Instituto de Previsión Social
Consejo de Administración

Acta N° 081/2023 de fecha 30 de noviembre de 2023

RESOLUCIÓN C.A. N° 081-030/2023

POR LA QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE EVALUACIÓN POR JUNTA MÉDICA LABORAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, VERSIÓN 2.

VISTO: El Expediente Digital identificado como CA/N° 2697/2023, recepcionado en la Secretaría del Consejo de Administración, en fecha 28 de noviembre de 2023, el cual contiene la Providencia de la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social, que remitió la Nota Interna GPE/DRS/N° 0297/2023, de fecha 14 de noviembre de 2023, de la Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios, por la que se eleva a consideración de la Máxima Autoridad, el Proyecto de Reglamento de Evaluación por Junta Médica Laboral del Instituto de Previsión Social, Versión 02; y

CONSIDERANDO: Que, es necesario actualizar las disposiciones y reglamentos Institucionales, a fin de adecuar e incorporar el uso de la tecnología disponible para agilizar los procesos y facilitar el acceso de los asegurados a los beneficios que le pudiesen corresponder;

Que, en especial serán beneficiados aquellos que residen en el interior del país y que por la distancia y los costos de traslados, se les dificulta y otros casos les imposibilita acceder a la evaluación médica, considerando que la actualización del reglamento optimizara la gestión que en gran medida podría conducir a la disminución de costos tanto para el asegurado como para la Institución;

Que, la evaluación por Junta Médica Laboral, es una actividad en la que intervienen varias dependencias de la Institución, por lo cual el Reglamento de Evaluación por Junta Médica Laboral del Instituto de Previsión Social Versión 2, fue debidamente socializado y cuenta con la aprobación del Director de Hospitales Área Interior, el Director de Medicina Preventiva, el Encargado de los Sistemas de Gestión de Servicios de Telemedicina, y de la Directora de Organización y Calidad;

Que, así también, corresponde unificar en un solo Reglamento las disposiciones de la Resolución C.A. N° 066-018/2016, de fecha 02 de agosto de 2016, "POR LA QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE JUNTA MEDICA-LABORAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL; y la Resolución C.A. N° 080-012/2018, de fecha 20 de noviembre de 2018, "POR LA QUE SE ACTUALIZA EL PROCEDIMIENTO DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DE LOS HIJOS DISCAPACITADOS DEL ASEGURADOS

Resolución C.A. - Página Web IPS

FDO.: DR. JORGE MAGNO BRÍTEZ ACOSTA, PRESIDENTE
DR. CARLOS ALBERTO PEREIRA OLMEDO / DR. ANIBAL MANUEL DE LOS RÍOS BOGADO
SR. JOSÉ JARA ROJAS. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración

El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.

ACTIVOS Y PASIVOS, y otras disposiciones que regulen las evaluaciones por Junta Médica Laboral;

Que, por Dictamen DIJ/DDC N° 1095/2023, de fecha 14 de noviembre de 2023, la Dirección Jurídica concluyó: *"...considera que la propuesta de Reglamento de Evaluación, por Junta Médica Laboral presentada por la Gerencia de Prestaciones Económicas, a través de la Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios, se ajusta a derecho, por lo que corresponde (...) elevar a consideración del Consejo de Administración"*;

Que, la Ley N° 98/92, de fecha 31 de diciembre de 1992, establece en su Art. 13°: "*Facultades, Deberes y Responsabilidades del Consejo, Inc. b) Dictar y reformar los reglamentos internos del Instituto...*";

Que, el Reglamento de Evaluación por Junta Médica Laboral del Instituto de Previsión Social Versión 2, cuenta con la conformidad de la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social;

Por tanto, en uso de sus atribuciones;

EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

R E S U E L V E:

1°) Aprobar el Reglamento de Evaluación por Junta Médica Laboral del Instituto de Previsión Social, Versión 2, con sus correspondientes Anexos: Anexo 1, Formulario N° 1.A Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral; Formulario N° 1. B – Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral SIH; Anexo 2, Formulario N° 2 – Informe Social; Anexo 3, Formulario N° 3, Enfermedad Común o Accidente no laboral; Anexo 4 Formulario N° 4, Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional; Anexo 5, "RIESGOS LABORALES - CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DECRETO N° 5.649/2010, DEL 16 DE DICIEMBRE DEL 2010"; Anexo 6 "RIESGOS LABORALES - TABLA DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES LABORALES"; Anexo 7, Formulario N° 5, Solicitud de Continuidad en el Seguro Social de Hijos Incapacitados; Anexo 8, Formulario N° 6, Dictamen JM Hijo Incapacitado; Anexo 9,

Resolución C.A. - Página Web IPS

FDO.: DR. JORGE MAGNO BRÍTEZ ACOSTA, PRESIDENTE
DR. CARLOS ALBERTO PEREIRA OLMEDO / DR. ANIBAL MANUEL DE LOS RÍOS BOGADO
SR. JOSÉ JARA ROJAS. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración

El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.

RESOLUCIÓN C.A. Nº 081-030/2023

Formulario N° 7, Comunicación de Continuidad en el Seguro; Anexo 10, Formulario N° 8, Reevaluación por Enfermedad o Accidente Común; Anexo 11, Formulario N° 9, Reevaluación por Accidente Laboral o Enfermedad Profesional, los cuales se encuentran refrendados por la Secretaría del Consejo de Administración y las Áreas Técnicas respectivas, que consta de 114 (ciento catorce) fojas y se adjunta a la presente Resolución.----------

2°) Encomendar a la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social y a la Gerencia de Salud, a través de las dependencias pertinentes, a proceder a aplicar y cumplir el nuevo Reglamento, que estará vigente desde el día siguiente a su aprobación.----------

3°) Encomendar a la Dirección de Tecnología de la Información y de las Comunicaciones, la realización de los ajustes técnicos necesarios para la aplicación inmediata del nuevo Reglamento de Evaluación por Junta Médica Laboral del Instituto de Previsión Social aprobado en la presente Resolución.----------

4°) Dejar sin efecto la Resolución C.A. N° 066-018/2016, de fecha 02 de agosto de 2016, "POR LA QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE JUNTA MÉDICA LABORAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL; y la Resolución C.A. N° 080-012/2018, de fecha 20 de noviembre de 2018, "POR LA QUE SE ACTUALIZA EL PROCEDIMIENTO DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DE LOS HIJOS DISCAPACITADOS DE ASEGURADOS ACTIVOS Y PASIVOS y demás disposiciones anteriores relativas a la misma materia.----------

5°) Establecer que la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social y la Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios, son las dependencias responsables de la integridad del expediente físico y su coherencia con la versión digital registrada para el tratamiento del Consejo de Administración.----------

6°) Comunicar a quienes corresponda y archivar.----------

SC/mg/pb.-

FDO.: DR. JORGE MAGNO BRÍTEZ ACOSTA, PRESIDENTE
DR. CARLOS ALBERTO PEREIRA OLMEDO / DR. ANIBAL MANUEL DE LOS RÍOS BOGADO
SR. JOSÉ JARA ROJAS. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración

Resolución C.A. - Página Web IPS

El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GERENCIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE RIESGO LABORAL Y SUBSIDIOS

REGLAMENTO DE
EVALUACION POR JUNTA MÉDICA – LABORAL
DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Versión 02

Resolución C.A. Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARÍA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

Noviembre -2023

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Instituto de Previsión Social
Folio Nº.....1.....
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Yanina Báez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

REGLAMENTO DE EVALUACION POR JUNTA MÉDICO – LABORAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

CAPÍTULO I

DEL ALCANCE Y OBJETIVO DEL REGLAMENTO

Artículo 1°. Alcance

El presente reglamento establece la Gestión Administrativa para realización de las Evaluaciones por Junta Médica -Laboral para los asegurados del Instituto de Previsión Social.

El reglamento establecido es de aplicación general en el Instituto de Previsión Social y comprende a los médicos y funcionarios intervinientes en el proceso de Evaluaciones por Junta Médica -Laboral.

Artículo 2°. Objetivo General.

Regular las evaluaciones por Junta Médica-Laboral del Instituto de Previsión Social, previstas en el Decreto Ley N° 1.860/50 y sus modificatorias, a efectos de adecuar los fines y la gestión de las mismas a los artículos 272° al 282° del Código del Trabajo; artículos 42°, 63°, 66°, 68°, 77°, 80°, 90° y 128° del Código Sanitario – Ley N° 836/89; Convenios de la OIT 78, 81, 115, 119 y 120, ratificados por la República del Paraguay; Decreto N° 14.390/92; Decreto N° 5.649/10 y concordantes; Ley N° 5804/17 ,y a las demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

Artículo 3°. Objetivos Específicos.

Reglamentar las Evaluaciones por Junta Médica -Laboral para los siguientes fines;

a) Determinar las capacidades psicofísicas de un trabajador en relación de una actividad laboral, o la medida de la incapacidad, carácter, tipo y grado; o,
b) Determinar el grado de incapacidad del hijo que; próximo a cumplir la mayoría de edad, o ya la haya sobrepasado, y dependiente de sus padres o tutores, activos o pasivos; siempre que haya cumplido las siguientes condiciones;
    a. Haber sido inscripto durante su minoridad como Asegurado Familiar; y,
    b. Presentar una patología incapacitante durante la minoridad; o
c) Determinar el grado de incapacidad laboral de un asegurado, en el caso de ser requerido.

Artículo 4°. Finalidad

Para el otorgamiento de las prestaciones, según lo solicitado;

a) Jubilación por Invalidez – Beneficios de Largo Plazo y sus reevaluaciones;
    1. En el Riesgo Enfermedad Común;
        i. Para determinar el porcentaje de Capacidad de Ganancia del asegurado, tomando como referencia al artículo 53° del Decreto Ley N° 1.860/50.

Reducción C.A. Página Web IPS

ii. Para autorizar la continuidad de la jubilación de invalidez por enfermedad común – provisoria, por un plazo adicional de hasta seis (6) meses contados a partir del término del periodo de provisoriedad autorizado, si con ello se facilita la reinserción laboral del jubilado.

2. *En el Riesgo Enfermedad Profesional o Accidente del Trabajo;*
   i. Para determinar el porcentaje de pérdida de la Capacidad de trabajo del asegurado.
   ii. Para determinar el estado de invalidez del jubilado, transcurrido el periodo de adaptación de 2 (dos) años, e informar si se produjo una modificación de la Capacidad laboral.

b) Continuidad en el Seguro Social – Para los hijos incapacitados dependientes de asegurados, activos o pasivos y sus reevaluaciones;

c) Corroborar si la causa de muerte de un asegurado fue debido a una enfermedad común, profesional o accidente de trabajo, en base a los antecedentes del caso;

d) Emitir informes médicos - laborales sobre apelaciones, solicitudes de actualizaciones y otras peticiones relacionadas a beneficios, así como otras materias afines a los objetivos específicos de las Juntas Médica – Laborales, previstas en este Reglamento, o que sean solicitadas por las Autoridades de la Institución a efectos de resolver cuestiones específicas.

Artículo 5°. Ordenamiento.

Este Reglamento se ordena por los siguientes capítulos:

Capítulo II - Enfermedad o Accidente Común

Capítulo III - Accidente Laborales o Enfermedad Profesional

Capítulo IV - Muerte del Trabajador

Capítulo V - Continuidad en el Seguro Social de Salud de Hijos Incapacitados

Capítulo VI - Evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina

Capítulo VII - Junta Médica Laboral- Revisión

Capítulo VIII - Disposiciones Generales

Capítulo IX - Disposiciones Finales

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

CAPÍTULO II
ENFERMEDAD o ACCIDENTE COMÚN

Artículo 6°. Solicitud de Evaluación por Junta Médica – Laboral por Enfermedad o Accidente común.

Cuando la sumatoria de sucesivos períodos de reposo otorgados complete las 26 (veinte y seis) semanas en el lapso de 12 (doce) meses y las mismas correspondan a una misma patología o enfermedad, o, relacionadas o especificadas dentro del mismo grupo CIE 10; y requiera extender su reposo para lograr su total recuperación, el médico tratante deberá solicitar la Evaluación por Junta Médica – Laboral, mediante el Formulario N° 1.A – Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral, o el Formulario N° 1.B – Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral en SIH, en el Sistema Informático Hospitalar (SIH) (Anexo 1) que forma parte de la presente Reglamentación, destinada a determinar la existencia o no de un estado de invalidez por Enfermedad Común para el trabajo, a los fines del otorgamiento del beneficio de largo plazo que le correspondiere.

Excepción: Salvo caso, se trate de una enfermedad o accidente común de carácter irreductible, irrecuperable, y acompañado de los antecedentes médicos que lo confirmen y certificado por el médico tratante; el Dpto. de Gestión Médica Laboral puede considerar, previo análisis del caso, la realización de la Evaluación por Junta Médica Laboral antes del plazo previsto en el presente artículo, o bien se tratare de solicitudes presentadas por asegurados inactivos dentro del periodo establecido en el Art 84 inc. b y c.-

Artículo 7°. Se considerará como una misma enfermedad aquella que aparezca dentro de los 12 (doce) meses de la enfermedad inicial y tenga el mismo diagnóstico que la anterior. En caso de manifestarse una enfermedad diferente durante el período de reposo de la primera enfermedad, la Junta Médico - Laboral deberá otorgar un reposo unificado.

Artículo 8°. Presentación de la Solicitud

La solicitud del médico tratante para la Evaluación de la Junta Médica -Laboral, podrá ser presentado;

- **Modalidad Presencial**; en el Dpto. de Gestión Médica Laboral, mediante el Formulario N° 1.A – Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral (Anexo 1),
- **Modalidad Virtual**; en las plataformas digitales habilitadas por la Institución para el efecto,
  a. En el SIH (Sistema Informático Hospitalar), mediante el Formulario N° 1.B – *Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral en SIH*, o
  b. En el Sistema Informático habilitado para el efecto, vía WEB.

Si la solicitud para la Evaluación de la Junta Médica es expedida por Médicos externos al IPS, debe ser visada por la Dirección General de control de profesionales y establecimientos de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución C.A. - Página WEB IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tania C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Artículo 9°. Informe Social

El Informe Social del asegurado, será realizado por los Trabajadores Sociales dependientes del Dpto. de Servicio Social de la Dirección de Medicina Preventiva y Programas de Salud, en el Formulario N° 2 *Informe Social* (Anexo 2) que forma parte de la presente Reglamentación; y la entrevista social podrá realizarse en forma presencial o por medios telemáticos, debiendo quedar registrado en el Sistema Informático Hospitalar (SIH), tanto el informe social como los datos del funcionario que realizo la entrevista, y caso de contingencia se recurrirá a la conformación un expediente físico rubricado debidamente.

Artículo 10°. Conformación del Junta Médica -Laboral

La Junta Médica – Laboral estará conformada como mínimo por tres profesionales médicos, debiendo ser;

1. *Un médico laboral*, dependiente del Dpto. de Gestión Médica Laboral de la Dirección de Riesgos Laborales y Subsidios.
2. *Un médico especialista* de la Institución, en caso de necesidad, convocado especialmente para el caso, previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral.
3. *Un médico facilitador,* para los casos de Evaluación por Junta Médica – Laboral por Telemedicina, el cual será designado por el Director Medico del Establecimiento de Salud, donde concurrirá el asegurado a ser evaluado.

Cuando el caso lo amerite, los tres profesionales que conformen la Junta Médica, podrán ser del Plantel de médicos del Dpto. de Gestión Médica Laboral.

Los médicos integrantes de la Junta Médica, tendrán por igual la misma responsabilidad y podrán ser convocados según requerimiento de la Institución, en caso de necesidad.

El médico tratante, quien haya solicitado la evaluación por junta médica, podrá ser convocado por la Junta Médica para aportar datos médicos relevantes, no así para dictaminar sobre la conclusión de la Evaluación por Junta Médica.

Artículo 11°. Modalidad de la Evaluación por Junta Médica - Laboral

Las evaluaciones por Junta Médica – Laboral, se podrán realizar en las siguientes modalidades;

1. **Modalidad Presencial**; En la que el paciente se acerca a las oficinas del Dpto. de Gestión Médica Laboral, y en las mismas se realiza la evaluación por Junta Médica-Laboral.
2. **Modalidad a Distancia**; En la que el paciente no puede acercarse a las oficinas del Dpto. de Gestión Médica Laboral, por lo que se coordina que la evaluación se realice en una de las siguientes instancias;
   a. En los Establecimientos de la Red Sanitaria de la Institución.
   b. En establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o Privados, Establecimientos Sanitarios Policiales, Sanidad Militar u organismos

Resolución C.A. - Página WebIPS

Sanitarios Mixtos o Universitarios. Para lo cual se solicitará previamente la autorización del establecimiento.

c. En el domicilio del asegurado, en casos especiales cuando el paciente se encuentre imposibilitado de movilizarse debido a su patología, y se disponga de la logística institucional necesaria para el traslado de los profesionales, *previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral.*

Observación: Podrá realizarse la Evaluación por Junta Médica – Laboral, apoyado los medios Telemáticos Institucionales, en los Establecimientos de Salud, en los cuales se encuentren disponible dicha tecnología, *previa coordinación de la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral, con el Encargado de Telemedicina del Hospital Central* y el médico facilitador que evaluará directamente al asegurado.

Artículo 12°. Documentos de Análisis

La Junta Médica – Laboral se expedirá en base a:

a) El Informe del médico tratante Formulario N° 1 (Anexo 1)

b) El historial clínico, estudios auxiliares de diagnósticos realizados al asegurado (que sean recabados o accedidos a través del SIH y/o otros sistemas disponibles) e informes de otros médicos especialistas.
Los Estudios Auxiliares de Diagnósticos y otros documentos requeridos, de origen externo al IPS, relacionadas a la patología médica del peticionante, deberán ser presentadas en formatos originales o en su defecto copias autenticadas por escribanía.

c) La revisión y/o exploración del paciente, realizado al momento de la Junta Médica, la cual será; directa y personal.
En el caso de las Evaluaciones por Junta Médica – Laboral realizada por Telemedicina (a distancia), será el medico facilitador el encargado de esta actividad, la cual podrá ser realizada previamente al enlace de la Junta Médica.

Artículo 13°. Conclusión de la Evaluación Junta Médica – Laboral

La Junta Médica–Laboral asentará sus conclusiones y recomendaciones en el Sistema Informático Hospitalar (SIH) y en el Formulario N° 3 –*Enfermedad Común o Accidente no laboral* que se adjunta (Anexo 3), que forma parte de la presente Reglamentación y será remitido a la Dirección de Administración de Jubilaciones para el otorgamiento del beneficio a largo plazo que correspondiere.

Los integrantes de la Junta Médica asentarán sus conclusiones y/o recomendaciones en uso de su sesión a través de los sistemas informáticos establecidos para el efecto; de las mismas se obtendrá un documento único en el que se compilen por paciente y por sesión el dictamen final.

Resolución C.A. - Página Web IPS

Artículo 14°. Carácter de la Invalidez

La conclusión de la Evaluación Médica Laboral tendrá carácter provisorio por un periodo máximo de hasta 5 (cinco) años, conforme al artículo 56° del Decreto Ley N° 1.860/50 y sus modificatorias. *Excepcionalmente*, cuando se trate de una enfermedad o accidente común de carácter irreductible e irrecuperable, la Junta Médica Laboral podrá dictaminar el carácter permanente de la invalidez.

Artículo 15°. Revocación de la Invalidez

El carácter de provisorio podrá ser revocado dentro del plazo de 5 (cinco) años, previa evaluación por junta médica, en los siguientes casos:

a) Cuando por vía de revisión y verificación se constate que el asegurado, cualquiera sea su edad, ha superado el estado de invalidez;

b) Cuando, aunque subsista el estado de invalidez, el asegurado haya logrado una capacidad de ganancia igual o superior al 50% de la remuneración habitual de un trabajador sano, del mismo sexo, capacidad y formación semejante en la misma región, en la misma u otra actividad o profesión, ya sea en la misma empresa (por reubicación laboral dispuesta por el mismo empleador), o en otra patronal, y siempre que no tenga reunido el requisito de edad para una jubilación ordinaria de retiro por vejez (60 años); y

c) Cuando el asegurado no acepte someterse a los exámenes médicos y tratamientos establecidos por el Instituto de Previsión Social, que le hayan sido indicados para la recuperación de su salud

Artículo 16°. Procedimiento de Revocación.

a) Solicitud: Podrá ser realizada a pedido del asegurado, o bien de oficio por la Institución, en base a revisiones y verificaciones de la Dirección de Riesgos Laborales y Subsidios y/o Dirección de Administración de Jubilaciones

b) Conformación y Evaluación por Junta Médica-Laboral.

c) Comunicación de la conclusión de la Junta Médica; a la Dirección de Administración de Jubilaciones los casos en que un beneficio deba ser objeto de revocación, y al solicitante.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Rev...
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Artículo 17°. Conversión definitiva

Los periodos de provisoriedad de la Invalidez por Enfermedad Común deberán ser sucesivos por el periodo máximo de 5 (cinco) años, para convertirse en Definitiva luego de dicho periodo.
Salvo los casos en que previamente se haya solicitado la revocación, conforme a lo establecido en los Artículos 15° y 16° de esta reglamentación.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

Resolución C.A. - Página WebIPS

Artículo 18°. Inicial Definitivo

La Invalidez por Enfermedad Común podrá ser Inicial Definitivo solamente cuando el informe de la Junta Médica–Laboral señale el carácter de irreductibilidad, irrecuperabilidad absoluta del estado de invalidez. No obstante, esta denominación, el beneficiario será sujeto de las revisiones previstas en este Reglamento.

CAPITULO III
ACCIDENTE LABORAL O ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Artículo 19°. Solicitud de Evaluación por Junta Médica – Laboral por Accidente Laboral o Enfermedad Profesional.

Cuando la sumatoria de sucesivos períodos de reposo otorgados complete las 52 (cincuenta y dos) semanas y las mismas correspondan a un mismo diagnóstico, ocasionado por un Accidente Laboral o Enfermedad Profesional, y requiera extender su reposo para lograr su total recuperación, el médico tratante deberá solicitar la Evaluación por Junta Médica – Laboral, mediante el Formulario N° 1.A – *Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral*, o el Formulario N° 1.B – *Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral en SIH*, en el Sistema Informático Hospitalar (SIH) (Anexo 1) que forma parte de la presente Reglamentación, destinada a determinar la existencia o no de un estado de invalidez a causa de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, para el otorgamiento de beneficios de largo plazo.

Excepciones:

a) Cuanto se trate de un Accidente Laboral o Enfermedad Profesional, cuyo carácter irreductible, irrecuperable; avalado por los antecedentes médicos que lo confirmen y certificado por el médico tratante; el Dpto. de Gestión Médica Laboral podrá considerar, previo análisis del caso, la realización de la Evaluación por Junta Médica Laboral antes del plazo previsto en el presente Artículo.

b) Cuando habiéndose agotado los tratamientos y procedimientos médicos para la recuperación de paciente, se verifique el alta médica, y le correspondiese una Indemnización, el Dpto. de Gestión Médica Laboral podrá considerar, previo análisis del caso, la realización de la Evaluación por Junta Médica Laboral antes del plazo previsto en el presente Artículo.

Artículo 20°. Presentación de la Solicitud

La solicitud del médico tratante para la Evaluación de la Junta Médica -Laboral, podrá ser presentado;

- **Modalidad Presencial:** en el Dpto. de Gestión Médica Laboral, mediante el Formulario N° 1.A – *Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral* (Anexo 1), o
- **Modalidad a Distancia (virtual):** en las plataformas digitales habilitadas por la Institución para el efecto,

Resolución C.A. - Página Web IPS

a. En el SIH (Sistema Informático Hospitalar), mediante el Formulario N° 1.B – *Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral en SIH*, o
b. En el Sistema Informático habilitado para el efecto, vía WEB,

Si la solicitud para la Evaluación de la Junta Médica es expedida por Médicos externos al IPS deberá estar visada por la Dirección General de control de profesionales y establecimientos de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Artículo 21°. Informe Social para los Casos Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional
Las Evaluaciones por Junta Médica-Laboral, para determinar la invalidez en los casos Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional, no requerirán de Informe Social.

Artículo 22°. Conformación de la Junta Médica- Laboral para Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional
La Junta Médico – Laboral para determinar la invalidez en los casos Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional deberá estar conformada como mínimo por tres profesionales médicos, debiendo ser;

1. *Un médico laboral*, dependiente del Dpto. de Gestión Médica Laboral de la Dirección de Riesgos Laborales y Subsidios.
2. *Un médico especialista* de la Institución, en caso de necesidad, convocado especialmente para el caso, previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral.
3. *Un médico facilitador,* para los casos de Evaluación por Junta Médica – Laboral por Telemedicina, el cual será designado por el Director Médico del Establecimiento de Salud, donde concurrirá el asegurado a ser evaluado.

Cuando el caso lo amerite, los tres médicos profesionales para conformar la Junta Médica, podrán ser del Plantel de médicos del Dpto. de Gestión Médica Laboral.

Los médicos integrantes de la Junta Médica, tendrán por igual la misma responsabilidad y podrán ser convocados según requerimiento de la Institución, en caso de necesidad.

El médico tratante, quien haya solicitado la evaluación por junta médica, podrá ser convocado por la Junta Médica para aportar datos médicos relevantes, no así para dictaminar sobre la conclusión de la Junta Médica.

Artículo 23°. Modalidad de la Evaluación por Junta Médica Laboral
Las evaluaciones por Junta Médica – Laboral, se podrán realizar en las siguientes modalidades;

1. **Modalidad Presencial**; En la que el paciente se acerca a las oficinas del Dpto. de Gestión Médica Laboral, y en las mismas se realiza la evaluación por Junta Médica-Laboral.
2. **Modalidad a Distancia**; En la que el paciente no puede acercarse a las oficinas del Dpto. de Gestión Médica Laboral, por lo que es necesario que la evaluación se realice en una de las siguientes instancias;

Resolución C.A. - Página Web IPS

a. En los Establecimientos de la Red Sanitaria de la Institución.
b. En establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o Privados, Establecimientos Sanitarios Policiales, Sanidad Militar u organismos Sanitarios Mixtos o Universitarios.
c. En el domicilio del asegurado, en casos especiales cuando el paciente se encuentre imposibilitado de movilizarse debido a su patología, y se disponga de la logística institucional necesaria para el traslado de los profesionales, *previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral.*

Observación: Cuando sea necesario, podrá realizarse la Evaluación por Junta Médica – Laboral, apoyado los medios Telemáticos Institucionales, en los Establecimientos de Salud, en los cuales se encuentren disponible dicha tecnología, *previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral,* y en el médico facilitador que evalúa al asegurado, formará parte de la Junta Médica

Artículo 24°. Documentos de Análisis
La Junta Médica – Laboral se expedirá en base a:

d) El Informe del médico tratante Formulario N° 1 (Anexo 1)
e) La conclusión de la Comisión de Accidente de Trabajo
f) El historial clínico, estudios auxiliares de diagnósticos realizados al asegurado (que sean recabados o accedidos a través del SIH y/o otros sistemas disponibles) e informes de otros médicos especialistas.
Los Estudios Auxiliares de Diagnósticos y otros documentos requeridos, de origen externo al IPS, relacionadas a la patología médica del peticionante, deberán ser presentadas en formatos originales o en su defecto copias autenticadas por escribanía.
g) La revisión y/o exploración del paciente, realizado al momento de la Junta Médica, la cual será; directa y personal.
En el caso de las Junta Médica realizada por Telemedicina (a distancia), será el medico facilitador el encargado de esta actividad.

Artículo 25°. Tabla de Valoración por Accidente del Trabajo
La determinación del porcentaje de pérdida de la capacidad de trabajo se hará en base a las tablas y valoraciones establecidos en el **Anexo 6** (*Riesgos Laborales – Tabla de Valoración de Incapacidades Laborales*), que forma parte de este Reglamento, y a la escala del Porcentaje de Perdida de la Capacidad de Trabajo siguiente:

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO								
100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	INFERIOR AL 30%

Resolución C.A. - Página Web IPS

Artículo 26°. Periodo de Adaptación

El período de adaptación previsto en este Reglamento tiene los siguientes efectos:

a) El Instituto podrá someter al asegurado a tratamientos especializados o de readaptación cuando la Junta Médica Laboral lo considere, con miras a reducir su incapacidad o de capacitarlo para otros oficios. La negativa de parte del asegurado a esta adaptación producirá la suspensión del beneficio, pero éste se reanudará desde el momento en que el asegurado modifique su conducta, sin que esta circunstancia pueda dar lugar al reintegro correspondiente al período de pago de suspensión.

b) El Instituto podrá constituir una Junta Médico – Laboral a efectos de realizar inspecciones al asegurado, con la finalidad de determinar si el grado de incapacidad desaparece, disminuye o aumenta, con el objeto de establecer el haber jubilatorio definitivo una vez transcurrido un período de adaptación de dos (2) años.

c) En caso de disminución o desaparición del grado de incapacidad, conforme lo determine el informe Médico – Laboral, el Instituto de Previsión Social podrá recomendar la reubicación laboral del asegurado.

Artículo 27°. Conclusiones de la Evaluación

La Junta Médica–Laboral asentará sus conclusiones y recomendaciones en el Sistema Informático Hospitalar (SIH) y en el Formulario N° 4 – Accidente Laboral o Enfermedad Profesional (Anexo 4), que se adjunta y forma parte de la presente Reglamentación y será remitido a la Dirección de Administración de Jubilaciones para el otorgamiento del beneficio a largo plazo que correspondiere.

Las conclusiones se adoptarán conforme a las definiciones del artículo 40° incisos a), b) y c) del Decreto Ley N° 1.860/50, a la *Codificación de Enfermedades Profesionales* - Decreto N° 5.649/10 del 16 de diciembre del 2.010 (Anexo 5), que forma parte del presente Reglamento.

Los integrantes de la Junta Médica asentarán sus conclusiones y/o recomendaciones en uso de su sesión a través de los sistemas informáticos establecidos para el efecto; de las mismas se obtendrá un documento único en el que se compilen por paciente y por sesión el dictamen final.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

CAPITULO IV
MUERTE DEL TRABAJADOR

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Artículo 28°. Fallecimiento del trabajador

En caso de fallecimiento del trabajador y a los fines de determinar el derecho a un beneficio de largo plazo, el Dpto. de Gestión Médica Laboral, establecerá la conformación de una junta médica, para corroborar la causa de muerte, cuando;

Resolución C.A. - Página Web IPS

a) Se solicite una pensión para los derechohabientes; y
b) No se encuentre acreditada como causa un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

Artículo 29°. Solicitud.
La solicitud será presentada ante la Dirección de Administración de Jubilaciones, y a fin de contar la documentación necesaria para realizar el análisis referido en el Artículo anterior, el solicitante deberá adjuntar cuanto sigue;

1. Certificado de defunción, original
2. Informe Forense, original o copia autenticada, no excluyente
3. Denuncia Policial, original o copia autenticada, no excluyente

La Junta Médica-Laboral, podrá verificar en el Sistema Informático Hospitalar (SIH), la historia clínica del asegurado fallecido.

Artículo 30°. Enfermedad Profesional
La enfermedad profesional será identificada conforme a la codificación establecida en la Resolución CA N° 015-028/07 - Por la que se aprueba la Tabla Valorativa de Incapacidad Laboral del Instituto de Previsión Social denominada Normas de evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al régimen unificado de jubilaciones y pensiones del IPS - Ley N° 98/92. Anexo 5 Codificación de Enfermedades Profesionales y Anexo 6 (Riesgos Laborales – Tabla de Valoración de Incapacidades Laborales)

Artículo 31°. La Junta Médica – Laboral para corroborar la causa de muerte de un asegurado deberá conformarse como mínimo de 3 (tres) profesionales médicos, dependientes del Dpto. de Gestión Médica Laboral de la Dirección de Riesgos Laborales y Subsidios.

Artículo 32°. En caso de que la Junta Médica – Laboral corroboré que la causa de fallecimiento del asegurado haya sido a causa enfermedad profesional, tendrá por efecto la equiparación con el accidente del trabajo, conforme lo previsto en el artículo 52° del Decreto Ley N° 1.860/50.

Artículo 33°. Beneficio de Largo Plazo.
La conclusión de la Evaluación Médica-Laboral será remitida a la Dirección de Administración de Jubilaciones para el otorgamiento del beneficio que corresponda a los derechohabientes, conforme a lo previsto en los artículos 62° y 65° del Decreto Ley N° 1.860/50.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

CAPITULO V
CONTINUIDAD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DE HIJOS INCAPACITADOS

Artículo 34°. Definición

Se definen como patologías incapacitantes las deficiencias permanentes, que impiden en forma absoluta e irreversible el ejercicio de una actividad laboral en relación de dependencia y mediante la cual se pueda obtener un ingreso económico para el propio sustento. Y estas puede ser;

1. Físicas o mentales,
2. Intelectuales, sensoriales o psicosociales,
3. Nacimiento o adquiridas en la minoridad

Artículo 35°. Solicitud

El solicitante, padres o tutores legales (o curador), deberán presentar el Formulario N° 5-*Solicitud de Continuidad en el Seguro Social de Hijos Incapacitados* (Anexo 7) que forman parte del presente Reglamento, esté podrá ser presentado en forma presencial, en el Dpto. de Gestión Médica Laboral o en forma virtual, en las plataformas digitales habilitadas por la Institución para el efecto. Además, deberá adjuntar la siguiente documentación;

1. Copia de la cedula de identidad del solicitante,
2. Copia de la cedula de identidad del hijo incapacitado,
3. Certificado de nacimiento original del hijo incapacitado,
4. En caso de ser solicitado por el Tutor/Curador, debe presentar copia autenticada de la Sentencia Judicial de Tutor/Curador.

Artículo 36°. Informe Social

El objeto del Informe Social es verificar las condiciones de convivencia declaradas e informar si sujeto en cuestión adolece de una patología que afecte su capacidad de ganancia y auto sustento, así como las condiciones socioeconómicas familiares que rodean al hijo incapacitado.

