

# Informe de **ENFERMEDAD PROFESIONAL** en Colombia



Una oportunidad para la prevención

2001



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

2002

# **Informe de Enfermedad Profesional en Colombia**

**2001 - 2002**

Una oportunidad para  
**la prevención**

---

ISBN: 958-97392-3-7

Informe de Enfermedad Profesional en Colombia Años 2001 - 2002  
*"Una oportunidad para la prevención"*

Autor Institucional: Ministerio de la Protección Social

La reproducción total o parcial de este documento, puede realizarse previa autorización del Ministerio de la Protección Social.

**Ministerio de la Protección Social**

Año de publicación: 2004

Bogotá, mayo de 2004

© Derechos reservados

Impresión: Imprenta Nacional de Colombia





**Ministerio de la Protección Social**  
**República de Colombia**

DIEGO PALACIO BETANCOURT  
Ministro de la Protección Social

EDUARDO ALVARADO SANTANDER  
Viceministro de Salud y Bienestar

LUIS MANUEL NEIRA NÚÑEZ  
Secretario General

JUAN CARLOS LLANO RONDÓN  
Director General de Riesgos Profesionales

ELABORADO POR  
FRANCISCO JOSÉ TAFUR SACIPA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO  
DIRECCIÓN GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES



# Presentación

**E**l Sistema de Protección Social que hace un año comenzó a estructurarse, parte de un principio fundamental que está basado en la protección de los individuos, en su entorno laboral y en la protección de los grupos vulnerables que se encuentran por fuera del sistema de seguridad social. Por ello, al abordar al trabajador como el ser esencial en la generación de riqueza, le corresponde al Estado velar por que su condición de vida sea cada vez mejor.

Toda actividad laboral implica algún riesgo; el ejercicio de un oficio o profesión conlleva una probabilidad de afectar negativamente la salud, pero también implica la opción positiva del trabajo como un medio para crecer como persona, satisfacer las necesidades propias, las de la familia y las de la sociedad.

De acuerdo con la legislación vigente, por causa del trabajo pueden ocurrir accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En esta oportunidad presentamos a la comunidad científica nacional e internacional, particularmente a la vinculada en el diagnóstico de enfermedades profesionales en las diferentes instancias de valoración, un primer informe sobre este importante tema en Colombia.

Les compete a todos los actores revisar con detenimiento las cifras y su responsabilidad. El país muestra tasas diferentes y a veces menores que las de países con gran desarrollo preventivo. Aquí se registran cifras que no reflejan nuestra realidad.

Este informe es un aporte del Ministerio de la Protección Social al trabajador colombiano, con el fin de dar a conocer la realidad de patologías derivadas de la ocupación productiva, para modificar las condiciones de riesgo en los puestos de trabajo, promover la salud en las actividades laborales y prevenir las enfermedades profesionales. Lo anterior debe traducirse en mayor y mejor productividad con alta competitividad en el marco de la protección social.

***Diego Palacio Betancourt***  
Ministro de la Protección Social

## Prólogo

**S**e ha querido en esta ocasión elaborar un informe enfocado a identificar características de la enfermedad profesional en el país. Se revisó con detenimiento la información proveniente de los sectores con la obligación de hacer el diagnóstico de tales patologías.

Los datos son concluyentes: Colombia está aún lejos de conocer su realidad en esta materia. Las tasas bajas reportadas no representan el esfuerzo por el control de los riesgos en los puestos de trabajo, sino la necesidad de fortalecer el sector salud y, especialmente, el cuerpo médico, para lograr caracterizar las patologías que aquejan a los trabajadores y determinar técnicamente el origen de tales eventos.

Este informe refleja en parte la magnitud del subdiagnóstico de la enfermedad profesional, evidenciando la necesidad de que las instancias responsables se apropien del tema y se responsabilicen por su seguimiento y control. Por ello, el documento presentado hace una descripción de la situación del país y formula propuestas que buscan incrementar el diagnóstico de la enfermedad profesional, como una oportunidad e insumo fundamentales para desarrollar programas destinados a prevenir daños en la salud de los trabajadores.

Este informe constituye la primera fase para llamar la atención del país hacia la reflexión y la necesidad de actuar articuladamente entre los diferentes actores del sistema, para responder al compromiso que tenemos con los trabajadores que cada día con su esfuerzo forjan el país que queremos para nuestras familias.

***Juan Carlos Llano Rondón***  
Director General de Riesgos Profesionales

# Contenido

<b>ABREVIATURAS</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>11</b>
1. Marco conceptual	11
2. Marco jurídico	14
3. Contexto epidemiológico y demográfico	19
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>23</b>
1. Objetivos	23
2. Métodos	23
3. Etapas de elaboración del informe	25
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>27</b>
ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	27
1. Incidencia de enfermedad profesional	27
2. Desempeño de las dependencias de medicina del trabajo de las Empresas Promotoras de Salud	33
3. Distribución de las enfermedades profesionales según diagnóstico y género	40
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>51</b>
ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	51
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>57</b>
ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LOS RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN	57
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>63</b>
PROYECCIÓN DE COSTOS GENERADOS POR LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES	63
<b>CAPÍTULO V</b>	
CONCLUSIONES	67
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>73</b>
PROPUESTAS	73
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>78</b>



## Abreviaturas

AFP: Administradora de Fondos de Pensiones  
ARP: Administradora de Riesgos Profesionales  
ARS: Administradora de Régimen Subsidiado  
DDICM: Desplazamiento de Disco Intervertebral Con Mielopatía  
DDISM: Desplazamiento de Disco Intervertebral Sin Mielopatía  
DME: Desórdenes Músculo Esqueléticos  
ECOPETROL: Empresa Colombiana de Petróleos  
EPS: Empresa Promotora de Salud  
ERC: Entesopatía de la Región del Codo  
FASECOLDA: Federación de Aseguradores Colombianos  
FFMM: Fuerzas Militares  
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud  
ISS: Instituto de los Seguros Sociales  
OTCST: Otros Trastornos de la Cápsula Sinovial de la Sinovia y de los Tendones  
POS: Plan Obligatorio de Salud  
SBC: Salario Base de Cotización  
SBL: Salario Base de Liquidación  
SCC: Síndrome de Conducto Carpiano  
SGRP: Sistema General de Riesgos Profesionales  
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud  
SNS: Sordera Neurosensorial  
SOM: Sistema Osteomuscular  
SRDH: Síndrome de Rotación Dolorosa del Hombro  
SSSI: Sistema de Seguridad Social Integral  
STS: Sinovitis y Tenosinovitis

# INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia, consagra en su artículo 48 la Seguridad Social como un «servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley».

Además, La Carta Magna determina que se debe garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. «El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley».

La Ley 100 de 1993 produce una reforma a la seguridad social, creando el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual está conformado por los regímenes generales de pensiones, salud y riesgos profesionales. Los tres regímenes conceden derechos y beneficios cuyo objetivo principal es proteger a los ciudadanos de las contingencias que puedan afectar su calidad de vida. Estos beneficios son diferentes en función del origen común o profesional del evento de salud.

Por las razones mencionadas, la calificación del origen de los eventos de salud es fundamental en varios sentidos, pero por lo menos dos se consideran cruciales en el contexto de este informe. El primero de ellos es garantizar a los afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral los beneficios que determina el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) a los trabajadores a quienes se les han diagnosticado enfermedades profesionales. El segundo aspecto es la información generada por los diferentes actores del SSSI porque constituye un insumo capital para que los empleadores con la asesoría técnica de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) puedan diseñar los programas de prevención de las enfermedades profesionales diagnosticadas a los trabajadores.

La Ley 100 de 1993, a través del artículo 208, delegó a las EPS la responsabilidad de organizar la prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo. El Decreto ley 1295 de 1994 determina en su artículo 12 que la calificación del origen de los eventos de salud corresponde en primera instancia a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que atiende al afiliado.

La Resolución 2569 de 1999 y el Decreto 2463 de 2001 desarrollan este aspecto específico de las citadas normas, creando procedimientos técnicos y administrativos que contribuyen a aclarar el proceso para el diagnóstico de las enfermedades profesionales y la calificación del origen de los eventos de salud.

El Ministerio de Salud, inició desde el año 2001 el seguimiento al diagnóstico, registro y reporte de las enfermedades profesionales por parte del sector salud del SSSI y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, publicó en 1999 los «Protocolos para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales». Los esfuerzos mencionados de estas carteras representadas ahora en el Ministerio de la Protección Social han generado una dinámica del tema de la calificación del origen de los eventos de salud, que obliga al país a definir una línea de base para generar programas de prevención, y para realizar un seguimiento continuo al diagnóstico de las enfermedades profesionales.

Por las razones mencionadas se publica este informe, el cual es producto del análisis de la información reportada por las EPS, la Cámara Técnica de Riesgos Profesionales de Fasecolda, Protección Laboral del Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y las dependencias de salud de los regímenes de excepción.

# ANTECEDENTES

## 1. MARCO CONCEPTUAL

Desde la perspectiva de la Seguridad Social, la noción de Enfermedad Profesional se origina en la necesidad de distinguir las enfermedades que afectan al conjunto de la población de aquellas que son el resultado directo del trabajo que realiza una persona, porque generan derechos y responsabilidades diferentes.

La mayoría de aproximaciones conceptuales a la enfermedad profesional tienen ciertos elementos comunes entre los cuales se destaca el énfasis que se realiza sobre la noción de causalidad, la cual está sustentada la mayoría de las veces en la demostración de la exposición del trabajador a un agente nocivo presente en el ambiente de trabajo que pueda causar la enfermedad en cuestión.

El otro elemento común es la mención de la evolución lenta del fenómeno, que generalmente implica una exposición prolongada al agente causal.

En general, se acepta que para establecer el origen de una enfermedad como profesional se necesitan por lo menos cuatro elementos:

- Presencia de un agente causal en el medio de trabajo; la noción del agente se extiende desde factores químicos, físicos o biológicos hasta *«la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo»*<sup>1</sup>.
- Demostrar la exposición durante un tiempo suficiente del trabajador al agente nocivo.
- Presencia de un cuadro patológico congruente con los efectos del agente nocivo sobre la salud.
- Relación de causalidad; *«deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer*

---

<sup>1</sup> GIORDANO, O.; TORRES, A.; BETTIOL, M. Riesgos del Trabajo. La modernización de las instituciones laborales en la Argentina. Reglamentación de la Ley 24557. Decreto 658/96. Tomo II. Buenos Aires. 1996. P. 8.

*una asociación de causa-efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas»<sup>2</sup>.*

Es importante tener en cuenta que la salud puede ser lesionada por la presencia de factores de riesgo (sobrecarga) o por la ausencia de factores ambientales (subcarga o factores protectores), como la ausencia de actividad muscular, falta de comunicación, de diversificación de la tarea, ausencia de desafíos intelectuales y carencia de responsabilidad individual<sup>3</sup>.

La noción de enfermedad profesional indica un efecto adverso a la salud; es fundamental tener en cuenta la aclaración que hizo la Organización Mundial de la Salud en 1980 sobre la diferenciación de los efectos adversos a la salud: a) efectos que indican fases iniciales de una enfermedad; b) efectos irreversibles que indican una disminución de la capacidad corporal para mantener la homeostasis; c) efectos que tornan a un individuo más susceptible a las consecuencias nocivas de otras influencias ambientales; d) efectos que alteran ciertas mediciones consideradas como signos precoces de disminución de la capacidad funcional; e) efectos que indican alteraciones importantes de orden metabólico o bioquímico.

Por su parte la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos definió en 1983, efecto adverso a la salud como *«aquel que provoca, promueve, facilita o exacerba una anormalidad estructural o funcional, con la implicación de que la anormalidad tenga el potencial de disminuir la calidad de vida, causar enfermedad incapacitante o muerte prematura»*.

Como ya se ha mencionado, la relación de causalidad es un aspecto determinante en la Enfermedad Profesional. Por tal razón, varios autores han realizado clasificaciones de las patologías laborales de acuerdo con la relación causa-efecto subyacente.

De la clasificación empírica construida por Bernardo Ramazzini hace 300 años es posible derivar una primera sistematización de la patología laboral<sup>4</sup>:

- Un primer grupo de enfermedades causadas directamente por la nocividad de la materia prima manipulada de naturaleza relativamente específica, y que dará origen a las enfermedades profesionales, también conocidas como tecnopatías.
- Un segundo grupo de enfermedades producidas por las condiciones de trabajo (posiciones forzadas e inadecuadas), las que más tarde serán denominadas *«enfermedades causadas por las condiciones especiales en que el trabajo es realizado»*, también conocidas como mesopatías.

---

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>3</sup> RENÉ MENDES. Patología do Trabalho. Rio de Janeiro. 1997. P. 36.

<sup>4</sup> RENÉ MENDES. *Ibid.*, p. 37.

Oddone y colaboradores establecen en 1986 otra forma de clasificar la patología del trabajo, estos autores parten de cuatro grupos de causas de nocividad ambiental y llegan a tres grupos de efectos sobre la salud<sup>5</sup>:

- El primer grupo de factores nocivos comprende los presentes en el ambiente laboral y extralaboral: ruido, luz, temperatura, ventilación y humedad. este grupo de factores puede producir como efectos nocivos, accidentes y enfermedades inespecíficas.
- Un segundo grupo comprende los factores propios del ambiente de trabajo: polvos, gases, vapores y humos. Pueden producir enfermedades profesionales y enfermedades inespecíficas.
- El tercer grupo de factores nocivos está relacionado con el trabajo físico; se pueden producir accidentes, enfermedades inespecíficas y profesionales.
- Un cuarto grupo de factores comprende las condiciones de trabajo, excepto el trabajo físico, capaces de producir estrés: monotonía, ritmos excesivos, repetitividad, ansiedad, responsabilidad, posiciones incómodas, etc. Accidentes y enfermedades inespecíficas son producidos por estos factores nocivos.

Por accidente se entiende un accidente en sí o la predisposición del trabajador a sufrir daños por la concomitancia de diversos factores nocivos. Enfermedad inespecífica se refiere a un conjunto de alteraciones físicas y psíquicas no directamente asociadas a una causa específica, pero atribuidas, al menos en parte a uno o más factores del ambiente de trabajo. Comprende un grupo heterogéneo que va de la fatiga y el insomnio crónico a los disturbios digestivos (úlceras gastroduodenal, colitis), neurosis, artrosis, asma bronquial e incluso hipertensión arterial<sup>6</sup>.

El profesor Richard Schilling desarrolló en 1984, una clasificación con un objetivo más de prevención y control que médico-legal para las «*enfermedades relacionadas con el trabajo*» que define tres categorías<sup>7</sup>:

Categoría	Ejemplos
I. Trabajo como causa necesaria	Silicosis, aluminosis
II. Trabajo como factor contributivo, mas no necesario	Enfermedad coronaria, várices de miembros inferiores, enfermedades del aparato locomotor
III. Trabajo como provocador de un disturbio latente o intensificador de una enfermedad establecida.	Bronquitis crónica, úlcera péptica, dermatitis de contacto, enfermedades mentales

**FUENTE:** SCHILLING, RICHARD. More effective prevention in occupational health practice? J. Soc. Occup. Med.

<sup>5</sup> *Ibid.* P. 38.

<sup>6</sup> *Ibid.* P. 38.

<sup>7</sup> SCHILLING, RICHARD. More effective prevention in occupational health practice? J. Soc. Occup. Med.,39:71-9 1984.

Además, existen otros factores que deben ser tenidos en cuenta en el momento de realizar el diagnóstico de las enfermedades profesionales: a) la variabilidad biológica, la cual se refiere a que no todos los expuestos a una condición patógena laboral enferman y los que enferman no lo hacen al mismo tiempo y con la misma intensidad. Las diferencias de susceptibilidad son significativas en situaciones de exposición de baja o mediana intensidad, ya que en casos de exposición intensa todos enferman; b) multicausalidad, una misma enfermedad suele tener distintas causas o factores laborales y extralaborales que actúan al mismo tiempo y que contribuyen a su desencadenamiento; c) inespecificidad clínica, la mayoría de las enfermedades profesionales no tienen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado; d) condiciones de exposición, una misma condición patógena laboral puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vías de ingreso al organismo.

Por estas razones, el reconocimiento de una enfermedad como profesional es un proceso que involucra tres etapas. La primera corresponde al conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo. La segunda, al conocimiento clínico biológico y la última, al marco legislativo y médico-legal.

## 2. MARCO JURÍDICO

Desde el punto de vista legal el marco jurídico de la enfermedad profesional en Colombia está determinado por las siguientes normas:

- a) *Ley 100 de 1993* a través del artículo 208, delegó a las EPS la responsabilidad de organizar la prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo;
- b) *Decreto ley 1295 de 1994*, en su artículo 11 define enfermedad profesional como «*todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.*» De esta definición se puede concluir que para configurar una enfermedad profesional de acuerdo con la legislación colombiana, se necesitan por lo menos cuatro elementos. El primero de ellos, que exista un daño a la salud del trabajador, es decir, un estado patológico demostrable clínica y paraclínicamente. El segundo elemento se refiere a la relación de causalidad («consecuencia obligada y directa»). El tercer elemento está relacionado con las condiciones de exposición al factor de riesgo laboral responsable del daño a la salud (clase de trabajo o del medio); y el cuarto elemento, «*que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional*», se refiere a que dicha enfermedad debe estar contemplada en la tabla de enfermedades profesionales;

- c) *Decreto 1832 de 1994* adopta la tabla de enfermedades profesionales de Colombia, la cual consta de cuarenta y dos grupos de patologías. Tal vez lo más importante es que es una tabla de tipo mixto; es decir, que además de las patologías incluidas cuenta con una cláusula que permite incluir otras enfermedades, siempre y cuando se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo presentes en el trabajo. Esto se materializa en el artículo 2° del mencionado decreto, el cual establece que es profesional la enfermedad que tenga relación de causa- efecto, entre el factor de riesgo presente en el trabajo y la enfermedad en cuestión. Además, dicha norma determina que no existirá relación de causa efecto cuando la enfermedad se haya descubierto en el examen médico de ingreso del trabajador a la empresa o cuando se demuestre que la exposición al factor de riesgo fue insuficiente para causar la enfermedad;
- d) *Decreto 1771 de 1994* reglamenta los reembolsos entre Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y Empresas Promotoras de Salud (EPS);
- e) *Resolución 681 de 1996* de la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se adopta el formulario único de reembolso entre Empresas Promotoras de Salud y Administradoras de Riesgos Profesionales;
- f) *Resolución 2569 de 1999* regula la calificación del origen de los eventos de salud y organiza lo relacionado con la calificación de los eventos, especialmente lo referente a enfermedad profesional. Esta norma asigna una serie de responsabilidades a los diferentes actores del sistema de seguridad social de tal manera que se genera una dinámica de diagnóstico y recobro de los eventos de origen profesional. En Colombia la responsabilidad de calificar el origen de los eventos de salud en primera instancia corresponde a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que atiende al trabajador. En este sentido la norma establece que las IPS de mediana y alta complejidad deben contar con los procesos y recursos humanos que les permita realizar una calificación idónea del origen de los eventos. Además, asigna responsabilidades a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) convirtiéndolas en aliadas de las IPS en el proceso de calificación y recobro de los eventos. Dichas EPS deben conformar grupos interdisciplinarios, liderados por médicos especialistas en salud ocupacional o medicina del trabajo, que se encargarán de confirmar los diagnósticos realizados por las IPS y de realizar los recobros a las Administradoras de Riesgos Profesionales. Otro elemento importante de la Resolución es que determina una serie de actividades a cargo de los programas de salud ocupacional de las empresas, como la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documento fundamental para la calificación del origen de los eventos o los parámetros para la realización de los exámenes médicos de ingreso, periódicos y de retiro;
- g) *Decreto 2463 de 2001* establece las instancias y los términos para la calificación del origen de los eventos de salud. Este decreto desarrolla y reafirma algunos de los elemen-



tos de la Resolución 2569 de 1999, pero tal vez lo más importante es que aclara las instancias de la calificación del origen de los eventos y los mecanismos para dirimir las controversias relacionadas con dicha calificación. Determina que con *«respecto al origen del accidente o de la enfermedad, causante o no de la pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud (IPS), y su concepto obliga hasta tanto la junta regional o nacional mediante dictamen ejecutoriado establezca lo contrario»*. El mencionado decreto aclara además que *«las IPS deben determinar el origen por intermedio de la dependencia técnica o grupo interdisciplinario conformado para tal fin y debidamente registrado en las Secretarías de Salud»*. Igualmente establece que *«cuando la IPS no emita el concepto sobre la determinación del origen, el trabajador podrá dirigir su solicitud directamente a la Administradora de Riesgos Profesionales o a la Empresa Promotora de Salud, y si dichas entidades no realizan el trámite correspondiente, podrá acudir a la junta regional de calificación de invalidez»*;

- h) *Ley 776 de 2002* por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Esta Ley aclara lo relacionado con quién debe pagar las prestaciones al trabajador que se le diagnostica una enfermedad profesional. En el artículo 1 parágrafo 2°, define que *«las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación»*. Agrega la citada Ley que *«cuando se presente una enfermedad profesional, la administradora de riesgos profesionales que asume las prestaciones, podrá repetir proporcionalmente por el valor pagado con sujeción y, en la misma proporción al tiempo de exposición al riesgo que haya tenido el afiliado en las diferentes administradoras, entidades o a su empleador de haber tenido períodos sin cobertura.»* Además, determina que *«para enfermedad profesional en el caso de que el trabajador se encuentre desvinculado del Sistema de Riesgos Profesionales, y la enfermedad sea calificada como profesional, deberá asumir las prestaciones la última administradora de riesgos a la cual estuvo vinculado, siempre y cuando el origen de la enfermedad pueda imputarse al período en el que estuvo cubierto por ese Sistema»*.

