

**PREVALENCIA DE LESIONES Y TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MANO,
EN POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA NO ASEGURADA A RIESGOS
LABORALES, ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, DE LA E.S.E.
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO DEL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS DE
TUMACO DURANTE LOS AÑOS 2015 A 2016**

**ANA ISABEL PAVAS MARTÍNEZ
YENY MARISOL PUENAYAN TUPUE
KARINA ANDREA RIVERA IMBACHI
KIARA SENEIDA SEGOVIA VANEGAS**

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE MEDICINA POST GRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y
SALUD EN EL TRABAJO
SAN JUAN DE PASTO
2018**

**PREVALENCIA DE LESIONES Y TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MANO,
EN POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA NO ASEGURADA A RIESGOS
LABORALES, ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, DE LA E.S.E.
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO DEL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS DE
TUMACO DURANTE LOS AÑOS 2015 A 2016**

**ANA ISABEL PAVAS MARTÍNEZ
YENY MARISOL PUENAYAN TUPUE
KARINA ANDREA RIVERA IMBACHI
KIARA SENEIDA SEGOVIA VANEGAS**

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo**

**Asesora:
ELSA MARÍA VÁSQUEZ TRESPALACIOS
Magister**

**UNIVERSIDAD CES- UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE MEDICINA POST GRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y
SALUD EN EL TRABAJO
SAN JUAN DE PASTO
2018**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, marzo de 2018

DEDICATORIA

A Dios por darnos la oportunidad de vivir y por estar siempre con nosotras en cada paso que damos, por iluminar, fortalecer y llenar de bendiciones nuestro camino en cada momento.

A nuestras familias, mis amigos (a), colegas, compañeros de clases, docentes de quienes hemos recibido siempre un apoyo sincero.

A los autores y revisores externos quienes sin su colaboración el presente trabajo de grado no se habría podido llevar a cabo, cuya buena disposición aportó un granito de arena en la realización y culminación de nuestra especialización.

Kiara Segovia

A Dios, que le da sentido a mis días.

A mis viejos, que son el mejor regalo de la vida su ejemplo, su creatividad, su pasión, su historia y su solidaridad, me han hecho ser lo que soy.

Para quienes me inspiran todos los días a aprender, a crecer y a servir.

Ana Isabel Pavas Martínez

Primeramente, a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy y darme la fortaleza y sabiduría que me han permitido concluir uno más de mis objetivos.

A mis padres, por ser siempre ese apoyo incondicional, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor.

Aquellos que sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, tristezas y alegrías.

Karina Andrea Rivera Imbachi

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, por haberme dado una familia maravillosa, a mi esposo por su apoyo incondicional sacrificio y esfuerzo, mis hijos la razón de mi vida y el motor por el cual me levanto todos los días y a mis padres pilares fundamentales de mi vida por su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanas

Yenny Marisol Puenayan Tupue

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero reconocimiento a la Universidad CES y a la Universidad Mariana y a los docentes que nos brindaron su conocimiento, compartieron su experiencia y nos ofrecieron su apoyo y amistad.

Nuestra gratitud sincera a la Doctora Elsa María Vásquez Trespalacios, por habernos brindado su capacidad y conocimiento y por toda su paciencia y apoyo durante este trayecto y elaboración de este trabajo.

A la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO del Municipio de San Andrés de Tumaco, por permitirnos desarrollar este trabajo, que esperamos le sea tan útil como lo fue para nosotras.

A nuestros compañeros, con quienes compartimos maravillosos momentos de aprendizaje.

CONTENIDO

	Pág.
FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL	12
RESUMEN	18
ABSTRACT	19
1. PROBLEMA	20
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	20
1.1.1 Pregunta de investigación.	22
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 MARCO LEGAL	24
2.1.1 Seguridad Social en Colombia.	24
2.1.2 Ley 100 de 1993, por la cual se reglamenta el Sistema de Seguridad Social	26
2.1.3 Sistema de Seguridad Social en Pensiones.	27
2.1.4 Sistema de seguridad social en salud.	31
2.1.5 Sistema de seguridad social en riesgos laborales.	34
2.1.6 Promoción Social.	36
2.1.7 Resolución 1841 de mayo 28 de 2013.	36
2.1.8 Dimensión Salud Ambiental.	37
2.1.9 Ley 1562 de 2012.	44
2.1.10 Programa de Salud Ocupacional, en adelante es: Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	44
2.1.11 Decreto 1072 del 26 de mayo 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.	46
2.1.12 Decreto 1563 del 30 de septiembre de 2016	47
2.1.13 Resolución 1895 de 2001	48
2.1.14 Resolución 3374 de 2000.	49
2.2 MARCO SITUACIONAL	50
2.2.2 Estudios sobre Sector Informal en el Municipio de Tumaco.	53
2.3 MARCO CONCEPTUAL	56
2.3.1 Informalidad.	56
2.3.2 Miembro Superior.	61
3. OBJETIVOS	67
3.1 OBJETIVO GENERAL	67
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	67
4. METODOLOGÍA	68
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	68
4.1.1 Enfoque Metodológico.	68
4.1.2 Tipo de estudio.	68
4.1.3 Población.	68

4.1.4	Variables.	68
4.2	CONSIDERACIONES ÉTICAS	74
5.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	76
5.1	CRONOGRAMA	76
5.2	PRESUPUESTO	77
6.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	78
6.1	IDENTIFICACIÓN DE REGISTROS	78
6.2	CLASIFICACIÓN DE LOS HALLAZGOS DE LOS REGISTROS DE LESIONES Y TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MANO	79
6.3	ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES Y TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MANO	80
6.4	VARIABLES DE MORBILIDAD	81
6.5	VARIABLES DE ASEGURAMIENTO	88
6.6	PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO	90
6.7	PREVALENCIA	94
6.8	DISCUSIÓN	96
7.	CONCLUSIONES	103
8.	RECOMENDACIONES	107
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
	ANEXOS	112

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Regímenes Aplicables al Sistema de Seguridad Social en Pensiones	29
Tabla 2. Leyes complementarias a la LEY 100 DE 1993	31
Tabla 3. Componentes de la Dimensión de Salud en el Ámbito Laboral	40
Tabla 4. Clases de datos del RIPS	50
Tabla 5. Datos Poblacionales del Municipio de Tumaco.	51
Tabla 6. Clasificación de las lesiones de la muñeca y mano	66
Tabla 7. Variables	70
Tabla 8. Comparativo de Información Socio Demográfica - Entre Estudios Sobre Sector Informal - del Municipio de Tumaco del IDSN y Prevalencia de Lesiones y Trastornos Traumáticos de Mano, en PEA no asegurada a Riesgos Laborales.	101

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Configuración del Sistema de Seguridad Social en Colombia	27
Figura 2. Regímenes de Pensiones elaborado por el autor de acuerdo a la ley 100/1993	28
Figura 3. Regímenes en Salud	33
Figura 4. Uso de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)	49
Figura 5. Cara palmar del carpo	62
Figura 6. Esqueleto óseo de la mano y la muñeca	63
Figura 7. Estructuras tendinosas. Vista dorsal	64
Figura 8. Estructuras músculo tendinosas de la mano	65

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Tipo de Régimen de Afiliación	79
Gráfico 2. Tipo de Régimen de Afiliación - Régimen Contributivo	80
Gráfico 3. Tipo de lesión	82
Gráfico 4. Mecanismo de la lesión	83
Gráfico 5. Severidad	84
Gráfico 6. Anamnesis: zona donde se produjo la lesión	85
Gráfico 7. Anamnesis: cantidad de dedos lesionados	85
Gráfico 8. Anamnesis: Lesión en mano	86
Gráfico 9. Anamnesis: Herida o Lesión Producida Durante	87
Gráfico 10. La lesión se produjo en el lugar de trabajo?	88
Gráfico 11. Personas que reportan accidentes en contexto laboral	88
Gráfico 12. Tipo de Régimen de Afiliación	89
Gráfico 13. Tipo de aseguramiento por el que es atendido	90
Gráfico 14. Distribución por sexo	91
Gráfico 15. Edad	91
Gráfico 16. Etnia	92
Gráfico 17. Localización geográfica	93
Gráfico 18. Estado civil	93
Gráfico 19. Escolaridad	94
Gráfico 20. PEA sin aseguramiento por ARL con lesiones y traumas de mano 2015 – 2016	94
Gráfico 21. PEA sin aseguramiento por ARL con lesiones y traumas de mano 2015 – 2016	95
Gráfico 22. Prevalencia de la PEA sin aseguramiento por ARL con lesiones y traumas de mano 2015 – 2016	96

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta para la Base de Datos	113
Anexo B. Carta de Autorización E.S.E Centro Hospital Divino Niño	116

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN ANEXO 1. FORMATO FICHA TÉCNICA VERSIÓN 2.0 febrero 2016

El presente formato tiene como propósito obtener información general acerca de los aspectos técnicos, administrativos y éticos del proyecto, para que los diferentes comités puedan hacer una revisión previa del proyecto. Por lo anterior, se recomienda que la información aquí consignada sea consistente con la registrada en el documento detallado del proyecto.

DATOS GENERALES DEL PROYECTO					
1. Título del proyecto	PREVALENCIA DE REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO, EN POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA NO ASEGURADA A RIESGOS LABORALES RELACIONADO CON LESIONES Y TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MANO, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, EN LA E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO DEL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS DE TUMACO DURANTE LOS AÑOS 2015 A 2016.				
2. ¿El proyecto se inscribe en un grupo de investigación de la Universidad CES?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 2, responda las preguntas N° 3 y 4					
3. Grupo de investigación de la Universidad CES que presenta el proyecto					
4. Línea de investigación del grupo que presenta el proyecto					
OTROS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO					
5. Institución	6. Grupo de investigación			7. Línea de investigación	
PARTICIPANTES DEL PROYECTO					
8. Rol en el proyecto	9. Cédula	10. Nombre completo	11. Correo electrónico	12. Institución	13. Grupo de Investigación al que pertenece
INVESTIGADOR	59685852	KARINA RIVERA	Karivers_85@hotmail.com	Universidad CES – Universidad Mariana	
INVESTIGADOR	1143835304	KIARA SEGOVIA	Kiarasegovia09@mail.com	Universidad CES – Universidad Mariana	
INVESTIGADOR	39672594	ANA ISABEL PAVAS	aipavas@misena.edu.co	Universidad CES – Universidad Mariana	
INVESTIGADOR	1088588133	YENY MARISOL PUENAYAN TUPUE	yenypuenayan@hotmail.com	Universidad CES – Universidad Mariana	
14. Entidades que financiarán la investigación					
15. Cubrimiento del estudio (Marque con una X)					
Institucional	<input checked="" type="checkbox"/>	Multicéntrico nacional		Otro. Cuál?	
Regional		Multicéntrico internacional			
16. Lugares o instituciones donde se llevará a cabo la investigación					
E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO					

Continuación

DATOS GENERALES DEL PROYECTO				
ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS				
17. Objetivo General				
Medir la prevalencia y características de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016.				
18. Objetivos específicos				
Identificar los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano, reportadas o no como accidente de trabajo en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO durante los años 2015 a 2016. Clasificar los hallazgos de los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, de acuerdo al régimen de afiliación y tipo de aseguramiento (ARS, ARL y /o EPS) en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016 de acuerdo a su origen de tipo común o laboral. Conocer el origen y las características clínicas de las lesiones y trastornos traumáticos de mano, que se presentaron en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales. Establecer perfil socio demográfico de la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, que sufrió lesiones y trastornos traumáticos de mano en este estudio.				
19. Marque con una X cuáles de los siguientes grupos poblacionales incluirá en su estudio (puede marcar varias opciones o ninguna de ellas si su estudio no está dirigido de manera particular a alguno de estos grupos)				
Afroamericanos	<input type="checkbox"/>	Indígenas	<input type="checkbox"/>	
Analfabetas	<input type="checkbox"/>	Menores de 18 años	<input type="checkbox"/>	
Desplazados	<input type="checkbox"/>	Mujeres durante trabajo de parto, puerperio o lactancia	<input type="checkbox"/>	
Discapacitados	<input type="checkbox"/>	Mujeres embarazadas	<input type="checkbox"/>	
Empleados y miembros de las fuerzas armadas	<input type="checkbox"/>	Mujeres en edad fértil	<input type="checkbox"/>	
Estudiantes	<input type="checkbox"/>	Pacientes reclusos en clínicas psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	
Recién nacidos	<input type="checkbox"/>	Trabajadoras sexuales	<input type="checkbox"/>	
Personas en situación de calle	<input type="checkbox"/>	Trabajadores de laboratorios y hospitales	<input type="checkbox"/>	
Personas internas en reclusorios o centros de readaptación social	<input type="checkbox"/>	Otro personal subordinado	<input type="checkbox"/>	
20. Indique el tipo de estudio que se empleará para el desarrollo de la investigación	<p>Como su nombre lo indica es un estudio de prevalencia, ya que es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de un fenómeno en un momento dado.</p> <p>En este caso particular se determinará la prevalencia de reporte de enfermedad laboral y accidente de trabajo relacionado con lesiones y trastornos traumáticos de mano, en el servicio de urgencias, en La E.S.E. Centro Hospital Divino Niño del Municipio de San Andrés de Tumaco.</p> <p>El estudio es de tipo retrospectivo ya que aborda el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016. La unidad de análisis es de tipo grupal, ya que se analizarán los datos del grupo de pacientes con lesión de mano en ese periodo y su diseño es Transversal ya que permite determinar prevalencia de un fenómeno (presencia de lesiones de mano que son accidentes de trabajo) en una población determinada en un momento del tiempo</p>			
21. La fuente de información de los datos del estudio será (Puede marcar varias opciones)	Primarias (Datos recopilada directamente de los participantes)	<input type="checkbox"/>	Secundarias (Datos recopilados a partir de registros existentes)	X
22. ¿En este estudio se realizarán intervenciones que modifiquen variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
23. ¿En este estudio se indagará a los participantes sobre aspectos sensibles de la conducta (Situaciones, eventos, recuerdos o palabras que activen emociones que lleven a alterar el estado de ánimo o la conducta)?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X

Continuación

DATOS GENERALES DEL PROYECTO				
24. Describa los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio	<p>Este estudio se realizará en 4 fases</p> <p>Acercamiento a la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño, donde se realizará la presentación del grupo de estudio, la finalidad del trabajo, haciendo énfasis en la utilidad que representa para la entidad, para el municipio y para el IDSN, en función de la identificación de casos de ATEL de trabajadores informales, y solicitud de acceso a la base de datos del servicio de urgencias del hospital del periodo comprendido entre enero 2015 y diciembre de 2016.</p> <p>Reconocimiento de fuente secundaria de información (Base de datos e historias clínicas).</p> <p>Recolección de información de la base de datos a partir de cuestionario aplicado a la Base de datos e historias clínicas.</p> <p>Cruce de variables, interpretación y análisis de la información obtenida de un programa estadístico Epidat 3.1.</p> <p>Organización y presentación de resultados</p>			
25. ¿En este estudio se aleatorizarán sujetos?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
26. Describa los grupos (En los casos que aplique)	Personas económicamente activas, registradas en la base de datos del servicio de atención de urgencias de la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO con lesión de mano,			
27. Indique los criterios de inclusión	Personas atendidas por ARS y ARL			
28. Indique los criterios de exclusión	No se incluyen pacientes con diagnósticos diferentes a lesiones de mano, ni personas atendidas por EPS (Régimen Contributivo)			
CONSIDERACIONES ÉTICAS				
29. Indique la clasificación del estudio de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 (Marque con una X sólo una opción)				
Sin riesgo	X	Riesgo mínimo	Riesgo mayor que el mínimo	
30. ¿Los sujetos de investigación podrán participar de otro estudio mientras estén participando en éste?	Si	x	No	
31. ¿Los sujetos de investigación recibirán algún tipo de incentivo o pago por su participación en el estudio?	Si		No	X
32. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 31, indique cuáles:				
33. ¿Los sujetos de investigación deberán asumir algún costo por su participación que sea diferente del costo del tratamiento que recibe como parte del manejo establecido por su condición médica?	Si		No	X
34. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 33, indique cuáles:				
35. Describa los riesgos potenciales para los participantes	No aplica			
36. Indique las precauciones que se tomarán para evitar potenciales riesgos a los sujetos del estudio	No aplica			
37. Describa cómo será el proceso de disposición final de material biológico, reactivos, materiales contaminantes o sustancias químicas (En los casos que aplique)	No aplica			
38. Describa el plan de monitoreo y seguridad que se desarrollará para garantizar la confidencialidad tanto de los participantes como de la información que éstos suministren	No aplica			
39. Describa los beneficios para los participantes de la investigación	El beneficio directo, aplica para la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, quien tendrá el registro de la población en edad de trabajar, atendida por ARS y posibilitará la identificación de trabajadores informales con lesiones de mano atendidos por este centro en el periodo 2015 – 2016 y para el Instituto Departamental de Salud de Nariño, quien podrá complementar sus registros en relación a posibles casos de accidentalidad de trabajadores informales en el municipio de San Andrés de Tumaco.			

Continuación

DATOS GENERALES DEL PROYECTO				
40. Describa los beneficios que se obtendrán con la ejecución de la investigación	El beneficio directo, aplica para la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, quien tendrá el registro de la población en edad de trabajar, atendida por ARS y posibilitará la identificación de trabajadores informales con lesiones de mano atendidos por este centro en el periodo 2015 – 2016 y para el Instituto Departamental de Salud de Nariño, quien podrá complementar sus registros en relación a posibles casos de accidentalidad de trabajadores informales en el municipio de San Andrés de Tumaco.			
41. ¿En el proyecto existen conflictos de interés?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
42. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 41 indique cuáles:	No aplica			
43. En caso de existir conflicto de interés, indique cómo se garantizará que éste no afecte el desarrollo de la investigación	No aplica			
CONSENTIMIENTO INFORMADO				
44. ¿En el proyecto se tiene contemplada la aplicación de consentimiento informado?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 44, responda las preguntas N° 45 a 47, en caso contrario, pase a la pregunta N° 48				
45. ¿Quién obtendrá el consentimiento informado?	No aplica			
46. ¿Cómo será obtenido el consentimiento informado?	Verbal	<input type="checkbox"/>	Por escrito	<input type="checkbox"/>
47. ¿Cómo se garantizará que los participantes de la investigación han comprendido el alcance y las condiciones de su participación?	No aplica			
ELEMENTOS A UTILIZAR EN EL ESTUDIO				
RADIOISÓTOPOS				
48. ¿En este proyecto se utilizarán radioisótopos?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 48, responda las preguntas N° 49 a 51, en caso contrario, pase a la pregunta N° 52				
49. Describa el radioisótopo:	No aplica			
50. Indique la dosis y vía de administración:	No aplica			
51. ¿El uso de radioisótopos y/o máquinas que producen radiación se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
MÁQUINAS QUE PRODUCEN RADIACIÓN				
52. ¿En este proyecto se utilizarán máquinas que producen radiación?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 52, responda las preguntas N° 53 a 54, en caso contrario, pase a la pregunta N° 55				
53. Describa el procedimiento y el número de veces que se realizará en cada sujeto	No aplica			
54. ¿El uso de las máquinas se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE ADICTIVOS				
55. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos potencialmente adictivos?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 55, responda las preguntas N° 56 a 58, en caso contrario, pase a la pregunta N° 59				
56. Nombre del producto:	No aplica			
57. Usos aprobados:	No aplica			
58. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>

Continuación

DATOS GENERALES DEL PROYECTO				
MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS EXPERIMENTALES				
59. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos y/o dispositivos experimentales?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 59, responda las preguntas N° 60 a 61, en caso contrario, pase a la pregunta N° 62				
60. Nombre del producto:	No aplica			
61. Descripción del producto:	No aplica			
MEDICAMENTOS, REACTIVOS U OTROS COMPUESTOS QUÍMICOS COMERCIALMENTE DISPONIBLES				
62. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos reactivos u otros compuestos químicos comercialmente disponibles (Con registro INVIMA)?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 62, responda las preguntas N° 63 a 68, en caso contrario, pase a la pregunta N° 69				
63. Nombre del producto:	No aplica			
64. Casa Farmacéutica:	No aplica			
65. Usos aprobados:	No aplica			
66. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
67. ¿Para este medicamento se han reportado reacciones adversas o toxicidad?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
68. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 67, indique las reacciones adversas reportadas	No aplica			
EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS				
69. ¿En este proyecto se utilizarán Equipos y/o dispositivos (Con registro INVIMA)?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 69, responda las preguntas N° 70 a 74, en caso contrario, pase a la pregunta N° 75				
70. Nombre del equipo:	No aplica			
71. Indicación:	No aplica			
72. Beneficios:	No aplica			
73. ¿Para este equipo se han reportado riesgos potenciales?	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
74. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 73, indique los riesgos potenciales reportados	No aplica			
SANGRE O FLUIDOS CORPORALES				
75. En este proyecto se utilizará sangre o fluidos corporales	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 75, responda las preguntas N° 76 a 78, en caso contrario, pase a la pregunta N° 79				
76. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior	No aplica	Se tomarán en este estudio	<input type="checkbox"/>
77. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones	Si	No aplica	No	X
78. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?	Si	No aplica	No	X
EMBRIONES HUMANOS O CÉLULAS EMBRIONARIAS				
79. En este proyecto se utilizarán embriones humanos o células embrionarias	Si	<input type="checkbox"/>	No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 79, responda las preguntas N° 80 a 82, en caso contrario, pase a la pregunta N° 83				
80. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior	No aplica	Se tomarán en este estudio	No aplica

Continuación

DATOS GENERALES DEL PROYECTO					
81. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si	<input type="checkbox"/>	No	X
82. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si	<input type="checkbox"/>	No	X
ÓRGANOS O TEJIDOS DE CADÁVERES HUMANOS					
83. ¿En este proyecto se utilizarán órganos o tejidos de cadáveres humanos?		Si	<input type="checkbox"/>	No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 83, responda las preguntas N° 84 a 86, en caso contrario, pase a la pregunta N° 87					
84. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior	No aplica	Se tomarán en este estudio	No aplica	
85. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si	<input type="checkbox"/>	No	X
86. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si	<input type="checkbox"/>	No	X
MICROORGANISMOS PATÓGENOS O MATERIAL BIOLÓGICO					
87. En este proyecto se utilizarán microorganismos patógenos o material biológico		Si	<input type="checkbox"/>	No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 87, responda las preguntas N° 88 a 90					
88. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior	No aplica	Se tomarán en este estudio	No aplica	
89. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si	<input type="checkbox"/>	No	X
90. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si	<input type="checkbox"/>	No	X

RESUMEN

El propósito del estudio fue “Medir la prevalencia y características de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa (PEA) no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO de San Andrés de Tumaco, en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016”, para tal efecto se realizó el reconocimiento de la Base de datos e historias clínicas de la entidad mencionada, como fuentes secundarias de información, se aplicó un cuestionario a estas fuentes, se realizó el cruce de variables y el análisis apoyado en la utilización del programa SPSS. Este es un estudio de prevalencia, de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo ya que aborda el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016. **Resultados:** De un registro de 1484 casos, se identificaron 528 que correspondían a PEA no asegurada a riesgos laborales, de ellos 261 casos, cuentan con registro realizado por el médico tratante donde se indica que la lesión o trauma se presenta en el contexto del trabajo. La prevalencia de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016, es igual al 36% y la prevalencia correspondiente a los accidentes de trabajo en esta misma población equivale al 18%.

Palabras clave: Prevalencia, población económicamente activa, riesgos laborales, lesiones, aseguramiento, accidente.

ABSTRACT

*The purpose of the study was to "measure the prevalence and characteristics of accidents related to injuries and traumatic disorders of the hand in the economically active population (EAP) unsecured to occupational hazards, attended in the emergency room at the that Center HOSPITAL divine child of San Andrés de Tumaco, in the period between January 2015 and 2016 "January, to do so was recognition of medical records of the aforementioned entity, as secondary sources of information, and the database is He applied a questionnaire to these sources, the crossing of variables and analysis supported by the use of the program SPSS. This is a study of prevalence, type observational, descriptive and retrospective since it deals with the period from January 2015 to December 2016. **Results:** A record of 1484 cases, 528, which corresponded to unsecured PEA to occupational risks, with 261 cases, with registration carried out by the attending physician stating that the injury or trauma occurs in the context of the work were identified. The prevalence of accidents involving injuries and traumatic disorders of hand in the population economically active occupational risk not secured, cared for in the Emergency Department in the ESE Center HOSPITAL divine child in the period between January 2015 and January 2016, it is equal to 36% and the prevalence of corresponding to accidents at work in this same population amounts to 18%.*

Keywords: *Prevalence, economically active population, occupational hazards, injury, insurance, accident.*

1. PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial [1].

Una de ellas, es la Dimensión Salud y Ámbito Laboral, que constituye el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar protección de la salud y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- La seguridad y salud en el trabajo
- La atención de situaciones prevalentes de origen laboral.
- Los objetivos de esta dimensión hacen referencia a:
- Ampliar cobertura en el Sistema de Riesgos Laborales.

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora colombiana, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.

Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social en el nivel local, regional y nacional.

En el Departamento de Nariño, el ente territorial encargado de desarrollar el Plan decenal de salud, es el Instituto Departamental de Salud [2], que, en relación a la dimensión antes mencionada, formuló el Proyecto: "Propendiendo por el mejoramiento de las condiciones de salud y seguridad en los entornos laborales." cuya cobertura reúne a los 64 municipios del departamento.

Las metas de este Proyecto son:

- 64 municipios con caracterización de las condiciones de salud y laboral en una

actividad ocupacional de mayor vulnerabilidad.

- 64 municipios con comités intersectoriales activos (CETI-CONPOS-CLSO-CSSO-CES) con productos efectivos
- 64 municipios con vigilancia de las condiciones de seguridad y prevención de los riesgos en los entornos laborales

De acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), en los 64 municipios del departamento, la población económicamente activa (PEA) suma 822.232 personas, lo cual corresponde al 46.5% de la población total, de esta cifra, la población ocupada, suma 510.606, es decir 62% de la PEA, de este grupo 332.725 personas, se encuentran en el sector informal de la economía, aportando el 65.1% de la población ocupada de Nariño [2].

Teniendo en cuenta a esta misma fuente, para el año 2015, en el municipio de Tumaco, la población trabajadora suma 59.600 personas, de las cuales, 42.477 pertenecen al sector informal [2]

El IDSN, a través del Sistema de Información Seguridad y Salud en el Trabajo del Departamento de Nariño, ha identificado y caracterizado a 289 trabajadores informales por actividad u oficio, de los cuales cuenta con información de condiciones de salud y trabajo por actividad u oficio, de 158 de ellos que pertenecen a grupos de trabajadores cuya ocupación hace referencia a la recolección de conchas (Publicado en 2009), trabajo en restaurantes y kioscos (publicado en 2013), pescadores (sector priorizado en 2014), peluquerías (sector priorizado en 2015), y el cultivo de chillagua y chiraran (sector priorizado en 2016).

Con estas intervenciones el IDSN, busco apoyar el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos ocupacionales tendientes a reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales de estas poblaciones consideradas prioritarias por su alta vulnerabilidad, magnitud y riesgos propios de las actividades económicas.