El informe social será realizado por los Trabajadores Sociales dependientes del Dpto. de Servicio Social de la Dirección de Medicina Preventiva y Programas de Salud, conforme al Formulario N° 2 (Anexo 2); certificando el cumplimiento de los recaudos de convivencia domiciliaria y dependencia económica establecidos en el artículo 34° del Decreto Ley N° 1.860/50 – Ley N° 375/56.

Y la entrevista social podrá realizarse en forma presencial o por medios telemáticos, debiendo quedar registrado en el Sistema Informático Hospitalar (SIH), tanto el informe social como los datos del funcionario que realizo la entrevista, y caso de contingencia se procederá a conformar un expediente físico con las debidas rubricas.

Resolución C.A. - Página Web IPS

Artículo 37°. Conformación de Junta Médica-Laboral

La Junta Médica – Laboral deberá estar conformada como mínimo por tres profesionales médicos, debiendo ser;

1. *Un médico laboral*, dependiente del Dpto. de Gestión Médica Laboral de la Dirección de Riesgos Laborales y Subsidios.
2. *Un médico especialista* de la Institución, en caso de necesidad, convocado especialmente para el caso, previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral.
3. *Un médico facilitador,* para los casos de Evaluación por Junta Médica – Laboral por Telemedicina, el cual será designado por el Director Médico del Establecimiento de Salud, donde concurrirá el asegurado a ser evaluado.

Cuando el caso lo amerite, los tres profesionales para conformar la Junta Médica, podrán ser del Plantel de médicos del Dpto. de Gestión Médica Laboral.

Los médicos integrantes de la Junta Médica, tendrán por igual la misma responsabilidad y podrán ser convocados según requerimiento de la Institución, en caso de necesidad.

Artículo 38°. Modalidad de Evaluación por Junta Médica Laboral

Las evaluaciones por Junta Médica – Laboral, se podrán realizar en las siguientes modalidades;

1. **MODALIDAD PRESENCIAL**; En la que el paciente se acerca a las oficinas del Dpto. de Gestión Médica Laboral, y en las mismas se realiza la evaluación por Junta Médica-Laboral.

2. **MODALIDAD A DISTANCIA**; En la que el paciente no puede acercarse a las oficinas del Dpto. de Gestión Médica Laboral, por lo que se coordina que la evaluación se realice en una de las siguientes instancias;
   a. En los Establecimientos de la Red Sanitaria de la Institución.
   b. En establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o Privados, Establecimientos Sanitarios Policiales, Sanidad Militar u organismos Sanitarios Mixtos o Universitarios.
   c. En el domicilio del asegurado, en casos especiales cuando el paciente se encuentre imposibilitado de movilizarse debido a su patología, y se disponga de la logística institucional necesaria para el traslado de los profesionales, *previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral.*

Observación: Cuando sea necesario, podrá realizarse la Evaluación por Junta Médica – Laboral, apoyado los medios Telemáticos Institucionales, en los Establecimientos de Salud, en los cuales se encuentren disponible dicha tecnología, *previa coordinación con la Jefatura del Dpto. de Gestión Médica Laboral,* y en el médico facilitador que evalúa al asegurado, formara parte de la Junta Médica

Resolución C.A. - Página Web IPS

Artículo 39°. Documentos de Análisis para la Evaluación de Hijos Incapacitados

La Junta Médica – Laboral se expedirá en base a:

a) El historial clínico, estudios auxiliares de diagnósticos realizados por el hijo incapacitado (que sean recabados o accedidos a través del SIH y/o otros sistemas disponibles) e informes de otros médicos especialistas.
   Los Estudios Auxiliares de Diagnósticos y otros documentos requeridos, de origen externo al IPS, relacionadas a la patología Médica del peticionante, deberán ser presentadas en formatos originales o en su defecto copias autenticadas por escribanía.

b) La revisión y/o exploración del paciente, realizado al momento de la Junta Médica, la cual será; directa y personal.
   En el caso de las Junta Médica realizada por Telemedicina (a distancia), será el medico facilitador el encargado de esta actividad.

c) En caso de que la Junta Médica lo requiera, podrá convocar a otros médicos especialistas, y/o disponer la realización de estudios auxiliares de diagnósticos, en cuyo caso el plazo de entrega del informe Médico – Laboral se prorrogará;

d) El informe sobre discapacidad proveído por la Dirección de Valoración de Discapacidad de la SENADIS. Documento de carácter referencial y no excluyente.

Artículo 40°. Conclusión de la Evaluación por Junta Médica

Las conclusiones y recomendaciones de Junta Médica-Laboral, serán asentadas en el Formulario N° 6 – *Dictamen JM Hijo Incapacitado* (Anexo 8) que forma parte de la presente Reglamentación y remitida a la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social. Estas conclusiones podrán además registrarse en el Sistema Informático Hospitalario (SIH).

Artículo 41°. Dictamen Jurídico

Una vez realizado en informe social y la evaluación médica laboral, se derivará todos los antecedentes de la solicitud, a la Dirección Jurídica a fin de que se expida sobre la procedencia legal del beneficio solicitado.

Artículo 42°. Exclusión

Los hijos incapacitados que hayan sido incorporados al Seguro Social de Salud, conforme a lo establecido en el presente reglamento, podrán ser excluidos en los siguientes casos:

1) Cuando se determine la desaparición de la patología incapacitante;

2) Cuando la capacidad laborativa del hijo incapacitado le permita un nivel remuneratorio igual o superior al 33% del salario mínimo establecido para actividades diversas no especificadas

Resolución C.A. Página Web IPS

3) Cuando se determine que el hijo incapacitado desempeña alguna actividad remunerada, y se encuentre inscripto en el Instituto de Previsión Social como afiliado cotizante titular; y

4) Cuando el padre o responsable del hijo incapacitado, pierda la condición de cotizante titular. En el caso de que esta pérdida de condición se deba a causa no atribuible al trabajador, la cobertura se extenderá hasta por 60 días posteriores a la fecha de cesantía.

5) De constatarse que el hijo incapacitado se encuentra casado, concubinado o en unión de hecho.

6) Cuando no se cumplan los requisitos establecidos en este reglamento.

Artículo 43°. Denegatoria
En caso de informes negativos del Servicio Social, de la Evaluación por Junta Medica – Laboral o Dictamen Jurídico denegatorio, la solicitud será denegada por la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social, mediante Resolución de Gerencia, que será comunicada al solicitante mediante el Formulario N° 7 - *Comunicación de Continuidad en el Seguro* (Anexo 9) que forma parte de la presente Reglamentación.

Artículo 44°. Resolución
La Continuidad en el Seguro Social del Hijo incapacitado o la exclusión, serán dispuestas por Resolución de la Gerencia de Prestaciones Económicas.

Artículo 45°. Comunicación de Continuidad en el Seguro
Finiquitada la solicitud de Continuidad en el Seguro Social del Hijo Incapacitado, el resultado será comunicado al solicitante mediante el Formulario N° 7 - *Comunicación de Continuidad en el Seguro Social* (Anexo 9) que forma parte de la presente Reglamentación.

Artículo 46°. Reevaluaciones
El Dpto. de Gestión Medica Laboral, calendarizara la reevaluación medica laboral y socioeconómica de los hijos incapacitados que hayan sido admitidos en carácter "Provisorio".
La cual se realizará cada 12 (doce) meses, a los efectos de constatar si la condición de incapacidad subsiste; habiendo desaparecido la misma o detectada una capacidad laboral residual, se suspenderá las prestaciones. Las reevaluaciones podrán estipularse en un plazo menor, si la Jefatura del Dpto. de Gestión Medica Laboral lo considera pertinente.
La apelación de esta Resolución se tramitará en base al Art. 58 del Decreto N° 10.810/52, correspondiendo al Consejo de Administración dictar la Resolución que disponga la realización de una nueva evaluación por Junta Medica-Laboral.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ibáñez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Abog. Gustavo Cubas Díaz
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Reducción C.A. - Página Web IPS

CAPITULO VI
EVALUACION POR JUNTA MÉDICA-LABORAL POR TELEMEDICINA

Artículo 47°. Solicitud de Junta Médica Laboral por Telemedicina
Al momento de la presentación de solicitud; la cual se realizará según lo establecido en el presente reglamento; el recurrente podrá especificar el Establecimiento de Salud de la Institución, en el cual desea realizarse la evaluación por Junta Médica – laboral, según conveniencia de cercanía.
La información de los Establecimientos de Salud de la Institución disponibles, para la evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina, estará disponible para el solicitante y será actualizado conforme a lo informado por la Dirección de Hospitales Área Interior y al Encargado de Telemedicina del Hospital Central.

Artículo 48°. Coordinación de la Evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina
La Jefatura del Departamento de Gestión Médica Laboral, tendrá a su cargo las tareas de coordinación de la Evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina, juntamente con el Encargado de los Equipos de Telemedicina del Hospital Central y el Director Médico del Establecimiento de Salud donde se llevará a cabo la Evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina.

El Director Médico del Establecimiento de Salud, donde se llevará a cabo la Evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina, podrá delegar esta tarea en otro funcionario, profesional médico, debiendo previamente informar a la Jefatura del Departamento de Gestión Médica Laboral.

Artículo 49°. Medico Referente – Facilitador
El Director Médico del Establecimiento de Salud, donde se llevará a cabo la Evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina, designará un Médico Referente que tendrá la tarea de *Medico Facilitador*, durante la Junta Médica Laboral por Telemedicina y que formará parte de la Junta Médica.

Esta tarea podrá ser realizada por el Director Médico del Establecimiento de Salud.
Para la puesta a punto de los equipos de telemedicina, en caso de requerirlo, podrá contar con el apoyo de un personal de blanco o administrativo que considere pertinente, a fin de asegurar el desarrollo normal de la evaluación.

Artículo 50°. Informe Social
Se llevará a cabo previamente a la evaluación de la Junta Médica, pudiendo utilizar los mismos equipos de telemedicina dispuesto para el efecto.

Artículo 51°. Registro de la Evaluación Médica por Telemedicina
Las evaluaciones realizadas por medios telemáticos [illegible] deben registrar y [illegible] todos el proceso en soporte magnético. A fin de [illegible] transparencia y la integridad del proceso

Resolución C.A. - Página Web IPS

evaluativo y proporcionar un recurso valioso en caso de que surjan discrepancias al ofrecer un medio legal de respaldo para la impugnación, fortaleciendo así los principios de equidad y defensa de los derechos. En caso de ser almacenados en discos compactos, estos quedaran al archivo y resguardo del Dpto. de Gestión Médica Laboral.

Artículo 52°. Documentos de Análisis para la Evaluación

El asegurado deberá concurrir a la evaluación por Junta Médica-Laboral por Telemedicina, en el horario y fecha establecida por la Institución, portando los siguientes documentos:

e) Los Estudios Auxiliares de Diagnósticos y otros documentos requeridos, de origen externo al IPS, relacionadas a la patología médica del peticionante, deberán ser presentadas en formatos originales o en su defecto copias autenticadas por escribanía.

f) La revisión y/o exploración del paciente, realizado al momento de la Junta Médica, la cual será; directa y personal. En esta modalidad (a Distancia) será el medico facilitador el encargado de esta actividad.

g) En caso de que la Junta Médica lo requiera, podrá convocar a otros médicos especialistas, y/o disponer la realización de estudios auxiliares de diagnósticos, en cuyo caso el plazo de entrega del informe Médico – Laboral se prorrogará;

Artículo 53°. Conclusiones

Las conclusiones de la Junta Médica–Laboral serán asentadas conforme a la solicitud sean; en el Formulario N° 3 – *Accidente o Enfermedad Común* (Anexo 3), o en el Formulario N° 4 – *Accidente Laboral o Enfermedad Profesional* (Anexo 4), o Formulario N° 5-*Solicitud de Continuidad en el Seguro Social de Hijos Incapacitados*, que forman parte de la presente Reglamentación.

Se establecerán los ajustes necesarios a los sistemas informáticos, para que queden asentadas las rubricas de los médicos intervinientes en la evaluación por Junta Médica Laboral por Telemedicina.

Resolución C.A. - Página Web IPS

CAPITULO VII
JUNTA MÉDICA – LABORAL DE REVISIÓN.

Artículo 54°.

Los recursos interpuestos por los asegurados en caso de disconformidad con cualquiera de las decisiones adoptadas en virtud del presente Reglamento; las solicitudes de actualización del informe médico -laboral, tanto para los casos de enfermedad o accidente común o por accidente del trabajo o enfermedad profesional, sean permanentes totales o parciales; así como cualesquiera otras peticiones relacionadas a dictámenes de la Junta Médica – Laborales serán atendidas conforme al siguiente procedimiento:

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARIA [illegible] STRO Secretaria del Consejo de Administración

a) Los recursos y solicitudes presentadas al Instituto de Previsión Social serán derivadas a la Gerencia de Prestaciones Económicas;

b) La Gerencia de Prestaciones Económicas podrá disponer la conformación de Juntas Médica – Laborales de revisión, a efectos de analizar las peticiones contenidas en los recursos y solicitudes;

c) En un plazo no mayor a 15 días calendarios desde la presentación, la Gerencia de Prestaciones Económicas elevará al Consejo de Administración las recomendaciones de la Junta Médica – Laboral de revisión;

d) Adoptada una resolución del Consejo de Administración sobre el recurso o solicitud, será implementado el respectivo cumplimiento, de forma inmediata;

e) Las Resoluciones del Consejo de Administración ya no serán recurribles en la instancia puramente administrativa.

Artículo 55°. Revisión.
La Junta Médica-Laboral de Revisión podrá realizar cuantos otros actos y gestiones sean necesarios para proveer un informe técnico de confirmación, modificación o ampliación de lo peticionado en el recurso o solicitud.

CAPITULO VIII
DISPOSICIONES GENERALES.

Artículo 56°. Archivo del Expediente
Si el estado de invalidez obedece a intoxicación alcohólica o por adicciones, o a riñas provocadas por el asegurado, o a actos voluntarios delictuosos imputable al asegurado, conjunta o separadamente, comprobado mediante documentación fehaciente, se archivará el expediente y se denegará el beneficio.

Artículo 57°. Naturaleza de los Informes
Los informes de la Junta Médica – Laboral y otros tipos de documentos recabados por la misma, son documentos administrativos de uso Institucional para fines detallados en la presente reglamentación.

Artículo 58°. Plazos de las Juntas.
Todas las Juntas Médica – Laborales establecidas en el presente Reglamento se reunirán dentro de los 15 días calendario contados desde la respectiva petición, y el informe respectivo deberá estar firmada por todos los integrantes de esta y remitirse en un plazo no mayor a 5 días calendario contados desde la fecha de la junta realizada, salvo casos de fuerza mayor debidamente justificados en el expediente. Para los casos de las evaluaciones realizadas por vía telemática, se establecerán los mecanismos informáticos para que quede registrada la participación de los médicos intervinientes.

Resolución C.A. - Página Web IPS

Artículo 59°. Reevaluaciones.
Las reevaluaciones serán asentadas en los siguientes formularios que se adjuntan y forman parte del presente reglamento según el detalle:

a) Enfermedad o Accidente Común, en el Formulario N° 8 *Reevaluación por Enfermedad o Accidente Común* (Anexo 10);
b) Accidente Laboral o Enfermedad Profesional en el Formulario N° 9- *Reevaluación por Accidente Laboral o Enfermedad Profesional* (Anexo 11);
c) Continuidad en el Seguro Social del Hijo Incapacitado serán registrados en el Formulario N° 6 (Anexo 8)

Artículo 60°. Anexos
Forman parte del presente Reglamento los siguientes anexos;

Anexo 1: Formulario N° 1.A – *Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral*
Formulario N° 1.B – *Solicitud de Conformación de Junta Médica Laboral SIH*

Anexo 2: Formulario N° 2 – *Informe Social*

Anexo 3: Formulario N° 3 –*Enfermedad Común* o *Accidente no laboral*

Anexo 4: Formulario N° 4 – *Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional*

Anexo 5: "RIESGOS LABORALES - CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - DECRETO N° 5.649/10 DEL 16 DE DICIEMBRE DEL 2.010.";

Anexo 6: "RIESGOS LABORALES - TABLA DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES LABORALES";

Anexo 7: Formulario N° 5-*Solicitud de Continuidad en el Seguro Social de Hijos Incapacitados*

Anexo 8: Formulario N° 6 – *Dictamen JM Hijo Incapacitado*

Anexo 9: Formulario N° 7 - *Comunicación de Continuidad en el Seguro*

Anexo 10: Formulario N° 8 - *Reevaluación por Enfermedad o Accidente Común*

Anexo 11: Formulario N° 8 - *Reevaluación por Accidente Laboral o Enfermedad Profesional*

Resolución C.A. - Página Web IPS

CAPITULO IX
DISPOSICIONES FINALES.

Artículo 61°. Toda cuestión relacionada a la Junta Médico - Laboral no contemplada en el presente Reglamento, será elevada por la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social a consideración de la Máxima Autoridad.

Artículo 62°. Este Reglamento entrará en vigor desde la fecha de aprobación por parte del Consejo de Administración del Instituto de Previsión Social, previéndose modificaciones y/o ampliaciones posteriores, que deberán ser solicitadas por la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social, para mejor aplicación y cumplimiento de los objetivos Institucionales.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

Resolución C.A. - Página Web PS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ANEXOS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 1

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

Formulario N° 1.A - SOLICITUD DE EVALUACION DE LA JUNTA MÉDICA (Hoja 1)
INFORME DEL MEDICO TRATANTE

Ficha Clínica N°

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido:

Cedula de Identidad: Edad: Sexo:

Profesión: Tipo de Trabajo que realiza:

Localidad de Residencia:

Donde quiere realizarse la Evaluación por Junta Médica Laboral:

Información sobre Diagnostico / Llenado por el médico Tratante

Tiempo de tratamiento:

Fecha de último Examen Médico:

Estudios Realizados:

1.

2.

Diagnóstico y tratamiento actual:

Motivo por el cual se solicita Evaluación por "*Junta Médica - Laboral*"

A su criterio el Paciente presenta Invalidez por:

1) Enfermedad Común	
2) Enfermedad Profesional	
3) Accidente de Trabajo	

*Marque con X en la casilla que corresponde.

A su criterio el Paciente presenta una Invalidez:

1) Temporal	
2) Permanente	

*Marque con X en la casilla que corresponde.

Médico Tratante

Datos del Médico Tratante:

Nombre y Apellido:

Especialidad: Registro Profesional N°

Fecha:

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Ana María Castro
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. [illegible]
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

ANEXO 1

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

Formulario N° 1.A - SOLICITUD DE EVALUACION DE LA JUNTA MÉDICA (Hoja2)

Dirección del Paciente:

Calle:

N° de Casa: Barrio: _____

Ciudad: _____

Teléfonos

Particular: Celular:

Familiar: Lugar de Trabajo:

Vecino: Otro:

Referencia para llegar al Domicilio

Croquis

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ANEXO 1

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

Formulario N° 1.B - SOLICITUD DE EVALUACION DE LA JUNTA MEDICA – SIH (Hoja1)
INFORME DEL MEDICO TRATANTE

Emissão 12/10/2023 07:56 Ficha 146

SOLICITUD DE JUNTA MEDICA LABORAL

Página 1

AMBULATORIO

Pront.: Paciente:
Registro: Sexo: Para Maternidade
Atendim.: Data/Hora Ficha:
Convêni: Quarto/Leito:

1) DIAGNOSTICO MEDICO - CAUSAL DE INVALIDEZ

2) OTROS DIAGNOSTICOS (SI LOS HUBIERE)

3) TRATAMIENTO RECIBIDO Y ACTUAL

4) PLAN

5) FECHA DE ULTIMO EXAMEN

6) ESTUDIOS REALIZADOS

(X) RX OBS:
( ) ERG OBS:
(X) ECOGRAFIA OBS:
( ) ECOCARDIOGRAFIA
( ) TOMOGRAFIA
( ) ENDOSCOPIA OBS:
(X) A. LABORATORIALES OBS:
( ) OTROS

7) TIEMPO DE TRATAMIENTO

06 MESES

8) MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA LA JUNTA MEDICA LABORAL

9) INCAPACIDAD PRODUCIDA POR:

( ) ACCIDENTE DE TRABAJO
( ) ENFERMEDAD PROFESIONAL
OBS:

10) TIEMPO DE INVALIDEZ

(X) TEMPORAL
OBS:

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Carlos Reve
Director
Direccion de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. Tanya
Coordinadora
Direccion de Riesgo Laboral y Subsidios

ANEXO 2

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

Formulario N° 2 - INFORME SOCIAL -Dpto. DE SERVICIO SOCIAL - DPM		
Datos del Asegurado	Nombre y Apellido:	
	Cedula de Identidad:	
	Fecha de Nacimiento:	
	Edad:	
	Dirección:	
	Teléfono Móvil:	
	Fecha de Entrevista:	
	Elaborado por:	

Se realiza la entrevista en: Dpto. de Gestión Médica Laboral ☐
Medios Telemáticos ☐

El paciente acude en compañía de: _____

1 **Antecedentes de la Enfermedad:**

2 **Escolaridad:**

3 **Habilidades / Pasatiempos:**

4 **Económico:**

5 **Familiar:**

6 **Capacidad para el trabajo:**

7 **Observación:**

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
ABG. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Direccion de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 3

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 3 - ENFERMEDAD COMÚN o ACCIDENTE NO LABORAL

SOLICITUD N°		**LUGAR Y FECHA**		**Expediente N°:**
C.I. N°		**NOMBRE Y APELLIDO**		
FECHA NAC.		**PROFESIÓN O ACTIVIDAD**		

ANTECEDENTES DE BENEFICIOS:

EVALUACIÓN MÉDICO – LABORAL Y SOCIOECONÓMICA.	**FECHA:**	
EVALUACIÓN MEDICO – LABORAL.		
	Causa de la Evaluación:	
1	**1.1.** Enfermedad Común (Debe constar en el Expediente Clínico solamente).	
	1.2. Accidente No Laboral.	
2	**2.1.** El asegurado/a gozó de Período de Subsidio de Reposo antes de la presente Evaluación.	
	2.2. El asegurado/a cumplió el tratamiento prescripto durante el Periodo de Subsidio de Reposo.	
3	El asegurado/a está capacitado/a para continuar trabajando.	
4	**4.1.** Estado de Invalidez que presenta el asegurado/a en Valor Porcentual.	%
	4.2. Recuperable. Se recomienda un Período de Tratamiento de _____ meses (D.L. 1860/50 ART. 56°), con Reevaluaciones cada _____ meses.	
	4.3. Irreductible e Irrecuperable Absoluto.	
EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA.		
5	¿El asegurado/a está capacitado para procurarse mediante una labor proporcionada a sus fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente a por lo menos el 33% de la remuneración habitual de un trabajador sano del mismo sexo, capacidad y formación semejantes, en la misma región?	

FIRMAS MÉDICOS Y ASISTENTES SOCIALES	A DRLyS FIRMA JEF.DGML	A DAJ FIRMA DIRECCIÓN DRLyS

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE JUBILACIONES		
6	**6.1.** Corresponde el Beneficio en carácter Provisorio por ____ ____ meses. (D.L.1860/50 ART. 61°) y Reevaluaciones cada _____ meses.	
	6.2. Corresponde el Beneficio en carácter Definitivo por Irreductibilidad e Irrecuperabilidad Absoluta. (D.L.1860/50 ART. 61°), con Reevaluación anual (art. 56° párrafo final, DL 1860/50).	
	6.3. Corresponde denegar el Beneficio en base al Alta Médica.	
	6.4. Corresponde denegar el Beneficio por Incumplimiento del tratamiento médico (DL 1860/50 Art. 30° Inc. b).	
	6.5. Corresponde denegar el Beneficio por Capacidad Ganancia superior al 33%. (DL 1860 /50 art. 53.)	
	6.6. Corresponde denegar el Beneficio por no reunir los requisitos previstos en el art. 54° inciso b) – DL 1.860/50.	

A: DAJ FIRMA JEFATURA OERI	A: DRLyS FIRMA DIRECCIÓN DAJ

DIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SUBSIDIOS		
7	**7.1.** Corresponde denegar la Extensión, atendiendo a que el asegurado/a no presentó la justificación de salarios percibidos en el Período de Subsidio de Reposo.	
	7.2. Considerando que no se reúnen los requisitos de edad y antigüedad para acceder a un Beneficio de largo plazo **(6.6.)**; el carácter recuperable de la enfermedad **(4.2.)**; y habiendo gozado precedentemente de un Período de Subsidio durante el cual cumplió con el Tratamiento prescripto **(2.1.)**, corresponde Prorroga de Subsidio de Reposo por un plazo de _____meses, de carácter improrrogable.	

A: DPTO. GESTIÓN DE SUBSIDIOS, para proceder conforme a lo [illegible]

FIRMA DIRECCIÓN DRLyS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARÍA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 4

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 4 –ACCIDENTE LABORAL o ENFERMEDAD PROFESIONAL

SOLICITUD N°	**LUGAR Y FECHA**
C.I. N°	**NOMBRE Y APELLIDO**
FECHA NAC.	**PROFESIÓN O ACTIVIDAD**

ANTECEDENTES DE BENEFICIOS:

DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD DEL TRABAJO		**FECHA:**
1	Causa de la Evaluación:	
	1.1. Enfermedad Profesional.	
	1.2. Accidente del Trabajo en el local del trabajo.	
	1.3. Accidente del Trabajo in itinere.	
2	El asegurado/a evidencia el siguiente porcentaje de Pérdida de la Capacidad de Trabajo:	

PÉRDIDA TOTAL DE LA CAPACIDAD LABORAL	**PÉRDIDA PARCIAL DE LA CAPACIDAD LABORAL**								**NINGUNA**
100	90	80	70	60	50	40	30	MENOS DE 30	

3	**3.1.** El asegurado/a gozó de Periodo de Subsidio de Reposo antes de la presente Evaluación.	
	3.2. El asegurado/a cumplió el tratamiento prescripto durante el Periodo de Subsidio de Reposo.	
4	El asegurado/a está capacitado/a para continuar trabajando.	
5	Se recomienda la Reubicación Laboral del asegurado/a. (Solamente en caso de Pérdida Parcial de la Capacidad de Trabajo).	
6	En todos los casos de Pérdida de la Capacidad de Trabajo (Parcial o Total), se recomienda Reevaluaciones cada _____ meses, dentro del Periodo de Adaptación (máximo hasta 2 años - Dto. 10.810/52 - art. 76°).	

	A DRLyS
FIRMAS MÉDICOS	FIRMA JEFATURA DGML

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACION DE JUBILACIONES				**FECHA**
8	**7.1.** Corresponde denegar el Beneficio por incumplimiento del tratamiento médico **(3.2.)**			
	7.2. Corresponde denegar el Beneficio por no presentar Pérdida de la Capacidad de Trabajo **(Ninguna)**, y hallarse capacitado para continuar trabajando **(4.)**			
	7.3. Corresponde denegar el Beneficio por existir aportes en el Período de Subsidio de Reposo.			
	8.1. Corresponde una Indemnización de 5 anualidades DL 1.860/50 art. 41° inc. d)			
	8.2. Corresponde la Jubilación de Invalidez - Parcial		Con Reevaluación en el Periodo de Adaptación cada:	6 meses
				12 meses
	8.3. Corresponde la Jubilación de Invalidez - Total			A los 24 meses
	8.4. Habiéndose cumplido el Período de Adaptación, corresponde la Jubilación de Invalidez de carácter Permanente.			

FIRMA JEFATURA OERI	FIRMA DIRECCIÓN

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Dr. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. Página Web IPS

ANEXO 5

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

RIESGOS LABORALES
CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES – DECRETO N° 5.649/10 DEL 16 DE DICIEMBRE DEL 2.010.

1. CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS.

1.1.1 Enfermedades causadas por berilio o sus compuestos.
1.1.2 Enfermedades causadas por cadmio a sus compuestos.
1.1.3 Enfermedades causadas por fósforo o sus compuestos.
1.1.4 Enfermedades causadas por cromo o sus compuestos.
1.1.5 Enfermedades causadas por manganeso o sus compuestos.
1.1.6 Enfermedades causadas por arsénico o sus compuestos.
1.1.7 Enfermedades causadas por mercurio o sus compuestos.
1.1.8 Enfermedades causadas por plomo o sus compuestos.
1.1.9 Enfermedades causadas por flúor o sus compuestos.
1.1.10 Enfermedades causadas por desulfuro de carbono.
1.1.11 Enfermedades causadas por los derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos
1.1.12 Enfermedades causadas por benceno o sus homólogos.
1.1.13 Enfermedades causadas por los derivados nitrados y amínicos del benceno o de sus homólogos.
1.1.14 Enfermedades causadas por nitroglicerina u otros éteres del ácido nítrico.
1.1.15 Enfermedades causadas por alcoholes, glicoles o cetonas.
1.1.16 Enfermedades causadas por sustancias asfixiantes como monóxido de carbono, sulfuro de hidrógeno, cianuro de hidrógeno o sus derivados.
1.1.17 Enfermedades causadas por acrilonitrilo.
1.1.18 Enfermedades causadas por óxidos de nitrógeno.
1.1.19 Enfermedades causadas por vanadio o sus compuestos.
1.1.20 Enfermedades causadas por antimonio o sus compuestos.
1.1.21 Enfermedades causadas por hexano.
1.1.22 Enfermedades causadas por ácidos minerales.
1.1.23 Enfermedades causadas por agentes farmacéuticos (cuando se aplique esta lista habrá que tener en cuenta, según proceda, el grado y el tipo de exposición, así como el trabajo o la ocupación que implique un riesgo de exposición específico).
1.1.24 Enfermedades causadas por níquel o sus compuestos.
1.1.25 Enfermedades causadas por talio o sus compuestos.

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARÍA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

1.1.26 Enfermedades causadas por osmio o sus compuestos.
1.1.27 Enfermedades causadas por selenio o sus compuestos.
1.1.28 Enfermedades causadas por cobre o sus compuestos.
1.1.29 Enfermedades causadas por platino o sus compuestos.
1.1.30 Enfermedades causadas por estaño o sus compuestos.
1.1.31 Enfermedades causadas por zinc o sus compuestos.
1.1.32 Enfermedades causadas por fosgeno.
1.1.33 Enfermedades causadas por sustancias irritantes de la córnea como benzoquinona.
1.1.34 Enfermedades causadas por amoniaco.
1.1.35 Enfermedades causadas por isocianatos.
1.1.36 Enfermedades causadas por plaguicidas.
1.1.37 Enfermedades causadas por óxidos de azufre.
1.1.38 Enfermedades causadas por disolventes orgánicos.
1.1.39 Enfermedades causadas por látex o productos que contienen látex.
1.1.40 Enfermedades causadas por cloro.
1.1.41 Enfermedades causadas por otros agentes químicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes químicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.

1.2. CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

1.2.1 Deterioro de la audición causada por ruido.
1.2.2 Enfermedades causadas por vibraciones (trastornos de músculos, tendones, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos periféricos o nervios periféricos).
1.2.3 Enfermedades causadas por aire comprimido o descomprimido.
1.2.4 Enfermedades causadas por radiaciones ionizantes.
1.2.5 Enfermedades causadas por radiaciones ópticas (ultravioleta, de luz visible, infrarroja), incluido el laser.
1.2.6 Enfermedades causadas por exposición a temperaturas extremas.
1.2.7 Enfermedades causadas por otros agentes físicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes físicos que resulte de las actividades laborales y la(s)

1.3. AGENTES BIOLÓGICOS Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARASITARIAS.

Resolución C.A. - Página Web IPS

1.3.1 Brucelosis.
1.3.2 Virus de la hepatitis.
1.3.3 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
1.3.4 Tétanos.
1.3.4.1 Tuberculosis.
1.3.4.2 Síndromes tóxicos o inflamatorios, asociados con contaminantes bacterianos o fúngicos.
1.3.4.3 Ántrax.
1.3.4.4 Leptospirosis.
1.3.4.5. Enfermedades causadas por otros agentes biológicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes biológicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.

2. CLASIFICACION SEGÚN EL APARATO O SISTEMA AFECTADO.

2.1. Enfermedades profesionales del aparato respiratorio.
2.1.1 Neumoconiosis causadas por polvos minerales esclerógenos (silicosis, antrocosilicosis, asbestosis).
2.1.2 Silicotuberculosis.
2.1.3 Neumoconiosis causadas por polvo mineral no fibrogénico.
2.1.4 Siderosis.
2.1.5 Enfermedades broncopulmonares causadas por polvo de metales duros.
2.1.6 Enfermedades broncopulmonares causadas por polvo de algodón (bisinosis), de lino, de cáñamo, de sisal o de caña de azúcar (bagazosis).
1.1.7. Asma causada por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos e inherentes al proceso de trabajo.
1.1.8 Alveolitis alérgica extrínseca causada por inhalación de polvos orgánicos o de aerosoles contaminados por microbios que resulte de las actividades laborales.
1.1.9 Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas causadas por inhalación de polvo de carbón, polvo de canteras de piedra, polvo de madera, polvo de cereales y del trabajo agrícola, polvo de locales para animales, polvo de textiles y polvo de papel que resulte de las actividades laborales.
2.1.10 Enfermedades pulmonares causadas por aluminio.
2.1.11 Trastornos de las vías respiratorias superiores causados por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos e inherentes al proceso de trabajo.
2.1.12 Otras enfermedades del sistema respiratorio no mencionadas en los puntos anteriores, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la

Resolución C.A. - Página WebPS

práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.

2.2. **ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL.**

2.2.1. Dermatosis alérgica de contacto y urticaria de contacto causada por otros alérgenos reconocidos, no mencionados en los puntos anteriores, que resulten de las actividades laborales.

2.2.2. Dermatosis irritante de contacto causada por otros agentes irritantes reconocidos, mencionados en los puntos anteriores, que resulten de las actividades laborales.

2.2.3 Vitíligo causado por otros agentes reconocidos, no mencionados en los puntos anteriores, que resulten de las actividades laborales.

2.2.4 Otras enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos en el trabajo no incluidos en otros puntos, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) de la piel contraída(s) por el trabajador.

2.3. **ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR**

2.3.1 Tenosinovitis de la estiloides radial debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca.

2.3.2 Tenosinovitis crepitante crónica fe la mano y de la muñeca debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca.

