



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA Y CALIDAD DE LOS CERTIFICADOS DE
INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO
POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE 2014**

**PRESENTADA POR
ALDO EDUARDO HUAMÁN SULCA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA Y CALIDAD DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO
POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE 2014**

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRESENTADO POR

ALDO EDUARDO HUAMÁN SULCA

LIMA, PERÚ

2015

**NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA Y CALIDAD DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO
POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE 2014**



Asesor

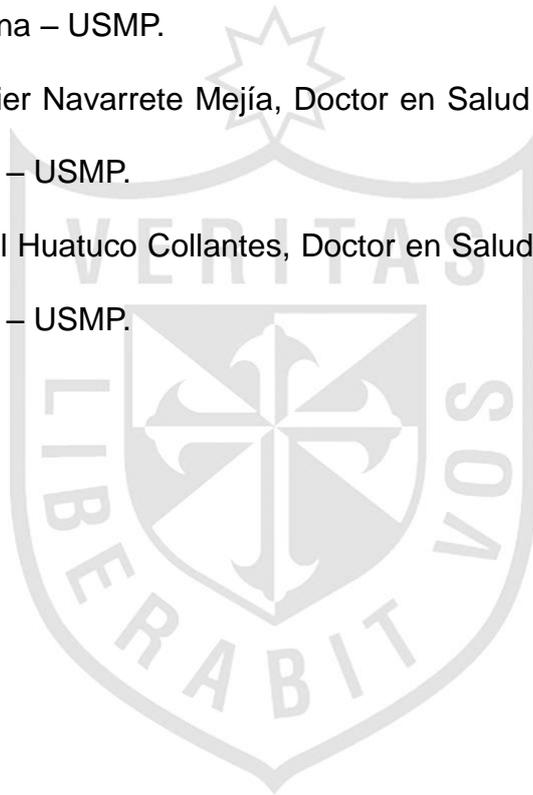
Lupe Annie Elescano Concha, Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Coordinador Médico del Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente.

Jurado

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública, Docente de la Facultad de Medicina – USMP.

Miembro: Pedro Javier Navarrete Mejía, Doctor en Salud Pública, Docente de la Facultad de Medicina – USMP.

Miembro: Zoel Anibal Huatuco Collantes, Doctor en Salud Pública, Docente de la Facultad de Medicina – USMP.





Dedicatoria

A mi hermosa familia:

Mi querida esposa Geraldine

y mi hija Valentina.



Agradecimiento

A la Dra. Elizabeth Lozano Lozano, Directora del policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente, por su apoyo para el desarrollo de esta tesis.

Al Dr. Manuel Loayza Alarico, Por su orientación en el diseño y elaboración de esta tesis.

INDICE	Pág.
Resumen	1
Abstract	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I: MARCO TEORICO	6
1.1 Antecedentes de la Investigación	8
1.2 Bases teóricas	10
1.3 Definiciones Conceptuales	20
1.4 Formulación de hipótesis	21
CAPITULO II: METODOLOGIA	22
2.1 Tipo Diseño Metodológico	22
2.2 Población y muestra	22
2.3 Métodos de recolección de datos	23
2.4 Procesamiento de Datos	23
2.5 Aspectos éticos	24
CAPITULO III: RESULTADOS	25
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACIÓN	48
ANEXOS	56

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:	25
Médicos de Atención Primaria por Nivel de especialidad y Sexo – Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014.	
TABLA N° 02:	26
Etapas de vida de pacientes con CITT evaluados - Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014.	
TABLA N° 03:	26
Actividad laboral de evaluados - Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014.	
TABLA N° 04:	27
Días de incapacidad de CITT evaluados - Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente -2014.	
TABLA N° 05:	27
Frecuencia de días de Incapacidad por sexo de paciente en CITT evaluados - Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014.	
TABLA N° 06:	28
Diagnósticos más frecuentes que justifican los CITT evaluados - Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014.	
TABLA N° 07:	29
Cumplimiento de criterios de expedición de CITT en historia clínica de asegurados evaluados - Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014.	
TABLA N° 08:	30
Calidad de los CITT según cumplimiento de los criterios de expedición -	

Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente -2014.

TABLA N° 09: 31

Cumplimiento de los criterios de auditoria en historia clínica y CITT
evaluados - Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014.

TABLA N° 10: 33

Relación entre el nivel de especialización y la calidad de los CITT -
Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente – 2014



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de especialización de los médicos de atención primaria y la calidad de los CITT en el policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente, ESSALUD, Villa María del Triunfo, 2014. **Metodología:** El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, según su alcance correlacional, de corte transversal, de naturaleza experimental; y según su utilidad básica. Se estudió 350 CITT e historias clínicas; se evaluó calidad de CITT teniendo en cuenta los 4 criterios estandarizados en la Directiva N°16-G-G-ESSALUD-2001; para la recolección de datos se utilizó la observación directa de las historias clínicas, a la cual se aplicó una guía de observación; los datos obtenidos fueron analizados mediante la prueba de significancia del Chi Cuadrado (χ^2). **Resultados:** 39.7% de los CITT fue de buena calidad, de regular calidad 44.6%, y solo un 15.7% de CITT de mala calidad. 24 médicos fueron especialistas de medicina familiar y comunitaria y 24 son médicos generales. Al análisis de significancia entre las variables se obtuvo un $p > 0.05$, rechazando la hipótesis general.

Conclusiones: El estudio determinó que el nivel de especialización no tiene relación con la calidad de los CITT, ya que ambos grupos son capacitados en la certificación de incapacidades en el policlínico durante el proceso de inducción.

Palabras claves: *Nivel de especialización, Médico de Atención primaria, Médico de Familia, , Calidad, Certificado de incapacidad Temporal para el Trabajo.*

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of specialization of primary care physicians and the quality of the CITT at the polyclinic Guillermo Kaelin de la Fuente, ESSALUD, Villa Maria del Triunfo, 2014.

Methodology: This study has a focus quantitatively, by correlational scope, cross-sectional, experimental in nature; and according to their basic utility. 350 CITT and medical records were studied; CITT quality was assessed taking into account the 4 standardized criteria in Directive No. 16-GG-ESSALUD-2001; data collection for direct observation of the medical records was used, to which an observation guide was applied; The data were analyzed using the significance test of Chi Square (X²). **Results:** 39.7% of the CITT was of good quality, fair quality of 44.6%, and only 15.7% of CITT shoddy. 24 doctors were specialists in family medicine and 24 are general practitioners. The analysis of significance between variables was obtained $p > 0.05$, rejecting the general hypothesis.

Conclusions: The study found that the level of expertise is not related to the quality of the CITT, as both groups are trained in the certification of disabilities in the polyclinic during induction.

Keywords: Level of expertise, primary care physician, family doctor, Quality Certificate Temporary incapacity for work.

