



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**MANUAL PERUANO VERSUS EL COLOMBIANO PARA LA
CALIFICACIÓN MÉDICA DE INCAPACIDAD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2021**

PRESENTADO POR

FREDY WILSON SUCASACA GONZALES

ASESOR

ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN

LIMA – PERÚ

2021



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**MANUAL PERUANO VERSUS EL COLOMBIANO PARA LA
CALIFICACIÓN MÉDICA DE INCAPACIDAD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN**

**PRESENTADO POR
FREDY WILSON SUCASACA GONZALES**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ
2021**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	12
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	21
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y su operacionalización	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	23
4.1 Tipos y diseño	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	27
4.5 Aspectos éticos	28
CRONOGRAMA	29
PRESUPUESTO	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXO	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

En España, hay un total de 689 925 personas con incapacidad acumulada hasta el año 2015, sea en forma total, permanente, por enfermedad profesional, accidente común o accidente de trabajo (1).

En Colombia, en 2016, fecha última del que se tiene información consolidada, menciona que más de 1.7 millones de afiliados al sistema contributivo generaron 4 049 313 órdenes de incapacidad; es decir, al menos 11 000 ordenes al día. Esa es una conclusión final que se desprende del informe de la mencionada Asociación de Colombia de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) (2).

En el Perú, el personal médico al que se encarga de realizar dicha evaluación, sea en el Ministerio de Salud, EsSalud o comisiones de las AFP, utiliza el Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez (MECGI) como parámetro oficial, que data desde el año de 1995. No se encuentran actualizaciones del mismo y recién el Ministerio de Salud, a través de Resolución Ministerial n.º 478-2006, de fecha 18 de mayo de 2006, aprueba la Directiva Sanitaria n.º 003-Minsa/DGSP-V.01 Aplicación técnica del certificado médico requerido para el otorgamiento pensión de invalidez –D.S. n.º 166-2005-EF.

En dicha resolución, se incorpora el MECGI, junto a los parámetros de factores complementarios para dicha evaluación y se considera, además, las modificaciones que están publicadas en el portal de la Superintendencia de Banca y Seguros del Perú (SBS), las mismas que no están publicadas o reglamentadas por el Ministerio de Salud (3).

La realización de la baremación para incapacidad es un proceso complejo, el cual se realiza por junta médica de un hospital. Si el solicitante tiene seguro y aporta a la ONP, será evaluado en la comisión médica de EsSalud; si no tiene seguro, pero aportó a la ONP, pasara en una comisión del Ministerio de Salud; si aporta a la AFP, será evaluado por una comisión de las asociaciones de fondo de pensiones (AFP). Estas evaluaciones pueden ser revisadas y observadas por las comisiones

médicas de la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS), para el caso de las AFP y del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), para el Ministerio de Salud o EsSalud.

Muy pocas veces, los evaluados objetan los resultados por el gran desconocimiento que existe sumando a que pocos médicos están capacitados para realizar una evaluación de la capacidad funcional para determinar el menoscabo en dichos pacientes. La única guía que se utiliza es el MECGI. No existen algunas similares por el Ministerio de Salud.

Borobia C es uno de los profesionales que más aporta sobre valoración de la incapacidad y nos concluye que la valoración del daño corporal es la parte final de un proceso y con un objetivo, el cual es la compensación económica, por el daño o las modificaciones del estado de salud de la persona, dicha evaluación tiene responsabilidad, civil penal laboral. Considera que no solo se debe evaluar las actividades de la vida diaria, e además lo que puede y no puede hacer desde el punto de vista laboral. Además, los baremos creados en Italia, Portugal no eran extrapolables a España (4).

En el Perú, existe escasa información de evaluación y calificación de la incapacidad laboral y que se refiere a un procedimiento técnico-médico, administrativo y legal, mediante el cual se establece la pérdida en la capacidad productiva de una persona, relacionada al trabajo habitual y los impedimentos para realizar un trabajo, que es necesario para el cobro de la pensión, y que se presenta cuando una persona económicamente activa, por alguna enfermedad o accidente común, ya no puede seguir trabajando; es decir, presenta incapacidad para realizar su trabajo habitual, como producto de esta enfermedad.

Esta incapacidad, cuando se requiere para cobro de pensión, se determina como invalidez. Sin embargo, para llegar a dicha calificación de incapacidad, es necesario la evaluación de la funcionabilidad de la persona, como secuela de la enfermedad que padece, trabajo que corresponde realizar al médico rehabilitador y que es el pilar fundamental para llegar a la calificación de la incapacidad funcional

o deficiencia, agregado a los factores edad, reubicación laboral y restricciones en la participación nos darán como producto la incapacidad laboral.

Es necesario, por tal razón, identificar cómo se está realizando la baremación de incapacidad para enfermedades comunes en la población según el Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez- MECGI en el Perú, y a su vez compararlo con el Manual que mide la calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional y a la vez laboral de Colombia.

Este estudio permite determinar si se podría recomendar la aplicación la guía colombiana en su manual actualizado en 2014, para enfermedades profesionales o enfermedades por accidentes de trabajo como es el caso de enfermedades comunes, profesionales y accidentes laborales. Mencionar que las comisiones de incapacidad en Colombia y otros países está conformada por médicos en rehabilitación y médicos ocupacionales; los demás son galenos evaluadores y /o consultores.

Porque tiene un objetivo fundamental evaluar funcionabilidad y puesto de trabajo, a diferencia de las comisiones en el Perú, según directiva sanitaria n.º 003-Minsa/DGSP-V-01, la cual dispone que la comisión está presidida por el jefe del servicio, se pide la incorporación del médico rehabilitador o en su ausencia un médico internista y, como tercer miembro, otro médico del hospital.

En el Hospital María Auxiliadora, en 2018, se han evaluado 62 pacientes y aún son muchas las solicitudes para evaluación que no han sido completadas, por múltiples factores. Uno de ellos es la poca capacitación y desconocimiento del personal médico para dichas evaluaciones.

Actualmente, considerando la escasa información que se tiene sobre la evaluación y calificación de la incapacidad laboral en el procedimiento técnico-médico, administrativo y legal, se observa que no existe investigaciones o estudios académicos sobre el tema.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la diferencia en el resultado del grado de incapacidad laboral cuando se usa el Manual de evaluación y calificación de Perú en comparación con el Manual para la calificación única de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral de Colombia, en pacientes del Hospital María Auxiliadora en 2021?

1.3 Objetivos

General

Determinar la diferencia en el resultado del grado de incapacidad laboral cuando se usa el Manual de evaluación y calificación del grado de incapacidad laboral según el Manual de evaluación y calificación de grado de invalidez peruano en comparación con el Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional colombiano, en pacientes del Hospital María Auxiliadora en 2021.

Específicos

Establecer el grado de incapacidad, según el Manual de evaluación y calificación de grado de invalidez peruano.