Es importante reiterar que, de acuerdo con el marco jurídico vigente, la calificación del origen de los eventos de salud es fundamental porque determina a cuál de las entidades del Sistema Integral de Seguridad Social le corresponde la responsabilidad de reconocer y pagar las prestaciones asistenciales y económicas de los trabajadores:

EVENTO	ORIGEN	ASEGURADORA
Enfermedad	Común	EPS
	Profesional	ARP
Accidente	Común	EPS
	Profesional	ARP
Invalidez	Común	AFP
	Profesional	ARP

FUENTE: Ley 100 de 1993, Decreto 1295 de 1994

De la misma forma, la calificación del origen es trascendental para el trabajador porque determina las prestaciones asistenciales y económicas a las cuales tiene derecho.

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 Plan Obligatorio de Salud (POS). Sucede lo contrario cuando el evento es de origen profesional porque la cobertura del SGRP 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.

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.

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 (SBC), mientras que dicho subsidio es del 100% cuando el evento es de origen profesional. Cuando el trabajador sufre una pérdida de su capacidad laboral de origen profesional entre el 5% y menos del 50%, 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 profesional 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.

El proceso de calificación del origen de los eventos de salud de los trabajadores formales afiliados al SGRP y su posterior recobro implica una serie de interacciones técnicas y administrativas entre los prestadores de servicios de salud, los administradores de planes de beneficios (EPS), los empleadores y las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).

El primer paso es la calificación del origen del evento en primera instancia, por parte del prestador de servicios de salud (IPS) que atiende al trabajador. Una vez califica la enfermedad o accidente como de origen profesional, debe informar a la EPS y a la ARP, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes. A partir de este momento la EPS inicia el proceso de recobro de los servicios asistenciales a la ARP, durante este proceso la EPS puede solicitar información al empleador, tendrá 10 días para responder.

Una vez es informada la ARP de la calificación realizada por la IPS, inicia el proceso de calificación en segunda instancia; dicha calificación puede coincidir o no con la calificación realizada en primera instancia. Cuando no surge controversia, el proceso debe seguir su curso y la ARP debe reconocer y pagar las prestaciones asistenciales a la EPS y las prestaciones económicas al trabajador.

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 ARP, con el objetivo de dirimir dicha controversia. En caso de no llegar a un acuerdo se debe acudir a las Juntas de Calificación de Invalidez, instancias competentes para dirimir estas controversias.

El proceso de calificación del origen de los eventos de salud de los trabajadores informales presenta diferencias basadas en que dichos trabajadores actualmente no tienen posibilidad de aseguramiento de los riesgos profesionales. Por tal razón, la calificación del origen de una enfermedad en un trabajador informal no ocasiona derechos diferentes de los del plan de beneficios del régimen subsidiado en salud, ni genera salvo algunas excepciones, un proceso de recobro entre administradores de planes de beneficios y aseguradores. Sin embargo, es esencial entender la importancia de realizar la calificación del origen de los eventos de salud de los trabajadores informales con el objetivo de generar información para la prevención de dichos eventos desde una perspectiva de salud pública.

En este sentido es importante llamar la atención sobre lo estipulado en la Resolución 4288 de 1996 por la cual se define el Plan de Atención Básica. La mencionada norma determina en su capítulo 11, artículo 9, literal a, en concordancia con el artículo 81, **la obligación de las direcciones locales y distritales de salud de adelantar acciones de promoción para la población del sector informal de la economía.**

La misma resolución en su artículo 12 exige a las autoridades de salud del nivel local y distrital desarrollar acciones de vigilancia en salud pública y de **control de los factores de riesgo en relación con la exposición de la población del sector informal de la economía y los trabajadores independientes**.

El control de los factores de riesgo ocupacional de los trabajadores informales desde una perspectiva de salud pública, implica conocer el perfil de morbilidad de este grupo de trabajadores y las condiciones de trabajo que están condicionando dicho perfil. Unas de las fuentes de información para conocer las causas más frecuentes de morbilidad profesional en este grupo de trabajadores son las IPS y las administradoras del plan de beneficios del régimen subsidiado (ARS).

### 3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO

Cada año *se presentan 160 millones de casos nuevos de enfermedad profesional en todo el mundo*, incluidas las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, cáncer, trastornos auditivos, osteomusculares y reproductivos, así como enfermedades mentales y neurológicas<sup>8</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) *calcula que en América Latina solo se reportan entre 1 y 4% de todas las enfermedades ocupacionales*. Incluso en países industrializados los sistemas de reporte se encuentran algunas veces fragmentados.

Las encuestas inglesa (1998) y finlandesa (2000) sobre autorreporte de enfermedades relacionadas con el trabajo llevaron a la conclusión de que el 7.3 y 8.3%, respectivamente de los trabajadores reportan anualmente una o más enfermedades de origen laboral que causan ausencia del trabajo<sup>9</sup>.

CUADRO No. 1

Comparación de la tasa de enfermedad profesional en algunos países		
País	Año	Tasa/100.000
Alemania	1993	249
Bélgica	1993	922
Dinamarca	1993	600
Suecia	1994	852
Colombia	2000	24

<sup>8</sup> ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Salud ocupacional éticamente correcta, económicamente adecuada. Fact Sheet No. 84. Junio de 1999.

<sup>9</sup> TAKALA J. Introductory report: Decent work – Safe work, XVI World Congress on Safety and Health at Work, Viena, May 2002. P. 5.

El Cuadro 1 permite apreciar la variación de la tasa de enfermedad profesional de algunos países europeos que va de 249 en Alemania a 922 por cada cien mil trabajadores en Bélgica. Lo que más llama la atención es la diferencia con la tasa reportada para el SGRP en Colombia, que para el año 2000 fue de 24 por cada cien mil trabajadores.

Este fenómeno se explica por el subregistro de las enfermedades profesionales que se presenta en Colombia, toda vez que en términos absolutos las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) reportaron ante la Dirección General de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales, del entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 864 casos durante el año 1997, y al cierre del 2000, 895 casos. La tasa de incidencia de enfermedad profesional para los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, durante el año 2000, fue de 24.65 por 100.000 trabajadores/año.

Según estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población de Colombia en el año 2002 era de 42.508.000 habitantes. De estos, la fuerza laboral o Población Económicamente Activa (PEA), es decir, las personas en edad de trabajar, que trabajan o están buscando empleo eran 19.496.000.

De las personas que constituyen la fuerza laboral estaban ocupadas 16.373.000. Se entiende como ocupada aquella persona que tiene trabajo por lo menos una hora a la semana<sup>10</sup>. Los habitantes desocupados eran 3.123.000; es decir, aquellas personas que en la semana de referencia se encontraban en situación de desempleo abierto u oculto.

De las personas ocupadas, 6.930.000 se encontraban subempleadas, siendo la tasa de subempleo del 35.5% y la de desempleo, del 16%.

El objetivo del Ministerio de la Protección Social debe ser definir la morbilidad profesional de las 16.373.000 personas ocupadas, para identificar los condicionantes y los efectos de esta morbilidad. Solo de esta manera se podrán formular políticas públicas y estrategias de prevención de las enfermedades profesionales.

En Colombia se pueden distribuir los trabajadores ocupados en dos subgrupos:

- ✦ Trabajadores formales
- ✦ Trabajadores informales

A su vez los trabajadores formales se pueden subdividir en dependientes e independientes. Los trabajadores **formales dependientes** son aquellos vinculados laboralmente a través de un contrato de trabajo, mientras que los **independientes** son aquellos trabajadores dedicados a actividades profesionales o técnicas, pero sin vinculación laboral a través de un contrato de

---

<sup>10</sup> DANE. Encuesta continua de hogares. Indicadores del mercado laboral. Agosto de 2002.

trabajo. La morbilidad profesional de los trabajadores formales se puede conocer a partir de varias fuentes de información. En este informe se utilizó la información que las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) reportaron al entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la información que reportaron las Empresas Promotoras de Salud (EPS) al entonces Ministerio de Salud en cumplimiento de la Resolución 2569 de 1999. Además, existen otras fuentes de información que son las instancias de salud de los regímenes de excepción: Magisterio, Policía Nacional, Fuerzas Militares (FF.MM.) y Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol).

Los trabajadores formales durante el año 2001 corresponden a los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo y a los trabajadores de los regímenes de excepción:

Afiliados al Régimen Contributivo	6.036.303
Afiliados cotizantes FF.MM.	196.941
Afiliados cotizantes Policía Nacional	189.440
Afiliados cotizantes Magisterio	141.114
Afiliados cotizantes Ecopetrol	17.400

Es decir que para el año 2001 el país contaba con un total de **6.581.198 trabajadores formales**. Teniendo en cuenta que el SGRP contaba con **4.091.427 afiliados a diciembre de 2001**, se puede inferir que la diferencia entre el número de afiliados cotizantes al Régimen Contributivo en Salud y el número de afiliados al SGRP corresponde a **trabajadores independientes, a trabajadores pensionados, y a trabajadores que no están afiliados al sistema aunque deberían estarlo. Este grupo corresponde a 1.944.876.**

A través de la información que suministran las EPS se puede realizar una aproximación a la morbilidad de los trabajadores independientes afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Para tener completo el cuadro de morbilidad profesional de la población ocupada es necesario conocer la morbilidad profesional de los trabajadores informales. La manera de aproximarse a dicha información es a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) o de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). El número de trabajadores informales del país corresponde a la diferencia entre el número de trabajadores ocupados y el número de trabajadores formales, lo cual indica que durante el año 2001 el país contaba con aproximadamente **9.801.802 trabajadores informales. Es decir, el 60% de los trabajadores ocupados están en el sector informal de la economía.** Esta cifra coincide con los cálculos realizados por el DANE sobre el número de estos trabajadores.

Este informe presenta la información de enfermedad profesional de los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), de los trabajadores afiliados como cotizantes al régimen contributivo del SGSSS y de los trabajadores afiliados a los regímenes de excepción.

# METODOLOGÍA



# METODOLOGÍA

## 1. OBJETIVOS

- Determinar la incidencia de enfermedad profesional en el Régimen Contributivo del SGSSS, el SGRP y los Regímenes de Excepción.
- Describir la distribución de las enfermedades profesionales de acuerdo con la variable de sexo.
- Identificar los diagnósticos más frecuentes de enfermedad profesional en el Régimen Contributivo del SGSSS, el SGRP y los Regímenes de Excepción.
- Realizar la proyección de los costos de atención en salud generados por las enfermedades profesionales.
- Comparar las tasas de incidencia y los diagnósticos más frecuentes presentados en el Régimen Contributivo del SGSSS, el SGRP y los Regímenes de Excepción.
- Evaluar el desempeño de las dependencias de medicina del trabajo de las Empresas Promotoras de Salud, de acuerdo con dos indicadores: tasa de diagnóstico de enfermedad profesional y porcentaje de casos en los que hay acuerdo sobre el origen del evento, con la calificación en segunda instancia realizada por la ARP.

## 2. MÉTODOS

Se elaboró un informe descriptivo producto del análisis de la información reportada por las EPS, por las Dependencias de Salud de los Regímenes de Excepción, por la Dirección Técnica de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales del entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la Cámara Técnica de Riesgos Profesionales de Fasecolda y por la ARP Protección Laboral del ISS.

A las EPS acreditadas para administrar planes de beneficios en Colombia durante los años 2001 y 2002 se les aplicó un instrumento de recolección de la información que indagó las siguientes variables:



- Frecuencia absoluta de enfermedades profesionales agrupadas por códigos, de conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades novena revisión (CIE-9), registradas por las EPS durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de los años 2001 y 2002
- Número de diagnósticos «no controvertidos» por las Administradoras de Riesgos Profesionales como de origen profesional durante el período mencionado
- Número de diagnósticos «controvertidos» por las Administradoras de Riesgos Profesionales como enfermedad profesional durante el mismo período
- Distribución de los diagnósticos de enfermedad profesional registrados por las EPS según la variable sexo
- Número de afiliados cotizantes, beneficiarios y población asegurada total
- Costo derivado de la atención de los trabajadores a los que se les realizó diagnóstico de enfermedad profesional

Un caso **«no controvertido»** por la ARP es aquel en que la ARP califica en segunda instancia la enfermedad como de origen profesional, ratificando la calificación de la IPS-EPS. Por el contrario, un caso **«controvertido»** es aquel en donde no hay acuerdo sobre la calificación del origen de la enfermedad entre EPS y ARP, originando una controversia. El caso en **«trámite»** es aquel en donde la ARP no ha respondido a la EPS sobre el origen del evento.

Con el objetivo de completar el perfil de morbilidad profesional de los trabajadores dependientes del país, se solicitó información a los Regímenes de Excepción: El Magisterio, la Policía Nacional, las Fuerzas Militares (FF.MM.) y Ecopetrol, a través de un formulario que indagó las siguientes variables:

- Frecuencia absoluta de enfermedades profesionales agrupadas por códigos, de conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades novena revisión (CIE-9), durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de los años 2001 y 2002
- Distribución de los diagnósticos de enfermedad profesional registrados según la variable de sexo
- Número de afiliados cotizantes, beneficiarios y población asegurada total.

Además, se requirió la información sobre enfermedad profesional de los años 2001 y 2002 a la Dirección General de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales del entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social hoy Ministerio de la Protección Social; a la Cámara Técnica de Ries-

gos Profesionales de Fasescolda y a la ARP Protección Laboral del ISS, con el propósito de conocer la morbilidad profesional en el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP).

## 3. ETAPAS DE ELABORACIÓN DEL INFORME

La información se requirió de forma semestral durante el año 2001 y el primer semestre del año 2002. A partir del segundo semestre del año 2002 la información se solicitó con frecuencia mensual.

Durante el primer periodo, comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2001, se solicitó información a todas las EPS (27) de las cuales respondieron 24 (89%). ISS, Salud Total y Compensar, no respondieron la solicitud.

Durante el segundo periodo, comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2001, se solicitó información a 28 EPS de las cuales respondieron 26 (93%). Capresoca y Cruz Blanca no respondieron el requerimiento.

Para el año 2002 todas las EPS (27) respondieron la solicitud de información sobre los diagnósticos de enfermedad profesional realizados.

De las 28 EPS incluidas en este informe, 9 son de carácter público: Cóndor, Calisalud, Selvasalud, Caldas EPS, Cajanal, Caprecom, Convida, Seguro Social y Capresoca.

Las 19 EPS privadas son Solsalud, Sánitas, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle, Famisanar, Cruz Blanca, Colseguros, Saludcoop, Humana Vivir, Colpatria, Colmena, Susalud, Cafesalud, Unimec, Salud Total, Coomeva, Compensar, Salud Vida y Servicio Occidental de Salud (S. O. S.). Salud Vida inició actividades en junio del año 2001.

La EPS Unimec fue liquidada durante el año 2001; por lo tanto, no se solicitó información a esta entidad en el año 2002. Vale la pena mencionar que Calisalud, Selvasalud, Convida y Capresoca se encontraban liquidando el Régimen Contributivo durante el año 2001; por tal razón, se excluyeron del informe del año 2002.

# CAPÍTULO I

# CAPÍTULO I

## ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### 1. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las EPS que reportaron información durante el año 2001 reunían 6.039.447 afiliados cotizantes, a julio de ese año, según los datos suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud, de ellas seis se encontraban liquidando el régimen contributivo: Convida, Selvasalud, Unimec, Capresoca, Cóndor y Calisalud. Además, Caldas EPS y Caprecom se encontraban intervenidas. Por esta razón, la información del año 2002 excluye a las seis EPS que liquidaron el régimen contributivo durante el año 2001.

Las 22 EPS incluidas en el informe del año 2002 reunían 6.751.530 afiliados cotizantes a julio de ese año, según la información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Con el objetivo de tener un período de información que permita observar la dinámica del número de reportes de enfermedad profesional por parte de las EPS, se solicitó el número de casos de enfermedad profesional diagnosticados durante el año 2000. Por tal razón, aunque este informe corresponde al análisis de la información de los años 2001 y 2002, se incluyen datos sobre el número de diagnósticos y la tasa de incidencia de enfermedad profesional del año 2000.