INTRODUCCIÓN

El seguro social en el Perú o ESSALUD tiene por finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de salud, prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.¹ Entre las prestaciones económicas que ofrece ESSALUD se encuentran los subsidios por incapacidad temporal y maternidad. Para gozar de este beneficio los problemas de salud física, mental o el estado fisiológico de maternidad deben ser acreditadas a través de los CITT.² Este documento debe ser expedido por el profesional de la salud acreditado y autorizado, y ser registrado en la historia clínica correspondiente. El CITT que se otorga debe estar relacionado con los 4 criterios básicos que deben ser tomados en cuenta al momento de expedirlo.³ El otorgar un CITT sigue constituyendo un conflicto, ya que esto implica no solo un tratamiento, sino también un subsidio económico que debe ser asumida por el seguro social. Si bien las especialidades quirúrgicas son los que más días de incapacidad temporal otorgan, son los médicos de atención primaria los que atienden el mayor número de pacientes, asumiendo diariamente el reto de decidir que paciente requiere o no un CITT; el médico de familia por su mayor especialización, es quien debería tener un mejor manejo de la administración de los CITT. En España los médicos de atención primaria se encargan de la Gestión de los certificados de incapacidad laboral.⁴ Esto

porque el primer nivel de atención es quien protagoniza el sistema de salud.⁵ En el Perú, el primer nivel de atención está siendo fortalecida, mediante la generación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. La certificación de incapacidad otorgada a los pacientes es considerada una problemática para más de un tercio de médicos con respecto a las decisiones sobre la evaluación de la capacidad del paciente en el trabajo, duración óptima y prolongación de la certificación.⁶ Por lo cual se formuló el siguiente problema “¿Qué relación existe entre el nivel de especialización de los médicos de atención primaria y la calidad de los CITT en el Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente, ESSALUD, de Villa María del Triunfo, 2014?”. Siendo el propósito determinar la relación que existe entre ambas variables, es decir entre el nivel de especialización de los médicos de atención primaria y calidad de los CITT. Este estudio tiene como base la investigación de Díaz y Peralta que al evaluar la calidad de los CITT de un establecimiento de salud, encontraron errores relacionados con problemas administrativos y asistenciales, producto del llenado inadecuado de la historia clínica, esto asociado a la falta o ausencia de capacitación de los profesionales de la salud que la certifican.⁷ Hay evidencias de que la falta de conocimiento en la normatividad sobre la gestión de CITT, está asociada a una escasa o ausencia de capacitación sobre el tema; Mikaelsson B. destaca que los reclamos asociados a CITT se redujeron significativamente al introducir un programa de capacitación.⁸

⁹ El presente estudio buscó evaluar la calidad de los CITT emitidos por los médicos de atención primaria y demostrar que tienen las competencias y capacidades sobre la emisión del mismo y no se sienten intimidados por los

pacientes. Por otro lado el proceso de certificación en el policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente es distinto al modelo estandarizado; ya que, se ha implementado la historia clínica digital y un sistema autogestionado de certificación de incapacidades donde es el propio médico quien solicita y emite, lo que reduce la posibilidad de errores administrativos; sin embargo, al detectar errores o deficiencias recaerían directamente sobre el médico evaluador.



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

Villaplana et al, en España, determinaron el Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) en España, cuyo objetivo fue analizar la relación de distintas variables asociadas con la duración de la ITCC y determinar su grado de efecto. El diseño fue retrospectivo, descriptivo. Se revisó 598.988 procesos de ITCC del total de trabajadores del régimen general protegidos en una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales durante el periodo de 2005 a 2010, encontraron que la duración mediana de la ITCC fue de 32 días. Se constatan relaciones significativas con la edad, género, nacionalidad, antigüedad en la empresa; salario, tipo de contrato; sector, actividad, y tamaño empresa y región. Así, se encuentra una mayor duración de las bajas en los trabajadores de grandes empresas, mujeres, con nacionalidad española y que trabajan en actividades agrarias, sanitarias, administración y hostelería. La edad además ejerce un efecto considerable en la duración de las bajas, sobre todo a partir de 44 años, concluyendo que tan solo la edad mostró evidencias de un efecto considerable sobre la duración de la ITCC, aun cuando también se relacionó con el resto de características demográficas, laborales, organizativas y del entorno. Además se evidenció la existencia de efectos cruzados entre variables que pueden provocar ocasionalmente errores en la interpretación de los resultados.¹⁰

Foley M. et al, en Irlanda; estudiaron las características de los certificación de enfermedad en la práctica general en Irlanda, cuyo el objetivo fue explorar en punto de vista de los médicos de familia sobre la certificación por enfermedad, las estrategias utilizadas para emitir certificados de enfermedad para los pacientes y proponer mejoras en el sistema actual, cuyo diseño fue de enfoque cualitativo, a través de la entrevista a 14 médicos de familia de 11 Centros de Atención Primaria de Salud en Irlanda. Se obtuvo que los médicos de familia pueden encontrar su papel como certificador problemática, y una fuente de conflicto durante el proceso de consulta con los pacientes. Los médicos estaban preocupados con la violación de la confidencialidad del paciente y, en particular por que la enfermedad sea revelada a los empleadores. Ellos reportaron sentirse incomodos al tratar algunos casos que solicitan baja por enfermedad, incluida la certificación de las circunstancias sociales adversas. La certificación por enfermedad se da a menudo en respuesta a la demanda de los pacientes. Los médicos de familia sintieron la necesidad de una mejor comunicación entre ellos mismos, los empleadores y los departamentos gubernamentales pertinentes. Ellos concluyeron que este estudio pone de relieve las diversas complejidades y desafíos que enfrentan los médicos cuando se trata de pacientes que requieren certificación enfermedad. Los problemas de la evaluación de la aptitud para el trabajo y los problemas dentro de la estructura de bienestar social eran temas recurrentes. El estudio pone de relieve las oportunidades para mejorar el sistema y cómo éstas podrían ser alcanzadas.¹¹

Wynne-Jones et al, buscaron determinar: “¿Qué sienten los médicos acerca

de la certificación de enfermedad?: Una búsqueda sistemática y revisión narrativa”, con el objetivo de identificar las actitudes de médicos de familia hacia la certificación de enfermedad, realizaron la búsqueda sistemática y revisión narrativa para la identificación de temas relacionados de las actitudes hacia la certificación de la enfermedad, donde se encontraron dieciocho estudios para la revisión; éstos incluyeron comentarios cualitativos, cuantitativos y sistemáticos. Los documentos fueron predominantemente de Escandinavia y el Reino Unido. Tres temas fueron identificados a partir de la literatura: el conflicto, la responsabilidad de la función, y las barreras a la buena práctica. El conflicto se centró principalmente en conflicto entre el médico general y pacientes sobre la necesidad de un certificado, pero también hubo conflictos entre todos los interesados. Un tercio de médicos evaluados expresaron que la certificación por enfermedad es una situación problemática. La mitad de los médicos encontraron desacuerdos de manejo con los pacientes en las decisiones acerca de la prolongación de la certificación, evaluación de la capacidad de trabajo de los pacientes y la duración óptima de la certificación de la enfermedad y que esto era bastante o muy problemáticos. Además, muchos médicos se sentían amenazados por los pacientes al menos una vez al mes.