Precisar grado de incapacidad, según el Manual para la calificación única de la pérdida de la capacidad ocupacional y laboral de Colombia.

1.4 Justificación

Desde el aspecto teórico-práctico, la presente investigación es un aporte a la teoría de investigación considerando que la variable grado de incapacidad se medirá a partir de los enfoques peruano y colombiano, para luego comparar los resultados que nos permita identificar los mejores indicadores en enfermedades comunes y determinar el grado de incapacidad.

Así mismo, en el aspecto metodológico, se contribuye con dos instrumentos de confiabilidad interna, que podrán ser usados en posteriores investigaciones que se realicen a otros niveles de investigación; hay que considerar que el presente trabajo es de nivel descriptivo-comparativo.

Por otro lado, con relación al aspecto científico, no existe un baremo definido para medir el grado de incapacidad en el Perú, por lo que a la fecha no se tienen datos o parámetros que indiquen qué guía debe utilizarse y si el cambio de esta producirá un resultado distinto en la medición del grado de incapacidad.

Así mismo, cuenta con relevancia social, puesto que el presente estudio favorecerá al adecuado manejo de la evaluación del grado de incapacidad a nivel del Ministerio de Salud y esta información será reflejada en su pensión y su situación legal.

Se considera, además, que no existe trabajo alguno por parte de algún médico en el Perú, que observe o cuestione el tema de la incapacidad laboral. Además, mencionar, como se ha observado, que es el médico rehabilitador el más indicado a realizar dichas evaluaciones, porque el pilar fundamental es la evaluación de la funcionabilidad de la persona.

Desde la perspectiva de mejora, los resultados nos llevarán a considerar si corresponde o no estandarizar un único manual en el Perú para determinar la incapacidad como ocurre en otros países, ya que, actualmente, tenemos un criterio distinto para evaluarla de modo profesional y ocupacional; no obstante, la pérdida de funcionalidad es un elemento común a determinar en dichas evaluaciones, dejando a salvaguardia la afectación intelectual para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Cabe reflexionar sobre la vigencia de los indicadores planteados en los manuales de calificación y actualizarlos acorde con los nuevos tiempos. Cabe resaltar que las nuevas evaluaciones de baremación de invalidez tienen como pilar fundamental el uso de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF), publicada en 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio de investigación cumple el criterio de viabilidad, porque se cuenta con los permisos de la Dirección del Hospital María Auxiliadora para el recojo de información y como los pacientes de este centro hospitalario son

considerados la población de estudio, esta se encontrará al alcance para recolectar la información. A la vez, cuenta con factibilidad, puesto que se podrá obtener información a través de los instrumentos de recolección de datos, los cuales serán obtenidos en forma real en pacientes por enfermedades comunes.

Los recursos a utilizar en la presente investigación serán propios. Dicho trabajo estará asesorado por médicos especialistas de medicina de rehabilitación, además de otros profesionales que formen parte de las comisiones de incapacidad.

El investigador evaluará directamente a todos los pacientes que cumplan los requisitos en el marco de la evaluación de incapacidad por enfermedades comunes en el turno diurno y con un plazo máximo de entrega del informe final anual.

El presente trabajo será de interés de la población en general y buscará la actualización de los manuales por el ente rector del Ministerio de Salud. Por lo tanto, el presente estudio es factible.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Se observa que casi no existen investigaciones o estudios académicos en el Perú sobre el tema, ni tampoco investigaciones comparadas entre los diferentes manuales de calificación de incapacidad sudamericanos, solo existen estudios que se acercan al tema tangencialmente como es el caso de la investigación precedente.

Ángulo A et al., en 2018, en su investigación descriptiva titulada Comportamiento de la Incapacidad temporal en una Compañía de Telecomunicaciones años 2016-2017, en Bogotá, se consideró la incidencia y prevalencia. La población en estudio se consideró de los datos de incapacidades temporales del personal a nivel del país de una empresa de Telecomunicaciones, en donde se analizaron la información según la edad, género, cargo, tipo de contrato, días de la semana y cuan antiguos eran en las empresas, duración de incapacidades, cuál era el sueldo, costos y otros datos más.

Como resultados, se obtuvo que de 498 casos de incapacidad, el 99% son de origen común. La duración de los días de incapacidad tiene un promedio de cinco días y un costo medio de \$553.522. El mes con mayor número de incapacidades (51 casos) es enero y el día de la semana de mayor prevalencia es el jueves con 88 casos. La edad predominante en la población incapacitada es de 35 años. El género masculino es el de mayor número de casos (257).

En conclusión, las incapacidades afectan significativamente los costos de la empresa y deben ser una prioridad en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, para la mejora en la rentabilidad y las condiciones laborales (5).

En 2017, Leal L, en su estudio titulado Proceso de certificación y calificación de la incapacidad de los asegurados por el instituto de Venezuela de los asegurados sociales en el contexto del marco jurídico venezolano, en donde tuvo como objetivo identificar el proceso de certificación y calificación de la Incapacidad de los pacientes, dada por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en el

contexto del Marco Venezolano, concebida como una investigación documental, se evidenció que hay una situación de discriminación que hace la sociedad, la cual no permite que los seres humanos se desarrollen en forma plena, llegando en algunos casos a situaciones lamentables. Se concluyó que las personas que tienen una situación de discapacidad deben tener el derecho a que se les atienda en igualdad y participación tanto en el campo laboral como a vivir en una sociedad solidaria y donde se practique la justicia. Se logró su participación e igualdad como persona natural además de su participación en la política y poder lograr su autonomía económica y su entorno familiar, además de mejoras en su autoconcepto en defensa de sus derechos, tomando en cuenta el apoyo de toda la sociedad, el Estado y el ministerio, sabiendo que la seguridad social, se aplican con mucha efectividad los principios y garantías que se les da a toda persona con situación de discapacidad para el logro de una plena felicidad (6).

Díaz A et al., en 2016, en su estudio denominado Relación entre la incapacidad laboral y el uso del índice de capacidad de trabajo, en Madrid, revisó fuentes bibliográficas de artículos publicados entre 2004-Enero 2015, en las siguientes bases de datos: PubMed, WOS, Scopus, Google Scholar, Osh Update, Cochrane, Ibecs y Lilacs se seleccionaron 5 artículos y se concluyó que se sugiere la existencia de una asociación entre el valor predictivo y el uso del WAI para la obtención de una pensión por incapacidad. Se debió incluir también el entorno de la economía y la sociedad en su conjunto de los trabajadores (7).

