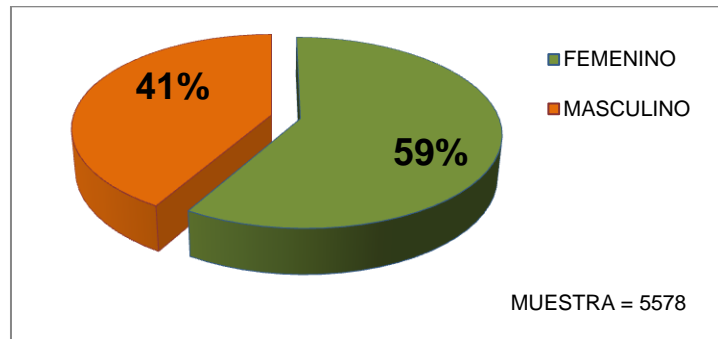


La población Cotizante Promedio , de la EPS, se mantuvo similar con un leve descenso del 1.33 % del periodo dos con relación al periodo uno; dato importante a tener en cuenta, dado que la descripción de los resultados posteriores no se justificaran por un aumento del volumen de la población cotizante del periodo dos con relación al periodo uno. Ver grafica 4.

La población objeto de estudio fue de 10.217 registros en la base de datos, de los cuales el 58.4% correspondieron al género femenino y el 41.4% al género masculino; con una promedio de edades entre los 48±10 años. Ver grafica 5.

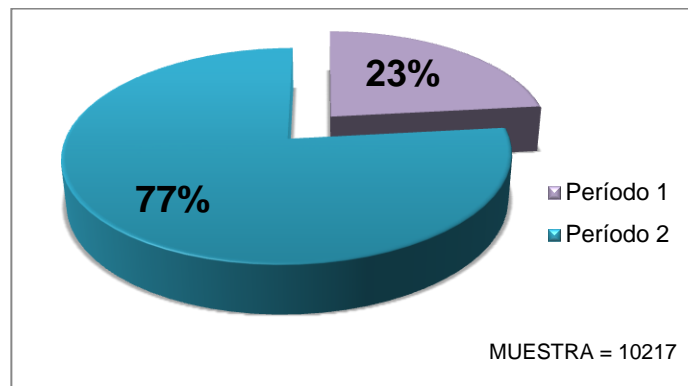


**Gráfica 5. Distribución de los registros estudiados por género**



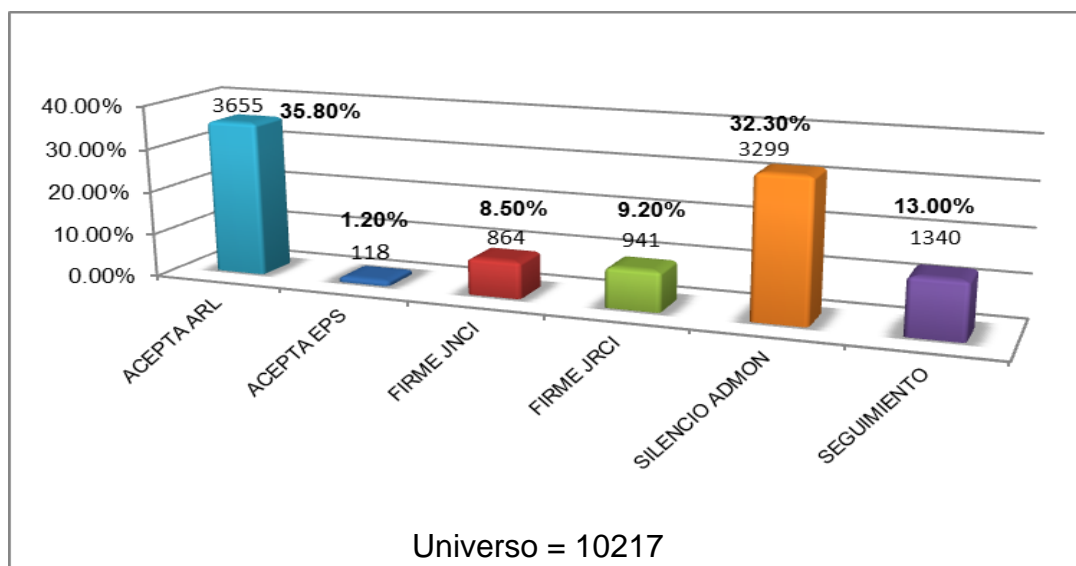
La distribución por período mostró el 23.3% (2383) de los registros en el período 1, 2004 – 2007, y el 76.7% (7834) de los registros en el período 2, 2008 – 2011. Ver grafica 6.

**Gráfica 6. Distribución de los registros por períodos de estudio**



El motivo de cierre más frecuente fue por ARL con el 35.8%, seguido por Silencio administrativo 32.30%. Ver grafica 7.

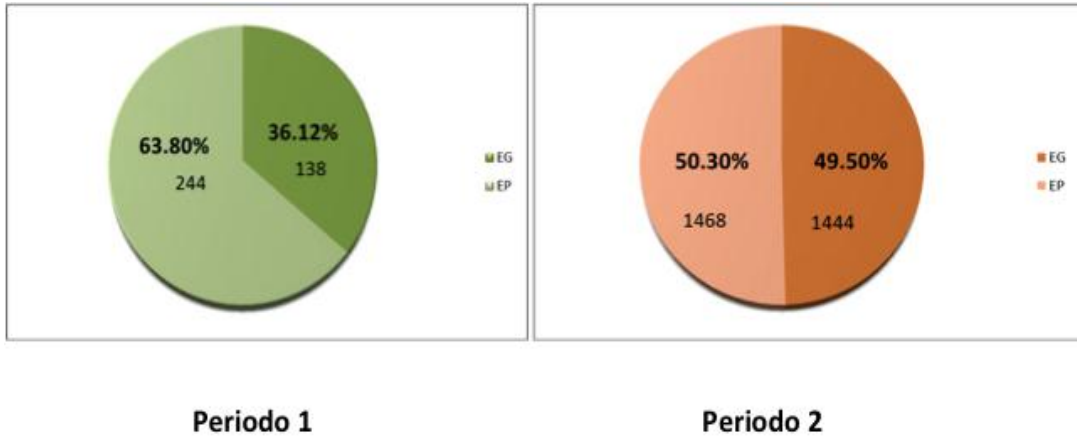
**Gráfica 7. Distribución del universo por Motivo de Cierre**