2.3.3 Bursitis del olecranon debida a presión prolongada en la región del codo

2.3.4 Bursitis prerrotuliana debida a largos períodos de trabajo en posición de rodillas.

2.3.5 Epicondilitis debida a trabajo intenso repetitivo.

2.3.6 Lesiones de menisco debidas a largos períodos de trabajo en posición de rodillas o en cuclillas.

2.3.7 Síndrome del túnel carpiano debido a períodos prolongados de trabajo intenso y repetitivo, trabajo que entrañe vibraciones, posturas extremas de la muñeca, o una combinación de estos tres factores.

2.3.8. Otros trastornos del sistema osteomuscular no mencionados en los puntos anteriores, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y los trastornos del sistema osteomuscular contraído(s) por el trabajador.

2.4. **TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.**

2.4.1. Trastorno de estrés postraumático.

2.4.2 Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la

Resolución C.A. - Página Web IPS

práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y los trastornos mentales o del comportamiento contraídos por el trabajador.

3. **CÁNCER PROFESIONAL.**

3.1. Cáncer causado por los agentes siguientes:

3.1.1 Amianto o asbesto.

3.1.2 Bencidina y sus sales.

3.1.3 Eter bisclorometílico.

3.1.4 Compuestos de Cromo VI.

3.1.5 Alquitranes de hulla y brea de carbón u hollín.

3.1.6 Beta-naftilamina.

3.1.7 Cloruro de vinilo.

3.1.8 Benceno.

3.1.9 Derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos.

3.1.10 Radiaciones ionizantes.

3.1.11 Alquitrán, brea, betún, aceites minerales, antraceno o los compuestos, los productos o los residuos de esas sustancias.

3.1.12 Emisiones de hornos de coque.

3.1.13 Compuestos de níquel.

3.1.14 Polvo de madera.

3.1.15 Arsénico y sus compuestos.

3.1.16 Berilio y sus compuestos.

3.1.17 Cadmio y sus compuestos.

3.1.18 Erionita.

3.1.19 Óxidos de etileno.

3.1.20 Virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC).

3.1.21 Cáncer causado por otros agentes en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes que resulte de las actividades laborales y el cáncer contraído por el trabajador.

4. **OTRAS ENFERMEDADES.**

Nistagmo de los mineros.

Otras enfermedades específicas causadas por ocupaciones o procesos no incluidos en este listado, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.

Resolución C.A. - Página Web IPS

ANEXO 6

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

RIESGOS LABORALES
TABLA DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES LABORALES

APLICACIÓN.

ESTA TABLA PERMITE ESTABLECER EL GRADO PORCENTUAL DE INCAPACIDAD LABORAL (GI) DEL TRABAJADOR, EN BASE A LAS LESIONES Y SECUELAS RESULTANTES DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES CODIFICADAS EN EL ANEXO 4 DE ESTE REGLAMENTO.

ESTABLECIDO EL GI, LA JUNTA MÉDICO – LABORAL RELACIONA ESTE VALOR CON LOS SIGUIENTES FACTORES DE PONDERACIÓN:

- EDAD;
- REQUISITOS Y EXIGENCIAS DE LA OCUPACIÓN;
- POSIBILIDAD DE REINSERCION LABORAL;
- OTROS FACTORES.

LOS FACTORES DE PONDERACION SE APLICAN COMO SIGUE:

1. EDAD. ES UN FACTOR PERFECTAMENTE DETERMINABLE Y NO PRECISA DE NINGUNA OTRA VARIABLE ADICIONAL.

2. TIPO DE ACTIVIDAD. REQUIERE DETERMINARSE EL GRADO DE DIFICULTAD POR INCAPACIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS HABITUALES; ESTA GRADACIÓN SERÁ:

   a. GRADO 1. REALIZA LAS TAREAS HABITUALES SIN DIFICULTAD;
   b. GRADO 2. REALIZA LAS TAREAS HABITUALES CON DIFICULTAD LEVE;
   c. GRADO 3. REALIZA LAS TAREAS HABITUALES CON DIFICULTAD INTERMEDIA; Y
   d. GRADO 4. REALIZA LAS TAREAS HABITUALES CON ALTA DIFICULTAD.

3. POSIBILIDADES DE REUBICACIÓN LABORAL. REQUIERE DETERMINARSE LA EXISTENCIA O NO DE MÉRITOS PARA LA RECALIFICACIÓN DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA, CONFORME AL CRITERIO "AMERITA" O "NO AMERITA".

EN BASE AL GI Y A LOS FACTORES DE PONDERACION, LA JUNTA MÉDICO – LABORAL DETERMINA EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO, RANGO QUE SE APLICARÁ EN SEDE ADMINISTRATIVA PARA DETERMINARSE EL BENEFICIO QUE CORRESPONDA Y EL RESPECTIVO HABER JUBILATORIO, POR MEDIO DE LA SIGUIENTE TABLA:

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Direccion de Riesgo Laboral y Subsidios

ANTIGUEDAD	PORCENTAJE DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO								
	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	INFERIOR AL 30%
	JUBILACION DE INVALIDEZ POR ACCIDENTE/ENFERMEDAD LABORAL								INDEMNIZACIÓN
	PORCENTAJE DEL HABER JUBILATORIO								
Hasta 5 años	75	67,5	60	52,5	45	37,5	30	22,5	Equivalente a 5 anualidades de la Jubilación de Invalidez que le hubiera correspondido al asegurado en caso de Jubilación Incapacidad Total
6 a 9 años	79,5	71,5	63,6	55,6	47,7	39,7	31,8	23,8	
10 a 14 años	85,5	76,9	68,4	59,8	51,3	42,7	34,2	25,6	
15 a 19 años	93	83,7	74,4	65,1	55,8	46,5	37,2	27,9	
20 (+) años	100	90,4	80,4	70,3	60,3	50,2	40,2	30,1	

1. LESIONES DE PIEL

LA EVALUACIÓN DE LAS MISMAS TOMA EN CUENTA: LAS ZONAS AFECTADAS, LA PROFUNDIDAD Y EXTENSIÓN DE LA LESIÓN, LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL Y EL GRADO DE DIFICULTAD LABORAL QUE OCASIONAN; EN FUNCIÓN DE ESTOS FACTORES, SE FIJARÁ EL GRADO DE INCAPACIDAD DENTRO DEL RANGO ESTABLECIDO.

DIAGNÓSTICO	% INCAPACIDAD
1. — DERMATITIS CRÓNICA	
(POR CONTACTO O POR HIPERSENSIBILIDAD. CON O SIN COMPONENTE DE FOTOSENSIBILIDAD)	
— CRÓNICA RECIDIVANTE CON REMISIÓN MAYOR DEL 50 % ANTE MEDIDAS TERAPÉUTICAS Y SUSPENSIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL AGENTE, Y RECIDIVA HABITUAL ANTE LA REEXPOSICIÓN AL AGENTE.	
A. CUALQUIER ÁREA CORPORAL EXCEPTO CARA Y MANOS:	0-10 %
B. CARA:	5-20 %
C. UNA MANO:	10-30 %
D. DOS MANOS:	15-40 %
— CRÓNICA RECIDIVANTE CON REMISIÓN MENOR DEL 50 % ANTE MEDIDAS TERAPÉUTICAS Y SUSPENSIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL AGENTE, Y RECIDIVA HABITUAL ANTE LA REEXPOSICIÓN AL AGENTE.	
A. CUALQUIER ÁREA CORPORAL EXCEPTO CARA Y MANOS:	10-30 %
B. CARA:	10-30 %
C. UNA MANO:	10-40 %
D. DOS MANOS:	20-60 %
2. — DERMATITIS ACTÍNICA CRÓNICA Y RETICULOIDE ACTÍNICO	
— CUALQUIER ÁREA CORPORAL EXCEPTO CARA Y MANOS:	0-30 %
— SÓLO MANOS:	10-30 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

— SÓLO CARA:	10-40 %
— MANOS Y CARA:	20-60 %
3. — RADIODERMATITIS	
(VALORAR EL COMPROMISO FUNCIONAL)	
A — SIN LESIONES ULCERADAS.	
B — CON LESIONES ULCERADAS.	
CUALQUIER ÁREA CORPORAL EXCEPTO CARA Y MANOS:	A: 0-20 %
	B: 10-40 %
— SÓLO MANOS:	A: 0-15 %
	B. 20-50 %
— SÓLO CARA:	A: 0-30 %
	B: 20-60 %
— MANOS Y CARA:	A-10-40 %
	B: 20-60 %
4. — QUERATODERMIAS PALMOPLANTARES	
(CRÓNICAS CON REMISIÓN MENOR DE 50 % ANTE MEDIDAS TERAPÉUTICAS Y SUSPENSIÓN DE LA EXPOSICIÓN LABORAL)	
— SÓLO PLANTAS (EVALUAR EN FUNCIÓN DEL COMPROMISO PARA LA ESTACIÓN DE PIE Y LA MARCHA):	0-40 %
— UNA MANO (SEGÚN COMPROMISO FUNCIONAL):	0-30 %
— DOS MANOS (SEGÚN COMPROMISO FUNCIONAL):	10-50 %
5. — ACNE	
CLORACNÉ:	
— COMPROMISO MENOR DE 50 % DE SUPERFICIE CORPORAL:	0-10 %
— COMPROMISO MAYOR DE 50 % DE SUPERFICIE CORPORAL:	10-20 %
— COMPROMISO MENOR DE 50 % DE SUPERFICIE DE CARA:	0-25 %
— COMPROMISO MAYOR DE 50 % DE SUPERFICIE DE CARA:	10-40 %
OLEOSO:	
— COMPROMISO MENOR DE 50 % DE SUPERFICIE CORPORAL:	0-5 %
— COMPROMISO MAYOR DE 50 % DE SUPERFICIE CORPORAL:	5-10 %
— COMPROMISO MENOR DE 25 % DE SUPERFICIE DE CARA:	0-15 %
— COMPROMISO MAYOR DE 25 % DE SUPERFICIE DE CARA:	10-20 %
6. — HIPOPIGMENTACION CRÓNICA	
— COMPROMISO MENOR DE 50 % DE SUPERFICIE CORPORAL	0-15 %
— COMPROMISO MAYOR DE 50 % DE SUPERFICIE CORPORAL	5-25 %
— COMPROMISO DE CARA MENOR DEL 25 %	0-15 %
— COMPROMISO DE CARA MAYOR DEL 25 %	10-25 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Alg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tania Cogorain
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

7. — PORFIRIA CUTÁNEA TARDA:	
SI LA EXPOSICIÓN AL SOL LE CAUSARA TRASTORNOS FUNCIONALES:	10-40 %
8. — SÍNDROMES ESCLERODERMICOS:	0-20 %
9. — INFECCIONES CUTÁNEAS CRÓNICAS Y/O SECUELAS:	5-15 %
10. — ANAFILAXIA	0-20 %
11. — DERMATITIS PRE-CANCEROSAS MÚLTIPLES (> 10)	10-30 %
12. — CARCINOMAS BASOCELULAR Y ESPINO CELULAR	
— SIN SECUELAS DEFORMANTES:	0-15 %
— CON SECUELAS DEFORMANTES:	
— EN CUALQUIER ÁREA CORPORAL EXCEPTO CARAS Y MANOS:	10-20 %
— EN MANOS:	15-30 %
— EN CARA:	20-40 %
— CON PÉRDIDA PARCIAL MAYOR DE 20 % DE SUPERFICIE DE PÁRPADOS, NARIZ O BOCA:	30-40 %
— CON PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UNO O DOS OJOS POR INVASIÓN DIRECTA (EVALUAR SEGÚN CAPÍTULO OJOS).	
— METÁSTASIS:	90 %
13. — CICATRICES. PARA LA EVALUACIÓN SE REMITE A LOS CAPÍTULOS CORRESPONDIENTES A LA ZONA AFECTADA.	
14. — QUEMADURAS. LAS QUEMADURAS PUEDEN SER CAUSADAS POR ELEMENTOS FÍSICOS, QUÍMICOS O RADIANTES.	

Resolución C.A. - Página Web IPS

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

a. LAS LESIONES SUPERFICIALES QUE CUREN SIN DEJAR CICATRIZ NI SECUELAS, NO SERÁN MOTIVO DE EVALUACIÓN.

b. PARA DETERMINA EL GRADO DE INCAPACIDAD OCASIONADA POR UNA QUEMADURA, HAY QUE TENER EN CUENTA SU EXTENSIÓN, PROFUNDIDAD, EL COMPROMISO DE LA MOVILIDAD ARTICULAR Y LAS SECUELAS ESTÉTICAS.

LA EVALUACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA MOVILIDAD, DEBERÁ REALIZARSE DE ACUERDO CON LO EXPRESADO EN EL CAPÍTULO CORRESPONDIENTE A LAS LESIONES OSTEOARTICULARES.

PARA CUANTIFICAR LA EXTENSIÓN DE LA LESIÓN SE APLICARÁ LA "REGLA DEL NUEVE", DONDE SE LE ASIGNA EL 36 % DE LA SUPERFICIE CORPORAL AL TÓRAX Y DORSO, EL 36 % A LOS DOS MIEMBROS INFERIORES, EL 18 % A AMBOS MIEMBROS SUPERIORES, EL 9 % A LA CABEZA Y EL 1 % A LOS GENITALES (MASCULINO O FEMENINO).

e. LA PROFUNDIDAD DE LAS QUEMADURAS SE EVALÚA DE LA SIGUIENTE MANERA:

TIPO A (SUPERFICIAL O EPIDÉRMICO);
TIPO AB (EPIDERMIS Y DERMIS);
TIPO B (DERMIS HASTA APONEUROSIS O TEJIDO

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

f. AL TIPO "A" O PRIMER GRADO, SE LE ASIGNARÁ EL 50 % DEL PORCENTAJE DE LA EXTENSIÓN DE LA SUPERFICIE CORPORAL LESIONADA. EN EL CASO DEL TIPO "AB" O DE SEGUNDO GRADO, SE LE FIJARÁ UN PORCENTAJE IGUAL AL ÁREA AFECTADA; POR ÚLTIMO, AL TIPO "B" O DE TERCER GRADO, SE LE ASIGNARÁ EL DOBLE DE LA EXTENSIÓN DEL SECTOR AQUEJADO.

g. EL COMPROMISO DE ESTRUCTURAS LOCALIZADAS EN LA ZONA AFECTADA (POR EJEMPLO: OJOS), SERÁ EVALUADO ACORDE A LO REFERIDO EN LOS CAPÍTULOS CORRESPONDIENTES.

15. LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIÓN DE ANIMALES PONZOÑOSOS

a. SE VALORARÁ EL COMPROMISO LOCAL, SEGÚN EL ÍTEM CORRESPONDIENTE A QUEMADURAS; PARA LA LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LAS ESTRUCTURAS OSTEOARTICULARES SE REMITE AL CAPÍTULO CORRESPONDIENTE.

b. LA MANIFESTACIÓN GENERAL DE LA ACCIÓN TÓXICA DEL VENENO DE SERPIENTES Y DE LA PONZOÑA DE ESCORPIONES, SE VALORARÁ ACORDE A LA SECUELA CONSOLIDADA, PARA LO CUAL SE REMITE AL CAP. CORRESPONDIENTE.

2. LESIONES OSTEOARTICULARES

a. LAS FRACTURAS QUE CONSOLIDEN BIEN SIN DEJAR SECUELA ALGUNA (MUSCULAR, NEUROLÓGICA, ETC.), NO SERÁN MOTIVO DE RESARCIMIENTO ECONÓMICO Y SERÁN CONSIDERADAS INCAPACIDAD TEMPORAL.

b. EL DOLOR PURO, NO ACOMPAÑADO DE SIGNOS OBJETIVOS DE ORGANICIDAD, NO SERÁ OBJETIVO DE INCAPACIDAD PERMANENTE. EN ESTOS CASOS ESTARÁ INDICADO LA UTILIZACIÓN DE EXÁMENES DE APOYO.

c. EN LOS PACIENTES AFECTADOS DE INVALIDECES MÚLTIPLES PRODUCTO DE LESIONES ANATÓMICAS Y/O FUCIONALES EN UN MISMO SEGMENTO CORPORAL SE PROCEDERÁ A LA SUMA DE TODAS ELLAS PARA EL CÁLCULO DE LA INVALIDEZ TOTAL. EL RESULTADO FINAL TENDRÁ COMO MÁXIMO EL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD DADO POR LA PÉRDIDA COMPLETA (AMPUTACIÓN DEL SEGMENTO ESTUDIADO).

d. SI EL TRABAJADOR PRESENTARA CON ANTERIORIDAD, LIMITACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS DE UNA O VARIAS ARTICULACIONES, SE TOMARÁ COMO NORMAL LA CAPACIDAD RESTANTE DE ESA/S ARTICULACIÓN/ES Y SE HARÁN LOS CÁLCULOS DE LA NUEVA RIGIDEZ PROPORCIONALMENTE A DICHA CAPACIDAD RESTANTE.

LOS SEGMENTOS A CONSIDERAR SON:	1. — COLUMNA	VERTEBRAL
		CERVICAL
		DORSOLUMBAR
		SACROCOXIS
	2. — CAJA TORACICA	
	3. — MIEMBRO SUPERIOR	
	4. — MIEMBRO INFERIOR	

Reconocion C.A. - Página Web ns

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

COLUMNA VERTEBRAL

a. EN LOS CASOS DE LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD, CUANDO SON VARIOS LOS MOVIMIENTOS AFECTADOS, SE SUMA ARITMÉTICAMENTE EL GRADO DE INCAPACIDAD DE CADA UNO DE ELLOS.

b. EN LOS CASOS EN QUE LA COLUMNA SE ENCUENTRA ANQUILOSADA, EL MAYOR VALOR POR ANQUILOSIS, CORRESPONDE A LA INCAPACIDAD GLOBAL DE LA COLUMNA.

c. LAS ALTERACIONES ANATÓMICAS Y LIMITACIONES EN LOS SECTORES CERVICAL Y/O DORSOLUMBAR SE COMBINAN ENTRE SÍ CUANDO COEXISTEN.

d. POR ALTERACIONES "CLÍNICAS" SE ENTIENDE FUERZA, TONO, TROFISMO Y REFLEJOS. LA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD SE VALORA APARTE SUMÁNDOSE ARITMÉTICAMENTE.

e. DE NO ESTAR CONTEMPLADO EL EVENTUAL COMPROMISO NEUROLÓGICO EN LA INCAPACIDAD EVALUADA POR SECUELA OSTEOARTICULAR, EL MISMO, DETERMINADO EN EL CAP. CORRESPONDIENTE, SE COMBINARÁ CON ESTA.

CONSOLIDACIÓN VICIOSA SECUELAS DE FRACTURAS

FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL, CON ACUÑAMIENTO, SIN LESIÓN RADICULAR	0-15 %
ACUÑAMIENTO MENOR DE 30º	15-30 %
ACUÑAMIENTO MAYOR DE 30º	
FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL OPERADA, CON LESIÓN RADICULAR LEVE O MODERADA, CORROBORADA ELECTROMIOGRÁFICAMENTE	10-15 %
FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL OPERADA, CON LESIÓN RADICULAR SEVERA, CORROBORADA ELECTROMIOGRÁFICAMENTE	20-35 %
FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL, OPERADA, SIN SECUELAS	5 %
FRACTURA DE APÓFISIS ESPINOSA SIN SECUELAS	0 %
FRACTURA DE APÓFISIS TRANSVERA SIN SECUELAS	0 %
FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL, SIN SECUELAS	0 %
FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL, CON ACUÑAMIENTO Y LESIÓN RADICULAR LEVE A MODERADA, CORROBORADA ELECTROMIOGRÁFICAMENTE	10-25 %
FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL, CON ACUÑAMIENTO Y LESIÓN RADICULAR SEVERA, CORROBORADA ELECTRIOMIOGRÁFICAMENTE	15-40 %
CÉRVICOBRAQUIALGIA POST-TRAUMÁTICA, SIN ALTERACIONES CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS NI ELECTROMIOGRÁFICAS	0 %
CÉRVICOBRAQUIALGIA POST-TRAUMÁTICA, CON ALTERACIONES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y ELECTROMIOGRÁFICAS LEVES A MODERADAS	5-25 %
HERNIA DE DISCO OPERADA, SIN SECUELAS	5 %
HERNIA DE DISCO INOPERABLE (SEGÚN CRITERIOS MÉDICOS)	20-30 %
HERNIA DE DISCO OPERADA, CON SECUELAS CLÍNICAS Y ELECTROMIOGRÁFICAS LEVES	10-15 %

Reproducción C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

HERNIA DE DISCO OPERADA, CON SECUELAS CLÍNICAS Y ELECTROMIOGRÁFICAS MODERADAS	15-20 %
HERNIA DE DISCO OPERADA, CON SECUELAS CLÍNICAS Y ELECTROMIOGRÁFICAS SEVERAS	20-40 %
ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA SIN REPERCUSIÓN ELECTROMIOGRÁFICA	
GRADO I:	0-2 %
GRADO II:	2-4 %
GRADO III:	4-6 %
GRADO IV:	6-10 %
ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA, CON REPERCUSIÓN ELECTROMIOGRÁFICA LEVE A MODERADA	10-15 %
ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA, CON REPERCUSIÓN ELECTROMIOGRÁFICA SEVERA	20-40 %
ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA, OPERADA, SIN SECUELA ELECTROMIOGRÁFICA	0 %
ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA, OPERADA, CON SECUELA ELECTROMIOGRÁFICA LEVE A MODERADA	10-15 %
ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA, OPERADA, CON SECUELA ELECTROMIOGRÁFICA SEVERA	20-40 %
LUMBALGIA POST-TRAUMÁTICA SIN ALTERACIONES CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS NI ELECTROMIOGRÁFICAS	0 %
LUMBALGIA POST-TRAUMÁTICA, CON MODERADAS ALTERACIONES CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS, SIN ALTERACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS	0-5 %
LUMBALGIA POST-TRAUMÁTICA CON SEVERAS ALTERACIONES CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS, SIN ALTERACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS	5-10 %
LUMBOCIATALGIA, SIN ALTERACIONES CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS NI ELECTROMIOGRÁFICAS	0 %
LUMBOCIATALGIA, CON ALTERACIONES CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS Y/O ELECTROMIOGRÁFICAS, LEVES A MODERADAS	5-10 %

COLUMNA CERVICAL

EXCURSIÓN DESDE 0° HASTA:

	EXTENSIÓN	ROTACIÓN	INCLINACIÓN	FLEXIÓN
0°	4 %	2 %	4 %	4 %
10°	2 %	2 %	3 %	3 %
20°	1 %	1 %	1 %	1 %
30°	0 %	1 %	0 %	0 %
40°A 70°			0 %	

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

COLUMNA DORSOLUMBAR

EXCURSIÓN DESDE 0º HASTA:

	ROTACIÓN D.I.	INCLINACIÓN D.I.	FLEXIÓN	EXTENSIÓN
0º	5 %	4 %	9 %	3 %
10º	4 %	2 %	8 %	2 %
20º	2 %	0 %	7 %	1 %
30º	0 %		6 %	0 %
40º			5 %	
50º			4 %	
60º			3 %	
70º			2 %	
80º			1 %	
90º			0 %	

LOS PORCENTAJES DE LIMITACIÓN SE SUMAN ARITMÉTICAMENTE CUANDO SON VARIOS LOS MOVIMIENTOS AFECTADOS.

ANQUILOSIS - COLUMNA CERVICAL

	ROTACIÓN	INCLINACIÓN	FLEXIÓN	EXTENSIÓN
0º	20 %	20 %	20 %	20 %
10º	27 %	25 %	27 %	27 %
20º	33 %	30 %	33 %	33 %
30º	40 %	35 %	40 %	40 %
40º		40 %		

ANQUILOSIS - COLUMNA DORSOLUMBAR

	ROTACIÓN	INCLINACIÓN	FLEXIÓN	EXTENSIÓN
0º	30 %	30 %	30 %	30 %
10º	40 %	45 %	33 %	40 %
20º	50 %	60 %	37 %	50 %
30º	60 %		40 %	60 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

40°			43 %	
50°			47 %	
60°			50 %	
70°			53 %	
80°			57 %	
90°			60 %	

EL PORCENTAJE TOTAL POR ANQUILOSIS ES EL QUE CORRESPONDE A LA MAYOR CIFRA POR TAL AFECCIÓN, LOS RESULTADOS PARCIALES NO SE SUMAN.

CAJA TORACICA

CONSOLIDACIÓN VICIOSA - SECUELAS DE FRACTURAS

LUXACIÓN ESTERNO-CLAVICULAR	SIN INCAPACIDAD
LUXACIÓN ESTERNO-COSTAL	SIN INCAPACIDAD
DESARTICULACIÓN ESTERNO-CONDRAL BILATERAL, CON RESPIRACIÓN PARADOJAL E INSUFICIENCIA RESP. SIN SOLUCIÓN TERAPÉUTICA	HASTA 70 %
FRACTURA DE ESTERNÓN NO COMPLICADA	SIN INCAPACIDAD
FRACTURA DE ESTERNÓN COMPLICADA	SEGÚN SECUELAS
FRACTURA DE UNA COSTILLA	SIN INCAPACIDAD
FRACTURAS COSTALES MÚLTIPLES, CON COMPLICACIÓN RESPIRATORIA	SEGÚN SECUELAS
FRACTURAS COSTALES MÚLTIPLES, SIN COMPLICACIÓN	SIN INCAPACIDAD

MIEMBRO SUPERIOR.

EN LOS CASOS DE LESIÓN ANATÓMICA Y/O FUNCIONAL DEL MIEMBRO MÁS HÁBIL SE ADICIONARÁ UN 5 % DEL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD CALCULADO. EN EL CASO EN QUE EXISTAN RANGOS DE PORCENTAJE, EL CRITERIO A SEGUIR PARA LA DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE EN EL CASO PARTICULAR SERÁ EN FUNCIÓN DEL RECUPERO DE LA FUNCIONALIDAD DEL MIEMBRO Y DE LA PRÓTESIS COLOCADA.

AMPUTACIONES

AMPUTACIÓN INTERESCAPULOTORÁCICA	70 %
DESARTICULACIÓN ESCÁPULOHUMERAL	66 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE BRAZO	66 %
DESARTICULACIÓN DE CODO	40-60 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE 1/3 SUPERIOR DE ANTEBRAZO	40-60 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE 1/3 MEDIO DE ANTEBRAZO	40-60 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE 1/3 INTERIOR DE ANTEBRAZO	40-60 %

Recepción C.A. - Página Web IPS

AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS	100 %
AMPUTACIÓN DE MANO	40-60 %
AMPUTACIÓN DE MANO TRANSMETACARPIANA	40-60 %
AMPUTACIÓN DE LOS CINCO DEDOS	40-60 %
AMPUTACIÓN DE LOS DIEZ DEDOS	100 %
AMPUTACIÓN DE LOS CUATRO DEDOS MENOS EL PULGAR	40 %
AMPUTACIÓN A NIVEL METACARPOFALÁNGICA DE PULGAR	30 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA 1° FALANGE DEL PULGAR	25 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICA DEL PULGAR	15 %
AMPUTACIÓN DISTAL DE LA ÚLTIMA PORCIÓN FALÁNGICA DEL PULGAR	8 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA METACARPOFALÁNGICA DEL ÍNDICE	14 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICA PROXIMAL DEL ÍNDICE	11 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICA DISTAL DEL ÍNDICE	9 %
AMPUTACIÓN DISTAL DE LA ÚLTIMA PORCIÓN FALÁNGICA DEL ÍNDICE	6 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA METACARPOFALÁNGICA DEL MAYOR	11 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICA PROXIMAL DEL MAYOR	8 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICO DISTAL DEL MAYOR	6 %
AMPUTACIÓN DISTAL DE LA ÚLTIMA FALANGE DEL MAYOR	2 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA METACARPOFALÁNGICA DEL ANULAR	8 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICO PROXIMAL DEL ANULAR	6 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICA DISTAL DEL ANULAR	5 %
AMPUTACIÓN DISTAL DE LA ÚLTIMA FALANGE DEL ANULAR	3 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA METACARPOFALÁNGICA DEL MEÑIQUE	5 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICA PROXIMAL DEL MEÑIQUE	4 %
AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA INTERFALÁNGICA DISTAL DEL MEÑIQUE	3 %
AMPUTACIÓN DISTAL DE LA ÚLTIMA FALANGE DEL MEÑIQUE	1 %

SECUELAS DE FRACTURAS.

A ESTOS PORCENTAJES SE LE SUMARÁN ARITMÉTICAMENTE LOS QUE CORRESPONDAN POR REPERCUSIÓN FUNCIONAL POR LESIÓN DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS, NO PUDIENDO DICHA SUMA SER MAYOR A LA AMPUTACIÓN DE DICHO SEGMENTO. LAS FRACTURAS QUE CONSOLIDEN SIN COMPLICACIONES, NO SERÁN MOTIVO DE INCAPACIDAD LABORAL.

FRACTURA DE HÚMERO CON CALLO DEFORME, ANGULACIÓN Y/O ACORTAMIENTO	
FRACTURA DE ESCAFOIDES CON NECROSIS	10-20 %
FRACTURA DE ESCAFOIDES CON NECROSIS Y ARTROSIS	15-25 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

FRACTURA DE ESCAFOIDES CON PSEUDOARTROSIS	15 %
RESECCIÓN DE ESCAFOIDES	10-15 %
FRACTURA DE SEMILUNAR CONSOLIDADA, CON NECROSIS	6-9 %
FRACTURA DE SEMILUNAR CON NECROSIS Y ARTROSIS	6-9 %
RESECCIÓN DE SEMILUNAR	6-9 %

HOMBRO - LIMITACIÓN FUNCIONAL

ABDO – ELEVACIÓN

DESDE 0º HASTA:

0º	10-20 %
10º	10-20 %
20º	8-15 %
30º	8-15 %
40º	7 %
50º	7 %
60º	6 %
70º	5 %
80º	5 %
90º	4 %
100º	4 %
110º	2 %
120º	2 %
130º	1 %
140º	1 %
150º	0 %

ADUCCIÓN
DESDE 0º HASTA:

0º	6 %
10º	5 %
20º	1 %
30º	0 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Direccion de Riesgo Laboral y Subsidios

ELEVACIÓN ANTERIOR
DESDE 0º HASTA:

0º	10 %
10º	9 %
20º	8 %
30º	8 %
40º	7 %
50º	7 %
60º	5 %
70º	5 %
80º	4 %
90º	4 %
100º	3 %
110º	2 %
120º	2 %
130º	1 %
140º	1 %
150º	0 %

ELEVACIÓN POSTERIOR
DESDE 0º HASTA:

0º	2 %
10º	2 %
20º	1 %
30º	1 %
40º	0 %

ROTACIÓN INTERNA
DESDE 0º HASTA:

0º	4 %
10º	3 %
20º	2 %
30º	1 %
40 a 80º	0 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ROTACIÓN EXTERNA
DESDE 0º HASTA:

0º	8 %
10º	7 %
20º	7 %
30º	5 %
40º	5 %
50º	4 %
60º	3 %
70º	2 %
80º	1 %
90º	0 %

ANQUILOSIS EN:

	ABDOELEVA	ADUC.	ELEVA ANTE.	ELEVA POST.	ROT. I.	ROT. E.
0º	36 %	36 %	36 %	36 %	36 %	36 %
10º	34 %	44 %	32 %	42 %	42 %	30 %
20º	31 %	52 %	28 %	48 %	48 %	24 %
30º	28 %	60 %	24 %	54 %	54 %	29 %
40º	25 %		27 %	60 %	60 %	34 %
50º	26 %		30 %			40 %
60º	29 %		33 %			44 %
70º	32 %		36 %			50 %
80º	36 %		39 %			55 %
90º	40 %		42 %			60 %
100º	42 %		45 %			
110º	46 %		48 %			
120º	50 %		51 %			
130º	53 %		54 %			
140º	56 %		57 %			
150º	60 %		60 %			

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

CODO - LIMITACIÓN FUNCIONAL

FLEXO EXTENSIÓN

Retenida en:	%	Desde los 150° hasta:	%
0°	60 %	0°	0 %
10°	57 %	10°	1 %
20°	55 %	20°	2 %
30°	50 %	30°	4 %
40°	50 %	40°	5 %
50°	45 %	50°	10 %
60°	40 %	60°	15 %
70°	35 %	70°	20 %
80°	30 %	80°	25 %
90°	25 %	90°	30 %
100°	8 %	100°	35 %
110°	6 %	110°	40 %
120°	5 %	120°	45 %
130°	3 %	130°	50 %
140°	2 %	140°	55 %
150°	0 %	150°	60 %

PRONACIÓN O SUPINACIÓN

DESDE 0° HASTA:

	(para cada lado)
10	7 %
20°	6 %
30°	5 %
40°	4 %
50°	3 %
60°	2 %
70°	1 %
80°	0 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ANQUILOSIS EN:

0º	60 %
10º	58 %
20º	55 %
30º	50 %
40º	45 %
50º	43 %
60º	40 %
70º	35 %
80º	32 %
90º	30 %
100º	35 %
110º	40 %
120º	45 %
130º	50 %
140º	55 %
150º	60 %

MUÑECA - LIMITACIÓN FUNCIONAL

FLEXIÓN DORSAL

DESDE 0º HASTA:

0º	8 %
10º	6 %
20º	5 %
30º	4 %
40º	2 %
50º	1 %
60º	0 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

FLEXIÓN PALMAR

DESDE 0º HASTA:

0º	9 %
10º	7 %
20º	6 %

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Ing. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tanya Ibáñez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

30º	5 %
40º	3 %
50º	2 %
60º	1 %
70º	0 %

DESVIACIÓN RADIAL

DESDE 0º HASTA:

0º	2 %
10º	1 %
20º	0 %

DESVIACIÓN CUBITAL

DESDE 0º HASTA:

0º	3 %
10º	2 %
20º	1 %
30º	0 %

ANQUILOSIS EN:

	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	DESV. RADIAL	DESV. CUBITAL
0º	18 %	18 %	18 %	18 %
10º	23 %	17 %	36 %	30 %
20º	28 %	16 %	54 %	42 %
30º	34 %	15 %		54 %
40º	38 %	23 %		
50º	44 %	41 %		
60º	49 %	54 %		
70º	54 %			

PULGAR - LIMITACIÓN FUNCIONAL

Resolución C.A. - Página Web IPS

ARTICULACIÓN CARPO-METACARPIANA (INCLUYE ADUCCIÓN Y ABDUCCIÓN):

FLEXIÓN		EXTENSIÓN	
DESDE 0º HASTA:	INCAPACIDAD GLOBAL	DESDE 0º HASTA:	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	3 %	0º	3 %
10º	1 %	10º	2 %
15º	0 %	20º	1 %
		30º	0 %
ARTICULACIÓN METACARPO-FALÁNGICA		ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA	
		FLEXIÓN	
MOVILIDAD HASTA	INCAPACIDAD GLOBAL	MOVILIDAD HASTA	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	14 %	0º	12 %
10º	12 %	10º	10 %
20º	8 %	20º	8 %
30º	6 %	30º	6 %
40º	4 %	40º	5 %
50º	2 %	50º	4 %
60º	0 %	60º	2 %
		70º	1 %
		80º	0 %

ANQUILOSIS: CARPO- METACARPIANA

(INCLUYE LA ADUCCIÓN Y ABDUCCIÓN)

EN FLEXIÓN DE:	INCAPACIDAD GLOBAL	EN EXTENSIÓN DE:	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	7 %	0º	7 %
10º	12 %	10º	10 %
20º	17 %	20º	14 %
		30º	17 %

ANQUILOSIS: METACARPO-FALÁNGICA

ANQUILOSADA EN:

	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	12 %
10º	10 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

20º	9 %
30º	12 %
40º	13 %
50º	15 %

ANQUILOSIS INTER-FALÁNGICA

ANQUILOSADA EN:

	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	10 %
10º	9 %
20º	8 %
30º	8 %
40º	8 %
50º	10 %

DEDOS DE LA MANO MENOS EL PULGAR - LIMITACIÓN FUNCIONAL

ARTICULACIÓN METACARPO-FALÁNGICA

FLEXIÓN

DESDE 0º HASTA:

	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	8 %
10º	7 %
20º	6 %
30º	5 %
40º	4 %
50º	3 %
50º	3 %
70º	2 %
80º	1 %
90º	0 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL

FLEXIÓN

DESDE 0º HASTA:

	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	8 %
10º	8 %
20º	7 %
30º	6 %
40º	5 %
50º	4 %
60º	3 %
70º	3 %
80º	2 %
90º	1 %
100º	0 %

ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA DISTAL:

FLEXIÓN

DESDE 0º HASTA:

	INCAPACIDAD GLOBAL
0º	6 %
10º	5 %
20º	4 %
30º	4 %
40º	3 %
50º	2 %
60º	1 %
70º	0 %

ANQUILOSIS: INDICE Y MAYOR

Resolución C.A. - Página Web IPS

INCAPACIDAD GLOBAL

ANQUILOSIS:	M-F	I-F-P	I-F-D
0°	8 %	8 %	6 %
10°	8 %	8 %	5 %
20°	7 %	8 %	5 %
30°	6 %	8 %	5 %
40°	8 %	7 %	4 %
50°	8 %	8 %	5 %
60°	10 %	8 %	5 %
70°	11 %	8 %	6 %
80°	13 %	10 %	
90°	14 %	10%	
100°	11 %		

ANQUILOSIS: ANULAR Y MEÑIQUE

ANQUILOSIS METACARPO-FALÁNGICA	0 % GLOBAL
PSEUDOARTROSIS	
EN LAS INCAPACIDADES SIGUIENTES ESTÁ INCLUIDA LA PÉRDIDA POR REPERCUSIÓN FUNCIONAL.	
CLAVÍCULA	2-4 %
HÚMERO	15-30 %
CÚBITO, DIAFISARIA	9-12 %
CÚBITO, OLECRANEANA	12-15%
CÚBITO, APÓFISIS ESTILOIDES	0-1%3
RADIO, DIAFISARIA	6-9%
RADIO, APÓFISIS ESTILOIDES	0-2 %
RADIO Y CÚBITO	30-40 %
[illegible]APOIDES	15-18 %
SEMILUNAR	15-18 %

INESTABILIDAD ARTICULAR

EN LAS INCAPACIDADES SIGUIENTES ESTÁ INCLUIDA LA PÉRDIDA POR REPERCUSIÓN FUNCIONAL.
VALORARÁ MEDIANTE LA RADIOLOGÍA DE ESTRÉS O DE [illegible]

Resolución C.A. - Página Web IPS

HOMBRO: POR PÉRDIDA DE PARTES BLANDAS U ÓSEAS	25-35 %
HOMBRO: LUXACIÓN RECIDIVANTE ESCÁPULO HUMERAL	12-15 %
CODO: POR PÉRDIDA DE PARTES BLANDAS U ÓSEAS	20-25 %
MUÑECA: POR PÉRDIDA DE PARTES BLANDAS U ÓSEAS	15-20 %

LESIONES MÚSCULO-TENDINOSAS

EN LAS INCAPACIDADES SIGUIENTES ESTÁ INCLUIDA LA PÉRDIDA POR REPERCUSIÓN FUNCIONAL.

RUPTURA DE DELTOIDES	10-15 %
RUPTURA DEL TRÍCEPS	9-12 %
RUPTURA PROXIMAL DEL BÍCEPS	5-8 %
RUPTURA DISTAL DEL BÍCEPS	6-9 %
SECCIÓN DE FLEXORES ANTEBRAZO O MUÑECA	5-10 %
SECCIÓN DE EXTENSORES ANTEBRAZO O MUÑECA	5-10 %
SÍNDROME DE VOLKMAN	20-40 %

LAS LESIONES MÚSCULO-TENDINOSAS DE LA MANO, SERÁN EVALUADAS DE ACUERDO A LA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD.

MIEMBRO INFERIOR

AMPUTACIONES	
AMPUTACIÓN INTERABDÓMINO-PELVIANA	80 %
AMPUTACIÓN BILATERAL	100 %
DESARTICULACIÓN COXOFEMORAL	70 %
AMPUTACIÓN DE MUSLO, 1/3 PROXIMAL	45-65 %
AMPUTACIÓN DE MUSLO, 1/3 MEDIO Y DISTAL	40-60 %
DESARTICULACIÓN DE RODILLA	:40-60 %
AMPUTACIÓN BAJO RODILLA CON MUÑÓN FUNCIONAL	30-50 %
AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA BILATERAL	80 %
DESARTICULACIÓN TOBILLO (SYME)	25-45 %
AMPUTACIÓN DE PIE CON CONSERVACIÓN DE CALCÁNEO (RICARD)	20-40 %
AMPUTACIÓN MEDIOTARSIANA (CHAPART)	20-40 %
AMPUTACIÓN TARSOMETATARSIANA (LISFRANC)	20-40 %
AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA	15-25 %
AMPUTACIÓN DE LOS 5 DEDOS	10-20 %

Resolución C.A.- Página Web IPS

AMPUTACIÓN DEL 1ER. DEDO	15 %
AMPUTACIÓN. DEL 1ER. DEDO Y SU METATARSIANO	17 %
AMPUTACIÓN DEL 5TO. DEDO Y SU METATARSIANO	12 %
AMPUTACIÓN DE 2DO., 3RO. O 4TO. DEDOS CON SU METATARSIANO	12 %
AMPUTACIÓN DE LA FALANGE DISTAL DEL HALLUX	6 %
AMPUTACIÓN DE UNO DE LOS DEDOS 2DO. 3RO. Ó 4TO.	2 %
AMPUTACIÓN DEL 5TO. DEDO	2 %
AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DE LOS DEDOS 2DO., 3RO. Ó 4TO.	1,5 %
AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DEL 5TO. DEDO	1,5 %
AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DE LOS DEDOS 2DO., 3RO. Ó 4TO.	1 %
AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DEL 5TO. DEDO	1 %

CADERA - LIMITACIÓN FUNCIONAL

DESDE 0° HASTA:

	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	ABDUCCIÓN	ADUCCIÓN	ROT. EXT.	ROT. INT.
0°	7 %	2 %	6 %	3 %	5 %	5 %
10°	7 %	2 %	5 %	2 %	4 %	3 %
20°	6 %	1 %	3 %	0 %	3 %	2 %
30°	5 %	0 %	2 %		2 %	1 %
40°	4 %		0 %		1 %	0 %
50°	4 %				0 %	
60°	3 %					
70°	3 %					
80°	2 %					
90°	1 %					
100°	0 %					

ANQUILOSIS EN:

	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	ABDUCCIÓN	ADUCCIÓN	ROT. INT.	ROT. EXT.
0°	28 %	28 %	28 %	28 %	28 %	28 %
10°	25 %	32 %	31 %	34 %	31 %	30 %
20°	22 %	36 %	34 %	40 %	34 %	33 %
25°	20 %	38 %	35 %		35 %	34 %
30°	21 %	40 %	37 %		37 %	35 %
40°	24 %		40 %		[illegible] %	38 %
50°	27 %				[illegible] %	40 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARÍA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya [illegible]
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

60º	29 %					
70º	32 %					
80º	35 %					
90º	37 %					
100º	40 %					

RODILLA - LIMITACIÓN FUNCIONAL

FLEXIÓN

DESDE 0º HASTA:

0°	30 %
10°	25 %
20°	20 %
30°	17 %
40°	16 %
50°	14 %
60°	13 %
70°	11 %
80°	10 %
90°	8 %
100°	7 %
110°	6 %
120°	4 %
130°	3 %
140°	2 %
150°	0 %

EXTENSIÓN

DESDE 0° HASTA:

0°	0 %
10°	10 %
20°	20 %
30°	40 %
40°	50 %
50° a 150°	60 %

ANQUILOSIS EN:

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Direccion de Riesgo Laboral y Subsidios

0°	30 %
10°	35 %
20°	40 %
30°	45 %
40°	50 %
50° a 150°	65 %

TOBILLO - LIMITACIÓN FUNCIONAL

FLEXIÓN DORSAL

DESDE 0° HASTA:

0°	3 %
10°	2 %
20°	0 %

FLEXIÓN PLANTAR

DESDE 0° HASTA:

0°	6 %
10°	4 %
20°	3 %
30°	2 %
40°	0 %

INVERSIÓN

DESDE 0° HASTA:

0°	2 %
10°	2 %
20°	1 %
30°	0 %

EVERSIÓN

DESDE 0° HASTA:

0°	2 %
10°	1 %
20°	0 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ANQUILOSIS EN:

	FLEX. DORSAL	FLEXIÓN PLANTAR	INVERSIÓN	EVERSIÓN
0°	12 %	12 %	12 %	12 %
10°	20 %	16 %	17 %	20 %
20°	28 %	20 %	23 %	28 %
30°		24 %	28 %	
40°		28 %		

DEDOS DEL PIE - ANQUILOSIS O LIMITACIONES FUNCIONALES

1ER. DEDO

A) ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA:	
GRADO DE FLEXIÓN	
0°	2 %
10°	3 %
20°	3 %
30°	4 %
B) ARTICULACIÓN METATARSO-FALÁNGICA:	
GRADO DE FLEXIÓN DORSAL	
0°	3 %
10°	3 %
20°	4 %
30°	4 %
40°	5 %
50°	5 %
GRADO DE FLEXIÓN PLANTAR	
0°	3 %
10°	4 %
20°	4 %
30°	5 %

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Direccion de Riesgo Laboral y Subs

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tania Ramírez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

RESTO DE LOS DEDOS	
A) ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL	1 %
B) ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA	
DE 0° A 20°	1 %
DE 20° A 30°	2 %
ACORTAMIENTO DE LOS MIEMBROS INFERIORES	
DE 0 A 1,50 CM.	2 %
DE 1,50 A 2,50 CM.	4 %
DE 2,50 A 4CM.	6 %
DE 4 A 5 CM.	8 %
MÁS DE 5 CM,	10 %

SECUELAS DE FRACTURAS

DIASTASIS PUBIANA CON SUBLUXACIÓN SACRO ILÍACA, CON COMPLICACIÓN VISCERAL PELVIANA, SEGÚN SECUELAS (PELVIS INESTABLE):	20-40 %
FRACTURA DE CÓTILÓ CON PROTRUSIÓN ACETABULAR	12-20 %
FRACTURA DEL CÓTILO CON PROTRUSIÓN Y NECROSIS DE CABEZA FEMORAL	20-25 %
SECUELA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA, CON FRACTURA MARGINAL Y NECROSIS DE CABEZA FEMORAL	20-25 %
SECUELA DE FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR	15-20 %
PRÓTESIS PARCIAL O TOTAL DE CADERA	10-15 %
PRÓTESIS INFECTADA O SECUELA (OPERACIÓN DE RESCATE GIRLESTONE)	40-60 %
A LA INCAPACIDAD PRECEDENTE NO DEBE ADICIONARSE LA CORRESPONDIENTE A REPERCUSIÓN FUNCIONAL Y ACORTAMIENTO DEL MIEMBRO.	
-FRACTURA DIÁFISIS FEMORAL CONSOLIDADA EN, DESEJE (ANGULADA O ROTADA)	15-20 %
FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL CON INCONGRUENCIA ARTICULAR	15-20 %
FRACTURA DE RÓTULA CON DESPLAZAMIENTO	HASTA 6 %
PATELECTOMÍA PARCIAL	3-6 %
PATELECTOMÍA TOTAL	5-10 %
PRÓTESIS PARCIAL O TOTAL DE RODILLA	15-20 %
PRÓTESIS PARCIAL O TOTAL DE RODILLA, CON SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE AFLOJAMIENTO	25-30 %
PRÓTESIS PARCIAL O TOTAL DE RODILLA, INFECTADA O SECUELA QUIRÚRGICA DE RESCATE	40-50 %
A LA INCAPACIDAD PRECEDENTE NO DEBE ADICIONARSE LA CORRESPONDIENTE A REPERCUSIÓN FUNCIONAL Y ACORTAMIENTO DEL MIEMBRO.	
FRACTURA DIAFISARIA DE TIBIA SIN DESPLAZAMIENTO	5-10 %
FRACTURA DIAFISARIA DE PERONÉ SIN DESPLAZAMIENTO	3-5 %
FRACTURA DE TIBIA Y/O PERONÉ CONSOLIDADA EN EJE	15 %
FRACTURA DE TIBIA Y/O PERONÉ CONSOLIDADA EN DESEJE (ANGULADA O ROTADA).	10-20 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Mg. ANA MARÍA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ramírez C.
Coordinación
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

FRACTURA UNIMALEOLAR DE TOBILLO	3-6 %
FRACTURA BIMALEOLAR O TRIMALEOLAR DE TOBILLO, CON CONGRUENCIA ARTICULAR	10-15 %
FRACTURA BIMALEOLAR O TRIMALEOLAR DE TOBILLO, CON INCONGRUENCIA ARTICULAR	15-20 %
DIASTASIS TIBIO PERÓNEA	HASTA 6 %
FRACTURA DE ASTRÁGALO CON NECROSIS	15-25 %
ASTRAGALECTOMÍA	15-25 %
FRACTURA DE CALCÁNEO CON APLASTAMIENTO, ARTROSIS SUBASTRAGALINA	20-25 %
FRACTURA DE AMBOS CALCÁNEOS CON APLASTAMIENTO, MARCHA CLAUDICANTE Y ARTROSIS SUBASTRAGALINA	25-30 %
FRACTURA DE ESCAFOIDES TARSIANO CON NECROSIS	5-10 %
FRACTURAS MÚLTIPLES DE PIE, CON EDEMA, PIE PLANO POST-TRAUMÁTICO,	
ATROFIA DE SUDECK	20-30 %
FRACTURA MÚLTIPLE DEL PIE, CON EDEMA, PIE PLANO POST TRAUMÁTICO, BILATERAL	30-40 %

LESIONES MENISCO-LIGAMENTARIAS

EN LAS INCAPACIDADES SIGUIENTES ESTÁ INCLUIDO EL PORCENTAJE POR REPERCUSIÓN FUNCIONAL.

RODILLA

SÍNDROME MENISCAL CON SIGNOS SUBJETIVOS	0 %
SÍNDROME MENISCAL CON SIGNOS OBJETIVOS (HIDRARTROSIS, HIPOTROFIA MUSCULAR, BLOQUEO, MANIOBRAS)	8-10 %
MENISCECTOMÍA SIN SECUELAS	3-6 %
MENISCECTOMÍA CON HIDRARTROSIS, HIPOTROFIA MUSCULAR	10-15 %
HIDRARTROSLS CRÓNICA	5-8 %
SINOVITIS CRÓNICA CON SIGNOS OBJETIVOS	5-8 %
INESTABILIDAD INTERNA SIN HIPOTROFIA NI HIDRARTROSIS, POR LESIÓN DEL LIGAMENTO LATERAL INTERNO	10-15 %
INESTABILIDAD INTERNA CON ATROFIA, HIDRARTROSIS Y ALTERACIONES EN LA MARCHA	15-25 %
INESTABILIDAD ANTERIOR O POSTERIOR, SIN ATROFIA NI HIDRARTROSIS, POR LESIÓN LIGAMENTARIA DE CRUZADO ANTERIOR O POSTERIOR	10-15 %
INESTABILDAD ANTERIOR Y POSTERIOR CON ATROFIA, HIDRARTROSIS Y ALTERACIONES EN LA MARCHA	15-25 %
INESTABILIDAD EXTERNA SIN HIPOTROFIA NI HIDRARTROSIS, POR LESIÓN DEL LIGAMENTO LATERAL EXTERNO	10-15 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Ing. ANA MARIA CASTRO Secretaria Ejecutiva Dpto. de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Ayala Ibáñez Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INESTABILIDAD EXTERNA CON ATROFIA, HIDRARTROSIS Y ALTERACIONES EN LA MARCHA	15-25 %
INESTABILIDAD COMBINADAS	30 %
INESTABILIDADES COMBINADAS CON HIPOTROFIAS E HIDRARTROSIS	40 %

LESIONES MUSCULARES Y TENDINOSAS

SERÁN EVALUADAS SEGÚN LA LIMITACIÓN FUNCIONAL QUE PRODUZCAN.

PSEUDOARTROSIS

EN LAS INCAPACIDADES SIGUIENTES ESTÁ INCLUIDO EL PORCENTAJE POR REPERCUSIÓN FUNCIONAL.

CUELLO FEMORAL	40-60 %
FÉMUR. DIAFISARIA	40-60 %
FÉMUR, SUPRACONDÍLEA	40-60 %
TIBIA, EXTREMO PROXIMAL COMO SECUELA DE OSTEOTOMÍA FALLIDA	20-40 %
TIBIA DIAFISARIA	20-40 %
PERONÉ, DIAFISARIA	5-10 %
TIBIA Y PERONÉ	20-40 %
UNIMALEOLAR TIBIAL	6-9 %
UNIMALEOLAR PERONEA, INFRASINDESMAL	3-6 %
UNIMALEOLAR PERONEA, TRANSINDESMAL	6-9 %
UNIMALEOLAR PERONEA, SUPRASINDESMAL	9-12 %
ASTRÁGALO	10-25 %
METARTASIANO PRIMERO	3-6 %
METATARSIANO, 2DO, 3RO, 4TO., Ó 5TO.	0-2 %
METATARSIANO, BASE DE 5TO.	0-2 %
HALLUX, LER. FALANGE	0-2 %
HALLUX, 2DA. FALANGE	0-1 %

INESTABILIDAD ARTICULAR

EN LAS INCAPACIDADES SIGUIENTES ESTÁ INCLUIDA LA PÉRDIDA' POR REPERCUSIÓN FUNCIONAL.

CADERA

Resolución C.A. - Página Web IPS

INESTABILIDAD ARTICULAR	40-60 %

RODILLA

INESTABILIDAD INTERNA, SIN HIPOTROFIA NI HIDRARTROIS	5-15 %
INESTABILIDAD INTERNA CON ATROFIA, HIDRARTROSIS Y ALTERACIONES EN LA MARCHA	15-25 %
INESTABILDAD EXTERNA, SIN HIPOTROFIA NI HIDRARTROSIS	5-15 %
INESTABILIDAD EXTERNA CON ATROFIA, HIDRARTROSIS Y ALTERACIONES EN LA MARCHA	15-25 %
INESTABILDAD ANTERIOR O POSTERIOR, SIN ATROFIA NI HIDRARTROSIS	5-15 %
INESTABILIDAD ANTERIOR Y POSTERIOR, CON ATROFIA, HIDRARTROSIS Y ALTERACIONES EN LA MARCHA	15-25 %
INESTABILDADES COMBINADAS	30 %
INESTABILIDADES COMBINADAS, CON HIPOTROFIA E HIDRARTROSIS	40 %

TOBILLO

INESTABILDAD DE TOBILLO CON CORROBORACIÓN RADIOLÓGICA	5-10 %
INESTABILDAD DE AMBOS TOBILLOS CON CORROBORACIÓN RADIOLÓGICA	15-30 %

3. CABEZA Y ROSTRO

PARA LA EVALUACIÓN DE LAS LESIONES PRODUCIDAS EN LA CABEZA Y EL ROSTRO SE TENDRÁN EN CUENTA: LA ZONA AFECTADA, LA EXTENSIÓN DE LA LESIÓN, LA PROFUNDIDAD DE LA MISMA, EL ASPECTO, COMPLICACIONES, CAMBIOS DE COLOR Y EL COMPROMISO ANATOMO-FUNCIONAL DE LOS DISTINTOS ÓRGANOS ALLÍ LOCALIZADOS. ASIMISMO SE VALORARÁ LA REPERCUSIÓN ESTÉTICA.

A LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD ÓRGANO-FUNCIONAL SE LE SUMARÁ LA CORRESPONDIENTE POR LA SECUELA ESTÉTICA.

CABEZA

LAS LESIONES ÓSEAS Y NEUROLÓGICAS SON EVALUADAS EN LA CAPÍTULO CORRESPONDIENTE A NEUROLOGÍA. LAS LESIONES AQUÍ EVALUADAS SE REFIEREN A LAS HERIDAS CONTUSAS Y/O CORTANTES PRODUCIDAS EN LA ZONA PILOSA.

HERIDA CONTUSA Y/O CORTANTE, EN ZONA PILOSA, CON CICATRIZ CUBIERTA	0 %
HERIDA CONTUSA Y/O CORTANTE, EN ZONA PILOSA, CON CICATRIZ DESCUBIERTA	1-3 %
SCALP DE CUERO CABELLUDO, EN ZONA PILOSA, CON PÉRDIDA PARCIAL DEL MISMO, CON CICATRIZ CUBIERTA	1 %
SCALP DE CUERO CABELLUDO, EN ZONA PILOSAS, CON PÉRDIDA PARCIAL DEL MISMO, CON CICATRIZ DESCUBIERTA	1-3 %
SCALP DE CUERO CABELLUDO, CON PÉRDIDA DEFINITIVA Y PARCIAL DE LA CAPA CORRESPONDIENTE AL CABELLO:	
0 A 5 CM DE DIÁMETRO	1-5 %

Resolución C.A. - Página WebIPS

5 A 10 CM DE DIÁMETRO	5-10 %
MÁS DE 10 CM DE DIÁMETRO	10-20 %
SCALP DE CUERO CABELLUDO, CON PÉRDIDA DEFINITIVA Y TOTAL DE TODAS LAS CAPAS:	
0 A 5 CM. DE DIÁMETRO	5-10 %
5 A 10 CM. DE DIÁMETRO	10-20 %
MÁS DE 10 CM. DE DIÁMETRO	20-40 %

ROSTRO

FRENTE	
CICATRIZ FRONTAL, HORIZONTAL, SOBRE SURCO O ARRUGA, MENOR 4 CM.	0-2 %
CICATRIZ FRONTAL, HORIZONTAL, SOBRE SURCO O ARRUGA, MAYOR 4 CM.	5-7 %
CICATRIZ FRONTAL, TRANSVERSAL O PERPENDICULAR, MENOR 4 CM.	5-7 %
CICATRIZ FRONTAL, TRANSVERSAL O PERPENDICULAR, MAYOR 4 CM.	8-10 %
CICATRIZ FRONTAL, ESTELAR O EN SUPERFICIE, MENOR 4 CM2.	5-7 %
CICATRIZ FRONTAL, ESTELAR O EN SUPERFICIE, MAYOR 4 CM2.	8-15 %
CICATRIZ FRONTAL, ESTELAR O EN SUPERFICIE, CON INJERTO CUTÁNEO, MENOR DE 4 CM2. 5-7 %	
CICATRIZ FRONTAL, ESTELAR O EN SUPERFICIE, CON INJERTO CUTÁNEO, MAYOR DE 4 CM2. 8-15 %	
ESTALLIDO DE SENO FRONTAL UNI O BILATERAL, SIN COMPLICACIÓN	5-10 %
ESTALLIDO DE SENO FRONTAL UNI O BILATERAL, CON COMPLICACIÓN	SEGÚN SECUELAS
CICATRIZ LINEAL DE ARCO SUPERCILIAR	0-2 %
CICATRIZ RETRÁCTIL DE ARCO SUPERCILIAR (NOTORIA)	1-3 %
PÓMULO	
CICATRIZ LINEAL, MENOR 5 CM.	1-3 %
CICATRIZ LINEAL, MAYOR 5 CM.	4-6 %
CICATRIZ EN SUPERFICIE, MENOR 6 CM2.	0-5 %
CICATRIZ EN SUPERFICIE, MAYOR 6 CM2.	6-10 %
FÍSTULA SALIVAL, SIN TRATAMIENTO	5-7 %
ORBITA	
— BORDE SUPERIOR	
ALOPECÍA DE LA CEJA, UNILATERAL	3-5 %
ALOPECÍA DE LA CEJA, BILATERAL	5-8 %
FRACTURA CON DEPRESIÓN DE LA ZONA	5-10 %
FRACTURA APÓFISIS ORBITARIA EXTERNA, CON DESPLAZAMIENTO, (PERJUICRA A LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL MALAR, SIN FRACTURA DE LA MISMA) SIN TRATAMIENTO	10-15 %

Resolución C.A. Página Web IPS

FRACTURA MALAR, SU APÓFISIS ORBITARIA SOLA O ASOCIADA A LA APÓFISIS ORBITARIA FRONTAL	15-20 %
— BORDE INFERIOR	
FRACTURA DEL PISO ORBITARIO LÁMINA HORIZONTAL, CON DESPLAZAMIENTO, CON DIPLOPÍA	45 %
— BORDE INTERNO	
FRACTURA CON DESPLAZAMIENTO DEL UNGUIS	5-8 %
— BORDE EXTERNO	
DEBEMOS HACER MENCIÓN ESPECIAL SOBRE LOS HUESOS MALARES. EN LOS GRANDES TRAUMATISMOS FACIALES, EL MALAR SE FRACTURA, DANDO ORIGEN A UNA SECUELA QUE DEBE SER REPARADA DE INMEDIATO, DEBIDO A LA CAÍDA DEL PISO ORBITAL Y LA DIPLOPÍA SOBREVINIENTE.	
CONTENIDO ORBITARIO Y PARTES BLANDAS VER OJO.	
SENOS NASALES VER NARIZ, GARGANTA Y OÍDO.	
LEFORT I TRAZO HORIZONTAL DEL PALADAR Y NO COMPROMETE ÓRBITAS	SEGÚN SECUELAS
LEFORT II ATRAVIESA EL BORDE INFRAORBITARIO, EL PISO, LA PARED INTERÓSEA DE LA ÓRBITA Y LA LÁMINA PERPENDICULAR ETMOIDES	FÍSTULAS CRANEORREA ETC.
LEFORT III SE AGREGA AL TRAZO ANTERIOR LA PARED ETC. EXTERNA DE LA ÓRBITA, APÓFISIS ORBITARIA DEL FRONTAL Y EL CIGOMA	
LAS ALTERACIONES VISUAL Y/U OLFATORIA Y/O VENTILATORIA NASAL, SE SUMARÁN A LA INCAPACIDAD ANATÓMICA.	
PABELLÓN AURICULAR	
PÉRDIDA TOTAL, UNILATERAL	12 %
PÉRDIDA DEL LÓBULO AURICULAR	4 %
ALTERACIÓN ESTÉTICA PARCIAL, UNILATERAL	5-10 %
ALTERACIÓN ESTÉTICA PARCIAL, BILATERAL	15 %
A LAS LESIONES DEL PABELLÓN AURICULAR SE LE SUMARÁ LA INCAPACIDAD POR REPERCUSIÓN AUDITIVA Y/O VESTIBULAR.	
MENTÓN	
CICATRIZ LINEAL, MENOR 4 CM.	0-2 %
CICATRIZ LINEAL, MAYOR 4 CM.	2-4 %
COMISURA LABIAL	
RETRACCIÓN LABIO SUPERIOR	3 %
DESVIACIÓN COMISURA LABIAL	5 %
RETRACCIÓN DE AMBOS LABIOS	12-15 %
MAXILAR INFERIOR	
INCLUYE RAMA ASCENDENTE, RAMA HORIZONTAL, GONIÓN, APÓFISIS CORONOIDEA, ZONA DEL CÓNDILO-BORDE SUPERIOR ALVEOLAR Y MENTÓN	SEGÚN SECUELA
PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA	70 %
MUTILACIONES EXTENSAS DE PARTES ÓSEAS Y BLANDAS	60-80 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARÍA CASTRO Gerente de Consultoría Jurídica y Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Gerencia de Prestaciones Económicas

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Albañez Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

FÍSTULA SALIVAL	25-30 %
TODAS LAS LESIONES DE CABEZA Y ROSTRO SE EVALUARÁN POSTERIOR AL TRATAMIENTO Y SI QUEDARAN COMO SECUELAS INTRATABLES.	

OJOS

LA SECUELA DE UN ACCIDENTE LABORAL O LAS ALTERACIONES PRODUCIDAS POR UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL CON REPERCUSIÓN OFTALMOLÓGICA PUEDEN PRODUCIR EL SIGUIENTE COMPROMISO DE LA FUNCIÓN VISUAL.

1. PÉRDIDA DE LA AGUDEZA VISUAL. POR COMPROMISO DE LOS MEDIOS TRANSPARENTES, DE LA RETINA DEL NERVIO ÓPTICO, DE LA VÍA ÓPTICA O DE LA CORTEZA SENSORIAL.

2. PÉRDIDA DEL CAMPO VISUAL, PUEDE SER UNI O BILATERAL.

3. PÉRDIDA O COMPROMISO DE LA FUNCIÓN MOTORA DE LA MUSCULATURA EXTRAOCULAR (CON O SIN DIPLOPÍA).

4. PÉRDIDA DE ALINEAMIENTO OCULAR Y DE LA POSICIÓN Y O MOVILIDAD PALPEBAL (PTOSIS, LAGOFTAMOS Y OTRAS ALTERACIONES).

5. LESIONES DE LA VÍA LAGRIMAL.

6. ALTERACIONES MISCELÁNEAS.

EN TODOS LOS CASOS SE EVALUARÁ LA CAPACIDAD VISUAL BILATERAL.

1. AGUDEZA VISUAL

1.1 LA AGUDEZA VISUAL SE DETERMINARÁ CORREGIDA SI PROCEDE O SIN CORRECCIÓN SI EL USO DEL LENTE CONVENCIONAL O DE CONTACTO NO RESULTA SOPORTABLE (INTOLERANCIA, ANISEICONIA, DEFECTOS NO CORREGIBLES DE LA SUPERFICIE OCULAR).

CUANDO EL LENTE DE CONTACTO ES BIEN TOLERADO, SU CORRECCIÓN SERÁ LA QUE DEBERÁ CONSIDERARSE EN EL CÁLCULO DE LA INVALIDEZ.

1.2 LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO DEBERÁ SER EVALUADA SIGUIENDO LOS VALORES QUE PROPORCIONA LA TABLA DE SENÁ.

AV.: Agudeza visual	ENUC: Enucleación	ES/P: Enucleación s/prótesis

AV	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	-0.1	Enuc	s/P
1	0	1	2	4	6	9	13	18	24	32	42	45	50
0.9	1	2	3	5	8	11	15	20	26	34	43	47	52
0.8	2	3	5	7	10	13	18	23	29	37	45	50	54
0.7	4	5	7	9	13	16	21	26	32	40	50	55	58
0.6	6	8	10	13	16	20	25	30	36	44	55	60	62
0.5	9	11	13	16	20	24	29	34	41	49	60	65	67
0.4	13	15	18	21	25	29	34	39	47	56	70	70	73

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Secretario General

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Jiménez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

0.3	18	20	23	26	30	34	39	45	54	65	80	80	80
0.2	24	26	29	32	36	41	47	54	64	75	90	90	90
0.1	32	34	37	40	44	49	56	65	75	85	100	100	100
-0.1	42	43	45	50	55	60	70	80	90	100	100	100	100
Enuc	45	47	50	55	60	65	70	80	90	100	100	100	100
Es/P	50	52	54	58	62	67	73	80	90	100	100	100	100

1.3 LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE UN OJO SERÁ CAUSAL DE UNA INVALIDEZ DEL 42 %. A ESE VALOR SE REFERIRÁ EL CÁLCULO DE LAS PERDIDAS DE LA VISIÓN Y DEL CAMPO VISUAL.

1.4 DE ACUERDO A LA TABLAS DE SENÁ LA PÉRDIDA DEL GLOBO OCULAR (ENUCLEACIÓN) DARÁ UNA INVALIDEZ DEL 45 %.

1.5 SI EL TRABAJADOR ES PORTADOR DE OJO ÚNICO, AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACIÓN LABORAL, EL COMPROMISO DE LA VISIÓN SE EVALUARÁ DE ACUERDO A LA SIGUIENTE TABLA.

LAS VISIONES DEBERÁN ESTIMARSE CON CORRECCIÓN DE LOS VICIOS DE REFRACCIÓN QUE PUDIEREN EXISTIR.

Agudeza Visual	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1
% Invalidez	5	10	20	35	50	70	80	90	100

1.6 SI EL COMPROMISO DE LA VISIÓN ES BILATERAL SE EVALUARÁ DE ACUERDO A LA TABLA DE SENÁ RESULTANDO EL PORCENTAJE DE LA UNIÓN DE LA LÍNEA HORIZONTAL (AGUDEZA DEL PRIMER OJO) CON EL VALOR DE LA LÍNEA VERTICAL (AGUDEZA DEL SEGUNDO OJO).