CUADRO No. 2

**Diagnósticos de enfermedad profesional realizados por las EPS a afiliados cotizantes al régimen contributivo. Años 2000, 2001 y 2002**

	AÑO						TOTAL	
	2000		2001		2002			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diagnósticos no controvertidos por las ARP	129	25.4	300	25.3	225	12.6	654	18.8
Diagnósticos controvertidos por las ARP	293	57.8	317	26.7	63	3.5	673	19.3
Diagnósticos en trámite	85	16.8	570	48.0	1.502	83.9	2.157	61.9
Total de diagnósticos realizados por las EPS	507	100	1.187	100	1.790	100	3.484	100

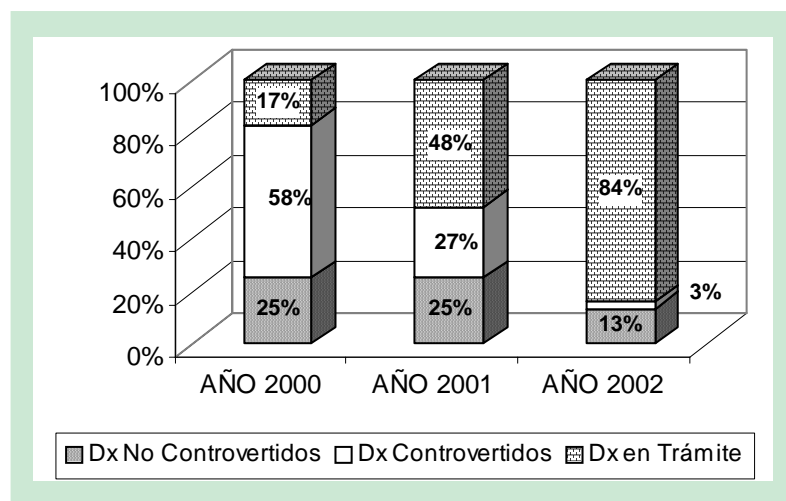
FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

El Cuadro número 2 permite observar que el número de diagnósticos de enfermedad profesional realizados por las EPS presenta un incremento constante, al pasar de 507 casos en el año 2000 a 1.790 casos en el año 2002, evidenciando que **el número de diagnósticos de enfermedades profesionales se ha incrementado en 253% durante estos tres años** en el Régimen Contributivo del SGSSS.

Así mismo, el cuadro número 2 y el Gráfico 1 muestran que el porcentaje de enfermedades profesionales no controvertidas por las ARP se mantuvo estable alrededor del 25%, durante los años 2000 y 2001, pero disminuyó al 13% durante el año 2002. Además, se observa que el porcentaje de casos controvertidos más solicitudes en trámite se mantuvo alrededor del 75% durante los años 2000 y 2001, y aumentó a 87% durante el año 2002. **Llama la atención el incremento de casos en trámite, que pasó de 17% en el año 2000 a 48% en el año 2001 y a 84% en el año 2002.** Es preciso aclarar que estas cifras corresponden al momento del reporte de la información por parte de las EPS, lo cual significa que el número de estos casos en trámite debe de haber disminuido a medida que las ARP han dado respuesta a las EPS.

GRÁFICO 1

**Distribución porcentual de los diagnósticos de enfermedad profesional según la controversia o no del origen profesional por parte de la ARP. Años 2000, 2001 y 2002**



Nueve de las 28 EPS incluidas en la información del año 2001 son de carácter público; siete de ellas no reportaron ningún caso de enfermedad profesional durante el año 2000; y las dos restantes reportaron 4 casos (menos del 1%) de los 507 registrados ese año. **Esas nueve EPS públicas reunían 2.235.496 afiliados a diciembre del año 2000 es decir, realizaron 0.18 diagnósticos por cada cien mil afiliados.** Vale la pena anotar que 14 (50%) de las 28 EPS no reportaron casos de enfermedad profesional durante el año 2000.

De las EPS públicas, cuatro de ellas no reportaron ningún caso de enfermedad profesional durante el año 2001, y las cinco restantes reportaron 124 casos (10%) de los 1.187 registrados durante ese período. Es importante mencionar que seis (21%) de las 28 EPS no reportaron ningún caso de enfermedad profesional durante el año 2001.

En el Cuadro número 3 se observa que las nueve EPS públicas reunían 2.050.811 afiliados cotizantes a julio del año 2001 y reportaron 124 casos de enfermedad profesional; es decir, seis diagnósticos por cada cien mil afiliados cotizantes.

De las EPS públicas, cinco habían liquidado el régimen contributivo en el año 2002, por tal razón durante ese año sólo se incluyen cuatro EPS públicas: Seguro Social, Cajanal, Caprecom y EPS Caldas. Estas cuatro EPS tenían afiliados al 34% de los cotizantes (2.314.073) y realizaron el 10% (171) del total de los diagnósticos de enfermedad profesional durante el año 2002. El Cuadro 3 permite apreciar que la tasa de incidencia de enfermedad profesional en las EPS públicas aumentó de cero a 7 por cada 100.000 afiliados cotizantes, durante el período en mención.

CUADRO No. 3

**Incidencia de enfermedad profesional por cada cien mil afiliados cotizantes en EPS públicas. Años 2000, 2001 y 2002**

EPS	AÑO 2000			AÑO 2001			AÑO 2002		
	Cotizantes	Dx	Ix100.000	Cotizantes	Dx	Ix100.000	Cotizantes	Dx	Ix100.000
CAJANAL	297.940	2	0.67	256.285	14	5	245.987	40	16
CALDAS EPS	10.705	0	0.00	8.617	0	0	5.468	2	37
CALISALUD EPS	1.478	0	0.00	841	0	0			
CAPRECOM	49.688	2	4.03	40.381	34	84	39.772	4	10
CAPRESOCA	1.233	0	0.00	1.169	1	86			
CONVIDA	21.017	0	0.00	17.160	11	64			
CÓNDOR EPS	1.370	0	0.00	1.212	0	0			
ISS- EPS	1.848.213	0	0.00	1.720.031	32	2	2.022.846	125	6
SELVASALUD	3.852	0	0.00	5.115	0	0			
<b>TOTAL</b>	<b>2.235.496</b>	<b>4</b>	<b>0.18</b>	<b>2.050.811</b>	<b>124</b>	<b>6</b>	<b>2.314.073</b>	<b>171</b>	<b>7</b>

Dx: Diagnósticos

Ix100.000: Tasa de Incidencia de EP por cada cien mil trabajadores

FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

De las EPS públicas, Cajanal y el Seguro Social son las que poseen el mayor número de afiliados cotizantes. Estas dos EPS presentan una tendencia al incremento de la tasa de diagnóstico, pasando de 0 a 16 por cien mil, en el primer caso, y de 0 a 6 por cada cien mil cotizantes en el segundo caso. Sin embargo, la tasa de incidencia continúa siendo baja al compararla con las EPS del sector privado.

# ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

CUADRO No. 4

## Incidencia de enfermedad profesional por cada cien mil afiliados cotizantes en EPS privadas. Años 2000, 2001 y 2002

EPS	AÑO 2000			AÑO 2001			AÑO 2002		
	Cotizantes	Dx	Ix100.000	Cotizantes	Dx	Ix100.000	Cotizantes	Dx	Ix100.000
CAFESALUD	225.700	58	26	292.986	121	41	325.860	57	17.5
COLMENA SALUD	89.812	0	0	97.064	29	30	124.830	42	33.6
COLSEGUROS	65.789	7	11	57.015	32	56	41.070	14	34.1
COMFENALCO ANT.	69.411	0	0	76.950	60	78	86.836	15	17.3
COMFENALCO VALLE	66.356	42	63	71.760	35	49	73.899	29	39.2
COMPENSAR	179.822	0	0	205.950	78	38	216.409	173	79.9
COOMEVA	406.646	116	29	482.797	246	51	555.345	223	40.2
CRUZ BLANCA	175.289	81	46	185.795	29	16	277.436	142	51.2
FAMISANAR	253.042	26	10	271.556	48	18	314.566	35	11.1
HUMANA VIVIR	116.621	16	14	121.322	17	14	172.287	17	9.9
S OS	101.488	87	86	110.856	166	150	128.706	231	179.5
SALUD COLPATRIA	28.212	0	0	27.846	0	0	28.306	19	67.1
SALUD TOTAL	255.759	0	0	320.278	11	3	354.148	315	88.9
SALUDCOOP	911.885	59	6	1.011.282	64	6	1.072.431	178	16.6
SALUDVIDA	0	0	0	3.144	0	0	1.091	0	0.0
SÁNITAS	8.853	7	79	217.384	26	12	236.358	100	42.3
SOLSALUD	34.348	2	6	43.682	5	11	57.539	0	0.0
SUSALUD	302.593	2	1	336.434	24	7	370.340	29	7.8
UNIMEC	69.452	0	0	54.535	49	90			
<b>TOTAL</b>	<b>3.361.078</b>	<b>503</b>	<b>15</b>	<b>3.988.636</b>	<b>1.063</b>	<b>27</b>	<b>4.437.457</b>	<b>1.619</b>	<b>36</b>

Dx: No. de Diagnósticos de EP      Ix100.000: Tasa de Incidencia de EP por cada cien mil cotizantes.

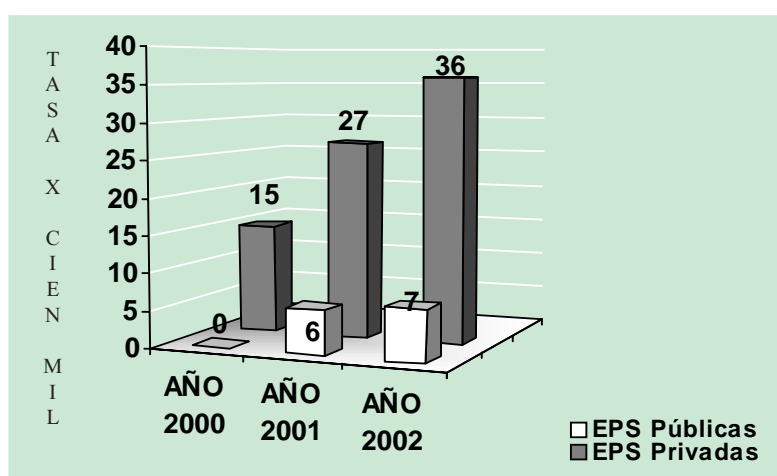
FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.



El Cuadro número 4 permite apreciar que la incidencia de diagnósticos de enfermedad profesional en las EPS privadas presenta una tendencia al incremento, pasando de 15 por cien mil, en el año 2000 a 27 por cada cien mil afiliados cotizantes en el año 2001 y a 36 por cien mil, en el año 2002. Se debe tener en cuenta que Saludvida inicio su funcionamiento en junio del 2001.

#### GRÁFICO No. 2

**Tasa de incidencia de enfermedad profesional según naturaleza pública o privada de la EPS. Régimen Contributivo. Colombia años 2000, 2001 Y 2002**



El Gráfico número 2 permite observar que la probabilidad de diagnóstico de enfermedad profesional en afiliados a EPS privadas era más de 15 veces la reportada por EPS públicas para el año 2000.

La situación se modifica en el año 2001, cuando dicha probabilidad en EPS privadas es 4.5 veces la reportada por las EPS públicas, mientras que en el año 2002 la probabilidad en EPS privadas es 5 veces la informada por las EPS públicas.

#### CUADRO No. 5

**Tasa de enfermedad profesional diagnosticada en el Régimen Contributivo del SGSSS. Años 2000, 2001 y 2002**

AÑO	No. AFILIADOS COTIZANTES EPS	Dx E. P.	Tasa de EP x cien mil afiliados
2000	3.197.814*	507	16
2001	6.039.447	1.187	20
2002	6.751.530	1.790	27

\*Afiliados cotizantes de las 24 EPS que reportaron información.

FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

La tasa de enfermedad profesional diagnosticada por las EPS se ha venido incrementando de forma continua, al pasar de 16 por cada cien mil en el año 2000 a 27 por cada cien mil cotizantes en el año 2002; es decir, se incrementó en un 69% (ver Cuadro 5). Es importante anotar que no se obtuvo información sobre enfermedad profesional del 42% de los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo durante el año 2000.

Sin embargo, como ya se mencionó, llama la atención que la proporción de solicitudes en trámite se incrementó de 17 a 84% en el trienio de referencia (ver Cuadro No. 2). En este contexto adquiere mayor relevancia el tema de la oportunidad en el servicio prestado por las EPS y ARP para garantizar los derechos a sus afiliados. Las cifras permiten observar que a medida que las EPS incrementan el número de diagnósticos de enfermedad profesional, se incrementa el porcentaje de casos en trámite.

De los 1.187 casos diagnosticados en el año 2001, el 25% (300 casos) hubo acuerdo entre EPS y ARP sobre el origen profesional de la enfermedad, y 27% (317 casos) fueron controvertidos por las ARP. Durante el año 2002 las EPS diagnosticaron 1.790 enfermedades como de origen profesional, de las cuales hubo acuerdo en el 12.6% (225 casos) y fueron controvertidos en segunda instancia el 3.5% (63) de los casos. **Es decir, el porcentaje de casos donde hubo acuerdo entre la EPS y la ARP sobre el origen profesional de la enfermedad se redujo a la mitad entre el año 2001 y el 2002.**

Un interrogante que debe ser resuelto es qué sucede con los casos donde persiste la controversia sobre el origen de la enfermedad entre ARP y EPS. ¿Cuántos de esos casos terminan en las juntas regionales y nacional de calificación de invalidez?

Para contestar esas preguntas es preciso contar con un sistema de información que permita realizar el seguimiento de los casos de enfermedad profesional desde su diagnóstico en la IPS, la calificación en segunda instancia por parte de las ARP, hasta llegar a las Juntas de Calificación de Invalidez, en caso de controversia entre EPS y ARP.

## 2. DESEMPEÑO DE LAS DEPENDENCIAS DE MEDICINA DEL TRABAJO DE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD

El cuadro número 6 permite observar que existen varias EPS que presentan una tendencia continua al incremento del número de casos diagnosticados de enfermedad profesional. Durante el año 2000 Coomeva, Servicio Occidental de Salud (SOS), Famisanar y Comfenalco Valle fueron las EPS con mayor número de casos aceptados por las ARP. Durante el año 2001 fueron Saludcoop, SOS y Coomeva las EPS con mayor número de casos aceptados por las ARP, mientras que en el año 2002 fueron Coomeva, Compensar y Saludcoop.

CUADRO No. 6

**Número de diagnósticos de enfermedad profesional según EPS.  
Año 2000, 2001 y 2002**

EPS	AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002		TOTAL	
	No. Dx	Dx no controvertidos	No. Dx	Dx no controvertidos	No. Dx	Dx no controvertidos	No. Dx	Dx no controvertidos
CAFESALUD	58	1	121	3	57	0	236	4
CAJANAL	2	2	46	21	40	20	88	43
CALDAS EPS	0	0	0	0	2	0	2	0
CALISALUD	0	0	0	0			0	0
CAPRECOM	2	0	34	2	4	1	40	3
CAPRESOCA	0	0	1	0			1	0
COLMENA	0	0	29	6	42	1	71	7
COLSEGUROS	7	0	32	11	14	0	53	11
COMFEANTIOQUIA	0	0	3	1	15	0	18	1
COMFEVALLE	42	17	35	16	29	14	106	47
COMPENSAR	0	0	78	3	173	34	251	37
CONVIDA	0	0	11	0			11	0
COOMEVA	116	54	246	68	223	50	585	172
CRUZ BLANCA	81	2	29	3	142	0	252	5
FAMISANAR	26	12	48	19	35	15	109	46
HUMANA VIVIR	16	4	17	3	17	1	50	8
SOS	87	22	166	35	231	19	484	76
COLPATRIA	0	0	0	0	19	2	19	2
CONDOR EPS	0	0	0	0			0	0
SALUD TOTAL	0	0	11	7	315	0	326	7
SALUDCOOP	59	8	144	58	178	25	381	91
SALUDVIDA	0	0	0	0	0	0	0	0
SÁNITAS	7	4	26	3	100	14	133	21
SEGURO SOCIAL	0	0	32	24	125	16	157	40
SELVASALUD	0	0	0	0			0	0
SOLSALUD	2	2	5	4	0	0	7	6
SUSALUD	2	1	24	13	29	13	55	27
UNIMEC	0	0	49	0			49	0
<b>TOTAL</b>	<b>507</b>	<b>129 (25%)</b>	<b>1.187</b>	<b>300 (25%)</b>	<b>1.790</b>	<b>225 (13%)</b>	<b>3.484</b>	<b>654 (19%)</b>

No. Dx: Número de Diagnósticos

**FUENTE:** Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

## ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Tomando como punto de comparación la mediana de la tasa de incidencia de enfermedad profesional durante el año 2002, es decir, 26 por cada cien mil afiliados, el cuadro número 7 permite observar que tres EPS: Comfenalco Valle, Coomeva y SOS, presentan tasas de incidencia superiores a 26 por cien mil durante el trienio de referencia.

SOS ha incrementado la tasa de diagnóstico de manera continua del año 2000 al 2002 (ver cuadro 7). La única EPS de estas cuatro que incrementó el porcentaje de diagnósticos no controvertidos por las ARP es COMFENALCO Valle. Sin embargo, también presenta una disminución de la tasa de diagnósticos por cada cien mil afiliados cotizantes.

CUADRO No. 7

**Tasa de incidencia de enfermedad profesional y porcentaje de casos no controvertidos por las ARP en las tres EPS cuyas tasas de incidencia fueron superiores a 26 por cien mil durante los años 2000, 2001 y 2002**

EPS	AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002	
	T. I. x cien mil	% Dx no controvertidos	T. I. x cien mil	% Dx no controvertidos	T. I. x cien mil	% Dx no controvertidos
Comfevalle	63	40	49	46	39	48
Coomeva	29	47	51	28	40	22
SOS	86	25	150	21	179	8

**FUENTE:** Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

El Cuadro número 8 permite apreciar que para los años 2001 y 2002 Servicio Occidental de Salud (SOS) es la EPS con la mayor tasa de diagnósticos por cada cien mil afiliados cotizantes.