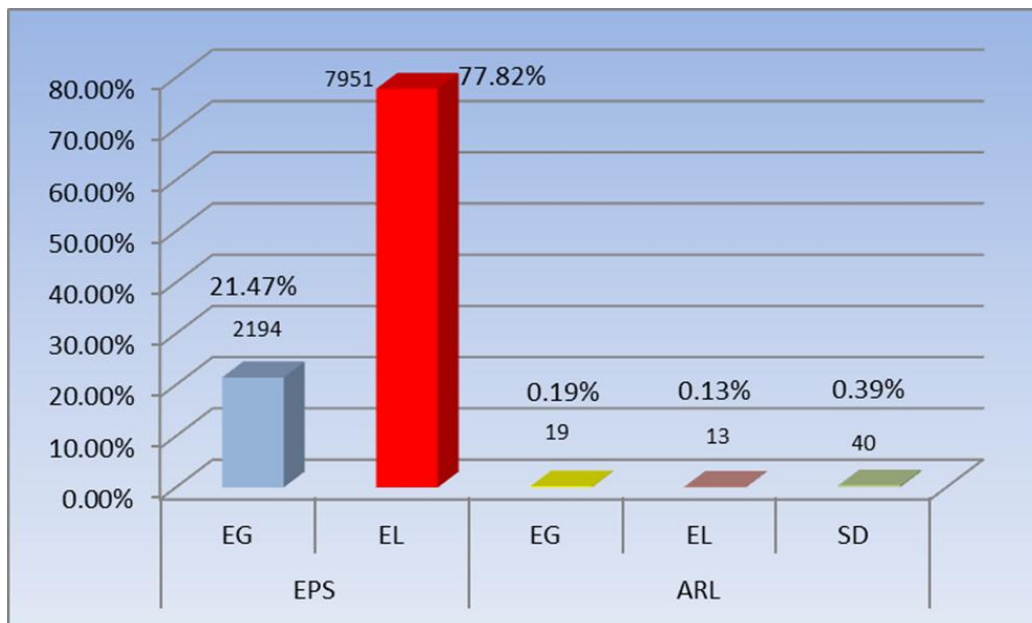
El motivo de cierre más común fue el correspondiente a aceptación de ARL, con un 35.8% de los 10.217 registros, lo cual muestra una mayor concordancia y asertividad de la calificación de origen por parte de la EPS con respecto a la determinada por la ARL. Esto estaría definido en el concepto de una mayor eficacia de la EPS en el proceso de calificación.

La figura de Silencio Administrativo, como motivo de cierre con el segundo porcentaje mas alto, represento un porcentaje similar para contingencia EG Y EL en ambos periodos. Lo cual evidencia como esta estrategia administrativa fue de gran impacto para disminuir el numero de casos en tramite en las diferentes instancias , uno de los planteamientos que hace el plan nacional de desarrollo 2014-2016. Ver grafica 8.

**Grafica 8. Distribución de los registros por Silencio Administrativo**



**Gráfica 9. Definición de contingencia en primera oportunidad EPS y ARL**



Universo: 10217

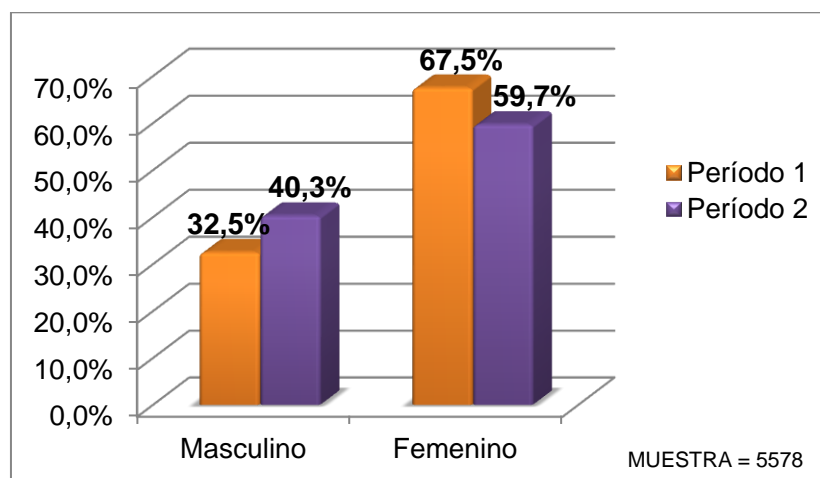
En la calificación de origen de la enfermedad en primera oportunidad se obtuvo:

- En la EPS la contingencia con mas casos fue EL con 77.82% registros.
- 
- En la ARL la contingencia con mas casos fue EG con 0.19% registros, lo cual muestra que en primera oportunidad las ARL califican en un muy bajo porcentaje. A su vez se evidenciaron un 0.39% de registros (40 casos) que no tienen contingencia de calificación por EPS ni ARL pero se ubican en las juntas de calificación. Ver grafica 9.

En cuanto a las instancias, en junta regional el 52.9% de los casos fueron EL, en junta nacional fue EG con el 52.9%.

El análisis por período mostró que hubo mayor registro para el género femenino en ambos períodos (67.5% y 59.7%). Ver grafica 10.

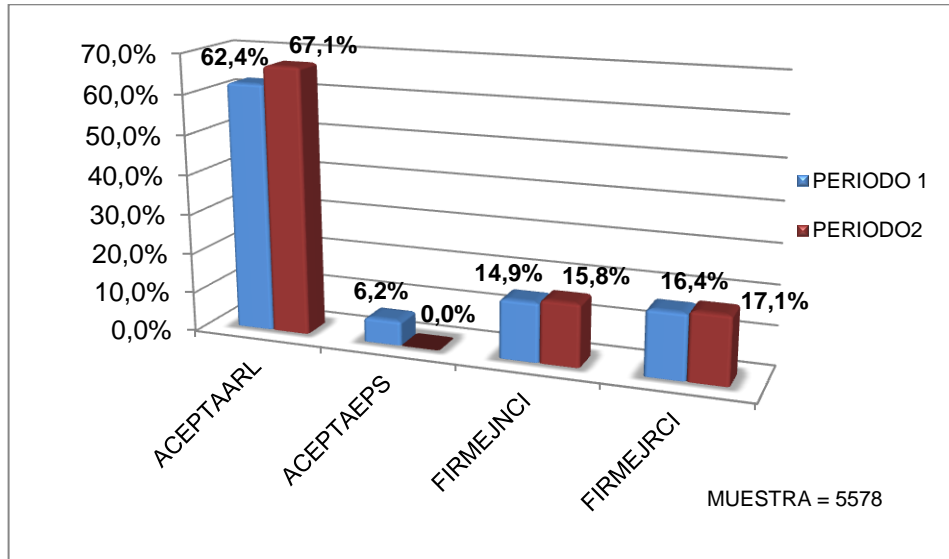
**Gráfica 10. Distribución de género por períodos estudiados**



Los casos cerrados fueron mayores en el período 2 (3,704).

