

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2016-048104**

RECONOCIMIENTO, PRÓRROGA Y CONTINUIDAD DE INCAPACIDADES

Referencia: RECONOCIMIENTO, PRÓRROGA Y CONTINUIDAD DE INCAPACIDADES (180 DÍAS).

Referenciado: 1-2016-048733

Respetada doctora (...):

En lo relacionado con la solicitud, se informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

La consulta.

"(...)

Respecto de los 180 días de incapacidad contenidos en la norma:

1. Si los días (180) establecidos en la norma, deben contarse CONTINUOS o DISCONTINUOS.
2. En caso de contarse los 180 días, como continuos ¿Qué reglas se deben seguir para dicho conteo?
3. Si los 180 días iniciales a los que hace referencia la norma, se entiende que son incapacidades CONTINUAS al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o si por el contrario, son los que se encuentran registrados en UNA (1) EPS.

Para este punto, se pone el presente ejemplo, a fin de ilustrar la situación que se viene presentando:

El señor XXX, se encuentra afiliado a la EPS MMM desde hace más de 3 años, en dicha entidad le han generado y pagado 150 días de incapacidad CONTINUA por una patología de M511. En este momento, y siguiendo lo establecido con la norma, la EPS MMM ha procedido a emitir un concepto de Rehabilitación FAVORABLE, el cual será enviado a la AFP del señor XXX antes que se cumpla el día 180 de incapacidad CONTINUA.

Cuando el señor XXX cumple el día 155 de incapacidad continua, SOLICITA y se APRUEBA el traslado a la EPS HHHH, entidad esta que empieza a emitir incapacidades por el diagnostico M511.

Sin embargo, la EPS HHH inicia un nuevo conteo de incapacidad para el señor XXXX.

4. En caso de ser considerados, los 180 días de incapacidad continua ante el SGSSS, por favor indicar, como se sigue el conteo de días de incapacidad, cuando existe de por medio un traslado de EPS”.

Marco normativo y conclusión.

2.1.

Respecto de las preguntas 1 y 2.

El Decreto 019 de 2012, “*Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*”, en el artículo 142, dispone:

“ARTICULO 142. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.

El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:

“ARTÍCULO 41. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ. *El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.*

(...)

Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento

*cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.
(...)"*

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social en el concepto 324457 de 21 de octubre de 2011, precisó:

"Para dar respuesta a su interrogante, se observa necesario precisar en primer lugar que las incapacidades de origen común son asumidas por la EPS, siempre que sean debidamente ordenadas por el médico tratante. De manera que, en aquellos períodos de tiempo en los que el trabajador no está incapacitado, la EPS ni el empleador tendrían a su cargo, el reconocimiento y pago de dichas incapacidades.

Lo anteriormente indicado frente al caso concreto significa que si entre una incapacidad y otra, se presentan 5 días sin incapacidad, no se generaría el pago de prestaciones económicas a cargo de la EPS durante dicho período.

No obstante, debe tenerse presente que en la normativa que regula el Sistema General de Seguridad Social, no se encuentra establecida una disposición que en forma expresa regule lo relacionado con la prórroga de incapacidades, por lo cual y en virtud del principio de aplicación analógica, para dichos efectos, se considera pertinente tener en cuenta lo señalado en el Artículo 13 de la Resolución 2266 de 1998, según el cual "Se entiende por prórroga de incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta, así se trate de código diferente y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta días (30) días calendario".

Por lo tanto, si entre una incapacidad y otra, no existe una interrupción superior a 30 días calendario, se entenderá prorrogada la incapacidad, siempre que sea por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta."

(Negrilla fuera de texto)

Lo anterior fue ratificado por esa Entidad en el concepto 201511600088971 de 26 de enero de 2015, de la siguiente manera:

“Hecha la anterior precisión y en materia de prórroga e interrupción de incapacidades, actualmente no existe normativa alguna que defina un alcance a dicha noción, por tal razón, las EPS aplican el criterio que en su momento existió y que fuera establecido en el artículo 13 de la Resolución 2266 del 6 de agosto de 1998, para el entonces Instituto de los Seguros Sociales, según el cual: *“Se entiende por prórroga de incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta, así se trate de código diferente y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta días (30) calendario”*

Es decir, se tiene que en el ordenamiento jurídico no existe disposición legal que regule la manera de contar los ciento ochenta (180) días iniciales de incapacidad, por tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social, indico que las EPS deben aplicar lo establecido en la Resolución 2266 de 1998.

Entonces, los ciento ochenta (180) días de incapacidad pueden ser continuos o discontinuos, la única regla aplicable es que, para los efectos de la continuidad, la incapacidad posterior a la inicial se expida dentro de los treinta (30) días calendario siguientes y debe tener relación directa con la patología que dio origen a la primera.

2.2.

Respecto de las preguntas 3 y 4.

En cuanto al pago de incapacidades médicas, el artículo 206 de la Ley 100 de 1993, al referirse a las prestaciones económicas en salud establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reconocerá las incapacidades generadas por enfermedad general de conformidad con las disposiciones legales vigentes, de la siguiente manera:

“ARTICULO. 206.-INCAPACIDADES. *Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las entidades promotoras de salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.”* (Negrilla fuera de texto)

Ahora bien, la norma consagra que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce las incapacidades de sus afiliados, sin hacer mención expresa de si la continuidad de estas se interrumpen al hacer cambio de EPS, por ende, teniendo en cuenta el principio de eficiencia consagrado en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 y que nuestro sistema es garantista, no se considera procedente que una Entidad Promotora de Salud realice un nuevo conteo cuando se hace

[Consulte más noticias de hoy aquí](#)

uso de la movilidad. Lo único que debe tener en cuenta la nueva aseguradora es el cumplimiento de los requisitos para la prórroga de estas, señalados en el numeral 2.1 de este escrito.

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011-art 28.