CUADRO No. 8

**Tasa de incidencia de enfermedad profesional diagnosticada en 28 EPS. Años 2001 y 2002**

EPS	AÑO 2001				AÑO 2002			
	No. Dx	Dx no C	Dx. C	Tasa*	No. Dx	Dx no C	Dx. C	Tasa*
CAFESALUD	121	3	9	41.3	57	0	2	17.5
CAJANAL	46	21	16	17.9	40	20	3	16.3
CALDAS EPS	0	0	0	0.00	2	0	0	36.6
CALISALUD	0	0	0	0.00				
CAPRECOM	34	2	4	84.2	4	1	1	10.1
CAPRESOCA	1	0	0	85.54				
COLMENA	29	6	19	29.8	42	1	1	33.6
COLSEGUROS	32	11	0	56.1	14	0	0	34.1

continúa

EPS	AÑO 2001				AÑO 2002			
	No. Dx	Dx NO C.	Dx. C	Tasa*	No. Dx	Dx NO C.	Dx. C	Tasa*
COMFEANTIOQUIA	3	1	1	3.9	15	0	0	17.3
COMFEVALLE	35	16	5	48.7	29	14	6	39.2
COMPENSAR	78	3	0	37.8	173	34	5	79.9
CONVIDA	11	0	0	64.1				
COOMEVA	246	68	48	50.9	223	50	22	40.2
CRUZ BLANCA	29	3	26	15.6	142	0	2	51.2
FAMISANAR	48	19	20	17.6	35	15	1	11.1
HUMANA VIVIR	17	3	5	14.0	17	1	1	9.9
SOS	166	35	75	149.7	231	19	0	179.5
COLPATRIA	0	0	0	0.0	19	2	1	67.1
CÓNDOR EPS	0	0	0	0.0				
SALUD TOTAL	11	7	0	3.4	315	0	0	88.9
SALUDCOOP	144	58	37	14.2	178	25	2	16.6
SALUDVIDA	0	0	0	0	0	0	0	0.0
SÁNITAS	26	3	8	11.9	100	14	2	42.3
SEGURO SOCIAL	32	24	0	1.8	125	16	12	6.2
SELVASALUD	0	0	0	0.0				
SOLSALUD	5	4	0	11.4	0	0	0	0.0
SUSALUD	24	13	2	7.1	29	13	2	7.8
UNIMEC	49	0	42	89.8				
<b>TOTAL</b>	<b>1.187</b>	<b>300</b>	<b>317</b>	<b>19.7</b>	<b>1.790</b>	<b>225</b>	<b>63</b>	<b>26.5</b>

\* Tasa de Incidencia de enfermedad profesional por cada 100.000 afiliados cotizantes año

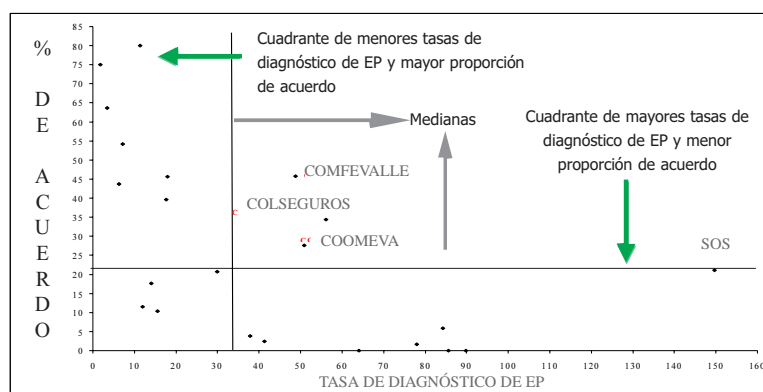
No. Dx: Número total de diagnósticos de enfermedad profesional

Dx no C: Diagnósticos no controvertidos Dx C: Diagnósticos Controvertidos

**FUENTE:** Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

### GRÁFICO No. 3

**Correlación entre tasa de incidencia de enfermedad profesional diagnosticada por EPS y porcentaje de concordancia entre EPS y ARP. Colombia, año 2001**



Al organizar gráficamente la información contrastando la tasa de incidencia de diagnóstico y el porcentaje de acuerdo entre EPS y ARP, se observa (Gráfico número 3) que **existe una relación inversa entre tasa de diagnóstico y porcentaje, de acuerdo** como lo muestra el hecho que en el gráfico se mantiene claramente diferenciado el cuadrante de menores tasas de diagnóstico de EP y mayor proporción de acuerdo entre EPS y ARP, del cuadrante de mayores tasas de diagnóstico de EP y menor proporción de acuerdo.

Cuatro EPS quedan incluidas en el cuadrante de mayor tasa de diagnóstico y mayor porcentaje de acuerdo entre EPS y ARP, durante el año 2001. Ellas son: Servicio Occidental de Salud (SOS), Comfenalco Valle, Coomeva y Colseguros.

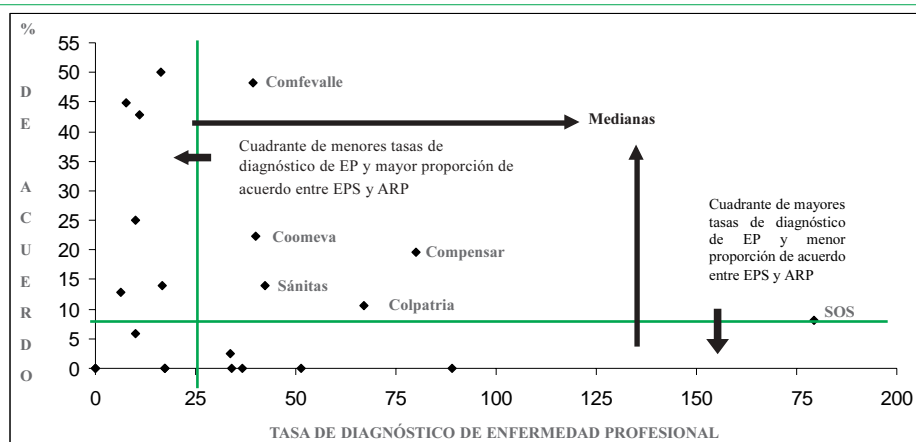
Durante el año 2001 **las EPS reunieron 6.039.447 afiliados cotizantes y hallaron 1.187 diagnósticos de enfermedad profesional, lo que da como resultado una tasa de incidencia de 20 diagnósticos por cada cien mil afiliados.**

Durante el año 2002 persiste la *relación inversa entre tasa de diagnóstico y porcentaje de acuerdo sobre el origen de la enfermedad entre EPS y ARP*. Lo anterior se evidencia en el hecho que en el Gráfico 4 se mantiene claramente diferenciado el cuadrante de menores tasas de diagnóstico de EP y mayor proporción de acuerdo entre EPS y ARP, del cuadrante de mayores tasas de diagnóstico de EP y menor proporción de acuerdo.

Cinco EPS quedan incluidas en el cuadrante de mayor tasa de diagnóstico y mayor porcentaje de acuerdo entre EPS y ARP, durante el año 2002. Ellas son: Comfenalco Valle, Coomeva, Sánitas, Colpatria y Compensar.

**GRÁFICO No. 4**

**Correlación entre tasa de incidencia de enfermedad profesional diagnosticada por las EPS y porcentaje de concordancia con la ARP. Colombia año 2002**



**De estas cinco EPS, Comfenalco Valle y Coomeva también presentaron un buen desempeño durante el año 2001.** La EPS que presentó la mayor tasa de incidencia durante los años 2001 y 2002 es Servicio Occidental de Salud (SOS).

**Durante el año 2002, las EPS incluidas en el informe reunieron 6.751.530 afiliados cotizantes y reportaron 1.790 diagnósticos de enfermedad profesional, lo que da como resultado una tasa de incidencia de 26.5 diagnósticos por cada cien mil afiliados cotizantes.**

A nivel internacional, la OIT ha reportado datos relacionados con la tasa de incidencia por enfermedad profesional cercana a 8.000 casos por cada 100.000 trabajadores, basados en registros de autorreporte. A su vez, la OMS ha reportado tasas cercanas a 500 casos por cada 100.000 trabajadores, con base en registros médicos de países europeos.

Se debe tener en cuenta que la comparación internacional del número de enfermedades ocupacionales por país es difícil debido a que el concepto de enfermedad profesional varía, la identificación de los casos se puede hacer por autorreporte o diagnóstico médico y las condiciones de trabajo son diferentes, entre otras muchas razones. No obstante, para efectos de un ejercicio de carácter académico, se decide tomar el dato reportado por la OMS por cuanto se basa al igual que en el caso colombiano, en el diagnóstico médico, para efectos de construir escenarios que permitan realizar proyecciones sobre el número de enfermedades profesionales y el impacto económico de dichas patologías en el caso del incremento del reporte

Asumiendo las anteriores consideraciones, la incidencia de 26.5 diagnósticos por cada cien mil afiliados cotizantes a Régimen Contributivo continúa siendo baja, teniendo en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia, sobre la base de los registros europeos, es de 300 a 500 por cada 100.000 trabajadores año. **Lo anterior quiere decir que para la población de trabajadores de estas 22 EPS se deberían esperar entre 20.255 y 33.758 (11 a 19 veces lo diagnosticado) casos nuevos por año.** Según la misma OMS, de esas enfermedades, cerca de 30 al 40% pueden llevar a enfermedades crónicas; un 10% a invalidez y cerca del 0.5 al 1% terminan en muerte<sup>11</sup>.

El Cuadro número 9 permite proyectar un escenario basado en las tasas informadas por la OMS. Este escenario se obtiene aplicando las tasas de incidencia de los registros europeos reportados por la OMS. En dicho escenario se esperaría, **para la población de estas 22 EPS, alrededor de 10.127 enfermedades crónicas, 3.376 casos de invalidez y 169 muertes derivadas de enfermedades profesionales en Colombia cada año.**

Además, al observar las tasas de incidencia reportadas por las EPS (ver Cuadro 8) se nota que hay EPS como SOS que presentan tasas de 180 por cada cien mil afiliados cotizantes, cifra que no está muy alejada de la realidad planteada por la Organización Mundial de la Salud.

---

<sup>11</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud ocupacional para todos. Estrategia Mundial. Ginebra 1995 (versión en español). P. 47.

## ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

También debe tenerse en cuenta que las características particulares de cada población de afiliados cotizantes, es decir, los factores de riesgo ocupacional a los cuales estén expuestos, pueden causar diferencias entre los perfiles de morbilidad profesional de las EPS.

CUADRO No. 9

Proyección de diagnósticos de enfermedad profesional esperados para 22 EPS con base en datos de la OMS. Año 2002					
NOMBRE EPS	No. Dx	Dx ESPERADOS	ENFERMEDADES CRÓNICAS	CASOS DE INVALIDEZ	MUERTES
CAFESALUD	57	1.629	489	163	8
CAJANAL	40	1.230	369	123	6
CALDAS EPS	2	27	8	3	0
CAPRECOM	4	199	60	20	1
COLMENA SALUD	42	624	187	62	3
COLSEGUROS	14	205	62	21	1
COMFEANTIOQUIA	15	434	130	43	2
COMFEVALLE	29	369	111	37	2
COMPENSAR	173	1.082	325	108	5
COOMEVA	223	2.777	833	278	14
CRUZ BLANCA	142	1.387	416	139	7
FAMISANAR	35	1.573	472	157	8
HUMANA VIVIR	17	861	258	86	4
SOS	231	644	193	64	3
SALUD COLPATRIA	19	142	42	14	1
SALUD TOTAL	315	1.771	531	177	9
SALUDCOOP	178	5.362	1.609	536	27
SALUDVIDA	0	5	2	1	0
SANITAS	100	1.182	355	118	6
SEGURO SOCIAL EPS	125	10.114	3.034	1.011	51
SOLSALUD	0	288	86	29	1
SUSALUD	29	1,852	556	185	9
<b>TOTAL</b>	<b>1.790</b>	<b>33.758</b>	<b>10.127</b>	<b>3.376</b>	<b>169</b>

Proyección con cifras OMS de 500 casos por cada cien mil trabajadores

FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.



### 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES POR DIAGNÓSTICO Y GÉNERO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS

Con respecto a la calidad de la información, vale la pena anotar que durante el primer semestre del año 2001 se obtuvieron 140 registros, de los cuales 44, es decir, el 31%, no coincidieron con diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades novena revisión (CIE-9), mientras que en el segundo semestre se obtuvieron 90 registros, de los cuales todos coinciden con la CIE-9; es decir, que mejoró la calidad del reporte durante el segundo semestre.

Persiste el fenómeno de encontrar diagnósticos como sordera neurosensorial (código 3891), bajo otras denominaciones, como pérdida súbita de la audición (código 3882), efectos del ruido sobre el oído interno (código 3881), otras formas especificadas de la sordera (3898).

CUADRO No. 10

#### Diagnósticos de enfermedad Profesional de mayor frecuencia. Año 2001. Régimen Contributivo, SGSSS.

DIAGNÓSTICO	CASOS	% ACUERDO	% CONTROVERSIAS	% TRAMITE
Total diagnósticos	1.187	25	27	48
SÍNDROME DEL CONDUCTO CARPIANO (3540) SCC	322 (27%)	20	21	59
OTROS TRASTORNOS DEL DORSO Y EL NO ESPECIFICADO: LUMBAGO (7242)	141 (12%)	20	35	45
SORDERA NEUROSENSORIAL (3891, 3881, 3898, 3882) SNS	83 (7%)	22	27	51
SINOVITIS Y TENOSINOVITIS (7270) STS	44 (4%)	18	34	48
DERMATITIS (6924, 6925, 6926, 6928, 6929)	38 (3)	29	16	55
ENTESOPATÍAS (7263, 7264, 7266) ETSP	34 (3)	21	44	35
OTROS TRASTORNOS DE LA CÁPSULA SINOVIOL DE LA SINOVIOL Y DE LOS TENDONES (7278, 7279) OTCST	34 (3%)	3	3	94
BURSITIS (7272, 7261)	33 (3%)	27	42	31
DESPLAZAMIENTO DE DISCO INTERVERTEBRAL SIN MIELOPATIA (7220, 7221, 7222) DDISM	28 (2%)	36	43	21

**FUENTE:** Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

Los 9 diagnósticos que aparecen en el Cuadro 10 representan el 64% de los 1.187 casos reportados por las 28 EPS. Los demás diagnósticos registrados tienen frecuencias muy bajas. El Cuadro número 10 y el Gráfico número 5 permiten notar que el diagnóstico más frecuentemente reportado fue el *síndrome del conducto carpiano (SCC)*, con 322 casos, lo que corresponde al 27% del total de casos. De los 322 diagnósticos hubo concordancia entre EPS y ARP en el 20% (64 casos) y el 59% (189 casos) se encontraba en trámite al momento del reporte.

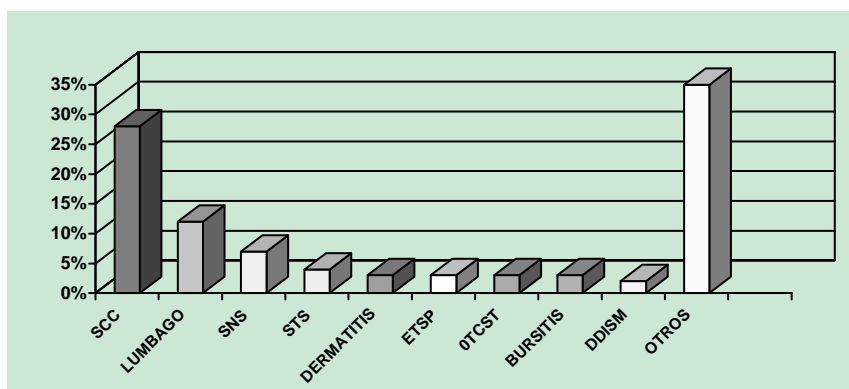
El segundo diagnóstico más frecuentemente reportado fue el lumbago, con 141 casos, es decir el 12% del total, de los cuales hubo concordancia en el 20% (28 casos). En tercer lugar se encuentra la sordera neurosensorial (SNS), con 83 casos, lo que corresponde al 7%, de los cuales hubo concordancia entre EPS y ARP en el 22% (18 casos). Al reunir los tres primeros diagnósticos se tiene el 46% del total.

Cuando se agrupan los diagnósticos por sistemas, se observa que los diagnósticos que afectan el **sistema musculoesquelético representa, el 65% (777 casos) del total**. En segundo lugar se ubica el sistema de los órganos de los sentidos (sordera neurosensorial), 7% de los casos, y en tercer lugar el sistema de la piel y anexos (dermatitis), con una frecuencia del 3%. **Es decir, que probablemente los Desórdenes Músculo Esqueléticos (DME) se constituyeron en la primera causa de morbilidad profesional en Colombia diagnosticada por las EPS durante el año 2001.**

Los DME, también conocidos como síndrome por sobreuso se pueden presentar en trabajadores de diversas ocupaciones. Se estima que 100 millones de personas a nivel mundial sufren diferentes grados de daño por sobreuso. Con el empleo creciente de los computadores, se ha convertido en la enfermedad profesional más frecuente a nivel mundial.

GRÁFICO No. 5

### Distribución de las enfermedades profesionales según diagnóstico. Año 2001



*Las compañías de seguros afirman que los reclamos por síndrome de sobreuso han aumentado en un 77% desde 1984; en Estados Unidos estas demandas tienen un costo promedio de 43.000 dólares cada una<sup>12</sup>. El dolor bajo de espalda es responsable de que diez millones de personas estén fuera del trabajo diariamente en el mencionado país. El costo anual para la sociedad en los Estados Unidos derivado de este problema fluctúa entre 20 y 50 billones de dólares<sup>13</sup>.*

Durante el año 2001 el mayor número de casos donde hubo concordancia en la calificación del origen corresponde al diagnóstico de síndrome del conducto carpiano (64 casos), pero proporcionalmente es el desplazamiento de disco intervertebral (36%) el diagnóstico donde hubo mayor acuerdo con respecto al origen, entre EPS y ARP (ver Cuadro 10). La mayor proporción de casos controvertidos por las ARP, 44%, corresponde al diagnóstico de entesopatía, seguido por el diagnóstico de desplazamiento de disco intervertebral, 43% de los casos controvertidos, y bursitis con el 42%.

Ese mismo año fueron controvertidos 317 casos (27%). El paso siguiente debe ser indagar por qué fue objetado el origen profesional de las patologías de estos 317 trabajadores (ver Cuadro 10). Las EPS reportaron 570 casos en trámite (48%), es decir casi la mitad de los casos, lo cual hace pensar en la calidad y la oportunidad del pago de las prestaciones económicas y de las prestaciones asistenciales que no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), además de los procesos de rehabilitación.

Las EPS reportaron 38 casos de dermatitis durante el año 2001, de los cuales en 11 hubo acuerdo sobre el origen (29%), 6 controvertidos (16%) y 21 casos se encontraban en trámite (55%). A fin de tener un parámetro de comparación, se solicitó la información sobre dermatitis ocupacional al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, el cual informó que **durante el año 2001 realizó 3.313 diagnósticos de dermatitis de contacto**, los cuales corresponden al 13.5% de las consultas de primera vez y al 5.4% del total de consultas. Sin embargo, en ninguno de estos casos se determinó el origen del evento (ver Cuadro No. 11).

CUADRO No. 11

Dermatitis de contacto diagnosticadas en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Año 2001					
Dx CIE-9	Código	Dx ESPECÍFICO	Mujeres	Hombres	Total
Dermatitis por radiación solar	6927	Eczema de fotocontacto	134	107	241
Dermatitis por agente no especificado	6929	Dermatitis de contacto irritativa	341	225	566
Dermatitis por agente no especificado	6929	Dermatitis de contacto alérgica	2.061	1.252	3.313

FUENTE: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

<sup>12</sup> ARP COLPATRIA. ARP Prensa, mayo-junio de 2002. P. 13.

<sup>13</sup> GOHNET RED MUNDIAL DE SALUD OCUPACIONAL. Boletín número 4 de 2003. P. 1.

CUADRO No. 12

Distribución Según género de los diagnósticos de enfermedad profesional. Año 2001			
DIAGNÓSTICO	TOTAL CASOS	PORCENTAJE MUJERES	PORCENTAJE HOMBRES
	1.187	54	46
SINDROME DEL CONDUCTO CARPIANO (3540)	322	84	16
OTROS TRASTORNOS DEL DORSO Y EL NO ESPECIFICADO: LUMBAGO (7242)	141	35	65
SORDERA NEUROSENSORIAL (3891, 3881, 3898, 3882)	83	17	83
SINOVITIS Y TENOSINOVITIS (7270)	44	68	32
DERMATITIS (6924, 6925, 6926, 6928, 6929)	38	61	39
ENTESOPATÍAS (7263, 7264, 7266)	34	44	56
OTROS TRASTORNOS DE LA CÁPSULA SINOVIAL DE LA SINOVIA Y DE LOS TENDONES (7278, 7279)	34	76	24
BURSITIS (7272, 7261)	33	48	52
DESPLAZAMIENTO DE DISCO INTERVERTEBRAL SIN MIELOPATÍA (7220, 7221, 7222)	28	21	79

FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

De los 1.187 casos reportados, 638 se presentaron en mujeres, es decir, el 54% del total de los casos y 526 casos se presentaron en hombres 46%, como permite apreciar el cuadro número 12.