Muchos de los trabajos informaron que los médicos a menudo que su papel en el proceso de certificación de la enfermedad no estaban claros y que eran contradictorios. La responsabilidad hacia los pacientes y el Departamento del Reino Unido de Trabajo y Pensiones (DWP) y el Departamento de Seguridad Social (DSS) generó cierta divergencia al emitir el certificado de enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los participantes en este estudio sintió que su

responsabilidad para con sus pacientes era mayor frente a la institución que representan. A pesar que la mayoría de los médicos informó tener conflicto en la certificación, algunos también reportaron algunos aspectos positivos. En particular, los médicos declararon que era una función básica y les ha permitido preservar la confidencialidad de problema de salud del paciente, que los protegió al trabajar de conflictos con el lugar de trabajo y tiene implicaciones terapéuticas. Por otra parte, los médicos expresan que estar familiarizado con los antecedentes del paciente los convierte en profesionales sanitarios más adecuados para evaluar la capacidad para el trabajo. Las barreras a la buena práctica se han clasificado como sea dentro o fuera de la salud. Las barreras a las buenas prácticas dentro de los sistemas de salud centrados en la propia competencia de los médicos de familia en las decisiones de certificación, en particular, para juzgar la incapacidad para el trabajo y la duración de la ausencia requerida. Se sugirió que, si bien la certificación deberá basarse en la salud física, lo que permite la certificación por motivos sociales podría mejorar la práctica y reducir parte de la percepción de conflicto dentro de la consulta. Esto se vio agravado por el conflicto de asesoramiento de otros profesionales de la salud que sugieren que los pacientes tienen que ausentarse del trabajo cuando el Médico evaluador no está de acuerdo. Concluyeron que cualquier potencial para cambiar el sistema de certificación debe centrarse en la reducción de las posibilidades de conflicto, la clarificación de los roles de todas las partes interesadas, y mejorar el acceso a los servicios de salud y rehabilitación ocupacional especializados.¹²

Wynne-Jones et al, en el Reino Unido; describieron La enfermedad y la certificación de incapacidad del Médico general, con el objetivo de Investigar y describir las prácticas de certificación enfermedad británica de médicos de familia. Cuyo diseño fue descriptivo, a través una encuesta postal a nivel nacional de la sección transversal de 2.154 UK médicos de familia. Se pidió a los médicos acerca de las prácticas de certificación percibidas, capacitación en certificación enfermedad, sus opiniones sobre el proceso de certificación y el potencial para mejorar el sistema. Se encontró que respuesta ajustado fue de 42% (n = 878). Los médicos no preguntan sobre la situación laboral de un paciente, pero carecen de la capacitación en la certificación de enfermedad. A los médicos les gustaría mantener su papel en la certificación de la enfermedad, pero sentía que había margen para otros profesionales de la salud para que emita certificados de enfermedad. Los médicos informan de la certificación por enfermedad más frecuente fue para la salud mental y los trastornos musculoesqueléticos en comparación con cualquier otra condición. Concluyeron que este estudio ha puesto de relieve los principales problemas que enfrentan los médicos en la consulta donde la certificación de enfermedad es un resultado posible. La falta de formación en certificación fue un tema recurrente. Sin embargo, los médicos sentían que había margen para mejorar la formación y las recomendaciones se hicieron en cuanto a cómo podría lograrse este objetivo. La encuesta ha puesto de relieve que los médicos sienten que hay oportunidades para mejorar el sistema y que otros profesionales de la salud pueden desempeñar un papel en el proceso de certificación.¹³

Álvarez et al, en España; Analizaron la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía, con el objetivo de Analizar la duración de los periodos de incapacidad temporal (IT) por procesos y sus factores asociados en Andalucía, diseñaron un estudio observacional descriptivo, donde se estudiaron 1.633.405 partes de baja por cualquier contingencia, emitidos por médicos de atención primaria (Servicio Publico Salud), del 1 enero de 2002 al 31 diciembre de 2006, encontrando que la tasa de incidencia total de IT ha sido de 15,83 procesos/100 afiliados/año (14,73 en varones y 17,24 en mujeres). Los diagnósticos más frecuentes como motivo de IT fueron lumbago y resfriado común. La media de duración de los procesos de IT en los varones fue inferior a la de las mujeres en 7 días. La mayor parte de los procesos de IT (71,7%) se resuelven en menos de 1 mes. Los procesos de IT que causan mayor duración son: enfermedades endocrinas y trastornos de la inmunidad, neoplasias y trastornos mentales. La duración media de los procesos de IT es superior en el medio rural (45,4) respecto al urbano (36,9). Las variables que predicen la duración de la baja han sido en el modelo sexo, edad y residencia, concluyendo que los factores diferentes del diagnóstico tienen gran influencia en la duración de la IT. Las principales variables que intervienen son la edad, el sexo y el medio rural.¹⁴

García et al, en España; determinaron las Características evolutivas de la Incapacidad temporal en un Centro de Salud, que ha tenido como objetivo evaluar la evolución de la incapacidad de trabajo (WD) para un centro urbano de Atención Primaria (PCC) de más de 12 años (1993-2004), Donde su diseño metodológico fue un estudio observacional, retrospectivo sobre la

prevalencia. Encontraron que se registraron 3924 certificados de incapacidad Temporal (CIT) (58,4% varones), la duración media fue de $46,3 \pm 99,4$ días para los varones y $54,2 \pm 103,9$ para las mujeres. Se utilizaron tres períodos para evaluar la evolución: 1993-1996 (1141 CIT), 1997-2000 (1128 CIT), 2001-2004 (1.655 CIT). Los diagnósticos más frecuentes fueron osteomusculares (30,6%), infecciosas (23%), los trastornos mentales (7,9%) y los trastornos digestivos (7,2%). En lo que respecta a la evolución, se mantuvieron porcentajes de osteomuscular y causas digestivas mientras que las infecciosas disminuyeron del 27% al 18% y los mentales aumentó del 6,6% al 10,1%, el número de días perdidos debido a que esta es doble, que van desde 7642 días en el primero periodo de 15.686 en el tercero uno. La mayoría de los días de trabajo perdidos se debieron a causas osteomusculares (76 009 días), seguido de las mentales (31 147 días). El porcentaje de CIT para la población activa ha aumentado considerablemente, pasando de 19,8% en 1993 al 30,5% en 2004. Concluyendo que se ha producido un aumento progresivo en el porcentaje de CIT debido a los trastornos mentales en la población activa en los últimos años.¹⁵

Malin et al, en Suecia; identificaron las barreras a la buena certificación por enfermedad en un estudio de entrevistas con médicos generales suecas, con el objetivo de identificar las barreras que impiden a los médicos generales la certificación por enfermedad de la mejor manera. Su diseño se basó en las entrevistas individuales semi-estructuradas que se llevaron a cabo con 19 médicos en 17 centros de atención primaria en cuatro condados suecos centrales. Transcripciones de las entrevistas se analizaron mediante análisis

de contenido cualitativo para identificar los tipos de barreras a las buenas prácticas de certificación por enfermedad. Donde obtuvieron que las barreras en el sistema de cuidado de la salud incluyen: la complejidad de los juicios clínicos; competencia del médico - especialmente, pobres habilidades en el manejo de situaciones conflictivas con respecto a la percepción de la necesidad de certificación de la enfermedad; el rendimiento de otros profesionales de la salud; y las deficiencias en el sistema de salud en sí. Las barreras fuera del sistema salud incluyen: Las actitudes generales frente al certificado por enfermedad y sus beneficios; la situación del mercado laboral; de los pacientes con problemas sociales; y el desempeño y/o la colaboración con de las otras partes interesadas. Concluyeron que los médicos experimentaron una serie de barreras a lo que ellos consideraron como una buena práctica de certificación por enfermedad. Estas barreras deben ser abordadas en las intervenciones para el cambio. Propusieron el entrenamiento en habilidades de comunicación, con especial énfasis en las situaciones difíciles en la práctica certificación por enfermedad.¹⁶