De acuerdo al informe del Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN, sobre la Población Trabajadora por municipio. Estructura poblacional y otras variables, para el año 2015, el número total de accidentes de trabajo notificados en el sector informal en Tumaco, sumo un total de 106, de los cuales 17 fueron reportados por el uso de plaguicidas.

Sin embargo, en la revisión de los reportes del aplicativo web del mismo instituto [3], que brinda información de los accidentes laborales presentados en los trabajadores informales en los 64 Municipios del Departamento de Nariño, para los años 2015 y 2016, por trimestre, el cual debe ser alimentado semanalmente por los municipios,

en el mismo periodo se evidenció que el reporte de accidentalidad laboral del sector informal, para la zona Pacifico sur, que incluye al Municipio de Tumaco es “0” para el periodo.

1.1.1 Pregunta de investigación. ¿Cuál es la prevalencia de reporte de accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano, en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, que es atendida en el servicio de urgencias, en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO del municipio de San Andrés de Tumaco durante los años 2015 a 2016?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el Municipio de Tumaco, el porcentaje que representa, la población trabajadora informal, es muy importante, incluso supera en número a la población ocupada del sector formal, este tipo de trabajadores deben enfrentarse a todos los riesgos laborales conocidos, en muchas ocasiones sin ningún tipo de aseguramiento o protección frente a enfermedades o accidentes de trabajo.

Para dar respuesta a esta problemática, el IDSN, ha dispuesto de una serie de estrategias que, respondiendo a los componentes, objetivos y metas del Plan decenal de salud 2012 – 2021, en la dimensión “Salud y Ámbito Laboral”, buscan mejorar las condiciones de salud y trabajo de estos sectores. Estas estrategias abarcan desde la búsqueda, identificación y caracterización de la población informal hasta el estricto registro de los reportes de accidentalidad laboral por municipio.

Teniendo en cuenta lo anterior, y reconociendo la información publicada por el IDSN, respecto a los reportes de accidente de trabajo en la zona Pacifico Sur, que incluye al Municipio de Tumaco, en el periodo 2015 - 2016, cuya cuantificación es equivalente a “0”, y los peligros a los que están expuestos los trabajadores informales del municipio, tanto los caracterizados, antes referidos, como los que aún no se encuentran registrados (moto taxistas, trabajadores de aserraderos, recicladores, vendedores informales, camaroneras, entre otros), es importante verificar si existe un sub registro de la accidentalidad laboral del sector informal, lo cual contribuiría a afinar el uso de las herramientas que el IDSN ha puesto al servicio del municipio y de la población informal para abordar de manera más clara y contundente acciones de prevención y promoción en salud y trabajo.

Es importante anotar, que este registro se realiza a través de los hospitales públicos del municipio, quienes además, reciben los casos de accidentes laborales del sector formal, en el caso de Tumaco estas entidades son la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO y la E.S.E. HOSPITAL SAN ANDRES TUMACO, en este punto es necesario tener en cuenta que una de las integrantes del grupo de investigación, se encuentra vinculada laboralmente con la primera entidad

mencionada y que dada su cercanía con la administración de la entidad, se visibiliza como una oportunidad, la realización de aportes para evaluar y mejorar el sistema de registro de accidentes laborales.

El presente trabajo busca contribuir a la definición del perfil de morbilidad de la población económicamente activa, no asegurada a riesgos laborales, del municipio de Tumaco, a través de la identificación del registro de accidentes de trabajo, relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016.

2. MARCO TEÓRICO

Para sustentar teóricamente este estudio, se estableció la organización del marco teórico en tres espacios, el primero hace referencia al marco legal donde se ubican elementos tales como la seguridad social que incluye a todos los colombianos por igual, ya que se configura como un derecho fundamental a cargo del estado y, en su desarrollo la ley 100 de 1993.

Se retoma la Resolución 1841 de mayo 28 de 2013, por la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012-2021, documento al que se hace directa relación en este trabajo, ya que contiene la obligatoriedad de los entes territoriales de ocuparse de la intervención de los trabajadores informales en salud y seguridad en el trabajo.

Luego se presentan la Ley 1562 DE 2012, el Decreto 1072 del 26 de mayo 2015 y el Decreto 1563 del 30 de Septiembre de 2016, donde se retoma el tema de riesgos laborales y la relación de derecho con los trabajadores informales.

Finalmente se retoman la Resolución 1895 de 2001 [4], por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud- Décima revisión, y la Resolución 3374 de 2000 [5], a través de la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. que serán útiles para explicar cómo se ubican los diagnósticos en el entorno hospitalario.

El segundo espacio, es el Marco Situacional, donde se presenta la descripción del municipio de Tumaco, con algunas características de tipo geográfico, poblacional y económico, que ubicaran al lector en función del contexto, adicionalmente se relacionan tres estudios desarrollados sobre trabajadores del sector informal en el municipio, dos de ellos, elaborados por el IDSN, en cumplimiento del plan decenal de salud, antes citado y una tesis de grado de la Universidad CES.

Finalmente, el tercer espacio, contiene elementos para definir el trabajo informal en Colombia, y un apartado sobre lesiones de mano, que contribuirá a la identificación de datos de interés en la base de datos aportada por la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño.

2.1 MARCO LEGAL

2.1.1 Seguridad Social en Colombia. A partir de la creación y entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991, en Colombia, la Seguridad Social, es considerada un derecho fundamental y por ende irrenunciable, a cargo del Estado,

lo cual se referencia en los artículos 48 y 49:

Artículo 48. La Seguridad Social es 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. Se garantiza 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 forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establece las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.[6]

Por su parte, la Corte Constitucional, dentro de su actividad jurisdiccional, ha sostenido que en Colombia:

La Seguridad Social es reconocida en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho constitucional fundamental. De esta manera, los artículos 48 y 49 de la Carta Política establecen la seguridad social, por un lado, como un derecho irrenunciable, y por otro lado, como un servicio público, de tal manera que, por la estructura de este derecho, es el Estado el obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución.[7]

La protección que le otorga el ordenamiento constitucional al derecho a la seguridad social se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional pues son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la seguridad social.

Conforme a la jurisprudencia constitucional, el derecho a la seguridad social es un

real derecho fundamental cuya efectividad se deriva “de (i) su carácter irrenunciable, (ii) su reconocimiento como tal en los convenios y tratados internacionales radicados por el Estado colombiano en la materia y (iii) de su prestación como servicio público en concordancia con el principio de universalidad.”

2.1.2 Ley 100 de 1993, por la cual se reglamenta el Sistema de Seguridad Social. [8] La Ley 100 del 93, en su preámbulo plantea: que la Seguridad Social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Principios Generales: se define el concepto de Seguridad Social Integral, como aquel que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente Universalidad. Es la garantía de protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de seguridad social, mediante su participación, control y dirección del mismo. Los recursos del erario público se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.

Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones de regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema en su conjunto. [8]

Esta Ley define igualmente que el derecho a la seguridad social es irrenunciable y estará garantizado por el Estado para todos los habitantes del territorio nacional. De otra parte, establece que este servicio es esencial en salud y en pensiones. Dentro de los objetivos de esta Ley se definen: Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad de pago para afiliarse al sistema y garantizar la ampliación de cobertura a sectores sin capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas, trabajadores independientes, artistas, deportistas y madres comunitarias. Frente a estos principios y objetivos que se plantean en esta Ley, se definieron los siguientes postulados:

Cobertura universal en Salud, con un Plan Obligatorio de Salud, POS, Subsidiado igual al Contributivo.

Fortalecimiento del mercado de capitales extendería la relación salarial y aumentaría la cobertura en Pensiones.

Figura 1. Configuración del Sistema de Seguridad Social en Colombia



Fuente: Introducción a SGSS

2.1.3 Sistema de Seguridad Social en Pensiones. En el Libro Primero de la Ley 100 de 1993 se desarrollan los lineamientos normativos del Sistema General de Pensiones, definiendo como su objeto principal:

“Garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que determina la presente Ley, así como propender por la ampliación progresiva a los segmentos de la población no cubiertos con el sistema de pensiones”.

Define igualmente, que este sistema se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, conservando adicionalmente todos los derechos, garantías, prerrogativas, servicios y beneficios adquiridos y establecidos, conforme a disposiciones anteriores, para quienes a la fecha de vigencia de esta Ley hayan adquirido los requisitos para acceder a la pensión, incluidos los derechos adquiridos por normas anteriores o por convenciones colectivas de trabajo. Se definen como requisitos para acceder a la pensión en el año 2015, los siguientes:

Edad: mujeres 57 años, hombres 62 años.

Cotización: 1.300 semanas.

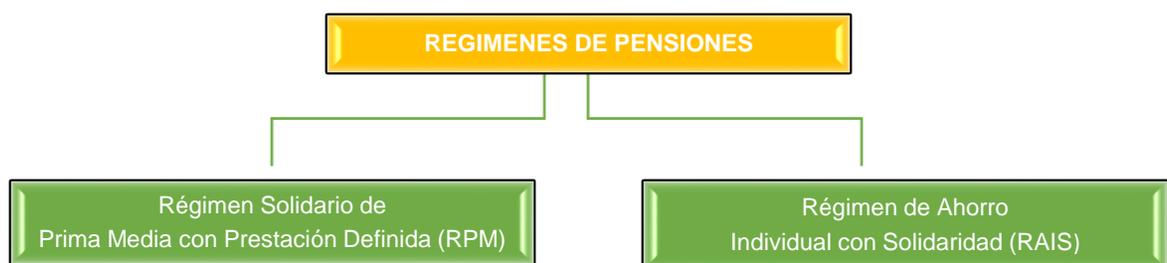
Monto de la Pensión: 1.300 semanas = 65%, con el aumento hasta 1.400 semanas se puede acceder a un monto del 85% del ingreso base de liquidación.

Ingreso base de liquidación: Se obtiene de los salarios con los que se cotizó en los últimos diez años o toda la vida laboral, si ha cotizado 1.300 semanas o más.

Los productos del Sistema General de Pensiones son: pensión de vejez, de invalidez, de sobrevivientes, indemnización sustitutiva y auxilio funerario.

En materia del Sistema de Seguridad Social en Pensiones, la Ley 100 de 1993 reconoce la existencia de dos tipos de regímenes aplicables en esta materia, estando de un lado el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado en la actualidad por parte de Colpensiones, y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS) administrado por las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

Figura 2. Regímenes de Pensiones elaborado por el autor de acuerdo a la ley 100/1993



Fuente: La presente investigación de acuerdo a la ley 100/1993

A manera de ilustración, se presenta las principales diferencias de los dos regímenes:

Tabla 1. Regímenes Aplicables al Sistema de Seguridad Social en Pensiones

REGÍMENES APLICABLES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN PENSIONES	
Régimen de Prima Media	Régimen de Ahorro Individual
<ul style="list-style-type: none"> • Los aportes de los afiliados constituyen un Fondo Común de naturaleza pública. • El valor de la pensión NO está sujeto a los rendimientos del sector financiero. • El afiliado no asume ningún riesgo financiero, por estar respaldado por el Estado. • El valor de la pensión no depende del monto ahorrado, sino del número de semanas cotizadas. • Los Pensionados reciben dos mesadas adicionales al año 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada afiliado tiene una cuenta individual. • El valor de la pensión depende de los resultados de los rendimientos del capital ahorrado al pensionarse. • El afiliado asume el riesgo financiero de las inversiones que realiza el Fondo. • En caso de cesación del empleo, la comisión se cobrará de los movimientos obtenidos del capital ahorrado. • Los pensionados únicamente reciben doce mesadas al año
Requisitos para trasladarse de un régimen a otro.	
Permanencia de 5 años en el régimen de ahorro individual. Que le falten más de 10 años para cumplir la edad de pensión	

Fuente: La presente investigación a partir del texto de CTC CUT 2017 [9].

Debe tenerse en cuenta que los dos anteriores están diseñados para aquellas personas con capacidad de pago; no obstante, hay grupos de población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen posibilidad de acceso al sistema de seguridad social en pensiones, por contar con ingresos inferiores al salario mínimo legal mensual vigente.

Para estos casos la ley 100 de 1993 creo el Fondo de Solidaridad Pensional, que para efectos pensionales subsidia el aporte a pensión de estas personas vinculándolas al régimen de prima media.

Para el año 2016, el Ministerio de Trabajo propone una reforma al sistema estructural que proteja a todos los trabajadores, basado en tres ejes: más cobertura, más igualdad y que no quiebre el sistema.

El propósito es que todos los trabajadores formales e informales, puedan contar con un ingreso al llegar a la edad de jubilación o retiro, bien sea mediante una pensión, o un apoyo del Estado [10].

De acuerdo con lo planteado por el Ministerio de Trabajo, en “Nuevo Modelo de Protección para la Vejez”; los mecanismos para lograr mayor cobertura son COLPENSIONES, administradora de pensiones del Estado, con la que se logró generar una entidad que responde al servicio del usuario y asegura la permanencia del Régimen de Prima Media y a través de Colombia Mayor, se fortaleció la atención a los adultos mayores en extrema pobreza y los Beneficios Económicos Periódicos, BEP, ampliarán la cobertura a más de 7 millones de trabajadores que hoy no cuentan con protección para la vejez porque son informales o porque no cumplen

los requisitos de pensión.

Con este nuevo modelo todos los trabajadores formales recibirán el mismo subsidio del Estado y cumplidos los requisitos recibirán la pensión de acuerdo a su ahorro. Con los BEP el gobierno busca proteger a aquellos trabajadores que ganan menos de un SMMLV o a quienes sus ingresos no les permiten entrar al RPM.

Estos trabajadores ahorrarán en su cuenta lo que puedan, mientras que el Estado les dará un subsidio de 20% adicional a lo ahorrado. Y gracias al programa Colombia Mayor los adultos mayores de 65 años de Sisbén 1 y 2 reciben un aporte del Estado que les permite tener una vejez digna y mejorar su calidad de vida.

A 2017, esta iniciativa beneficia a más de un millón de colombianos y su meta es alcanzar en cinco años la cobertura universal de 2.400.000 adultos mayores que viven en extrema pobreza [10].

Es un modelo que favorece la sostenibilidad fiscal, al eliminar los altos subsidios que se les otorga a las pensiones de mayor valor, es decir, gracias a este nuevo modelo todos los colombianos recibirán el mismo valor del subsidio. Lo que permite que haya mayor cobertura, que sea equitativo para todos y al cumplir esto, que no quiebre el sistema.

Con este nuevo modelo las personas que no tienen la cantidad de tiempo cotizado podrán pensionarse a través de dos nuevos mecanismos propuestos que son: la cotización retroactiva y la pensión familiar.

Las personas que lleguen a la edad de jubilación y no hayan cumplido con la cantidad de semanas requeridas, pueden recibir su pensión y a su vez seguir cotizando el tiempo que hace falta. A esto se le llama cotización retroactiva. La pensión familiar consiste en que las parejas podrán sumar sus semanas de cotización para completar el tiempo requerido y de esta manera recibir una pensión conjunta.

El nuevo modelo de protección para la vejez busca que el Régimen de Prima Media, que es administrado por el Estado, y el Régimen de Ahorro Individual, que lo administran los fondos de pensiones privados, se complementen y articulen entre sí. Lo que permite que la competencia entre los dos se termine. De esta manera, todos los trabajadores formales recibirán el mismo subsidio que el Estado les otorga en las pensiones porque cotizarán sobre la base del salario mínimo en el Régimen de Prima Media.

Quienes puedan cotizar por encima de ese monto, sus aportes se harán en el Régimen de Ahorro Subsidiado con Solidaridad, RAIS, a través de los fondos privados de pensión. De esta forma todos los colombianos recibirán el mismo subsidio a su pensión y no lo que pasa ahora que quienes más cotizan más subsidio

reciben. Esto hace un sistema con más igualdad.

2.1.4 Sistema de seguridad social en salud. Los objetivos de este sistema son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención [8].

La competencia para la prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no incluidos en la Ley 100 de 1993, se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial, por las siguientes leyes complementarias:

Tabla 2. Leyes complementarias a la LEY 100 DE 1993

Leyes complementarias a la LEY 100 DE 1993	
Ley 10 de 1990: Reorganiza el Sistema Nacional de Salud	Ley 60 de 1993: Competencias y recursos
<p>Descentralización del sector salud. Responsabilidad de Departamento y Municipio. 2. Crea Fondos Locales de Salud. 3. Define la salud como servicio público. Principios: Universalidad. Todos los habitantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Participación ciudadana. Propender por el autocuidado. Participación comunitaria. Derecho a participar en procesos. Subsidiariedad. Niveles superiores a inferiores. Complementariedad. Niveles inferiores a superiores, según capacidad. Integración funcional. Como red. <p>EL ESTADO INTERVENDRÁ PARA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de la prestación de servicios de salud. Adoptar el registro de prestadores. Expedir la regulación de tarifas. Establecer un sistema de fijación de normas de calidad, vigilancia y control. Regular los procedimientos para la autorización de la prestación de servicios de salud. Expedir normas de construcción, remodelación y dotación de la infraestructura de salud. Regular y establecer el Régimen de Promoción y prevención Sistema. <ul style="list-style-type: none"> Comprende fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación. Involucra. Factores ambientales, biológicos, comportamiento y la prestación de servicios de salud 	<p>Se promulgó para solventar vacío de Ley 10. Competencias Departamento. Dirigir el Sistema Seccional de Salud. Administrar los recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar acciones de fomento de salud y prevención de enfermedad, financiar y garantizar el tratamiento y la rehabilitación de II y III nivel. Financiar tribunales de ética médica. % Realizar control de medicamentos. Registrar las instituciones y definir naturaleza jurídica. Asesorar y prestar asistencia técnica a municipios. Garantizar la operación en red y el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Concurrir a la financiación de los servicios a cargo de los municipios <p>Competencias de Municipios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio local. Programar para su respectivo municipio, la distribución de los recursos recaudados para el sector salud. Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la ley, y en las disposiciones que se adopten, en ejercicio de las facultades de que trata el artículo o de esta Ley; Supervisar y controlar el recaudo de los recursos locales que tienen destinación específica para salud; Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud. Ejercer las funciones que, expresamente, le delegue el Ministerio de Salud o la Dirección Seccional del Sistema de Salud; Administrar el Fondo local de salud.

Fuente: la presente investigación con base la presentación de Colmenares [11]

Las actividades y competencias de la Salud Pública se regirán por la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y la Ley 60 de 1993 (anteriormente presentada), excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993.

Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política Nacional, son reglas rectoras del sistema de salud, las siguientes:

Equidad. Se proveerán gradualmente los servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago.

Obligatoriedad. La afiliación al Sistema es obligatoria para todos los habitantes de Colombia. En consecuencia, corresponde a los empleadores la afiliación de sus trabajadores y al Estado facilitar la afiliación de quienes carezcan de vínculo laboral.

Protección Integral. El Sistema brindará atención en salud integral a la población en las fases de educación, información, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Libre Escogencia. El Sistema permitirá la participación de diferentes entidades y asegurará a los usuarios libertad de escogencia de entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud.

Autonomía de Instituciones. Las entidades prestadoras de servicios de salud tendrán personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Descentralización administrativa. La organización del Sistema será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y municipales.

Participación Social. Se estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema.

Concertación. Se propiciará la concertación de los diversos agentes, en todos los niveles, estableciendo consejos nacionales, departamentales y municipales.

Calidad. El Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios, para garantizar atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.

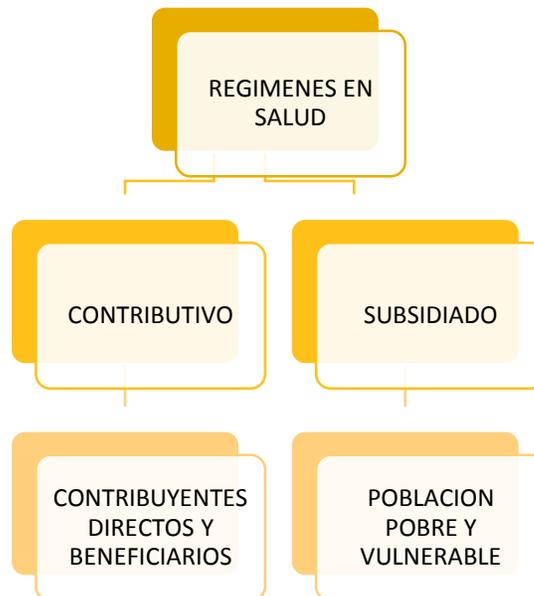
El Sistema de Seguridad Social en Salud está integrado por los siguientes estamentos [8].

- Organismos de Dirección, Vigilancia y Control.
- Ministerios de Salud y Trabajo.

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- Superintendencia Nacional de Salud.
- Entidades Promotoras de Salud.
- Direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
- Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas.
- Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones.
- Los beneficiarios del Sistema
- Los Comités de participación comunitaria, COPACOS.

La estructura de los servicios está organizada en dos regímenes: el Contributivo y el Subsidiado.

Figura 3. Regímenes en Salud



Fuente: la presente investigación de acuerdo a la ley 100/1993

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema, cuando la vinculación se hace a través del pago de una cotización, en concurrencia entre el afiliado y el empleador. La cotización corresponde a un 12% del salario base de cotización, dos terceras partes estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador, un punto de esta cotización se trasladará al FOSYGA, para contribuir a la financiación del régimen subsidiado.

El régimen subsidiado es conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema de salud, la cual se hace a través de una vinculación

subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, que se maneja por encargo fiduciario, el fondo tiene las siguientes líneas:

- De compensación interna del régimen contributivo.
- De solidaridad del régimen subsidiado.
- De promoción de la salud.
- De seguro de riesgos catastróficos.

La prestación de los servicios públicos de salud en forma directa se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado, ESE, antiguos hospitales públicos, a cargo del Estado. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, deben prestar los servicios de salud, en su nivel de atención correspondiente.

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, son las organizaciones responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de las cotizaciones. Su obligación básica es organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud, POS, a sus afiliados y girar el valor correspondiente al FOSYGA.

Los Planes Obligatorios de Salud, POS son paquetes limitados de servicios de salud, para el régimen contributivo y para el subsidiado. Además, los usuarios de los servicios de salud deberán contribuir al sistema con cuotas moderadoras y copagos que se pagan a las EPS.

2.1.5 Sistema de seguridad social en riesgos laborales. Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales.

La participación de las personas a este sistema será mediante el aseguramiento de forma obligatoria o voluntaria;

Será obligatoria para:

Los trabajadores dependientes nacionales o extranjeros, vinculados mediante contrato de trabajo escrito o verbal y los servidores públicos; las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con

entidades o instituciones públicas o privadas, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos, con una duración superior a un mes y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación.

Las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado son responsables conforme a la ley, del proceso de afiliación y pago de los aportes de los trabajadores asociados. Para tales efectos le son aplicables todas las disposiciones legales vigentes sobre la materia para trabajadores dependientes y de igual forma le son aplicables las obligaciones en materia de salud ocupacional, incluyendo la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).

Los jubilados o pensionados, que se reincorporen a la fuerza laboral como trabajadores dependientes, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos.

Los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas públicas o privadas que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución o cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios, e involucra un riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida dentro del año siguiente a la publicación de la presente ley por parte de los Ministerio de Salud y Protección Social.

Los trabajadores independientes que laboren en actividades catalogadas por el Ministerio de Trabajo como de alto riesgo. El pago de esta afiliación será por cuenta del contratante.

Los miembros de las agremiaciones o asociaciones cuyos trabajos signifiquen fuente de ingreso para la institución.

Los miembros activos del Subsistema Nacional de primera respuesta y el pago de la afiliación será a cargo del Ministerio del Interior, de conformidad con la normatividad pertinente. [12]

Será voluntaria para

Los trabajadores independientes y los informales, que no se encuentren bajo contratos de prestación de servicios superiores a un mes.

Si bien este sistema cuenta con prestaciones económicas derivadas de un accidente o enfermedad de origen laboral, no se trata de lo más importante, debido a que estas se reconocerán para mitigar las consecuencias económicas originadas por la estructuración del riesgo.

El componente más importante de este sistema es el de Seguridad y Salud en el

Trabajo, “definido como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones”; entendiendo su importancia en la medida que, tal como se puede extraer de la definición, tiene un carácter preventivo y de modulación de los riesgos, lo cual es esencial en un sistema bajo el enfoque del manejo social del riesgo. No obstante, en el caso de las personas que pertenecen a este sistema como afiliados voluntarios, y como prestadores formales de servicios; no se evidencia una aplicación práctica de este componente, dado que no se encuentran en situación de subordinación, o con condiciones laborales fijas que permitan darle aplicabilidad al mismo; generando que para esta Población el sistema se limite a la concesión de prestaciones económicas para la mitigación del riesgo.

2.1.6 Promoción Social. La Promoción Social busca la construcción de un sistema de acciones públicas dirigidas a fomentar la movilidad social de personas y colectivos en condiciones de precario reconocimiento de derechos, extrema pobreza y exclusión social. Se orienta hacia la igualdad de los derechos en salud y la democratización, la ampliación de oportunidades, realizaciones y capacidades y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales mediante estrategias, políticas, planes, programas y proyectos públicos dirigidos a personas, familias y comunidades insertas en procesos de exclusión social [13].

Entre estos grupos se encuentran personas con Discapacidad, adultos mayores en condición de pobreza extrema, familias, víctimas del conflicto armado, las familias y las personas vinculadas al programa REDUNIDOS y grupos étnicos.

2.1.7 Resolución 1841 de mayo 28 de 2013. Por medio de la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012-2021 [1].

En el Diario Oficial 48.811 del 4 de junio de 2013, fue publicada la Resolución 1841 de 2013 por medio de la cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública para los años 2012 - 2021.

El plan está contenido en el anexo técnico que hace parte de la resolución. Sobre el mismo, el Ministerio delegó las funciones de vigilancia y control de ejecución del plan a las direcciones territoriales de salud, siendo este de obligatorio cumplimiento y adopción para todos los actores del sistema.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 busca "lograr la equidad en salud y el

desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas).

2.1.8 Dimensión Salud Ambiental. Conjunto de acciones que buscan materializar el derecho al ambiente sano para favorecer y promover calidad de vida de la población actual y futura generaciones, a través de estrategias enmarcadas en dos componentes: Hábitat saludable y Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

- **Dimensión convivencia social y salud mental.** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten el despliegue de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

Promover la salud mental y la convivencia

Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

- **Dimensión seguridad alimentaria y nutricional.** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Disponibilidad y acceso a los alimentos,
- Consumo y aprovechamiento biológico,
- Inocuidad y calidad de los alimentos.

- **Dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades durante todo su ciclo vital, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género,

Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

- **Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles en todos los ciclos de la vida y entornos donde viven las personas, familias y comunidades, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas,
- Enfermedades inmunoprevenibles y
- Condiciones y situaciones endo-epidémicas.

- **Dimensión salud pública en emergencias y desastres.** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que propenden por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, mediante estrategias orientadas reducir la exposición y propender la accesibilidad integral y enmarcada en los siguientes componentes:

- Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres,
- Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.

- **Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos,
- Atención integral en salud de las enfermedades no transmisibles.

- **Dimensión Salud y Ámbito Laboral.** Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar protección de la salud y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes: La seguridad y salud en el trabajo y la atención de situaciones prevalentes de origen laboral.