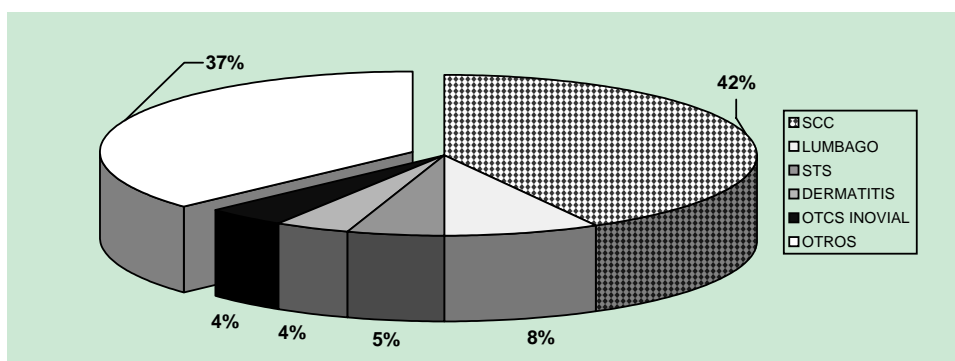
El Gráfico número 6 ilustra cómo en las mujeres trabajadoras las cuatro primeras causas de morbilidad son el síndrome del conducto carpiano (SCC), el lumbago, la sinovitis y tenosinovitis (STS) y la dermatitis. **Es decir, los Desórdenes Músculo Esqueléticos (DME) fueron la primera causa de morbilidad entre las mujeres trabajadoras durante el año 2001.** De los 322 casos de SCC el 84% se presentan en mujeres. El 76% (26 casos) de los trastornos de la cápsula sinovial (OTCS) afectan mujeres.

En los hombres trabajadores, las primeras cuatro causas de morbilidad profesional durante el año 2001 fueron lumbago, sordera neurosensorial (SNS), síndrome del conducto carpiano (SCC) y entesopatías, como lo ilustra el Gráfico número 7. De los 83 casos de sordera neurosensorial el 83% sucede en hombres. Además, el 79% de los casos de desplazamiento

de disco intervertebral sin mielopatía y el 65% de los casos de lumbago afectan a los trabajadores de sexo masculino.

GRÁFICO No. 6

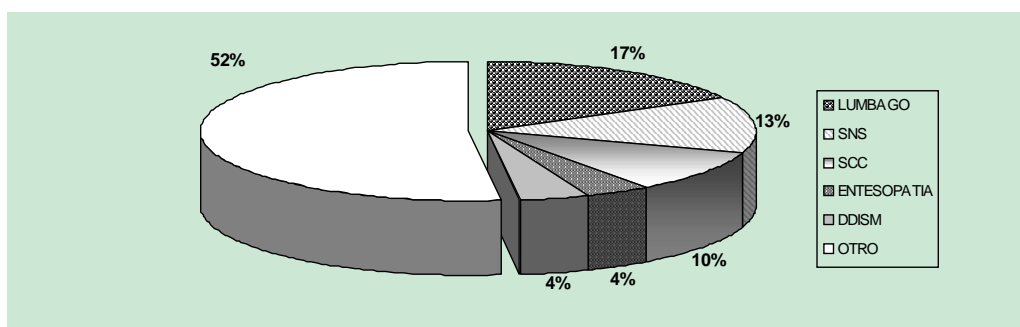
**Distribución de las enfermedades profesionales en mujeres trabajadoras por diagnóstico. Año 2001**



Esta distribución de las enfermedades por sexos llama la atención e induce a preguntar cuáles son los factores que la producen. Probablemente la distribución de las ocupaciones por género, que expone a hombres y mujeres a diferentes factores de riesgo laboral.

GRÁFICO No. 7

**Distribución de las enfermedades profesionales en hombres trabajadores por diagnóstico. Año 2001**



Durante el año 2002 la calidad de la información reportada mejoró notablemente, lo cual se evidencia porque el 94% de los 176 registros coincidieron con diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades novena revisión (CIE-9).

CUADRO No. 13

**Diagnósticos de enfermedad profesional de mayor frecuencia.  
Año 2002. Régimen Contributivo**

DIAGNÓSTICO	No. CASOS	% ACUERDO	% TRÁMITE	% CONTROVERSIAS
TOTAL DIAGNÓSTICOS	1.790	13	84	3%
SÍNDROME DEL CONDUCTO CARPIANO	483 (27%)	17	80	3
LUMBAGO	282 (16%)	2	95	3
SORDERA NEUROSENSORIAL	132 (7%)	13	78	9
SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	100 (6%)	10	88	2
DESPLAZAMIENTO DE DISCO INTERVERTEBRAL CON MIELOPATÍA(3363*)	61 (3%)	16	80	4
DOLOR DE ESPALDA SIN ESPECIFICACIÓN	59 (3%)	7	93	0
SÍNDROME DE ROTACIÓN DOLOROSA DEL HOMBRO Y TRASTORNOS SIMILARES	44 (2%)	14	77	9
ENTESOPATÍA DE LA REGIÓN DEL CODO	39 (2%)	26	64	10
DERMATITIS POR CONTACTO	29 (2%)	24	69	7

FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

El Cuadro 13 permite observar que estos nueve diagnósticos representan el 69% del total de diagnósticos reportados por las EPS durante el año 2002. Los demás diagnósticos informados tienen frecuencias muy bajas. El diagnóstico reportado con mayor frecuencia es el Síndrome de Conducto Carpiano (SCC), con 483 casos, lo que corresponde al 27% del total. De los 483 casos solamente hubo acuerdo sobre el origen entre EPS y ARP en el 17% (86 casos) y el 80% (384 casos) se encontraban en trámite ante la ARP a la fecha del reporte.

En segundo lugar, se observa el lumbago, con 282 casos -es decir, el 16% del total-, de los cuales hubo acuerdo sobre el origen en el 2% (6 casos), encontrándose en trámite ante la ARP el 95% de los casos a la fecha del reporte.

Como se puede apreciar en el Cuadro 13, la tercera causa más frecuente de morbilidad de origen profesional diagnosticada por las EPS durante el año 2002, fue la Sordera Neurosensorial (SNS), con 132 casos lo que corresponde al 7% del total, de los cuales hubo acuerdo sobre el origen en el 13% (17 casos), encontrándose en trámite ante la ARP el 78% de los casos a la fecha del reporte. Estos tres diagnósticos reúnen el 50% de los casos del año 2002.

Se observa una coincidencia en los cuatro primeros diagnósticos de enfermedad profesional realizados por las EPS durante los años 2001 y 2002 (ver cuadro 14):

- Síndrome de Conducto Carpiano (SCC)
- Lumbago
- Sordera Neurosensorial (SNS)
- Sinovitis y Tenosinovitis (STS)

Esto permite hablar de una coherencia de la información reportada por las EPS.

CUADRO No. 14

Frecuencia de los diagnósticos de enfermedad profesional realizados por las EPS. Años 2001 y 2002					
AÑO 2001			AÑO 2002		
DIAGNÓSTICO	No. CASOS	%	DIAGNÓSTICO	No. CASOS	%
<b>TOTAL DIAGNÓSTICOS</b>	<b>1.187</b>	100	<b>TOTAL DIAGNÓSTICOS</b>	<b>1.790</b>	100
SÍNDROME DEL CONDUCTO CARPIANO	322	27	SÍNDROME DEL CONDUCTO CARPIANO	483	27
LUMBAGO	141	12	LUMBAGO	282	16
SORDERA NEUROSENSORIAL (SNS)	83	7	SORDERA NEUROSENSORIAL	132	7
SINOVITIS Y TENOSINOVITIS (7270) STS	44	4	SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	100	6
DERMATITIS DE CONTACTO	38	3	TRASTORNO DE DISCO INTERVERTEBRAL CON MIELOPATÍA (3363*)	61	3
ENTESOPATÍAS ETSP	34		DOLOR DE ESPALDA SIN ESPECIFICACIÓN	59	3
OTROS TRASTORNOS DE LA CÁPSULA SINOVIAL DE LA SINOVIA Y DE LOS TENDONES OTCST	34	3	SÍNDROME DE ROTACIÓN DOLOROSA DEL HOMBRO TRASTORNOS SIMILARES	44	2
BURSITIS	33	3	ENTESOPATÍA DE LA REGIÓN DEL CODO	39	2
DESPLAZAMIENTO DE DISCO INTERVERTEBRAL SIN MIELOPATÍA DDISM	28	2	DERMATITIS DE CONTACTO	29	2

FUENTE: Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

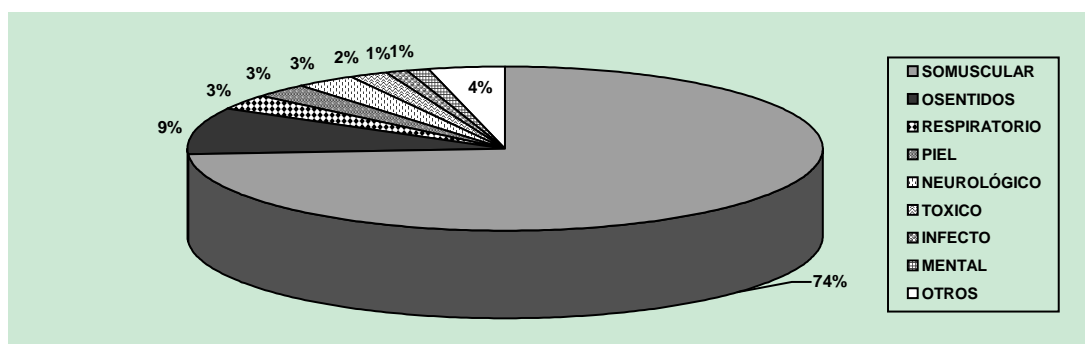
La frecuencia de diagnóstico de dermatitis de contacto disminuyó, mientras se incrementa la frecuencia de diagnósticos como el trastorno de disco intervertebral con mielopatía y el dolor de espalda. Al parecer, existe un espectro de patologías que va desde el dolor de espalda, pasando por el lumbago y terminando en el desplazamiento del disco intervertebral con mielopatía.

Al agrupar los diagnósticos por sistemas se aprecia que los diagnósticos relacionados con el sistema osteomuscular representaron el 74% (1.324) del total de enfermedades profesionales reportadas por las EPS durante el año 2002 (ver Gráfico 8). Es decir, que **tanto durante el año**

2001 como para el 2002 se puede pensar que la primera causa de morbilidad profesional diagnosticada en el régimen contributivo son los Desórdenes Músculo Esqueléticos (DME).

GRÁFICO No. 8

### Distribución de las enfermedades profesionales por sistemas. Régimen Contributivo, año 2002



Como se observa en el Gráfico 8, el segundo sistema más afectado por enfermedades profesionales durante el año 2002, fue el sistema órganos de los sentidos, con el 9% del total de diagnósticos, siendo la sordera neurosensorial el diagnóstico más frecuentemente reportado. En orden de frecuencia, los sistemas respiratorio, piel y faneras y el neurológico fueron afectados con el 3% del total de casos, **siendo el asma ocupacional el diagnóstico más frecuentemente reportado, en lo relacionado con el sistema respiratorio, y la dermatitis de contacto en lo referente a piel.**

Los diagnósticos más frecuentemente reportados en relación con el sistema neurológico durante el año 2002 fueron las radiculitis, neuritis, lesiones y traumatismos de raíces lumbosacras, y lesiones del nervio cubital. Como se puede apreciar, las lesiones neurológicas están en estrecha relación con las patologías del sistema osteomuscular y probablemente hacen parte del espectro de las lesiones por desórdenes Músculo Esqueléticos.

Se agruparon las intoxicaciones y las enfermedades infecciosas en dos categorías diferentes, sin que estrictamente se pueda hablar de sistemas. Las intoxicaciones más frecuentemente reportadas como enfermedades profesionales fueron por metales pesados (plomo y mercurio). Las intoxicaciones corresponden al 2% del total de diagnósticos realizados durante el año 2002. Las enfermedades infecciosas correspondieron al 1% de todos los diagnósticos, siendo más frecuente la zoonosis bacteriana.

Finalmente, los diagnósticos relacionados con la esfera mental ocuparon el 1% de todos los diagnósticos, siendo el más frecuente la depresión neurótica, seguido de las reacciones agudas ante gran tensión.



Llama la atención la ausencia de diagnósticos relacionados con el sistema gastrointestinal y cardiocerebrovascular, enfermedades relacionadas con factores de riesgo psicosocial. Así mismo, llama la atención por su ausencia el diagnóstico de cáncer de origen ocupacional.

Como se puede apreciar en el Cuadro 15, de los 1.790 casos reportados en el año 2002, 804 enfermedades se presentaron en mujeres -es decir, el 45%- mientras 986 enfermedades afectaron a hombres -es decir, el 55%-.

**CUADRO No. 15**

<b>Distribución de las enfermedades profesionales según sexo. Régimen Contributivo año 2002</b>			
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>% MUJERES</b>	<b>% HOMBRES</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1790</b>	<b>45</b>	<b>55</b>
SÍNDROME DEL CONDUCTO CARPIANO	483	78	22
LUMBAGO	282	21	79
SORDERA NEUROSENSORIAL	132	14	86
SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	100	74	26
DESPLAZAMIENTO DE DISCO INTERVERTEBRAL CON MIELOPATÍA (3363*)	61	28	72
DOLOR DE ESPALDA SIN ESPECIFICACIÓN	59	12	88
SÍNDROME DE ROTACIÓN DOLOROSA DEL HOMBRO	44	50	50
ENTESOPATÍA DE LA REGIÓN DEL CODO	39	54	46
DERMATITIS POR CONTACTO	29	48	52

**FUENTE:** Reporte de las EPS sobre los diagnósticos de enfermedad profesional.

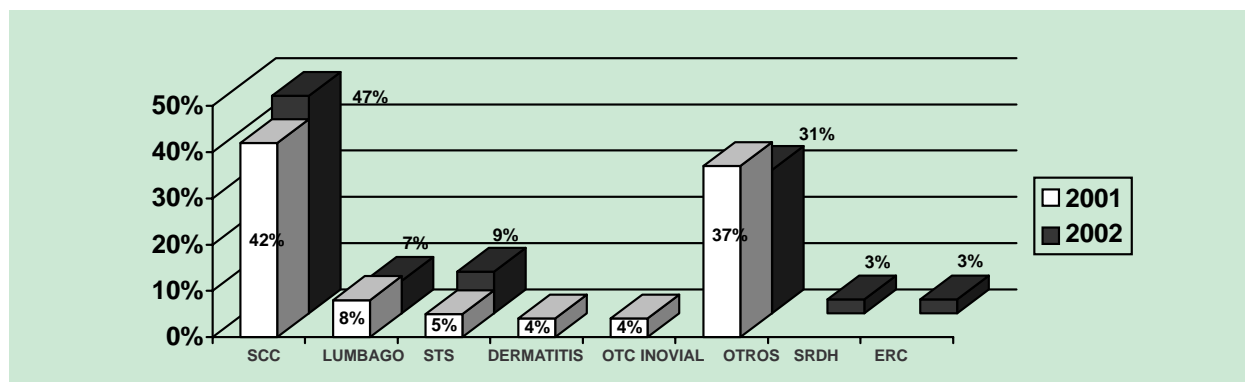
Durante el año 2002 las primeras causas de enfermedad profesional en mujeres trabajadoras (ver Gráfico 9) fueron **el Síndrome de Conducto Carpiano (SCC), con el 47% del total de diagnósticos, seguido por la Sinovitis y tenosinovitis (STS), con el 9%; lumbago, con el 7%; Síndrome de Rotación Dolorosa del Hombro (SRDH), con el 3%; y las Entesopatías de la Región del Codo (ERC), con el 3%.** Estos cinco diagnósticos representan el 69% del total de los realizados en mujeres y ponen de manifiesto que probablemente, al igual que durante el año 2001, la primera causa de morbilidad profesional en mujeres fueron los Desórdenes Músculo Esqueléticos.

Como se puede observar en el Cuadro 15, algunas enfermedades tienen un patrón definido por sexo. El SCC afectó en el 80% de los casos a mujeres, fenómeno que también se presentó durante el año 2001. Sucede lo contrario con la Sordera Neurosensorial (SNS), que afecta en más

del 80% de los casos a hombres. El espectro de patologías -dolor de espalda, lumbago y trastorno del disco intervertebral con mielopatía-, afecta principalmente a los hombres.

GRÁFICO No. 9

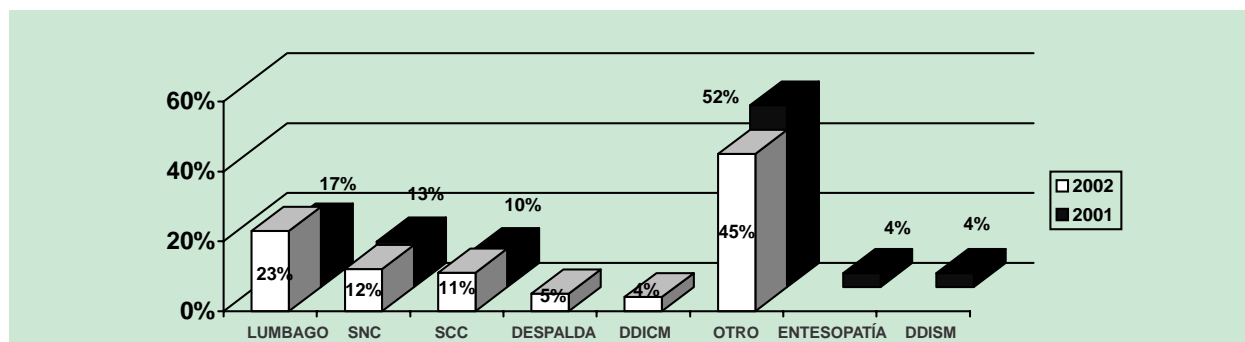
## Distribución de las enfermedades profesionales en mujeres trabajadoras según diagnóstico. Régimen Contributivo, años 2001 y 2002



En los hombres trabajadores, las tres primeras causas de enfermedad profesional durante el año 2002 (ver gráfico 10), fueron **lumbago con el 23% de los casos, seguido de Sordera Neurosensorial (SNS), con el 12%, y Síndrome del Conductor Carpiano (SCC), con el 11% de los casos.** Como se observa en el gráfico 10, estas tres primeras causas son las mismas del año 2001. En el 2002: emergen dos nuevos diagnósticos, el dolor de espalda (Despalda) y el Trastorno de Disco Intervertebral con Mielopatía (TDICM). Es decir, la primera causa de morbilidad profesional en hombres son también probablemente los DME seguidos de la SNS.