1.7 PUEDE EXISTIR MALA AGUDEZA VISUAL POR VISIÓN MACULAR CON RESPECTO A LA VISIÓN PERIFÉRICA. EN ESTE CASO DEBERÁ ATENDERSE AL OFICIO QUE DESEMPEÑA EL ACCIDENTADO PARA EVALUAR LA INCAPACIDAD.

EN GENERAL DEBERÁ ATENDERSE EN ESTE Y EN TODOS LOS CASOS AL CRITERIO DE INVALIDEZ PARA EL OFICIO ESPECÍFICO, PARA DETERMINADOS TRABAJOS O PARA TODO TRABAJO (CIEGO LEGAL DE LA OMS).

1.8 EN EL CASO DE UN PACIENTE AFÁQUICO CORREGIDO O DE UNO PSEUDOFÁQUICO CON LENTE INTRAOCULAR Y CON O SIN CORRECCIÓN ADICIONAL AL AIRE SE CONSIDERARÁ COMO ÍNDICE DE INCAPACIDAD LA VISIÓN CENTRAL REMANENTE A LA QUE SE EL AGREGARÁ UN 30 % EN CONSIDERACIÓN A LA PÉRDIDA DEL CAMPO VISUAL PERIFÉRICO.
SI HAY PROBLEMAS EN EL OJO NO LESIONADO Y ESTO SE HA ACRECENTADO CON EL TRAUMATISMO SE LE OTORGARÁ LENTES.

CUANDO SE TRATA DE UN OJO SIN LENTE INTRAOCULAR LA AV DETERMINADA SEGÚN LA TABLA DE SENÁ SE DIVIDE POR DOS (POR EJEMPLO: 8/10 SERÁN 4/10) PARA EL CÁLCULO VISUAL NORMAL.

1.9 LA CATARATA INOPERABLE SE EVALUARÁ SEGÚN AGUDEZA VISUAL.

2. PÉRDIDA DEL CAMPO VISUAL

2.1 LA PÉRDIDA DEL CAMPO VISUAL DEBE DETERMINARSE UNA VEZ GARANTIZADA LA MAYOR AGUDEZA VISUAL POSIBLE, CON CORRECCIÓN SI FUERA NECESARIO.

Resolución C.A. - Página Web IPS

2.2. EL COMPROMISO DEL CAMPO VISUAL SE EVALUARÁ CONSIDERANDO EL SIGUIENTE ESQUEMA COMO CAMPO
VISUAL NORMAL.

2.3 PARA LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDEN UNA AGUDEZA VISUAL SIN LIMITACIONES, DONDE EL CAMPO VISUAL PERIFÉRICO ES DE IMPORTANCIA CAPITAL (MAQUINISTA, CONDUCTORES DE BUSES, OPERADORES DE GRÚAS Y MAQUINARIA PESADA, ETC.) SE CONSIDERARÁ EL CAMPO VISUAL DIVIDIDO EN 8 MERIDIANOS DE 60 GRADOS CADA UNO LO QUE EQUIVALDRÁ A 500 GRADOS.

PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO REQUIEREN DE TANTA CAPACIDAD VISUAL (OFICINISTAS, PROFESORES, ACTIVIDADES DE SERVICIO), ENTENDIENDO QUE LAS LESIONES SON MONOCULARES, SE CONSIDERARÁ EL CAMPO VISUAL DIVIDIDO EN 8 MERIDIANOS PERO DE 40 GRADOS CENTRALES LO QUE EQUIVALE A 320 GRADOS.

2.4 SE ANALIZARÁ EL CAMPO OBTENIDO CON EL CAMPÍMETRO DE GOLDMANN CON ISOPTERA 1/IV PARA LA PERIFERIA Y 1/II PARA EL CAMPO CENTRAL, Y SE CONTARÁN LOS GRADOS COMPROMETIDOS EN CADA MERIDIANO.

2.5 OBTENIDO EL GRÁFICO DE LA CAMPIMETRÍA, SE SUMAN LOS GRADOS DE LOS OCHO MERIDIANOS Y SE DIVIDE POR 320 (TOTAL DE GRADOS PARA EL CAMPO VISUAL NORMAL PARA CADA OJO), O 500 SI SE REFIERE A CASOS ESPECIALES, OBTENIÉNDOSE EL CAMPO VISUAL PRESERVADO. LA DIFERENCIA CON LA UNIDAD SERÁ LA PÉRDIDA DEL CAMPO VISUAL DE ESE OJO.

LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD VISUAL UNILATERAL SE MULTIPLICA POR EL ÍNDICE 0.25 PARA CALCULAR LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD GLOBAL.

2.6 CUANDO SE TRATA DEL CAMPO VISUAL BILATERAL, SE CALCULA LA PÉRDIDA DE AMBOS OJOS POR SEPARADO. LUEGO SE SUMAN Y EL RESULTADO SE MULTIPLICA POR EL FACTOR 1.5, OBTENIÉNDOSE ASÍ EL GRADO TOTAL DE INCAPACIDAD POR PÉRDIDA BILATERAL DEL CAMPO VISUAL.

2.7 CUANDO LA AGUDEZA VISUAL ESTÁ COMPROMETIDA, AL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL CAMPO VISUAL DEBERÁ AGREGÁRSELE EL ORIGINADO POR LA PRIMERA (SEGÚN CAPACIDAD RESTANTE).

3. PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN DE LA MUSCULATURA EXTRAOCULAR. DIPLOPÍA

3.1 LA PÉRDIDA DE ESTA FUNCIÓN OBLIGA AL PACIENTE A CONSULTAR POR DIPLOPÍA Y/O DESVIACIÓN DE LA CABEZA. LA DIPLOPÍA TAMBIÉN PUEDE SER CAUSADA POR TRAUMATISMO DE LA BASE DE LA ÓRBITA, O MONOCULAR EN CASOS ESPECIALES DE DAÑO CORNEAL.

3.2 LA EVALUACIÓN DE LA MISMA SE HARÁ CONSIDERANDO LA EDAD Y EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, DETERMINANDO UNA INCAPACIDAD QUE FLUCTUARÁ ENTRE EL 10 Y EL 25 %.

3.3 SE DEBERÁ CONSIDERAR COMO DIPLOPÍA RESIDUAL AQUELLA QUE HA RESULTADO IMPOSIBLE CORREGIR CON LA CIRUGÍA Y QUE TAMPOCO ES POSIBLE REDUCIR CON EL USO DE PRISMAS COMPENSADORES DE FRENKEL, EN EL POST OPERATORIO.

3.4 EL TRABAJADOR PODRÁ DESEMPEÑAR ALGUNA PROFESIÓN EN LAS MISMAS CONDICIONES QUE UN MONOCULAR, DEBIENDO USAR OCLUSIÓN PARA PODER DESEMPEÑAR SU ACTIVIDAD.

4. PÉRDIDA DEL ALINEAMIENTO OCULAR, DE LA POSICIÓN O MOVILIDAD PALPEBRAL Y MISCELÁNEAS

Resolución C.A. - Página Web IPS

4.1 LA PÉRDIDA DEL ALINEAMIENTO OCULAR POR CAUSAS DIVERSAS (POST OPERATORIAS, TRAUMÁTICAS, ETC.) SERÁ CAUSAL DE INVALIDEZ.

AFECCIONES	PORCENTAJE
ORBITA: LESIONES ÓSEAS, SE REMITE AL CAPÍTULO DE CABEZA Y ROSTRO	
QUÉRATO CONJUNTIVITIS CRÓNICA, ALÉRGICA O IRRITATIVA UNILATERAL, QUE NO REMITE CON EL TRATAMIENTO	HASTA 5%
QUÉRATO CONJUNTIVITIS CRÓNICA, ALÉRGICA O IRRITATIVA BILATERAL, QUE NO REMITE CON EL TRATAMIENTO	HASTA 10 %
PTERIGÓN POST-TRAUMÁTICO	5 %
MIDRIASIS PARALÍTICA UNILATERAL	5 %
MIDRIASIS PARALÍTICA BILATERAL	10 %
MIDRIASIS POST TRAUMÁTICA POR LESIÓN DEL IRIS UNILATERAL	5 %
MIDRIASIS POST TRAUMÁTICA POR LESIÓN DEL IRIS BILATERAL	10 %
IRIDODIÁLISIS (CON COMPROMISO VISUAL) UNILATERAL	5 %
IRIDODIÁLISIS BILATERAL	10 %
PTOSIS PALPEBRAL UNILATERAL CON PUPILA DESCUBIERTA	5 %
PTOSIS PALPEBRAL BILATERAL CON PUPILA CUBIERTA. SE LE SUMARÁN LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DE LA VISIÓN	VARIABLE
DEFORMACIONES PALPEBRALES MONOCULARES	5-10 %
DEFORMACIONES PALPEBRALES BILATERALES	10-20 %
LAGOFTALMOS RESIDUAL UNILATERAL	5-10 %
LAGOFTALMOS RESIDUAL BILATERAL	10-20 %
ESTRABISMO (LESIÓN MUSCULAR O NERVIOSA). SEGÚN AGUDEZA VISUAL	
EPÍFORA POST TRAUMÁTICA UNILATERAL	5-10 %
EPÍFORA POST TRAUMÁTICA BILATERAL	10-20 %
ENUCLEACIÓN CON PRÓTESIS	45 %
ENUCLEACIÓN NO PERMITE PRÓTESIS	50 %
ENUCLEACIÓN O EVISCERACIÓN BILATERAL	100 %
OFTALMÍA SIMPÁTICA, SECUELAR O ACCIDENTES EN EL OTRO OJO	100 %
CEGUERA, POST TRAUMÁTICA, SIN DEFORMACIÓN DEL GLOBO OCULAR, UNILATERAL	42 %
CEGUERA POST TRAUMÁTICA O ATRÓFICA DEL GLOBO OCULAR CON DEFORMACIÓN UNILATERAL, QUE PERMITE PRÓTESIS	45 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

GARGANTA, NARIZ Y OIDO

OIDO

LESIONES TRAUMÁTICAS

PABELLÓN AURICULAR	
OTOHEMATOMA, UNI O BILATERAL SIN COMPLICACIONES	SIN INCAPACIDAD
OTOHEMATOMA, UNI O BILATERAL CON COMPLICACIONES	SEGÚN SECUELAS
CONDRONECROSIS	5 %
CICATRICES, VER CAPÍTULO DE CABEZA Y ROSTRO	
MEMBRANA DEL TÍMPANO	
PERFORACIÓN UNI O BILATERALES, SEGÚN REPERCUSIÓN AUDITIVA Y/O VESTIBULAR	
DISLOCACIÓN DE HUESECILLOS. SEGÚN REPERCUSIÓN AUDITIVA Y/O VESTIBULAR	

NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DAÑO AUDITIVO

a. LOS TRABAJADORES QUE HAYAN SUFRIDO DAÑO AUDITIVO, SEA POR INTOXICACIÓN, SOBREEXPOSICIÓN AGUDA O CRÓNICA A RUIDO, O BIEN POR CONTUSIÓN ENCEFÁLICA, SE SOMETERÁN A ESTUDIO AUDITIVO CONSISTENTE EN EVALUACIÓN OTOLÓGICA Y 3 AUDIOMETRÍAS, ASÍ COMO A OTROS ESTUDIOS PARA VERIFICAR EL DAÑO COCLEAL. ESTOS EXÁMENES DEBERÁN HACERSE DESPUÉS DE UN MÍNIMO DE 24 HS. DE REPOSO AUDITIVO Y ENTRE ELLOS DEBERÁ EXISTIR UN INTERVALO NO INFERIOR A 7 DÍAS.

b. LOS PROMEDIOS DE LOS DECIBELES, MEDIDOS EN LOS UMBRALES DE LAS FRECUENCIAS CONSIDERADAS, EN LOS TRES EXÁMENES, NO PODRÁN DIFERIR EN MÁS DE 10 DB. SI ESTE REQUISITO NO SE CUMPLE EN LAS 3 AUDIOMETRÍAS, DEBERÁN TOMARSE OTRAS HASTA LOGRARLO.

c. SI POR EFECTO DE UN TRAUMA AGUDO SE PIERDE TOTAL E IRREVERSIBLEMENTE LA FUNCIÓN DE UN OÍDO, CONSERVÁNDOSE LA NORMALIDAD DEL OTRO, LA INCAPACIDAD A RECONOCER SERÁ DEL 15 %.

d. LA HIPOACUSIA TOTAL, TRAUMÁTICA O POR EXPOSICIÓN AL RUIDO, SE EVALUARÁ CON UNA INCAPACIDAD DEL 42 %. LAS HIPOACUSIAS PARCIALES SE EVALUARÁN SEGÚN LAS TABLAS.

e. CÁLCULO DE LA PÉRDIDA MONOAURAL. SE SUMA LA PÉRDIDA EN DECIBELES DE LA VÍA AÉREA DE LOS TONOS 500, 1.000, 2.000 Y 4.000. LA SUMA OBTENIDA SE TRASLADA A LA TABLA DONDE SE CONVIERTE EN PORCENTAJE DE PÉRDIDA AUDITIVA.

PERDIDA AUDITIVA MONOAURAL

SD	%	SD	%
100	0,0	240	52,5
105	1,9	245	54,4
110	3,8	250	56,2
115	5,6	255	58,1
120	7,5		60,0

Resolución C.A. Página Web IPS

125	9,4	265	61,9
130	11,2	270	63,8
135	13,1	275	65,6
140	15,0	280	67,5
145	16,9	285	69,3
150	18,8	290	71,2
155	20,6	295	73,1
160	22,5	300	75,0
165	24,4	305	76,9
170	26,2	310	78,8
175	28,1	315	80,6
180	30,0	320	82,5
185	31,9	325	84,4
190	33,8	330	86,2
195	35,6	335	88,1
200	37,5	340	90,0
205	39,4	345	90,9
210	41,2	350	93,8
215	43,1	355	95,6
220	45,0	360	97,5
225	46,9	365	99,4
230	48,9	370 o >	100,0
235	50,6		

a. CÁLCULO DE LA PÉRDIDA AUDITIVA BILATERAL. SE SUMA LA PÉRDIDA EN DECIBELES DE LA VÍA AÉREA DE LOS TONOS 500, 1.000, 2.000 Y 4.000 DE CADA OÍDO Y SE LO TRASLADA A LA TABLA DE LA A.M.A./84 - A.A.O. MAY./79.

b. EN ESTA TABLA SE DEBE BUSCAR EN SU EJE HORIZONTAL EL MEJOR OÍDO Y EN SU EJE VERTICAL EL PEOR; DE LA INTERSECCIÓN DE AMBOS EJES SURGE LA PÉRDIDA AUDITIVA BILATERAL EN PORCENTAJES. DICHO VALOR MULTIPLICADO POR 0,42 DA COMO RESULTADO LA PÉRDIDA DEL % DEL SALARIO.

c. EN CASO DE NO CONTAR CON LA TABLA DE LA AMA, SE PUEDE DETERMINAR EL VALOR DE LA PÉRDIDA DEL PORCENTAJE DEL SALARIO, POR LESIÓN AUDITIVA UNI O BILATERAL, CON LA SIGUIENTE FÓRMULA:

$\frac{(\%\ \text{Oído mejor} \times 5) + (\%\ \text{Oído peor} \times 1)}{6}$	x 0,42 = % del Salario

EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD POR ALTERACIÓN DE EQUILIBRIO POR LESIÓN DE LA RAMA VESTIBULAR.

LA ALTERACIÓN DE LA RAMA VESTIBULAR DEL NERVIO AUDITIVO PUEDE CAUSAR PERTURBACIONES DEL EQUILIBRIO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA NORMA SE DEFINE EQUILIBRIO COMO LA CAPACIDAD DE ADQUIRIR, CAMBIAR O MANTENER UNA ACTITUD CORPORAL QUE PERMITA LA REALIZACIÓN DE UN DETERMINADO TRABAJO.

c. LA DETERMINACIÓN DEL DETERIORO SE SUSTENTARÁ EN SIGNOS OBJETIVOS ATRIBUIDOS AL DAÑO ORGÁNICO, EN EL EXAMEN LABERÍNTICO. LA EVALUACIÓN DEL DETERIORO SE ESTABLECERÁ EN BASE AL GRADO DE TRASTORNO DEL EQUILIBRIO CONSTATADO (POR ELECTRONISTAGMOGRAMA, EXAMEN NEUROLÓGICO, ETC.) Y NO EN RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA VERTIGINOSA.

Resolución CA - Página web IPS

d. LAS DETERMINACIONES SE REALIZARÁN DESPUÉS DE 6 MESES DE SUSPENDIDA LA EXPOSICIÓN AL AGENTE O EL ACCIDENTE SUPUESTAMENTE CAUSAL.

LOS NIVELES DE DETERIORO A CONSIDERAR CON SUS RESPECTIVAS INCAPACIDADES SON LOS SIGUIENTES:

GRADO I. DETERIORO MÍNIMO. SE PRODUCE DESEQUILIBRIO CON LOS CAMBIOS BRUSCOS DE POSICIÓN DE LA CABEZA O EN DETERMINADAS POSICIONES DE LA MISMA. LEVES DESVIACIONES Y/O LATEROPULSIONES EN LA MARCHA CON OJOS CERRADOS. SIGNOS OBJETIVOS DE DAÑO ORGÁNICO EN EXAMEN LABERÍNTICO Y/O NEUROLÓGICO.	INCAPACIDAD 10 %
GRADO II. DETERIORO LEVE. HAY TRASTORNOS EN LA MARCHA Y GIROS RÁPIDOS LOS QUE SE ACENTÚAN AL HACERLO CON LOS OJOS CERRADOS. LOGRA MANTENERSE EN PIE CON LOS OJOS CERRADOS. HAY SIGNOS OBJETIVOS EN EXÁMENES LABERÍNTICOS Y/O NEUROLÓGICOS.	INCAPACIDAD 20 %
GRADO III. DETERIORO MODERADO. LA MARCHA SÓLO ES POSIBLE CON APOYO DE BASTÓN. GRAN DIFICULTAD PARA MANTENER EL EQUILIBRIO CON OJOS CERRADOS E IMPOSIBILIDAD DE MARCHA EN ESAS CONDICIONES.	INCAPACIDAD 40 %
GRADO IV. DETERIORO AVANZADO. HAY GRAN DIFICULTAD PARA REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN. IMPOSIBILIDAD DE MANTENER UNA POSICIÓN PARA DESEMPEÑAR UNA TAREA.	INCAPACIDAD 70 %
GRADO V. DETERIORO GRAVE. IMPOSIBILIDAD DE MARCHA CON OJOS ABIERTOS. REQUIERE ASISTENCIA DE TERCEROS PARA SU TRASLADO.	INCAPACIDAD 100 %

PEÑASCO, CON COMPLICACIONES, SE EVALÚAN LAS SECUELAS.

a. APÓFISIS MASTOIDES, SIN COMPLICACIONES, NO TIENE INCAPACIDAD
b. APÓFISIS ESTILOIDES, SIN COMPLICACIONES, NO TIENE INCAPACIDAD
c. APÓFISIS ESTILOIDES, CON COMPLICACIONES (VER PARES CRANEALES)
d. SE AGREGARÁ LA INCAPACIDAD, SI HUBIERE, POR REPERCUSIÓN AUDITIVA Y/O VESTIBULAR.

NARIZ Y SENOS PARANASALES.

LAS LESIONES DEFORMANTES DEL ROSTRO COMO LOS DESPLAZAMIENTOS ÓSEOS Y COMPLICACIONES SE EVALUARÁN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA REPARADORA, REDUCIÉNDOSE LOS PORCENTAJES DE INCAPACIDAD, SEGÚN EL ÉXITO DE LA CIRUGÍA.

NARIZ

PIRÁMIDE NASAL	
AMPUTACIÓN NASAL, TOTAL	HASTA 30 %
VENTANAS NASALES	
DEFORMIDAD MARCADA UNILATERAL	HASTA 8 %
DEFORMIDAD MARCADA BILATERAL	HASTA 15 %
FRACTURA DE LOS HUESOS PROPIOS	
SIN DESPLAZAMIENTO	SIN INCAPACIDAD
CON DESPLAZAMIENTO	HASTA 6 %
FRACTURA LÁMINA VERTICAL DEL ETMOIDES	

Resolución C.A. - Página Web IPS

SIN DESPLAZAMIENTO	SIN INCAPACIDAD
CON DESPLAZAMIENTO Y OBSTRUCCIÓN NASAL	HASTA 6 %
(SE LE SUMARÁ LA OBSTRUCCIÓN NASAL)	
FRACTURA DEL HUESO VOMER	
SIN DESPLAZAMIENTO	
CON DESPLAZAMIENTO Y COMPLICACIONES	
(SE LE SUMARÁN LAS SECUELAS)	
FRACTURA DEL TABIQUE CARTILAGINOSO	
SIN DESPLAZAMIENTO	SIN INCAPACIDAD
CON DESPLAZAMIENTO	HASTA 6 %
PERFORACIÓN DEL TABIQUE CARTILAGINOSO	0-5 %

A LA LESIÓN ANATÓMICA SE LE SUMARÁ LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA (ÚNICAMENTE EN LOS CASOS QUE NO TENGA SOLUCIÓN TERAPÉUTICA) SEGÚN LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:

OBSTRUCCIÓN NASAL		
UNILATERAL	PARCIAL 0-5 %	TOTAL 5-10 %
BILATERAL	PARCIAL 5-10 %	TOTAL 25-30 %

ADEMÁS, SE EVALUARÁ EL COMPROMISO ESTÉTICO SEGÚN LO CONSIDERADO EN EL CAPÍTULO DE CABEZA Y ROSTRO.

SENOS PARANASALES

LA FRACTURA DE LOS SENOS MAXILAR, ESFENOIDAL, ETMOIDAL O FRONTAL, QUE NO PRODUZCAN COMPLICACIONES, NO SERÁN MOTIVO DE INCAPACIDAD.

LOS DESPLAZAMIENTOS ÓSEOS Y LAS COMPLICACIONES SE EVALUARÁN POSTERIORMENTE A LAS REPARACIONES QUIRÚRGICAS Y/O MÉDICA.

HUNDIMIENTO DE LOS SENOS	10-20 %
DESPLAZAMIENTO DEL PISO ORBITARIO ATRAPAMIENTO DEL RECTO INFERIOR	10-20 %
DEPLOPÍA (VER CAP. OJOS) SE LE SUMARÁ A LA INCAPACIDAD EXISTENTE	
HIPOSMIA	5 %
ANOSMIA	
CRÁNEO HIDRORREA CON SOLUCIÓN TERAPÉUTICA	5-10 %
CRÁNEO HIDRORREA SIN SOLUCIÓN TERAPÉUTICA	40-60 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

FRACTURA DEL HUESO MALAR	
CON DESPLAZAMIENTO QUE INVOLUCRA SU APÓFISIS ORBITARIA	10-20 %
ASOCIADA A LA APÓFISIS ORBITARIA DEL FRONTAL	15-20 %
FRACTURA DEL CIGOMA	
ÚNICA, CON DESPLAZAMIENTO	5 %
ASOCIADA AL MALAR	10-20 %
ASOCIADA AL MALAR Y AL PISO ORBITARIO, CON DESPLAZAMIENTO	10-20 %
FRACTURA DEL HUESO PALATINO, CON COMPLICACIONES	SEGÚN SECUELA
ENFERMEDAD PROFESIONAL	
CÁNCER PRIMITIVO DE ETMOIDES	
LOCAL	20 %
INVASOR (PISO DE LA ORBITA, ETC.)	90 %

LARINGE

TRAUMATISMOS	
PARÁLISIS CUERDAS VOCALES ÚNICA	5 %
PARÁLISIS CUERDAS VOCALES BILATERAL	10 %
ESTRECHEZ LARÍNGEA, SIN DISNEA	5 %
ESTRECHEZ LARÍNGEA, CON DISNEA (VER CAP. RESPIRATORIO)	
ESTRECHEZ LARÍNGEA, CON DISFONÍA	5-15 %
LARINGECTOMÍA PARCIAL	35 %
LARINGTECTOMÍA TOTAL	50-70 %
TRAQUEOSTOMÍA TRANSITORIA (SE EVALUARÁ SEGÚN SECUELAS RESPIRATORIAS Y DE LA FONACIÓN)	
TRAQUEOSTOMÍA DEFINITIVA	50 %
ENFERMEDADES PROFESIONALES	
DISFONÍA FUNCIONAL IRREVERSIBLE	15 %
NÓDULOS DE LAS CUERDAS VOCALES OPERADAS CON SECUELAS IRREVERSIBLES	20 %
LARINGITIS CRÓNICA IRREVERSIBLE	20 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tany Ibañez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

4. SISTEMA RESPIRATORIO

CUADRO 1

ALTERACIONES	CV	VR	VEF1/CVF	VEF/1
ASMA BRONQUITIS CR. NEUMOCONIOSIS ENFISEMA	NO DISM. NO DISMIN. DISM. NO DISM.	NO AUM-. NO DISM. DISM. AUM.	DISM DISM. N DISM.	DISM. DISM. NO DISM. DISM.

EL ESTUDIO ESPIROMÉTRICO ES DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TIPO DE PATOLOGÍA PULMONAR, ESPECIALMENTE EN LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES. EL CRITERIO DE NORMALIDAD FUNCIONAL SERÁ EL PROPUESTO POR LA AMERICANA THORACIC SOCIETY.

TABLA DE VALORACION PARA INCAPACIDAD RESPIRATORIA
CUADRO 2

ESTADIO I:	AUSENCIA DE DISNEA EX NORMAL O SECUELA UNI O BILATERAL MENOR AL EQUIVALENTE DE UN TERCIO DE LA PLAYA PULMONAR DERECHA. VOLÚMENES ESPIROMÉTRICOS MAYORES DE 80 %. GASES EN SANGRE NORMALES.	SIN INCAPACIDAD
ESTADIO II:	DISNEA A GRANDES ESFUERZOS Y/O RX LESIONES UNI O BILATERALES QUE NO EXCEDAN EL EQUIVALENTE AL TERCIO DE LA PLAYA PULMONAR DERECHA VOLÚMENES ESPIROMÉTRICOS ENTRE 65 Y 80 %. GASES EN SANGRE CON SATURACIÓN DE O2 MAYOR DEL 85 %	HASTA 30 %
ESTADIO III:	DISNEA A MEDIANOS ESFUERZOS Y/O RX CON LESIONES UNI O BILATERAL QUE NO EXCEDEN EL EQUIVALENTE A TODA LA PLAYA PULMONAR DERECHA VOLÚMENES ESPIROMÉTRICOS ENTRE 50 Y 65 %. GASES EN SANGRE CON SATURACIÓN DE O2 MAYOR DEL 85 %	35 - 50 %
ESTADIO IV:	DISNEA A MÍMINOS ESFUERZOS Y/O EN REPOSO Y/O RX LESIONES UNI O BILATERAL QUE EXCEDEN LA SUPERFICIE DE LA PLAYA PULMONAR DERECHA VOLÚMENES ESPIROMÉTRICOS MENORES AL 50 %. GASES EN SANGRE CON SATURACIÓN MENOR DEL 85 %	55 - 70 %
ESTADIO V:	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TERMINAL, CON COR-PULMONARE	70 - 90 %

ENFERMEDADES PROFESIONALES.

1. NEUMOCONIOSIS FIBROGENICAS

LOS CRITERIOS PARA EVALUAR LA INCAPACIDAD RESPIRATORIA CAUSADA POR NEUMOCONIOSIS FIBROGÉNICA, COMO ES EL CASO DE AQUELLAS PRODUCIDAS DE LA EXPOSICIÓN A SÍLICE, ASBESTO,

Resolución C.D. - Página Web IPS
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARÍA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Ibáñez Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ETC., SE BASAN FUNDAMENTALMENTE EN EL COMPROMISO RADIOLÓGICO Y FUNCIONAL. PARA LO RADIOLÓGICO, SE UTILIZA LA NORMA DE LECTURA DE PLACAS CON NEUMOCONIOSIS DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) DE 1980, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS QUE SE MUESTRAN EN EL SIGUIENTE CUADRO:

CUADRO 1

OPACIDADES PARENQUIMATOSAS		
PEQUEÑAS		GRANDES
PROFUSION	0 1 2 3	A - DIÁMETRO, O LA SUMA DE LOS DIÁMETROS > 3 MM Y < DE 50 MM. B - DIÁMETRO, O LA SUMA DE LOS DIÁMETROS < O = AL ÁREA DEL 1/3 SUPERIOR DEL PULMÓN DERECHO C - DIÁMETRO, O LA SUMA DE LOS DIÁMETROS > AL ÁREA DEL TIPO B
REDONDEADAS	IRREGULARES	
P—DIÁMETRO < 1.5 MM Q—DIÁMETRO > 1.5 < 3 MM R—DIÁMETRO > 3 < 10 MM	S—DIÁMETRO < 1.5 MM T—DIÁMETRO > 1.5 < 3 MM U—DIÁMETRO > 3 < 10 MM	

OPACIDADES PLEURALES									
PARED COSTAL			DIAFRAGMA			ANGULO COSTOFRENICO			
CIRCUNSCRITAS O DIFUSAS			SI		NO	SI	NO		
ANCHO A—<5 MM B—>5< 10 MM C—> 10 MM	EXTENSION 1—A 1/4 DE LA PARED TORÁCICA. 2—>1/2 DE LA PARED TORÁCICA 3—>1/2 DE LA PARED TORÁCICA	D E R E C H O	I Z Q U I E R D O		D E R E C H O	I Z Q U I E R D O			
CALIFICACIONES						EL LÍMITE INFERIOR PARA DEFINIR LA OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO ESTÁ DADA POR A RX. DE TÓRAX ESTÁNDAR, CATEGORÍA 1/1 - T/T			
PARED	DIAFRAGMA	OTRAS							
EXTENSION 1—< 20 MM 2—> 20 Y < 100 MM 3—> 100 MM									

LAS ALTERACIONES RADIOLÓGICAS PULMONARES SON CONDICIÓN SINE QUA NON PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEUMOCONIOSIS. EN EL CASO DE TRABAJADORES EXPUESTOS A FIBRA DE ASBESTO, LA PRESENCIA DE PLACA PLEURAL, COMO SIGNO AISLADO, NO PERMITE FORMULAR EL DIAGNÓSTICO DE ASBESTOSIS EN AUSENCIA DE OPACIDADES PAREQUIMATOSAS.

PARA MEDIR EL COMPROMISO FUNCIONAL SE UTILIZARÁ LA ESPIROMETRÍA, LA QUE DEBERÁ REALIZARSE SIN BRONCODILATADOR, SIENDO LA CAPACIDAD VITAL FORZADA (CVF) Y LA

Resolución C.A. - Página Web IPS
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria de Consejo de Administración
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Jurídico Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tania Giménez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

CAPACIDAD RESIDUAL (CR) LOS PARÁMETROS MÁS ALTERADOS EN ESTA PATOLOGÍA, SEGÚN SE APRECIA EN EL CUADRO Nº 1.

LOS VOLÚMENES MEDIDOS SE EXPRESARÁN EN PORCENTAJES DE LAS REFERENCIAS DE NORMALIDAD.

TENIENDO PRESENTE QUE LAS NEUMOCONIOSIS FIBROGÉNICAS, POR EL DESARROLLO DE FIBROSIS, QUE DESTRUYE Y REEMPLAZA AL TEJIDO PULMONAR, DAN UN COMPROMISO FUNDAMENTALMENTE RESTRICTIVO, EL VALOR DE LA CAPACIDAD VITAL FORZADA (CVF), SERÁ EL ÍTEM QUE INCIDIRÁ MÁS EN LA UBICACIÓN DEL TRABAJADOR EN LA TABLA DE INCAPACIDAD RESPIRATORIA.

2. BRONQUITIS CRONICA OCUPACIONAL

LA EXPOSICIÓN CRÓNICA A AGENTES IRRITANTES DE LA VÍA RESPIRATORIA CONTRIBUYE AL DESARROLLO DE BRONQUITIS CRÓNICA. SE DEFINE A ESTA ENTIDAD COMO LA PRESENCIA DE TOS Y EXPECTORACIÓN DURANTE UN PERÍODO MÍNIMO DE 3 MESES POR AÑO, AL MENOS DURANTE DOS AÑOS SEGUIDOS.

1. BRONQUITIS CRÓNICA SIMPLE EN LA QUE NO HAY OBSTRUCCIÓN PERMANENTE E IRREVERSIBLE DE LA VÍA RESPIRATORIA.

INCAPACIDAD 0 %

2. BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA.

LA INCAPACIDAD SE DETERMINARÁ SOBRE LA BASE DE LAS ALTERACIONES VENTILATORIAS QUE SE DEMUESTREN MEDIANTE LA ESPIROMETRÍA SIN USO DE BRONCODILATADOR, TENIENDO PRESENTE QUE PARA LA PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA, SE EMPLEARÁN LOS INDICADORES VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO EN UN SEGUNDO (VEF1), Y LA RELACIÓN ENTRE ÉSTE Y LA CAPACIDAD VITAL FORZADA O INDICE DE TIFFENEAU VEF1/CVF, COMO LOS MÁS ORIENTADORES PARA LA UBICACIÓN DEL TRABAJADOR EN LA TABLA DE INCAPACIDAD RESPIRATORIA.

SI EL RESULTADO FUERE INFERIOR A 66 % PROCEDERÁ NIVELAR LA INCAPACIDAD PERMANENTE EN 66 % EN AQUELLOS CASOS CUYAS MEDICIONES DE GASES ARTERIALES EN REPOSO MUESTREN UNA PAO2 IGUAL O INFERIOR AL 85 % O UNA PA CO2 IGUAL O SUPERIOR AL 15 % DE LO QUE SE CONSIDERE NORMAL.