En 2016, Bregaglio R, en su investigación titulada Discapacidad, invalidez, incapacidad para el trabajo y trabalenguas: ¿si tengo discapacidad y trabajo, puedo cobrar pensión de invalidez?, en donde el estudio intentará enfocar la problemática que se presenta en la realidad actual y que requiere una respuesta jurídica acertada y respetando los derechos de las personas con discapacidad y la cuestión es: ¿todas las personas con alguna situación de discapacidad, pueden también tener alguna incapacidad para el trabajo? No obstante, esto pone en confrontación con los postulados del modelo de la sociedad actual de la discapacidad que afirman que las imposibilidades de las personas con discapacidad provienen no de personas, sino de barreras sociales. La existencia de ambas situaciones nos reta a plantearnos cuáles serían las diferencias y cuales las similitudes entre ambas. Esta

investigación tiene denotaciones distintas, aunque estas pueden presentarse de manera simultánea (8).

Vílchez H, en 2014, en la investigación denominada Análisis en el proceso de incapacidad temporal como resultado en el área de salud de Albacete, con un tipo de investigación básica, tuvo como objetivo la evaluación del resultado del proceso de los datos obtenidos de incapacidad temporal de los trabajadores en relación con su situación de salud, con una muestra de 404 pacientes evaluados, en trabajadores de sexo masculino, con una edad promedio de 50 años. Se concluyó que no se observa un perfil que predomine de control en la gran mayoría de los trabajadores (9).

En 2013, Castro J, en su investigación titulada Calificación integral y la situación de pensión en el contexto de la invalidez con origen doble en el ordenamiento legal colombiano, en donde el desarrollo y análisis del presente estudio, se enfocó en establecer la falta de cumplimiento de normas en cuanto a la calificación integral, además de identificar el origen de la invalidez cuando ocurre una serie de contingencias, así como la no existencia de nuestro orden en lo referente a la pensión de invalidez compartida o mixta, además de riesgos laborales y a ubicar los precedentes de la jurisprudencia que establecen la obligatoriedad de la valoración obtenida cuando hay evidencias que la persona se encuentra con una pérdida de capacidad laboral que ya la categoriza en el rango de la invalidez, así como a que se le determine un solo origen en función al porcentaje a la pérdida y el derecho al reconocimiento de la pensión de invalidez, de tal forma que sirvan de guía en la aplicación del derecho, no sin antes hacer un análisis de los criterios que se han generado en las diferentes sentencias (10).

Núñez C, en 2012, en su investigación titulada Variables que determinan en las indisposiciones laborales: reflexión en una empresa social y sanitaria pública de Baleares (1995 – 2010), en la cual concluyó que para valorar las indisposiciones laborales que se han producido; es decir, las ausencias del trabajo por motivos de salud dentro de uno y tres días y que no requieren parte de baja oficial, aunque sí es necesario una justificación, es que se analizan las situaciones que indisponen en lo laborales en base a algunas variables sociales y demográficas, además de

laboral y se calculó su costo económico. Se concluyó que tales situaciones de indisposición, como parte que integra de las IT, no solamente responden a situaciones o criterios de salud y es posible que se deba a otros factores que no se relacionan con problemas médicos (11).

En 2002, López I, en su investigación titulada Factores asociados a las incapacidades laborales por enfermedad de corta duración a profesionales de Enfermería en un Hospital Universitario en Barcelona, en la cual identificaron que la proporción de corta duración por causa de enfermedades en estos trabajadores, es muy alta y produce un número de días perdidos equivalente a 47.52 trabajador jornada completa por año; además, el colectivo de enfermería presenta una mayor frecuencia de los que laboran en el Servicio de Asistencia de Salud de los trabajadores (SAST) a diferencia del Hospital das Clínicas Universidad Federal de Minas Gerais (HC – UFMG). Dentro de los grupos de diagnósticos identificados en las bajas laborales fueron relacionados a: diagnóstico respiratorios, osteomusculares, infecciosos y parasitarios (12).

Parra K, en 2000, en su investigación titulada La invalidez en el sistema nuevo del contexto previsional chileno, menciona que, en 1980, se publicó en Chile el Decreto Ley 3500 que determina el Nuevo Sistema de Pensiones privado, el cual considera que el riesgo de la situación de invalidez en los trabajadores, su estado de salud debe ser evaluado por Comisiones Médicas en función a Normas para la evaluación que data desde 1990. Esta investigación analiza el razonamiento legal contenido en los artículos 4º y 11º del DL 3500 y observa cómo los procedimientos para medir el grado de invalidez no solo deben guardar armonía con la ley, sino que también contienen una serie de inclinaciones referentes a los pronunciamientos de las comisiones médicas, enfocados en la protección de los intereses de las compañías de seguros de la invalidez (13).

La Superintendente de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones del 19 de octubre de 2017 planteó la modificación Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MECGI) en la Resolución SBS N.º 4121-2017, en donde, mediante decreto supremo N.º 061-2007-EF, se modificó el artículo 129º del mencionado Reglamento de la Ley, que se refería a la Comisión Técnica Médica

(CTM), el cual menciona que se encarga de las revisiones de las normas técnicas de evaluación y calificación del grado de invalidez, dando alcances a la Superintendencia sus propuestas que deben corresponder con la modificación de los Manuales de evaluación y calificación del grado de invalidez a los que deben apoyarse en el Comité Médico de las AFP (COMAFP) y en el COMEC; al final, se resuelve incorporar el numeral 3.11 en el capítulo III Reumatología del MECGI, aprobado mediante Resolución N° 058-94-EF/SAFP y sus modificatorias denominadas: Evaluación del menoscabo por la enfermedad de lupus eritematoso sistémico (14).

La Comisión Técnica Médica, en 2005, seguro complementario de trabajo de riesgo, en la elaboración del Manual de calificación y evaluación del grado de invalidez laboral en Lima – Perú, afirma que no es un manual de patología de mención de secuelas de los pacientes ni tampoco es un resumen de evaluación, sino que su uso es exclusivamente para la Valoración de la invalidez laboral; por tanto, es una guía que otorga menoscabos para identificar cuantitativamente la capacidad funcional de los órganos y sus relativas funciones; además, tienen el recurso de un especialista.

El perito médico debe encontrar en el informe del médico tratante, toda la información de datos técnicos y todos lo referente a la reflexión que permita al responsable de la evaluación pronunciarse sobre la imputabilidad y sobre las secuelas. Los porcentajes que se proponen en algunas situaciones producen beneficios a las personas y no cuantifican un déficit en relación a la integridad, numerada al 0%, de un órgano o de su función (15).

2.2 Bases teóricas

Incapacidad

Es el producto de una restricción anatómo-fisiológica o psicológica (impedimento) con ausencia de la capacidad de la persona para poder ejecutar actividades que se consideran normales, ya sean de causa laboral o general, la cual se puede demostrar a través de técnicas que evidencien el daño clínico; además, se vale de

exámenes de ayuda al diagnóstico u otros estudios. Puede determinarse su valoración en el tiempo y severidad. La incapacidad también se regula por normatividad vigente y específica de seguridad social o de sistemas previsionales, y que muchas veces tienen repercusión tanto en la economía como en la situación laboral (3).

Para medir la incapacidad laboral, se tiene que realizar la baremación de la funcionabilidad de la persona, el que se realiza mediante el examen clínico y determinando la severidad de la patología que presenta.