Objetivos de la dimensión

a. Ampliar cobertura en el Sistema de Riesgos Laborales.

b. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora colombiana, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.

c. Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social en el nivel local, regional y nacional. Teniendo presente que el marco de este trabajo es esta dimensión, se presenta una tabla donde se exponen las definiciones de los componentes, sus objetivos metas y estrategias.

En el siguiente cuadro se presentan los objetivos, metas y estrategias de esta dimensión y se resaltan en gris las relacionadas con el sector informal.

Tabla 3. Componentes de la Dimensión de Salud en el Ámbito Laboral

COMPONENTE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	DEFINICIÓN Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales, que se gestionan en los ámbitos laborales (formal e informal) para propiciar entornos saludables. Permite anticipar, conocer, evaluar y controlar los riesgos que pueden afectar la seguridad y salud en el trabajo.	
OBJETIVOS	METAS	ESTRATEGIAS
<p>Caracterizar las poblaciones laborales vulnerables del sector formal e informal de la economía, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades económicas.</p> <p>b. Facilitar el acceso al Sistema General de Riesgos Laborales de la población, de conformidad con la Ley 1562 de 2012 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.</p> <p>c. Fortalecer y promover la conformación de instancias organizativas de grupos de trabajadores y su participación en la protección de la salud en el trabajo, mediante el fomento de una cultura preventiva</p> <p>d. Ejecutar un plan de</p>	<p>a. A 2021, se amplía la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la Ley 1562 de 2012.</p> <p>b. A 2021, se logra fortalecer las instancias de gestión intersectorial, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.</p> <p>c. A 2021, se logra que el 100% de las entidades territoriales gestionen la inclusión del componente de salud y ámbito laboral en los Planes de Desarrollo Territorial y en los de Ordenamiento Territorial, en coordinación con las autoridades territoriales, departamentales, distritales y municipales.</p> <p>d. A 2021, se logra asegurar</p>	<p>a. Fortalecimiento del Sistema General de Riesgos Laborales: asistencia técnica a los diferentes actores para mejorar el conocimiento del Sistema, de acuerdo con la nueva legislación, de manera que exista claridad frente a las competencias de los diferentes sectores y se facilite el trabajo intersectorial.</p> <p>b. Diseño y adopción de herramientas de acceso al Sistema General de Riesgos Laborales: el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará las herramientas requeridas para facilitar el proceso de afiliación de la población al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la ampliación de cobertura que se vaya generando.</p> <p>c. Alianzas estratégicas: articulación entre autoridades, como los Ministerios del Trabajo, Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, Minas y Energía, Agricultura, Comercio, Industria y Turismo, Departamento Nacional de Planeación, gobiernos departamentales, distritales y municipales, y gremios, para la protección de la salud de los trabajadores.</p> <p>d. Participación social: acciones dirigidas a fortalecer la conformación de instancias</p>

Tabla 3. Continuación

<p>acción de promoción y prevención por fases, para lograr el cubrimiento progresivo de las poblaciones laborales vulnerables, como componente indispensable para lograr el impacto social.</p>	<p>las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.</p>	<p>organizativas de los trabajadores y la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales, que involucren a los trabajadores, posicionando la gestión intersectorial, la participación social y la intervención de los determinantes de la salud de los trabajadores, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.</p> <p>e. Promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía: programas y acciones de educación y sensibilización social dirigidos al fomento del autocuidado y prevención de accidentes y enfermedades laborales, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos. Incluye la realización de campañas de difusión y comunicación, susceptibles de reproducción en medios físicos o electrónicos, entre otros.</p> <p>f. Prevención de los riesgos derivados del trabajo en el sector formal de la economía: programas, campañas y acciones de educación y prevención dirigidos a garantizar que las empresas conozcan, cumplan las normas y reglamentos técnicos en seguridad y salud en el trabajo y desarrollen el plan de trabajo anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Incluye acciones de Inspección, Vigilancia y Control IVC, para el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con sus competencias, y la vigilancia de los riesgos sanitarios y ambientales en los ámbitos laborales por parte de los Entes Territoriales de Salud, del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, y demás autoridades competentes.</p> <p>g. Prevención de los riesgos derivados del trabajo en el sector informal de la economía: los Entes Territoriales de Salud desarrollarán acciones orientadas a prevenir, mitigar y superar los riesgos ocupacionales específicos, identificando, caracterizando y focalizando la intervención en grupos poblacionales vulnerables, priorizando los jóvenes trabajadores entre 15 y 18 años de edad, las mujeres rurales trabajadoras, los adultos mayores trabajadores, las personas trabajadoras con discapacidad, y otros grupos diferenciales.</p> <p>h. Fortalecimiento de la prevención de los riesgos laborales en las micro y pequeñas empresas: acciones de promoción y prevención en micro y pequeñas empresas que presenten alta siniestralidad o estén clasificadas como de alto riesgo, para lo cual se tendrán en cuenta la frecuencia, severidad y causa de los accidentes y enfermedades laborales. Las empresas y las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales sumarán esfuerzos para el fortalecimiento de estas acciones, de conformidad con sus obligaciones y los lineamientos del Ministerio del Trabajo</p>
---	--	---

Tabla 3. Continuación

COMPONENTE ATENCIÓN SITUACIONES PREVALENTES ORIGEN LABORAL	DEFINICIÓN: Conjunto de acciones dirigidas a disminuir los accidentes de trabajo, evidenciar las enfermedades laborales y fortalecer el proceso de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral, en las diferentes instancias.	
OBJETIVOS	METAS	ESTRATEGIAS
<p>a. Fortalecer la determinación del origen de la enfermedad diagnosticada con criterios de causalidad, y promover su registro en el sistema de información en salud, con el fin de disminuir tiempos para el reconocimiento de derechos y establecer un adecuado flujo de recursos entre los sistemas de salud y riesgos laborales.</p> <p>b. Definir la política nacional de investigación científica en seguridad y salud en el trabajo que permita establecer los problemas de mayor incidencia y prevalencia de la salud de los trabajadores.</p> <p>c. Identificar e intervenir problemas emergentes o sin intervención, relacionados con la salud y el bienestar de los trabajadores.</p>	<p>a. A 2021 se reduce el sub-registro de los eventos ocupacionales mediante el fortalecimiento del talento humano en salud para la calificación del origen de los eventos y pérdida de capacidad laboral.</p> <p>b. A 2021 se disminuye la tasa de accidentalidad en el trabajo en Colombia.</p> <p>c. A 2021 se establece la línea base de las enfermedades laborales, diagnosticadas por cada 100.000 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, en periodos bienales.</p>	<p>a. Educación, información y comunicación: cualificación del recurso humano para orientar el diagnóstico de la enfermedad laboral y mejorar los registros de los eventos, con el concurso de las entidades responsables de la calificación de la enfermedad, a través del desarrollo de herramientas que fortalezcan las capacidades del talento humano en salud y el sistema de información, en el marco de los sistemas de salud y de riesgos laborales.</p> <p>b. Determinar los perfiles de morbimortalidad de la población trabajadora: los Entes Territoriales de Salud construirán los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora con base en la información suministrada por los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales, y divulgarán la información en cada departamento a las instancias de gestión intersectorial.</p> <p>c. Fomento de la vigilancia epidemiológica ocupacional: Los Entes Territoriales de Salud identificarán los riesgos ocupacionales y los efectos sobre la salud de los trabajadores, necesarios para la planeación de las intervenciones por actividad económica. Se priorizarán las siguientes actividades en el sector informal de la economía: agricultura (exposición a plaguicidas, riesgos biológicos y ergonómicos); ganadería (riesgo biológico, ergonómico y de accidentes); silvicultura y pesca (riesgos físicos, biológicos y de accidentes); manufactura (riesgo químico y accidentes); minería (riesgos químicos, ergonómicos y accidentes); comercio (riesgos ergonómicos, psicosociales y accidentes);</p>

Tabla 3. Continuación

	<p>d. A 2021 se desarrolla la línea de investigación en salud en el ámbito laboral, que incluya las variables del mercado laboral, las tendencias de la macroeconomía y el desarrollo tecnológico.</p>	<p>artesanos (riesgos de accidentes y ergonómicos); manufactura (riesgos químicos, psicosociales y accidentes).</p> <p>d. Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ocupacional. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Trabajo, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras de Riesgos Laborales, los entes Territoriales de Salud, y demás actores involucrados, implementarán el Plan Nacional de Cáncer Ocupacional, dirigido a reducir la exposición al asbesto, sílice, benceno, radiaciones ionizantes y demás sustancias cancerígenas, con el objeto de proteger la salud de la población trabajadora colombiana expuesta a los diferentes carcinógenos, promoviendo condiciones de trabajo saludables, reduciendo los niveles de exposición y realizando vigilancia médica orientada a detectar estos factores, en trabajadores del sector formal e informal de la economía, en particular en talleres de mantenimiento de frenos, construcción, minas y canteras, entre otros.</p> <p>e. Fortalecimiento de la Investigación. Definición y desarrollo de proyectos de investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo, con la participación de actores de los Sistemas de Salud y Riesgos Laborales.</p> <p>f. Atención de los eventos emergentes. Acciones de sensibilización para la rehabilitación y la inclusión de las personas con discapacidad en el sector productivo, a través de mecanismos de integración social, dando alcance a la legislación vigente.</p> <p>De igual forma, identificar riesgos ocupacionales diferenciados por regiones y enfocar recursos técnicos, físicos, administrativos y económicos que contribuyan desde el sector salud y la inter sectorialidad a fortalecer las acciones de atención integral dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil y la promoción del trabajo adolescente protegido.</p>
--	--	--

Fuente: la presente investigación, tomando como referencia a los Componentes de la Dimensión de Salud en el Ámbito Laboral de la Resolución 1841 de mayo 28 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

2.1.9 Ley 1562 de 2012. Por medio del cual, se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. [12].

A través de esta ley se producen cambios importantes en materia de salud ocupacional en el país, entre ellos los siguientes:

Sistema General de Riesgos Profesionales pasa a ser: Sistema General de Riesgos Laborales.

Salud Ocupacional, en adelante es: Seguridad y Salud en el Trabajo.

2.1.10 Programa de Salud Ocupacional, en adelante es: Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Se define el Sistema General de Riesgos Laborales como el conjunto de Entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, cuya finalidad es: Prevenir, proteger y atender a los trabajadores por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que puedan sufrir por la labor ocupacional que desempeñan. Los objetivos el sistema buscan promover, prevenir, compensar y fortalecer las actividades de prevención en relación a la seguridad y la salud en el trabajo.

Se amplía la definición de accidente de trabajo,

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produce durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de servicios temporales que se encuentren en misión.[12]

Se define Enfermedad Laboral como:

la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral, conforme a lo establecido en las normas legales vigentes. [12]

El Gobierno Nacional previo el concepto del Consejo Nacional de Riesgos Laborales, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales. A la fecha el Gobierno Nacional cuenta para este efecto con el decreto 1477 de 2014, por la cual se expide la tabla de enfermedades laborales y que en el artículo 1 esta tabla tendrá doble entrada: la primera para agentes de riesgo para facilitar la prevención de las enfermedades en las actividades laborales y la segunda los grupos de enfermedades para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados, Para la presente investigación se tendrá en cuenta el grupo XII- Enfermedades del Sistema músculo esquelético y tejido conjuntivo

Afiliados Obligatorios

Jubilados o pensionados que se reincorporen a la fuerza laboral.

Independientes en actividades de alto riesgo; El pago de la afiliación es por cuenta del contratante.

Independientes con contrato formal de prestación de servicios superior a 1 mes. Cooperativas y Precooperativas de Trabajo asociado (afiliación y pago de aportes de los trabajadores asociados).

Los estudiantes en práctica que ejecuten labores que signifiquen fuente de ingreso para la institución, o que tengan que realizar un entrenamiento como requisito para culminar sus estudios que implique un riesgo ocupacional.

Miembros de agremiaciones o asociaciones cuyos trabajos signifiquen fuentes de ingreso para la Institución.

Miembros activos del subsistema nacional de primera respuesta; el pago a cargo de Ministerio del Interior.

Afiliados Voluntarios

Trabajadores independientes e informales que coticen a salud

2.1.11 Decreto 1072 del 26 de mayo 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo [14]. De lo que se encarga esta nueva norma es de la compilación de las distintas reglamentaciones preexistentes en materia laboral, indicándose cada norma de dónde proviene originalmente. Así, bajo este ejercicio, el Gobierno tiene la intención de “asegurar la eficiencia económica y social de sistema legal” y así la simplificación del sistema nacional regulatorio.

En primer lugar, el Libro 1 se propone identificar y describir la estructura administrativa pública de este sector: El Ministerio de Trabajo como cabeza del sector, los órganos sectoriales de asesoría como son las comisiones permanentes y sectoriales, las entidades adscritas y vinculadas, los fondos especiales y los organismos de articulación sectorial.

El Libro 2, por otro lado, ya entra en materia sobre la recopilación de la normatividad vigente en materia laboral, lo cual es la materia principal de este Decreto, comienza realizando una recopilación de la normatividad en cuanto a las relaciones laborales individuales, como son las renovaciones automáticas, procedimiento de terminación unilateral, terminación por incapacidad, pensión y cierre de empresa. También menciona las normas sobre cesantías, su base de liquidación, destinación, intereses y sanciones; las normas sobre calzado y vestido de labor y posibilidades y normas para realizar teletrabajo.

En cuanto a jornada laboral, recopila las normas sobre trabajo suplementario, jornada general, vacaciones, su acumulación, las actividades recreativas, culturales o de capacitación dentro de la jornada.

En otro capítulo se recopilan las normas especiales para determinados trabajos: las normas especiales laborales para conductores de taxi, para la mano de obra local de proyectos de exploración y producción de hidrocarburos, para trabajadores empleados a bordo de buques de bandera colombiana en servicio internacional, trabajadores independientes que laboren menos de un mes en cuanto a la afiliación y pagos de la seguridad social y parafiscales y madres comunitarias.

Frente a las relaciones laborales colectivas, se recopilan las normas sobre sindicatos, sus prohibiciones y sanciones, las cuotas sindicales, los sindicatos de empleados públicos, permisos sindicales, federaciones y confederaciones, conflictos colectivos de trabajo y fuero sindical.

Ya en la página 48 de este Decreto se recopilan las normas sobre la inspección, vigilancia y control que pueden realizar las entidades públicas competentes.

Sobre los riesgos laborales se habla sobre la afiliación a los sistemas de riesgos laborales, cotizaciones, reembolsos, su sistema de compensación, intermediarios de seguros, pago de aportes para empleados, contratistas y estudiantes, los riesgos en empresas de servicios temporales, el sistema general de la seguridad y salud en

el trabajo, las multas por infracción a las normas de seguridad y salud en el trabajo y el fondo de riesgos laborales. También se recopilan las normas sobre las juntas de calificación de invalidez.

Se recopilan las normas sobre protección al cesante creadas en 2013 como el servicio público de empleo, las prestaciones económicas a la población cesante, capacitación para la inserción laboral y el ahorro voluntario.

Entre otros temas, este decreto también compila todo lo referido al subsidio familiar, la afiliación de los trabajadores a la caja de compensación familiar, los trabajadores en servicio temporal, el contrato de aprendizaje, y las formas asociativas de economía solidaria.

Por último, es importante mencionar que este tipo de trabajos de recopilación realizado por el Gobierno fue realizado no solo para el sector de trabajo.

2.1.12 Decreto 1563 del 30 de septiembre de 2016 [15]. El Ministerio del Trabajo expidió el que posibilita a los trabajadores independientes que devengan uno o más salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin contrato civil, comercial o relación laboral y que, de manera voluntaria, quieran afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) tener la cobertura y prestaciones asistenciales y económicas.

Con la nueva normatividad cerca de 327 ocupaciones, de las que más realizan trabajadores en Colombia de manera independiente, podrán afiliarse de manera voluntaria y de forma directa a una Administradora de Riesgos Laborales, ARL. Entre los trabajadores que podrán beneficiarse están agricultores, conductores de transporte de carga pesada que son dueños de su propio camión, odontólogos independientes que tienen su propio consultorio, manicuristas que trabajan a domicilio y vendedores ambulantes.

Según la Ministra del Trabajo, Clara López Obregón [16], con este Decreto, se busca avanzar en la formalización de los trabajadores informales como estrategia para contribuir en su bienestar y el de su familia, en el marco de una cultura preventiva articulada con las políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo.

Entre algunos de los requisitos y disposiciones contempladas en el Decreto 1563 de 2016, figuran:

- El periodo mínimo de afiliación de un mes de las personas que trata la normativa.
- La afiliación debe efectuarse a través de la ARL que se elija.
- La cobertura de este sistema iniciará el día calendario siguiente al de la afiliación.
- El ingreso base de cotización a este sistema debe ser el mismo a los

sistemas generales de salud y pensiones, no deberá ser inferior a un salario mínimo ni superior a 25 salarios.

- El no pago de dos periodos consecutivos de las cotizaciones dará lugar a la suspensión de la afiliación por parte de la ARL.
- Se adopta una tabla de cotizaciones mínimas y máximas, así como también la tabla de clasificación de ocupaciones u oficios más representativos, con el fin de establecer el nivel de riesgo de estas actividades.[15]

Uno de los avances del Gobierno Nacional es el haber logrado en los últimos años la afiliación de los trabajadores independientes con contrato de prestación de servicios, que en la actualidad asciende a 479.382 trabajadores y con este nuevo decreto se amplía la cobertura en riesgos laborales a los trabajadores independientes sin contrato civil, comercial o administrativos que laboren por cuenta propia.

En Colombia, en el momento se encuentran afiliados al SGRL un total de 9.936.693 trabajadores, y precisamente el Decreto 1563 permitirá incrementar de manera imponente esta cifra en un número superior al millón cuatrocientos mil (1.400.000) trabajadores independientes.

2.1.13 Resolución 1895 de 2001 [4]. Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión.

Por medio de esta norma, se adopta la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión -, para la codificación de morbilidad en Colombia, establece, que la CIE 10, debe ser asumida por los Organismos de Dirección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo; las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; los prestadores de servicios de salud, las Compañías de Seguros para accidentes de tránsito, pólizas de hospitalización y cirugía o cualesquiera otra protección en salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud -FOSYGA- para accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las administradoras de planes de beneficios de los regímenes especiales en materia de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

Adicionalmente, la norma establece que corresponde a las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud, efectuar la inspección y vigilancia de la aplicación de la presente disposición, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes, de conformidad con las normas legales vigentes. Esta norma cuenta con vigencia

desde el año 2001, hasta la fecha.

2.1.14 Resolución 3374 de 2000 [5]. A través de esta resolución se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

De acuerdo a la Resolución 3374 de 2000 expedida por el Ministerio de la Protección Social en el año 2000, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se definen como:

El conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control". Estos datos mínimos identifican una a una las actividades de salud que realizan las IPS o profesionales independientes de salud a las personas; constituyéndose así, en una de las fuentes principales del Sistema Integral de Información SGSSS.[5]

Es decir, el RIPS es el conjunto de datos que identifican una a una las actividades de salud que se realizan a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud. La norma ubica varias utilidades de los registros tanto para prestadores, EPS y para los entes de vigilancia y control.

En la siguiente figura se muestran los usos que da cada actor a estos registros.

Figura 4. Uso de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)



Fuente: la Presente Investigación a partir de la información de la Resolución 3374 de 2000

Los registros individuales de prestación de servicios de salud contienen datos básicos de 4 clases que se aplican dependiendo del servicio de salud registrado, estos son:

Tabla 4. Clases de datos del RIPS

CLASES DE DATOS DEL RIPS	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	Número de documento de identificación civil, Nombres y apellidos Edad, Sexo Residencia habitual, cuando se requiera
DATOS DEL SERVICIO	Consultas Procedimientos, Urgencia Hospitalización Administración de medicamentos, Materiales e insumos utilizados en la atención, Suministro de prótesis o de elementos de ortesis. Traslado de pacientes, Honorario de profesionales de la salud.
DATOS DEL MOTIVO	Se refieren a las causas que originaron la prestación de los diferentes servicios. En la consulta externa el motivo se establece por la causa y los diagnósticos; en los procedimientos solo debe determinarse el motivo por medio del dato diagnóstico
DATOS DEL VALOR	Los RIPS están asociados al valor real según el manual tarifario con el cual se estén liquidando las actividades. El valor unitario, es el valor individual de cada servicio. El valor total corresponde a la multiplicación del valor unitario por la cantidad de cada servicio de salud.

Fuente: la Presente Investigación a partir de la información de la Resolución 3374 de 2000

2.2 MARCO SITUACIONAL

2.2.1 Municipio de Tumaco – Nariño. La siguiente información es retomada de la página web de la Alcaldía de Tumaco, actualizada al presente año y de la Caracterización Tejido Empresarial del municipio publicada por la Cámara de comercio [17].

- **Ubicación del municipio y estimaciones poblacionales.** El municipio de Tumaco está situado geográficamente al sur de la Costa Pacífica Colombiana, tiene frontera con la República del Ecuador, se conecta con el interior del departamento y el país a través de la troncal Tumaco - Pasto, es puerto marítimo con diferentes usos el cual sirve para prestar servicios de cabotaje regional e internacional, principalmente en la exportación de petróleo y aceite de palma, cuenta con un aeropuerto con rutas directas a la ciudad de Cali y Bogotá, tiene conectividad marítima y fluvial hacia diferentes veredas y a los municipios de la eco región del pacifico Nariñense.

Tabla 5. Datos Poblacionales del Municipio de Tumaco

Datos Poblacionales: Municipio San Andrés de Tumaco. 2016	
Total de habitantes	203.971
No. Habitantes Cabecera:	114.224
No. Habitantes Zona Rural:	89.747
Género	50% son hombres
	50 % mujeres
Pertenencia étnica	88,8% negra, mulata, afrocolombiana o afro descendiente (129.424 habitantes) 5,1% como indígena (7.419 habitantes) 6.1% no se reconoce en ninguna etnia
Analfabetismo	17,1% de la población de quince años y más de Tumaco, no saben leer ni escribir
Nivel de pobreza:	3.498%
Población Económicamente Activa	115.407 habitantes
Población ocupada	59.600 personas
Trabajadores informales	42.477
Porcentaje de desempleo (%):	70%
Personas en situación de desplazamiento	47.000 personas víctimas de expulsión de sus territorios Unidad de Atención a Víctima del Conflicto Armado 2013
Presupuesto del Municipio 2016	215 mil millones de pesos

Fuente: la presente investigación tomado de Alcaldía Municipal [18]

Tumaco basa su economía en la producción agrícola (agroindustria), los cultivos forestales, la pesca y el turismo. Los productos agrícolas más importantes son la palma africana, el cacao y el coco. Además, Tumaco es considerado como el mayor puerto petrolero del país sobre el océano Pacífico (Alcaldía de Tumaco, 2017).

Según la información de la Cámara de Comercio de Tumaco en 2014, se observa que la frecuencia de unidades económicas de Tumaco está distribuida así: el 59% de ellas están dedicadas al comercio, el 29% a servicios, el 7% a otras actividades económicas y el 5% a la industria.

La oferta de los sectores de comercio y servicios se caracteriza por la composición de sus unidades económicas en actividades orientadas a satisfacer necesidades de consumo y la prestación de servicios de bajo nivel de especialización; por lo tanto, la generación de valor representado en productos finales e intermedios y la construcción de competencias productivas específicas en el tejido empresarial, en esencia, se reúnen en el sector industrial.

De acuerdo con el registro mercantil de 2012, retomado por la Cámara de Comercio de Tumaco, 2014, el sector industrial de alimentos, bebidas y tabaco reúne la mayor cantidad de unidades económicas (49,2%), le sigue el sector de procesamiento de madera con maquinaria y equipos con un 7,4%. Las actividades principales del subsector de alimentos y bebidas se dedican especialmente a la fabricación de

bebidas fermentadas no destiladas 51,7% y a la elaboración de productos de panadería 16,7%.

Al interior de la mayoría de los establecimientos del sector industrial se realizan actividades que tienen posibilidades de desarrollarse con un mayor grado de sofisticación para que promuevan la especialización de la oferta y la construcción de competencias que se traduzcan en ventajas competitivas.

El empleo, se considera uno de los factores socioeconómicos más importantes sobre el cual influye y es influenciado el tejido empresarial, por tanto, es fundamental determinar la calidad y la cantidad generada de éste. De acuerdo con la información de la Cámara de comercio en 2014, la actividad donde se concentra el empleo en Tumaco es el comercio con una participación del 62,6%, le sigue hoteles y restaurantes con un 11%.

Por otro lado, en cuanto a los niveles de educación, los de mayor vinculación laboral por actividades económicas del tejido empresarial son las del personal con algún grado de estudio de primaria 36%, seguido por los que tienen algún nivel de formación de secundaria 34%,

Para el caso específico de las empresas referidas por la Cámara de Comercio de Tumaco, se observa que el 41% de sus trabajadores corresponde a personal vinculado a través de contrato a término indefinido y el 42% personal temporal contratado a término fijo. La anterior muestra una marcada tendencia en el tejido empresarial de Tumaco a ofrecer condiciones formales en la vinculación laboral.

Respecto al tema de informalidad es necesario tener en cuenta las características definidas por el DANE para la medición del empleo informal son los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta diez personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio:

- Los trabajadores familiares sin remuneración;
- Los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares;
- Los empleados domésticos;
- Los jornaleros o peones;
- Los trabajadores por cuenta propia que laboran en establecimientos hasta cinco personas, excepto los independientes profesionales;
- Los patronos o empleadores en empresas de diez trabajadores o menos;
- Se excluyen los obreros o empleados del gobierno [19].

En Tumaco, los empleos generados por el 85,4% del total de unidades económicas censadas, que corresponden a establecimientos, negocios o empresas de uno a

cinco empleados, serían informales; el 57,3% de dichas empresas se dedica al comercio. En cuanto al tipo de ocupación de la población un 18% son trabajadores por cuenta propia, el 2% son trabajadores familiares sin remuneración y el 0,3% se desempeñan como empleados domésticos.

Por otra parte, según reporta el Censo Económico de Tumaco, citado por la Cámara de Comercio en 2014, el comportamiento de los establecimientos de comercio se da de la siguiente manera: Un 54,3% de los sitios de comercio son locales destinados para esta actividad, 30,15% son viviendas con actividades económicas y un 15,5% corresponden a puestos fijos los cuales, en su mayoría son considerados en condición de informalidad.

2.2.2 Estudios sobre Sector Informal en el Municipio de Tumaco. Es importante anotar, que si bien es cierto el sector informal en el municipio de Tumaco, representa un porcentaje poblacional alto y dadas sus condiciones de vulnerabilidad social y económica requeriría la atención especial de estado y de las organizaciones de base, no se encontró reportes de estudios de ONG, agremiaciones, sindicatos u otro tipo de organizaciones sobre el tema, en este apartado se describen los dos estudios adelantados por el IDSN en el Municipio, en el periodo comprendido entre 2009 y 2013, y un trabajo de grado de la Universidad CES, sobre las Condiciones de salud y trabajo de un grupo de trabajadores informales “Recicladores” del municipio de San Andrés de Tumaco.