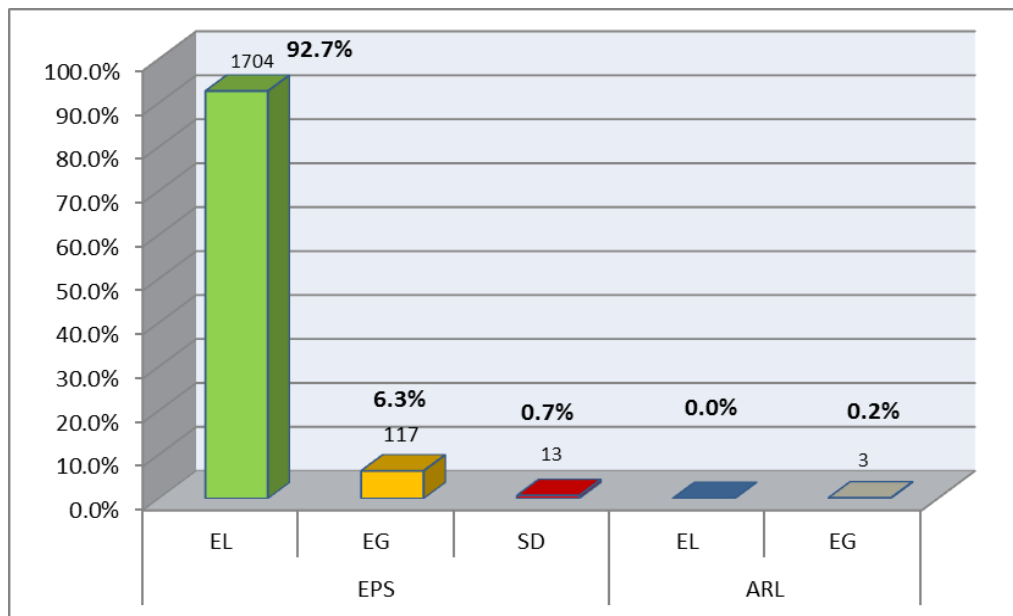
El motivo de cierre que tuvo el mayor porcentaje de registros en ambos períodos fue ACEPTA ARL (62.4% y 67.1%). Ver grafica 11

**Gráfica 11. Motivos de cierre por período estudiado**



En primera oportunidad, EPS y ARL, para el periodo 1 la contingencia EL tuvo el mayor porcentaje de registros 92.7%. Ver grafica 12

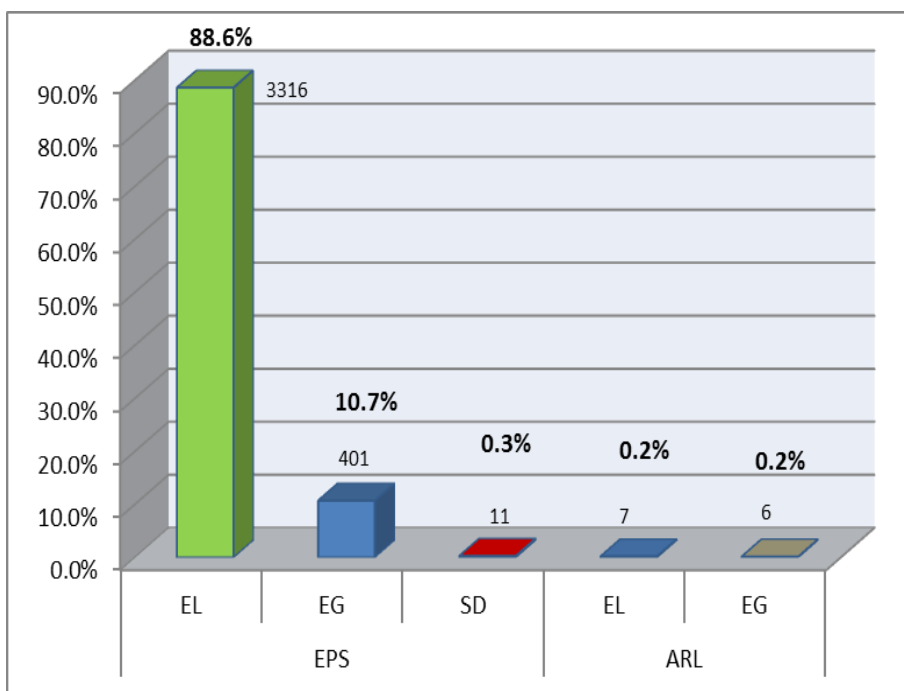
**Gráfica 12. Distribución de contingencia de enfermedad primera oportunidad periodo 1**



**1874 registros**

En primera oportunidad, EPS y ARL, para el periodo 2 la contingencia EL tuvo el mayor porcentaje de registros 88.6%. Grafica 13. Es importante notar como en ambos periodos la contingencia EL fue la de mayor porcentaje.