Como describe Borobia, quien intenta determinar lo que el paciente, evaluado o peritado puede hacer y no puede hacer y todo ello acompañado de las ayudas que pudiera necesitar (físicas o personales). El autor trata de utilizar por primera vez aspectos más médicos que del derecho. Se debe tener presente que siguen existiendo valoraciones completamente personalizadas en las que se detalla lo que se puede o no hacer, es decir buscar la funcionabilidad, sin seguir ninguna tablade calificación o algún baremo, muchas veces solo figura su descripción. En el segundo apartado (referente al apoyo social), el sistema que se utiliza es el de baremo. El objetivo es buscar la ayuda o integración de la participación en la sociedad. Es decir, trata de utilizar la funcionabilidad más la restricción de la participación (4).

Criterios de la baremología

Los principios o criterios de la baremología, en lo posible en forma objetiva, tratan de determinar la incapacidad fisiológica permanente del individuo o peritado que se expresan por medio de un porcentaje: 5, 10, 15%, etc., lo que solo significa que el paciente ha perdido respectivamente tales porcentajes referentes a sus capacidades fisiológicas funcional. Para estimar objetivamente esta tasa, el perito utiliza un baremo, escala graduada de referencia objetiva que nos permite tener un orden de la gravedad de las lesiones o las patologías. Por ejemplo, la parálisis de los cuatro miembros (tetraplejia): 95%, además de la pérdida de la vista: 75%, y no se debe olvidar de mencionar la parálisis de los miembros inferiores (paraplejia): 75%, hipoacusia severa bilateral 50%, pérdida de la mano derecha: 50%, etc.,

amputación transmetacarpiana: 54%, trastorno de la marcha, etc. Todos varían dependiendo de la gravedad de las patologías (4).

Las reglas para determinar objetivamente el cálculo de la tasa de incapacidad fisiológica empezaron su estandarización con la publicación del Internacional Baremo referente a la Invalidez Postraumáticas: Baremo de la American Medical Association (A.M.A), Real Decreto 1971/99. Según este baremo internacional, siempre se deben tener en consideración cuatro leyes elementales de baremación las que rigen hasta la actualidad.

Primer criterio: si el objetivo es determinar la incapacidad fisiológica del evaluado, no es posible llegar a la tasa máxima del 100%. Inclusive, para patologías muy graves este referente de tasa no existe; este baremo es sinónimo de muerte. Los baremos fisiológicos deben ser reestructurados, estableciendo nuevas escalas, que irá desde la situación patológica más benigna (1%) hasta la más peligrosa y grave (99%)., es imposible atribuir una tasa de incapacidad funcional permanente (IFP) suplementaria o adicional por nuevas lesiones, e incluso por muy graves que sean, dado que la tasa de incapacidad ya se habría llegado hasta el máximo que es el 99%, e incluso si uno suma baremos por patologías diferentes y estos pasan del 100%, solo se debe considerar el baremo máximo de 99%. En el plano de la equidad, este tope máximo permite una indemnización tope o máxima, acorde al daño que presenta y a la gravedad de la misma (4).

Segundo criterio sobre las capacidades que restan restantes; a fin de evitar cometer errores, y con el único fin de poder analizar la tasa de incapacidad fisiológica que puede ser permanente; por lo tanto, todo perito debe someterse a un doble cálculo: debe ser contrastado en forma obligatoria y urge que su tasa de incapacidad alcance a las tasas de capacidades restantes: significa que todo individuo tiene un valor de 100 puntos de funcionabilidad fisiológica, la suma de sus capacidades pérdidas más la sumatoria de las capacidades restantes (conservadas) es igual a un dato numérico completo: IFP + capacidades restantes = 100 puntos, es decir, tampoco podemos tener un valor mayor a 100; esto es sí nos consideramos completamente sanos (4).

Tercera criterio de jerarquía de medición estricta de las incapacidades según la gravedad del paciente: Para poder demostrar científicamente la evaluación de baremación en forma objetiva, se debe realizar la clasificación de patologías según su verdadera gravedad real; las enfermedades que tengan similitud en su incapacidad deben tener una señalización en cuanto a la tasa de incapacidad idéntica; y las patologías que tengan gravedad distinta deben tener señalados con distinta baremación o coeficientes de incapacidad. Por ejemplo, un paciente con artrosis de cadera que tenga trastorno de marcha y además tenga artrosis de columna lumbar con problemas de marcha, podremos sumar los baremos de artrosis de cadera y de columna, y considerar el trastorno de la marcha en uno solo, pero no dos veces el problema de la marcha. Además, si se tratasen de dos patologías diferentes, se debe valorar la incapacidad por separado y realizar la suma correspondiente; por ejemplo, un paciente con problema mental más su problema de artrosis de cadera, se realizará la suma correspondiente (4).

Finalmente, el cuarto criterio se refiere a la situación de independencia estricta de las incapacidades laborales y fisiológicas del individuo. Esta última ley permite determinar que no existe una proporción ni aspecto paralelo entre la determinación de la incapacidad de las funciones fisiológicas (minusvalidez personal) y la incapacidad laboral o de trabajo: son dos definiciones diferentes y deben dar lugar a un análisis y conclusiones de baremación muy diferenciados. Por eso es que en los nuevos baremos se considera la funcionabilidad de la persona y las consecuencias del mismo por la enfermedad común, secuela de accidente o la enfermedad profesional, muy independiente del puesto de trabajo que el evaluado realiza o desempeña (4).

Casos de incapacidad

Hay múltiples ejemplos, los cuales muestran que, pese a las no similitudes físicas que a veces son muy graves, mantienen una total eficacia y eficiencia profesional total o incluso la acrecienta. Un presidente de los EE.UU. era inválido de los miembros inferiores por secuela de poliomielitis, con grandes problemas de marcha, pero intelectualmente estaba bien; tendría incapacidad para el traslado, pero no incapacidad mental.

La mayoría de los ciegos de nacimiento desempeñan una profesión en situaciones aparentemente normales. Beethoven, por ejemplo, era sordo, pero fue un gran compositor y pianista, Schumann y Van Gogh sufría una enfermedad mental, pero sobresalieron en el arte de la música y es bien conocido que algunos genios, tan productivos en las actividades que realizaban, son cuanto menos, grandes neurópatas (Baudelaire, Verlaine, Víctor Hugo, etc.).

Por tanto, cabe resaltar que si una persona presenta una incapacidad médica mayor del 50%; por lo tanto, es una incapacidad permanente e incapaz para realizar su trabajo, puede darse esa figura, como por ejemplo un técnico electricista que por alguna patología ya no tenga la habilidad de coger objetos o visualizarlos, estaría con limitación funcional y limitación laboral, pero no siempre es así: por ejemplo, Roosevelt fue separado de la presidencia de los EE. UU ; Beethoven también de su piano y Van Gogh de su instrumento para pintar, su caballete; es por eso que es necesario evaluar la funcionalidad más puesto de trabajo.