- **Estudios adelantados por el IDSN.** El IDSN, desarrolla estudios de caracterización de condiciones de salud y laboral del trabajador informal en los municipios del Departamento de Nariño, como parte del componente establecido en primera instancia, a través del diagnóstico de condiciones de Salud y Trabajo de la población laboral vulnerable propuesto por el Ministerio de la Protección social Basado en los Objetivos Definidos en el Plan Nacional de Salud Ocupacional 2007 – 2011, y actualmente como objetivo del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dimensión Salud y Ámbito laboral del Plan Decenal de Salud 2012 - 2021. [21].

Este componente del sistema suministra información sobre las condiciones de salud y trabajo de las actividades económicas informales de mayor vulnerabilidad en el Departamento de Nariño y de igual manera alimenta la línea de base de trabajadores informales.

En relación al municipio de Tumaco se encuentran dos estudios publicados cuyos hallazgos se resumen a continuación:

Caracterización del estado de salud y de trabajo de la población del sector de las playas del morro (restaurantes y kioscos) en el municipio. 2013

A través de este estudio se logró concluir que la población trabajadora informal priorizado tiene una baja escolaridad de un 1,3%, de los trabajadores informales refieren que el 2.3% se encuentran en el régimen subsidiado y el 0,6 % en el régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud como beneficiarios. El promedio de ingreso mensual de estos trabajadores es de \$ 250.000 como mínimo y un máximo de \$ 900.000. De acuerdo a las valoraciones medicas es estado de salud de las trabajadoras es muy buena de 30.43%

Al realizar el levantamiento de panorama de riesgos se identificó como el más grave las condiciones de orden y aseo (riesgo locativo). En la parte de salud ocupacional se requiere más acompañamiento para identificar y mejorar las barreras que impiden mejorar el estilo de calidad de vida que pueden afectar su salud

A través de las capacitaciones de logro sensibilizar frente a los diferentes temas en salud como: salud ocupacional, saneamiento ambiental estilos de vida saludables entre otros. La población beneficiaria del municipio de Tumaco, tuvo un promedio de edad es 43 años con un rango mínimo de 21 y máximo de 62 años. El 100% de los comerciantes viven en área urbana. No tiene afiliación al régimen pensional ni a riesgos profesionales.

Caracterización del estado de salud y de trabajo de la población del sector informal de recolección de conchas en el municipio de Tumaco.

Los hallazgos más representativos del estudio hicieron a referencia a que población trabajadora informal beneficiaria del proyecto tiene una baja escolaridad 29.7% ninguna y el 49.5% primaria. De los trabajadores refieren que el 84.1% está dentro del sistema de seguridad social en salud, de ellos el 96.4% pertenece al régimen subsidiado y el 3.6% al contributivo como beneficiario.

El promedio de ingresos semanales de los trabajadores es de \$ 43.250 con un mínimo de \$10.000 y un máximo de \$ 100.000. Los trabajadores beneficiarios del proyecto tienen un promedio de tiempo de dedicación a esta actividad de 17.5 años. Siendo el mínimo de 1 y el máximo de 55 años. El 94.1 % trabajan en jornada diurna y con un promedio 5.7 días a la semana con un tiempo promedio de dedicación de 6 horas diarias.

Al realizar las valoraciones médicas se diagnosticaron 88 enfermedades relacionadas con el trabajo, siendo la más frecuente la lumbalgia mecánica. Con relación a los exámenes de laboratorio, 50 (65.8%) personas presentaron resultados patológicos.

Al caracterizar el proceso de la actividad económica se identificaron como los principales factores que afectan las condiciones de salud de los trabajadores: Exposición a animales (Biológico), Riesgo de incendio y explosión (Condiciones de seguridad), No saber nadar (Riesgos propios del oficio), Inadecuada iluminación,

ventilación y temperatura (Riesgo físico), carga de trabajo estática y dinámica (Riesgo ergonómico) y la exposición a gases, vapores y humos (Riesgo químico).

El proceso de capacitación implicó una alta dosis de creatividad y participación, puso de manifiesto que el cambio de comportamiento requiere de un proceso más continuo que permita conocer las costumbres, necesidades e intereses para determinar juntos los cambios significativos. La educación para la salud ocupacional de los trabajadores del sector informal requiere de un acompañamiento a más largo plazo para determinar las barreras que impiden la transformación de comportamientos y actitudes que afectan su salud, asesorar en los planes de mejoramiento y lograr la evaluación de sus acciones.

El proceso de capacitación buscó más allá del conocimiento, la transformación de la realidad, sin embargo, las mismas personas encontraron barreras de tipo cultural, económicas y políticas para poder llevar a la práctica lo aprendido, se requieren estrategias o acciones más contundentes y continuas para lograr el cumplimiento de los compromisos de mejoramiento de los trabajadores.

A través de la asistencia técnica se logró sensibilizar a los funcionarios de las entidades locales con respecto a la implementación de planes de salud ocupacional y la conformación de los comités locales de salud ocupacional.

- **Trabajos de otro origen.** Condiciones de salud y trabajo de un grupo de trabajadores informales “Recicladores” del municipio de San Andrés de Tumaco – Nariño. 2012

Trabajo de grado desarrollado por Alba Lucia Caicedo Martínez, Katherine Meza Quintero, Karen Urrieta Salazar como requisito para optar por el título de Especialistas en Gerencia de la Salud Ocupacional de la Universidad CES.

El objetivo del estudio fue identificar las condiciones de salud y trabajo de un grupo de trabajadores informales “recicladores” del municipio de San Andrés de Tumaco en el año 2012.

Los resultados evidenciaron que los trabajadores informales en general son mujeres cabeza de familia y pertenecen a los estratos socio-económicos 1 y 2, su nivel de escolaridad es bajo, están expuestos a diferentes factores de riesgos de origen laboral y social.

En su gran mayoría pertenecen al régimen subsidiado y existe desconocimiento por el sistema de riesgos laborales y de pensiones. Por otra parte, consideran en general que su estado de salud es relativamente bueno, sin tener en cuenta la precariedad en la que ejecutan la actividad de reciclaje, y la diversidad de riesgos a los que se encuentran expuestos, como la manipulación de objetos y sustancias para su “protección” y a las posturas prolongadas en posición bípeda y en flexión

de columna.

El grupo de investigación concluyó que los trabajadores en estudio presentaron características socioeconómicas, ocupacionales y familiares que sugirieron que el desarrollo de su labor se hace de manera precaria e insegura. El trabajo y la informalidad del empleo que se desempeña podrían determinar, en parte, las condiciones de salud- trabajo del grupo de trabajadores encuestados. Con las herramientas de investigación cuantitativa se identificaron las características socio-demográficas, ocupacionales, familiares y de percepción de salud de los trabajadores; Identificando el alto riesgo de origen laboral a los que están expuestos los trabajadores recicladores producto de la actividad laboral que desempeñan diariamente.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Informalidad.

- **El Significado de la Informalidad.** Cuando se habla de informalidad se alude a un fenómeno ya sea social, económico, político, cultural entre otras formas de calificarlo— de diversas índoles, que para algunos se expresa en cifras y que afecta a colectivos de personas excluidas.

El conjunto de razones que se aducen para explicar la informalidad difiere de acuerdo con la perspectiva desde la que se emprenden los estudios, pero factores como la pobreza, la cultura de la simple supervivencia, la ausencia o debilidad del Estado y la violencia están entre las causas más citadas. También se señala que la informalidad es generada por las imperfecciones del mercado y que éstas deben corregirse en este mismo marco. Estas causas se interrelacionan y configuran círculos viciosos, en los cuales la realidad que se percibe y se vive configura lazos y redes sociales, que contribuyen en la lucha por la supervivencia diaria de seres humanos que a duras penas consiguen satisfacer sus necesidades mínimas vitales.

Si a la palabra informalidad no se la somete a crítica y se aclara su significado, no deja ver la verdadera dimensión de la tragedia que algunos viven y que nos atañe a todos. La llamada informalidad se deriva, como otros fenómenos sociales, del sistema de relaciones que da forma en cada época y en cada lugar a la condición humana, condición que se constituye sobre las tensiones del trabajo y del mercado, de la educación y de la cultura, de los deseos y de las necesidades, que a su vez reclama un conjunto básico de satisfactores. Los “juegos” del lenguaje no resuelven los problemas estructurales, indistintamente de cómo se llamen, los resuelven las decisiones y acciones en materia de políticas públicas que adopten nuestras sociedades mediante políticas de Estado y no sólo de programas de gobierno. [22].

- **Informalidad, Desempleo Y Subempleo.** En el mundo el desempleo es una realidad para muchas personas, y hoy en día es muy común que los individuos experimenten uno o múltiples periodos sin empleo a lo largo de su vida. En Colombia el mercado laboral de los últimos años se ha caracterizado no sólo por una alta tasa de desempleo, sino también por niveles muy importantes de subempleo. La tasa de desempleo se define como la relación entre la población económicamente activa (PEA) no ocupada, pero que está buscando empleo en forma activa, y la PEA total (ocupada y no ocupada). Mientras que el subempleo se define, tanto por insuficiencia de horas, como por condiciones de empleo inadecuado, el cual a su vez se divide en dos categorías: subempleo por competencias y subempleo por ingresos, y se mide esencialmente por el número de personas que desean cambiar su situación laboral actual por razones que limitan sus capacidades o su bienestar.

De acuerdo con las estadísticas presentadas por el Departamento Nacional de Estadística de Colombia, (DANE), para el mes de Agosto de 2009, la tasa de desempleo nacional fue del 11,7%, mientras que la tasa de subempleo subjetivo, que se refiere al simple deseo manifestado por el trabajador de mejorar sus ingresos, el número de horas trabajadas o de tener una labor más propia de sus competencias, fue del 29,7% y la tasa de subempleo objetivo, que incluye solo a quienes han hecho una gestión para materializar su aspiración y están en disposición de efectuar el cambio, fue del 11,2%. Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), define a la informalidad como una forma urbana de emprendimiento, que se distingue por tener pocas barreras a la entrada para el empresario, en términos de habilidades y capital requerido; empresas de propiedad familiar; operación en pequeña escala; producción de trabajo intensiva con tecnología adaptada, y un mercado no regulado y competitivo; y su crecimiento es consecuencia directa de la falta de capacidad del sector formal de la economía de emplear a toda la población.

Se destaca que las empresas del sector informal no cuentan con acceso a recursos del sistema financiero, lo que restringe su capacidad de expansión y de inversión en nuevas tecnologías. Así mismo, que no están registradas ante las autoridades y no hacen uso de la seguridad social (afiliación a sistema de salud, afiliación a fondos de pensiones o administradoras de riesgos profesionales, entre otros).

La informalidad, el desempleo y subempleo, además de ser una problemática prioritaria para el desarrollo económico y social de un país, también tiene consecuencias directas sobre la salud de la población. La evidencia encontrada en los países sometidos a periodos de recesión, sugiere que se puede hacer frente al deterioro de la salud de la población o al aumento de las inequidades en salud solo si se refuerzan las medidas de protección social, como son, programas para activar el mercado laboral, mejoras en los subsidios al desempleo y transferencias para la asistencia social más generosas. [23].

- **Informalidad Laboral y Salud.** Las condiciones de trabajo en empleos informales y precarios, hay una creciente evidencia de que los trabajadores en esta situación tienen mayores tasas de lesiones y enfermedades que los trabajadores formales con empleo estable. Esto resulta muy importante al considerar que el fenómeno del sector informal se ha propagado ampliamente en todo el mundo y ha llegado a ser muy importante en los países del denominado Tercer Mundo, debido a que representa, en algunos casos, la mayor fuente de trabajo, particularmente entre las mujeres que son el grupo poblacional que más accede a esta condición como alternativa para aumentar o mantener el ingreso familiar y aunque son pocos los estudios que analizan ésta problemática, la evidencia inicial señala que el perfil de salud enfermedad de las trabajadoras informales se caracteriza por: trastornos emocionales y mentales, problemas músculo-esqueléticos, trastornos de salud reproductiva y enfermedades circulatorias.

Igualmente se destaca que, la informalidad, el desempleo y el subempleo tienen el potencial de generar un círculo vicioso, ya que las enfermedades adquiridas se pueden convertir en un obstáculo para encontrar un nuevo empleo. Por tanto, se deben buscar soluciones para evitar que estos grupos poblacionales se conviertan en excluidos de forma permanente, ya que adicionalmente al estar por fuera del sistema de seguridad social, corren el riesgo de aumentar y perpetuar su condición. Es necesario entonces generar nuevos medios de promoción de la salud para las personas que están desempleadas, subempleadas o en la informalidad. [23].

- **Protección Social, Informalidad, Desempleo Y Subempleo.** Se reconoce que, en el momento de crisis del ciclo económico, el primer efecto que aparece es la caída del empleo formal por el estancamiento o decrecimiento de la economía, lo que conlleva el aumento del subempleo y del trabajo informal, como consecuencia de esto aumenta también la pobreza por la disminución del ingreso.

Igualmente se sabe que en la actualidad los trabajadores representan la mitad de la población mundial y son la mayor contribución al desarrollo económico y social, y que su salud está determinada no solo por los riesgos en el trabajo sino también por factores sociales e individuales y de acceso a los servicios de salud. Por esto las regulaciones en el mercado laboral son introducidas con el expreso propósito de incrementar el bienestar de los trabajadores por medio de los beneficios asignados y de los programas de seguridad social que mejoran el ingreso de los trabajadores en caso de enfermedad, accidentes de trabajo o vejez.

De otra parte, usualmente se adoptan políticas para enfrentar el desempleo, López resaltando entre dichas políticas las que buscan lograr un crecimiento económico elevado, implementar políticas educativas dinámicas, realizar reformas al sistema parafiscal y a la legislación laboral y otorgar subsidios condicionados. En este sentido Franco, menciona dos formas de caracterizar la política social: la primera, que se centra en el mercado y es una política social asistencialista, basada en los

servicios sociales entendidos como mercancías y con acciones de asistencia social focalizadas y en contraposición, las que se centran en la acción estatal, con un reconocimiento de los derechos sociales de la población.

En los últimos años y para algunos autores, la empleabilidad, que consiste en la mejora de las capacidades de los trabajadores y desempleados por medio de formación y orientación profesional con el fin de ayudarlos a encontrar o mantener su empleo, se ha convertido en una de las principales iniciativas políticas para aumentar el nivel de empleo en la economía. Sin embargo, esta no ha sido una respuesta totalmente eficaz, por lo que después de la crisis económica que a finales de la década de los noventa vivió Colombia, se dio paso a formas de empleo flexible, debilitando la protección a los trabajadores, por descenso en el nivel de seguridad social de la población el cual inicialmente se compensó de manera parcial por un crecimiento del empleo entre el periodo de 2003 - 2006, que rápidamente fue destruido por la crisis financiera y económica mundial.

El actual incremento de la tasa de desempleo impone barreras más difíciles para entrar o regresar al mercado laboral tanto a los jóvenes, como a los trabajadores más viejos, los menos capacitados, las mujeres que regresan de la maternidad y las personas con problemas de salud, por lo que muchos se ven obligados a buscar trabajos informales como estrategia de supervivencia, situación que está llena de riesgos y vulnerabilidades.

Igualmente, en el caso colombiano es importante destacar que como fruto de la reforma a la seguridad social, la financiación de la atención en salud se sobrecargó de manera importante en el sector formal de la economía, es decir, en aquellos que tienen un contrato de trabajo con una empresa, quedando el resto de la población condicionada a la disponibilidad de recursos que estos generen ya sea a partir del aporte que se dirige a la solidaridad o por vía de la tributación general, la cual en el caso de salud, ha venido siendo disminuida puesto que se han priorizado otros gastos en el Estado, llegándose a la crisis actual del modelo en la que cualquier variación del empleo impacta la disponibilidad de los dineros que sustentan la atención en salud, limitando la garantía de este derecho en Colombia.

Otro efecto que se ha evidenciado con la reforma y que posiblemente ha sido condicionado por la apertura de mercados y la necesidad de mayor competitividad, es que los mayores costos de la seguridad social no son fácilmente transferibles a los precios finales de venta de bienes y servicios, por lo que los empresarios en el afán de mantener los niveles de plusvalía han optado por esquemas que favorecen la informalidad en el empleo. Con el aval y aun auspicio del estado que por diversas vías favorece la informalidad. [23].

- **Criterios del DANE - para la medición de la informalidad.** El informe de Empleo Informal y Seguridad Social que presenta el DANE, sobre la medición del empleo informal, acoge recomendaciones internacionales sobre el tema, así como

la oportunidad de la información suministrada por la Encuesta de Hogares, este se basa en la caracterización de la población ocupada a partir de criterios como lo son el tamaño de empresa y la afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones.

Siguiendo el criterio de la OIT proyecto PREALC (Programa Regional de Empleo para América Latina y El Caribe) 1978, se consideran como trabajadores informales a las personas con las siguientes características:

- Los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta diez personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio;
- Los trabajadores familiares sin remuneración;
- Los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares;
- Los empleados domésticos;
- Los trabajadores por cuenta propia, excepto los independientes profesionales;
- Los patronos o empleadores en empresas de diez trabajadores o menos.
- Se excluyen los obreros o empleados del gobierno.[19]

Las condiciones de vulnerabilidad aumentan, debido a que la mayoría de las personas que acceden a los niveles básicos de educación no pueden continuar estudios técnicos o universitarios, incorporándose como fuerza laboral no calificada al sistema productivo, con un total desconocimiento de las normas básicas en seguridad y salud en el trabajo, que pudieran servirles como herramientas para su autocuidado y para propender por un mejor ambiente laboral y en su gran mayoría no están integrados al Sistema de Seguridad Social en lo relativo a pensiones y riesgos laborales.

La Seguridad y Salud en el Trabajo de estas poblaciones es un campo muy tímidamente explorado en algunos países y temas tan sensibles como la accidentalidad laboral presentan aún mayores problemas, dada la dificultad para configurar variables específicas que le permitan a las Aseguradoras de Riesgos Laborales y a los gobiernos reconocer el evento atendido en una unidad asistencial como un accidente laboral.

La situación que se presenta específicamente en Colombia, tiene que ver más con la accidentalidad laboral de la población vulnerable, la cual en su inmensa mayoría pertenece al régimen subsidiado de seguridad social y cuando esta población sufre un accidente de trabajo en el mejor de los casos, su atención hospitalaria se configura como enfermedad general, quedando en esta variable oculta toda la accidentalidad del sector vulnerable. Otra situación muy común es que este tipo de trabajadores no asistan en busca de atención médica para el cuidado de problemas

que consideran menores, dado que si dejan de trabajar un día ponen en riesgo su supervivencia y la de las personas que tienen a su cargo. [23].

2.3.2 Miembro Superior.

- **Lesiones De Mano** De acuerdo a lo planteado por Agudo en su tesis, denominada “Lesiones Tendinosas de Mano y Muñeca en el Ámbito Laboral” [24], las lesiones que afectan la extremidad superior y en concreto las manos llegan a suponer un tercio de las lesiones laborales, con una cuarta parte de los procesos de incidentes de trabajo y una quinta parte de las invalideces tramitadas por accidente laboral. Las manos son fundamentales para la realización de la actividad cotidiana, desde la más rudimentaria a la más técnica y sofisticada. La mayoría de los trabajos manuales requieren el empleo de maquinaria potencialmente peligrosa.

Para Michel en el 2015, en su trabajo “Incidencia de las Lesiones Traumáticas de la Mano y la Muñeca de Origen Laboral: Estudio de Calidad de Vida” [25]. los traumatismos en muñecas, manos y dedos son los accidentes más frecuentes en el mundo laboral.

Su alta incidencia se debe a que son órganos expuestos, especializados y capaces de realizar múltiples funciones en la vida diaria incluyendo el entorno laboral. Tales características, incrementan su vulnerabilidad para sufrir diversas lesiones que contribuyen a ampliar los índices de accidentalidad.

Para el desarrollo de este apartado se realiza un recuento del funcionamiento anatómico de la mano, dando un repaso de su estructura ósea, muscular, tendinosa y de su inervación, información retomada del trabajo Michel en el 2015; posteriormente se hace una revisión de los temas relacionados con lesiones de mano, registrados en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión- CIE 10*, que utiliza la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño, a partir de la Resolución 3374 del 2000, donde se establecen los RIPS (Registros individuales de Prestación de Servicios) y la Resolución 1895 2001, donde adopta los tres volúmenes de la Clasificación

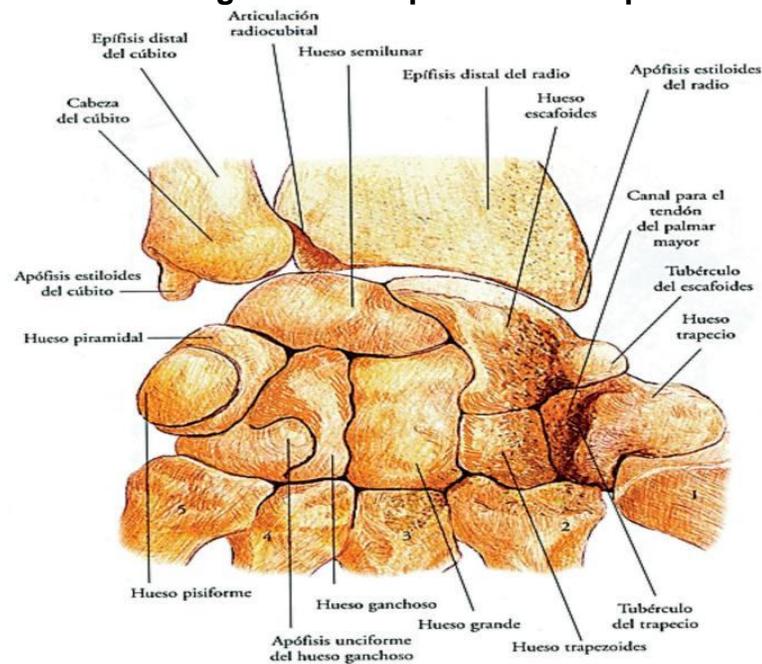
* La **CIE-10 - Clasificación internacional de enfermedades, décima versión**, determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ocupa a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)* (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS). Cada afección puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

Internacional de Enfermedades - CIE 10 [26] y establece la obligatoriedad de su utilización por parte de EPS, IPS, Aseguradoras de SOAT y salud y FOSYGA, estos instrumentos jurídicos, ya referidos en el apartado de marco legal.

- **Recuento anatómico funcional:** El esqueleto óseo

El esqueleto óseo de la muñeca, la mano y dedos está formado por las siguientes estructuras: **Carpó:** Constituido por 8 pequeños huesos pares asimétricos, cuboides, dispuestos en dos filas transversales

Figura 5. Cara palmar del carpo



Fuente: Michel 2015 [25]

Metacarpo: Constituye el esqueleto de la región de la palma de la mano, formado por 5 huesos largos, asimétricos con un cuerpo y dos extremidades. Por su extremidad proximal o base se articula con los huesos del carpo y por su extremidad distal o cabeza se articula con las primeras falanges de cada dedo.

Dedos: Formados por las falanges. Son apéndices muy móviles articulados con los metacarpianos. Cada dedo está constituido por tres columnas óseas llamadas falanges, excepto el pulgar que tiene únicamente dos. Al igual que el esqueleto óseo de la mano, las articulaciones de la unidad mano-muñeca son muy complejas, de forma simplificada las dividiremos en:

Articulación radio cubital: Permite los movimientos de pronación y supinación.

Articulación radio carpiana: Formada por el radio y la fila proximal del carpo, permite los movimientos de flexo - extensión e inclinación lateral.

Articulación medio carpiana: Situada entre la fila proximal y distal del carpo, es una articulación muy estable, con poca movilidad, aporta a la mano una función amortiguadora y de sostén.

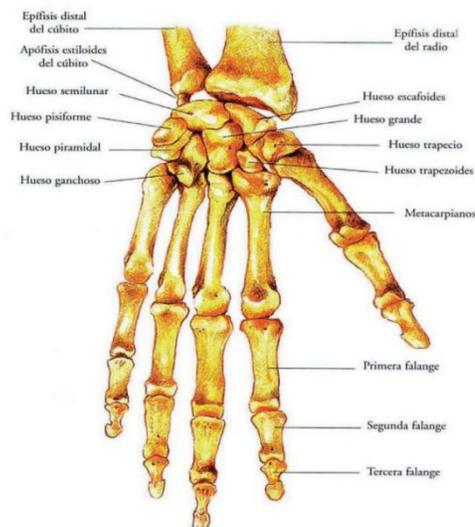
Articulaciones carpo metacarpianas: La articulación del pulgar es en silla de montar, formada por el trapecio y la base del primer metacarpiano, permite amplios movimientos de flexión-extensión, abducción-aducción y movimientos intermedios.

En cambio, las articulaciones del resto de los dedos son anfiartrosis, fijadas por tenos ligamentos carpo metacarpianos que sólo permiten movimientos de flexión y extensión.

Articulaciones meta carpo falángicas: Permiten los movimientos de flexoextensión y aproximación.

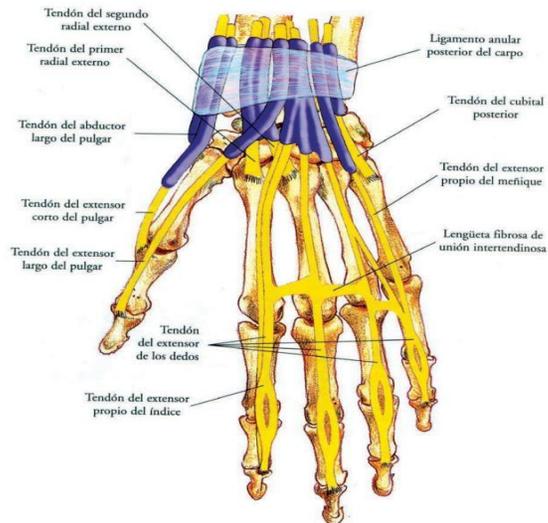
Articulaciones inter falángicas: Son articulaciones en bisagra, por lo que sólo permiten realizar movimientos de flexión y extensión.

Figura 6. Esqueleto óseo de la mano y la muñeca



Fuente: Michel 2015 [25]

Figura 7. Estructuras tendinosas. Vista dorsal



Fuente: Michel 2015 [25]

Las estructuras músculo-tendinosas, están constituidas por la musculatura intrínseca y la musculatura extrínseca.