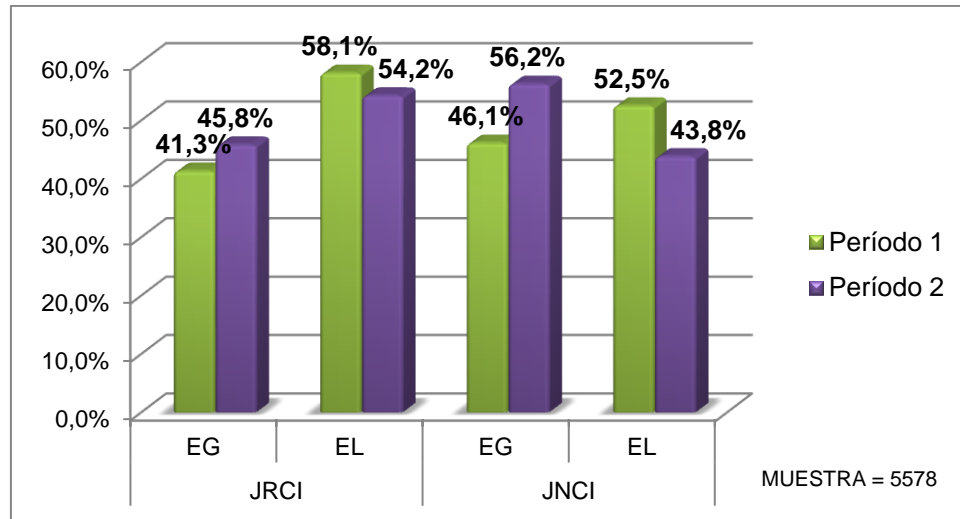
**Gráfica 13. Distribución de contingencia de enfermedad primera oportunidad periodo 2**



**3704 registros**

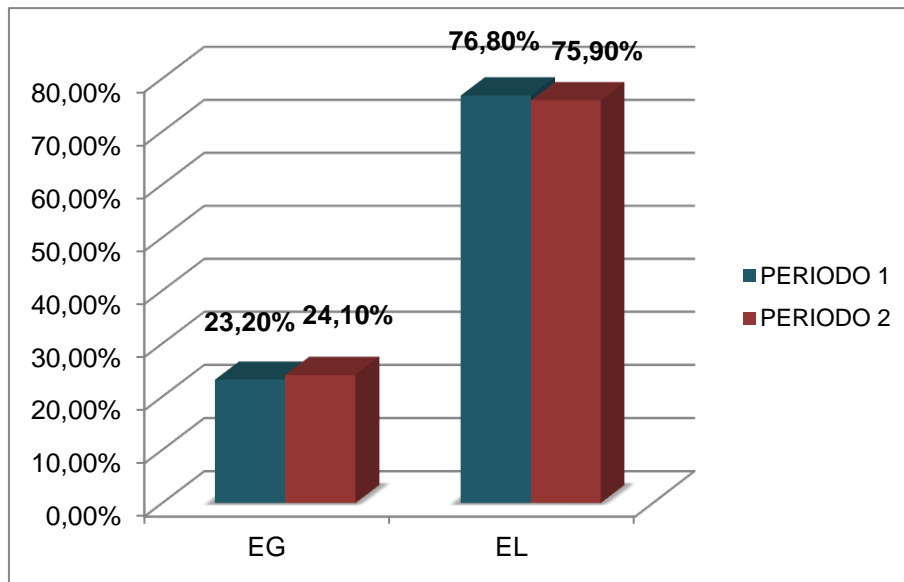
En cuanto a las instancia se destaca mayor proporción de casos en contingencia EL en junta regional (58.1% y 54.2%), al mismo tiempo que en junta nacional donde la contingencia más frecuente fue EL (52.5% y 43.8%). Ver grafica 14

**Gráfica 14. Distribución de contingencia de por período en Juntas de Calificación**



Instancia de cierre donde igualmente la contingencia de mayor frecuencia fue EL (76.8% y 75.9%). Es importante evidenciar que el aumento en la contingencia EG para el periodo dos esta justificado por una mayor identificación de la misma, como diagnostico diferencial, dado el mayor acceso de los trabajadores a la atención en busca de descartar una enfermedad laboral. Teniendo en cuenta lo anterior , no significa entonces que la EPS este perdiendo recursos identificando mas EG, dado que esto es inherente al proceso. Ver grafica 15.

**Gráfica 15. Distribución de contingencia por período en Instancias de Cierre**



## **Eficacia**

Para evaluar la eficacia se calculó el porcentaje de concordancias de los registros entre EPS y Cierre, EPS y ARL, ARL y Cierre, Junta Regional y Cierre y finalmente en Junta Nacional y Cierre, por período, para los casos cerrados independientemente si la calificación de origen inicial era EL o EG; se comparó usando un contraste de diferencias para proporciones con un 5% de significancia.

Los resultados mostraron una mayor eficacia en EPS – Cierre, es decir, hubo diferencias significativas entre la eficacia del período 1 y 2,  $p=0.041$  y EPS – ARL,  $p=0.036$ , indicando que la eficacia aumentó después de la intervención de los procesos de calificación de origen de enfermedad. Por otro lado, no se encontraron diferencias relevantes por período en ARL – Cierre, con  $p=0.822$ , Junta regional – Cierre, con  $p=0.209$  y Junta nacional-Cierre, con  $p=0.603$  (Ver tabla 1).



**Tabla 1. Eficacia general.**

Eficacia	Período				p
	2004 - 2007		2008 - 2011		
	n	%	n	%	
<b>EPS – Cierre</b>					
Concordancia	1,525	81.4	3,105	83.8	<b>0.041</b>
No concordancia	332	17.7	576	15.6	
Sin dato	17	0.9	23	0.6	
Total	1,874	100	3,704	100	
<b>ARL – Cierre</b>					
Concordancia	4	22.2	15	27.8	0.822
No concordancia	5	27.8	8	14.8	
Sin dato	9	50	31	57.4	
Total	18	100	54	100	
<b>JRCI – Cierre</b>					
Concordancia	485	89.8	1020	86.6	0.209
No concordancia	52	9.6	158	13.4	
Sin dato	3	0.6	0	0	
Total	540	100	1,178	100	
<b>JNCI – Cierre</b>					
Concordancia	280	98.6	578	99	0.603
No concordancia	0	0	6	1	
Sin dato	4	1.4	0	0	
Total	284	100	584	100	
<b>EPS – ARL</b>					
Concordancia	1301	70.1	2696	73.2	<b>0.036</b>
No concordancia	556	29.9	985	26.8	
Total	1857	100.0	3681	100.0	

Nota: diferencias significativas cuando  $p < 0.05$ . Los porcentajes son por columnas teniendo como referencia cada período.