Ahora corresponde situarnos en nuestro país para referir las estadísticas presentadas por el Comité Médico de las AFP – COMAFP; afirma que recibió en 2017 un total de 2951 solicitudes de pensión de invalidez, de las cuales el 70.3% fueron aprobadas (2076) puesto que presentaban dolencias que los invalidaban para realizar el trabajo. Esto, en una primera evaluación, las 875 personas que no fueron aprobadas tienen la oportunidad de apelar ante la Comisión de la Superintendencia de Banca y Seguros (COMESB).

Esta respuesta puede pronunciarse dando la totalidad de la pretensión o una parte de ella, de manera temporal o quizás permanente, según información de la presidenta de AFP (AAFP), menciona que la invalidez parcial es aquella que se presenta por el menoscabo del 50% a 66.6% y claro está que el afiliado recibe el equivalente al 50% de su último salario del mes. En cambio, la invalidez total supone un menoscabo de la persona en más del 66.6% y le corresponde una pensión equivalente al 70% de la remuneración mensual. De acuerdo al perfil del total de 2076 trámites que tendrán pensión de invalidez, 1348 (65%) son hombres y 728, mujeres (35%). Según las regiones, Lima, Callao, Piura, Arequipa e Ica son las que tienen mayor número de afiliados (16).

Así mismo, las causas más frecuentes de invalidez en las mujeres son el tumor maligno de mama, problemas de columna vertebral, dependencia de diálisis renal y ceguera parcial o total. En el caso de los varones, las causas más frecuentes son problemas de columna vertebral, dependencia de diálisis renal y ceguera parcial o total. Por edades, la mayoría (69 %) se encuentra entre las edades de 50 a 60 años seguidos entre los 40 a 50 años (16).

El sistema público, es decir la Oficina Nacional de Pensiones (ONP), determina la incapacidad de acuerdo al grado parcial si el menoscabo es entre el 1% al 66% e incapacidad total cuando es mayor del 66% y gran incapacidad cuando es una incapacidad total y, además, necesita de terceras personas, con una escala de Barthel nivel I. El cobro de pensión por invalidez lo pueden realizar cuando el menoscabo sobrepasa del 30%. Además, es necesario determinar si la incapacidad es, por su naturaleza, temporal. Cuando existe evidencias objetivas de recuperación por tratamiento médico o quirúrgico o de rehabilitación en un periodo de seis meses a un año desde la fecha que la comisión evalúa; es permanente cuando existe evidencia objetiva de tratarse de una enfermedad, daño o secuela grave y progresiva, irreversible sin posibilidad de recuperación ni clínica ni laboral; la no incapacidad se refiere a la inexistencia de incapacidad, de enfermedad o daño (16).

La incapacidad laboral en el Perú

Es necesario determinar, además, quiénes son los médicos evaluadores y quiénes son los miembros de la comisión, para completar las respectivas evaluaciones, los médicos evaluadores seguirán la Directiva Sanitaria n. °- 003 –Minsa /DGSP- V-01 llenarán el anexo 4, determinando en el examen clínico la clase funcional, el diagnóstico, capacidad de reinserción laboral y, sobre todo, la fecha de inicio de incapacidad (3).

Es en base a estas evaluaciones que la comisión determina el diagnóstico, naturaleza de la incapacidad: temporal, permanente no incapacidad y por el grado de incapacidad: parcial, total o gran incapacidad.

Así mismo, debe determinar los factores complementarios: que son tipo de actividad, posibilidad de reubicación laboral y edad, los que se suman al menoscabo encontrado, además de consignar la fecha de inicio de la incapacidad que es uno de los puntos más controversiales que existe, siendo difícil determinar la fecha de inicio de la incapacidad y que es muy diferente a fecha de inicio de la enfermedad. Este punto debería ser revisado exhaustivamente, que incluso ameritaría un estudio aparte, se dan muchos casos en que la ONP o AFP no reconocen el inicio de incapacidad, pese a que se les ha demostrado que ya tenía enfermedad, considerar que no toda enfermedad genera incapacidad, pero si no se pudiese determinar el inicio de la incapacidad, se considera en el rubro no es precisable según el anexo 5 (3).

Es necesario mencionar que las comisiones de incapacidad por enfermedad común, no están facultadas para determinar enfermedades profesionales por accidentes de trabajo, para eso existe comisiones que se encargan de ello, para los que aportan a la ONP está el Instituto Nacional de Rehabilitación, si portan a la AFP ellos tiene sus propias comisiones esto también es un gran dilema por que los certificados de incapacidad por enfermedades comunes muchas veces loutilizan para determinación de enfermedades profesionales, sobre todo cuando lo judicializan, es en esas circunstancias donde observamos lo desactualizado que está nuestro sistema de evaluación por incapacidad para enfermedad común, que la funcionabilidad es una sola (17).

Las normas técnicas para la determinación de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo están reguladas con el Decreto Supremo 003-98-SA, el cual menciona los alcances, la parte administrativa, los trabajos que son de alto riesgo y que deberían tener su seguro complementario de trabajo de riesgo (SCRT), pero no menciona la funcionabilidad, ni los baremos, para dicha evaluación, por lo que en la práctica para la determinación de la incapacidad por enfermedad profesional o accidente de trabajo se realiza con el manual MECGI (18).

Además, la resolución ministerial 069-2011 que aprueba el reglamento documento técnico: evaluación y calificación de la invalidez por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Este documento permite la evaluación, la puntuación

de calificación del grado y naturaleza de invalidez por accidentes de trabajo y cualquier enfermedad suscitada en el trabajo con derecho a cobertura por la entidad aseguradora de trabajo de riesgo (19).

La Oficina de Dirección de Salud de las personas en coordinación con la entidad del Instituto de Rehabilitación, en donde Adriana Rebaza Flores, son los responsables de dicha difusión. Pero dicha resolución que contiene todo un manual de calificación, no se aplica porque esta no ha sido socializada. Además, la evaluación y las clases funcionales son diferentes a las del manual MECGI. (19).

Si bien es cierto es más moderna y tiene conceptos más técnicos y actualizados, en la práctica no se usa. Resulta un gran problema, porque en la práctica y desde el punto de vista legal es el que debería ser utilizado para la determinación de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo (19).

El Manual de evaluación y calificación de grado de invalidez (peruano)

Es el documento técnico que fue realizada por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondo de Pensiones del año 1995. Este es el documento donde se detallan las instrucciones necesarias para el adecuado uso de las normas técnicas, consta de 14 capítulos, donde se especifican los parámetros porcentuales establecidos a fin de determinar el grado de invalidez. Se toma en consideración los conceptos de impedimento y menoscabo de los factores complementarios, y son los siguientes capítulos:

Sistema musculo esquelético, nervios espinales periféricos, reumatología, aparato respiratorio, sistema genital y urinario, sistema digestivo y sistema cardiovascular, además de las enfermedades neoplásicas malignas, enfermedades de la piel, sistema endocrino, sistema nervioso central y del comportamiento, órganos de los sentidos, sistemas hematopoyéticos (20).