Musculatura intrínseca: Son aquellos músculos cuya inserción y origen se encuentran en la mano. Son 18 y permiten la movilidad independiente de las falanges, se distribuyen en:

3 interóseos palmares (aducen los dedos)

4 interóseos dorsales (abducen los dedos)

4 lumbricales (extienden las interfalángicas distales)

3 músculos tenares (abductor propio corto, flexor propio corto y el oponente del pulgar)

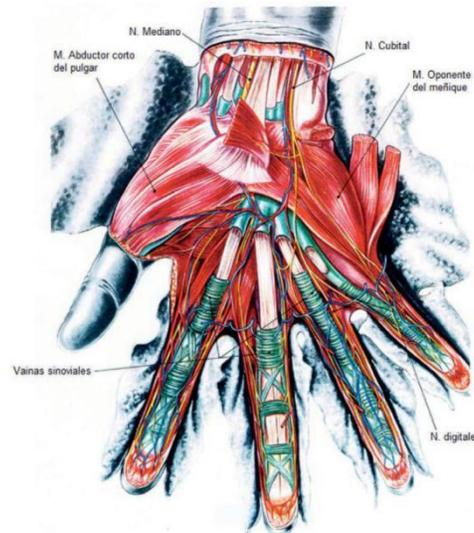
El músculo aductor del pulgar

3 músculos hipotenares (abductor, flexor corto y oponente del meñique)

Musculatura extrínseca. Es la musculatura que se origina en el antebrazo y se inserta en la mano, se encarga de flexo extender la mano y los dedos, prono supinar la mano y abducir el pulgar y son los siguientes:

- Extensores de los dedos (extensor común, extensor propio largo del pulgar, extensor propio del índice, extensor propio del meñique).
- Flexores de los dedos (flexor común profundo, flexor común superficial, flexor propio largo del pulgar).
- Extensores, flexores y prono supinadores de la mano.

Figura 8. Estructuras músculo tendinosas de la mano



Fuente: Michel 2015 [25]

Inervación y vascularización. La mano está vascularizada por dos arterias que discurren por la cara palmar del antebrazo, la radial y la cubital, ambas se dividen en dos ramas, profunda y superficial que se anastomosan formando dos arcos vasculares palmares, el superficial y el profundo. El arco arterial superficial da origen a ramas digitales que se dividen dando ramas para las falanges.

El sistema venoso está formado por el sistema venoso superficial que discurre por la fascia superficial y el profundo que acompaña a las arterias antes mencionadas.

La inervación depende de tres nervios:

Nervio mediano: Inerva la musculatura flexora y pronadora de la muñeca y de la mano, al 1º y 2º lumbricales y a la musculatura tenar (excepto al aductor propio del pulgar y a la porción profunda del flexor propio corto del pulgar). Se encarga de la sensibilidad de la cara palmar de 1º, 2º, 3º y mitad radial de 4º dedos, de la eminencia tenar y de la porción radial de la región palmar central, así como del dorso de las falanges distales del 1º a 4º dedos.

Nervio cubital: Inerva el resto de la musculatura intrínseca, el flexor cubital del carpo y parte del flexor común profundo de los dedos. Da sensibilidad al resto de la palma, así como al dorso de la mitad cubital del 4º dedo y dorso del 5º.

Nervio radial: Inerva la musculatura extensora y supinadora de muñeca y mano y se encarga de la sensibilidad del resto del dorso de la mano.

- **Clasificación de las lesiones de la muñeca y mano.** De acuerdo a lo planteado por Michel Rollock, en Incidencia se las Lesiones Traumáticas de la Mano y la Muñeca de Origen Laboral: Estudio de Calidad de Vida y atendiendo a los elementos establecidos por la CIE 10, las lesiones traumáticas de la mano se pueden clasificar atendiendo a:

Tabla 6. Clasificación de las lesiones de la muñeca y mano

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES DE LA MUÑECA Y MANO		
Localización	Región	Volar Dorsal Radial Cubital
	Estructuraanatómica	Óseas Musculares Tendinosas Ligamentarias Vasculonerviosas
Mecanismo de la lesión	Golpe oChoque Caída oprecipitación Contacto con agente material cortante, punzante ypenetrante Aplastamiento Arrancamiento Estallamiento Explosiones Quemaduras/Escaldaduras Sobreesfuerzos	
Severidad de la lesión	Lesiones simples (abiertas ocerradas) Lesiones complejas (abiertas ocerradas)	
Estructuras lesionadas	Cubiertacutánea Tejidos blandos (músculos, tendones, ligamentos y tejido celularsubcutáneo) Vasos ynervios Huesos,articulaciones	
Tipo de lesión De acuerdo a LA CIE 10	Traumatismos Infección de tejidos blandos y otras inflamaciones Heridas Fracturas Luxación, esguince, torcedura de articulaciones y ligamentos Quemaduras, corrosión y congelamiento	

Fuente: la presente investigación a partir de Michel 2015 y CIE 10[25]

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Medir la prevalencia y características de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano, reportadas o no como accidente de trabajo en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO durante los años 2015 a 2016.

Clasificar los hallazgos de los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, de acuerdo al régimen de afiliación y tipo de aseguramiento (ARS, ARL y /o EPS) en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016 de acuerdo a su origen de tipo común o laboral.

Conocer el origen y las características clínicas de las lesiones y trastornos traumáticos de mano, que se presentaron en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales.

Establecer perfil socio demográfico de la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, que sufrió lesiones y trastornos traumáticos de mano en este estudio.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 Enfoque Metodológico. El enfoque metodológico es de tipo cuantitativo, ya que teniendo en cuenta su objetivo busca medir con la mayor precisión posible, datos que son cuantificables (número de pacientes que ingresan con lesiones de mano, número de reportes de accidentes de trabajo y accidentes comunes, número de reportes de accidentes de trabajo atendidos por ARL y por ARS), utilizara métodos estadísticos para analizar la información encontrada, generará datos numéricos para representar los hallazgos de manera objetiva, está orientada al resultado.

4.1.2 Tipo de estudio. Como su nombre lo indica es un estudio de prevalencia, ya que es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de un fenómeno en un momento dado.

En este caso particular se determinará la prevalencia de reporte de accidente de trabajo relacionado con lesiones y trastornos traumáticos de mano, en el servicio de urgencias, en La E.S.E. Centro Hospital Divino Niño del Municipio de San Andrés de Tumaco.

El estudio es de tipo retrospectivo ya que aborda el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016. La unidad de análisis es de tipo grupal, ya que se analizan los datos del grupo de pacientes con lesión de mano en ese periodo y su diseño es Transversal ya que permite determinar prevalencia de un fenómeno (presencia de lesiones de mano que son accidentes de trabajo) en una población determinada en un momento del tiempo.

4.1.3 Población. Pacientes ingresados y registrados con lesiones y trastornos traumáticos de mano, en el servicio de urgencias, en La E.S.E. Centro Hospital Divino Niño del Municipio de San Andrés de Tumaco, en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016.

4.1.4 Variables.

- **Variable Dependiente.** Es la variable resultado o evento de interés (Tipo de Aseguramiento por el que es Atendido y Tipo de Régimen de Afiliación);

- **Variable Independiente.** En general variable de exposición o explicativa (Morbilidad Diagnóstico de ingreso y Tipo de lesión),
- **Variables Intervinientes.** Aquellas que confunden la relación entre la variable dependiente e independiente (Socio Demográficas)

Tabla 7. Variables

VARIABLE		SIGNIFICADO	UTILIDAD	NATURALEZA	MEDICIÓN
SOCIO DEMOGRÁFICAS	Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Identifica cantidad de hombres mujeres	CUALITATIVA	Nominal
	Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació	Identifica años de vida de las personas identificadas	CUANTITATIVA	Razón
	Localización geográfica	Cualquier forma de localización en un contexto geográfico.	Ubicación geográfica de las personas del estudio Urbana Rural	CUALITATIVA	Nominal dicotómica
	Estado civil	Condición jurídica de cada persona	Determina condición civil de cada persona Soltero, casado, separado, viudo, unión libre	CUALITATIVA	Nominal politómica
MORBILIDAD	Tipo de lesión	Alteración de las estructuras morfo fisiológicas de la mano que puede provocar una pérdida de sensibilidad y/o de movilidad en la misma. De acuerdo a la CIE 10 estas son: TRAUMATISMOS	Traumatismo superficial de muñeca y mano Traumatismo de nervios a nivel de la de muñeca y mano Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la de muñeca y mano Traumatismo de tendón y musculo a nivel de la de muñeca y mano Traumatismo de por aplastamiento de la de muñeca mano	CUALITATIVA	Nominal politómica

VARIABLE		SIGNIFICADO	UTILIDAD	NATURALEZA	MEDICIÓN
			Traumatismos superficiales múltiples de muñeca y mano Otros traumatismos superficiales múltiples de muñeca y mano Amputación traumática de la de muñeca y mano Otros traumatismos y los no especificados de la de muñeca y mano Contusión de dedos de la mano sin daño de uña Contusión de dedos de la mano con daño de uña		
		INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS Y OTRAS INFLAMACIONES	Celulitis de los dedos de la mano Sinovitis crepitante crónica de la mano y muñeca	CUALITATIVA	Nominal politómica
		HERIDAS	Herida de muñeca y mano Herida de dedos de la mano sin daño de uña Herida de dedos de la mano con daño de uña Heridas múltiples de la mano y muñeca Heridas de otras partes múltiples de la mano y muñeca Herida de la muñeca y de mano, no especificada	CUALITATIVA	Nominal politómica
		FRACTURAS	Fractura a nivel de muñeca y mano Fractura de hueso escafoides de la mano Fractura de otro dedo de	CUALITATIVA	Nominal politómica

VARIABLE		SIGNIFICADO	UTILIDAD	NATURALEZA	MEDICIÓN
			mano Fractura múltiples de los dedos de la mano Fractura de otras partes no especificadas y de las no especificadas de la muñeca y de la mano		
		LUXACIÓN, ESGUINCE, TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS	Luxación, esguince, torcedura de articulaciones y ligamentos muñeca y mano Luxación de dedos de la mano Luxaciones múltiples de dedos de la mano Ruptura traumática de los ligamentos del dedo de la mano en las articulaciones metacarpo falángica Esguinces y torceduras de dedos de la mano Esguinces y torceduras de otras partes y de la no especificadas de la muñeca de la mano	CUALITATIVA	Nominal politómica
		QUEMADURAS, CORROSIÓN Y CONGELAMIENTO	Quemadura de la muñeca y de la mano de 1er 2do y 3er grado Corrosión de la muñeca y de la mano grado no especificado Corrosión de la muñeca y de la mano grado 1ro 2do 3er Congelamiento superficial de la muñeca y de la mano	CUALITATIVA	Nominal politómica

Tabla 7. Continuación

VARIABLE		SIGNIFICADO	UTILIDAD	NATURALEZA	MEDICIÓN
			Congelamiento superficial con necrosis tisular de la muñeca y de la mano		
	Mecanismo de de la lesión	Forma en la cual se produjo la lesión. Esto es el conjunto de fuerzas y resistencias que actuaron sobre los órganos o sistema y produjeron una lesión.	Determina forma en la cual se produjo la lesión Golpe o Choque Caída o precipitación Contacto con agente material cortante, punzante y penetrante Aplastamiento Arrancamiento Estallamiento Explosiones Quemaduras/Escaldaduras Sobreesfuerzos	CUALITATIVA	Nominal politómica
	Severidad de la lesión	Cuantificación las lesiones anatómicas y las alteraciones fisiológicas	Determina si las lesiones son: Lesiones simples (abiertas ocerradas) Lesiones complejas (abiertas ocerradas)	CUALITATIVA	Nominal dicotómica
TIPO DE RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	Subsidiado Vinculado Contributivo	Tipo de afiliación al sistema de seguridad social integral	Subsidiado Vinculado Contributivo	CUALITATIVA	Nominal politómica
TIPO DE ASEGURAMIENTO POR EL QUE ES ATENDIDO	ARL EPS ARS	Reconocimiento de prestaciones asistenciales y económicas de acuerdo a tipo de afiliación al Sistema de seguridad social integral	ARL EPS ARS	CUALITATIVA	Nominal politómica

- **Fases.** Este estudio se realizó en 4 fases:

Acercamiento a la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño, donde se realizará la presentación del grupo de estudio, la finalidad del trabajo, haciendo énfasis en la utilidad que representa para la entidad, para el municipio y para el IDSN, en función de la identificación de casos de ATEL de trabajadores informales, y solicitud de acceso a la base de datos del servicio de urgencias del hospital del periodo comprendido entre enero 2015 y diciembre de 2016.

Reconocimiento de fuente secundaria de información (Base de datos e historias clínicas).

Recolección de información a partir de cuestionario aplicado a la base de datos e historias clínicas.

Cruce de variables, interpretación y análisis de la información obtenida de un programa estadístico programa SPSS.

Organización y presentación de resultados.

4.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La gerencia de la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño, estuvo informada de los objetivos del estudio, y no se realizará ningún tipo de intervención sin su previo consentimiento y autorización.

Las personas miembros del grupo de investigación se comprometen a garantizar la confidencialidad y a evitar el uso de datos para fines diferentes a los que autorizó la entidad, de acuerdo a lo estipulado en la **Ley 1581 2012**, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales [28]] y en relación a lo estipulado en los Artículos:

Artículo 6°. En cuanto a las excepciones del Tratamiento de datos sensibles, literal e), respecto a que dicho tratamiento de datos, tenga una finalidad histórica, **estadística** o científica. En este evento las personas responsables de este trabajo se comprometen a adoptar las medidas conducentes a la supresión de identidad de los Titulares.

Artículo 10. Casos en que no es necesaria la autorización del Titular, literal d) Tratamiento de información autorizado por la ley para fines históricos, **estadísticos** o científicos;

Y respecto a la consulta de otras fuentes secundarias, se tendrá en cuenta la **Resolución 1995 de 1999**, Por la cual se establecen normas para el manejo de la

Historia Clínica, en relación a lo enunciado en el ARTÍCULO 14.- **Acceso A La Historia Clínica**, donde se establece que podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario,
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley; y
- 4) Las demás personas determinadas en la ley. Entendiéndose, el acceso a la historia clínica, en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2016			2017												2018		
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE.	FEB	MAR.
Presentación de propuesta																		
Aprobación y ajustes por parte de revisores parte 1																		
Investigación, definición del caso y herramientas para el estudio																		
Revisión y ajuste de instrumento para metodología																		
Desarrollo del marco teórico/conceptual																		
Aprobación por parte de revisores parte 2																		
Presentación del proyecto a los diferentes de departamentos (COI ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO)																		
Recolección de información en base de dato parte 1																		
Ajustes en manejo para recolección de información																		
Recolección de información en base de dato parte 2																		
Procesamiento de datos																		
Análisis de resultados																		
Informe final																		

5.2 PRESUPUESTO

PRESUPUESTO - RUBROS				
Categoría	Recurso	Descripción	Fuente Financiadora	Monto
Equipos	Disco Duro Portatil	Compra	Personal	160000
	Portatil	Alquiler	Personal	500000
	Impresora	Alquiler	Personal	200000
Materiales	Papelería	Incluye papel, cds, recarga de tonner	Personal	100000
Gastos de transporte	Gasolina	Traslados	Personal	100000
Gastos de comunicación	Conectividad	Incluye internet, costos celular	Personal	200000
			TOTAL	1260000

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo hace referencia a los hallazgos encontrados en el desarrollo del trabajo “Prevalencia de lesiones y trastornos traumáticos de mano, en población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias, de la E.S.E. centro hospital divino niño del municipio de San Andrés de Tumaco durante los años 2015 a 2016”, cuyo objetivo general buscó medir la prevalencia y características de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016.

En este apartado se dará cuenta de los resultados obtenidos en el proceso de recolección y análisis de la información a la luz de los objetivos específicos planteados en el estudio que se retoman a continuación:

Identificar los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano, reportadas o no como accidente de trabajo en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO durante los años 2015 a 2016.

Clasificar los hallazgos de los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, de acuerdo al régimen de afiliación y tipo de aseguramiento (ARS, ARL y /o EPS) en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016 de acuerdo a su origen de tipo común o laboral.

Conocer el origen y las características clínicas de las lesiones y trastornos traumáticos de mano, que se presentaron en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales.

Establecer perfil socio demográfico de la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, que sufrió lesiones y trastornos traumáticos de mano en este estudio.

6.1 IDENTIFICACIÓN DE REGISTROS

Respecto al objetivo número uno, que hace referencia a Identificar los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano, reportadas o no como accidente de trabajo en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO durante los años 2015 a 2016.

Se procedió una vez la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO autorizó el acceso a la base de datos del servicio de urgencias.

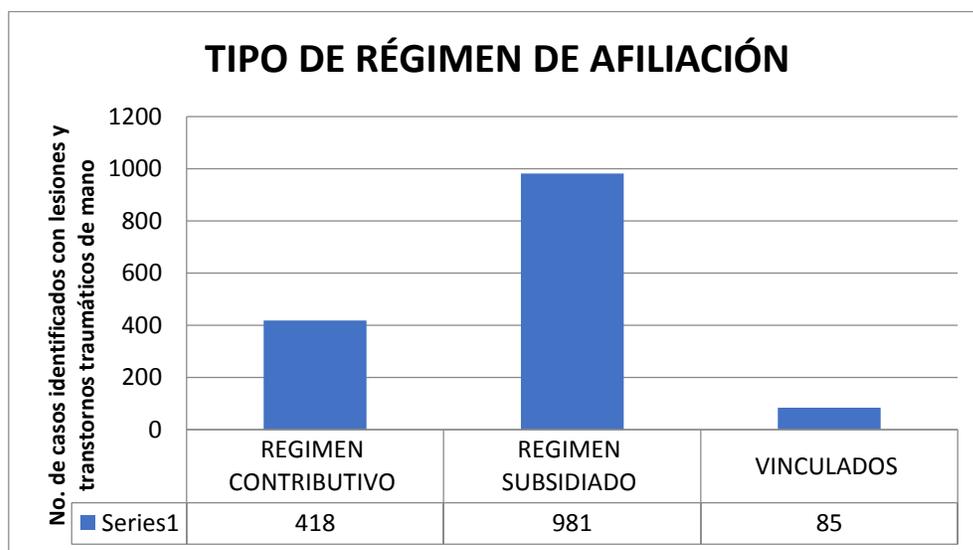
Se realizó la revisión general de la misma, buscando identificar casos con lesiones y trastornos traumáticos de mano en concordancia con Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión- CIE 10, que utiliza la entidad para llevar a cabo los registros individuales de prestación de servicios.

Como resultado de esta primera revisión se encontró un registro de 1484 casos con lesiones y trastornos traumáticos de mano.

6.2 CLASIFICACIÓN DE LOS HALLAZGOS DE LOS REGISTROS DE LESIONES Y TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MANO

Respecto al segundo objetivo que buscó en este estudio clasificar los hallazgos de los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, de acuerdo al régimen de afiliación y tipo de aseguramiento (ARS, ARL y/o EPS) en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016 de acuerdo a su origen de tipo común o laboral, se identificaron 418 registros, como de régimen contributivo, 981 en el régimen subsidiado y 85 casos registrados como vinculados.

Gráfico 1. Tipo de Régimen de Afiliación



Fuente: la presente investigación.

De los 418 casos del régimen contributivo, como se indica en el gráfico No. 2

207 fueron atendidos con cobertura de Entidades Promotoras de Salud, es decir

que se registraron como enfermedad o accidente común.

69 casos, fueron atendidos con cobertura de Administradoras de Riesgos Laborales. se identificaron como accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

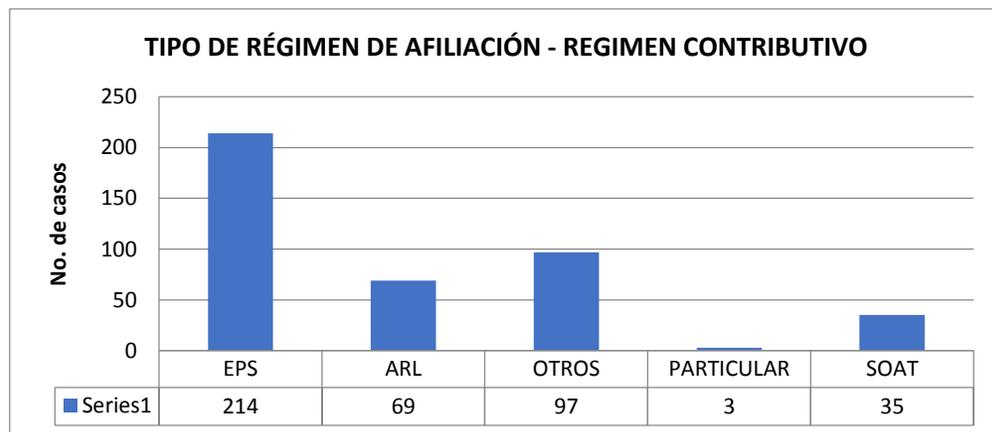
97 casos fueron clasificados como otros.

3 casos se asumieron de forma particular,

7 de los 1484 fueron atendidos por el servicio especial de la Policía Nacional y

35 presentaron cobertura por SOAT.

Gráfico 2. Tipo de Régimen de Afiliación - Régimen Contributivo



Fuente: la presente investigación

6.3 ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES Y TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MANO

Para dar respuesta al objetivo específico 3, con el que se pretendió: Conocer el origen y las características clínicas de las lesiones y trastornos traumáticos de mano, que se presentaron en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales,

Se llevó a cabo la revisión de la base de datos antes citada y se evidenció que era necesario realizar un nuevo filtro que incluyó los siguientes criterios:

Afiliación a régimen subsidiado o tener la calidad de vinculado

Cumplir con las características para ser parte de la población económicamente

activa, es decir Personas en Edad de Trabajar (PET), que están laborando o buscan trabajo, de acuerdo con el DANE, se cuenta dentro de la PET a todas aquellas personas mayores de 10 años que habitan en las zonas rurales y urbanas.

Contar con diagnóstico de lesiones y trastornos traumáticos de mano, tanto en la base de datos como en la historia clínica. Se decidió entonces hacer la exploración de las historias clínicas a través del programa SIHOS, para completar los datos faltantes tales como ocupación, escolaridad, origen y las características clínicas de las lesiones, en este proceso se descartaron 538 casos por las siguientes razones:

75 casos corresponden a personas menores de 10 años

98 casos no cuentan con registro, es decir que su historia no aparece en el sistema, por tanto, no hay forma de indagar la información.

Se excluyeron 105 casos en donde el diagnóstico encontrado en la base era de lesión de miembro superior y en la historia aparecía otra modalidad de diagnóstico no relacionada, por ejemplo: diagnóstico de fractura en muñeca; en la base de datos, en historia clínica en anamnesis aparece solamente reportado como diagnóstico infección gastrointestinal.

135 historias clínicas donde no se establece diagnóstico solo los datos generales del paciente, tales como nombre, identificación, zona geográfica; es importante anotar que de estos 110 casos son registradas como de origen rural.

125 casos no se tuvieron en cuenta debido a que se encontró inconsistencia en el sistema, ya que se registraban como afiliados al régimen subsidiado y en el tipo de aseguramiento por el que es atendido se encontraban registros que correspondían al régimen contributivo, por ejemplo: PROINSALUD, que corresponde a la EPS del Magisterio, Dirección de Sanidad de la Policía Nacional o ARL POSITIVA.

Del total de los 1066 casos registrados en la base de datos como afiliados al régimen subsidiado o como vinculados y luego de la revisión de las historias clínicas, se seleccionaron 528 registros de los cuales se obtuvo la siguiente información:

6.4 VARIABLES DE MORBILIDAD

Estas variables se definen para este estudio, como las variables de tipo Independiente, corresponden a las variables de exposición, ellas son: tipo, mecanismo y severidad de la lesión.

Una vez revisadas las historias clínicas se consideró importante retomar algunos otros aspectos que se registraron en la anamnesis y que hacen referencia a la siguiente información:

Zona donde se produjo la lesión: hace referencia a segmento lesionado

Cantidad de dedos lesionados: indica el número de dedos que sufrieron algún tipo de lesión o impacto.

Lesión en mano: derecha o izquierda o ambas.

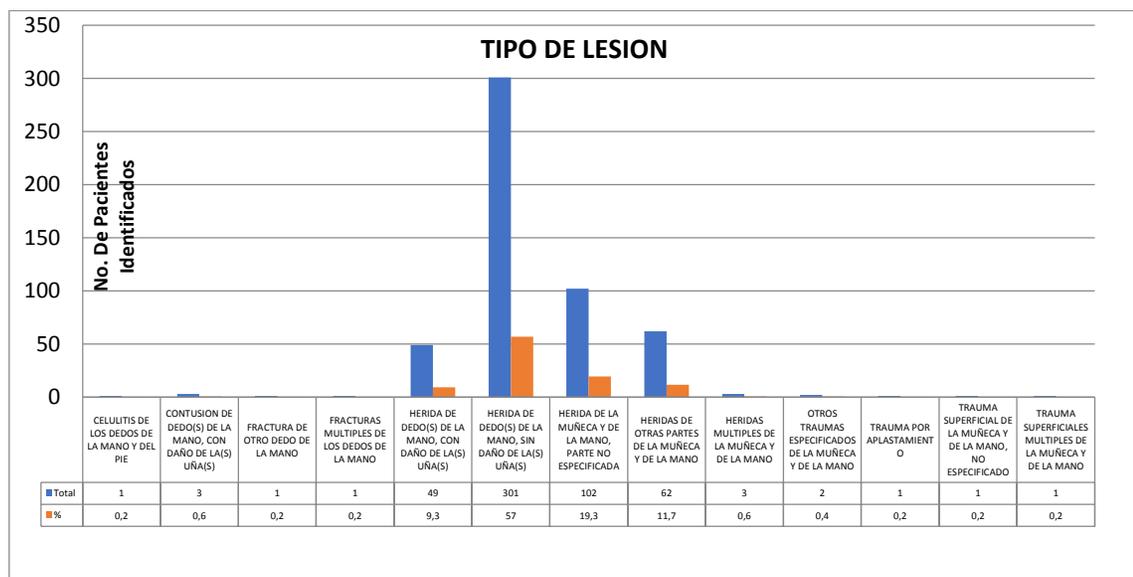
Herida o lesión producida durante contacto con material/ herramienta o equipo, en algunas anamnesis se encontró el registro del momento en que se produjo la lesión.

La lesión se produjo en el lugar de trabajo, en algunos de los registros se encontró evidencia del reporte de los pacientes, respecto a que el accidente ocurre en el lugar de trabajo.

Teniendo presente lo anterior se reportan los siguientes resultados:

Respecto al tipo de lesión se evidencia que el 57% (301 casos) sufrieron herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s), seguido del 19.3% representado por 102 casos que reportaron herida de la muñeca y de la mano, parte no especificada; el 11.74% corresponde a 62 casos donde se registran heridas de otras partes de la muñeca y de la mano y 49 casos que suman el 9.28% con herida de dedo(s) de la mano, con daño de la(s) uña(s). Los diagnósticos anteriores suman en total el 97.34% de la población estudiada, el porcentaje restante (3.65%) lo conforman los diagnósticos restantes como se puede observar en el siguiente gráfico.