Se evaluó la eficacia cuando la contingencia inicial fue EG y se compararon por período. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas, es decir,

cuando la calificación de origen inicial fue EG la eficacia fue la misma independiente de la intervención en el período final (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Eficacia de calificación de origen EG por período.**

Eficacia	Período				<i>p</i>
	2004 - 2007		2008 - 2011		
	n	%	n	%	
<b>EPS – Cierre</b>					
Concordancia	101	80.8	359	82.9	0.624
No concordancia	7	5.6	51	11.8	
Sin dato	17	13.6	23	5.3	
Total	125	100.0	433	100.0	
<b>ARL – Cierre</b>					
Concordancia	2	18.2	6	16.2	0.947
No concordancia	0	0.0	0	0.0	
Sin dato	9	81.8	31	83.8	
Total	11	100.0	37	100.0	
<b>JRCI – Cierre</b>					
Concordancia	199	89.2	492	91.8	0.278
No concordancia	21	9.4	44	8.2	
Sin dato	3	1.3	0	0.0	
Total	223	100.0	536	100.0	
<b>JNCI – Cierre</b>					
Concordancia	127	96.9	320	98.5	0.270
No concordancia	0	0.0	5	1.5	
Sin dato	4	3.1	0	0.0	
Total	131	100.0	325	100.0	
<b>EPS – ARL</b>					
Concordancia	15	11.8	29	8.9	0.761
No concordancia	112	88.2	296	91.1	
Total	127	100.0	325	100.0	

Nota: diferencias significativas cuando  $p < 0.05$ .

Cuando la contingencia inicial fue EL, se encontraron diferencias significativas en la eficacia por período entre EPS – Cierre, con  $p=0.024$ , donde se observa que la eficacia aumentó en un 3% en el período 2 con respecto al período 1.

**Tabla 3. Eficacia de calificación de origen EL por período.**

Eficacia	Periodo				<i>p</i>
	2004 - 2007		2008 - 2011		
	n	%	n	%	
<b>EPS – Cierre</b>					
Concordancia	1,424	80.6	2,746	83.4	<b>0.024</b>
No concordancia	325	18.4	525	15.9	
Sin dato	17	1.0	23	0.7	
Total	1,766	100.0	3,294	100.0	
<b>ARL – Cierre</b>					
Concordancia	2	18.2	9	22.5	0.894
No concordancia	0	0.0	0	0.0	
Sin dato	9	81.8	31	77.5	
Total	11	100.0	40	100.0	
<b>JRCI – Cierre</b>					
Concordancia	263	84.3	518	82.0	0.090
No concordancia	46	14.7	114	18.0	
Sin dato	3	1.0	0	0.0	
Total	312	100.0	632	100.0	
<b>JNCI – Cierre</b>					
Concordancia	146	97.3	252	99.6	0.977
No concordancia	0	0.0	1	0.4	
Sin dato	4	2.7	0	0.0	
Total	150	100.0	253	100.0	
<b>EPS – ARL</b>					
Concordancia	45	30.8	53	20.9	0.264
No concordancia	101	69.2	200	79.1	
Total	146	100.0	253	100.0	

Nota: diferencias significativas cuando  $p<0.05$ .

En cuanto a la eficacia, entendido como la asertividad en la definición de contingencia dada por la EPS en primera oportunidad con relación a la contingencia de cierre del caso, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el período 2 comparado con el período 1. Mostrando en forma general una variación en el porcentaje de concordancia de 81.4% en el período 1 a 83.8% en el período 2; y con respecto a la contingencia EL una variación de 80.6% en el período 1 al 83.4% en el período 2 como cierre del caso en la EPS.

### **Eficiencia**

Para la eficiencia de tiempos de calificación (días), se compararon las medianas por período e instancia (EPS, ARL, JRCl, JNCI y Cierre), la comparación se realizó a partir de un test no paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, ya que la variable de tiempos de calificación no cumplió el supuesto de normalidad ( $p < 0.01$ ) por lo tanto no es válido hacer las comparaciones sobre los promedios. Para la comparación de tiempos de calificación se trabajó con los casos cerrados ( $n=5,578$ ) y se excluyeron los casos donde tuvieron menos de 10 días de calificación.

Los resultados mostraron que hubo diferencias significativas por período para primera oportunidad en EPS y en las instancias, JRCl ; en contraste con primera oportunidad ARL donde no se vieron diferencias, independiente de la contingencia (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Eficiencia por período de la calificación según instancia.**

Días de estudio	Mediana		P
	2004 - 2007	2008 - 2011	
<b>Primera oportunidad</b>			
<b>EPS</b>			
EG	65	44	<b>&lt;0.001</b>
EL	53	43	<b>&lt;0.001</b>
<b>ARP</b>			
EG	196	312	0.1243
EL	255	254	0.0908
<b>Instancias</b>			
<b>JRCI</b>			
EG	382	329	<b>0.0332</b>
EL	838	325	<b>&lt;0.001</b>
<b>JNCI</b>			
EG	458	561	<b>&lt;0.1241</b>
EL	552	565	<b>&lt;0.1455</b>

Nota: diferencias significativas cuando  $p < 0.05$ .

En cuanto a la eficiencia se encontró diferencias estadísticamente significativas en el período 2 comparado con el período 1, entendiendo este indicador de gestión como el tiempo de calificación del evento a partir de la fecha de inicio de estudio del caso, por parte de la EPS, hasta la fecha de calificación de la contingencia. Los tiempos de calificación observados en el periodo uno fueron 65 días para EG y 53 días EP, mientras que el período dos se redujeron a: 44 días y 43 días respectivamente. Entendiendo que la ley referencia un tiempo de hasta 30 días para la calificación y definición de contingencia en primera oportunidad (EPS, ARL, fondo de pensiones), es valido aclarar que en la práctica la calificación depende de la obtención de diferentes documentos que hacen prolongar este tiempo de valoración, como son: historia clínica, historia ocupacional, certificado laboral, valoración de puesto de trabajo, paraclínicos y/o conceptos de especialistas.

También se observó una mejor eficiencia en los tiempos de calificación de las instancias en el período 2. En cuanto a la JRCI para EG se redujeron de 382 días

a 329 días y para EL se redujeron de 838 días a 325 días. Esta reducción del tiempo de calificación puede ser explicada por la eficiencia de calificación en primera oportunidad por parte de la EPS, además de la obtención oportuna y completa de la documentación requerida para el proceso de calificación.