Dicho manual, por la antigüedad que tiene, estaría siendo desfasado en cuanto a criterios médicos actuales para poder demostrar la enfermedad así como determinar el pronóstico, considerando los avances de la ciencia médica (20); además, debemos considerar que la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS)

ha establecido nuevos criterios para ciertas enfermedades, pero que no están en el MECGI. Dichos criterios se están utilizando para las evaluaciones en las Comisiones de las Incapacidad de las AFP mas no para la ONP, por desconocimiento de algunos miembros de la comisión y, además, porque unos se rigen a solo lo establecido en el MECGI y la norma técnica 003 Minsa /DGSP-V01 (20).

Es importante mencionar que muchos confunden la incapacidad con discapacidad, sabiendo que esta última se debe a la NTS n.º 127-2016 –Minsa y cuyo objetivo es cumplir la ley n.º 29973 Ley de Personas con Discapacidad y que además tiene un baremo pero que es muy distinto al de incapacidad. Y como sabemos, busca incluir a las personas en situación de discapacidad en la sociedad (21).

De los párrafos precedentes, se infiere que cuando se quiere evaluar incapacidad por enfermedad común, se utiliza el MECGI, con algunas excepciones, y cuando se evalúa manuales de otros países como el de Colombia se observa que ellos utilizan un solo manual considerando la valoración de las deficiencias (50%) y la valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales (50%). La comparación de la medición de estos dos manuales es el objetivo de nuestro trabajo.

El Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (colombiano)

Es un manual aplicado en Colombia para medir el grado de incapacidad a partir de la valoración de las deficiencias y los factores asociados complementario como son: la edad cronológica, restricciones del rol laboral, porcentaje anátomo funcional comprometido, y la autosuficiencia económica (22).

2.3 Definición de términos básicos

Incapacidad laboral: Ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que considera normal para el individuo, de causa laboral.

Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez (MECGI): Se utiliza por los comités médicos del SPP, para establecer la condición de aquellos que hayan iniciado u trámite de evaluación y calificación de invalidez (20).

Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional colombiano: Comprende las enfermedades comunes, enfermedades profesionales y accidentes laborales (22).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

H1: Existe diferencia en la valoración de las deficiencias cualitativas-anormalidades que evidencian la incapacidad medidas con el Manual de evaluación y calificación de invalidez (MECGI) peruano y el Manual único colombiano en pacientes del Hospital María Auxiliadora, período marzo a junio 2021.

H2: Existe diferencia en la valoración de los factores mixtos complementarios entre el Manual de evaluación y calificación de invalidez (MECGI) peruano y el Manual único colombiano en pacientes del Hospital María Auxiliadora, período marzo a junio 2021.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Medición del grado de incapacidad con el Manual peruano de evaluación y calificación del grado de incapacidad (Directiva Sanitaria N°003-MINSA/DGSP-V.01)	Valoración de las deficiencias	Cualitativa	Anormalidad de la estructura corporal.	Ordinal	Grado de incapacidad	Formato evaluativo
			Anormalidad de la apariencia.		No incapacidad: 0%	
			Anormalidad de la función de un órgano (trastorno a nivel de órgano).		Incapacidad parcial: 1 al 66%	
Factores complementarios	Mixta		Edad	Intervalo	Valor: 0-2.5	
			Tipo de actividad (incapacidad)		Valor del factor. Ninguna: 0% Leve: 01-03% Intermedia: 04-06% Alta: 07-10%	

			Posibilidad de reubicación laboral		Valor del factor. No amerita 0% Amerita 5%	
Medición del grado de incapacidad con el Manual único colombiano para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional	Valoración de las deficiencias (ponderación 50% del total)	Cualitativa	Anormalidad de la estructura corporal Anormalidad de la apariencia Anormalidad de la función de un órgano (trastorno a nivel de órgano) Anormalidad de la función de un sistema (trastorno a nivel de sistema)	Ordinal	Grado de incapacidad No incapacidad:0% Incapacidad parcial: 1 al 66% Incapacidad total: 67% al 99%	Formato evaluativo
	Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales (ponderación 50% del total)	Mixta	Edad	Intervalo	Valor máximo: 2.5%	Formato evaluativo
	Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales (ponderación 50% del total)	Mixta	Rol Laboral Otras áreas ocupacionales Autosuficiencia económica	Intervalo	Valor máximo: 25% Valor máximo: 20% Valor máximo: 2.5%	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: Es observacional, porque el investigador no interviene modificando los hechos.

Según el alcance: Es descriptivo comparativo, pues se comparan dos manuales.

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Es transversal, porque todas las variables son medidas en una sola ocasión comparando los resultados de las variables de una misma muestra (24, 25).

Según el momento de la recolección de datos: Es prospectivo, pues se compararán los manuales, en el periodo marzo a junio 2021.

4.2 Diseño muestral

Población universo

La población incluye todos los pacientes que han acudido y acuden para evaluación de incapacidad por enfermedades comunes a un hospital.

Población de estudio

La población incluye todos los pacientes que acuden para evaluación por enfermedad común al Hospital María Auxiliadora, durante el periodo marzo a junio 2021.

Tamaño de la muestra

La muestra comprenderá toda la población de estudio, razón por la cual, no se emplea ninguna fórmula de selección de muestra. Aproximadamente, se considerarán 30 pacientes.

Muestreo

La muestra será toda la población de estudio, motivo por el cual, no se emplea ninguna fórmula de cálculo de selección de muestra, por tanto la muestra es por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes que acuden para evaluación de incapacidad por enfermedades comunes, al Hospital María Auxiliadora, en Lima, durante el periodo marzo a junio 2021.

Criterios de exclusión

Pacientes que acuden para evaluación de incapacidad por enfermedades profesionales y accidentes laborales, al Hospital María Auxiliadora, en Lima, durante el periodo marzo a junio 2021.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

La técnica a utilizar es la observación. Se utilizarán listas de cotejo para comparar los resultados de la medición del grado de incapacidad laboral a través de la aplicación del Manual peruano de evaluación y calificación del grado de invalidez y el manual colombiano.

Instrumentos de recolección y medición de variables

La variable grado de Incapacidad se encuentra en dos instrumentos de investigación: listas de cotejo. La primera corresponde al Manual peruano y está organizado en 2 dimensiones, 10 indicadores y el segundo instrumento del Manual único de evaluación colombiana en dos dimensiones, siete indicadores, los mismas que se usan para la elaboración del instrumento tipo escala que permita el recojo de datos para establecer una comparación de los resultados a partir de dos instrumentos distintos.

Las listas de cotejos permitirán evaluar un hecho a partir de la observación. Los instrumentos cuentan con validez interna, la misma que se divide en: validez de contenido (juicio de expertos), validez de constructo (test), fiabilidad (alpha de Cronbach).