Löfgren et al, en Suecia; determinaron La frecuencia y la naturaleza de los problemas asociados con las tareas de certificación de enfermedad, tuvo el objetivo de estudiar la frecuencia y la naturaleza de los problemas asociados con las prácticas de certificación de enfermedad de los médicos. Siendo su diseño un cuestionario de estudio transversal en Estocolmo y Östergötland condados en Suecia, en los médicos de edades < 64 años, $n = 7665$, la tasa de respuesta del 71% ($n = 5455$). Obteniendo un total de 74% ($n = 4.019$) de los encuestados tenía consultas incluida la certificación de enfermedad por

lo menos un par de veces al año. Alrededor de la mitad de estos médicos han tenido casos de certificación de enfermedad por lo menos seis veces a la semana, y 1 de cada 10 (9,4%) presentaron estos más de 20 veces a la semana. Los ítems donde el mayor porcentaje de médicos valora como muy o bastante problemático incluyen: manejar los conflictos con los pacientes, certificación prolongada, evaluación de la capacidad de trabajo, la estimación de la longitud y el grado de ausencia óptimo, y la gestión de la prolongación de la baja por enfermedad inicialmente certificado por otro médico. Había grandes diferencias en la frecuencia y la naturaleza de los problemas entre los diferentes tipos de clínicas / prácticas. Los médicos generales tuvieron la mayor frecuencia de los problemas relativos a la certificación de enfermedad, mientras que el más bajo se encontró entre los especialistas en medicina interna y cirugía; concluyeron que la certificación de la enfermedad debe ser reconocida como una tarea importante, también para los médicos distintos de los médicos generales. Los médicos tuvieron problemas con numerosas tareas relacionadas con la certificación de la enfermedad y estos varían considerablemente entre los tipos de clínicas. La alta tasa de problemas experimentados puede tener consecuencias para la situación laboral de los médicos, para los pacientes y para la sociedad.⁶

Malin S. et al, en Suecia; encuestaron a 3997 Médicos Suecos, con el objetivo de cuantificar la magnitud de los problemas emocionales asociados a la certificación por enfermedad entre tres categorías de médicos y encontrar asociaciones con las características del lugar de trabajo. Con un diseño de un cuestionario que fue contestado por 3.997 médicos (tasa de respuesta: 71%),

donde se obtuvo una mayor proporción de médicos en las clínicas ortopédicas y, en particular, en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), por problemas de certificación por enfermedad, en comparación con los médicos en otras clínicas. El diez por ciento de los médicos de los Centros de Atención Primaria se sintió amenazado por los pacientes, por lo menos una vez al mes, en relación con la certificación de enfermedad o preocupado por ser denunciado al Consejo de disciplina. Para los médicos de los CAPS encontraron que la certificación por enfermedad es más problemática en comparación con los demás (OR 4,9; IC del 95%: 4,1 a 6,0). Tener una política de trabajo de baja por enfermedad listado fue asociado con un menor riesgo de sufrir varios problemas (OR 0.5-0.6, $p < 0,05$). Concluyeron que el alcance y la naturaleza de los problemas de la certificación por enfermedad justifican otras preocupaciones, especialmente en CAPS. La naturaleza de las amenazas percibidas debe ser aclarada. Se debe desarrollar y alentar las políticas de trabajo en certificación por enfermedad.¹⁷

Díaz-Vélez y Peralta, en Perú; evaluaron la calidad de 225 CITT emitidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (ESSALUD), encontrando los siguientes resultados: la enfermedad común (79,9%) y accidente común (12,4%) son las contingencias más frecuentes; el tipo de atención fue consulta externa con 48,1%, seguido de hospitalización y emergencia; 79,8% presentaba algún error en llenado y/o contenido; 26,4% no coincidía el diagnóstico de historia clínica con el que figuraba en el CITT, siendo este registrado en la consulta que generó el certificado en 48,2%; El tiempo (días) fue inadecuado en 18,3%, y de ellos 56% fue por exceso. Además 30,8% no

coincide la fecha de otorgamiento del CITT y el consignado en historia clínica; los CITT con retroactividad mayor de 2 días representaron 33,3%, siendo sólo el 3% visado por médico de control. Por otro lado se identificaron tres aspectos relacionados con las actitudes de los médicos frente a la certificación: conflicto, responsabilidad y barreras existentes. Además de los errores encontrados en los CITT relacionados con problemas administrativos, producto del inadecuado llenado en la historia clínica por ausencia de capacitación en los profesionales de la salud; concluyeron, que la emisión de CITT es una acción compleja con factores asociados al momento de emitir el número de días de incapacidad, siendo la calidad del llenado una problemática que se viene presentando y debemos trabajar para mejorarla.⁷

Llanos et al, en Perú; realizaron la auditoría médica concurrente de CITT, tuvieron como objetivo analizar las causas de la emisión de los CITT; El estudio se realizó en 17 centros asistenciales de ESSALUD de Lima y Callao, en 1996. Se auditaron 41,918 CITT, excluyendo aquellos emitidos para descanso pre y post natal, y por los servicios médicos PAAD (Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria). Se establecieron 8 criterios para determinar la adecuada emisión de los mismos. Obtuvieron los siguientes resultados: Del total de CITT auditados 52.93% presentaron observaciones. La mayor parte de las observaciones fueron de tipo administrativo, las relacionadas a la práctica médica fueron escasas. Las observaciones más frecuentes fueron: CITT no registrado en la historia clínica, la consulta que origino el CITT no registrada en la historia clínica y la falta de coincidencia entre la fecha consignada en la historia clínica con la fecha del CITT.

Concluyendo que, muchos de los errores encontrados que justificaron la observación técnica de los CITT estaban relacionados con problemas administrativos, producto generalmente del llenado inadecuado de los documentos (historias clínicas y CITT).¹⁸

Grillo y Zevallos, en Perú; realizaron la auditoria aleatoria retrospectiva de la emisión de descansos médicos del Hospital de Chimbote – Gerencia departamental Ancash; cuyo objetivo fue medir la calidad de los resultados de lo CITT comparado con el estándar fijado o la auditoria basal, siendo su diseño metodológico un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, se eligieron de forma aleatoria 183 CITT emitidos al asegurado titular en actividad durante el mes febrero de 1999, el cálculo de la muestra se estimó teniendo en cuenta un porcentaje de error global esperado del 52,98% (resultado de la auditoria de 1996, considerando errores técnicos – asistenciales y errores administrativos), un intervalo de confianza del 90% y error estándar de 5%, se obtuvo el reporte a evaluar mediante un software de consolidación de datos de la Sub Gerencia de Evaluación Médica del Programa Central de Prestaciones Económicas de ESSALUD; verificaron la correcta cumplimentación de los 183 CITT y se decidió evaluar solo 152 expedientes clínicos para el cruce de información, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: De los 152 CITT auditados se encontró 46 observados, lo que equivale al 30.26% de error global de la muestra en mención, lo cual es menor al error encontrado en el estudio de 1996 de 52,98%, en los CITT observados se encontraron 37 con observación administrativas y 13 técnico asistenciales, lo que equivale a un 24,34% y 8.55% respectivamente; En las observaciones según criterio administrativo la