GRÁFICO No. 10

## Distribución de las enfermedades profesionales por diagnóstico en hombres. Régimen Contributivo, años 2001 y 2002



## CAPÍTULO II

## CAPÍTULO II

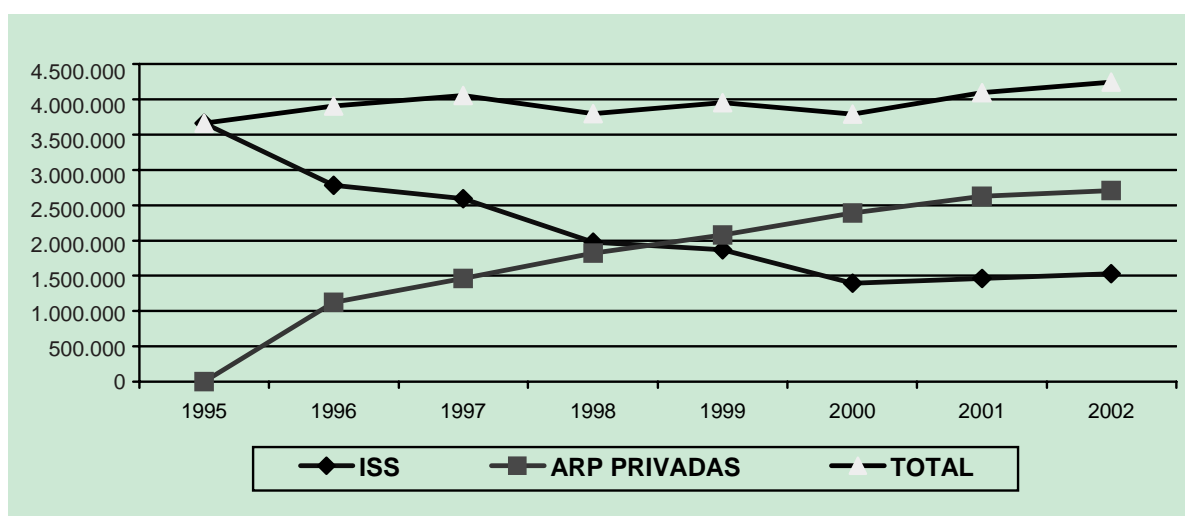
### ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES (SGRP)

Con el objetivo de apreciar la magnitud de la situación y precisar la población en riesgo de contraer enfermedades profesionales afiliada al SGRP, se presenta la evolución de la cobertura del mencionado sistema.

El Gráfico número 11 permite observar que desde su creación la cobertura del SGRP ha oscilado entre 3.5 millones y cuatro millones de trabajadores. Según la Dirección General de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales del entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, durante el año 2001 el SGRP tenía una cobertura de 4.091.427 afiliados, lo que correspondería al 25% de los 16.373.000 trabajadores ocupados durante ese año, y al 68% de los 6.039.447 afiliados cotizantes al régimen contributivo. Durante el año 2002 la cobertura del SGRP fue de 4.239.940 trabajadores.

GRÁFICO No. 11

**Evolución de la cobertura del SGRP. 1995 - 2002**



FUENTE: Dirección General de Riesgos Profesionales. Ministerio de la Protección Social.

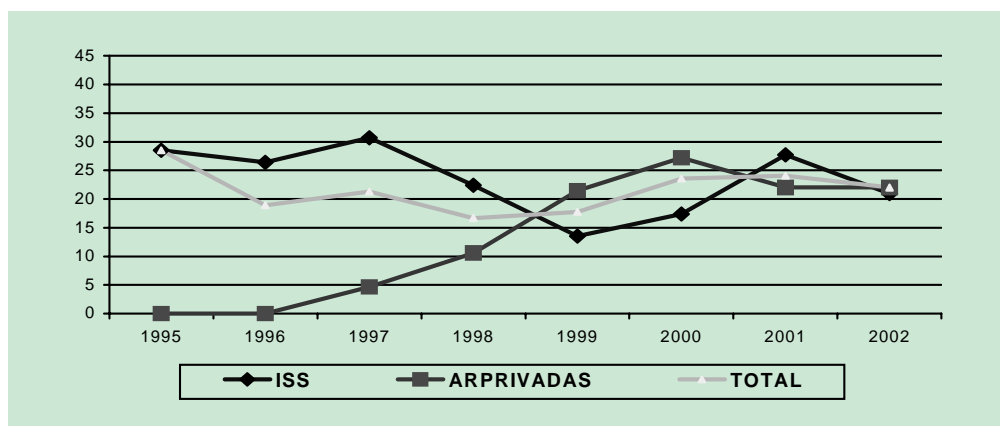
Luego de apreciar la evolución de la cobertura del sistema, es necesario observar la evolución de la morbilidad profesional en este. En el año 1995 la ARP del ISS reportó 1.042 casos de enfermedad profesional, lo que correspondía a una incidencia de 28.5 casos por cada cien mil afiliados. Durante el año 2001 las ARP en su conjunto reportaron 984 casos, lo que corresponde a una incidencia de 24 casos por cada cien mil afiliados.

Durante el año 2002 las ARP privadas agrupadas por Fasecolda, reportaron 604 diagnósticos de enfermedad profesional, para una población de 2.712.710 trabajadores. Es decir, las ARP privadas registraron una tasa de incidencia de 22 por cada cien mil afiliados. La ARP del Seguro Social (ARP-ISS) informó 316 casos de enfermedad profesional para una población de 1.527.230 afiliados; es decir, una tasa de 21 por cada cien mil trabajadores.

Tomando el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) en su conjunto, se obtienen un total de 920 casos de enfermedad profesional para 4.239.940 afiliados, lo cual quiere decir, que la incidencia de enfermedad profesional en el SGRP fue de 22 por cada cien mil trabajadores durante el año 2002 (ver Cuadro 16).

#### GRÁFICO No. 12

##### **Incidencia de enfermedad profesional en el SGRP 1995 - 2002**



FUENTE: Dirección General de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

El Gráfico número 12 permite observar que durante estos 7 años de funcionamiento del SGRP la tasa de incidencia de enfermedad profesional ha oscilado entre 28.5 y 24 casos por cada cien mil trabajadores afiliados.

# ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

CUADRO No. 16

## Incidencia de enfermedad profesional por cada cien mil afiliados, años 2001 y 2002 SGRP

	AÑO 2001*			AÑO 2002**		
	No. Casos EP	No. Afiliados	I x 100.000	No. Casos EP	No. Afiliados	I x 100.000
ARP ISS	404	1.460.281	28	316	1.527.230	21
ARP PRIVADAS	580	2.631.146	22	604	2.712.710	22
<b>TOTAL</b>	<b>984</b>	<b>4.091.427</b>	<b>24</b>	<b>920</b>	<b>4.239.940</b>	<b>22</b>

FUENTE: \*Dirección General de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

\*\* Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social.

El Cuadro número 16 permite observar que la ARP Protección Laboral del ISS reportó una mayor incidencia de enfermedades profesionales con respecto a las ARP privadas durante el año 2001. Sucede lo contrario en el año 2002, cuando el Seguro Social disminuyó su tasa de incidencia con respecto a las ARP privadas.

Durante el año 2001 no se obtuvo información sobre los diagnósticos de enfermedad profesional realizados por las ARP privadas, por lo cual solo se presenta la información del año 2002 (ver Cuadro 17).

CUADRO No. 17

## Distribución de los diagnósticos de enfermedad profesional por género. ARP privadas, año 2002

DIAGNÓSTICO	NÚMERO E. P.		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
<b>TOTAL</b>	<b>348</b>	<b>256</b>	<b>604</b>
MANOS (SINDROME DEL TÚNEL DEL CARPO)	22	99	121
OÍDOS (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL)	97	12	109
COLUMNA (TRASTORNOS DE LA ESPALDA)	37	11	48
OSTEOMUCULARES (CÁPSULA SINOVIAL)	33	6	39
SIN DIAGNÓSTICO	8	26	34
BRAZOS (MONONEURITIS DEL MIEMBRO SUPERIOR)	7	15	22
OTRAS	8	12	20
OSTEOMUSCULARES Y LIGAMENTOSAS	12	8	20
PIEL (DERMATITIS POR CONTACTO)	12	8	20
COLUMNA (HERNIA DE DISCO)	17	1	18

FUENTE: Cámara Técnica de Riesgos Profesionales de FASECOLDA

El 58% de los diagnósticos reportados por ARP privadas fueron realizados en hombres y el 42% en mujeres. El Cuadro número 17 permite observar que los diagnósticos más frecuentemente reportados por las ARP privadas durante el año 2002 son el síndrome del conducto carpiano (SCC), con el 20% de los casos, con un claro predominio en mujeres. En segundo lugar se encuentra la sordera neurosensorial (SNS), con el 18% de los casos y con un claro predominio en los hombres. En tercer lugar, los trastornos de espalda, con el 8% de los diagnósticos y con predominio en el sexo masculino.

**CUADRO No. 18**

<b>Distribución de los diagnósticos de enfermedad profesional por género. ARP Seguro Social, año 2002</b>			
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>NÚMERO E. P.</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>229</b>	<b>87</b>	<b>316</b>
Sordera Neurosensorial (SNS)	89	6	95
Síndrome del Conducto Carpiano (SCC)	13	49	62
Trastorno de Disco Intervertebral con Mielopatía (TDICM)	25	6	31
Neumoconiosis	23	1	24
Lumbalgia	22	2	24
Dermatitis de Contacto	8	5	13
Otras Enfermedades	9	3	12
Asma	6	5	11

**FUENTE:** ARP Seguro Social.

En la ARP del Seguro Social durante el año 2002 se presentó un claro predominio de las enfermedades profesionales en el sexo masculino, con el 72% de todos los casos, mientras que el 28% de los diagnósticos se realizaron en mujeres. Los diagnósticos informados en su orden de frecuencia por la ARP-ISS fueron sordera neurosensorial (SNS), con el 30% de todos los casos, síndrome de conducto carpiano (SCC), con el 20%; Trastorno de Disco Intervertebral con Mielopatía en el 10%, y neumoconiosis y lumbalgia, cada una en el 8% de los casos. Estos 5 diagnósticos representan el 76% de todos los casos (ver Cuadro 18).

## ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

Es interesante el fenómeno de las neumoconiosis, porque las EPS diagnosticaron cuatro casos durante el año 2002, mientras en la ARP-ISS se diagnosticaron 24 durante el mismo año. Este hecho demuestra la necesidad de realizar detección activa de algunas patologías que al parecer no son detectadas por el sistema de salud, al menos en ciertos estadios de evolución.

Reuniendo la información de las ARP privadas y de la ARP-ISS se obtiene (ver Cuadro 19) que **el diagnóstico más frecuentemente informado en el SGRP durante el año 2002 fue la sordera neurosensorial (SNS), con el 22% de los casos, seguido por el síndrome de conducto carpiano (SCC), con el 20%, y en tercer lugar, el lumbago, con el 8% del total de diagnósticos.**

CUADRO No. 19

Distribución de los diagnósticos por tipo de ARP. SGRP año 2002			
DIAGNÓSTICO	ARP PRIVADAS No. DE CASOS	ARP SEGURO SOCIAL No. DE CASOS	TOTAL SGRP
<b>TOTAL</b>	<b>604</b>	<b>316</b>	<b>920</b>
Sordera Neurosensorial (SNS)	109	95	204
Síndrome de Conducto Carpiano	121	62	183
Lumbago	48	24	72
Trastorno de Disco Intervertebral con Mielopatía	18	31	49
Dermatitis de Contacto	20	13	33

FUENTE: Dirección General de Riesgos Profesionales, Ministerio de la Protección Social.

Cuando se agrupan los diagnósticos por sistemas se observa que el sistema afectado con mayor frecuencia es el osteomuscular, lo cual puede dar indicios de que **la primera causa de morbilidad profesional en el SGRP durante el año 2002 fueron los DME**, seguidos por el sistema de los órganos de los sentidos (SNS) y el sistema tegumentario (dermatitis de contacto).

Teniendo en cuenta las consideraciones expresadas en el capítulo I de este informe con respecto al diagnóstico de enfermedad profesional y la comparación de las tasas de los diferentes países, se procede a realizar proyecciones de los casos esperados de enfermedad profesional con base en las tasas de incidencia reportadas por la OMS.



CUADRO No. 20

**Proyección de casos de enfermedad profesional esperados para los afiliados al SGRP con base en datos de la OMS. Año 2002**

	NÚMERO DIAGNÓSTICOS	DIAGNOSTICOS ESPERADOS	ENFERMEDADES CRÓNICAS	CASOS INVALIDEZ	MUERTES
ARP -ISS	316	7.636	2.291	764	76
ARP PRIVADAS	604	13.564	4.069	1.356	136
SGRP	920	21.200	6.360	2.120	212

Estimación con cifras OMS de 500 casos por cada cien mil trabajadores

El Cuadro 20 permite observar el escenario que se obtiene aplicando las tasas de incidencia de los registros europeos reportados por la OMS. En dicho escenario se esperaría para la población de trabajadores afiliados al SGRP en el año 2002, alrededor de 21.200 nuevas enfermedades profesionales cada año, de las cuales 6.360 serían crónicas -es decir, de alto costo-, 2.120 casos de invalidez y 212 muertes derivadas de enfermedades profesionales cada año.

# CAPÍTULO III

## ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LOS RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN

A la fecha de este informe se contó con los datos del primer semestre del año 2001 de Ecopetrol y del Magisterio. Las Fuerzas Militares reportaron la información de todo el año 2001. Con respecto al año 2002, solo se obtuvo respuesta de Ecopetrol y de las Fuerzas Militares. La Policía Nacional se encuentra estructurando el sistema de registro y reporte de enfermedad profesional. Además se indagó el número de casos de enfermedad profesional diagnosticados durante el año 2000, con el objetivo de contar con un período de observación de tres años en lo referente a tasas de incidencia.

Durante el año 2000 Ecopetrol reportó 20 diagnósticos de enfermedad profesional; el Magisterio, 1.267 casos; las fuerzas militares, 1.249, para un total de 2.536 diagnósticos sobre una población de 355.455 afiliados cotizantes; es decir, una ***tasa de incidencia de 713 por cada 100.000 trabajadores.***

CUADRO No. 21

### Incidencia de enfermedad profesional en los regímenes de excepción. Primer semestre año 2001 y año 2002

RÉGIMEN	AÑO 2001					AÑO 2002				
	DX MUJERES	DX HOMBRES	TOTAL	Nº COTIZANTES	I X 100.000	DX MUJERES	DX HOMBRES	TOTAL	Nº COTIZANTES	I X 100.000
ECOPETROL	0	14	14	17.400	80	3	14	17	17.345	98
FFMM*	33	1.467	1.500	196.941	762	88	1.033	1.121	205.818	545
MAGISTERIO	662	347	1.009	141.114	715					
TOTAL	<b>696</b>	<b>1.863</b>	<b>2.523</b>	<b>355.455</b>	<b>710</b>	<b>91</b>	<b>1.047</b>	<b>1.138</b>	<b>223.163</b>	<b>510</b>

\* FFMM: Reporte de todo el año 2001

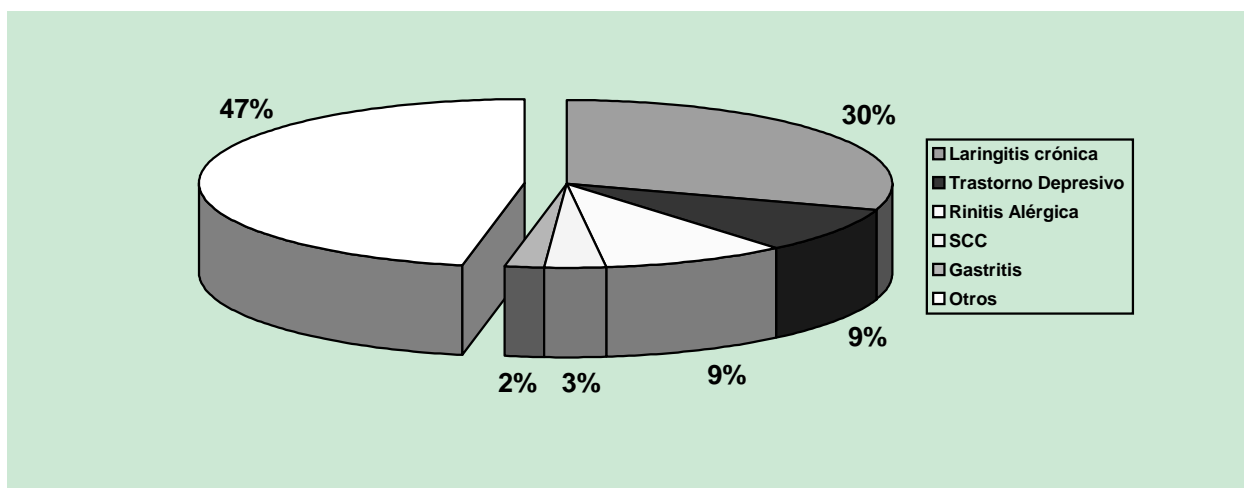
FUENTE: Reporte de los regímenes de excepción sobre enfermedad profesional.

Lo primero que llama la atención es la variación de la incidencia de enfermedad profesional entre los diferentes regímenes durante el año 2001, desde 80 en Ecopetrol hasta 762 en las FF.MM pasando por el Magisterio con 715 diagnósticos por cada cien mil trabajadores afiliados (ver Cuadro 21). Durante el año 2002 se incrementó la tasa de incidencia de Ecopetrol, mientras disminuyó dicha tasa en las FF.MM.

Se observa un patrón claramente diferenciado por sexos. En las FF.MM y en Ecopetrol predominan los casos en los hombres a diferencia del Magisterio, donde hay claro predominio de la morbilidad en las mujeres.

**GRÁFICO No. 13**

**Enfermedad profesional discriminada por diagnóstico.  
Magisterio. Primer semestre año 2001**



Como lo muestra el Gráfico 13 y el Cuadro 22, las primeras causas de morbilidad en el Magisterio fueron la laringitis crónica, los trastornos depresivos, la rinitis alérgica y el síndrome del conducto carpiano (SCC).

Cuadro No. 22

<b>Distribución según sexo de los diagnósticos de enfermedad profesional. Magisterio primer semestre año 2001</b>			
<b>DIAGNÓSTICO CIE-9</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>% MUJERES</b>	<b>% HOMBRES</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1009</b>	<b>66</b>	<b>34</b>
LARINGITIS CRÓNICA (4760)	299	64	36
TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE (3110)	93	56	44
RINITIS ALÉRGICA SIN ESPECIFICACIÓN (4779)	87	62	38
SÍNDROME DEL CONDUCTO CARPIANO (3540)	29	97	3
GASTRITIS Y GASTRODUODENITIS SIN ESPECIFICACIÓN (5355)	24	79	21
PSICOSIS AFECTIVAS SIN ESPECIFICACIÓN (2969)	9	33	67
ESTADOS DE ANSIEDAD (3000)	8	63	37
PÓLIPO DE LA CUERDA VOCAL O DE LA LARINGE (4784)	5	80	20
DERMATITIS POR AGENTE NO ESPECIFICADO (6929)	4	0	100

Estos diagnósticos representan el 55% de los 1009 casos reportados durante el primer semestre del año 2001. Del total de diagnósticos de enfermedad profesional el 66% se presentó en mujeres.