Ficha técnica MECGI

Nombre del instrumento: Grado de incapacidad según MECGI.

Autor: Med. Fredy Wilson Sucasaca Gonzales

Administración: Individual

Procedencia: Facultad de Medicina Humana. Unidad de Posgrado USMP.

Año: 2021.

Aplicación: La población incluye todos los pacientes que acuden para evaluación por enfermedad común.

Duración: 1 día.

Usos: Alumnos Facultad de Medicina Humana. Unidad de Posgrado USMP

Dimensiones a medir: valoración de las deficiencias, y valoración de las deficiencias en las actividades de la vida diaria.

Descripción de la prueba

Se presenta el presente instrumento de recolección de datos, el cual fue elaborado sobre grado de Incapacidad dividida en dos dimensiones: valoración de las deficiencias, y valoración de las deficiencias en las actividades de la vida diaria cada una de ellas con sus ítems y sus indicadores.

En base a estas dimensiones e indicadores se plantearon los ítems; los mismos que son medidos con la escala nominal para la primera dimensión y con la escala nominal, ordinal y de intervalo para la segunda dimensión.

Valoración de las deficiencias según grado de incapacidad (dimensión 1): En esta dimensión, se evalúa la clase funcional atendiendo a la intensidad, frecuencia y grado de interferencia en las actividades de la vida diaria (ítems 1).

Valoración de las deficiencias según factores asociados-complementarios (dimensión 2): Incluye tres factores que nos permite valorar la capacidad ganancial

asociada a la pérdida de la capacidad laboral son: edad, el tipo de trabajo que desempeña y las posibilidades de reubicación a otras áreas laborales. (Ítems 2-4)

Validez interna

Validez de contenido (juicio de expertos)

En el instrumento de rubricas de cotejo se incorporó las sugerencias de modificación planteadas por el juicio de expertos, tres especialistas, quienes opinaron que puede ser ejecutado a la muestra de estudio de la presente investigación, puesto que encontraron coherencia entre hipótesis, objetivos, variables, indicadores y sus respectivas dimensiones.

Este Instrumento incluye cuatro ítems entre ambas dimensiones. Según distribución de ítems sugerida por los manuales a comparar.

El segundo instrumento corresponde a la medición del grado de incapacidad según el Manual único para calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, el cual ha sido estructurado en función de sus dimensiones: valoración de las deficiencias por clase, además de la puntuación del valor del rol de trabajo, rol del cargo y otras áreas ocupacionales.

Ficha técnica manual colombiano

Nombre del instrumento: Grado de incapacidad según manual colombiano.

Autor: Med. Fredy Wilson Sucasaca Gonzales

Administración: Individual

Procedencia: Facultad de Medicina Humana. Unidad de Posgrado USMP.

Año: 2021.

Aplicación: Los pacientes que acuden para evaluación por enfermedad común

Duración: 1 día.

Usos: Alumnos Facultad de Medicina Humana. Unidad de Posgrado USMP

Dimensiones a medir: valoración de las deficiencias, y valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas.

Descripción de la prueba

Se presenta el instrumento de recolección de datos que fue elaborado sobre grado de incapacidad dividida en dos dimensiones: valoración de las deficiencias, y valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales.

En base a estas dimensiones e indicadores se plantearon los ítems; los mismos que son medidos con la escala nominal para la primera dimensión y con la escala nominal y de intervalo para la segunda dimensión.

Valoración de las deficiencias según clases (dimensión 1): En esta dimensión se evalúa la clase funcional atendiendo al modelo general para la calificación de las deficiencias según tablas (ítems 5).

Valoración del rol de trabajo, rol de la ocupación que ejercen, y otras áreas ocupacionales (dimensión 2): Incluye cuatro indicadores como la edad, el rol laboral, otras áreas ocupacionales (ítems 06-10).

Este instrumento incluye seis ítems entre ambas dimensiones. Según distribución de ítems sugerida por los manuales a comparar.

Validez interna

Validez de contenido (juicio de expertos)

En el instrumento lista de cotejos se incorporó las modificaciones sugeridas por el juicio de expertos, tres especialistas, quienes opinaron que puede ser aplicado a la muestra de estudio de la presente investigación, porque encontraron que existe coherencia entre los objetivos, la hipótesis, las variables, las dimensiones y los indicadores.

Este instrumento incluye seis ítems entre ambas dimensiones. Según distribución de ítems sugerida por los manuales a comparar.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los resultados de la investigación serán procesados y tabulados en el estadístico SPSS versión 25, seleccionando las pruebas paramétricas de frecuencia y porcentaje en la comparación de resultados.

La fiabilidad del instrumento con el estadístico Alpha de Cronbach para respuestas diferentes a las dicotómicas.

4.5 Aspectos éticos

La ética es parte de la filosofía y trata los actos moralmente buenos y moralmente malos; este enfoque lleva a pensar que el único ser capaz de actuar con moralidad, es el ser humano; el ser humano es moral y por lo tanto capaz de seguir algunos principios que deben guiar a los investigadores médicos y que esta investigación considera como aplicables.

Con relación al principio de no maleficencia *primun non nocere* (no se puede hacer mal a otro o dañarlo), la presente investigación considera que debe haber una relación entre el beneficio y el riesgo: minimizando riesgo y maximizando beneficios la norma técnica sería que la investigación es un estudio metodológicamente adecuado y la competencia del investigador está relacionada con la especialidad.

A pesar de que la investigación busca comparar la medición de dos instrumentos de investigación que miden grado de incapacidad en pacientes que acuden para evaluación de incapacidad del Hospital María Auxiliadora sin emplear técnicas invasivas para la evaluación, el investigador da a conocer si desea participar en la investigación (consentimiento informado) y, además, respeta y cumple la Declaración de Helsinki, la cual está dada por parte de la asociación médica mundial (AMM) con respecto a investigaciones médicas en personas, así como otras normas que mencionan aspectos éticos en investigaciones con seres humanos.