De acuerdo al análisis estadístico obtenido en la comparación de las estrategias técnico administrativas de los dos periodos estudiados se podría decir que hay diferencias significativas en los indicadores de gestión con relación a EPS cierre de casos. En donde en el periodo dos 2008-2011 los indicadores de eficiencia (en términos de tiempos de calificación) y eficacia (en términos de asertividad en la definición de origen de enfermedad) fueron estadísticamente significativos en comparación con el periodo uno 2004-2007. En otras palabras, la estrategia de gestión en el período dos muestra un mayor movimiento de calificación de casos con una disminución en el tiempo de esta calificación y mayor asertividad en la definición de la contingencia.

En la tabla 5 se muestra la tasa de calificación x 100,000; según primera oportunidad, instancias y el período para las calificaciones de origen. La población promedio en el período 1, 2004 – 2007, fue 863,266 y en el período 2, 2008 – 2011, fue 886,623. Los resultados mostraron que en primera oportunidad EPS la tasa de calificación fue casi 4 veces mayor para EG en el período 2, luego de la intervención; en primera oportunidad ARL también fue mayor en casi 2 veces la tasa de calificación en el período 2 con respecto al 1.

Con respecto a las instancias la tasa de calificación en Junta Regional, Junta Nacional y Cierre siempre fue mayor la tasa en el período 2 que en el periodo 1. (Ver tabla 5)

**Tabla 5. Tasa de calificación por participación, instancia y periodo.**

Tasa/instancia x 100,000	Periodo			
	2004 - 2007		2008 - 2011	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
<b>Primera oportunidad</b>				
<b>EPS</b>				
EG	108	12.5	410	46.2
EL	1749	202.6	3271	368.9
<b>ARL</b>				
EG	7	0.8	12	1.4
EL	2	0.2	11	1.2
<b>Instancias</b>				
<b>JRCI</b>				
EG	223	26	539	61
EL	314	36	639	72
<b>JNCI</b>				
EG	131	15	328	37
EL	149	17	256	29
<b>Cierre</b>				
EG	41	5	786	89
EL	103	12	1861	210

Con respecto a la tasa de calificación de evento se observó que con la estrategia implementada en el segundo período se aumenta esta tasa a cuatro veces más de lo que se registró en el periodo uno en cuanto a enfermedad general; esto se debe al aumento de la oportunidad de acceso de la población que piensa que tiene una enfermedad de origen laboral. En cuanto a la enfermedad laboral, la tasa se aumentó en el período 2 a casi dos veces más (1.82) con relación al período 1. Esto tiene una implicación en cuanto al movimiento de casos calificados en la EPS en donde se demuestra que los cambios a nivel de infraestructura organizacional y logística que se efectuaron en el segundo período permitieron mejorar la evaluación de los casos, soportados en la base de datos. Es importante tener en cuenta que el promedio de la población afiliada a la EPS, en ambos periodos, fue similar.

Se consigue una mayor capacidad de calificación de EL en el período 2 al aumentar el personal médico (especialistas en salud ocupacional); así como mejoras en el proceso de seguimiento y acompañamiento de los casos; haciendo que la estrategia técnico-administrativa del período 2 fuera más eficaz. A diferencia de la calificación EG en la que no se vieron diferencias estadísticamente significativas.



## 7. DISCUSION

De acuerdo con la literatura revisada, se encuentran estudios de diseños de estrategias de gestión enfocados en modelos de mejoramiento de la calidad de atención en Salud, como son los servicios de urgencias y de consulta externa de hospitales, clínicas o EPS, siendo un panorama de la salud pública, sin encontrar estudios similares al propuesto en las áreas de medicina laboral.

Al comparar estos resultados con la literatura encontrada, no se evidenciaron estudios similares que pudieran permitir realizar conclusiones sobre el tema. Sin embargo los dos informes de enfermedad laboral, bastante desactualizados, realizados en el país plantean puntos específicos e importantes sobre la necesidad de reglamentar el proceso técnico administrativo para el proceso de calificación.

Uno de los planteamientos de importancia, evidenciado en ambos informes, se relaciona con el alto número de casos que quedan en controversia y no evolucionan a través de las diferentes instancias del proceso. Esta misma problemática se evidencio en el presente estudio, sin embargo, se soluciona a través del silencio administrativo como estrategia que permite definir si el caso esta en firme porque se recobra el costo de las prestaciones; situación actualmente resuelta a partir del Artículo 142 del decreto 019 de 2012 , el cual establece que para manifestar desacuerdo solo se tienen diez días, cerrando los casos.

## 8. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación se considera como una propuesta pionera en cuanto a exponer un modelo estratégico técnico-administrativo de mejoramiento continuo, en el proceso de calificación de origen de la enfermedad, en el SGSS.

Esto apunta también con lo establecido por el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, en el cual se establece la importancia de avanzar en la disminución de los tiempos de calificación y la mejora de los procesos de reconocimiento de prestaciones a las personas afiliadas o beneficiarias.

Este modelo estratégico permite acortar los tiempos de calificación de los casos en primera oportunidad de la EPS, gracias a las mejoras técnico-administrativas realizadas al mismo. Lo cual es de suma importancia si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje de casos calificados en primera oportunidad esta dado por la EPS y en un menor porcentaje por las ARL.

El modelo administrativo aseguro una mejor eficacia en el proceso de calificación en primera oportunidad de la EPS, gracias a que esta estrategia basada en el ciclo PHVA, permite un constantemente seguimiento periódico y auditorías internas, que permiten una mayor asertividad de la EPS hasta el cierre.

Los tiempos de calificación en las diferentes instancias disminuyeron, gracias al mejoramiento de los tiempos de calificación en primera oportunidad por parte de la EPS lo cual garantiza que los casos lleguen de forma mas oportuna a las diferentes instancias evitando retrasos que impidan la evolución del proceso hasta el cierre.

Se evidenció un incremento significativo, de el trescientos por ciento de los casos cerrados en el período dos con relación al período uno, sin ser justificable por un

aumento en la población cotizante expuesta, dado que en ambos períodos se conservó en igual número. El aumento del número de casos cerrados mostró de igual forma un aumento de la tasa de profesionalidad, mayor acceso de la población cotizante expuesta con sospecha de enfermedad profesional.

Con el presente estudio se concluye que la implementación de un programa de gestión basado en un modelo estratégico (en este caso el ciclo PHVA), una estructura organizacional de gerenciamiento nacional y regional; unos indicadores de gestión que evalúan los ajustes estratégicos y la estandarización de los procesos, lograron acortar los tiempos de calificación, mejorar la asertividad en primera oportunidad y las tasas de calificación de la EPS en el proceso.