El Cuadro número 23 permite apreciar que la primera causa de morbilidad profesional en las FF.MM. durante el año 2001 fue la sordera neurosensorial, con el 58% del total de diagnósticos, seguida del paludismo, con el 21%; en tercer lugar, las reacciones agudas ante gran tensión con el 6% y en cuarto lugar, la leishmaniasis, con el 5% del total de casos. Estas cuatro causas reúnen el 90% del total de diagnósticos.

Durante el año 2002 las principales causas de morbilidad profesional reportadas por las fuerzas militares fueron, en su orden: sordera neurosensorial con el 60% de todos los casos, seguida de los trastornos de disco intervertebral con radiculopatía, con el 7% de los casos; en tercer lugar artrosis con el 5% de los diagnósticos; en cuarto lugar, trastornos de estrés, con el 4%, y en quinto lugar, otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral, también con el 4% de los casos. Estos cinco diagnósticos representan el 80% de los casos reportados durante ese año.

CUADRO No. 23

**Distribución de los diagnósticos de enfermedad profesional según sexo.  
FFMM año 2001 y 2002**

DIAGNÓSTICO CIE-9	AÑO 2001			AÑO 2002		
	No. CASOS	% MUJERES	% HOMBRES	No. CASOS	% MUJERES	% HOMBRES
SORDERA NEUROSENSORIAL (3891)	866	1	99	670	2	98
PALUDISMO POR PLASMODIUM FALCIPARUM (0840)	161	0	100			
PALUDISMO POR PLASMODIUM VIVAX (0841)	158	0	100			
REACCIÓN AGUDA ANTE GRAN TENSIÓN SIN ESPECIF. (3089)	85	0	100	49	0	100
LEISHMANIASIS SIN ESPECIF. (0859)	76	0	100	27	0	100
DENGUE CLÁSICO (0610)	60	28	72			
FIEBRE TIFOIDEA (0020)	58	9	91	3	0	100
ESPONDILOLISIS (M430)	11	22	78			
TRASTORNOS DE DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARES Y OTROS CON MIELOPATÍA (M510)	10	10	90	74	24	76
PANICULITIS QUE AFECTA REGIONES DEL CUELLO Y DE LA ESPALDA (M540)	9	11	89			
LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN DEL HOMBRO (S430)	6	50	50			
<b>TOTAL</b>	<b>1.500</b>	<b>2</b>	<b>98</b>	<b>1.121</b>	<b>8%</b>	<b>92%</b>

FUENTE: Reporte FF.MM. sobre enfermedad profesional.

Aunque la sordera neurosensorial sigue siendo la primera causa de morbilidad profesional en las fuerzas militares durante el año 2002, llama la atención que el perfil de morbilidad profesional de estas se modificó del año 2001 al 2002 (ver Cuadro 23).

En el año 2002 no se reportó un solo diagnóstico de paludismo ni de dengue; y la leishmaniasis, que durante el año 2001 ocupó el tercer lugar de frecuencia, durante el año 2002 ocupó el sexto lugar. Al indagar la razón por la cual sucedió este fenómeno, la Dirección General de Sanidad Militar respondió que las instancias de calificación reconsideraron los criterios para calificar el origen de las enfermedades.

## ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LOS REGÍMENES DE EXCEPCIÓN

El Cuadro 24 hace evidente que la mayor tasa de incidencia de enfermedad profesional en las FF.MM. se presentó en la Armada Nacional, durante los años 2000 y 2001. De los 1500 casos reportados en el año 2001 en estas entidades, el 98% se diagnosticó en hombres. Infortunadamente, durante el año 2002 estas no reportaron la información discriminada por fuerza. De los 1.121 casos reportados durante el año 2002, el 92% se diagnosticó en hombres.

CUADRO No. 24

### Tasa de incidencia de enfermedad profesional discriminada según fuerza. FF.MM. Años 2000 y 2001

	Dx año 2000	Dx año 2001	Cotizantes	Tasa x 100.000 Año 2000	Tasa x 100.000 Año 2001
EJÉRCITO NACIONAL	790	944	163.124	484	579
ARMADA NACIONAL	379	487	21.211	1.787	2.296
FUERZA AÉREA	80	69	12.606	635	547
TOTAL	1.249	1.500	196.941	634	762

FUENTE: Reporte FFMM sobre enfermedad profesional

El 100% de los casos reportados por Ecopetrol sucedió en hombres y tal como lo muestra el cuadro 25, el 64% de los casos corresponde a sordera neurosensorial, primera causa de morbilidad en este grupo de trabajadores. Durante el año 2002 el 82% de los casos afectó a trabajadores hombres.

CUADRO No. 25

### Distribución según diagnóstico de los casos de enfermedad profesional. Ecopetrol primer semestre año 2001

DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CASOS
SORDERA NEUROSENSORIAL (3891)	9
DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL (7222)	1
REACCIONES AGUDAS ANTE GRAN TENSIÓN (3083)	1
ENTESOPATÍA DE LA MUÑECA (7264)	1
LUMBAGO (7242)	1
DERMATITIS POR RADIACIÓN SOLAR (6927)	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>

FUENTE: Reporte Ecopetrol sobre enfermedad profesional

El perfil de morbilidad profesional de Ecopetrol durante el año 2002 se modificó con respecto al año 2001. El 82% de los casos diagnosticados se presentó en hombres, mientras el 18% afectó a mujeres. Los 17 casos reportados se distribuyeron en trece diagnósticos diferentes, siendo los de mayor frecuencia el síndrome de conducto carpiano, el pinzamiento subacromial, el desgarró del manguito rotador y la compresión medular no especificada, cada uno con el 12% de los casos (ver Cuadro 26).

Durante el año 2002 sólo se informó de un caso de sordera neurosensorial. Al indagar la razón por la cual se presentó, el servicio de salud de Ecopetrol explicó que responde a la periodicidad de los exámenes de retiro, momento en el cual se detectan muchas de estas enfermedades.

**CUADRO No. 26**

<b>Distribución según diagnóstico de los casos de enfermedad profesional. Ecopetrol año 2002</b>	
DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CASOS
Síndrome de Conducto Carpiano	2
Pinzamiento Subacromial	2
Desgarro Manguito Rotador	2
Compresión Medular no Especificada	2
Hipoacusia Neurosensorial	1
Otros	8
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

**FUENTE:** Reporte Ecopetrol sobre enfermedad profesional

Al agrupar los diagnósticos por sistemas se evidencia que el 88% de los diagnósticos realizados durante el año 2002 están relacionados con el sistema osteomuscular, es decir, en Ecopetrol la causa más frecuente de morbilidad profesional durante el año 2002 probablemente correspondió a Desórdenes Músculo Esqueléticos.

## CAPÍTULO IV

### PROYECCIÓN DE COSTOS GENERADOS POR LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Como se mencionó, el instrumento de recolección de la información incluyó la pregunta sobre el costo de las prestaciones asistenciales originadas por las enfermedades profesionales. Sin embargo, las EPS no reportaron dicha información, razón por la cual en este capítulo del informe se realizan proyecciones con base en estudios económicos disponibles en el país.

Además, estas proyecciones se realizan con base en las tasas informadas por la OMS, por lo tanto, se deben tener en cuenta las consideraciones expresadas en el capítulo I de este informe.

En 1997 la ARP del Seguro Social realizó un estudio sobre los costos de la enfermedad profesional y el accidente de trabajo<sup>14</sup>, en el cual estimaron que el costo promedio de una enfermedad profesional era de \$2.612.091, de los cuales \$2.168.036 corresponden a prestaciones económicas y \$444.055, a prestaciones asistenciales.

Actualizando estas cifras a pesos del año 2001, se obtiene que el costo promedio de una enfermedad profesional para ese año fue de \$3.898.023, de los cuales \$3.235.360 corresponden a prestaciones económicas y \$662.663, a prestaciones asistenciales.

Las proyecciones realizadas permiten construir un escenario (ver Cuadro 27), con base en las tasas de incidencia de la OMS. Teniendo en cuenta las proyecciones de los casos de enfermedad profesional esperados, según la incidencia informada por la OMS de 500 casos por cada 100.000 trabajadores, **para los 6.039.447 afiliados cotizantes al régimen contributivo se esperan 30.197 casos nuevos por año. Dichos casos representarían un costo de ciento diecisiete mil millones de pesos (\$117.000.000.000) para el año 2001.** El Cuadro número 27 permite observar la proyección de costos para enfermedad profesional.

Las estimaciones para los trabajadores afiliados al SGRP, dan como resultado que **cada año se esperarían 20.457 enfermedades profesionales, las cuales acarrearían costos asistenciales del orden de 13 mil millones de pesos y prestaciones económicas por más de 66 mil millones de pesos.**

<sup>14</sup> INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL. ARP. Análisis de costos directos e indirectos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Segunda edición, 1997.



CUADRO No. 27

**Proyección de costos de las enfermedades profesionales esperadas en Colombia.  
Pesos del año 2001**

	Población	Nº Dx	Dx **Proyectados	Costos *Asistenciales	Costos *Económicos	Costos *Totales
<b>Ocupados</b>	<b>16.373.000</b>		81.865	54.248	264.862	319.111
<b>R. Contributivo</b>	<b>6.039.447</b>	<b>1.187</b>	30,197	20.010	97.698	117.709
<b>SGRP</b>	<b>4.091.427</b>	984	20.457	13.556	66.186	79.742
<b>FF.MM.</b>	<b>196.941</b>	<b>1.500</b>	985	579	2.830	3.410
<b>Magisterio</b>	<b>141.114</b>	<b>1.009</b>	706	467	2.282	2.750
<b>Ecopetrol</b>	<b>7.400</b>	<b>14</b>	37	24	119	144

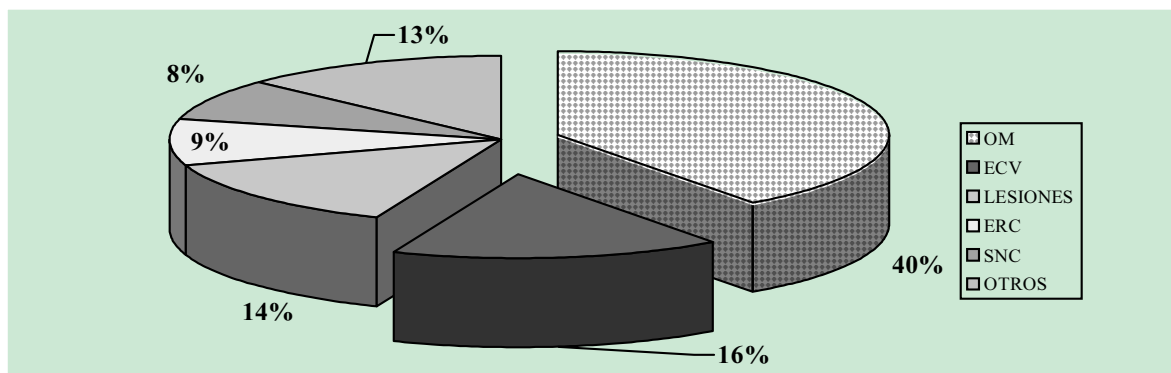
\* Costos en millones de pesos

\*\* Proyección con incidencia de 500 por cien mil

La proyección de costos para la población de trabajadores ocupados del país arroja como resultado que cada año se esperarían 81.865 nuevos diagnósticos de enfermedad profesional, las cuales generarían costos de atención en salud por 54 mil millones de pesos y prestaciones económicas por más de 264 mil millones de pesos.

GRÁFICO No. 14

**Distribución de los costos de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT), 1999.**



**FUENTE:** OIT, 1999.

## COSTOS GENERADOS POR LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (Ver cuadro 14), el 40% de los costos generados por riesgos profesionales se debe a enfermedades profesionales del sistema osteomuscular (OM), el 16% a enfermedades profesionales del sistema cardio-cerebro-vascular (ECV), el 14% a accidentes de trabajo, el 9% a enfermedades profesionales respiratorias crónicas (ERC) y el 8% a enfermedades profesionales del sistema nervioso central (SNC).

En Colombia durante el año 2001 como el 2002, la primera causa de morbilidad profesional fueron las enfermedades del sistema osteomuscular, lo cual sería congruente con la distribución presentada por la OIT. Sin embargo se debe llamar la atención que en Colombia se informó un solo diagnóstico de enfermedad profesional del sistema cardiovascular durante el año 2002. Dicho diagnóstico fue reportado en el SGRP. Se debe aclarar que la frecuencia de una enfermedad no está en relación directa con los costos que esta genera. Esto es claro con las dermatitis ocupacionales, las cuales son muy frecuentes, pero no tienen gran peso en términos económicos.

De acuerdo con el estudio del ISS<sup>15</sup>, el promedio general de días de incapacidad generados por una enfermedad profesional es de 13.8, significa que **81.865 diagnósticos de enfermedad profesional deben de generar 1.129.737, mil días de incapacidad para los trabajadores ocupados del país es decir, más de 3 mil años de producción perdidos por enfermedades profesionales para el año 2001.**

---

<sup>15</sup> INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL. ARP. Análisis de costos directos e indirectos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Segunda Edición, 1997. P. 26.

# CAPÍTULO V

# CAPÍTULO V

## CONCLUSIONES

Este informe hace evidente el subdiagnóstico y subregistro de las enfermedades profesionales en Colombia. Dicho fenómeno puede ser explicado por varios factores. Entre ellos se pueden citar: 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, como las formas de contratación entre las administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud, entre otras. Con respecto a esta última variable, existen evidencias que indican que ciertas formas de contratación entre EPS e IPS se pueden constituir en una amenaza para el diagnóstico y registro de la enfermedad profesional. Es el caso de *la forma de contratación «por capitación»*, la cual puede explicar el bajo diagnóstico de las enfermedades profesionales en algunas EPS.

El proceso de recolección y análisis de la información reportada por las EPS y los Regímenes de Excepción, así como la información suministrada por Fasecolda, la ARP del Seguro Social y la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, hoy Ministerio de la Protección Social permiten destacar las siguientes conclusiones:

1. El proceso de recolección de la información evidenció que algunas entidades no enviaron la información, o reportaron parcialmente o con mala calidad los registros, identificando la falta de cultura respecto al reporte de la información de enfermedades profesionales, poniendo de manifiesto el no seguimiento al tema y el posible desconocimiento de su importancia. Reconforta que el reporte de dicha información mejoró para el segundo año de análisis y evidencia la necesidad de hacer que este ejercicio sea instaurado de manera periódica y continua, permitiendo análisis anuales, de tal manera que el país conozca la evolución del tema y se tomen las medidas necesarias para mejorar la prevención, garantizar el reconocimiento de las enfermedades profesionales a los trabajadores y estimar la carga financiera de dichas enfermedades.

2. El número de diagnósticos de enfermedad profesional en el Régimen Contributivo se ha incrementado en 253% entre los años 2000 y 2002. De la misma forma, la tasa de enfermedad profesional se incrementó en un 69%, pasando de 16 en el año 2000 a 27 diagnósticos en el año 2002, por cada cien mil cotizantes. En el SGRP, la incidencia pasó de 24 a 22 diagnósticos por cada cien mil trabajadores afiliados, entre los años 2001 a 2002. En las FF.MM. la incidencia fue de 545, en Ecopetrol, de 98 y en el Magisterio, de 715 enfermedades profesionales por cada cien mil trabajadores.

A pesar del mencionado incremento en el Régimen Contributivo, **el número de enfermedades profesionales detectadas y reportadas por las EPS continúa siendo bajo, 27 diagnósticos por cada cien mil cotizantes** o 1.790 diagnósticos sobre un total de 6.751.530 afiliados cotizantes, durante el año 2002. Lo anterior, comparado con cifras de la OIT o la OMS, evidencia un subdiagnóstico. Por lo tanto, se requieren medidas que permitan identificar las verdaderas cifras.

3. Con respecto a los diagnósticos de las enfermedades profesionales detectadas por las EPS, en primer lugar se observa una coincidencia en los cuatro primeros diagnósticos de enfermedad profesional realizados por las EPS durante los años 2001 y 2002: a) Síndrome de Conducto Carpiano (SCC); b) Lumbago; c) Sordera Neurosensorial (SNS); y d) Sinovitis y Tenosinovitis (STS).

Al agrupar los diagnósticos por sistemas, se aprecia que el sistema osteomuscular fue el más afectado; es decir, **tanto durante el año 2001 como durante el 2002, la primera causa de morbilidad profesional por sistemas diagnosticada en el régimen contributivo fueron los Desórdenes Músculo Esqueléticos (DME)**. Revisando la literatura las sobrecargas mecánicas se encuentran entre los factores de riesgo relacionados con los DME. De estas, las asociadas con mayor frecuencia a los DME son: a) esfuerzo de alta fuerza (manipulación manual de objetos pesados); b) manipulación frecuentemente repetida de objetos por muchos años; c) manipulación de cargas por mucho tiempo; d) malas posturas; e) carga muscular estática e inactividad muscular; f) manipulación repetida monótona; y g) exposición a vibraciones<sup>16</sup>.

Llama la atención la ausencia de diagnósticos relacionados con los sistemas gastrointestinal y cardiocerebrovascular en el régimen contributivo, enfermedades relacionadas con factores de riesgo psicosocial. Este fenómeno pone de manifiesto la necesidad de definir criterios técnicos para calificar el origen profesional de dichas patologías.

---

<sup>16</sup> GOHNET-RED MUNDIAL DE SALUD OCUPACIONAL. Boletín número 4 de 2003. P 9.

De igual manera, la ausencia del diagnóstico de cáncer de origen ocupacional, conjunto de enfermedades que deben ser buscadas en los cotizantes jubilados, debido a los largos períodos de latencia de este grupo de patologías. Lo anterior refuerza la necesidad de diseñar protocolos para el seguimiento a trabajadores que se han expuesto durante su vida laboral a sustancias con potencial carcinógeno.

También es importante mencionar el fenómeno observado con las dermatitis, por la reducida cantidad de diagnósticos durante el bienio de referencia, y porque un porcentaje significativo de los casos se encontraban en trámite ante las ARP a la fecha del reporte. Es probable que al no estar las pruebas de provocación dérmica incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), las EPS no las están autorizando, siendo esta prueba fundamental para construir la relación de causalidad entre el agente laboral y la enfermedad. Pero no solamente para construir la relación causal, sino para el manejo terapéutico adecuado del paciente, porque al no conocerse el agente causal no podrá eliminarse el factor de riesgo para eliminar la enfermedad.

De la misma forma los datos permiten concluir que el diagnóstico más frecuentemente informado en el SGRP durante el año 2002 fue la sordera neurosensorial (SNS), con el 22% de los casos, seguido por el síndrome del conducto carpiano (SCC), con el 20%, y en tercer lugar, el lumbago con el 8% del total de diagnósticos. Estos tres diagnósticos coinciden con los de mayor frecuencia informados por las EPS durante los años 2001 y 2002, lo cual quiere decir que **existe congruencia en cuanto a diagnósticos en la información reportada por las EPS y las ARP**. Al igual que en el régimen contributivo. Cuando se agrupan los diagnósticos por sistemas se observa que el sistema afectado con mayor frecuencia es el osteomuscular.