CRONOGRAMA

PASOS	2021											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X	X										
Aprobación del proyecto de investigación			X									
Recolección de datos				X	X	X						
Procedimiento y análisis de datos							X					
Elaboración de informe								X	X			
Correcciones del trabajo de investigación										X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	400.00
Adquisición de software	900.00
Internet	800.00
Impresiones	400.00
Logística	300.00
Refrigerio	1000.00
TOTAL	3800.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vicente, M. & otros. Discapacidad e incapacidad laboral en España. Revista Médica del Instituto México Seguro Social (1), 84-91. [Internet] 2018. Recuperado el 15 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im181m.pdf>
2. Portafolio. Personas entre los 20 y 29 años, los que más se incapacitan en el país Revista Portafolio. Recuperado de <https://www.portafolio.co/tendencias/panorama-de-las-incapacidades-en-colombia-523479>.
3. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria n.º 003-Minsa/ DGSP-V.01, Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de invalidez lima-Perú; 2006.
4. Borobia C. Marco teórico de la valoración de la incapacidad laboral. Singularidad y diferencias respecto a otras valoraciones. España: Universidad Complutense de Madrid; 2014.
5. Angulo A. et tall. . Comportamiento de la Incapacidad temporal en una Compañía de Telecomunicaciones años 2016- 2017. Bogotá_ Colombia;2018
6. Leal Iris.) Proceso de calificación y certificación de la incapacidad de los asegurados por el instituto venezolano de los seguros sociales en el contexto del marco jurídico venezolano. Venezuela. 2017
7. Díaz A. et all. Relación entre la incapacidad laboral y el uso del índice de capacidad de trabajo. Madrid- España 2016
8. Renata Bregaglio ET ALL. Discapacidad, invalidez, incapacidad para el trabajo y trabalenguas: ¿si tengo discapacidad y trabajo, puedo cobrar pensión de invalidez? Perú.
9. Vílchez H en la investigación denominada: Análisis del resultado en el proceso de incapacidad temporal en el área sanitaria de Albacete. Influencia del estado de salud, factores sociodemográficos, satisfacción laboral y locus de control. [Internet] 2014. Recuperado el 15 de abril de 2020. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/6151/TESIS%20P%C3%A9rez%20Morote.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Castro Díaz Javier F . La calificación integral y la pensión de invalidez con doble origen en el ordenamiento legal colombiano. Colombia. Bogota.2013.
11. Núñez C. en su investigación titulada Variables determinantes de las indisposiciones laborales: análisis en una empresa socio sanitaria pública de Baleares (1995 – 2010) Palma de Mallorca. España- 2012
12. López. L. Factores asociados a las incapacidades laborales por enfermedad de corta duración a profesionales de Enfermería en un Hospital Universitario en Barcelona. España.2002
13. Karem Parra Sanhueza. La invalidez en el nuevo sistema previsional chileno. Concepción- Chile. Agosto; 2000.
14. Diario Oficial El Peruano. Modifican Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MECGI) Resolución SBS nº 4121-2017 La Superintendente de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de fondos de Pensiones.lima-perú;2017.
15. Comisión Técnica Médica. Seguro complementario de trabajo de riesgo. En la elaboración del Manual de Evaluación y Calificación del Grado de invalidez laboral en Lima – Perú.2005.Comité Médico de las AFP (COMAFP). Diario Gestión: julio 1-2019:
16. Ministerio de Salud: Directiva Sanitaria N°003 MINSA /DGSP-V-01. Aplicación Técnica del Certificado Médico Requerido para el otorgamiento de pensión de invalidez. DS N° 166-2005 EF.lima-peru;2005
17. Decreto Supremo n°003-98 SA. Normas Técnicas de Seguro Complementario del Trabajo de Riesgo. Lima- Perú; 1998.
18. Ministerio de Salud. Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Perú-Lima; 2011.
19. Asociación de Fondo de Pensiones. Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez. Lima-Perú; 1995.
20. Norma Técnica N° 127-2016. Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de las personas con discapacidad.
21. Ministerio de protección social. Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Colombia-Bogotá; 2011
22. Bunge, M. Ciencia y Desarrollo. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1982.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
MANUAL PERUANO VERSUS EL COLOMBIANO PARA LA CALIFICACIÓN MÉDICA DE INCAPACIDAD HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2020	¿Cuál es la diferencia en el resultado del grado de incapacidad laboral cuando se usa el Manual de evaluación y calificación de Perú en comparación con el Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad y ocupacional de Colombia, en pacientes del Hospital María Auxiliadora 2020?	<p>General Determinar la diferencia en el resultado del grado de incapacidad laboral cuando se usa el Manual de evaluación y calificación del grado de incapacidad laboral según el Manual de evaluación y calificación de grado de invalidez peruano en comparación con el Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad y ocupacional colombiano, en pacientes del Hospital María Auxiliadora en 2020.</p> <p>Específicos -Establecer el grado de incapacidad, según el Manual de evaluación y calificación de grado de invalidez peruano. -Precisar grado de incapacidad, según el Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad y ocupacional colombiano.</p>	<p>Hipótesis general Existe diferencia entre la medición del grado de incapacidad entre el Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez (MECGI) peruano y el Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional colombiano, en pacientes del Hospital María Auxiliadora en el período 2020.</p>	<p>Tipo: Observacional Descriptivo, comparativo Prospectivo, Transversal.</p>	<p>La población incluye todos los pacientes que acuden para evaluación por enfermedad común. La muestra comprenderá toda la población, razón por la cual, no se emplea ninguna fórmula de selección de muestra, por esta misma razón no hay muestreo. Aproximadamente se trabajará con 30 pacientes.</p>	Lista de cotejo

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE COTEJO SOBRE GRADO DE INCAPACIDAD CON EL MANUAL PERUANO MEGCI

ESPECIALIDAD:	
SEXO:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
INSTRUCCIONES: Marcar una alternativa que u considere en relación al tema.	

INSTRUCCIONES

A continuación, presentamos el cuestionario que tiene por objeto evaluar el Grado de Incapacidad. Marque la respuesta adecuada.

ÍTEMS							
1	Dimensión n.º 1 Valoración de las deficiencias	NI (0%)	IP (1-66%)	IT (67-99%)			
	Grado de incapacidad						
Dimensión n.º 2 Factores asociados complementarios							
		0	0,5	1	1,5	2	2,5
2	Edad						
		0%	1-3	4-6	7-10		
3	Tipo de actividad						
		0%	5%				
4	Posibilidad de reubicación laboral						

Glosario de términos:

Grado de Invalidez según MEGCI: Es la medida de la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.

Creado por Fredy Wilson Sucasaca Gonzales sobre la base teórica del MEGCI

**FICHA DE COTEJO SOBRE GRADO DE INCAPACIDAD
CON EL MANUAL ÚNICO COLOMBIANO**

ESPECIALIDAD:	
SEXO:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
INSTRUCCIONES: Marcar una alternativa que usted considere en relación al tema.	

INSTRUCCIONES

A continuación, presentamos el cuestionario que tiene por objeto evaluar el Grado de Incapacidad. Marque la respuesta adecuada.

ÍTEMS				
5	Dimensión n.º 1: Valoración de las deficiencias	NI (0%)	IP (1-66%)	IT (67-99%)
	Grado de incapacidad			
Dimensión n.º 2: Factores asociados complementarios				
6		1-2.5%		
7	Restricciones en función a la edad cronológica.			
		1-25%		
8	Clasificación de las restricciones en el Rol laboral			
		1-20%		
9	Otras áreas ocupacionales, porcentaje anatómico funcional comprometido			
		1-2.5%		
10	Autosuficiencia económica			

Creado por Fredy Wilson Sucasaca Gonzales sobre la base teórica del Manual Único Colombiano