incidencia más alta se refiere a la falta de registro del CITT en la historia clínica y ocupa el 22,3% del total de observaciones según este criterio, en segundo lugar se ubica la falta de consignación de la consulta médica que origina el descanso médico en la historia clínica con un total de 9,86%; la incongruencia en el diagnóstico consignado entre la historia clínica y el CITT alcanza el 3.29%. Concluyendo que la causa principal de los errores en los procesos administrativos de los CITT es por parte del personal profesional que los emite, lo cual está relacionada con una apreciación subestimada de la importancia de los procedimientos y la incompreensión de la importancia legal de los documentos producto de la atención médica; no obstante los errores técnico administrativos están relacionadas con la falta de utilización de los criterios de gravedad del daño, trabajo habitual, procedimientos, tratamientos y factores complementarios.¹⁹

1.2 Bases teóricas

A. Médico de atención primaria

El término médico de atención primaria hace referencia a un tipo de ejercicio de la medicina, la atención primaria, que está instalada tanto en medio rural como urbano. Es un profesional sanitario que ejerce en un centro de salud o en un consultorio; siendo el médico más cercano a una determinada población y, en muchas ocasiones el único facultativo disponible para sus habitantes.²⁰ Según la WONCA, médico de atención primaria es el "médico que ofrece a los individuos y familias atención sanitaria personal, primaria, continua e integral" y está a cargo de un número determinado de personas (población asignada), en un

determinado centro de salud, cuyas funciones son asistenciales, docentes, investigadoras y administrativas; orienta su actividad a tres aspectos (a) la promoción de estilos de vida saludable, (b) la identificación oportuna de riesgos y daños a la salud; y (c) la resolución oportuna y adecuada de los problemas de salud más frecuentes de esas personas. El médico de atención primaria es el que conoce a fondo al paciente, sus expectativas de vida, su situación personal, familiar y social, sus problemas de salud de distintos aparatos y sistemas y su historia global, y por ello está capacitado para decidir junto al propio paciente el tratamiento a seguir y los objetivos a lograr; garantizando cuidados de salud de calidad. De este modo los pacientes podrán recibir los mejores cuidados y los médicos podrán desarrollar su vocación y su función de manera óptima.²¹

Médico General

El médico general es el profesional de la salud que tiene dentro de su competencia genérica el dominio de la atención médica general, tal es así que para Abreu, Cid y Herrera en su libro “Perfil por Competencias del Médico General Mexicano” señala que el médico general es quien realiza el manejo clínico integral que permite preservar o restaurar la salud del paciente considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Determinando las condiciones que debe tener para el cumplimiento de su competencia: Deberá ser capaz de establecer el diagnóstico, Instituir las medidas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, Apoyar sus decisiones en evidencias científicas, Mostrar una genuina preocupación y

empatía a través de una apropiada relación médico-paciente para contribuir a mejorar la calidad de vida del individuo, las familias y la comunidad. Por otro lado el médico general y su competencia dentro de Promoción de la salud individual y familiar; tiene que identificar oportunamente riesgos a la salud de los individuos y las familias, para instituir medidas preventivas, favoreciendo la participación del paciente y su familia, y la adopción de estilos de vida saludables.²²

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

La Medicina Familiar, es una especialidad médica que tiene más de medio siglo de desarrollo a nivel mundial y más de diez años en el Perú; De acuerdo con el perfil del especialista se forma, y pone énfasis en la atención individual, integral e integrada, en la atención comunitaria o en la familia. Según el MINSA en el “Programa Nacional de Formación en salud Familiar y Comunitaria” El médico especialista se desarrolla en una formación que posibilita tener una atención integral, integrada y continua a las personas, familia y comunidad, con competencias clínicas que le permitan atender problemas prevalentes de salud en las diferentes etapas de vida de la persona. Hace la intervención familiar y comunitaria en el nivel que corresponda, así como la atención de las urgencias y emergencias, mejorando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para satisfacer las necesidades sentidas y no sentidas de la población, en el marco de la legislación vigente, según el enfoque de la Atención Primaria de Salud renovada.²³

En el Perú la formación del médico especialista en Medicina familiar y

Comunitaria, es escolarizada vía el programa de Residentado Médico, el cual tiene una duración de 3 años, luego del cual cada universidad que asume la formación lo certificara con el grado académico correspondiente.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria de la Salud

El médico especialista en MF y C dentro de la Atención Primaria de la Salud

Según el MINSA en el “Programa Nacional de Formación en salud Familiar y Comunitaria” basa su función en los modelos de atención, enfocados en la atención a la persona, familia y comunidad, cambian los paradigmas del modelo biomédico y toman como principios a la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanfy, 1968) y al Modelo Biopsicosocial (Engel,1977), que en su tiempo se desarrolló para explicar el fenómeno salud-enfermedad y, actualmente, centran a la persona en un proceso multidimensional, donde interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, algunos autores incluyen lo espiritual; para el diagnóstico y tratamiento; además, consideran a la familia en su estructura, relaciones, ciclo vital, recursos internos, patrón de salud-enfermedad y el efecto terapéutico de la relación equipo de salud-persona-familia. McWhinney, en 1981, definió los principios de la Medicina Familiar, más que como un cuerpo de conocimientos para afrontar un tipo de enfermedad o como la aplicación de una técnica específica que se esfuerza para comprender el contexto personal, familiar y social de la enfermedad. Ve en cada contacto con el paciente, una oportunidad para la prevención,

la educación en salud y la dimensión de riesgo. Puede tener un enfoque clínico individual, pero no pierde la mirada de conjunto, como parte de una red comunitaria. Idealmente, el equipo de salud debe compartir el mismo hábitat con las personas y familias a su cargo, para que pueda evaluarlas en las casas o en el centro de salud, dando importancia a los aspectos subjetivos. En este contexto, con el objetivo de transformar la situación actual de los servicios a través de recursos humanos con competencias para brindar servicios de salud en atención integral con enfoque familiar, se viene implementando el Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria, el cual está dirigido a los equipos básicos de salud del primer nivel de atención.²³

B. Certificados de incapacidad temporal para el trabajo

El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, según la Directiva de Gerencia General N° 015-GG-ESSALUD-2014; Normas y Procedimientos para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad, es el documento oficial de ESSALUD, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad), y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado regular acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o maternidad. Este documento es emitido obligatoriamente y de oficio por el profesional de salud autorizado por ESSALUD y la información del mismo es registrada en la historia clínica del asegurado.²⁴

Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT y sus criterios de expedición