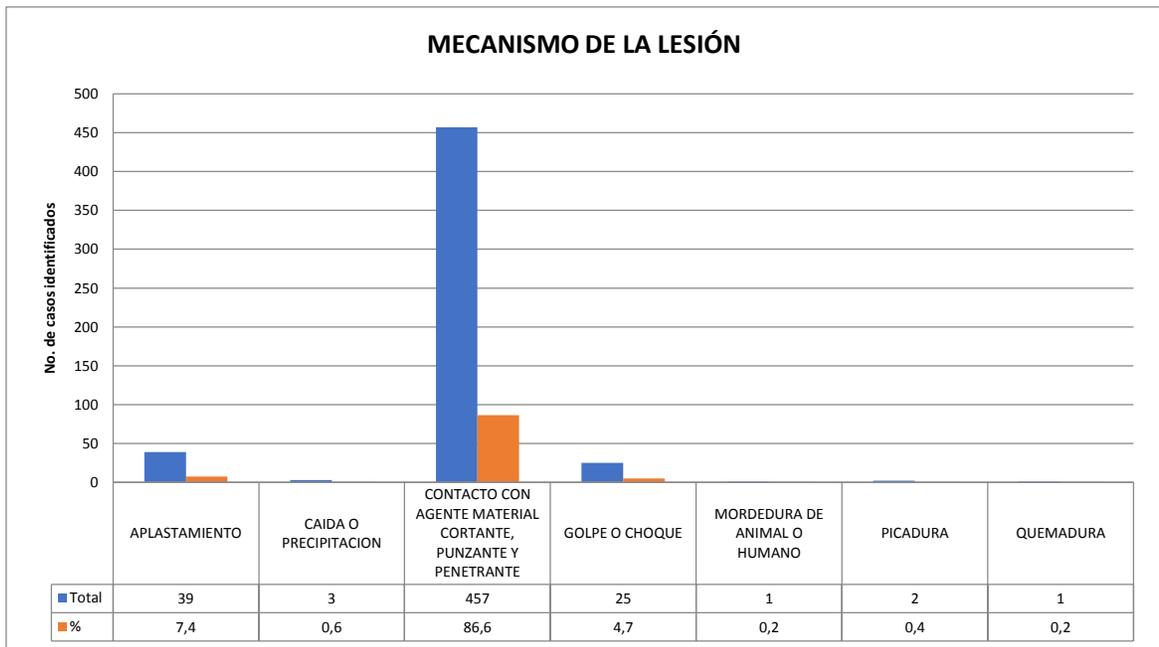
Gráfico 3. Tipo de lesión



Fuente: la presente investigación

Sobre el mecanismo de la lesión se encontró que en el 86.6% (457 casos), las lesiones se produjeron en contacto con agente material cortante, punzante y penetrante, en 39 casos se reportó aplastamiento sumando un 7.4% de los casos y en el 4.7% del grupo (25 casos), se reportó como mecanismo de la lesión golpe o choque. Los casos restantes que corresponden al 1.3% corresponden a mecanismos como caída, mordedura, picadura o quemadura, cuya distribución se puede observar en el siguiente gráfico.

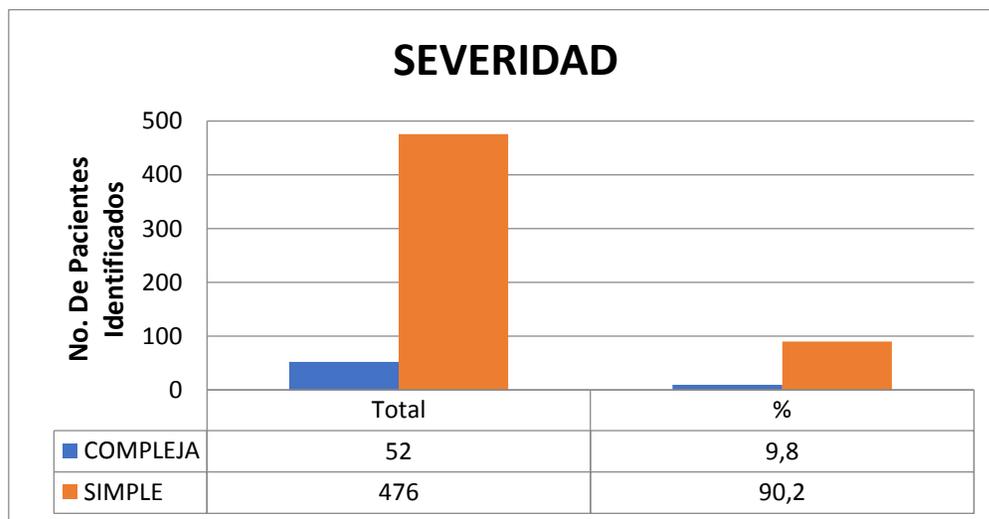
Gráfico 4. Mecanismo de la lesión



Fuente: la presente investigación.

Para este estudio se dividió la severidad en de acuerdo al nivel de las lesiones en simples y complejas, los resultados reflejaron que para el caso de lesiones simples se contó con una representación total de 476 casos, que suman el 90.2% y para el caso de las lesiones complejas se alcanzó un total de 52 casos que corresponden al 9.8% de la población.

Gráfico 5. Severidad



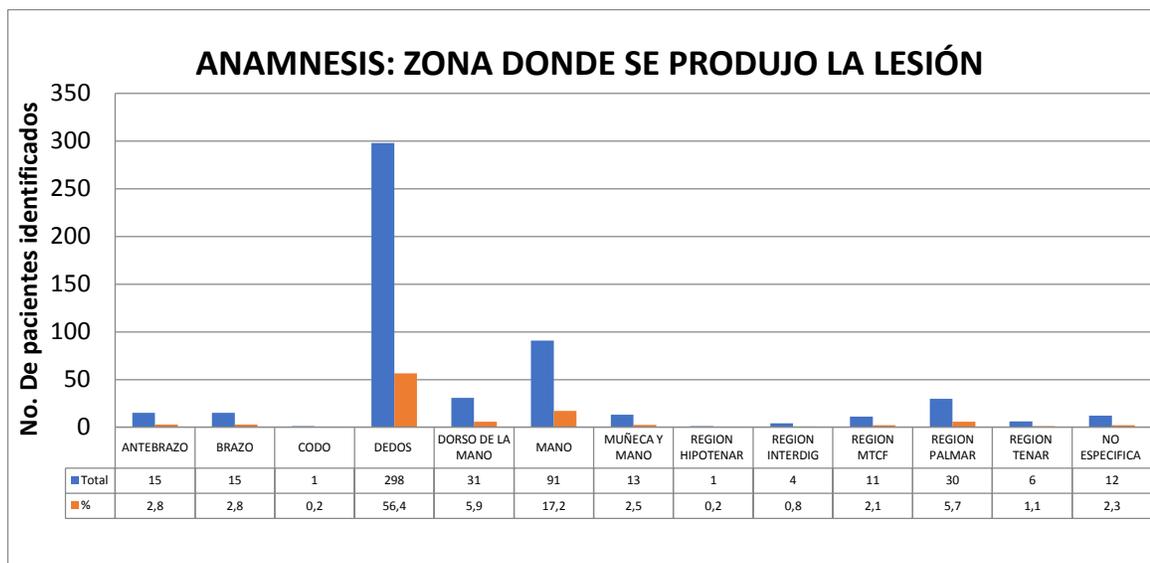
Fuente: la presente investigación.

Teniendo presente que la anamnesis se define como, : “la indagación por medio de preguntas acerca de características de la enfermedad y los antecedentes del paciente, como conocido con interrogatorio médico-paciente, se retomaron datos acerca de la lesión y su origen reportados en este apartado de las historias clínicas revisadas, encontrando los siguientes resultados” [30], se retomaron datos acerca de la lesión y su origen reportados en este apartado de las historias clínicas revisadas, encontrando los siguientes resultados:

Respecto a la zona donde se produjo la lesión, 298 personas, que suman 56.4% de los casos, sufrieron lesiones en dedos, siendo este tipo de lesiones la de mayor representación en el grupo de casos estudiado; las lesiones en mano, corresponden a 91 casos que representan el 17.2% y el 5.9% (31 casos) reportaron lesiones en el dorso de la mano.

En el 14.8% restante (78 casos), se reportaron lesiones en diferentes zonas del miembro superior, entre ellas: brazo (15 casos), codo (1 caso), antebrazo (15 casos), muñeca y mano (13 casos), región hipotenar (1 caso) y región interdigital (1 caso).

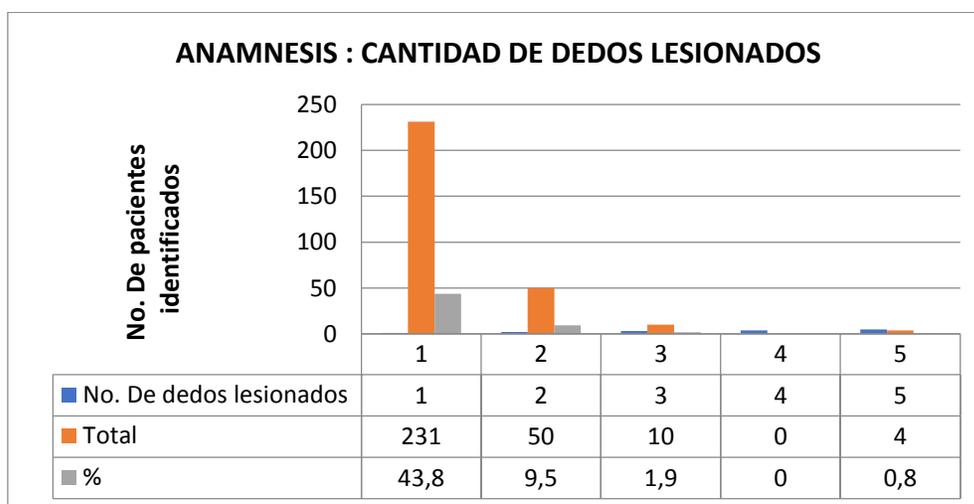
Gráfico 6. Anamnesis: zona donde se produjo la lesión



Fuente: la presente investigación.

La cantidad de dedos lesionados indica que 231 casos (43.8%) presentaron heridas en un dedo, el 9.5% (50 casos) en dos dedos, el 1.9% (10 casos) en tres dedos y 4 casos (0.8%) en los cinco dedos de la mano. 97 casos no presentaron lesiones en dedos de acuerdo con la revisión de las historias clínicas. Es importante anotar que 68 casos de los 231, correspondieron a lesiones en el dedo pulgar.

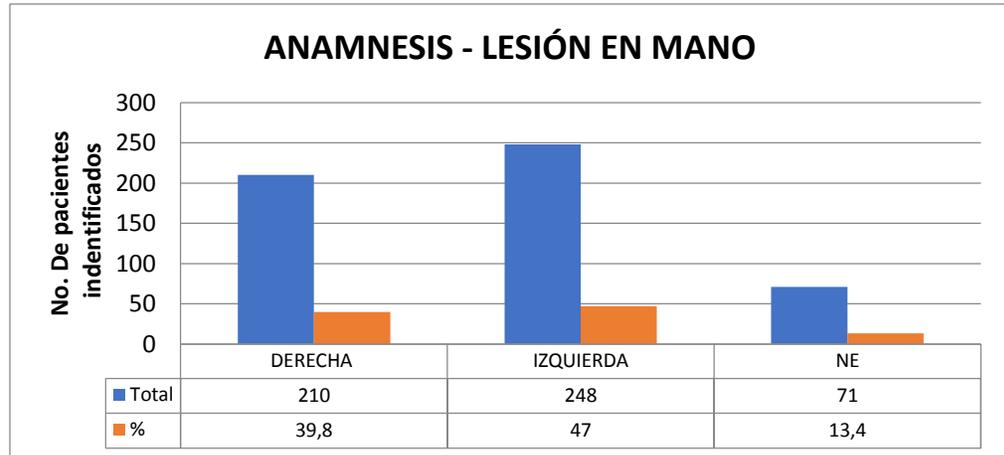
Gráfico 7. Anamnesis: cantidad de dedos lesionados



Fuente: la presente investigación.

Respecto a las lesiones en mano, se encontró que 210 de los casos (39.8%) se lesionaron la mano derecha y 248 casos (47%) la mano izquierda, el 13.4 %.

Gráfico 8. Anamnesis: Lesión en mano



Fuente: la presente investigación.

En la revisión de las historias clínicas se encontró registro de que los eventos que generaron lesiones o traumatismos se presentaron en situaciones donde las personas se encontraban manipulando o haciendo uso de:

En 196 casos equivalentes al 37.12%, manipulando materiales tales como acero, anzuelos, madera, hierro, objetos de vidrio, material vegetal, material de construcción

Herramientas manuales entre las que se encuentran cuchillos, machetes, tijeras, bisturí, destornilladores, espátulas, formón, hachas, martillos, navajas, palas, red de pesca y serruchos, sumando 168 casos, equivalentes al 31.8%.

La manipulación de equipo o herramienta de alimentación eléctrica o de combustible tales como: motobomba, motosierra, pulidora y taladro 66 casos que corresponden al 12.5%

46 casos, que corresponden al 8.7% se lesionaron al entrar en contacto con un objeto corto punzante, en la anamnesis de estos casos no había una descripción adicional de dichos objetos.

17 casos, es decir el 3.2% presentaron lesiones producidas por contacto con objeto contundente entre los que se cuentan cadena de bicicleta, cadena de plato de motocicleta, cilindro de gas, puertas y tapas de alcantarilla.

El 2.7% equivalente a 14 personas, se lesionó al manejar algún tipo de maquinaria, como: canteadora, cortadora, mezcladora de cemento, perfiladora, planeadora, sierra sin fin y torno.

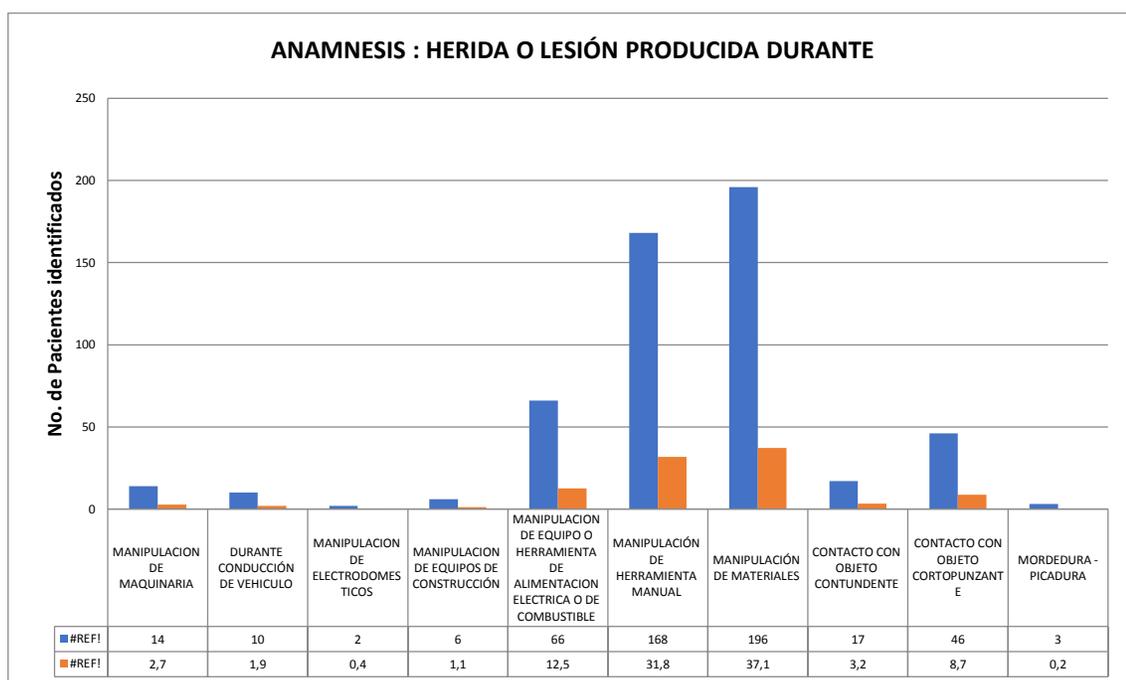
10 casos (1.9%) corresponden a herida producida durante conducción de vehículo (canoa, lancha, moto).

En 6 casos (1.1%), se reportó herida producida por manipulación de equipos de construcción - estructura metálica

Las mordeduras y picaduras, se reportaron en 3 casos (0.2%).

Las heridas producidas por manipulación de electrodomésticos suman el 0.38% (2 casos)

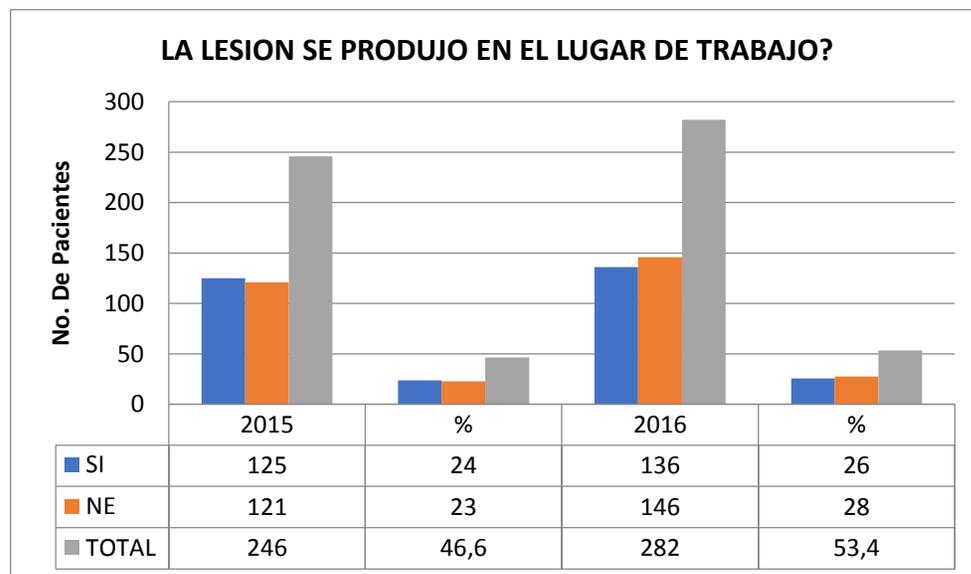
Gráfico 9. Anamnesis: Herida o Lesión Producida Durante



Fuente: la presente investigación.

De acuerdo con la revisión de la base de datos y las historias clínicas se encontró que, en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016, se presentaron 261 casos, donde se reportó que la lesión o el trauma de mano se había presentado en el contexto del trabajo, estos casos son equivalentes al 48% de los 528 casos estudiados; de estos 231 son hombres y 30 son mujeres.

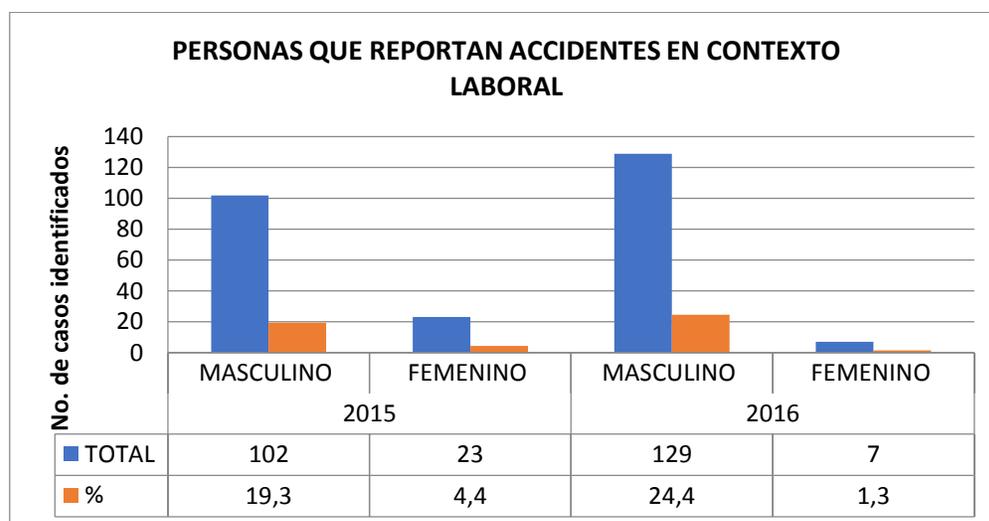
Gráfico 10. ¿La lesión se produjo en el lugar de trabajo?



Fuente: la presente investigación.

Para el año 2015, se presentaron 102 casos de hombres accidentados en el trabajo, mientras que para el 2016 se reportaron 129, lo que implica un incremento de la accidentalidad en hombres de 27 casos. Para las mujeres la situación es diferente ya que en el 2015 se encontraron reportes de 23 casos de accidentes en el marco del trabajo y para el 2016, disminuyeron a 7.

Gráfico 11. Personas que reportan accidentes en contexto laboral

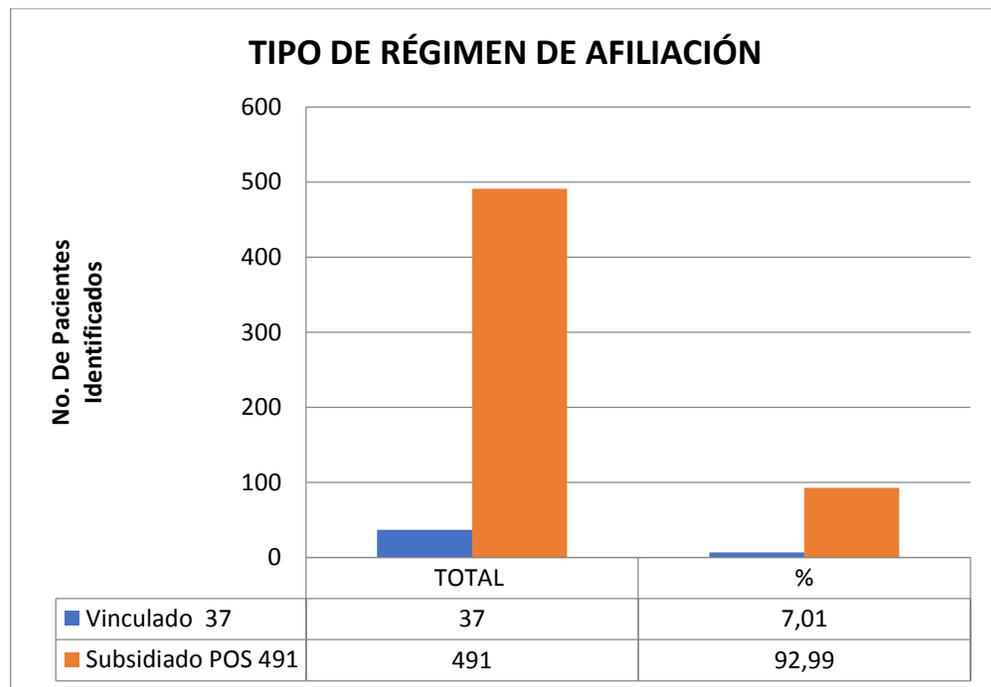


Fuente: la presente investigación.

6.5 VARIABLES DE ASEGURAMIENTO

En relación al tipo de régimen de afiliación se encontró que 491 de los casos revisados, es decir el 93%, se encuentran afiliados al Régimen subsidiado en salud y que el 7% de los casos de las historias revisadas (37 personas), se encuentran como vinculados.

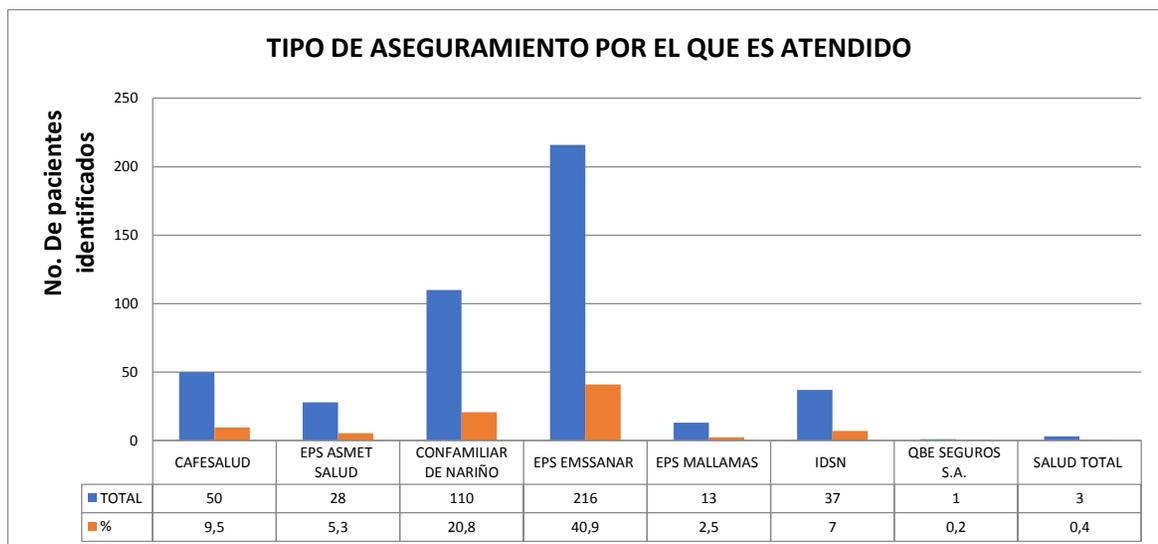
Gráfico 12. Tipo de Régimen de Afiliación



Fuente: la presente investigación.

Sobre el tipo de aseguramiento por el que él o la paciente fueron atendidos, se encontró que el 40.7% (216 casos) se encuentran adscritos a EMSANAR, el 20.8% (110 casos), son atendidos por COMFAMILIAR; 9.5% (50 casos) por CAFESALUD, 37 personas (7%) que corresponden a quienes se registran como vinculados, son atendidos por el IDSN, 28 personas (5.3%) se encuentran afiliadas a ASMED SALUD, el 2.5% (13 casos) están en MALLAMAS, la IPS indígena y finalmente QBE SEGUROS S.A. 1, SALUD TOTAL suman el 0.6% con 4 casos.

Gráfico 13. Tipo de aseguramiento por el que es atendido



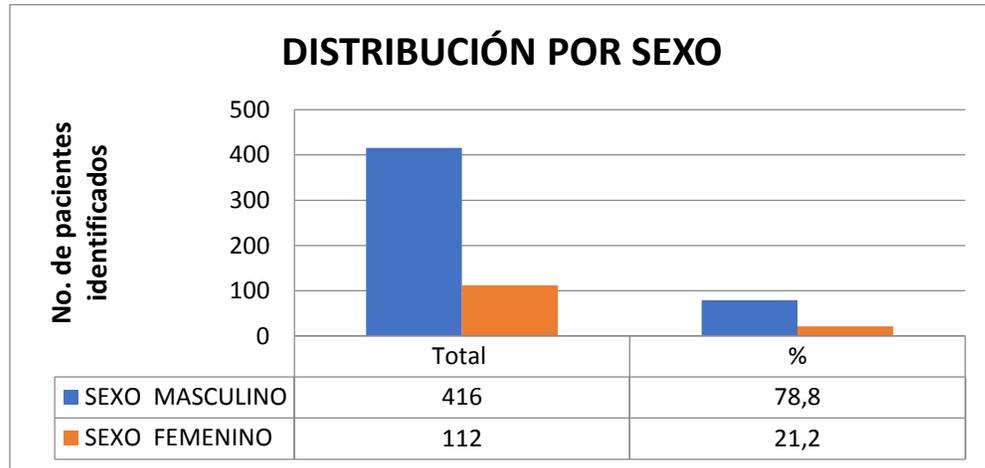
Fuente: la presente investigación.

6.6 PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

Este apartado da cuenta del cuarto objetivo específico de este trabajo, que hace referencia a: “Establecer perfil socio demográfico de la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, que sufrió lesiones y trastornos traumáticos de mano en este estudio”, para tal efecto se presentan los resultados de la encuesta que se aplicó a la base de datos sobre variables socio demográficas, las cuales hacen referencia al sexo, la edad, la localización geográfica y el estado civil.