Del análisis de la información reportada por los Regímenes de Excepción se concluye que en el Magisterio Nacional los tres diagnósticos de enfermedad profesional más frecuentes durante el primer semestre del año 2001 fueron la laringitis crónica, 30% del total de diagnósticos, seguida de los trastornos depresivos y la rinitis alérgica, con el 9% cada una. En las FFMM el 58% de los diagnósticos durante el año 2001 y el 60% durante el 2002 correspondieron a sordera neurosensorial, siendo de lejos la primera causa de morbilidad profesional en este grupo de trabajadores. En ECOPETROL en el año 2001 el 64% de los casos correspondió a sordera neurosensorial, SNS; para el 2002 los diagnósticos más representativos fueron el síndrome del conducto carpiano, SCC; el pinzamiento subacromial, el desgarró del manguito rotador y la compresión medular, cada uno de ellos con el 12%.

Las cifras antes citadas evidencian un perfil de morbilidad profesional definido que es congruente con los factores de riesgo a los cuales están expuestos los trabajadores.

4. Si se define una tasa de morbilidad de las poblaciones analizadas, reuniendo los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo, al Magisterio, las FF.MM. y Ecopetrol, da como resultado 6.394.902 trabajadores, sobre los que se reportaron 3.710 enfermedades profesionales. Es decir, **en Colombia en el año 2001 la tasa de incidencia de enfermedad profesional de estas poblaciones fue de 58 por cada cien mil trabajadores.** Realizando el mismo ejercicio **durante el año 2002 se obtiene una tasa de incidencia de 42 enfermedades profesionales por cada cien mil trabajadores.**

En cuanto a los diagnósticos en estos trabajadores tanto durante el año 2001 como durante el 2002, **las dos causas más frecuentes de enfermedad profesional fueron la sordera neurosensorial (SNS) y el síndrome de conducto carpiano (SCC).**

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

El segundo fenómeno consiste en el **incremento del porcentaje de casos de enfermedad profesional en trámite, que pasó de 17% en el año 2000 a 48% en el año 2001 y 84% en el año 2002.** Si tenemos en cuenta estas cifras, así como el incremento constante en número de diagnósticos realizados por las EPS, pueden sugerir capacidades de proceso insuficientes para responder a la mayor demanda requiriendo revisar las interacciones entre EPS y ARP, de tal manera que se garantice una respuesta más ágil y oportuna al trabajador.

De las anteriores cifras surgen interrogantes como:

- \* ¿Qué ocurre con los casos que originan controversia?
- \* ¿Cuántos de los casos controvertidos llegan a las juntas de calificación?
- \* ¿Cuánto tiempo demora el trámite entre EPS y ARP y cómo afecta esto la calidad y oportunidad de atención a los trabajadores?

Dichos interrogantes deben ser entendidos como una necesidad de trabajo más coordinado entre los Sistemas de Salud y Riesgos Profesionales, mediante el cual ganarán mutuamente y garantizarán derechos para el fin central de cualquier sistema de seguridad social: el trabajador.

6. Sobre el desempeño de las dependencias de medicina del trabajo de las EPS se puede afirmar que algunas EPS han venido consolidando su experiencia en la detección, reporte y recobro de las enfermedades profesionales. Por lo tanto pueden ser consideradas como casos exitosos de este proceso. En este sentido es importante que dichas EPS puedan compartir su experiencia con otras que presentan un menor desarrollo.
7. Con referencia al costo de las enfermedades profesionales, se puede inferir, con base en las proyecciones realizadas en este informe, y teniendo en cuenta las limitaciones de dichas proyecciones, que las de 81.865 enfermedades profesionales esperadas para la población de trabajadores ocupados del país generarían costos de atención en salud por 54 mil millones de pesos y prestaciones económicas por más de 264 mil millones de pesos, sin tener en cuenta los 1.129.737 días de incapacidad -es decir, más de 3 mil años de producción perdidos-, ni los costos generados por patologías ocupacionales crónicas como el cáncer.
8. Finalmente, es importante mencionar que la información generada por las diferentes entidades incluidas en este informe constituye una oportunidad y un insumo fundamental para que se desarrollen programas destinados a proteger a los trabajadores de los factores de riesgo ocupacional que están causando daños a su salud.

Este informe desea mostrar el impacto social y económico que causan las enfermedades profesionales, y cómo el subdiagnóstico y subregistro impiden conocer la magnitud de dicha situación. Ese impacto se traduce en pérdida de productividad, en pérdida de años de vida saludable, en disminución de la calidad de vida laboral y en pérdida de oportunidades para la prevención de daños a la salud de los trabajadores.



# CAPÍTULO VI

# CAPÍTULO VI

## PROPUESTAS

Los resultados de este informe indican la necesidad de establecer un plan de acción para mejorar el diagnóstico de las enfermedades profesionales. Dicho plan de acción debe tener como objetivo incrementar el diagnóstico, registro y reporte de las enfermedades profesionales, con el propósito de generar información para diseñar programas de prevención de aquellas patologías de mayor prevalencia, incidencia e impacto social y garantizar las prestaciones asistenciales y económicas a que tienen derecho los trabajadores. Se propone que el plan de acción sea dirigido a alcanzar los siguientes objetivos a través de las actividades que se enumeran a continuación:

- 1) Fortalecer la consolidación de la información de enfermedad profesional en el país, de manera que sea un insumo para la definición de políticas. Para cumplir con dicho objetivo se hace necesario continuar con el actual esfuerzo de reporte de información por parte de las entidades mencionadas en este informe y vincular a otras, que permita estimar la incidencia y el impacto de las enfermedades profesionales en los trabajadores informales.

En este sentido se propone la realización de las siguientes actividades:

- ✦ Diseño de una estrategia que permita consolidar el registro, reporte, análisis y tabulación de la información sobre enfermedades profesionales, generada por todos los actores del SSSI, de manera que se pueda realizar un seguimiento continuo a la evolución del perfil de morbilidad de los trabajadores del país.
- ✦ Ejecución de sistemas de vigilancia epidemiológica, basados en la estrategia de evento centinela, por parte de las IPS públicas, con el objetivo de realizar búsqueda activa de patologías frecuentes entre los trabajadores informales (intoxicaciones por plaguicidas; Desórdenes Músculo-esqueléticos, DME), para que se realice un verdadero acercamiento a la realidad nacional. Dicho proceso deberá ser perfeccionado paulatinamente, buscando como fin último la consolidación de la información en el Sistema de Información de la Protección Social.

- 2) Fortalecer el conocimiento de los trabajadores sobre sus deberes y derechos con relación a las enfermedades profesionales. En este tema es fundamental la labor que desempeñen las empresas y entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social, así como las acciones de divulgación que deben liderar las entidades rectoras de la Salud Ocupacional en el país. En este sentido es preciso ejecutar estrategias nacionales de comunicación destinadas a informar a los trabajadores.
- 3) Incrementar las competencias técnicas de los médicos para el diagnóstico, registro y reporte de las enfermedades profesionales. Para el logro de este objetivo se proponen actividades como:
  - ✦ Capacitación de médicos de IPS en todos los departamentos del país con el propósito de formar redes de médicos notificadores de enfermedad profesional.
  - ✦ Inclusión en los programas académicos de las diferentes facultades de medicina del país de la cátedra de medicina del trabajo, de manera transversal, para que en el futuro el médico vaya incorporando gradualmente las competencias que le permitan calificar el origen de los eventos de salud.
  - ✦ Diseño y ejecución de un programa de asistencia técnica destinado a las ARS con el objetivo de apoyar el proceso de diagnóstico y reporte de enfermedades profesionales en los trabajadores informales.
  - ✦ Desarrollar incentivos para el diagnóstico de las enfermedades profesionales por parte de ARS e IPS.
- 4) Definir y desarrollar estrategias y programas destinados a la prevención de las enfermedades profesionales que causen mayor impacto sobre la salud de los trabajadores. El perfil de morbilidad profesional de los trabajadores ocupados del país justifica la ejecución de los siguientes programas de prevención:
  - ✦ Programa nacional para la prevención y vigilancia epidemiológica de los Desórdenes Músculo Esqueléticos (Síndrome de Conducto Carpiano, Lumbago, Discopatía, Radiculopatía y Mielopatía, Síndrome de Rotación Dolorosa de Hombro).
  - ✦ Diseño y ejecución de un programa nacional para la conservación de la audición, prevención y vigilancia epidemiológica de la sordera neurosensorial de origen ocupacional.
  - ✦ Diseño y ejecución de un programa nacional de búsqueda activa, protección respiratoria, prevención y vigilancia epidemiológica de asma ocupacional y neumoconiosis (antracosis, silicosis y asbestosis).

- ✦ Ejecución de un programa nacional de búsqueda activa, prevención y vigilancia epidemiológica de enfermedades relacionadas con factores de riesgo psicosocial intralaboral.
- ✦ Búsqueda activa, vigilancia epidemiológica y prevención de enfermedades profesionales de alto costo (cáncer de origen ocupacional, nefropatías, etc).

5) Mejorar los procesos de interacción técnico-administrativos de las entidades de la seguridad social. En aras de garantizar la mejora en los procesos mencionados se deben definir normas que den mayor claridad en dichas interacciones; por ejemplo: la reglamentación del proceso de reembolsos entre los diferentes actores involucrados en el proceso de calificación y atención; actualización del Decreto 1832 de 1994 por el cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales.

En este objetivo será fundamental el compromiso que tenga cada una de las entidades de seguridad social para fortalecer la capacitación de sus médicos, en lo concerniente a medicina del trabajo, de tal manera que en las interacciones de estas se generen verdaderos debates técnicos soportados en evidencias científicas. Paralelamente se deberán diseñar procesos administrativos que verdaderamente faciliten la interacción y oportunidad para la definición de profesionalidad.

6) Estimar la carga de la enfermedad profesional en Colombia y los costos económicos derivados de las enfermedades profesionales. Este objetivo implica la realización de proyectos como:

- ✦ Diseño y realización de un estudio para determinar la carga de la enfermedad profesional en Colombia, en términos de Años de Vida Saludables (AVISAS); perdidos por incapacidad, discapacidad y muerte prematura.
- ✦ Diseño y realización de un estudio para determinar los costos directos e indirectos ocasionados por las enfermedades profesionales para los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social Integral.

7) Fortalecer la capacidad científica y tecnológica para el diagnóstico de enfermedad profesional. El logro de este objetivo significa la realización de actividades como:

- ✦ Diseño y aplicación de las Guías de Atención Integral basadas en la evidencia, para las diez enfermedades profesionales de mayor frecuencia en el país.
- ✦ Identificación de los procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de mayor demanda para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades profesionales.

- ✦ Estructuración y desarrollo de una Red Nacional de Laboratorios de Higiene Industrial.
- 8) Fortalecer la inspección, vigilancia y control de todos los actores institucionales y procesos relacionados con la calificación del origen de los eventos, reconocimiento y pago de prestaciones y la prevención de las enfermedades profesionales. Este objetivo implica la ejecución de actividades como:
  - ✦ Capacitación y asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud y Protección Social, con el propósito de que ejerzan sus funciones de inspección, vigilancia y control de los actores y procesos relacionados con la calificación del origen de los eventos, el reconocimiento y pago de prestaciones así como y la prevención de daños a la salud de los trabajadores.
  - ✦ Coordinación entre el Ministerio de la Protección Social, las Superintendencias Nacional de Salud y Bancaria para realizar la sistematización e investigación de las quejas y reclamos relacionados con la calificación del origen de los eventos y el reconocimiento y pago de prestaciones.

El plan de acción debe tener como uno de sus propósitos esenciales incrementar el diagnóstico, registro y reporte de las enfermedades profesionales de los trabajadores dependientes, independientes e informales del país. Luego con esta información se deben formular las directrices para la prevención de las enfermedades profesionales de mayor incidencia, prevalencia e impacto en términos de carga de enfermedad (Años de Vida Saludable, AVISAS; perdidos por enfermedad, discapacidad o muerte prematura).

Este propósito implica la articulación y coordinación de todos los actores involucrados en la calificación del origen de los eventos y en la prevención de las enfermedades profesionales, es decir, por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) estarán involucrados los prestadores de servicios de salud, los administradores de planes de beneficios (EPS y ARS), la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud. Por el Sistema General de Riesgos Profesionales deben participar las ARP, la Superintendencia Bancaria y las Direcciones Territoriales de la Protección Social.

En el caso de los trabajadores informales, las fuentes de información para conocer el perfil de morbilidad profesional serán las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter público.

El plan de trabajo sustentado en las conclusiones de este informe involucra a los diferentes actores del SSSI y ha sido incorporado al Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003-2007. El Anexo A presenta de manera sintética el mencionado plan.

# BIBLIOGRAFÍA

DANE. Encuesta continua de hogares. Indicadores del mercado laboral. Agosto de 2002

GIORDANO O.; TORRES A.; BETTIOL M. Riesgos del Trabajo. La modernización de las instituciones laborales en la Argentina. Reglamentación de la Ley 24557. Decreto 658/96. Tomo II. Buenos Aires. 1996.

GOHNET RED MUNDIAL DE SALUD OCUPACIONAL. Boletín número 4 de 2003.

MENDES, RENÉ. Patología do Trabalho. Segunda reimpresión de la primera edición, Edit. ATE-NEO, Río de Janeiro. 1995.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Tomo 2. Madrid, 1989.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Salud ocupacional éticamente correcta, económicamente adecuada. Fact Sheet No. 84. Junio de 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud ocupacional para todos. Estrategia Mundial. Ginebra. 1995.

PROTECCIÓN LABORAL ISS. Análisis de costos directos e indirectos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Segunda Edición. Bogotá. 1997.

SCHILLING, RICHARD. More effective prevention in occupational health practice? J. Soc. Occup. Med.,39:71-9 1984.

TAKALA J. Introductory report: Decent work – Safe work, XVI World Congress on Safety and Health at Work, Viena, May 2002.

# ANEXO A

## PLAN DE TRABAJO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES E INCREMENTAR SU DIAGNÓSTICO, REGISTRO Y REPORTE

OBJETIVO	ACTIVIDADES	DURACIÓN EN TRIMESTRES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fortalecer la consolidación de la información de enfermedad profesional en el país, de tal manera que sea un insumo para la definición de políticas.	Diseño de una estrategia que permita consolidar el registro, reporte, análisis y tabulación de la información sobre enfermedades profesionales, generada por todos los actores del SSSI, de tal manera que se pueda realizar un seguimiento continuo a la evolución del perfil de morbilidad de los trabajadores del país.												
	Ejecución de sistemas de vigilancia epidemiológica, basados en la estrategia de evento centinela, por parte de las IPS públicas, con el objetivo de realizar búsqueda activa de patologías frecuentes entre los trabajadores informales (intoxicaciones por plaguicidas, Desórdenes Músculo Esqueléticos DME), de tal manera que se realice un verdadero acercamiento a la realidad nacional, dicho proceso deberá ser perfeccionado paulatinamente, buscando como fin último la consolidación de la información en el Sistema de Información de la Protección Social.												
Fortalecer el conocimiento de los trabajadores sobre sus deberes y derechos con relación a las enfermedades profesionales.	Ejecución de estrategias nacionales de comunicación destinadas a informar a los trabajadores sobre la relación existente entre las condiciones de trabajo y los daños a la salud. Además de los derechos derivados de un evento de origen profesional, y las instancias para la calificación del origen de las enfermedades y los accidentes.												
Incrementar las competencias técnicas de los médicos para el diagnóstico, registro y reporte de las enfermedades profesionales	Capacitación de médicos de IPS en todos los departamentos del país con el propósito de formar redes de médicos notificadores de enfermedad profesional.												
	Diseño y ejecución de un programa de asistencia técnica destinado a las ARS con el objetivo de apoyar el proceso de diagnóstico y reporte de enfermedades profesionales en los trabajadores informales.												
	Desarrollar incentivos para el diagnóstico de las enfermedades profesionales por parte de ARS e IPS.												
	Inclusión en los programas académicos de las diferentes facultades de medicina del país, de la cátedra de medicina del trabajo, de manera transversal, de tal forma que el futuro médico vaya incorporando de manera gradual las competencias que le permitan calificar el origen de los eventos de salud.												
Definir y desarrollar estrategias y programas destinados a la prevención de las enfermedades profesionales que causen mayor impacto sobre la salud de los trabajadores	Programa nacional para la prevención y vigilancia epidemiológica de los Desórdenes Músculo Esqueléticos (Síndrome de Conducto Carpiano, Lumbago, Discopatía, Radiculopatía y Mielopatía, Síndrome de Rotación dolorosa de Hombro).												
	Diseño y ejecución de un programa nacional para la conservación de la audición, prevención y vigilancia epidemiológica de la sordera neurosensorial de origen ocupacional.												
	Diseño y ejecución de un programa nacional de búsqueda activa, protección respiratoria, prevención y vigilancia epidemiológica de asma ocupacional y neumoconiosis (antracosis, silicosis y asbestosis).												
	Ejecución de un programa nacional de búsqueda activa, prevención y vigilancia epidemiológica de enfermedades relacionadas con factores de riesgo psicosocial intralaboral												
	Búsqueda activa, vigilancia epidemiológica y prevención de enfermedades profesionales de alto costo ( cáncer de origen ocupacional, nefropatías, etc).												

## PLAN DE TRABAJO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES E INCREMENTAR SU DIAGNÓSTICO, REGISTRO Y REPORTE

OBJETIVO	ACTIVIDADES	DURACIÓN EN TRIMESTRES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mejorar los procesos de interacción técnico-administrativos de las entidades de la seguridad social	Reglamentación del proceso de reembolsos entre los diferentes actores involucrados en el proceso de calificación y atención.												
	Actualización del Decreto 1832 de 1994, por el cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales.												
Estimar la carga de la enfermedad profesional en Colombia y los costos económicos derivados de las enfermedades profesionales	Diseño y realización de un estudio para determinar la carga de la enfermedad profesional en Colombia, en términos de Años de Vida Saludables (AVISAS), perdidos por incapacidad, discapacidad y muerte prematura.												
	Diseño y realización de un estudio para determinar los costos directos e indirectos ocasionados por las enfermedades profesionales para los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social Integral.												
Fortalecer la capacidad científica y tecnológica para el diagnóstico de enfermedad profesional	Diseño y aplicación de las Guías de Atención Integral basadas en la evidencia, para las diez enfermedades profesionales de mayor frecuencia en el país.												
	Identificación de los procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de mayor demanda para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades profesionales.												
	Estructuración y desarrollo de una Red Nacional de Laboratorios de Higiene Industrial.												
Fortalecer la inspección, vigilancia y control de todos los actores institucionales y procesos relacionados con la calificación del origen de los eventos, reconocimiento y pago de prestaciones y la prevención de las enfermedades profesionales	Capacitación y asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud y Protección Social con el propósito que ejerzan sus funciones de inspección, vigilancia y control de los actores y procesos relacionados con la calificación del origen de los eventos, el reconocimiento y pago de prestaciones y la prevención de daños a la salud de los trabajadores.												
	Coordinación entre el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Bancaria para realizar la sistematización e investigación de las quejas y reclamos relacionados con la calificación del origen de los eventos y el reconocimiento y pago de prestaciones.												



Ministerio de la Protección Social  
Carrera 13 No. 32-76 - Bogotá  
[atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co](mailto:atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co)

# Informe de **ENFERMEDAD PROFESIONAL** en Colombia

Una oportunidad para la prevención

Ministerio de la Protección Social  
Carrera 13 No. 32-76 - Bogotá  
[atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co](mailto:atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co)