El profesional Médico acreditado y autorizado por ESSALUD, según el Instructivo, Criterios para la expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo, utilizará la “Guía de Calificación del Tiempo de Incapacidad Temporal para el Trabajo” del Anexo 5 de la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001, a fin de expedir los CITT correspondientes. En el caso del Descanso por Maternidad, excepcionalmente, se faculta al profesional de Obstetricia a expedir el CITT, en ausencia de profesional médico. Estos criterios, que deben complementarse y correlacionarse adecuadamente, son los siguientes: Severidad de la enfermedad o daño, Se determina de acuerdo al criterio médico, teniendo en cuenta el grado de lesión recuperación y limitación de la función (física y/o mental) en correlación con el tipo de trabajo que desempeña el asegurado, Con fines operacionales que permitan supervisar el acto médico que genera el CITT, se establecen tres grados de severidad, Leve: para los casos cuya resolución requiere de tratamiento ambulatorio, no siendo necesario descanso físico domiciliario y/u hospitalización, Moderada: cuando se requiere de tratamiento ambulatorio y sea necesario descanso físico domiciliario, y Severa: cuando requiere de hospitalización para su tratamiento; Trabajo Habitual, Es la labor remunerada a la cual comúnmente se dedica el asegurado, cuya consecución puede verse afectada como consecuencia de una enfermedad o daño (accidente). La certificación médica por incapacidad que se otorga a los asegurados regulares activos, debe estar relacionada con la labor habitual que

desempeñan. Para ello se debe considerar la medida en que la enfermedad o daño afecta al asegurado en el desempeño de su trabajo habitual, y si éste merma o no su capacidad para ejecutarlo, que determine consecuencias personales o a terceros, debiendo además asociarse al comportamiento epidemiológico, el cual puede influir en la propagación de la patología. La correlación de la enfermedad o daño con la merma que le ocasiona al asegurado para desarrollar su actividad laboral en un determinado tiempo, pretende determinar el número de días de incapacidad adecuado a otorgarse. Con fines operacionales que permitan supervisar el acto médico que genera el CITT, se establecen tres grados de interferencia o afectación; Leve, poca interferencia o afectación del trabajo habitual, Moderada: discreta interferencia o afectación del trabajo habitual y Severa: no le permite realizar su trabajo habitual; Tipo de tratamiento o procedimiento empleado, Son todas las medidas, medios, productos utilizados y actividades realizadas dirigidas a la resolución de la enfermedad o daño, los cuales pueden influir en la evolución clínica y recuperación del asegurado, convirtiéndose en un factor determinante para la elección del período de incapacidad a otorgarse y Factores complementarios, Son aquellas condiciones internas o externas (organismo – medio ambiente) que deben ser tomados en cuenta para la elección del período de incapacidad. Estos factores son: La edad, el sexo, enfermedades concomitantes, situación geográfica, accesibilidad y disponibilidad de servicios, referencias y contrarreferencias, etc. En muchos casos los descansos médicos se prolongan por tratamientos tardíos e inoportunos, referencias y contrarreferencias incoordinadas y

muchas veces innecesarias.²⁵

Calidad de los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT

Según Llanos et al, la prestación de salud ligada a la emisión de certificados de descanso médico es una actividad sanitaria que requiere ser auditada, es decir evaluar que se haya cumplido en tener en cuenta los cuatro criterios básico para la emisión de los CITT, porque relaciona la actividad asistencial con las repercusiones económicas de las mismas, especialmente en la población que cuenta con un trabajo estable. En este grupo poblacional se generan desembolsos para el empleador y la Seguridad Social. En el Perú, estos certificados, llamados CITT, son emitidos por la ESSALUD, según Directiva vigente. En ellos se registra el diagnóstico motivo de la prestación, descanso médico y número de días de descanso que reciben sus clientes asegurados por la patología que presenta. El CITT permite, al trabajador, percibir el subsidio que le corresponde según ley; y debe ser emitido por un periodo máximo de 30 días. En caso que la convalecencia sea mayor, puede renovarse cada 30 días por el médico tratante.¹⁸

C. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria en atención primaria de la salud y su relación a la emisión de los CITT

En España son los médicos de atención primaria los que se encargan de la Gestión de los certificados de incapacidad laboral o baja laboral como ahí la llaman.⁶ Esto porque el primer nivel de atención es quien protagoniza el sistema de salud sobre la población que tiene asignada, el médico de

atención primaria quien, a través de la atención continuada del individuo y del abordaje integral desde una perspectiva biopsicosocial, puede valorar más adecuadamente el menoscabo laboral de sus pacientes.⁷ Mientras que en nuestro país El Profesional de la Salud, acorde a la especialidad de su competencia, según la Directiva de Gerencia General N° 015-GG-ESSALUD-2014; Normas y Procedimientos para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad, emitirá el CITT, como parte del Acto Médico que ejecuta, debiendo registrar en la historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad, la lesión o secuela de acuerdo a las evidencias médicas que sustenten el impedimento ocasionado, la repercusión en el desarrollo y el cumplimiento de las actividades laborales habituales del asegurado; y de corresponder la asociación al comportamiento epidemiológico, es decir, si el continuar la labor habitual puede favorecer la propagación de la enfermedad.²⁴

I.3 Definiciones conceptuales

Atención Primaria de la Salud:

La Atención Primaria de Salud (AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente: "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la

comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad".²⁷

Nivel de Atención:

Conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutoria cualitativa y cuantitativa de la oferta. Este tipo de organización, se sustenta en la comprobación empírica de que los problemas de salud de menor severidad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos, y viceversa. Es así que de acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles de atención.²⁸

Primer Nivel de Atención:

Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad; además se constituye en el

facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.²⁹

Médico General:

El médico general es el profesional de la salud que tiene dentro de su competencia genérica el dominio de la atención médica general, realiza el manejo clínico integral que permite preservar o restaurar la salud del paciente considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.²²

Médico de Familia:

El médico especialista en medicina Familiar y Comunitaria se define como el profesional que brinda una atención integral, integrada y continua a las personas, familia y comunidad, con competencias clínicas que le permitan atender problemas prevalentes de salud en las diferentes etapas de vida de la persona.²³

El certificado de Incapacidad Temporal para el trabajo:

Es un documento oficial de ESSALUD, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad) y la duración del período de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado titular acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera el subsidio por incapacidad temporal para el trabajo.²⁴

Criterios para la expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo:

Son aquellas condiciones internas o externas que se debe cumplir para la

emisión de los CITT.

Estos criterios, que deben complementarse y correlacionarse adecuadamente, son los siguientes:

- Severidad de la enfermedad o daño.
- Trabajo Habitual.
- Tipo de tratamiento o procedimiento empleado.
- Factores complementarios.²⁵

Calidad de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo:

Calidad en el área de la salud, es una cualidad medida a través de la auditoría, Se define como “el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercuten en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente”, siendo para el caso de la emisión de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, la aplicación adecuada de los cuatro criterios básicos establecidos en la Guía de Calificación del Tiempo de Incapacidad Temporal para el Trabajo.¹⁸

1.4 Formulación de hipótesis:

H1: Hipótesis General

Existiría una relación significativa entre el nivel de especialización de los médicos de atención primaria con la calidad de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo en el Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente, ESSALUD, Villa María del Triunfo, 2014.

H0: Hipótesis Nula

No existiría una relación significativa entre el nivel de especialización de los médicos de atención primaria con la calidad de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo en el Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente, ESSALUD, Villa María del Triunfo, 2014.