En relación a la distribución por sexo, se evidencia que existe una representación mayor del sexo masculino, que corresponde a un 78.8 % de los casos estudiados, la representación femenina alcanza el 21.1% del número de casos con diagnóstico de lesiones y trastornos traumáticos de mano. Lo anterior indica que, por cada mujer accidentada, existen 3 hombres que sufrieron lesiones y traumas de mano en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016.

Gráfico 14. Distribución por sexo

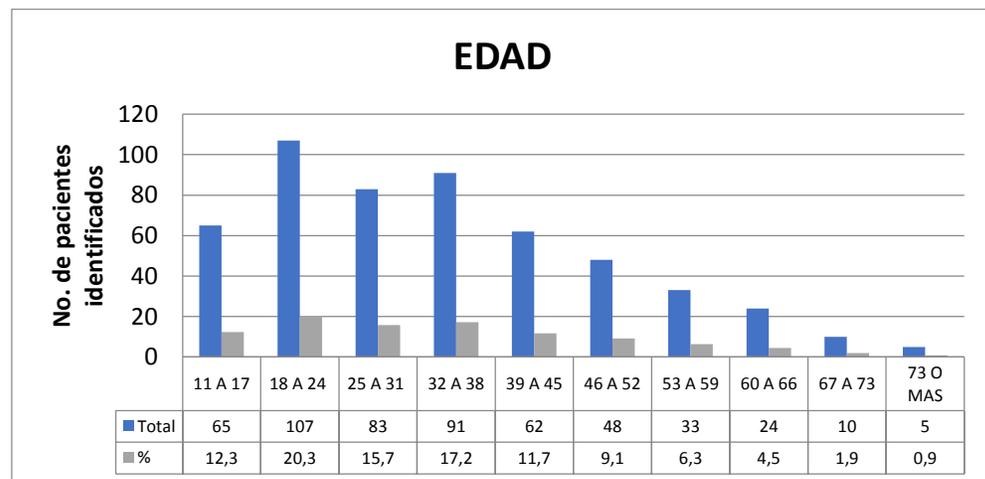


Fuente: la presente investigación.

Como se puede observar en la gráfica, respecto a la edad se establecieron 11 intervalos, el grupo donde se concentra el mayor número de casos con diagnóstico de lesiones y trastornos traumáticos de mano esta entre los 18 a 24 años, que corresponde a un 20.3% (107 casos) de la población, seguido del intervalo comprendido entre 32 y 38 años, que suma 91 casos equivalentes al 17.2% de la muestra y al intervalo entre 25 y a 31 años, que alcanza el 15.7 % es decir 83 casos.

La menor representación corresponde al 0.9% (5 casos) se encuentra en el intervalo correspondiente a 73 años o más.

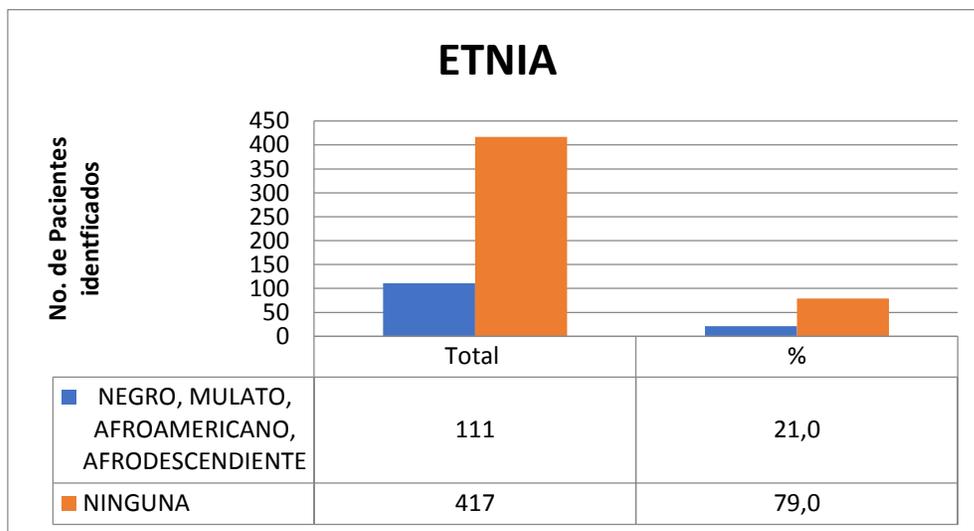
Gráfico 15. Edad



Fuente: la presente investigación.

En cuanto a la etnia, se encontró que el 79%, que suma 417 casos no corresponde a ninguna etnia, y el 21%, 111 casos, corresponden al grupo de etnia identificada en la base de datos como negro, mulato, afroamericano, afrodescendiente.

Gráfico 16. Etnia



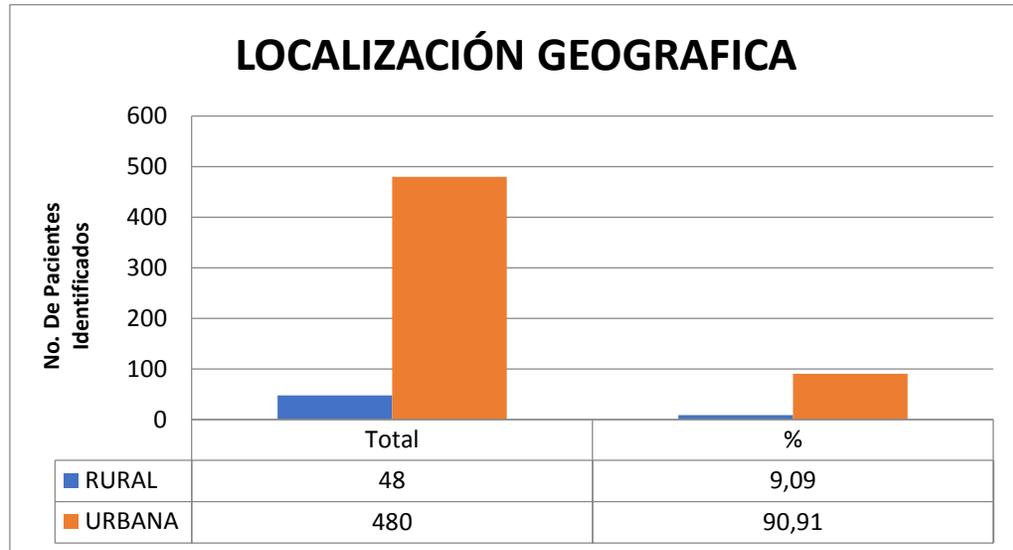
Fuente: la presente investigación.

El 90.91% (480) de los casos identificados se ubican en la zona urbana, solamente el 9.09 % (48) se ubican en la zona rural.

Es importante anotar que la cantidad de casos del área rural, se vio disminuida en 110 casos en los que no se encontró registro de las historias clínicas que dieran cuenta de la anamnesis, por tanto, la distribución por zona geográfica, en este estudio no podría representar una muestra válida.

De acuerdo al reporte del personal del hospital, dichos registros de la zona rural, muy posiblemente no aparecen en la base de datos debido a que fueron realizados a mano por falta de internet o de electricidad, situaciones que son muy comunes en la región. Y no fueron posteriormente digitalizados.

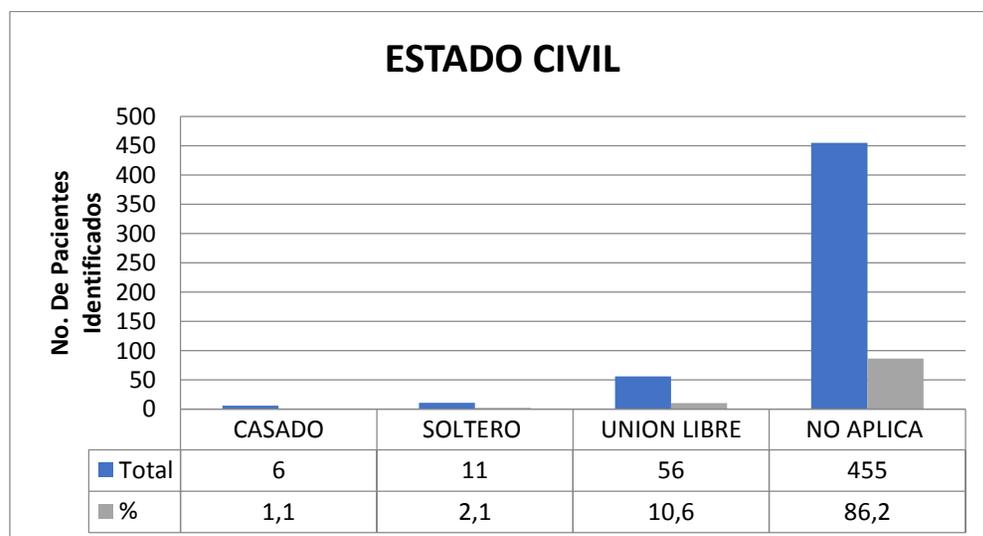
Gráfico 17. Localización geográfica



Fuente: la presente investigación.

La variable estado civil indica que el 10.6%, correspondiente a 56 casos se encuentra en unión libre, 11 (2.1%) casos se encuentran solteros y solo el 1.1%, es decir 6 casos reportan estar casados. El 86% de la población de este estudio no cuenta con registro de estado civil ya que en la base de datos y en las historias clínicas solo se encuentra el registro como "NO APLICA".

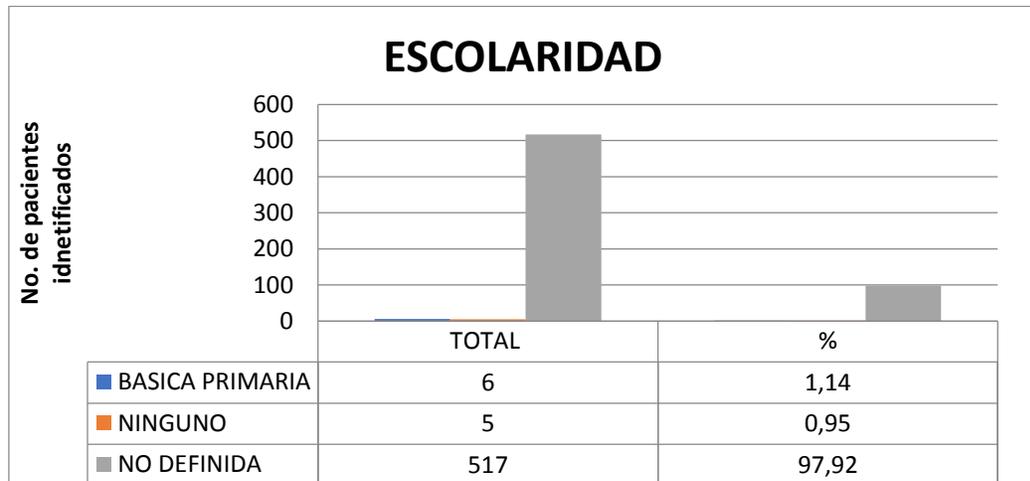
Gráfico 18. Estado civil



Fuente: la presente investigación.

Al igual que en el caso anterior, la variable educación no cuenta con un registro específico, lo cual se hace evidente, ya que el 97.92%, equivalente a 517 casos se registra como “NO DEFINIDA”, el 1.4% (6 personas) cuenta con básica primaria y el 0.95 % (5 casos) no cuentan con ninguna escolaridad.

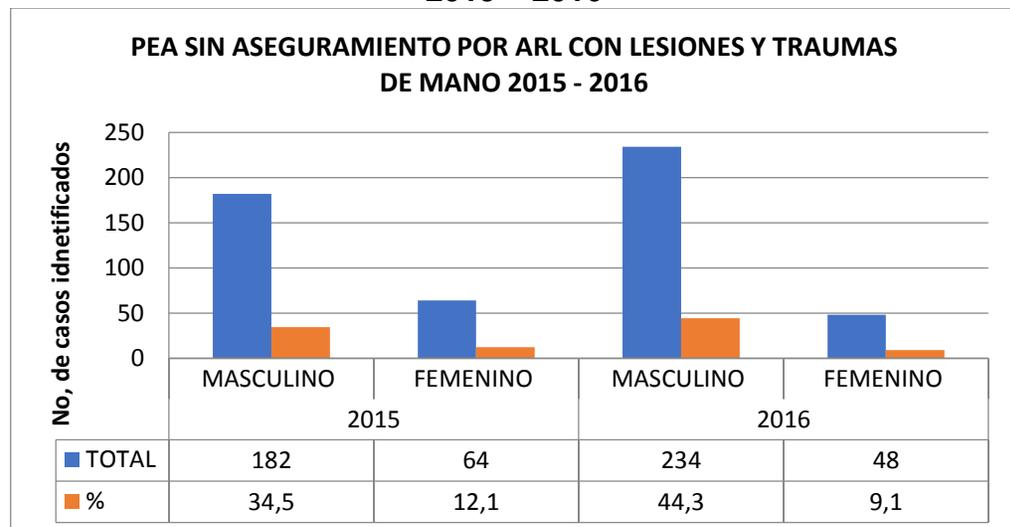
Gráfico 19. Escolaridad



Fuente: la presente investigación.

6.7 PREVALENCIA

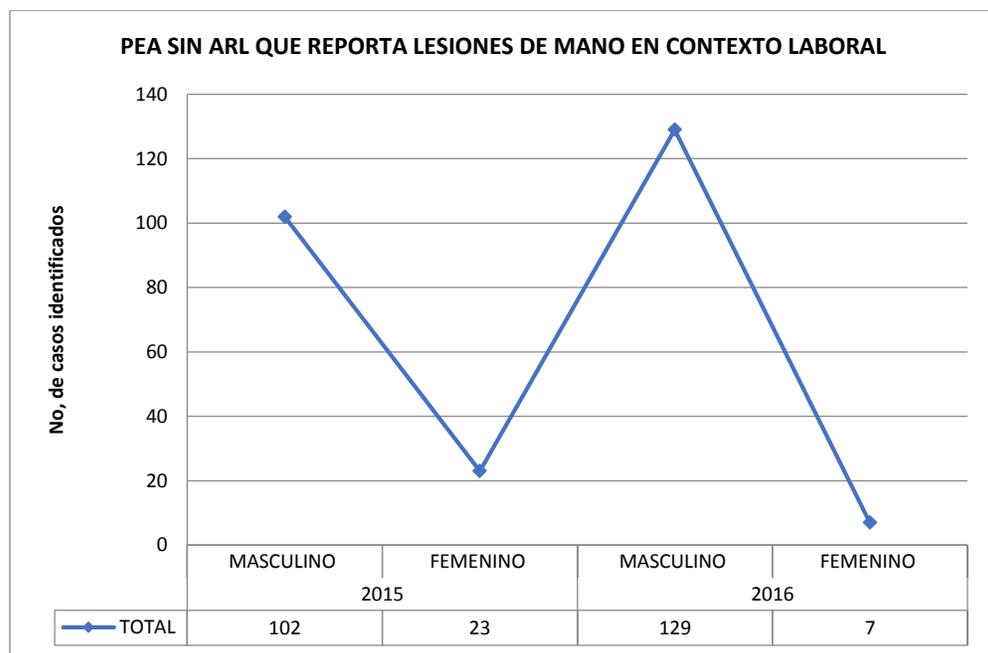
Gráfico 20. PEA sin aseguramiento por ARL con lesiones y traumas de mano 2015 – 2016



Fuente: la presente investigación.

Respecto al objetivo general de este trabajo, que buscó medir la prevalencia de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016, se encontró que de 1484 registros de casos con lesiones y trastornos traumáticos de mano, 528 cumplieron con las características de Afiliación a régimen subsidiado o de tener la calidad de vinculado, de ser parte de la población económicamente activa y de contar con diagnóstico de lesiones y trastornos traumáticos de mano, tanto en la base de datos como en la historia clínica.

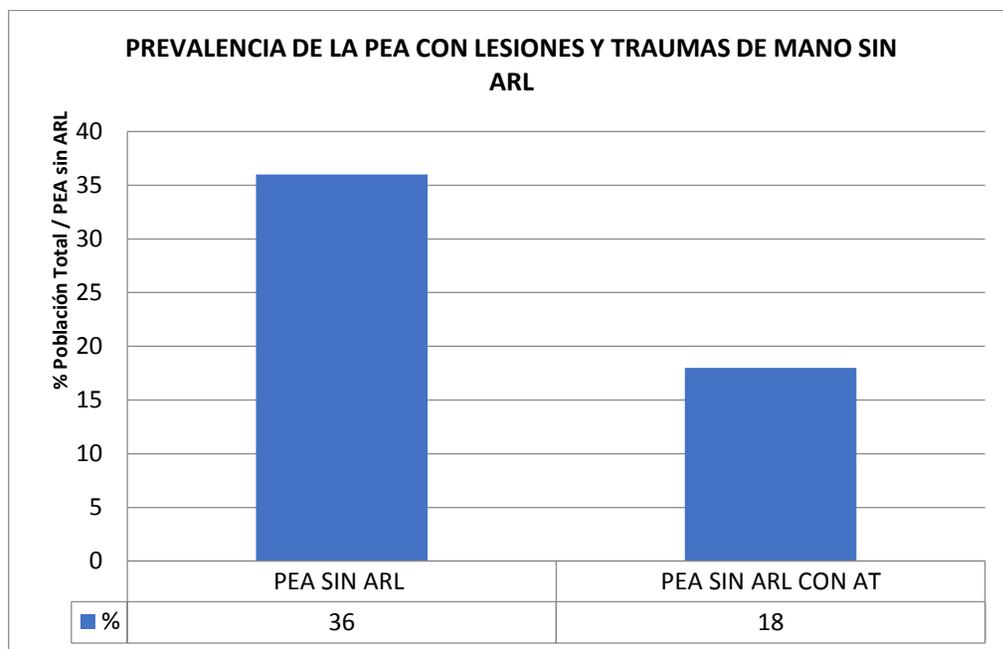
Gráfico 21. PEA sin aseguramiento por ARL con lesiones y traumas de mano 2015 – 2016



Fuente: la presente investigación.

Teniendo en cuenta que la prevalencia es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un período y que se calcula dividiendo el número total de los individuos que presentan, un atributo en un momento o durante un periodo por la población en ese punto en el tiempo; se puede afirmar que la prevalencia de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016, es igual al 36%.

Gráfico 22. Prevalencia de la PEA sin aseguramiento por ARL con lesiones y traumas de mano 2015 – 2016



Fuente: la presente investigación.

Ahora bien, de los 528 casos se detectaron 261 casos, que cuentan con registro realizado por el médico tratante donde se indica que la lesión o trauma se presenta en el contexto del trabajo, entonces la prevalencia de estos casos equivaldría al 18%.

6.8 DISCUSIÓN

De acuerdo con lo expuesto por Organización Iberoamericana de Seguridad Social [30] una de las herramientas más útiles para establecer políticas públicas coherentes con la realidad y eficaces para la mejora efectiva de las condiciones de trabajo, son los estudios sobre la siniestralidad laboral, para ello es necesario contar con un sistema eficaz de notificación y registro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales.

En Colombia, a través de la Resolución 1841 de mayo 28 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se establecen acciones en relación al postulado anterior, que involucran al sector informal de la economía del país. Esta Resolución, en su dimensión de Salud y Ámbito Laboral, busca por medio de la ejecución de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales, el bienestar protección de la salud y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones para la salud de los trabajadores del

sector formal e informal de la economía, a través de estrategias enmarcadas en la seguridad y salud en el trabajo y en la atención de situaciones prevalentes de origen laboral.

El objetivo de este último componente, es “Fortalecer la determinación del origen de la enfermedad diagnosticada con criterios de causalidad, y promover su registro en el sistema de información en salud, con el fin de disminuir tiempos para el reconocimiento de derechos y establecer un adecuado flujo de recursos entre los sistemas de salud y riesgos laborales.

Para tal efecto, El Ministerio de Salud, estableció dos metas: la primera; hace referencia a que en el año 2021 se reduce el sub-registro de los eventos ocupacionales mediante el fortalecimiento del talento humano en salud para la calificación del origen de los eventos y pérdida de capacidad laboral; y la segunda es “Determinar los perfiles de morbimortalidad de la población trabajadora, a través de: los Entes Territoriales de Salud que construirán los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora con base en la información suministrada por los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales, y divulgarán la información en cada departamento a las instancias de gestión intersectorial.

En el Departamento de Nariño el ente territorial responsable de este proceso es el IDSN, quien ha dispuesto de una serie de estrategias que, respondiendo a los componentes, objetivos y metas del Plan decenal de salud pública abarcan desde la búsqueda, identificación y caracterización de la población informal hasta el estricto registro de los reportes de accidentalidad laboral por municipio, estas acciones se realizan a través de las entidades públicas de salud.

Teniendo en cuenta que de acuerdo al registro de información publicada por el IDSN, respecto a los reportes de accidente de trabajo en la población informal, en la zona Pacífico Sur, que incluye al Municipio de Tumaco, en el periodo 2015 - 2016, es equivalente a “0”, con el presente estudio se buscó contribuir a la definición del perfil de morbilidad de la población económicamente activa, no asegurada a riesgos laborales, del municipio de Tumaco, a través de la identificación del registro de accidentes de trabajo, relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, entidad pública que reportó indicadores de accidentalidad laboral al IDSN en el periodo antes mencionado.

Este estudio tiene el alcance de un ejercicio académico, por tanto no pretende evaluar el desempeño o la efectividad de las acciones de las instituciones involucradas, sino más bien aportar al proceso de identificación de casos de accidente de trabajo en la población no asegurada a riesgos laborales y establecer algunas recomendaciones de los aspectos a mejorar, frente al procedimiento de registro y notificación, que pueden aportar al cumplimiento de objetivos y metas del

Plan Decenal de Salud Publica en el Municipio de Tumaco.

Teniendo en cuenta la Resolución 3374 de 2000 [5], a través de la cual se reglamentan los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), que son datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, identifican una a una las actividades de salud que se realizan a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

De acuerdo a la misma norma estos datos son de cuatro categorías a saber:

Datos identificación (Número de documento de identificación civil, Nombres y apellidos, Edad, Sexo, Residencia habitual, cuando se requiera).

Datos del servicio (Consultas, Procedimientos, Urgencia, Hospitalización, Administración de medicamentos, Materiales e insumos utilizados en la atención, Suministro de prótesis o de elementos de ortesis, Traslado de pacientes, Honorario de profesionales de la salud.),

Datos del motivo (Se refieren a las causas que originaron la prestación de los diferentes servicios, en la consulta externa el motivo se establece por la causa y los diagnósticos; en los procedimientos solo debe determinarse el motivo por medio del dato diagnóstico)

Datos del valor. Los RIPS están asociados al valor real según el manual tarifario con el cual se estén liquidando las actividades, El valor unitario, es el valor individual de cada servicio. El valor total corresponde a la multiplicación del valor unitario por la cantidad de cada servicio de salud.

La base de datos de la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, cumple con estos requerimientos, es decir, se ajusta a los elementos establecidos en la ley, sin embargo, los hallazgos de las variables sociodemográficas de localización geográfica, estado civil y educación evidencian fallas de registro por parte de la entidad que se demuestra en situaciones como las siguientes:

La participación del área rural, se vio disminuida en 110 casos en los que no se encontró registro de las historias clínicas que dieran cuenta de la anamnesis; por otra parte, no se cuenta con el total de los datos de sectorización en zona rural y en zona urbana.

El 86% de la población de este estudio no cuenta con registro de estado civil ya que en la base de datos y en las historias clínicas solo se encuentra el registro como "NO APLICA".

La variable educación no cuenta con un registro específico, lo cual se hace evidente,

ya que el 97.92%, equivalente a 517 casos se registra como “NO DEFINIDA”,

Aunque en este estudio no se consideró la variable ocupación, se puede establecer como hallazgo que el 98% de los casos estudiados fueron nominados como “AMA DE CASA”.

De acuerdo con los datos poblacionales del municipio de Tumaco, la Población Económicamente Activa (PEA), asciende a 115.407 habitantes y de ellos, 42.477 son trabajadores informales, en este estudio se identificaron 528 casos de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO con lesiones y trastornos traumáticos de mano, que pertenecen a la PEA y no se encuentran asegurados al sistema de riesgos laborales, las 528 personas corresponden al 0.46% de la PEA del Municipio y si se establece el comparativo con la población informal, esta sería equivalente al 1.26%. Si bien es cierto esta muestra no es representativa, se podría afirmar que es una aproximación a la frecuencia de accidentalidad de la PEA no asegurada a Riesgos Laborales.

Por otra parte, teniendo en cuenta que, de los 528 casos, 261 personas reportaron haber tenido accidentes en el contexto del trabajo, y asumiendo que, este grupo puede hacer parte de la población trabajadora informal, se puede afirmar que 0.61% de los 42.477 trabajadores informales del municipio de Tumaco sufrieron lesiones y trastornos traumáticos de mano desarrollando su actividad laboral.

Los tipos de lesiones más comunes que se identificaron fueron heridas de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) 57%, que equivalen a 301 casos y de estos 31 se clasificaron como de severidad compleja. El segundo lugar lo ocupan las heridas de la muñeca y de la mano, parte no especificada 19.3%, con 102 casos de los cuales se clasificaron severidad compleja 5 casos.

Para los dos casos, herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s), y heridas de la muñeca y de la mano; el mecanismo de lesión más común fue contacto con agente material cortante, punzante y penetrante, que sumó 378 casos y de ellos, la lesión se produjo en contacto con: materiales 137 casos de los cuales 58 vidrio y 30 casos en contacto con lámina. Con herramienta manual 128 casos, donde 63 de ellos corresponden a machete y 43 a cuchillo. En contacto con equipo, herramienta eléctrica o de combustible 52 y de ellos 46 fueron en el proceso de manejo de pulidoras. Finalmente, los casos registrados, donde la lesión se produjo en contacto con maquinaria fueron 10, donde 6 corresponden a sierra sin fin, cortadora 2, mezcladora de cemento 1.

La información anterior, conduce a inferir cuales son los tipos de ocupaciones en las que se producen estos accidentes, en el caso de materiales, vidrio hace referencia a actividades donde se manipulan vasos de vidrio (auxiliares de cocina, actividades de procesamiento de alimentos, trabajadoras del servicio doméstico) e instalación de ventanas (construcción). Herramientas manuales como el machete,

en tareas de agricultura y el cuchillo en actividades de manipulación y procesamiento de alimentos y pesca. La pulidora en el caso de herramientas eléctricas, se utiliza de forma generalizada en labores de mantenimiento y construcción y finalmente en el caso de la maquinaria, la sierra sin fin se utiliza en ebanisterías y aserraderos; lo anterior es concordante con los sectores de la economía del Municipio de Tumaco, donde existe mayor representación del sector informal.

68 casos de los 231 que reportaron lesiones en un solo dedo, correspondieron a lesiones en el dedo pulgar y de estos, en 32 casos se encontró en el registro de la historia clínica que dicha lesión se produjo en el contexto del trabajo. La información de la anamnesis respecto a la zona de la lesión, al número de dedos lesionados y a la diferenciación de la mano lesionada (derecha, izquierda o ambas), aporta a este estudio en términos de los posibles costos de aseguramiento que deberían ser cubiertos por el sistema de riesgos laborales y que en el momento están siendo costeados por el sistema de salud por el régimen subsidiado.