3. ASMA BRONQUIAL OCUPACIONAL.

EN LOS CASOS DE ASMA OCUPACIONAL PARA LOS EFECTOS DE INCAPACIDAD, SE RECONOCERÁN LAS 3 SIGUIENTES CATEGORÍAS:

a. ASMA SIN HIPERREACTIBILIDAD BRONQUIAL INESPECÍFICA. UNA VEZ QUE SE ALEJA DEFINITIVAMENTE A LA PERSONA DEL AMBIENTE LABORAL CAUSANTE DESAPARECE EL ASMA. SI BIEN QUEDA SIN SECUELAS RESPIRATORIAS, SÍ QUEDA CON UN ESTADO INMUNITARIO QUE LE IMPIDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU TRABAJO ESPECÍFICO.

INCAPACIDAD: 0-15 %.

b. ASMA CON HRB INESPECÍFICA. LA PERSONA CONTINÚA PADECIENDO EL ASMA A PESAR DE SU ALEJAMIENTO DEFINITIVO DEL AMBIENTE LABORAL CAUSANTE, LO QUE HACE IMPERATIVO UN TRATAMIENTO PERMANENTE DE MANTENCIÓN Y CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS. CON UN TRATAMIENTO ADECUADO PUEDE DESENVOLVERSE RELATIVAMENTE BIEN EN SU VIDA COTIDIANA, PUDIENDO DESEMPEÑAR TRABAJOS QUE NO IMPLIQUEN AGRESIONES RESPIRATORIAS DE NINGÚN TIPO, INCLUIDO EL TABAQUISMO.

Resolución C.D. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARÍA CASTRO Secretaria de Consejo de Administración
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Rey Director
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tania Ibañez C. Coordinadora Laboral y Subsidios Dirección de Riesgo

INCAPACIDAD: 15-30 %.

c. ASMA BRONQUIAL SEVERO, ES EL QUE SE ASOCIA A UNA OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL PERSISTENTE, QUE NO REVIERTE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL USO DE BRONCODILATODORES, CONSTITUYENDO UNA SEVERA LIMITANTE PARA EL ESFUERZO FÍSICO. LA INCAPACIDAD SE DETERMINARÁ MEDIANTE LAS PRUEBAS ESPIROMÉTRICAS, PARA CLASIFICARLO EN EL ESTADIO FUNCIONAL CORRESPONDIENTE. LOS PARÁMETROS A TENER EN CUENTA SON LOS MISMOS DE LA BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA, ES DECIR EL VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO EN 1 SEG.. (VEF1) Y LA RELACIÓN VEF1/CVF.

LA HRB DEBERÁ OBJETIVIZARSE SÓLO MEDIANTE EL TEST DE METACOLINA. LA RESPUESTA SE CONSIDERARÁ POSITIVA CON UNA CAÍDA MÍNIMA DEL VEF1 DE 20 %.

4. CANCER OCUPACIONAL DEL APARATO RESPIRATORIO

NUMEROSOS ESTUDIOS EPIDEMIELÓGICOS HAN ESTABLECIDO UNA ASOCIACIÓN ENTRE CÁNCER RESPIRATORIO Y EXPOSICIÓN A CIERTOS RIESGOS INHALATORIOS LABORALES. TAL ES EL CASO DEL ARSÉNICO, ASBESTO Y CROMO QUE CONSTITUYEN ALGUNOS DE LOS PRINCIPALES AGENTES CAUSANTES. TANTO EL CÁNCER BRONQUIAL COMO EL MESOTELIOMA PLEURAL SON DE GRAN MALIGNIDAD Y, POR LO MISMO, DE PÉSIMO PRONÓSTICO. TENIENDO PRESENTE LO ANTERIOR PROCEDE ASIGNAR A CUALQUIERA DE LOS SEÑALADOS, CONO SIN DEMOSTRACIÓN DE METÁSTASIS, UNA INCAPACIDAD ENTRE 66 Y 90 %.

5. INFECCIONES PULMONARES OCUPACIONALES

LAS INFECCIONES OCUPACIONALES SON LESIONES TEMPORALES QUE SE EVALUARÁN SEGÚN LAS SECUELAS QUE DEJARÁN MEDIBLE POR LA TABLA DE VALORACIÓN PARA INCAPACIDAD RESPIRATORIA.

HIDATIDOSIS PULMONAR	
QUISTE HIDATÍDICO SIMPLE, CON RESECCIÓN QUIRÚRGICA SIN COMPLICACIONES	SIN INCAPACIDAD
QUISTE HIDIATÍDICO COMPLICADO: RUPTURA (SIEMBRA)	70 %
RECIDIVA CON SIEMBRA GENERALIZADA	80 %

6. LESIONES POST TRAUMATICAS.

VÍAS AÉREAS SUPERIORES: SE REMITE A LOS CAPÍTULOS DE CABEZA Y ROSTRO Y GARGANTA, NARIZ Y OÍDO.

PARED TORACICA.

PARTES BLANDAS Y ÓSEAS: SE REMITE AL CAPÍTULO OSTEOARTICULAR.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POST-TRAUMÁTICA, SE REMITE AL CAPÍTULO DE PAREDES ABDOMINALES.

PULMONES Y PLEURA

ADHERENCIAS Y RETRACCIONES CICATRIZALES POST-TRAUMÁTICAS SIN COMPROMISO FUNCIONAL RESPIRATORIO	SIN INCAPACIDAD

Resolución C.A. Página Web IPS

ADHERENCIAS Y RETRACCIONES CICATRIZALES POST-TRAUMÁTICAS, CON COMPROMISO FUNCIONAL RESPIRATORIO	SEGÚN TABLA
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POST TRAUMÁTICAS, SIN SECUELAS	SIN INCAPACIDAD
TORACOPLASTÍA SIN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	SIN INCAPACIDAD
TORACOPLASTÍA O SECUELAS POST-TRAUMÁTICAS, CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	SEGÚN TABLA
LOBECTOMÍA O SEGMENTECTOMÍA, SEGÚN INCAPACIDAD RESPIRATORIA	SEGÚN TABLA
NEUMONECTOMÍA (SE LE SUMARÁ EL GRADO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA)	30 %

MEDIASTINO

MEDIASTINITIS POR PERFORACIÓN ESOFÁGICA	(VER CAP. ESÓFAGO)
MEDIASTINITIS, BUENA EVOLUCIÓN C/TRAT. MÉDICO O QUIRÚRGICO	SIN INCAPACIDAD
MEDIASTINITIS, CON SECUELAS RETRÁCTILES (DISFAGIA, ETC.)	SEGÚN SECUELA

5. SISTEMA CARDIOVASCULAR

AFECCIONES	PORCENTAJE
1. CARDIOPATÍA CORONARIA	
1.1 SÍNDROME ANGINOSO.	
1.1.1 ANGINA DE PECHO CRÓNICA Y ESTABLE. COMPROBADO CON PEG Y/O TALIO Y/O HEMODINAMIA POSITIVA	60 %
1.2 INFARTO DEL MIOCARDIO.	
1.2.1. INFARTO DEL MIOCARDIO RECUPERADO, TRATADO MÉDICAMENTE O EN FORMA QUIRÚRGICA, SIN ALTERACIONES HEMODINÁMICAS Y PEG SUBMÁXIMA NEGATIVO	20-30 %
1.2.2. INFARTO DEL MIOCARDIO RECUPERADO, TRATADO MÉDICAMENTE O EN FORMA QUIRÚRGICA, CON ISQUEMIA RESIDUAL Y/O TRASTORNOS HEMODINÁMICOS Y/O PEG TEST DE ESFUERZO SUBMÁXIMO POSITIVO	80 %
2. INSUFICIENCIA CARDÍACA DERECHA. (COMPLICACIÓN DE PATOLOGÍAS PULMONARES DE ORIGEN LABORAL), AGREGA EN FORMA ARITMÉTICA A LA ENFERMEDAD QUE LE DIO ORIGEN	30 %
3. SÍNDROME ANGIONEURÓTICO DE LA MANO PREDOMINANTES DE LOS DEDOS ÍNDICE Y MEDIO ACOMPAÑADOS DE CALAMBRES DE LA MANO Y DISMINUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD (ENFERMEDAD PROFESIONAL).	
COMPROMISO DE UNA MANO	5 %
COMPROMISO BILATERAL	10 %
4. COMPROMISO VASCULAR UNILATERAL PERMANENTE, CON FENÓMENO DE RAYNAUD O MANIFESTACIONES ISQUÉMICAS DE LOS DEDOS.	20 %
5. TRASTORNOS DE LA CIRCULACIÓN PERMANENTE DE LOS DEDOS DE MANOS Y PIES	
5.1 TRASTORNOS DE LA CIRCULACIÓN DE LOS DEDOS DE LAS MANOS Y DE LOS PIES SIN ACROOSTEOLISIS	15 %
5.2. TRASTORNOS DE LA CIRCULACIÓN DE LAS MANOS Y DE LOS PIES CON ACROOSTEOLISIS	25 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARÍA CASTERO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Rios Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tanya Ibáñez Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) COMO SECUELAS DE NEFROPATÍAS PROFESIONALES: SE TENDRÁ EN CUENTA, RX, ECO, CÁMARA GAMA, ECG, FONDO DE OJOS	
— ESTADIO I: LAS CIFRAS DE PRESIÓN DIASTÓLICA SON REPETIDAMENTE SUPERIORES A 90 MM HG, ELECTROCARDIOGRAMA (ECG), RX, ECO (SIN HIPERTROFIA VENTRICULAR) Y FONDO DE OJO NORMAL, SIN ANTECEDENTES DE LESIÓN CEREBROVASCULAR POR HTA	5 %
— ESTADIO II: SIN ANTECEDENTES DE LESIÓN CEREBRO VASCULAR POR HTA, SIN SECUELAS EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, CON EVIDENCIA DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y FONDO DE OJO CON ALTERACIONES ARTERIALES POR HTA SIN HEMORRAGIAS O EXUDADOS	20 %
— ESTADIO III: HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA AL ECG Y ECO, RX DE TÓRAX SIN SIGNOS DE CONGESTIÓN CARDÍACA, RETINOPATÍA CON CAMBIOS DEFINIDOS POR HTA CON HEMORRAGIAS Y EXUDADOS	40 %
— ESTADIO IV: A TODO LO ANTERIOR SE LE SUMA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA O LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULAR POR HTA O LA RETINOPATÍA POR HTA CON DAÑO RETINAL O DE NERVIO ÓPTICO	70 %
LESIONES ANATÓMICAS POST TRAUMÁTICAS	
PERICARDIO	
TAPONAMIENTO, OPERADO, SIN SECUELA FUNCIONAL	SIN INCAPACIDAD
TAPONAMIENTO, OPERADO, CON SECUELA FUNCIONAL	50 - 70 %
PERICARDITIS:	
EMPIEMA, DRENAJE QUIRÚRGICO, SIN SECUELA HEMODINÁMICA	SIN INCAPACIDAD
CON SECUELA HEMODINÁMICA	40 - 70 %
CONSTRICTIVA, CON REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA	70 %
CORAZÓN	
LESIONES DE MIOCARDIO	
HERIDA DIRECTA, QUE REQUIERA CIRUGÍA	40 - 70 %
GRANDES VASOS (QUE REQUIERAN CIRUGÍA)	
ARTERIALES:	
PULMONAR	30 %
AORTA, SIN SECUELA	40 %
CON SECUELA	70 %
SUBCLAVIA, SIN SECUELA	0 %
CON SECUELA (BY PASS)	50%
AORTA ABDOMINAL	
OPERADA, SIN SECUELA	30%
OPERADA, CON SECUELA, ANEURISMÁTICA O ESTENOSIS, QUE REQUIERE CIRUGÍA	70%
ARTERIALES PERIFÉRICAS	
OPERADA, SIN SECUELAS	SIN INCAPACIDAD
OPERADA, CON SECUELAS, QUE REQUIERAN CIRUGÍA	SEGÚN SECUELAS

Resolución C.A. - Página WWW.IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ibáñez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

VENOSOS:	
CAVA SUPERIOR, SIN SECUELA	0 %
CON COMPLICACIONES	SEGÚN SECUELA
PULMONAR	30 %
SUBCLAVIA	30 %
VENA CAVA INFERIOR	
OPERADA, SIN SECUELA	0 %
OPERADA, CON SECUELA	40 %
LINFÁTICOS: CONDUCTO TORÁCICO, QUILOTÓRAX	30 %
(SI QUEDA SECUELA PLEURAL, VER CAP. RESPIRATORIO)	

6. DIGESTIVO Y PARED ABDOMINAL

CAVIDAD BUCAL

PÉRDIDA DE PARTES BLANDAS (VER CABEZA Y ROSTRO)

ESTOMATITIS	INCAPACIDAD
1. ESTOMATITIS MERCURIAL CON PÉRDIDA DE MENOS DE 1/3 DE LAS PIEZAS DENTARIAS COMO SECUELA	20 %
2. ESTOMATITIS MERCURIAL CON PÉRDIDA SECUELAR DE 1/3 MÁS DE LAS PIEZAS DENTARIAS	40 %
3. PÉRDIDA TRAUMÁTICA DE MENOS DE 1/3 DE PIEZAS DENTARIAS	20 %
4. PÉRDIDA TRAUMÁTICA DE MÁS DE UN TERCIO DE LAS PIEZAS DENTARIAS	40 %

NOTA: EN LO QUE CONCIERNE A PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS POR ESTOMATITIS, MERCURIAL O TRAUMÁTICAS SECUNDARIAS A ACCIDENTES LABORALES, SÓLO SE OTORGARÁ LA INCAPACIDAD SEÑALADA EN EL CASO QUE DICHAS PÉRDIDAS NO SEAN REEMPLAZADAS POR PRÓTESIS FIJAS, ES DECIR CON PUENTES O IMPLANTES DE TITANIOS.

LENGUA

1. PÉRDIDA PARCIAL, SIN ALTERACIÓN DE LA FONACIÓN Y DE LA DEGLUCIÓN	10 -15 %
2. PÉRDIDA PARCIAL, CON ALTERACIÓN DE LA FONACIÓN Y DE LA DEGLUCIÓN	15 - 30 %
3. PÉRDIDA TOTAL.	50 - 60 %

ESOFAGO

LOS ACCIDENTES DE TRABAJO QUE ORIGINAN LESIONES EN EL ESÓFAGO SON EXCEPCIONALES. PUEDEN SER PROVOCADAS A NIVEL DEL CUELLO Y/O EL TÓRAX COMO CONSECUENCIA DE LA INGESTA DE CÁUSTICOS O POR HERIDAS PENETRANTES EN ESAS REGIONES. ESTAS ÚLTIMAS HABITUALMENTE VAN ACOMPAÑADAS DE COMPROMISOS EN OTROS ÓRGANOS.

LAS SECUELAS SE RELACIONAN DIRECTAMENTE CON LA LESIÓN QUE LAS PROVOCÓ O PUEDEN SER SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO, QUE NECESARIAMENTE DEBIÓ SER REALIZADO.

Resolución C.A. - Página Web IPS
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Adj. ANA MARIA CASTRO Secretaria Administrativa
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tanya Ibañez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

EN LA ANAMNESIS SE TENDRÁ ESPECIAL INTERÉS EN LA VALORACIÓN DE LA DISFAGIA, EL DOLOR Y LOS VÓMITOS.
EN EL EXAMEN FÍSICO SE CONSIDERARÁ EL ESTADO NUTRICIONAL. SE REQUERIRÁ EL APORTE DE LA HISTORIA CLÍNICA, CON LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS REALIZADOS.

LESIONES

1.	PERFORACIÓN SIMPLE, SIN FLEMÓN DE CUELLO Y/O MEDIASTINITIS, SIN SECUELAS	SIN INCAPACIDAD
2.	SECUELA LEVE: CON DISFAGIA INTERMITENTE, CON DISQUINESIA, SIN ESTENOSIS Y SIN COMPROMISO PONDERAL.	2-10 %
3.	SECUELA MODERADA:	
4.	CON ESTENOSIS Y NECESIDAD DE DILATACIONES PERIÓDICAS SIN PÉRDIDA DE PESO O CON PÉRDIDA MENOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL	10-15 %
5.	CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL Y CON ESCASO COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL	15-25 %
6.	CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL Y MODERADO COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL.	30-50 %
7.	PERFORACIÓN DEL ESÓFAGO TORACOABDOMINAL RESUELTA POR TORACOLAPAROTOMÍA O TORACOFRENOTOMÍA Y CIERRE DE LA BRECHA CON EL FUNDUS GÁSTRICO (OP. DE THAL) O SIMILARES	70 %
8.	SECUELA GRAVE: PERFORACIÓN EN MEDIASTINO, QUE REQUIERE DRENAJE QUIRÚRGICO O EXTIRPACIÓN DEL ESÓFAGO, REEMPLAZO DEL MISMO CON ESTÓMAGO, COLON O INTESTINO DELGADO	70 %
9.	NECROSIS (LESIONES POR CÁUSTICOS), CON REEMPLAZO QUIRÚRGICO DEL ESÓFAGO	70 %
10.	ESTENOSIS TOTAL, QUE REQUIERE REEMPLAZO QUIRÚRGICO DEL ESÓFAGO	70 %
11.	CUALQUIERA DE ESTAS TRES SECUELAS, SIN POSIBILIDAD DE REPARACIÓN QUIRÚRGICA, SALVO OSTOMÍA DE ALIMENTACIÓN Y/O ALIMENTACIÓN PARENTERAL	80 - 90 %

ESTOMAGO Y DUODENO

EL ESTÓMAGO Y EL DUODENO PUEDEN SER LESIONADOS POR CONTUSIONES VIOLENTAS EN LA REGIÓN EPIGÁSTRICA Y ZONA BAJA DEL TÓRAX POR HERIDAS PENETRANTES ABDOMINALES Y TAMBIÉN POR INGESTIÓN DE CÁUSTICOS.

EL DUODENO PUEDE ESTALLAR AL SER FUERTEMENTE APLASTADO CONTRA LOS CUERPOS VERTEBRALES Y, CUANDO OCURRE ESTO, HABITUALMENTE ESTÁ COMPROMETIDO EL PÁNCREAS.

EN TODOS ESTOS CASOS SE IMPONE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, DONDE SE DETERMINARÁ EL TRATAMIENTO RESPECTIVO: DESDE EL CIERRE SIMPLE HASTA AMPLIAS RESECCIONES. POR TAL MOTIVO, ES IMPORTANTE REQUERIR COPIA DEL PARTE QUIRÚRGICO, Y LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

ESTOMAGO

LESIONES

Resolución C.A. Página Web IPS

1. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA SIN SECUELA	0 %
2. GASTRECTOMÍA PARCIAL:	
2.1. CON PÉRDIDA MENOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL	15-20 %
2.2 CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL	20-25 %
2.3. CON SECUELAS POST QUIRÚRGICAS (DUMPING SÍNDROME DEL ASA AFERENTE) CON PÉRDIDA MENOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL	25-35 %
2.4. CON SEC. POST QUIRÚRGICAS (DUMPING, ETC.), CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DEL PESO CORPORAL	35-40 %
3. GASTRECTOMÍA TOTAL: SIN PÉRDIDA DE PESO	30 %
3.1. CON PÉRDIDA MENOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL	30-35 %
3.2. CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL Y MODERADO COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL	40-50 %
3.3 CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL E IMPORTANTE COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, CON O SIN SECUELA DE REFLUJO	70 %

DUODENO

1. DUODENOPANCREATECTOMÍA:	
CEFÁLICA	45 %
TOTAL	70 %
2. LIGADURA DEL PÍLORO CON CIERRE SIMPLE Y GASTROENTEROANASTOMOSIS	20-30 %

INTESTINO DELGADO

COMO TODA VÍSCERA HUECA, PUEDE SER LESIONADA POR TRAUMATISMOS ABDOMINALES Y/O HERIDAS PENETRANTES.

LESIONES

1. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA SIN SECUELA, POR CIERRE SIMPLE SIN RESECCIÓN	SIN INCAPACIDAD
2. RESECCIÓN:	
MENORES DE 60 CM.	5-10 %
SI INVOLUCRA EL ÁNGULO DE TREITZ	15-25 %
DEMÁS DE 60 CM (VALORAR ESTADO NUTRICIONAL):	
CON PÉRDIDA MENOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL, HIPOALBUMINEMIA, NO MENOR A 3 GR.	25-30 %
CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DEL PESO HABITUAL, HIPOALBUMINEMIA, NO MENOR A 3 GR. Y/O ANEMIA	30-40 %
CON PÉRDIDA MAYOR DEL 10 % DE PESO HABITUAL, ALBUMINEMIA MENOR A 3 GR Y/O ANEMIA O COMPROMISO FUNCIONAL TIPO INTESTINO CORTO	70 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administracion

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Re
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidio

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tania Yañez
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidio

3. EN CASO DE PRODUCIRSE FÍSTULAS, PERMANENTES, QUE COMPROMETAN EL ESTADO GENERAL, AGREGAR:	25 %

INTESTINO GRUESO

LAS CAUSAS DE LAS LESIONES SON SIMILARES A LAS REFERIDAS PARA INTESTINO DELGADO.

LESIONES

1. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA, CON CIERRE SIMPLE, SIN COLOSTOMÍA	SIN INCAPACIDAD
2. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA, CON SIERRE SIMPLE, CON COLOSTOMÍA TRANSITORIA, RECONSTRUIDO EL TRÁNSITO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	5 %
3. COLECTOMÍA SEGMENTARIA, SIN COLOSTOMÍA	10-15 %
4. COLECTOMÍA SEGMENTARIA, CON COLOSTOMÍA TRANSITORIA, RECONSTRUIDO EL TRÁNSITO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	10-15 %
5. HEMICOLECTOMÍA, SIN COLOSTOMÍA	10-15 %
6. HEMICOLECTOMÍA, CON COLOSTOMÍA TRANSITORIA, RECONSTRUIDO EL TRÁNSITO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	10-15 %
7. PANCOLECTOMÍA TOTAL	50-70 %
8. COLOSTOMÍA DEFINITIVA	40-60 %

SI LA RESECCIÓN MOTIVA TRASTORNOS FUNCIONALES, QUE COMPROMETEN EL ESTADO GENERAL (PÉRDIDA DE PESO, ANEMIA, HIPOALBUMINEMIA, DIARREA CRÓNICA) LA INCAPACIDAD SE INCREMENTARÁ EN 15 %.

RECTO Y ANO

LAS LESIONES SON, POR LO GENERAL, PRODUCTO DE TRAUMATISMOS CONTUSOS PENETRANTES.

1. PERFORACIÓN DE RECTO, EXTRAPERITONEAL, CON COLOSTOMÍA TRANSITORIA, RECONSTRUIDO EL TRÁNSITO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	10-15 %
2. PERFORACIÓN DE RECTO, INTRAPERITONEAL, CON CIERRE SIMPLE Y COLOSTOMÍA TRANSITORIA, RECONSTRUIDO EL TRÁNSITO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	10-15 %
3. PERFORACIÓN DE RECTO, INTRAPERITONEAL, CON OPERACIÓN DE HARTMANN	25-30 %
4. PERFORACIÓN DE RECTO, CON COLOSTOMÍA DEFINITIVA	40-60 %
FÍSTULAS ANALES (POST-TRAUMÁTICAS O COMPLICACIONES POST-TRAUMÁTICAS) SIN SOLUCIÓN TERAPÉUTICA:	
SUBCUTÁNEA	1-3 %
TRANSESFINTERIANA	10-20 %
EXTRAESFINTERIANA	10-20 %
FISURAS SIN LESIÓN DEL ESFÍNTER	0-2 %
CON LESIÓN DEL ESFÍNTER	2-5 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARÍA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ibañez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

SI CON MOTIVO DE LAS RESECCIONES O LESIONES SE PRODUCE UN TRASTORNO FUNCIONAL PERMANENTE: INCONTINENCIA, OBSTRUCCIÓN DEFECATORIA POR ESTENOSIS Y/O LESIÓN NERVIOSA, LA INCAPACIDAD SE INCREMENTARÁ EN 30 %.

PARED ABDOMINAL

CICATRICES VICIOSAS, RETRÁCTILES, ANFRACTUOSAS:	
MENORES DE 10 CM.	2 %
MAYORES DE 10 CM.	5 %
RUPTURA DEL RECTO ANTERIOR, OPERADO O NO QUE, CURA SIN SECUELA	SIN INCAPACIDAD

HERNIA EVENTRACION O EVISCERACION DIAFRAGMATICA

POST-TRAUMATICA

SIN COMPLICACIONES	SIN INCAPACIDAD
CON COMPLICACIONES (RESPIRAT., DIGEST., CARDIOPUL.):	SEGÚN SECUELA
HERNIAS	
UMBILICAL O EPIGÁSTRICA:	
OPERADA, SIN SECUELAS	SIN INCAPACIDAD
OPERADA CON SECUELAS POST QUIRÚRGICAS	6 %
INGUINAL O CRURAL UNILATERAL:	
OPERADA, SIN SECUELAS	SIN INCAPACIDAD
OPERADA CON SECUELAS POST QUIRÚRGICAS	6 %
INGUINAL O CRURAL BILATERAL:	
OPERADA, SIN SECUELAS	SIN INCAPACIDAD
OPERADA CON SECUELAS POST QUIRÚRGICAS	12 %
EVENTRACION	
MENOR DE 6 CM. SIN SOLUCIÓN TERAPÉUTICA	6-12 %
MAYOR DE 6 CM. SIN SOLUCIÓN TERAPÉUTICA	13-16 %
GIGANTE, MÁS DE 23 CM., NO REPARABLE	40 %

SI HAY COMPLICACIONES QUE REQUIERAN CIRUGÍA Y ESTA LE DEJARA ALGUNA SECUELA, SE LE SUMARÁ A LA INCAPACIDAD EVALUADA LA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA. PARA ELLO SE REMITE AL ÍTEM CORRESPONDIENTE (POR EJ. RESECCIONES INTESTINALES).

HIGADO Y VIAS BILIARES

LOS ACCIDENTES DE TRABAJO QUE ORIGINAN LESIONES A ESTE NIVEL PUEDEN SER DEBIDOS A LA INGESTA DE TÓXICOS, CONTUSIONES O HERIDAS PENE

Resolución C.A. - Página Web IPS

EL HÍGADO, TAMBIÉN PUEDE SER AFECTADO POR CIERTOS AGENTES INFECCIOSOS (HEPATITIS B, HEPATITIS C, U OTRAS) O TRABAJAR CON ALGUNAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

LOS DAÑOS QUE ORIGINAN LAS LESIONES DIFUSAS HEPÁTICAS, SE EVALUARÁN EN BASE AL COMPROMISO FUNCIONAL

EN LAS LESIONES ANATÓMICAS SEGMENTARIAS O FOCALIZADAS EL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES ES INDISPENSABLE.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA:
INDICE DE CHILD (MARCADOR DE LA FUNCIÓN EN HEPATOPATÍA CRÓNICA)

	A	B	C
BILIRRUBINEMIA	<20 MG/L	20 - 30 MG/L	<30 MG/L
ALBUMINEMIA	>35 G/L	30-35 G/L	<30 MG/L
PROTROMBINEMIA	>70 %	70-40 %	<40 %
ASCITIS	NO	MODERADA	ABUNDANTE
ENCEFALOPATÍA	NO	FÁCIL CONTROL	IMPORTANTE
NUTRICIÓN	EXCELENTE	CORRECTA	MALA
% INCAPACIDAD	10 - 30 %	30 - 60 %	70 %

LAS LESIONES DIFUSAS DEL HÍGADO, CUALQUIERA SEA SU ETIOLOGÍA, PRODUCIDAS EN OCASIÓN DEL TRABAJO, SERÁN EVALUADAS DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS PRECEDENTES. LOS VALORES EXTREMOS DE INCAPACIDAD DE CADA ESTADIO, SE CORRELACIONAN CON: LA HISTORIA CLÍNICA, LA FRECUENCIA DE LAS DESCOMPENSACIONES Y LOS DATOS HUMORALES LÍMITES EXPRESADOS.

LA HEPATITIS CRÓNICA ACTIVA, AÚN COMPENSADA, DIAGNOSTICADA POR BIOPSIA, PUEDE LLEGAR A ALCANZAR UNA INCAPACIDAD DEL 70 %, DEPENDIENDO DEL GRADO DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA HISTOLÓGICA, LOS PARÁMETROS CLÍNICOS, LA ALTERACIÓN DE LOS VALORES HUMORALES Y EL TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL.

ANGIOSARCOMA HEPÁTICO	90 %

LESIONES ANATÓMICAS

HÍGADO

LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE HÍGADO QUE CUREN SIN SECUELAS NO PRESENTAN INCAPACIDAD.

LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE HÍGADO QUE DEJEN SECUELAS SE EVALUARÁN SEGÚN LAS MISMAS. POR EJEMPLO: INSUFICIENCIA HEPÁTICAS, SINEQUIAS, ETC.

QUISTE HIDATÍDICO SIMPLE, CON RESECCIÓN QUIRÚRGICA SIN COMPLICACIONES	SIN INCAPACIDAD

Reproducción C.A. - Página Web IPS

QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO: RUPTURA (SIEMBRA PERITONEAL)	70 %
RECIDIVA CON SIEMBRA PERITONEAL	80 %

CUANDO COEXISTE CON COMPLICACIÓN TORÁCICA, SE COMBINARÁN LAS INCAPACIDADES.

DE EXISTIR COMPROMISO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA POST-RESECCIÓN, LA MISMA SERÁ EVALUADA A PARTIR DE LOS PARÁMETROS MENCIONADOS EN EL CORRESPONDIENTE ÍTEM.

LAS LESIONES, PRODUCIDAS POR Y EN OCASIÓN DEL TRABAJO, QUE DEN ORIGEN A UN TRANSPLANTE HEPÁTICO SE VALORAN EN UN 90 %.

VÍAS BILIARES	
RUPTURA POST-TRAUMÁTICA DE VESÍCULA	10 %
RUPTURA DE VÍA BILIAR EXTRA HEPÁTICA:	
— RUPTURA PARCIAL DE COLÉDOCO (DRENAJE)	15-20 %
— RUPTURA TOTAL CON REPARACIÓN DE LA VÍA BILIAR	30-40 %
— SECUELA OBSTRUCTIVA POST-QUIRÚRGICA	70 %
— FÍSTULA BILIAR, POST-QUIRÚRGICA, NO REPARABLE	70 %
PÁNCREAS	
RESECCIÓN DE PÁNCREAS POR TRAUMATISMOS:	
DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA	45 %
PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL	50 %
PANCREATECTOMÍA TOTAL	70 %
PANCREATECTOMÍA TOTAL MÁS ESPLENECTOMÍA	80 %
BAZO	
SUTURA ESPLÉNICA, POST TRAUMÁTICA (SIN ESPLENECTOMÍA)	SIN INCAPACIDAD
ESPLENECTOMÍA PARCIAL, POST TRAUMÁTICA	10 %
ESPLENECTOMÍA TOTAL, POST TRAUMÁTICA	25-30 %

SISTEMA NEFRO - UROLOGICO

LAS LESIONES DEL SISTEMA NEFROUROLOGICO QUE SERAN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

RIÑON

INSUFICIENCIA RENAL

LA PATOLOGÍA RENAL OCASIONADA POR CUALQUIERA DE LOS AGENTES TÓXICOS QUE INCLUYE LA LEY DEBE SER EVALUADA EN BASE A LA FUNCIÓN RENAL DEL TRABAJADOR, INDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE DAÑO, (TUBULAR, INTERSTICIAL, GLOMERULAR), SI EL SÍNDROME NEFRÓTICO, CON SÍNDROME URÉMICO ETC.)

Resolución C.A. - Página Web IPS

EL MONTO DE INCAPACIDAD POR ESTE CONCEPTO DEPENDE DEL GRADO DE INSUFICIENCIA RENAL MEDIDA SEGÚN LOS GRADOS DE VELOCIDAD DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (VFG) QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLA;

GRADO DE VFG	VFG. ML/MIN	INCAPACIDAD
GRADO I	70 - 50	10 %
GRADO II	40 - 30	20 %
GRADO III	20 5	70 %
GRADO IV	<5	90 %

NOTA:	GRADO I	ASINTOMÁTICOS
	GRADO II	ANEMIA LEVE, HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA), POSIBLE.
	GRADO III	ACENTUACIÓN DE LO ANTERIOR + SINDROME URÉMICO.
	GRADO IV	SITUACIÓN CLÍNICA QUE REQUIERE DIÁLISIS O TRANSPLANTE.

SE LE SUMARÁ LA INCAPACIDAD CAUSADA POR LA HIPERTENSIÓN NEFROVASCULAR QUE ESTA PATOLOGÍA DE ORIGEN (VER CARDIOVASCULAR)

LESIONES POST-TRAUMÁTICAS	INCAPACIDAD
PÉRDIDA DEL RIÑÓN POR NEFRECTOMÍA, CON INDEMNIDAD FUNCIONAL DEL RIÑÓN REMANENTE	20 %

EN SU DEFECTO, ES DECIR SI, EL RIÑÓN REMANENTE TUVIERA ALGÚN GRADO DE INSUFICIENCIA, LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD DEBERÁ AJUSTARSE AL CRITERIO SEÑALADO ANTERIORMENTE EN LA TABLA.

LAS LESIONES POST-TRAUMÁTICAS, SE EVALUARÁN SEGÚN LAS SECUELAS Y UNA VEZ AGOTADOS LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS.