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Diseño Metodológico

La presente investigación se clasifica según su enfoque en cuantitativo, según su alcance en correlacional, según el número de veces que se mide la variable en transversal, según su naturaleza en experimental y según su utilidad es básico.²⁶

2.2 Diseño de investigación

El presente estudio tiene un diseño no experimental descriptivo correlacional, ya que describe las dos variables del estudio nivel de especialización de los médicos de atención primaria y la calidad de los CITT y describe la relación que existe entre estas variables.

2.3 Población y muestra

Población

Todos los pacientes a los que se les ha emitido el certificado de incapacidad temporal para el trabajo por parte de los médicos de atención primaria del Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente de ESSALUD en Villa María del Triunfo durante 2014.

Los datos obtenidos de la central de informática del complejo hospitalario nos indican que, en el policlínico se expidieron CITT a un total de 3947 pacientes

que fueron atendidos por médicos de atención Primaria de los cuales 1389 por médicos de familia y 2558 por médicos generales.

Muestra

La muestra fue calculada mediante la fórmula para la población finita y conocida:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: tamaño de la muestra,

N: tamaño de la población,

Z: valor correspondiente a la distribución de gauss, $Z_{\alpha} = 0.05 = 1.96$,

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar, ($p = 0.5$), q: $1 - p$ (si $p = 50\%$, $q = 50\%$)

i: error que se prevé cometer, si es del 5 %, $i = 0.05$.³⁰

Haciendo el cálculo para una población de 3947, con un nivel de confianza del 95%, para una prevalencia del 50% y un error esperado de 5% se obtiene una muestra de 350 pacientes que cumplen criterios y a quienes se les revisará historia clínica y CITT de auditoría.

El muestreo usado fue estratificado proporcional al número de CITT emitidos por médicos de familia y médicos generales del Policlínico, y cada estrato se utiliza el método del muestreo aleatorio o al azar.

Cuadro N° 01: MEDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR NIVEL DE ESPECIALIDAD, DISTRIBUCIÓN DE CITT EMITIDOS Y MUESTRA DETERMINADA - POLICLINICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE - 2014

Médicos de atención primaria	CITT emitidos por médicos de atención primaria	Porcentaje %	Muestra
Médicos de familia	1389	35	124
Médicos generales	2558	65	226
Total	3947	100	350

Fuente: Registros de la Oficina de Recursos Humanos policlínico Guillermo Kaelin

Criterios de inclusión

- Los pacientes deberán ser asegurados titulares que acrediten en el Centro de Atención Primaria del complejo Hospitalario Guillermo Kaelin de la Fuente.
- Los pacientes deberán haber sido atendidos en el Centro de Atención Primaria del complejo Hospitalario Guillermo Kaelin de la Fuente durante el año 2014.
- Deberán haber sido atendidos por médicos de familia o médicos generales del Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente durante el año 2014.
- Los médicos de atención primaria debieron haber recibido capacitación sobre certificación de incapacidad al inicio de actividad laboral en el policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente.

-

Criterios de exclusión:

- Que no cumplan con criterios de inclusión.
- Asegurados menores de edad.
- Aseguradas gestantes con certificado de incapacidad por maternidad.
- Adultos mayores jubilados.
- Asegurados atendidos por otras especialidades distintas a medicina familiar o medicina general.

2.4 Técnica de recolección de datos

La recolección de datos fueron mediante la observación directa de las historias clínicas y los CITT de auditoría de los pacientes seleccionados en la muestra y se usará como instrumento una guía de observación el cual estará basada en el “Instructivo para la calificación del tiempo de incapacidad temporal para el trabajo”, (ver Anexo C), de la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001, 2001 “Normas para expedición, registro, distribución y control de certificados de incapacidad temporal para el trabajo – CITT”.³¹

2.5 Procesamiento y Plan de análisis de los datos

Se ingresará la información en una base de datos creada para tal fin en el programa estadístico SPSS v. 22, en la cual se realizará el análisis descriptivo correlacional, se iniciará el trabajo con reportes de frecuencias simples y acumuladas, tanto absolutas como relativas de las variables de estudio, posteriormente se categorizaron las variables continuas para efecto de análisis de datos agrupados. Se encontrarán medidas tendencia central y de

dispersión para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas; para finalmente realizar la prueba de significancia del Chi Cuadrado (X^2).

2.6 Aspectos éticos

El equipo de investigación dará prioridad al mantenimiento de la privacidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida de las historias clínicas, todo ello basado en la declaración de Helsinki que se basa en lo siguiente:

- El personal de salud tiene como misión natural la protección de la salud del hombre.
- La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Durante el 2014 se realizaron 303995 atenciones en el policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente, siendo atenciones efectivas por médicos de atención primaria 145957, emitiéndose de estas 3947 certificados de incapacidad temporal para el trabajo, el cual representa el 1.30% de las atenciones, de estos certificados se hizo la sumatoria de los días de incapacidad obteniéndose 16686 días, de los cuales 1389 (35.4%) fueron emitidos por médicos de familia y 2558 (64.6%) por médicos generales, determinando una muestra significativa de 350 atenciones de asegurados que recibieron CITT.

La población de médicos de atención primaria se presenta en la tabla N° 01, donde de 48 médicos el 50% fueron médicos generales y el otro 50% fueron médicos de familia.

TABLA N° 01: MÉDICOS DE ATENCION PRIMARIA POR NIVEL DE ESPECIALIDAD Y SEXO - POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE - 2014

Nivel de especialidad	Sexo de médicos		Total
	Masculino	Femenino	
Médico general	12	12	24
Médico de familia	12	12	24
Total	24	24	48

Fuente: Registros de la Oficina de Recursos Humanos policlínico Guillermo Kaelin

De las 350 atenciones con certificación de incapacidad evaluados, 124 (35.4%) fueron emitidos por médicos de familia y 226 (64.6%), emitidos por médicos

generales. Siendo los médicos de sexo masculino los que más CITT han otorgado, con un total de 213 (60.9%), frente a los 137 (39.1%) emitidos por las médicas del sexo femenino.

Al considerar la etapa de vida de los asegurados a quienes se les otorgó CITT, se observó que la mayoría pertenece a la etapa de vida adulto, seguida del adulto joven y en menor frecuencia adultos mayores; tal y como lo observamos en la tabla N° 02.

**TABLA N° 02: ETAPA DE VIDA DE PACIENTES CON CITT EVALUADO -
POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE - 2014**

Etapa de vida	CITT Evaluados	
	(f)	(f%)
Joven (18-29)	62	17.7%
Adulto (30-59)	270	77.2%
A. Mayor (60-+)	18	5.1%
TOTAL	350	100%

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoría.

De los 350 CITT evaluados, 173 fueron otorgados a asegurados del sexo femenino, el cual representa el 49.4% y 177 (50.6%) fueron otorgados al sexo masculino.

La contingencia más frecuente de los CITT evaluados, fue enfermedad común con una frecuencia de 329 representada en un (94%) y tan solo 21 asegurados (6%) registraron contingencia como accidente común.

La actividad laboral más frecuente es el de trabajador de limpieza pública, seguido de servicio de vigilancia pública y profesores, entre otras que podemos observar en la Tabla N° 03.