Por otra parte, es importante tener en cuenta los efectos a nivel funcional y económico que una lesión incapacitante en mano puede generar en un paciente que trabaja de manera informal, sin aseguramiento por riesgos laborales, de acuerdo con el reporte de las historias clínicas, las lesiones clasificadas como simples que implican la realización de suturas tienen entre 5 y 7 días de incapacidad y las lesiones complejas, que suman 52 casos, que requieren cirugía por tener compromiso de vasos sanguíneos, huesos y ligamentos, tienen una incapacidad de 15 días en adelante, dependiendo de la evolución del paciente, de la dominancia de la mano y de la actividad laboral.

De acuerdo a la revisión de la base de datos y las historias clínicas de los 528 casos seleccionados, se evidencia que en el reporte anual, que realizó la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño al Instituto Departamental de Salud, durante el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016, en relación al informe accidentalidad laboral del sector informal, existe sub registro de los casos de accidentes de trabajo, ya que a través de este estudio se identificaron 261 casos, que cuentan con anotación realizada por el médico tratante donde se indica que la lesión o trauma se presenta en el contexto del trabajo. De estos casos, 21 se registraron en la base de datos como vinculados, es decir que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento, de ellos solamente 2 casos, presentaron lesiones de tipo complejo.

Respecto a los estudios de caracterización, adelantados por el IDSN, se puede establecer un ejercicio comparativo con el presente estudio

Tabla 8. Comparativo de Información Socio Demográfica - Entre Estudios Sobre Sector Informal - del Municipio de Tumaco del IDSN y Prevalencia de Lesiones y Trastornos Traumáticos de Mano, en PEA no asegurada a Riesgos Laborales.

VARIABLES COMPARAR A	Caracterización del estado de salud y de trabajo de la población del sector de las playas del morro (restaurantes y kioscos) en el municipio. 2013	Caracterización del estado de salud y de trabajo de la Población del sector informal de recolección de conchas en el municipio de Tumaco.	Prevalencia de lesiones y trastornos traumáticos de mano, en PEA no asegurada a riesgos laborales, atendida en el Servicio de Urgencias, de la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño del Municipio de San Andrés de Tumaco durante los años 2015 a 2016.
Objetivo General	Caracterizar el estado de salud y de trabajo de la población del sector de las playas del morro (restaurantes y kioscos) en el municipio. 2013	Caracterizar el estado de salud y de trabajo de la población del sector informal de recolección de conchas en el municipio de Tumaco	Medir la prevalencia y características de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2016.
Escolaridad	Baja	Baja 79.2% tiene nivel escolar por debajo de primaria	2.08% Menor a básica primaria 97.2% no definida
Régimen de Vinculación a seguridad social	99.4% Régimen subsidiado 0.6% Régimen contributivo	96.4% pertenece al régimen subsidiado 3.6% al contributivo como beneficiario.	93% Régimen subsidiado POS 7% Vinculados
Promedio de edad	43 años	No reporta información Reporta promedio de años dedicados a la ocupación 17.5 años	34.25 años
Ubicación geográfica	Área urbana 100%	No reporta información	90.91 área urbana 9.09 área rural
Ingresos	Entre \$100.000 y \$900.000	Entre \$10.000 y \$100.000	No es parte del objeto de estudio
Estado de salud de los trabajadores	De acuerdo a las valoraciones medicas el estado de salud de los trabajadores es muy buena de 30.43%	De acuerdo a las valoraciones médicas se diagnosticaron 88 enfermedades relacionadas con el	528 personas pertenecientes a la PEA, no asegurada, con diagnóstico de lesiones y trastornos traumáticos de

Tabla 8. Continuación.

		trabajo, siendo la más frecuente la lumbalgia mecánica. Con relación a los exámenes de laboratorio, 50 (65.8%) personas presentaron resultados patológicos	mano y de ellos 261 casos de accidentes de trabajo.
Factores de riesgo a los que están expuestos	Condiciones de orden y aseo (riesgo locativo).	Exposición a animales (Biológico), Riesgo de incendio y explosión (Condiciones de seguridad), No saber nadar (Riesgos propios del oficio), Inadecuada iluminación, ventilación y temperatura (Riesgo físico), carga de trabajo estática y dinámica (Riesgo ergonómico) y la exposición a gases, vapores y humos (Riesgo químico).	Establece a través de la revisión de anamnesis de historias clínicas el mecanismo de lesión y el material, herramienta, equipo o maquinaria con el que se produce el accidente. Se aproxima a la identificación de riesgo mecánico por uso de materiales, herramientas y /o equipos, en la generación de lesiones
Capacitación	Sobre identificación de peligros valoración, evaluación e intervención de riesgos en el contexto de trabajo.	Sobre identificación de peligros valoración, evaluación e intervención de riesgos en el contexto de trabajo.	No es parte del objeto de estudio

Fuente: la presente investigación

Teniendo presente la revisión anterior, se establece que si bien es cierto, no se puede realizar una comparación de este ejercicio, con los estudios del IDSN, por su tipo, su intencionalidad, alcance y momento histórico, el estudio de la Prevalencia de lesiones y trastornos traumáticos de mano, en PEA no asegurada a riesgos laborales, atendida en el Servicio De Urgencias, de la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño Del Municipio de San Andrés De Tumaco durante los años 2015 a 2016, puede aportar al cumplimiento de objetivos y metas del Plan Decenal de Salud Publica en el Municipio, ya que a través de su ejecución logra identificar 261 casos de accidentes de trabajo que no se encuentran reportadas en las cifras oficiales.

7. CONCLUSIONES

Frente al objetivo general con el que se pretendió medir la prevalencia y características de los accidentes relacionados con lesiones y trastornos traumáticos de mano en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, atendida en el servicio de urgencias en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016, se concluye que la prevalencia de la accidentalidad de la PEA no asegurada a riesgos laborales, con implicación de lesiones y/o traumas de mano es equivalente al 38%, lo que quiere decir que de cada 100 pacientes atendidos por el servicio de urgencias de la entidad, 38 cumplen con estas características. */Adicionalmente se encuentra una prevalencia del 16% de personas que además de pertenecer al PEA sin aseguramiento a través de ARL, reportaron haberse lesionado en el contexto del trabajo.

La identificación de casos de accidentes de trabajo en trabajadores informales, a través de los reportes de anamnesis de las historias clínicas, indica que existen fallas en el registro de ingreso de las personas que son atendidas por el servicio de urgencias de la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, entidad que debe realizar reportes continuos al IDSN sobre este tema, en este sentido se debe establecer un protocolo de registro tanto del personal de recepción, como del personal médico con el fin de obtener información clara sobre las características sociodemográficas, ocupacionales necesarias para poder dar cuenta del número real de casos que se presentan en el municipio y poder así determinar líneas de intervención, para esta población.

En relación al primer objetivo específico que buscó identificar los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano, reportadas o no como accidente de trabajo en la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO durante los años 2015 a 2016, se encontraron 1484 registros de casos con lesiones y trastornos traumáticos de mano.

Se clasificaron los hallazgos de los registros de lesiones y trastornos traumáticos de mano, de acuerdo al régimen de afiliación y tipo de aseguramiento (ARS, ARL y /o EPS) en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016 de acuerdo a su origen de tipo común o laboral.

Se identificaron 418 casos del régimen contributivo, de los cuales 69 corresponden a cobertura por riesgos laborales. Los 1066 casos restantes, se ubicaron como afiliados al régimen subsidiado y vinculados. Sobre lo anterior se puede concluir que en el periodo que abarca el estudio, los afiliados al régimen subsidiado y los vinculados (72% de los casos), superaron en 2,5 veces el número de afiliados del régimen contributivo que constituyó el 28% de la población atendida por la entidad en ese periodo.

En cuanto a la identificación del origen y las características clínicas de las lesiones y trastornos traumáticos de mano, que se presentaron en la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, se seleccionaron 528 casos que cumplían con ser parte de la población económicamente activa, estar afiliados al régimen subsidiado y /o ser vinculado y haber sufrido una lesión o traumatismos en mano, de este grupo se identificaron 261 personas que se lesionaron en el trabajo de acuerdo al reporte realizado en la historia clínica por el médico tratante.

En los 267 casos restantes no se encontró información sobre el origen del accidente, lo que implica que en el 51 % de los casos estudiados no se puede determinar si existe o no conexión con entornos laborales o de otro tipo, lo que indica vacíos en el registro de las historias clínicas de la entidad.

Es importante anotar que comparando los porcentajes de accidentalidad del año 2015 con respecto a los del 2016, se presentó un incremento del 10% en los casos de accidentes de hombres, mientras que en las mujeres se presentó una disminución del 3%.

Sobre las características clínicas de las lesiones y trastornos traumáticos de mano, los tipos de lesiones más comunes que se identificaron fueron herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) 57%, que equivalen a 301 casos y de estos 31 se clasificaron como de severidad compleja. El segundo lugar lo ocupan las heridas de la muñeca y de la mano, parte no especificada 19.3%, con 102 casos de los cuales se clasificaron severidad compleja 5 casos.

El mecanismo de lesión más común fue contacto con agente material cortante, punzante y penetrante, que sumó 378 casos, que involucraron la manipulación de materiales, equipos, herramientas y maquinaria, que se usan en actividades del hogar, de servicios como procesamiento de alimentos, construcción, agricultura, pesca y transformación de la madera, que corresponden con los sectores de la economía del Municipio de Tumaco, donde existe mayor representación del sector informal.

Respecto al perfil socio demográfico de la población económicamente activa no asegurada a riesgos laborales, es importante mencionar que la información encontrada tanto en la base de datos como en las historias clínicas, no es suficiente para poder identificar claramente las características de la población, ya que no cuenta con datos que permitan describir variables tales como escolaridad, ocupación, estado civil. Por tanto, este estudio solo da cuenta de los datos que fue posible registrar.

El 78.8% de los casos de lesiones y trastornos traumáticos de mano, corresponde al sexo masculino, la representación femenina alcanza el 21.1% del número de casos. Lo anterior podría indicar que, en el periodo correspondiente a enero de 2015

y diciembre de 2016, los hombres se accidentaron más que las mujeres, en una proporción de 1 mujer por cada tres hombres.

En cuanto a la edad, se observa mayor concentración en los intervalos que se encuentran entre los 18 y los 38 años, suman en total 281 casos que corresponden al 53% de los 528 casos estudiados. El grupo de edad de mayor frecuencia de lesiones y traumas de mano está representado en el rango que va desde los 18 a 24 años, que corresponde a un 20.3% (107 casos), Lo anterior permite concluir que la población joven, menor de 24 años, de régimen subsidiado tiende a accidentarse con mayor frecuencia que la población de mayor edad.

En cuanto a la etnia, se encontró que el 79%, que suma 417 casos no corresponde a ninguna etnia, y el 21%, 111 casos, corresponden al grupo de etnia identificada en la base de datos como negro, mulato, afroamericano, afrodescendiente.

Respecto a la ubicación geográfica, el 90.91% (480) de los casos identificados se ubican en la zona urbana, solamente el 9.09 % (48) se ubican en la zona rural. Se evidenciaron fallas de registro en la base de datos y las historias clínicas en la población de origen rural, que habría podido tener una mayor representación de contar con los mismos.

En resumen respecto al perfil socio demográfico de los 528 casos estudiados, se podría decir que la población atendida en el servicio de urgencias de la entidad, es una población mayoritariamente masculina, de ninguna etnia, adulta joven, ubicada en el área urbana, afiliada al régimen subsidiado de salud, que posiblemente labora en actividades de mantenimiento, construcción, agricultura, procesamiento de alimentos, procesamiento de la madera y pesca, actividades que son coherentes con las desarrolladas en el municipio por el sector informal.

El mecanismo de lesión con mayor consulta; es el contacto con agente material cortante, punzante y penetrante, que se relacionan directamente con el desempeño de estas actividades a través de la manipulación de materiales, herramientas, equipos y maquinaria que se requieren para el desarrollo de las mismas.

De acuerdo con los datos poblacionales del municipio de Tumaco, la Población Económicamente Activa (PEA), asciende a 115.407 habitantes y de ellos, 42.477 son trabajadores informales, en este estudio se identificaron 528 casos de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO con lesiones y trastornos traumáticos de mano, que pertenecen a la PEA y no se encuentran asegurados al sistema de riesgos laborales; las 528 personas corresponden al 0.46% de la PEA del Municipio y si se establece el comparativo con la población informal, esta sería equivalente al 1.26%. Si bien es cierto esta muestra no es representativa, se podría afirmar que es una aproximación a la frecuencia de accidentalidad de la PEA no asegurada a Riesgos Laborales.

Por otra parte, teniendo en cuenta que, de los 528 casos, 261 personas reportaron haber tenido accidentes en el contexto del trabajo, y asumiendo que, este grupo puede hacer parte de la población trabajadora informal, se puede afirmar que 0.61% de los 42.477 trabajadores informales del municipio de Tumaco sufrieron lesiones y trastornos traumáticos de mano desarrollando su actividad laboral.

8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados de este ejercicio, se considera fundamental, fortalecer la efectividad del sistema de notificación y registro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales, en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO, que es una de las entidades garantes del cumplimiento de las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en el Municipio de Tumaco.

Para ello se requiere de la voluntad política de la entidad que debe facilitar los medios para establecer acciones de capacitación y supervisión del personal que ingresa la información, para mejorar la calidad de la misma, de su procesamiento y de los indicadores resultantes de la gestión de la entidad.

Por otra parte, es necesario el fortalecimiento del personal médico para la calificación del origen de los eventos y pérdida de capacidad laboral lo cual aportará en la determinación de los perfiles de morbimortalidad de la población trabajadora formal e informal del Municipio. Lo anterior aportaría en la disminución del riesgo para la entidad y para el Departamento en términos de la fidelidad de la información sobre aspectos trascendentales de salud pública, como lo es el registro de accidentalidad en trabajadores informales.

Si en el registro de la historia clínica se identifican claramente aspectos sociodemográficos (sexo, edad, educación, ocupación, ubicación geográfica), el origen del evento, el tipo de lesión, el mecanismo y el agente que entra en contacto para provocar la lesión, se pueden establecer criterios de identificación que permitan tomar decisiones y definir prioridades de intervención sobre los diferentes sectores de trabajo informal en el municipio.

Es necesario llevar a cabo procesos de registro, seguimiento y vigilancia epidemiológica. dirigidos a la población económicamente activa no asegurada, que puede ser o no parte de la población que trabaja en actividades informales, ya que esto puede dar cuenta de las causas de la accidentalidad en este sector de la población y podría dar luces para su intervención efectiva,

Para finalizar, dentro de las posibilidades de intervención, se encuentra el desarrollo de procesos de información sobre los beneficios del aseguramiento, información, sensibilización y capacitación en la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, acciones de intervención desde la perspectiva de la prevención de accidentes y enfermedades y la promoción del autocuidado. Estas actividades podrían llevarse a cabo por sectores económicos, y ubicación geográfica, en asocio con entidades de orden municipal que tienen la competencia para intervenir en materia de riesgos laborales con poblaciones de alta vulnerabilidad social y económica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]. Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021 [Internet]. 2013 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.
- [2]. Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN. sistema De información seguridad y salud en el trabajo del departamento de Nariño a 2017 [Internet]. Pasto Nariño; 2016 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/index.php/inspeccion-vigilancia-y-control-de-riesgos-laborales/235-sistema-de-informacion/1386-trabajo-menu>.
- [3]. Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN. Indicadores - accidentes de trabajo informal [Internet]. 2017 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/index.php/inspeccion-vigilancia-y-control-de-riesgos-laborales/235-sistema-de-informacion/2416-accidentes-tercero-trimestre-2016>.
- [4]. Ministerio de Salud. Resolución 1895 de 2001. Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación [Internet]. 2001 [citado el 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%201895%20DE%202001.pdf>.
- [5]. Ministerio de Salud. Resolución No. 3374. [Internet]. 2000 [citado el 28 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.hospitalfernandotroconis.com/wp-content/uploads/2015/03/RESOLUCI%C3%93N-3374-DE-2000.pdf>.
- [6]. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia [Internet]. 1991 [citado el 28 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf.
- [7]. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-164/13. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub
- [8]. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 (diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>.
- [9]. Convenio DGB Bildungswerk de Alemania - CTC - CUT. Programa: Negociación Colectiva y Dialogo Social Cartilla 2.- Seguridad Social. [Internet]. Bogotá; 2013 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://cut.org.co/wp-content/uploads/2014/02/CARTILLA-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-2013-CONVENIO-DBG-BW-CUT-CTC.pdf>.

- [10]. Colpensiones - Ministerio de Trabajo. Nuevo Modelo de Protección para la Vejez [Internet]. 2017 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/pensiones.html>.
- [11]. Colmenares. AG. Evolución sector salud Módulo Salud 2010. [Internet]. 2012 [citado el 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/mikt/evolucion-sector-salud-modulo-salud-publica-noviembre-2010>.
- [12]. EL Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012 (Julio 11). Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional [Internet]. 2012 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48365>.
- [13]. Ministerio de Salud y Protección Social. Promoción Social [Internet]. 2016 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/promocion-social.aspx>.
- [14]. Ministerio de Trabajo. Decreto 1072 de 2015, Por el cual se expide el Decreto Único reglamentario del Sector Trabajo [Internet]. 2015 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/normatividad/decretos.html>.
- [15]. Ministerio de Trabajo. Decreto 1563 del 30 de septiembre de 2016 Afiliación voluntaria al Sistema General de Riesgos Laborales [Internet]. 2016 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/inicio.html>.
- [16]. Prensa Ministerio de Trabajo. Reglamenta afiliación voluntaria al Sistema de Riesgos Laborales [Internet]. 2016 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/octubre-2016/6476-mintrabajo-reglamenta-afiliacion-voluntaria-al-sistema-de-riesgos-laborales.html>.
- [17]. Cámara de Comercio de Tumaco. Caracterización tejido empresarial Tumaco. Resumen ejecutivo. Tumaco; 2014.
- [18]. Alcaldía Municipal de Tumaco. Nuestro Municipio [Internet]. 2016 [citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.tumacotarino.gov.co/indicadores.shtml#poblacion>.

- [19]. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Empleo Informal y Seguridad Social [Internet]. 2017 [citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social>.
- [20]. Diario del Sur. En Tumaco se han atendido 47 mil personas desplazadas. [Internet]. 2013 [citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://hsbnoticias.com/en-tumaco-se-han-atendido-47-mil-personas-desplazadas-88730>.
- [21]. Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. Estudio de caracterización de condiciones de salud y laboral del trabajador informal [Internet]. 2014 [citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/index.php/inspeccion-vigilancia-y-control-de-riesgos-laborales/138-caracterizacion/1396-caracterizacion-menu>.
- [22]. Tovar CA. El significado de la informalidad. *Revista Bitácora Urbano Territorial*; 2009. 15(2)
- [23]. García-Ubaque JC, Riaño-Casallas MI, & Benavides-Piracón JA. Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública. *Revista de Salud Pública*, 2012; 14: 138-150.
- [24]. Agudo D. Lesiones tendinosas de mano y muñeca en el ámbito laboral; 2009.
- [25]. Michel-Rollock CC. Incidencia de las lesiones traumáticas de la mano y la muñeca de origen laboral: estudio de calidad de vida. [Tesis Doctoral]. Santander: Universidad de Cantabria Facultad de medicina; 2015.
- [26]. Gómez A. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11 [Internet]. 2015 [citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>.
- [27]. Frank H, Netter M. Atlas de Anatomía Humana. Quinta ed. Masson, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2011.
- [28]. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1581 de 2012 (octubre 17). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales [Internet]. 2012 [citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html
- [29]. Álvarez A. Semiología médica fisiopatología, semiotecnia y propedeutica, enseñanza basada en el paciente. 2005th ed.: Panamericana; 2014.

[30]. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Indicadores de siniestralidad laboral en Iberoamérica [Internet]. 2012 [citado el 1 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.oiss.org/estrategia/IMG/pdf/Informe_sobre_siniestralidad.pdf.

ANEXOS

Anexo A. Encuesta para la Base de Datos

1.- Número de personas que ingresaron al servicio de urgencias, en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO del municipio de SAN ANDRÉS DE TUMACO, en el periodo comprendido entre enero de 2015 a diciembre de 2016

2.- Número de personas que ingresaron al servicio de urgencias, en la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO del municipio de SAN ANDRÉS DE TUMACO, con diagnóstico relacionado con lesiones y trastornos traumáticos de mano, en el periodo comprendido entre enero de 2015 a diciembre de 2016

3.- Sexo: 1. Mujeres 2. Hombres

4.- Edad

5.- Grupo étnico: 1. Afrodescendiente 2. Indígena 3.ROM 3. Mestizo 4. Otro
Ubicación geográfica: 1. Urbana 2. Rural

6.- Tipo de lesión

A.- TRAUMATISMOS

- a. Traumatismo superficial de muñeca y mano
- b. Traumatismo de nervios a nivel de la de muñeca y mano
- c. Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la de muñeca y mano
- d. Traumatismo de tendón y musculo a nivel de la de muñeca y mano
- e. Traumatismo de por aplastamiento de la de muñeca mano
- f. Traumatismos superficiales múltiples de muñeca y mano
- g. Otros traumatismos superficiales múltiples de muñeca y mano
- h. Amputación traumática de la de muñeca y mano
- i. Otros traumatismos y los no especificados de la de muñeca y mano
- j. Contusión de dedos de la mano sin daño de uña
- k. Contusión de dedos de la mano con daño de uña

B.- INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS Y OTRAS INFLAMACIONES

- a. Celulitis de los dedos de la mano
- b. Sinovitis crepitante crónica de la mano y muñeca

C.- HERIDAS

- a. Herida de muñeca y mano
- b. Herida de dedos de la mano sin daño de uña
- c Herida de dedos de la mano con daño de uña

- d. Heridas múltiples de la mano y muñeca
- e. Heridas de otras partes múltiples de la mano y muñeca
- f. Herida de la muñeca y de mano, no especificada.

D.- FRACTURAS

- a. Fractura a nivel de muñeca y mano
- b. Fractura de hueso escofoide de la mano
- c. Fractura de otro dedo de mano
- d. Fractura múltiples de los dedos de la mano
- e. Fractura de otras partes no especificadas y de las no especificadas de la muñeca y de la mano

E.- LUXACIÓN, ESGUINCE, TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS

- a. Luxación, esguince, torcedura de articulaciones y ligamentos muñeca y mano
- b. Luxación de dedos de la mano
- c. Luxaciones múltiples de dedos de la mano
- d. Ruptura traumática de los ligamentos del dedo de la mano en las articulaciones metacarpo falángica
- e. Esguinces y torceduras de dedos de la mano
- f. Esguinces y torceduras de otras partes y de la no especificadas de la muñeca de la mano

F.- QUEMADURAS, CORROSIÓN Y CONGELAMIENTO

- a. Quemadura de la muñeca y de la mano de 1er 2do y 3er grado
- b. Corrosión de la muñeca y de la mano grado no especificado
- c. Corrosión de la muñeca y de la mano grado 1ro 2do 3er
- d. Congelamiento superficial de la muñeca y de la mano
- e. Congelamiento superficial con necrosis tisular de la muñeca y de la mano

8.- Mecanismo la lesión

- a. Golpe o Choque
- b. Caída o precipitación
- c. Contacto con agente material cortante, punzante y penetrante
- d. Aplastamiento
- e. Arrancamiento
- f. Estallamiento
- g. Explosiones
- h. Quemaduras/Escaldaduras
- i. Sobreesfuerzos

9.- Tipo de régimen de afiliación

- a. Subsidiado
- b. Vinculado
- c. Contributivo

10.- Tipo de aseguramiento por el cual es atendido

- a. ARL
- b. EPS
- c. ARS

Anexo B. Carta de Autorización E.S.E Centro Hospital Divino Niño

Página 1 de 2



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT 840.001.036-7

San Andrés de Tumaco, 31 de Agosto de 2017.

Señorita:

KARINA RIVERA

Estudiante de II Semestre

Especialización en Gerencia de la Salud y la Seguridad en el Trabajo
Convenio Universidad CES-U. Mariana.

Asunto: Respuesta Solicitud desarrollo de trabajo de Investigación.

Cordial Saludo.

De acuerdo a su solicitud de autorización para llevar a cabo en nuestra entidad, la propuesta de investigación: "PREVALENCIA DE LESIONES Y TRASNOCHOS TRAMÁUTICOS DE MANO, EN POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA NO ASEGURADA A RIESGOS LABORALES, ATENDID EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, DE LA ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO DEL MUNICIPIO DE SAN ANDRES DE TUMACO DURANTE LOS AÑOS 2015 A 2016";

Queremos comentarle que y una vez revisada su propuesta por el comité de Ética de nuestra entidad, tenemos las siguientes consideraciones:

1. De acuerdo al principio ético de Respeto por las personas, que se obliga a preservar la confidencialidad de los datos personales, y a la **Ley 1581 de 2012**, por la cual se dictan disposiciones generales para la Protección de Datos personales y a la Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia Clínica; la información de las historias clínicas, que fue aportada por el paciente durante a su atención médica.
2. Que de acuerdo a nuestra evaluación, su propuesta, ha sido con Considerada como un estudio de bajo riesgo y por ende, apto para ser ejecutado, en nuestra entidad, sin embargo debe expresar explícitamente en su metodología y consideraciones éticas que se trata de un estudio de investigación con datos anonimizados y que toda la información obtenida será utilizada exclusivamente con propósitos

estadísticos y de investigación, los ajustes, aquí solicitados, deberán realizarse para proceder al desarrollo de las actividades previstas en el plan de trabajo.



SALUD PARA TODOS

Visita nuestra página web/ www.eschedntumaco.gov.co

Escríbenos al correo electrónico divinonino@eschedntumaco.gov.co

ESE Centro Hospital Divino Niño - Nuevo Horizonte - Barrio La Ciudadela

Línea Telefónica: 727 15 56 - 727 00 26 - 318 708 44 37



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT 840.001.036-7

3. Cabe anotar que cualquier uso indebido de esta información será responsabilidad única y exclusiva de personas a cargo del estudio, y por consiguiente, toda responsabilidad civil, penal y administrativa recaerá sobre las mismas.
4. Que las personas a cargo del estudio se ajustaran a las normas y criterios vigentes establecidos en la ley y las de la ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO.
5. Las personas responsables del estudio no podrán implementar sin previos aviso cambios o enmiendas en el proyecto.}
6. Las personas responsables del estudio, deberán entregar una copia del documento final del mismo, a este comité, para contribuir con las aportaciones finales señaladas así como para los fines que la E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO estime conveniente.

HETTY BELINDA VALENCIA
Gerente (I)

Supervisión
Coordinador Medico Felipe Henao

Asesor de servicios de Salud. Presep ces

Reviso. Oficina jurídica.


SALUD PARA TODOS

Visita nuestra página web/ www.eschedntumaco.gov.co
Escribenos al correo electrónico divinonino@eschedntumaco.gov.co
ESE Centro Hospital Divino Niño - Nuevo Horizonte - Barrio La Ciudadela
Línea Telefónica: 727 15 56 - 727 00 26 - 318 708 44 37