HIDRONEFROSIS UNILATERAL, SIN REPERCUSIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	5 %
HIDRONEFROSIS UNILATERAL, CON 1/3 DE ANULACIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	10 %
HIDRONEFROSIS UNILATERAL, CON 2/3 DE ANULACIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	15 %
HIDRONEFROSIS UNILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL TOTAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	20 %
HIDRONEFROSIS UNILATERAL, CON 1/3 DE ANULACIÓN FUNCIONAL, TOTAL CON RIÑÓN CONTRALATERAL DISMINUIDO	SEGÚN FUNCIÓN RENAL
HIDRONEFROSIS UNILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL TOTAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL SIN FUNCIÓN	SEGÚN FUNCIÓN RENAL
HIDRONEFROSIS BILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL DE AMBOS RIÑONES	SEGÚN TABLA

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Re
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subs

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tany Ibañez C
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

PTOSIS RENAL UNILATERAL, SIN REPERCUSIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	5 %
PTOSIS RENAL UNILATERAL, CON 1/3 DE ANULACIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	10 %
PTOSIS RENAL UNILATERAL, CON 2/3 DE ANULACIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	15 %
PTOSIS RENAL UNILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL TOTAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	20 %
PTOSIS RENAL UNILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL TOTAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL DISMINUIDO	SEGÚN FUNCIÓN RENAL
PTOSIS RENAL UNILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL TOTAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL SIN FUNCIÓN	SEGÚN FUNCIÓN RENAL
PTOSIS RENAL BILATERAL, SIN REPERCUSIÓN FUNCIONAL	10 %
PTOSIS RENAL BILATERAL	SEGÚN FUNCIÓN RENAL
LA PRESENCIA DE INFECCIÓN PERMANENTE INCREMENTARÁ CADA CUADRO	10 %

URETER

REEMPLAZO URETERAL POST TRAUMÁTICO	
UNILATERAL, SIN ALTERACIONES FUNCIONALES, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	SIN INCAPACIDAD
UNILATERAL, CON 1/3 DE ANULACIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	10 %
UNILATERAL, CON 2/3 DE ANULACIÓN FUNCIONAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	15 %
UNILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL TOTAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL NORMAL	20 %
UNILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL TOTAL, CON RIÑÓN CONTRALATERAL DISMINUIDO	SEGÚN FUNCIÓN RENAL
BILATERAL, SIN ALTERACIONES FUNCIONALES	SIN INCAPACIDAD
BILATERAL, CON ANULACIÓN FUNCIONAL	SEGÚN FUNCIÓN RENAL
URETEROSTOMÍA	
CUTÁNEA PERMANENTE UNILATERAL	40 %
CUTÁNEA PERMANENTE BILATERAL	70 %

VEJIGA

CÁNCER VESICAL (POR EXPOSICIÓN A TÓXICOS)

EL CRITERIO PARA ESTABLECER EL GRADO DE INCAPACIDAD FÍSICA DE UN CÁNCER VESICAL Y QUE CON MUCHA PROBABILIDAD LLEVA A LA MUERTE DEL TRABAJADOR TIENE QUE VER CON EL GRADO DE FUNCIÓN PERDIDA PERO TAMBIÉN CON EL PRONÓSTICO Y POSIBILIDAD DE SOBREVIDA DEL MISMO.

PARA TALES EFECTOS SE ESTABLECEN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

Resolución C.A. - Página Web IPS

ESTADIO	GRADO DE COMPROMISO	INCAPACIDAD
0	SUPERFICIAL O IN SITU, MUCOSA	10 %
A	SUPERFICIAL, SUBMUCOSA	20 %
B	INVASOR, MUSCULAR	40 %
C	INVASOR, GRASA PERIVESICAL	60 %
D1	METASTÁSICO, GANGLIOS LINFÁTICOS	90 %
D2	METASTÁSICO, HUESOS O VÍSCERAS	90 %

SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, SI SE PRODUJERA UN AUMENTO DEL COMPROMISO DEL CÁNCER VESICAL DESDE LOS GRADOS A O B A UN GRADO C O SUPERIOR, DEBERÁ OTORGÁRSELE AL TRABAJADOR, UNA INCAPACIDAD DEL 90 %.

CONGESTIÓN VESICAL CON VARICOCELE	20 %
TUMOR BENIGNO DE LA VEJIGA	10 %
LESIONES POST-TRAUMÁTICAS	
CISTOSTOMÍA TRANSITORIA	SIN INCAPACIDAD
CISTOSTOMÍA DEFINITIVA	70 %
CISTECTOMÍA PARCIAL	20-30 %
CISTECTOMÍA TOTAL	70 %
VEJIGA NEUROGÉNICA POST-TRAUMÁTICA	70 %
CISTITIS CRÓNICA RETRÁCTIL OPERABLE	SEGÚN SECUELAS
CISTITIS CRÓNICA RETRÁCTIL INOPERABLE	60 %
INCONTINENCIA DE ORINA OPERABLE EN EL HOMBRE	SEGÚN SECUELAS
INCONTINENCIA DE ORINA OPERABLE EN LA MUJER	SEGÚN SECUELAS
INCONTINENCIA DE ORINA PERMANENTE, INOPERABLE EN EL HOMBRE	70 %
INCONTINENCIA DE ORINA PERMANENTE, INOPERABLE EN LA MUJER	70 %
FÍSTULA URINARIA OPERABLE	SEGÚN SECUELAS
FÍSTULA URINARIA INOPERABLE	40-60 %

URETRA

LAS LESIONES URETRALES, POR ACCIDENTES, LABORALES EVALUARAN POSTERIOR A LAS REPARACIONES QUIRÚRGICAS, SI CORRESPONDIERAN, Y SEGÚN SECUELAS.

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ibáñez
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ESTRECHEZ URETRAL, POST TRAUMÁTICA PERMEABLE	10-20 %
ESTRECHEZ URETRAL, POST TRAUMÁTICA INFRANQUEABLE	70 %
FÍSTULA URETRAL, POST TRAUMÁTICA DEFINITIVA	70 %

GENITAL MASCULINO

CASTRACIÓN	40 %
AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE	40 %
AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE CON FUNCIÓN ERÉCTIL CONSERVADA	25 %
AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE SIN FUNCIÓN ERÉCTIL	30 %
LESIÓN PENEANA DEFORMANTE DEL PENE CON DESVIACIÓN DE LA ANGULACIÓN O LESIÓN DE LOS CUERPOS CAVERNOSOS	20 %
ATROFIA TESTICULAR UNILATERAL, POR CONTUSIÓN (HEMATOCELE ORGANIZADO)	10 %
ATROFIA TESTICULAR BILATERAL, POR CONFUSIÓN (HEMATOCELE ORGANIZADO) HASTA 40 AÑOS	40 %
ENTRE 40-65 AÑOS	30 %
MÁS DE 65 AÑOS	20 %
DISFUNCIÓN SEXUAL, POST-TRAUMÁTICA, EN LA ERECCIÓN Y EYACULACIÓN PERMANENTE (ORGÁNICA)	30 %
TRAUMATISMO DE ESCROTO, CON PÉRDIDA PARCIAL DE LA PIEL	5 %
TRAUMATISMO DE ESCROTO, CON PÉRDIDA TOTAL DE LA PIEL Y SIN CIRUGÍA REPARADORA	30 %
HEMATOCELE POST-TRAUMÁTICO, SIN SECUELAS	SIN INCAPACIDAD

GENITAL FEMENINO

EL APARATO GENITAL FEMENINO SE DIVIDE EN DOS ZONAS ANATÓMICAS: INTERNA Y EXTERNA.

EN LA PARTE INTERNA, DADA SU UBICACIÓN, ES ESTADÍSTICAMENTE DIFÍCIL OBSERVAR LESIONES POR ACCIDENTES DE TRABAJO, QUE ORIGINEN SECUELAS.

ESTAS, ADEMÁS DE LA REPERCUSIÓN LOCAL, PUEDEN PROVOCAR LA INCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

EN LA PARTE EXTERNA, SON MÁS FRECUENTES LAS LESIONES TRAUMÁTICAS.

LAS LESIONES SE EVALUARÁN, POSTERIOR A LOS TRATAMIENTOS QUE CORRESPONDIEREN Y SI QUEDARAN SECUELAS.

LESIONES

ADHERENCIAS PARCIALES O TOTALES DE VULVA	10-30%
ADHERENCIAS PARCIALES O TOTALES DE LABIOS MAYORES O MENORES	10-30 %
SE CONSIDERARÁ EL COMPROMISO URINARIO	

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Re...
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tania Ibáñez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

ESTRECHEZ DE VAGINA O ACORTAMIENTO	20-30 %
CLITORIDECTOMÍA TRAUMÁTICA	20 %
HISTERECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL, EDAD FÉRTIL	40 %
HISTERECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL, POST-MENOPAUSIA	10 %
OOFORECTOMÍA UNILATERAL TRAUMÁTICA	10 %
OOFORECTOMÍA BILATERAL TRAUMÁTICA, EDAD FÉRTIL	40 %
OOFORECTOMÍA BILATERAL TRAUMÁTICA, POST-MENOPAUSIA	20 %
SALPINGUECTOMÍA UNILATERAL TRAUMÁTICA	10 %
SALPINGUECTOMÍA BILATERAL TRAUMÁTICA, EDAD FÉRTIL	40 %
SALPINGUECTOMÍA BILATERAL TRAUMÁTICA, POST-MENOPAUSIA	10 %
DESGARRO DE PERINEO PRODUCIDO POR ACCIDENTE, SIN COMPROMISO ESFINTERIANO NI SEXUAL	SIN INCAPACIDAD
DESGARRO DE PERINEO PRODUCIDO POR ACCIDENTE, CON COMPROMISO ESFINTERIANO, SE EVALÚA SEGÚN INCONTINENCIA	
FÍSTULA RECTO-VAGINAL SIN SOLUCIÓN QUIRÚRGICA	30 %
HERIDA O TRAUMATISMO EN MAMAS, CON DESTRUCCIÓN PARCIAL UNILATERAL	0-5 %
HERIDA O TRAUMATISMO EN MAMAS, CON DESTRUCCIÓN TOTAL UNILATERAL	10-15 %
HERIDA O TRAUMATISMO EN MAMAS, CON DESTRUCCIÓN PARCIAL BILATERAL	10-15 %
HERIDA O TRAUMATISMO DE MAMAS, CON DESTRUCCIÓN TOTAL BILATERAL	30 %

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

8. SISTEMA HEMATOPOYETICO

1. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS DE TIPO HIPOPLASIA, APLASIA O DISPLASIA, QUE PUEDEN MANIFESTARSE POR:

ANEMIA, LEUCONEUTROPENIA, TROMBOCITOPENIA.

PARA LOS EFECTOS DE EVALUAR EL BENZOLISMO SE TENDRÁ EN CUENTA LOS SIGUIENTES PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS, SEGÚN COMPLEJIDAD:

ANEMIA: SE EVALÚA SEGÚN HEMOGLOBINEMIA	INCAPACIDAD
9-7 G. DE HB.	15 %
<7-5 G. DE HB.	40 %
<5 G. DE HB.	70 %
LEUCOPENIA: RECUENTO DE LEUCOCITOS MENOR DE 3.500 POR MM3	INCAPACIDAD
LEUCOPENIA MÁS RECUENTO ABSOLUTO DE NEUTRÓFILOS ENTRE 3.000 Y 2.200 POR MM3	5 %
LEUCOPENIA MÁS RECUENTO ABSOLUTO DE NEUTRÓFILOS ENTRE 2.200 Y 1.000 POR MM3	10 %

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Dr. Carlos Reve... Director Dirección de Riesgo Laboral y Subs...

Resolución C.A. Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tan... Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

LEUCOPENIA MÁS RECUENTO ABSOLUTO DE NEUTRÓFILOS MENOR DE 1.000 POR MM3 SIN INFECCIONES RECURRENTES		20 %
LEUCOPENIA MÁS RECUENTO ABSOLUTO DE NEUTRÓFILOS MENOR DE 1.000 POR MM3 CON INFECCIONES BACTERIANAS RECURRENTES (MAS DE 4 EPISODIOS EN LOS ÚLTIMOS 5 MESES PREVIOS A LA EVALUACIÓN)		70 %
LEUCOPENIA MÁS RECUENTO ABSOLUTO DE LINFOCITOS ENTRE 1.500 Y 800 POR MM3		5 %
LEUCOPENIA MÁS RECUENTO ABSOLUTO DE LINFOCITOS MENOR DE 800 POR MM3		10 %
TROMBOCITOPENIA:		PORCENTAJE
100.000 - 30.000 X MM3		5 %
< 30.000 X MM3		10 %
TODO LO ANTERIOR NO ES ADITIVO.		
HIPOPLASIA Y APLASIA MEDULAR		
(NECESIDAD DE PUNCIÓN Y BIOPSIA MEDULAR)		
GRADO	CARACTERÍSTICAS	INCAPACIDAD
LEVE	SUPRESIÓN MEDULAR DEL 10 % CON NORMALIDAD EN SANGRE PERIFÉRICA	0 %
MODERADA A	SUPRESIÓN MEDULAR DEL 11 AL 40 %, ANEMIA CRÓNICA	30 %
MODERADA B	SUPRESIÓN MEDULAR DEL 41 AL 70 %	60 %
	SEVERA SUPRESIÓN MEDULAR > 70 %	80 %
MIELODISPLASIAS CON HIPERLEUCOCITOSIS Y SÍNDROMES		INCAPACIDAD
MIELOPROLIFERATIVOS		
ESTADOS LEUCEMOIDES		40 %

- LEUCOCITOS: 20.000 - 50.000 X MM3
- FÓRMULA LEUCOCITARIA: GRANULOCITOSIS (80 A 90 % DE POLINUCLEARES NEUTRÓFILOS CON O SIN METAMIELOCITOS O MIELOCITOS)
- LINFOCITOSIS: 50 A 80 % DE LINFOCITOS MADUROS Y EL RESTO PUEDEN NO SERLO
- MIELOGRAMA: PRESENTA SÓLO UNA LEVE HIPERPLASIA DE LA LÍNEA INTERESADA CON INDEMNIDAD DE LA SERIE ROJA Y PLAQUETARIA
- SERIE ROJA: NORMAL
- PLAQUETAS: NORMALES

LEUCEMIAS MÁS DE 10 AÑOS, EN GENERAL EVOLUCIONAN MÁS RÁPIDAMENTE HACIA LA MUERTE QUE LAS FORMAS CRIPTOGÉNICAS Y POR LO GENERAL SON RESISTENTES A LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS ANTIMITÓTICOS.

LAS LEUCEMIAS DE ORIGEN PROFESIONAL EN ORDEN DECRECIENTE DE FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN SON LAS SIGUIENTES:

- LEUCEMIAS AGUDAS
- LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA
- LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA

EL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD SE ESTABLECE SEGÚN EL NÚMERO DE REMISIONES DESPUÉS DE HABER REALIZADO TRATAMIENTO ANTIMITÓTICO QUE ESTABILICE AL PACIENTE.

Resolución C.A. - Página Web IPS

LEUCEMIA MIELÓGENA AGUDA (LMA)	INCAPACIDAD
PRIMERA REMISIÓN	50 %
SEGUNDA REMISIÓN	70 %
TERCERA REMISIÓN	90 %
LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA (LLA)	
PRIMERA REMISIÓN	50 %
SEGUNDA REMISIÓN	70 %
TERCERA REMISIÓN	90 %
LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC)	20-90 %

EL GRADO DE INCAPACIDAD DEPENDERÁ DE FACTORES TALES COMO, MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, EDAD, SI EL TRATAMIENTO SE REALIZA CON TRASPLANTE DE MÉDULA DE HERMANO U OTRA PERSONA CON HLA COMPATIBLE, EVOLUCIÓN POSTERIOR ETC.

NOTA: HLA - SIGLA QUE POR CONVENCIÓN INTERNACIONAL DESIGNA AL COMPLEJO GÉNICO DE HISTOCOMPATIBILIDAD HUMANA.

LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA (LLC)

EL GRADO DE INCAPACIDAD DEPENDERÁ DEL ESTADIO EN QUE SE ENCUENTRE LA ENFERMEDAD SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL.

ESTADIO	CARACTERÍSTICAS	INCAPACIDAD
A	LINFOCITOS CON AFECTACIÓN CLÍNICA DE MENOS DE TRES GRUPOS GANGLIONARES; SIN ANEMIA NI TROMBOCITOPENIA	20 %
A(0)	SIN GANGLIOS AUMENTADOS DE TAMAÑO	
A(I)	GANGLIOS AUMENTADOS DE TAMAÑO	
A(II)	HEPATOMEGALIA O ESPLENOMEGALIA	
B	AFECTADOS MÁS DE TRES GRUPOS GANGLIONARES. SIN ANEMIA NI TROMBOCITOPENIA	40 %
B(I)	GANGLIOS AUMENTADOS DE TAMAÑO	
B(II)	HEPATOMEGALIA O ESPLENOMEGALIA	
C	ANEMIA O TROMBOCITOPENIA, CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE GRUPOS GANGLIONARES AFECTADOS	70 %
C(III)	ANEMIA	
C(IV)	TROMBOCITOPENIA	

S.I.D.A.

PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CARÁCTER LABORAL DE ESTA ENFERMEDAD INFECCIOSA, SE REALIZARÁN LAS DETERMINACIONES SEROLÓGICAS CORRESPONDIENTES (ELISA - IF) EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN PUNZO CORTANTE SOSPECHOSA. ESTAS REACCIONES DEBEN SER NEGATIVAS.

Resolución C.A. - Página Web IPS

POSTERIORMENTE SE HARÁN CONTROLES SEMESTRALES POR EL PLAZO DE UN AÑO PARA VERIFICAR LA SEROCONVERSIÓN

GRUPO I: SEROCONVERSIÓN	0-10 %
GRUPO II: INFECCIÓN ASINTOMÁTICA	10-30 %
GRUPO III: ADENOPATÍAS GENERALIZADAS PERSISTENTES	40-60 %
GRUPO IV: ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES	
CON LOS SUBGRUPOS A, B Y C	70-90 %

9. NEUROLOGIA

SE EVALÚAN EXCLUSIVAMENTE LAS LESIONES Y EL COMPROMISO NEUROLÓGICO. EN CASO DE NO ESTAR CONTEMPLADOS EN LA INCAPACIDAD EVALUADA POR SECUELA POSTRAUMÁTICA OSTEOARTICULAR, LA INCAPACIDAD NEUROLÓGICA DETERMINADA SE COMBINARÁ CON LA PRIMERA.

1. LESIONES DE LOS PARES CRANEALES

SE TENDRÁN EN CUENTA PARA VALORAR LA LESIÓN DE LOS PARES CRANEALES: CLÍNICA SIGNIFICATIVA, P. EVOCADOS Y/O EMG ALTERADOS.

NERVIO OLFATORIO	
FRACTURA DE LÁMINA CRIBOSA	
A) SIN COMPLICACIONES	0 %
B) CON COMPLICACIONES:	
HIPOSMIA	5 %
ANOSMIA	10 %
NERVIO OPTICO: VER CAPÍTULO DE OJOS.	
NERVIO MOTOR OCULAR COMÚN: DIPLOPIA, POTSIS PALPEBRAL (VER CAPÍTULO DE OJOS).	
NERVIO PATÉTICO: DIPLOPIA (VER CAPÍTULO DE OJOS).	
NERVIO TRIGEMINO	
NERVIO OFTÁLMICO	
UNILATERAL	5-10 %
BILATERAL	10-20 %
NERVIO MAX. SUPERIOR	
UNILATERAL	5-10 %
BILATERAL	10-20 %
NERVIO MAX. INFERIOR	
UNILATERAL	5-10 %
BILATERAL	10-20 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARÍA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO	
UNILATERAL	3-10 %
BILATERAL	10-50 %
NERVIO MOTOR OCULAR EXTERNO: DIPLOPIA (VER CAPÍTULO DE OJOS).	
NERVIO FACIAL	
UNILATERAL CENTRAL	5-10 %
UNILATERAL PERIFÉRICO	10-15 %
BILATERAL CENTRAL	15-20 %
BILATERAL PERIFÉRICO	20-30 %
NERVIO AUDITIVO: VER CAPÍTULO DE NARIZ, GARGANTA Y OÍDO.	
NERVIO GLOSOFARÍNGEO	
CON HIPOESTESIA O ANESTESIA DEL TERCIO POSTERIOR DE LA LENGUA	5-30 %
DISFAGIA PARA LÍQUIDOS	10-15 %
DISFAGIA PARA SÓLIDOS	15-30 %
NERVIO NEUMOGÁSTRICO	5-35 %
NERVIO ESPINAL	15-30 %
NERVIO HIPOGLOSO	
UNILATERAL	5 %
BILATERAL:	
CON DIFICULTAD PARA EL HABLA	5-30 %
CON DIFICULTAD PARA DEGLUCIÓN	
- LÍQUIDO	10-15 %
- SÓLIDO	15-30 %
ALIMENTACIÓN POR TUBO	40-60 %

LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFERICOS

SON LAS QUE PUEDEN ACOMPAÑAR A LAS LESIONES OSTEOARTICULARES, MANIFESTÁNDOSE POR LOS DÉFICITS SENSITIVOS Y/O MOTORES.

LOS PORCENTAJES DE INCAPACIDAD CORRESPONDEN A LESIONES COMPLETAS. EN RELACIÓN A LAS LESIONES PARCIALES DE LOS NERVIOS MOTORES O SENSITIVOS PUROS, EL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD SE CALCULARÁ EN FORMA PORCENTUAL A LA FUNCIÓN PERDIDA. PARA ESTOS FINES SE UTILIZARÁ LA ESCALA PROPUESTA POR EL BRITISH MEDICAL RESEARCH COUNCIL QUE GRADÚA LA MOTRICIDAD EN RANGOS DE M0 A M5 Y LA SENSIBILIDAD EN RANGOS DE S0 A S5.

M0:	100 % DE INCAPACIDAD MOTORA
M1 Y M2:	80 % DE INCAPACIDAD MOTORA
M3:	60 % DE INCAPACIDAD MOTORA
M4:	30 % DE INCAPACIDAD MOTORA

Resolución C.A. - Página Web IPS

M5:	0 % DE INCAPACIDAD MOTORA
PORCENTAJE DE INCAPACIDAD:	
M0:	PARÁLISIS TOTAL
M1:	ESBOZO DE CONTRACCIÓN (FIBRILACIONES MUSCULARES)
M2:	CONTRACCIÓN POSIBLE, ELIMINANDO LA FUERZA DE GRAVEDAD
M3:	CONTRACCIÓN POSIBLE CONTRA LA FUERZA DE GRAVEDAD
M4:	CONTRACCIÓN CONTRA ALGÚN TIPO DE RESISTENCIA
M5:	CONTRACCIÓN CONTRA RESISTENCIA IMPORTANTE
SENSIBILIDAD	
S0:	100 % DE INCAPACIDAD SENSITIVA
S1:	80 % DE INCAPACIDAD SENSITIVA
S2:	60 % de incapacidad sensitiva
S3:	40 % de incapacidad sensitiva
S4:	20 % de incapacidad sensitiva
S5:	0 % de incapacidad sensitiva (función completa)

LOS NERVIOS MIXTOS APARECEN PONDERADOS PORCENTUALMENTE EN CUANTO A LA IMPORTANCIA FUNCIONAL DE SUS COMPONENTES SENSITIVO Y MOTOR, POR LO CUAL LAS LESIONES PARCIALES DEBEN FINALMENTE CALCULARSE DE ACUERDO A ESTE FACTOR.

EN EL CASO DE COEXISTIR LA LESIÓN NEUROLÓGICA CON RIGIDEZ Y DEFORMIDAD ARTICULAR SE PROCEDERÁ A LA SUMA DE AMBAS INCAPACIDADES, TENIENDO COMO TOPE MÁXIMO EL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD POR LA AMPUTACIÓN DEL SEGMENTO EN VALORACIÓN.

LAS LESIONES DE NEUROTENDINOSAS SERÁN EVALUADAS SUMANDO LAS INCAPACIDADES PRODUCTO DE LA LESIÓN NEUROLÓGICA Y LA ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD ARTICULAR QUE OCASIONA A LA LESIÓN TENDINOSA. DE IGUAL MANERA, SE TENDRÁ COMO TOPE MÁXIMO DE INCAPACIDAD AL DADO POR LA AMPUTACIÓN DEL SEGMENTO ESTUDIADO.

LAS LESIONES RADICULARES SERÁN EVALUADAS DE ACUERDO A LA REPERCUSIÓN PARCIAL O TOTAL QUE CAUSEN EN EL O LOS NERVIOS PERIFÉRICOS QUE FORMEN.

A. — MIEMBRO SUPERIOR	INCAPACIDAD
1.- LESIÓN COMPLETA DEL PLEXO BRAQUEAL	60 %
2.- NERVIO SUPRAESCAPULAR	15 %
3.- NERVIO TORÁCICO LARGO	10 %
4.- NERVIO AXILAR	20 %
(PONDERACIÓN FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 98 % COMPONENTE SENSITIVO 2 %)	
5.- NERVIO RADIAL	30 %
(PONDERACIÓN FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 90 % COMPONENTE SENSITIVO 10 %)	
6.- NERVIO MÚSCULO CUTÁNEO	20 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

(PONDERACIÓN FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 90 % COMPONENTE SENSITIVO 10 %)	
7.- NERVIO INTERÓSEO POSTERIOR	20 %
8.- ANTEBRAQUEAL CUTÁNEO MEDIAL	30 %
9.- NERVIO MEDIANO (PROXIMAL AL 1/3 MEDIO DEL AB)	40 %
(PONDERACIÓN FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 40 % COMPONENTE SENSITIVO 30 %)	
10.- NERVIO MEDIANO (DISTAL AL 1/3 MEDIO DEL AB)	25 %
(PONDERACIÓN FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 40 % COMPONENTE SENSITIVO 60 %)	
11.- NERVIO INTERÓSEO ANTERIOR	10 %
12.- NERVIO CUBITAL (PROXIMAL AL 1/3 MEDIO DEL AB)	35 %
(PONDERACIÓN FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 70 % COMPONENTE SENSITIVO 30 %)	
13.- NERVIO CUBITAL (DISTAL AL 1/3 MEDIO DEL AB)	25 %
(PONDERACIÓN FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 70 % COMPONENTE SENSITIVO 30 %)	
14.- COLATERAL IR	5 %
15.- COLATERAL IC	7 %
16.- COLATERAL IIR	7 %
17.- COLATERAL IVC	7 %
18.- RESTO COLATERALES	3 %
B. - MIEMBRO INFERIOR	INCAPACIDAD
1.- LESIÓN COMPLETA DEL PLEXO LUMBAR	40 %
2.- LESIÓN COMPLETA DEL PLEXO SACRO	60 %
3.- NERVIO FEMORAL CUTÁNEO	7 %
4.- NERVIO FEMORAL	30 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 95 % COMPONENTE SENSITIVO 5 %)	
5.- NERVIO OBTURADOR INTERNO	15 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 96 % COMPONENTE SENSITIVO 5 %)	
6.- RESTO DE LAS RAMAS DEL PLEXO LUMBAR	10 %
7.- NERVIO CIÁTICO (PROXIMAL AL HUESO POPLÍTEO)	50 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 50 %, COMPONENTE SENSITIVO 50 %)	
8.- NERVIO CUTÁNEO POSTERIOR DEL MUSLO	5 %
9.- NERVIO PERONEO COMÚN	25 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 70 % COMPONENTE SENSITIVO 30 %)	
10.- NERVIO TIBIAL ANTERIOR (1/2 PROX. DE LA PIERNA)	18 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 95 % COMPONENTE SENSITIVO 5 %)	
11.- NERVIO TIBIAL ANTERIOR (1/2 DISTAL DE LA PIERNA)	10 %

Reproducción C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASCERO
COORDINADORA DE SERVICIOS AUXILIARES DE ADMINISTRACION

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Director

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ramírez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 50 %, COMPONENTE SENSITIVO 50 %)	
12.- NERVIO PERONEO SUPERFICIAL	7,5 %
13.- NERVIO TIBIAL	35 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 60 % COMPONENTE SENSITIVO 60 %)	
14.- NERVIO TIBIAL POSTERIOR (1/2 PROX. DE LA PIERNA)	30 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 60 %, COMPONENTE SENSITIVO 40 %)	
15.- NERVIO TIBIAL POSTERIOR (1/2 DISTAL DE LA PIERNA)	20 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 30 %, COMPONENTE SENSITIVO 70 %)	
16.- NERVIO PLANTAR EXTERNO O INTERNO	10 %
(COMPONENTE FUNCIONAL: COMPONENTE MOTOR 30 %, COMPONENTE SENSITIVO 70 %)	
17.- NERVIO SAFENO	5 %
18.- NERVIO SURAL	5 %

3. TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES

LAS LESIONES SERÁN CLASIFICADAS SEGÚN EL NIVEL NEUROLÓGICO EN QUE SE PRODUCE LA LESIÓN MEDULAR, Y SI PROVOCAN UN DÉFICIT COMPLETO O INCOMPLETO DE LA FUNCIÓN MEDULAR.

EN EL CASO DE LESIONES INCOMPLETAS SE ESTABLECE UN RANGO DE INCAPACIDAD EL CUAL SE VALORIZARÁ EN BASE A LA CAPACIDAD FUNCIONAL QUE PRESENTE EL PACIENTE.

NIVEL	COMPLETA	INCOMPLETA
C4	100 %	DE 50 A 100 %
C5	100 %	DE 50 A 100 %
C6	100 %	DE 50 A 100 %
C7	100 %	DE 50 A 100 %
C8	100 %	DE 50 A 100 %
T1	100 %	DE 50 A 100 %
T2	100 %	DE 50 A 100 %
T3	100 %	DE 50 A 100 %
T4	100 %	DE 50 A 100 %
T5	100 %	DE 50 A 100 %
T6	100 %	DE 50 A 100 %
T7	90 %	DE 50 A 90 %
T8	90 %	DE 50 A 90 %
T9	90 %	DE 50 A 90 %
T10	90 %	DE 50 A 90 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

T11	90 %	DE 50 A 90 %
T12	90 %	DE 50 A 90 %
L1	90 %	DE 50 A 90 %
L2	90 %	DE 50 A 90 %
L3	90 %	DE 50 A 90 %
L4	80 %	DE 30 A 80 %
L5	60 %	DE 30 A 60 %
S1	50 %	DE 30 A 50 %
S2	20 %	DE 5 A 20 %
S3	10 %	DE 5 A 9 %
S4	5 %	DE 2 A 4 %
S5	5 %	DE 2 A 4 %

4. ENFERMEDADES NEURO-PSIQUIATRICAS PRODUCIDAS POR AGENTES QUIMICOS

4.1. ENCEFALOPATIA TOXICA AGUDA.

HAY NUMEROSAS SUSTANCIAS QUÍMICAS DE USO INDUSTRIAL, AGRÍCOLAS O MEDICAMENTOSAS, PRESENTES EN VARIADOS PROCESOS PRODUCTIVOS QUE PUEDEN PRODUCIR UNA ENCEFALOPATÍA TÓXICA AGUDA, QUE PUEDEN GENERAR DAÑO ORGANICO CEREBRAL, DE DISTINTOS GRADOS, DEPENDIENDO DE LA SEVERIDAD DE LA INTOXICACIÓN Y DE LA OPORTUNIDAD DEL TRATAMIENTO.

LOS DAÑOS PRODUCIDOS NO GUARDAN RELACIÓN DE ESPECIFICIDAD CON EL AGENTE QUÍMICO QUE LOS PROVOCA Y EN CONSECUENCIA SE EVALÚA LA FUNCIÓN CEREBRAL EN SUS ASPECTOS SICOLÓGICOS Y NEUROLÓGICOS. EN AQUELLOS CASOS EN QUE HAY UN DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL, COMO SECUELA DE LA ENCEFALOPATÍA AGUDA, ÉSTA SE EVALÚA CON LOS MÉTODOS HABITUALES DE LA PSIQUIATRÍA, CONSIDERANDO LAS CARACTERÍSTICAS PREVIAS A LA ENFERMEDAD DE LA PERSONA AFECTADA (EDAD, SEXO, AÑOS DE EXPOSICIÓN, NIVEL INTELECTUAL, ENTRE OTROS).

AGENTES QUE PUEDEN PRODUCIR ENCEFALOPATIA TOXICA AGUDA:

a. MERCURIO Y SUS COMPUESTOS.
b. ARSÉNICO Y SUS COMPUESTOS MINERALES.
c. PLOMO Y SU COMPUESTOS.
d. ALCOHOLES Y CETONAS, UTILIZADOS COMO SOLVENTES INDUSTRIALES,
e. MONÓXIDO DE CARBONO
f. BROMURO DE METILO.
g. SULFURO DE CARBONO.
h. ACIDO SULFHÍDRICO.

LAS SECUELAS DE LAS ENCEFALOPATÍAS AGUDAS POR INTOXICACIÓN LABORAL SE EVALÚAN CONFORME A LOS CRITERIOS DE DAÑO ORGANICO CEREBRAL, QUE EXPRESAN LA CAPACIDAD DE LA PERSONA PARA DESEMPEÑARSE GLOBALMENTE.

4.2. ENCEFALOPATIA TOXICA CRONICA

LA EXPOSICIÓN POR LARGO TIEMPO, CON FRECUENCIA APARENTE, A BAJAS DOSIS DE DIVERSAS SUSTANCIAS QUÍMICAS DE USO INDUSTRIAL O AGRÍCOLA, PRODUCE UN DAÑO ORGANICO CEREBRAL

Resolución C.A. Página Web IPS

CRONICO, IRREVERSIBLE EN TODOS LOS CASOS Y PROGRESIVO EN ALGUNOS DE ELLOS QUE DEBE SER EVALUADO CON LOS MISMOS INSTRUMENTOS Y CRITERIOS QUE LAS SECUELAS DE UNA ENCEFALOPATÍA TÓXICA AGUDA.

AGENTES QUE PUEDEN PRODUCIR ENCEFALOPATIA TOXICA CRONICA:

a. MERCURIO.
b. PLOMO.
c. SULFURO DE CARBONO.
d. DERIVADOS HALOGENADOS DE LOS HIDROCARBUROS ALIFATICOS.
e. TOLUENO Y XILENO.

TANTO LA ENCEFALOPATÍA TÓXICA AGUDA COMO LA CRÓNICA SE EVALÚAN POR EL DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL QUE PRODUCEN Y LA EVALUACIÓN SE REALIZA EN LA MISMA FORMA.

LA EVALUACIÓN DEL DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL SECUNDARIO A ENCEFALOPATÍA TÓXICA AGUDA SE DEBE HACER POR LO MENOS SEIS MESES DESPUÉS DE QUE SE HAN ESTABILIZADO LAS SECUELAS Y EN EL CASO DE LA ENCEFALOPATÍA TÓXICA CRÓNICA, SEIS MESES DESPUÉS QUE HA CESADO LA EXPOSICIÓN AL TÓXICO.