## 9. RECOMENDACIONES

Posterior a un análisis y discusión de los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de los mismos, surgen las siguientes recomendaciones:

- Con la importancia de avanzar en la disminución de los tiempos de calificación y en la mejora de los procesos de reconocimiento de prestaciones, según el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, se recomienda la aplicación de este modelo administrativo planteado en esta investigación con ajuste estratégico a los procesos de calificación de origen de los eventos de salud en el sistema general de seguridad social, con tres enfoques principales:
  1. Modelo estratégico basado en el ciclo PHVA.
  2. Estructura organizacional: gerenciamiento nacional y regional con direccionamiento hacia el cumplimiento de una misma meta.
  3. Indicadores de gestión: eficiencia y eficacia.

Este estudio se postula como un punto de partida para continuar en una línea investigativa con enfoques hacia estrategias técnico-administrativas en el área de medicina laboral, cuyos planteamientos estratégicos resultantes de este proceso investigativo puedan extrapolarse a diferentes campos de la salud ocupacional como una estrategia que permite mejorar programas gerenciales a nivel empresarial y en todas aquellas entidades involucradas en el área de la salud ocupacional.

Es importante dar continuidad a este modelo administrativo en la EPS, liderado por el área de Medicina Laboral , aplicando sistemáticamente los indicadores de

impacto de la gestión que den cuenta de la disminución de los tiempos de calificación y de la asertividad en primera oportunidad .

Se recomienda publicar y sugerir la aplicación de este modelo administrativo como un modelo que ha evidenciado resultados en la disminución de los tiempos de calificación en la primera oportunidad por parte de la EPS, así como para la aplicación del mismo en la adecuada asertividad de calificación de los casos, y la obtención de adecuadas tasa de enfermedad profesional. De igual forma garantiza resultados en la disminución de riesgos de tipo jurídico comercial y administrativos derivados del proceso en las entidades que tienen y deben implementar el sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo.

Se recomienda que la EPS mantenga las mejoras técnico- administrativas para asegurar los resultados que se tienen hasta la fecha con el compromiso gerencial recibido. Estrategia de mejoramiento continuo.

Realizar un estudio , teniendo como punto de partida el presente, que mida el impacto de este modelo administrativo desde el punto de vista financiero, de salud y de intervención de riesgo en la empresa.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Internacional del Trabajo. Informe publicado con ocasión del “Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2005”. Ginebra.
2. Federación de Aseguradores Colombianos. Estadística FASECOLDA. ([http:// www.Fasecolda.com](http://www.Fasecolda.com)). Consultado el 10/02/2013.
3. Álvarez Francisco, Conti Leonardo, Valderrama Fernando, Moreno V., Oscar, Jiménez Ingrid. Salud Ocupacional. Bogotá D.C: Ecoe. Ediciones, 2008.
4. Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Prevención y Diagnostico de las enfermedades Profesionales. Bogotá D. C: editado por el Dr. Cástulo Rodríguez Correa, 2007.
5. COLOMBIA. Congreso de Colombia. LEY 90 DE 1946 (diciembre 26). Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Bogotá D.C. Diario Oficial No 26.322, del 7 de enero de 1947.
6. COLOMBIA. Congreso de Colombia. LEY 9 DE 1979 (enero 24). Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 35308, del 16 de julio de 1979.
7. COLOMBIA. Presidencia de la Republica. DECRETO 614 DE 1984 (marzo 14). Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país. Bogotá D.C. Diario Oficial No 36561 del 14 de marzo de 1984.

8. COLOMBIA. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de Salud. RESOLUCION numero 2013 de 1986 (junio 6). Por la cual se fija el procedimiento para la elección de los representantes de los empleados y funcionarios en los Comités Paritarios de Salud Ocupacional y se deroga la Resolución número 0-1807 del 15 de agosto de 1996. Bogotá D.C. Diario Oficial De Colombia núm. 43600, 26 de Mayo de 1986.
9. COLOMBIA. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de Salud. RESOLUCIÓN 1016 DE 1989 (Marzo 31). Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país. Bogotá D.C.
10. COLOMBIA. Congreso de la Republica. LEY 100 DE 1993. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.
11. COLOMBIA. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Salud. Decreto Ley 1295 (27, junio, 1994). Por la cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá. Diario Oficial No. 41.405, del 24 de junio de 1994.
12. COLOMBIA. Presidencia de la Republica. Decreto 2463 (20, noviembre, 2001). Por la cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 44.622, 21 de noviembre de 1999.
13. COLOMBIA. Congreso de la Republica. LEY 962 DE 2005 (julio 8). Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y

de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos. BOGOTA D.C. Diario Oficial No. 46.023 de 6 de septiembre de 2005.

14. COLOMBIA. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Salud. DECRETO 1295 DE 1994 (junio 22). Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. BOGOTA D.C Diario oficial No 41.405 de junio 24 de 1994.
15. COLOMBIA. Alcalde Mayor de Santa Fe de Bogotá D.C. RESOLUCION 681 DE 1996. Por la cual la Unidad Administrativa Especial Liquidadora de Asuntos del Instituto de Crédito Territorial, transfiere al Inurbe la propiedad de unos inmuebles. BOGOTA D.C. Diario Oficial de Colombia núm. 44994, 10 de Noviembre de 2002.
16. COLOMBIA. Ministerio de Salud. DECRETO 2566 DE 2009 (julio7). Por lo cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 47.404 de 8 de julio de 2009.
17. Ayala C Carlos. Legislación en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales. Bogotá D. C: Ediciones Salud Laboral, 2004
18. COLOMBIA. Congreso de Colombia. LEY 1562 DE 2012 (julio11). Por la cual se Modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. Bogotá D.C. Diario Oficial 48488 de 2012.
19. Los temas clave de la nueva Ley de riesgos laborales. David Luna Sánchez, viceministro de relaciones laborales. Ambitojuridico.com
20. COLOMBIA. Ministerio del Interior. DECRETO 1122 DE 1999 (Junio 26). Por el cual se dictan normas para suprimir trámites, facilitar la actividad de



los ciudadanos, contribuir a la eficiencia y eficacia de la Administración Pública y fortalecer el principio de la buena fe. BOGOTA D.C. Diario Oficial No. 43.622, del 29 de junio de 1999.