EL CUADRO 1 MUESTRA LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS MÁS USADAS EN LA MEDICIÓN DEL DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL.

CUADRO Nº 1
EVALUACIÓN DEL DAÑO ORGANICO CEREBRAL

TEST	TIPO	ÁREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL CONDUCTA GRAFICA MADUREZ MEMORIA HABILIDAD MOTORA MANUAL CONCEPTOS TEMPORO-ESPACIALES CAPACIDAD DE INTEGRACION MAGNIFICACIÓN SIMULACIÓN	RETRASOS GLOBALES MADURACIÓN SÍNDROME CEREBRO ORGANICO PSICOSIS DEPRESIÓN
RORSCHARCH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD NIVEL INTELECTUAL DETERIORO SIMULACIÓN	EN TODOS LOS CUADROS
WESCHLER		INTELIGENCIA CAPACIDAD ADAPTACIÓN DETERIORO PSICO-ORGANICO LEVE, MODERADO O SEVERO	EN TODOS LOS CUADROS
RAVEN		COCIENTE INTELECTUAL	EN TODOS LOS CUADROS

Resolución C.A. - Página Web ips

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. Tanya Ibañez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

EL CUADRO Nº 2 MUESTRA LA INCAPACIDAD GENERADA POR CADA UNO DE LOS GRADOS DE COMPROMISO PRODUCIDOS POR EL DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL.

CUADRO Nº 2
DAÑO ORGANICO CEREBRAL - GRADOS DE INCAPACIDAD

CARACTERÍSTICAS	GRADO	INCAPACIDAD
PUEDE REALIZAR LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	I	15 %
ALGUNA SUPERVISIÓN Y DIRECCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	II	40 %
CONFINAMIENTO	III	70 %
ASISTENCIA PARA EL PROPIO CUIDADO	IV	100 %

4.3. DEPRESIÓN CRONICA IRREVERSIBLE

AGENTES:

a. SULFURO DE CARBONO.
b. PLAGUICIDAS ORGANOFOSFORADOS.

INCAPACIDAD: 70 %.

4.4. NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS

POLINEURITIS Y NEURITIS, CON TRASTORNO DE LA CONDUCCIÓN NEUROELÉCTRICA EN FASE IRREVERSIBLE.

AGENTES:

a. SULFURO DE CARBONO.
b. PLOMO.
c. N - HEXANO.
d. ARSÉNICO.
e. OXIDO DE ETILENO.
f. PLAGUICIDAS ÓRGANO FOSFORADOS.
g. METIL BUTIL CETONA.

SE EVALUARÁ EL DAÑO RESIDUAL EN ÁREA DE ENERVACIÓN DE CADA NERVIO CONFORME A LOS MISMOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA LAS LESIONES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS.

4.5. NEURITIS ÓPTICA

AGENTES:

a. PLOMO.
b. N - HEXANO.
c. DERIVADOS HALOGENADOS DE LOS HIDROCARBUROS ALIFÁTICOS.

INCAPACIDAD:

UNILATERAL: 40 %.

Resolución C.A. - Página Web IPS

BILATERAL: 70 %.

4.6. NEURITIS TRIGEMINAL

AGENTE:

a. DERIVADOS HALOGENADOS DE LOS HIDROCARBUROS ALIFÁTICOS.

INCAPACIDAD: 50 %.

4.7. SÍNDROME NEUROLÓGICO TIPO PARKINSONISMO

AGENTE:

a. MANGANESO.

INCAPACIDAD:

EN FASE IRREVERSIBLE CON RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS: 40 %.
SIN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS: 70 %.

4.8. ATAXIA CEREBELOSA

AGENTE:

a. MERCURIO.

INCAPACIDAD:

CON TEMBLOR INTENCIONAL EN FASE IRREVERSIBLE 40 %.
CON TRASTORNOS DE LA MARCHA 70 %.

4.9. DAÑO NEUROLÓGICO CEREBRAL O MEDULAR. POR AGENTES FÍSICOS

a. PRODUCIDO POR TROMBOSIS CONSECUTIVAS O ACCIDENTE POR DESCOMPRESIÓN INADECUADA.

b. DAÑO CEREBRAL O MEDULAR PRODUCIDO POR TROMBOSIS POR DESCOMPRESIÓN INADECUADA.

c. SE EVALUARÁN CON LOS CRITERIOS DE DAÑO NEUROLÓGICO PARA LOS CASOS DE COMPROMISO DE LAS FUNCIONES MOTORA Y SENSITIVA DE LOS TERRITORIOS AFECTADOS. LAS LESIONES MEDULARES SE EVALUARÁN CON LOS MISMOS CRITERIOS DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR.

d. EL COMPROMISO DE OTRAS FUNCIONES CEREBRALES CONFORME AL CRITERIO DE DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL.

TRAUMATISMO CRANEO - ENCEFALICO

EVALUACIÓN DE LAS SECUELAS NEUROLÓGICAS

HUNDIMIENTO DE CALOTA, OPERADA	SEGÚN SECUELAS

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARÍA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Riesgo Laboral y Subs.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tania Ibáñez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

DEFICITARIAS MOTORAS:	
HEMIPARESIA:	
LEVE	40 %
MODERADA	50 %
SEVERA	60 %
HEMIPLEJÍAS	70 %
MONOPARESIAS:	
LEVE	20 %
MODERADA	30 %
SEVERA	40 %
MONOPLEJÍAS	60 %
ATROFIAS CEREBRALES:	
FOCALES	50 %
HEMISFÉRICAS	60 %
GENERALIZADAS	70 %
AFASIAS:	
DE EXPRESIÓN	50 %
DE COMPRENSIÓN	70 %
MIXTAS	70 %
HIDROCEFALIAS POST-TRAUMÁTICAS, COMUNICANTES O NO COMUNICANTES (TRATADAS Y COMPENSADAS)	40 %
DÉFICIT AUDITIVO: SE REMITE AL CAP. DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	
DÉFICIT AGUDEZA VISUAL Y CAMPIMETRÍA: SE REMITE AL CAP. DE OFTALMOLOGÍA.	
CONVULSIVAS FOCALES O JACKSONIANAS:	
EEG NEG. (SE TENDRÁ EN CUENTA H.C.L. Y DOSAJE DE ANTICONVULSIVANTES)	
SIN DATOS POSITIVOS	0 %
CON DATOS POSITIVOS	10-20 %
EEG POSITIVO	25-35 %
GENERALIZADAS-MAL CONVULSIVO	50 %

DESORDEN MENTAL ORGANICO POST TRAUMÁTICO

ES SECUNDARIO A LOS TRAUMATISMOS ENCÉFALO CRANEANOS Y SE EVALÚAN UNA VEZ SE ESTABILICEN LAS MANIFESTACIONES ALIMICAS NEUROLÓGICAS AGUDAS.

GRADO	DEFINICIÓN	INCAPACIDAD
I	INTERRUPCIÓN FUNCIONAL MOMENTÁNEA DE LA CONCIENCIA PROVOCADA POR UN TRAUMATISMO DE CRÁNEO CON ANTECEDENTES DE UNA CONMOCIÓN, PERO NO DE LACERACIÓN NI DE CONTUSIÓN. NO HAY ALTERACIONES HISTOLÓGICAS NI CAMBIOS ORGÁNICOS. HAY MEMORIA DEL MOMENTO DEL TRAUMATISMO Y DE LOS ACONTECIMIENTOS PREVIOS AL MISMO.	0 % (NO DEJA SECUELAS)

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARÍA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Ivan Director de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tanya Ibañez Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

	EL PERÍODO DE INCONSCIENCIA ES MOMENTÁNEO O BREVE. LA RECUPERACIÓN ES RÁPIDA Y COMPLETA. EL CUADRO CLÍNICO SE CARACTERIZA POR CEFALEAS, MAREOS, FALTA DE CONCENTRACIÓN Y MEMORIA.	
II	EL TRAUMATISMO PROVOCA UNA PÉRDIDA DE CONCIENCIA DESDE UNA A VARIAS HORAS. EL PACIENTE PUEDE DESPERTAR SÚBITAMENTE O PASAR POR UN PERÍODO DE OBNUBILACIÓN DE LA CONCIENCIA Y CONFUSIÓN. HAY AMNESIA POST-TRAUMÁTICA. LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LOS SÍNTOMAS ES COMPLETA, SE ACOMPAÑA CON FRECUENCIA DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD MODERADO, QUE SE DENOMINA SÍNDROME POST CONTUSIONAL, O ESTADO NEURÓTICO POST-CONTUSIONAL. EL CUADRO CLÍNICO SE CARACTERIZA POR ANGUSTIA, CEFALEA Y VÉRTIGO, HIPERSENSIBILIDAD A LOS ESTÍMULOS, APATÍA Y DESGANO. LAS EXPLORACIONES NEUROLÓGICAS, TOMOGRÁFICAS Y ELECTROENCEFALOGRÁFICAS NO SON SIGNIFICATIVAS. LAS PRUEBAS PSICOMÉTRICAS ARROJAN ELEMENTOS MODERADOS DE ORGANICIDAD. DEBERÁ DESCARTARSE LA INFLUENCIA DE TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD.	20 %
III	LA CEFALEA ES INTENSA Y PALPITANTE, SE AGRAVA CON LA POSICIÓN HORIZONTAL Y SE EXACERBA CON EL ESFUERZO FÍSICO, MENTAL Y LA EXCITACIÓN, Y MEJORA CON EL REPOSO Y LA QUIETUD. HAY MAREOS POR LOS CAMBIOS DE POSICIÓN, A VECES NEBULOSIDAD MOMENTÁNEA DE LA VISIÓN DE CARÁCTER SINCOPAL, INTOLERANCIA AL CALOR, TABACO Y ALCOHOL. APARECEN TRASTORNOS DISFÁSICOS EN EL LENGUAJE, PÉRDIDA DE JERARQUÍA DEL PENSAMIENTO, PERSEVERACIÓN. DEFECTOS EN LA CONCENTRACIÓN, PERCEPCIÓN, COMPRENSIÓN Y MEMORIA. HAY INTOLERANCIA A LOS RUIDOS, LITIGANTE, TEMEROSA, APRENSIVA, HIPOCONDRÍACAS. LAS EXPLORACIONES NEUROLÓGICAS, TOMOGRÁFICAS, ELECTROENCEFALOGRÁFICAS Y PSICOMÉTRICAS PRESENTAN EN TODOS LOS CASOS ALTERACIONES ORGÁNICAS FRANCAS.	40 %
IV	CAMBIOS AFECTIVOS, TRASTORNOS DE LA MEMORIA, TRASTORNOS DE OTRAS FUNCIONES INTELECTUALES, ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA. PERMANENTES Y NO REGRESIVAS. LAS EXPLORACIONES NEUROLÓGICAS, TOMOGRÁFICAS, ELECTROENCEFALOGRÁFICAS Y PSICOMÉTRICAS, PRESENTAN EN TODOS LOS CASOS ALTERACIONES ORGÁNICAS FRANCAS A SEVERAS. OTROS DEFECTOS ORGÁNICOS SON: LA EPILEPSIA POST TRAUMÁTICA Y EL HEMATOMA CRÓNICO SUBDURAL, EVALUADOS POR NEUROLOGÍA.	70 %

10. SIQUIATRIA

LAS LESIONES SIQUIATRICAS QUE SERAN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

LAS ENFERMEDADES PSICOPATOLÓGICAS NO SERÁN MOTIVO DE RESARCIMIENTO ECONÓMICO, YA QUE EN CASI LA TOTALIDAD DE ESTAS ENFERMEDADES TIENEN UNA BASE ESTRUCTURAL.

LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SECUNDARIOS O ACCIDENTES POR TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICOS Y/O EPILEPSIA POST-TRAUMÁTICA, (COMO LAS PERSONALIDADES ANORMALES ADQUIRIDAS Y LAS DEMENCIAS POST-TRAUMÁTICAS, DELIRIOS CRÓNICOS ORGÁNICOS, ETC.) SERÁN EVALUADOS ÚNICAMENTE SEGÚN EL RUBRO DESORDEN MENTAL ORGANICO POST TRAUMATICO (GRADO I, II, III O IV).

SOLAMENTE SERÁN RECONOCIDAS LAS REACCIONES QUE SE ORDEN POR ESTRES POST TRAUMATICO, LAS REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES [illegible], LOS ESTADOS PARANOIDES, Y LA

DEPRESION PSICOTICA QUE TENGAN UN NEXO CAUSAL ESPECÍFICO RELACIONADO CON UN ACCIDENTE LABORAL. DEBIÉN0DOSE DESCARTAR PRIMERAMENTE TODA LAS CAUSAS AJENAS A ESTA ETIOLOGÍA, COMO LA PERSONALIDAD PREDISPONENTE, LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS, FAMILIARES, ETC.

LAS INCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS PARCIALES, SI EXISTIERA MÁS DE UN DIAGNÓSTICO, NO SERÁN SUMATORIAS, SINO QUE SE RECONOCERÁ ÚNICAMENTE LA DE MAYOR INCAPACIDAD.

1. REACCIONES O DESORDENES POR ESTRES POST TRAUMATICO

SERÁN RECONOCIDAS CUANDO TENGAN DIRECTA RELACIÓN CON EVENTOS TRAUMÁTICOS RELEVANTES QUE OCURRAN EN EL TRABAJO, YA SEA COMO ACCIDENTES, O COMO TESTIGO PRESENCIAL DEL MISMO. CONSTITUYEN UNA ENFERMEDAD, RECONOCIDA OFICIALMENTE POR EL DSM III, Y LA CIE 10 (OMS), QUE TIENE UNA ETIOLOGÍA, UNA PRESENTACIÓN Y UN CURSO, ASÍ COMO UN PRONÓSTICO Y RESOLUCIÓN.

EN GENERAL TIENDEN A ADAPTARSE A SU NUEVA REALIDAD, Y LA GRAN MAYORÍA DE LOS PACIENTES MEJORAN AL CABO DE TRES A SEIS MESES, SIN SECUELAS.

UN GRUPO MENOR DE CASOS EVOLUCIONAN A UNA NEUROSIS POST TRAUMATICA, LA QUE SÍ DETERMINA ALGÚN GRADO DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO.

SERÁN CONSIDERADAS PARA SU EVALUACIÓN COMO REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES COMENTADAS A CONTINUACIÓN.

2. REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEUROTICAS (NEUROSIS)

EN LAS REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS, COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO, HAY QUE EVALUAR CUIDADOSAMENTE LA PERSONALIDAD PREVIA.

SE CONSIDERARÁN RASGOS IMPORTANTES PARA LA EVALUACIÓN: LA PERSONALIDAD BÁSICA DEL SUJETO, LA BIOGRAFÍA, LOS EPISODIOS DE DUELO, LA RESPUESTA AFECTIVA, LAS EXPECTATIVAS LABORALES FRUSTRADAS Y SUS RELACIONES PERSONALES CON EL MEDIO.

GRADO I

DEFINICIÓN: ESTÁN RELACIONADAS A SITUACIONES COTIDIANAS, LA MAGNITUD ES LEVE, NO INTERFIERE EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, NI A LA ADAPTACIÓN DE SU MEDIO. NO REQUIEREN TRATAMIENTO EN FORMA PERMANENTE.
INCAPACIDAD: 0 %

DEFINICIÓN: SE ACENTÚAN LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD DE BASE, NO PRESENTAN ALTERACIONES EN EL PENSAMIENTO, CONCENTRACIÓN O MEMORIA. NECESITAN A VECES ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO O PSICOTERAPÉUTICO.
INCAPACIDAD: 10 %

GRADO III

DEFINICIÓN: REQUIEREN UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO. HAY REMISIÓN DE LOS SINTOMAS MÁS AGUDOS ANTES DE TRES MESES. SE VERIFICAN TRASTORNOS DE MEMORIA Y CONCENTRACIÓN DURANTE EL EXAMEN PSIQUIÁTRICO Y PSICODIAGNÓSTICO. LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN SON DESDE LA DEPRESIÓN, LAS CRISIS CONVERSIVAS, LAS CRISIS DE PÁNICO, FOBIAS Y OBSESIONES. SON

Resolución CA - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Rey
Director
Presidencia

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ibáñez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

REVERSIBLES CON EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO ADECUADO. AL AÑO CONTINÚAN LOS CONTROLES.
INCAPACIDAD: 20 %

GRADO IV

DEFINICIÓN: REQUIEREN DE UNA ASISTENCIA PERMANENTE POR PARTE DE TERCEROS. LAS NEUROSIS FÓBICAS, LAS CONVERSIONES HISTÉRICAS, SON LAS EXPRESIONES CLÍNICAS MÁS INVALIDANTES EN ESTE TIPO DE REACCIONES. LAS DEPRESIONES NEURÓTICAS TAMBIÉN PUEDEN SER MUY INVALIDANTES.
INCAPACIDAD 30 %.

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION DEPRESIVA

R.V.A.N. DEPRESIVA GRADO I	0 %
R.V.A.N. DEPRESIVA GRADO II	10 %
R.V.A.N. DEPRESIVA GRADO III	20 %
R.V.A.N. DEPRESIVA GRADO IV	30 %

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION FOBICA

R.V.A.N. Fóbica Grado I	0 %
R.V.A.N. Fóbica Grado Ii	10 %
R.V.A.N. Fóbica Grado Iii	20 %
R.V.A.N. Fóbica Grado Iv	30 %

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION OBSESIVA COMPULSIVA

R.V.A.N. OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO I	0 %
R.V.A.N. OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO II	10 %
R.V.A.N. OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO III	20 %
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (CON DETERIORO DE LA PERSONALIDAD)	40 %
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (CON EVOLUCIÓN PSICÓTICA)	70 %

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION PSICOSOMATICA

R.V.A.N. PSICOSOMÁTICA GRADO I	0 %
R.V.A.N. PSICOSOMÁTICA GRADO II	10 %
R.V.A.N. PSICOSOMÁTICA GRADO III	20 %

Resolución C.A. - Página Web IPS

R.V.A.N. PSICOSOMÁTICA GRADO IV	30 %

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION HISTERICA

R.V.A.N. HISTÉRICA DE CONVERSIÓN GRADO I	0 %
R.V.A.N. HISTÉRICA DE CONVERSIÓN GRADO II	10 %
R.V.A.N. HISTÉRICA DE CONVERSIÓN GRADO III	20 %
R.V.A.N. HISTÉRICA DE CONVERSIÓN GRADO IV	30 %

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION HIPOCONDRIACA

R.V.A.N. HIPOCONDRÍACAS GRADO I	0 %
R.V.A.N. HIPOCONDRÍACAS GRADO II	10 %
R.V.A.N. HIPOCONDRÍACAS GRADO III	20 %
R.V.A.N. HIPOCONDRÍACAS GRADO IV	

3. ESTADOS PARANOIDES.

REACCIÓN PARANOIDE:

REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL DE ORIGEN PSICOLÓGICO, SECUNDARIO A EXPERIENCIA INTENSAMENTE VIVIDA. HAY UNA PERSONALIDAD VULNERABLE PREDISPONENTE, COMO LAS LITIGANTES Y LAS SENSITIVAS DE K. SCHNEIDER. LA DURACIÓN ES DE SEMANAS A MESES, SIN DEJAR SECUELAS.

INCAPACIDAD: NO TIENE INCAPACIDAD DE ORIGEN LABORAL.

DESARROLLO PARANOICO O PARANOIA.

DEFINICIÓN: DELIRIO SISTEMATIZADO INTERPRETATIVO CRÓNICO, IRREDUCTIBLE, INCAPACITANTE, IRREVERSIBLE. (SÓLO SE CONSIDERARÁN AQUELLAS QUE TENGAN ORIGEN EN ACCIDENTES LABORALES).

INCAPACIDAD: HASTA 50 %

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

4. DEPRESION PSICOTICA

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

DEFINICIÓN: CUANDO UN CUADRO DEPRESIVO REACTIVO TIENE CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS MELANCÓLICAS QUE SE DESVÍA DEL MOTIVO QUE LA ORIGINÓ, EVOLUCIONANDO A UNA PSICOSIS AFECTIVA, SON INCAPACITANTES MIENTRAS DURE LA FASE, QUE REMITE CON RESTITUCIÓN AD-INTEGRUM EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS (SÓLO SE CONSIDERARÁN AQUELLAS QUE TENGAN ORIGEN EN ACCIDENTES LABORALES).

EN LOS CASO QUE SE PROLONGUEN POR MÁS DE UN AÑO, O SE AGREGUEN POR LA EDAD ELEMENTOS DE INVOLUCIÓN CON ORGANICIDAD CEREBRAL, COMPONENTES DELIROIDES PARANOIDES Y SENSOPERCEPTIVOS DE TIPO ORGÁNICO, SON INCAPACITANTES POR SER IRREVERSIBLES.

INCAPACIDAD: HASTA 50 %.

Resolución C.A. - Página Web IPS

5. NEUROSIS DE RENTA

DEFINICIÓN: ES UN ESTADO MENTAL DE ALGUNOS INDIVIDUOS SINIESTRADOS O ACCIDENTADOS, DE PERSONALIDAD LITIGANTE, QUE EXAGERAN INCONSCIENTEMENTE LA IMPOTENCIA FUNCIONAL, PROLONGAN ANORMALMENTE LA INCAPACIDAD LABORAL, ACENTÚAN LAS SECUELAS OBJETIVAS, CON OTRAS SUBJETIVAS Y EMPRENDEN UNA ACTIVIDAD PARANOIDE CRECIENTE EN BUSCA DE UNA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA.

DADA LA EXISTENCIA DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PREVIO ANTES DEL DAÑO, NO DAN DERECHO A VALORACIÓN DE INCAPACIDAD COMO SECUELA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO.

NOTA: POR LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTOS EXÁMENES DE EVALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL, DEBERÁ ESTUDIARSE PARA DESCARTAR LAS POSIBLES: SIMULACIONES, METASIMULASIONES O PERSEVERACIÓN Y SOBRESIMULACIÓN.

a. SIMULACION: PRODUCCIÓN VOLUNTARIA DE SÍNTOMAS PSÍQUICOS O FÍSICOS FALSOS O EXAGERADOS, MOTIVADOS POR LA CONSECUCIÓN DE ALGÚN OBJETIVO, COMO LA OBTENCIÓN DE COMPENSACIONES ECONÓMICAS.

b. METASIMULACION O PERSEVERACION: CARACTERIZADA POR DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS DESAPARECIDOS O PATOLOGÍA YA CURADA.

c. SOBRESIMULACION: EXAGERACIÓN DE SÍNTOMAS SUBJETIVOS QUE PUDIERAN SUBSISTIR.

LO ANTES EXPUESTO LLEVA EN MÁS DE UNA OCASIÓN A LOS PERITOS MÉDICOS A INCURRIR EN ERROR O ENGAÑO, DIFICULTANDO LA EVALUACIÓN CORRECTA DE INCAPACIDAD.

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ibañez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 7

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 5 SOLICITUD DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO SOCIAL – HIJOS INCAPACITADOS (Hoja 1)

SOLICITUD N°: FECHA:

GPE / MESA DE ENTRADA	SOLICITANTE:			CI N°:	
	RELACION CON EL MENOR:	PRESENTA SD:		SI	NO
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL MENOR:				
	FECHA NAC.:	SEXO:	EDAD ACTUAL:	CI N°	
	DOMICILIO DONDE RESIDE EL MENOR:				
	PRESENTA CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL:			SI	NO
	DECLARACION JURADA DEL SOLICITANTE: a. QUE LOS DATOS DECLARADOS SON CORRECTOS. b. QUE EL MENOR RESIDE CON Y DEPENDE ECONOMICAMENTE DEL COTIZANTE TITULAR. c. QUE EL MENOR ES DE ESTADO CIVIL SOLTERO.		FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA		
	EL APORTE OBRERO PATRONAL DEL COTIZANTE TITULAR SE ENCUENTRA AL DIA			SI	NO
	EL MENOR ESTUVO INSCRIPTO EN EL SEGURO SOCIAL COMO ASEGURADO FAMILIAR MENOR DE EDAD.			SI	NO
	CUANDO EL SOLICITANTE ES UN JUBILADO: LA SOBREVIVENCIA SE ENCUENTRA VIGENTE			SI	NO
CON LOS DATOS PRECEDENTES COMPLETADOS SATISFACTORIAMENTE, RECABAR INFORME SOCIAL AGREGADO EL INFORME SOCIAL, REMITASE A A LA DIRECCION DE RIESGOS LABORALES / DPTO. DE GESTION MÉDICA LABORAL,					
JUNTA MEDICA	CONSTITUYE UNA CONDICION INCAPACITANTE			SI	NO
	CARÁCTER IRREDUCTIBLE E IRRECUPERABLE ABSOLUTO			SI	NO
	FIRMAS MEDICOS LABORALES				
CON EL INFORME DE JUNTA MÉDICA LABORAL, REMITASE AL EXPEDIENTE A DIRECCIÓN JURIDICA:					
DJ	DICTAMEN N° _____/FECHA: _____ / FAVORABLE A LA CONTINUIDAD:			SI	NO
HABIENDOSE COMPLETADO EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO, CORRESPONDE COMUNICAR A LA GAF/DIRECCION DE APORTE OBRERO PATRONAL, Y A LA GERENCIA DE SALUD, LA RESOLUCION PR/GPE N° _____, POR LA QUE SE RESUELVE:					
GPE	DENEGAR LA CONTINUIDAD POR NO AJUSTARSE A LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA REGLAMENTACION VIGENTE		GERENTE GERENCIA DE PRESTACIONES ECONOMICAS		
	AUTORIZAR LA CONTINUIDAD EN EL SEGURO MEDICO DEL HIJO INCAPACITADO, HASTA FECHA_____, EN QUE DEBERÁ SER REEVALUADO.				

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subs

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tania Ibáñez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 7

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 5 SOLICITUD DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO SOCIAL – HIJOS INCAPACITADOS (Hoja 2)

CROQUIS DE DOMICILIO PARTICULAR

REFERENCIAS:

_____

_____

TITULAR: _____ | ***C.I. N°:*** _____ |

BENEFICIARIO: _____ | ***C.I.N°:*** _____

TELÉFONOS: _____ |

_____ |

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Dr. Carlos Re...
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subs...

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. Tan... Ibáñez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Instituto de Previsión Socia
Folio Nº 110
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 8

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 6 DICTAMEN MEDICO DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO SOCIAL – HIJOS INCAPACITADOS

DICTAMEN DGML N°: **EXP N°:**

Fecha:

DICTAMEN MÉDICO

La Junta Médica conformada por los Doctores Medico 1, Medico 2 y Medico 3, constituida conforme a los dispuesto en las reglamentaciones vigentes, se reúnen en la Unidad de Junta Médica para examinar al paciente: NOMBRE DEL PACIENTE, con Cédula de Identidad Policial N° : y con expediente de solicitud de la Junta Médica N°:

Diagnosticando:

Ejemplo:
PATOLOGIA DE INICIO EN LA MINORIDAD.
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO. IRREDUCTIBLE.

Resolución C.A. - Página Web IPS

Miembros de la Comisión Médica

Médico 1 Médico 2 Médico 3

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Abg. ANA MARIA CASTRO
Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Abg. Carlos Reyes
Director
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Tanya Ibáñez C.
Coordinadora
Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 9

Dpto. de Gestión Médica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 7 COMUNICACIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO SOCIAL HIJOS INCAPACITADOS

Asunción, 00/00/2023

Señor/a

Me dirijo a usted, a fin de comunicar lo resuelto en la Resolución PR/GP N° _/2023, de fecha_xxx_de xxxxx de 2023, de la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social, y que guarda relación, a la APROBACIÓN /DENEGACION de la Continuidad en Seguro Social de Salud.

RESOLUCIÓN PR/GPE N ° /2023.
LA GERENCIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SEGURO SOCIAL
DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
RESUELVE:

Art. 1 APROBAR la solicitud de continuidad en el Seguro Social de Salud del Instituto de Previsión Social, presentada por asegurados cotizantes titulares o jubilados/as y pensionados, a favor de sus hijos/as mayores de edad con patologías incapacitantes congénitas o adquiridas en la minoridad, conforme el siguiente detalle:

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO, DE CÁRACTER IRREDUCTIBLE

Orden	TITULAR DEL SEGURO		HIJO/A		EDAD
	NOMBRE Y APELLIDO	C.I. N °	NOMBRE Y APELLIDO	C.I. N °	
1					

Art. 2 ENCOMENDAR a la Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios, la elaboración, rúbrica y entrega de una constancia al recurrente, de conformidad a lo establecido en la reglamentación vigente. -

Art. 3 ENCOMENDAR a la Coordinación de la Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social, la notificación de la presente resolución, a la Dirección de Aporte Obrero Patronal, para proceder a la activación de los beneficiarios, en el sistema de salud, conforme al listado aprobado en el artículo 1° de la presente resolución. -

Art. 4 COMUNICAR a quienes corresponda y archivar.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

RECIBI CONFORME: _____

ACLARACION: _____

FECHA:

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tanya Ibañez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 10

Dpto. de Gestión Medica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 8 REEVALUACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN

NRO SOLICITUD		**EXP . NRO: 2021**		**LUGAR Y FECHA**	**ASUNCION,**
NRO. C.I.		**NOMBRE Y APELLIDO**			
FECHA NACIMIENTO					

RESULTADO DE LA REEVALUACIÓN REALIZADA POR LA JUNTA MÉDICO LABORAL

a	**Seguimiento del tratamiento médico en Período de Provisoriedad:**	**SI**		**NO**	
b	**El asegurado/a está capacitado/a** para desarrollar actividades laborales, por lo que corresponde el alta del paciente.				
c	**Estado de Invalidez Subsistente**, recomendándose continuar con las Reevaluaciones por Junta Médica Laboral cada _____ meses.				
d	**Estado de Invalidez Irrecuperable Subsistente**				

FIRMAS MÉDICOS

*El tratamiento durante el periodo de Provisoriedad es obligatorio. Caso contrario, se suspende el beneficio.

INFORME SOCIAL SOBRE LA CAPACIDAD DE GANANCIA (D.L. 1860/50 ART. 53°)

En base a la patología, y la relación de ésta con la edad y la actividad laboral que desarrolla o desarrollaba el asegurado a la fecha del presente informe, se concluye que:

SI	
NO	

Ha recuperado la capacidad para procurarse mediante una labor proporcionada a sus fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente a por lo menos el 33% de la remuneración habitual de un trabajador sano del mismo sexo, capacidad y formación semejantes, en la misma región.

FIRMA ASISTENTES SOCIALES

FIRMA JEFATURA DPTO.

EXCLUSIVO DIRECCIÓN DE RIESGO LABORAL Y SUBSIDIOS FECHA

a SUSPENSIÓN DEL BENEFICIO

No corresponde la continuidad del Beneficio por:

- ☐ Recuperación
- ☐ Incumplimiento de tratamiento médico (DL1860/50 Art.30 Inc.b)
- ☐ Capacidad Ganancia superior al 33%. (DL 1860 /50 ART. 53°)
- ☐ Aportes no justificados periodo de Provisoriedad

b CONTINUIDAD DEL BENEFICIO JUBILATORIO

A :	GPE\DAJ	Para la correspondiente reliquidación, con recomendación de:

Corresponde, la continuidad del Beneficio, en carácter:

- **Provisorio. Reevaluación cada _____ meses** ☐
- **Definitivo por Irreductibilidad e Irrecuperabilidad Absoluta.** (D.L.1860/50 ART. 61°). ☐

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL ANA MARIA MASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Abg. Carlos Ibañez C. Director Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

FIRMA DIRECCION

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Lic. Tany Ibañez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Elaborado por:
Dpto. de Gestión Medica Laboral - Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios
Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

Resolución CM - Página Web IPS

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

ANEXO 11

Dpto. de Gestión Medica Laboral -Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

FORMULARIO N° 9: REEVALUACIÓN ACCIDENTE DE TRABAJO/ ENFERMEDAD PROFESIONAL

BENEFICIO ANTERIOR:

NRO SOLICITUD:		**EXP. NRO:**	**EXP-0000-2023-**	**LUGAR Y FECHA**	
NRO. C.I.		**NOMBRE Y APELLIDO**			
FECHA NACIMIENTO					

CAPACIDAD DEL TRABAJO EN PERIODO DE ADAPTACION

Permanece Igual	%	Disminuyó	%	Incrementó	%	Desapareció	

Se recomienda:

Suspender el Beneficio por no seguir el tratamiento médico en período de adaptación	
Proseguir Reevaluaciones cada ____ meses, dentro del período de adaptación de 2 años (máx.) (D. 10.810/52 - ART. 76°)	
Alta y/o Reubicación Laboral del asegurado/a por desaparición de la incapacidad	
Alta y/o Reubicación Laboral del asegurado/a por disminución < 30%	

FIRMAS MÉDICOS

FIRMA JEFATURA DPTO.

EXCLUSIVO DIRECCIÓN DE RIESGO LABORAL Y SUBSIDIOS

a **SUSPENSIÓN DEL BENEFICIO**

☐ Recuperación de la capacidad laboral ☐ No siguió tratamiento médico en período de adaptación ☐ Disminución <30%

b **CONTINUIDAD DEL BENEFICIO** (DECRETO 1810/52 ART. 76°, D.L. 1860/50 ART 61°), correspondiendo:

A: GPE\DAJ para la correspondiente liquidación, con recomendación de:

INDEMNIZACIÓN PROPORCIONAL RESIDUAL QUE CORRESPONDA (D.L. 1860/50 ART.41° INC. D)	
CONTINUIDAD DE LA JUBILACIÓN DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL, CON RECALCULO DEL BENEFICIO PERIODO DE ADAPTACIÓN DE 2 AÑOS. REEVALUACIÓN CADA ____ MESES.	

JUBILACION DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL ☐

REEVALUACIÓN CADA ____ MESES. ☐

DEFINITIVO ☐

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. ANA MARIA CASTRO Secretaria del Consejo de Administración

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abg. Carlos Reyes Director FIRMA DIRECCION Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Abog. Carlos Caballero Díaz Gerente Gerencia de Prestaciones Económicas del Seguro Social

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Lic. Tanya Ibañez C. Coordinadora Dirección de Riesgo Laboral y Subsidios

Resolución C.A. - Página Web IPS