21. COLOMBIA. MinSalud. RESOLUCION NUMERO 2546 DE 1998 (Julio 2). Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. BOGOTA D.C. Diario Oficial No 43.342 del 17 de julio de 1998.

22. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Edición: Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., 2007.

23. TAFUR SACIPA, FRANCISCO JOSÉ. Informe de enfermedad profesional en Colombia. Una oportunidad para la prevención. 2.001–2.002. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, 2004.

24. Informe de enfermedad profesional en Colombia. Ministerio de la protección social 2003-2005. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO.

25. Arenas G. El derecho Colombiano de la seguridad social. Bogotá D.C. LEGIS Editors, 2007.

26. COLOMBIA. Presidencia de la Republica. DECRETO 19 DE 2012 (Enero 10). Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios Diario Oficial 48308 de enero 10 de 2012 existentes en la Administración Pública. BOGOTA D.C.

# Anexos

**ANESO A. Formato de madurez, estandarización, proceso Medicina Laboral EPS**

<b>REGIONAL</b>		<b>CRITERIOS</b>												<b>Observaciones</b>	
<b>RESPONSABLE</b>		<b>Está definido</b>	<b>Esta Documentado</b>	<b>Personal Idóneo</b>	<b>Es practicado</b>	<b>Es apoyado</b>	<b>Es mantenido</b>	<b>Está controlado</b>	<b>Se verifica</b>	<b>Se valida</b>	<b>Se mide</b>	<b>Es Mejorado</b>	<b>Cumple Resultados</b>		<b>Promedio</b>
<b>Proceso</b>	<b>Descripción sub-proceso</b>														
<b><u>CODIGO</u></b>															
	<b>MEDICINA LABORAL - ATEP</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	
<b><u>EPS-DP-045</u></b>	a. Calificación Origen Enfermedad													<b>0.0</b>	
	b. Calificación origen Accidente													<b>0.0</b>	
	c. Atención evento ATEP													<b>0.0</b>	
	d. Trazabilidad recobro ATEP													<b>0.0</b>	
	e. Calificación Perdida Capacidad Laboral													<b>0.0</b>	
	<b>MEDICINA LABORAL - PRESTACIÓN ECONOMICA</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	
<b><u>EPS-DP-007</u></b>	a. Generación, Radicación y Liquidación de Incapacidad temporal y licencias de maternidad y paternidad.													<b>0.0</b>	
<b><u>EPS-DP-07</u></b>	b. Seguimiento control absentismo IT.													<b>0.0</b>	
	<b>MEDICINA LABORAL -MEDICINA DEL TRABAJO</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	
<b><u>EPS-DP-045</u></b>	a. Seguimiento paciente hiperfrecuentador													<b>0.0</b>	
	b. Seguimiento incapacidad prolongada.													<b>0.0</b>	
	c. Reintegro laboral													<b>0.0</b>	
	<b>PROMEDIO PROCESO</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	

## ANEXO B. Formato informe de cierre de ciclo Medicina Laboral EPS

### I. Datos Generales

### II. Estructura

Descripción	Esperado	Sur-Occidente	Eje Cafetero	Centro Oriente	Caribe	Nor-Oriente	Nor-Occidente	Nacional	Cumplimiento
Suficiencia Medico Laboral	100%							100%	100%
Suficiencia medico notificador	100%							100%	100%
Oportunidad cita medica (Días)	10							10	100%

### III. Proceso

Descripción	Esperado								Cumplimiento
Cobertura capacitación prestación económica	80%							80%	100%
Cobertura capacitación prestación atención evento ATEP	80%							80%	100%
Cobertura Capacitación Medicina del Trabajo	80%							80%	100%
Promedio días calificación EP (año actual)	40							80	50%
Efectividad calificación periodo (Total casos año EPS (estudio +calificados)/Casos cerrados año). Año anterior completo.	80%							80%	100%
Eficacia de Calificación de EP (Total Enfermedad Profesional diagnosticadas del periodo/ Total Enfermedad Profesional aceptadas por ARP )Año anterior completo	80%							80%	100%
Promedio días calificación AT	7							14	50%
Productividad consulta medico laboral	80%							80%	100%
Realización mesas de trabajo (por cien mil cotizantes mes)	4							8	200%
Oportunidad primer concepto rehabilitación (antes día 150) año presente	80%							80%	100%

#### IV. Resultado

Descripción	Esperado								Cumplimiento
Siniestralidad fondo incapacidad temporal	100%							120%	83%
Tasa IT Trabajador (#trabajadores incapacitados/#totaltrabajadores)proyección año	25%							30%	83%
Tasa IT dias (#dias incapacidad/#dias trabajados año)Proyección año	1.20%							1.30%	92%
Tasa EP #EP calificado/ # total cotizantes/100.000 (anual) calificado EP	140							140	100%
Tasa AT #AT calificado/# total cotizantes/100 (anual)	4%							4.00%	100%
Costo ahorro Prestaciones Económicas ATEP.(Percapita)	12,419							12,419	100%
Costo recobro ATEP (percapita)	5,745							4,113	72%
Costo Total evitado ATEP economico+recobro (Percapita)	18,164							16,531	91%
Costo evitado EG mayor a 180 dias	6,955							6,955	100%
Costo Total evitado PE+recobro ATEP + EG (Percapita)	20,350							19,146	94%
Cumplimiento seguimiento incap.>60 dias y >10 sol. año	80%							80%	100%

### ANEXO C. Instrumento Base de datos

FECHA RECEPCION	NOMBRE	Sexo	FECHA INICIO ESTUDIO EPS	FECHA CALIFICACION EPS	CONTINGENCIA EPS	DIAS ESTUDIO CALIFICACIÓN EPS	FECHA CALIFICACION ARP	CONTINGENCIA ARP	FECHA CALIFICACION AFP	CONTINGENCIA AFP	DESACUERDO ORIGEN QUIEN

FECHA SOLICITUD REMISIÓN JRCI	FECHA CALIFICACION JUNTA REGIONAL	CONTINGENCIA JUNTA REGIONAL	APELACIÓN A JNCI QUIEN	FECHA CALIFICACION JUNTA NACIONAL	CONTINGENCIA JUNTA NACIONAL	CONTINGENCIA CIERRE	MOTIVO CIERRE	FECHA CIERRE