**TABLA N° 03: ACTIVIDAD LABORAL DE EVALUADOS - POLICLÍNICO
GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE – 2014**

Actividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
No incluye actividad	171	48.9%
Limpieza publica	36	10.3%
Vigilante	19	5.4%
Profesor	17	4.9%
Electricista	12	3.4%
Teleoperador	12	3.4%
Construcción civil	12	3.4%
Vendedor	11	3.1%
Decoradora	7	2.0%
Mesero	7	2.0%
Chofer de ómnibus	7	2.0%
Mecánico Automotriz	6	1.7%
Estibador	6	1.7%
Carpintería	6	1.7%
Repartidor motorizado	6	1.7%
Técnico de enfermería	5	1.4%
Pintor	5	1.4%
Mensajero	5	1.4%
Total	350	100.0%

Fuente: Historias clínica y CITT de auditoría.

El tiempo de incapacidad encontrados durante la evaluación de los CITT los presentamos en las siguientes tablas N° 04 y 05, siendo la más frecuente un tiempo de incapacidad de 2 días con una media 2.52 días.

**TABLA N° 04: DIAS DE INCAPACIDAD DE CITT EVALUADOS -
POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE -2014**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
DIAS DE INCAPACIDAD	350	1	30	2.52	2.289

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoría.

**TABLA N° 05: FRECUENCIA DIAS DE INCAPACIDAD POR SEXO DE
PACIENTE EN CITT EVALUADOS - POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN
DE LA FUENTE - 2014**

Días de incapacidad	sexo del paciente				TOTAL
	Femenino		Masculino		
	(f)	(f%)	(f)	(f%)	
1 día	62	17.7	20	5.7	82
2 días	72	20.6	93	26.6	165
3 días	38	10.9	29	8.3	67
4 días	0	0.0	12	3.4	12
5 días	1	0.3	0	0.0	1
8 días	0	0.0	11	3.1	11
9 días	0	0.0	11	3.1	11
30 días	0	0.0	1	0.3	1
TOTAL	173	49.4	177	50.6	350

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoría.

Los diagnósticos más frecuentes que justificaron el otorgamiento de CITT los encontramos en orden de frecuencia en la tabla N° 06, donde el más frecuente es de origen osteomuscular, seguida de las infecciones digestivas y respiratorias, así como las patologías digestivas, entre muchas otras menos frecuentes.

**TABLA N° 06: DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES QUE JUSTIFICAN
LOS CITT EVALUADOS - POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA
FUENTE – 2014**

Diagnóstico Médico	Frecuencia	
	(f)	(f%)
Lumbago	69	19.7%
Diarrea	37	10.6%
Dolor abdominal alto	36	10.3%
Faringitis	34	9.7%
Lumbago con ciática	30	8.6%
Amigdalitis	19	5.4%
Dorsalgia	14	4.0%
Gastritis	14	4.0%
Migraña	12	3.4%
Infección urinaria	11	3.1%
Cefalea	10	2.9%
Otitis media aguda	10	2.9%
Rinofaringitis	9	2.6%
Conjuntivitis aguda	6	1.7%
Gonartrosis	6	1.7%
Herida en mano	4	1.1%
Bronquitis aguda	3	0.9%
Dolor articular	3	0.9%
Esguince de tobillo	3	0.9%
Fiebre	3	0.9%
Uña encarnada	3	0.9%
Celulitis de pierna	2	0.6%
Cervicalgia	2	0.6%
Contractura muscular	2	0.6%
Contusión de rodilla	2	0.6%
Tendinitis del bíceps	2	0.6%
Absceso perianal	1	0.3%
Fractura de radio	1	0.3%
Hemorroides	1	0.3%
Tuberculosis pulmonar	1	0.3%
Total	350	100%

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoría.

Para medir la calidad de los certificados médicos se evaluó el cumplimiento de los cuatro criterios de para expedición de CITT en las historias clínicas de los 350 asegurados seleccionados como muestra. En la tabla N° 07 observamos el

cumplimiento de los 4 criterios de expedición por nivel de especialidad de los médicos de atención primaria, el criterio que más cumplen los médicos es el de describir la severidad de la enfermedad (93%) y el que menos registran es la actividad laboral (49%).

Si los separamos por nivel de especialización de los médicos, el criterio que más cumplen los médicos generales es el criterio de severidad (94.7%) y en los médicos de familia es el registro de los factores complementarios (95.2%); siendo el menos registrado la actividad laboral del asegurado representado en un 47,3% y 52.4% respectivamente.

TABLA N° 07: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE EXPEDICIÓN DE CITT EN HISTORIA CLÍNICA DE ASEGURADOS EVALUADOS - POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE – 2014

Nivel de especialización de los Médicos de atención primaria	CRITERIO 1 Severidad de enfermedad		CRITERIO 2 Actividad laboral		CRITERIO 3 Tratamiento		CRITERIO 4 Factores complementarios	
	(f)	(f%)	(f)	(f%)	(f)	(f%)	(f)	(f%)
Médico general	214	94.7%	107	47.3%	181	80.1%	188	83.2%
Médico de Familia	112	90.3%	65	52.4%	113	91.1%	118	95.2%
TOTAL	326	93%	172	49%	294	84%	306	87%

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoría.

Tomando en cuenta el cumplimiento de estos 4 criterios evaluados, la calidad de los CITT se consideran de buena calidad por cumplir con el registro de los 4 criterios en la historia clínica en un 39.7%, los que cumplen con registra al menos 3 criterios son los de regular calidad y representan el 44%, y los de mala calidad solo un 15.7%, como se observa en la tabla N° 8.

**TABLA N° 08: CALIDAD DE LO CITT SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LOS
CRITERIOS DE EXPEDICIÓN - POLICLÍNICO GUILLERMO KAELIN -
2014**

Calidad de CITT	CITT Evaluados	
	(f)	(f%)
Buena	139	39.7%
Regular	156	44.6%
Mala	55	15.7%
TOTAL	350	100%

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoría.

Al evaluar el cumplimiento de los criterios de auditoría en las historias clínicas y en los CITT evaluados determinamos que un 60.3% presentan alguna observación, el 100% cuenta con historia clínica y también registran las atenciones. Un 65,4% registra que otorga CITT en la historia clínica, sin embargo no todos ellos incluyen las fechas por los que otorgan el CITT, solo un 54% lo hace, la misma proporción que concuerda con las fechas del CITT. El 83.4% tiene una adecuada concordancia entre el diagnóstico y los días de incapacidad otorgados, hay un 96% de concordancia de los diagnósticos que justifican la incapacidad entre la historia clínica y el CITT. El criterio más deficiente se detecta en el uso adecuado de la guía de calificación de la incapacidad temporal puesto que solo un 39.7% cumple con los cuatro criterios de expedición de CITT, tal como se observa en la Tabla N° 09.

**TABLA N° 09: CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE AUDITORIA EN
HISTORIA CLÍNICA Y CITT EVALUADOS - POLICLÍNICO GUILLERMO
KAELIN DE LA FUENTE - 2014**

Médicos de Atención Primaria	CITT auditados	% de CITT adecuados	CRITERIO 1 Disponibilidad de la HCL	CRITERIO 2 Registro de la atención medica en HCL	CRITERIO 3 Concordancia en la fecha de incapacidad entre HCL y CITT	CRITERIO 4 Registro de CITT e incapacidad en HCL	CRITERIO 5 Concordancia en el N° de días de incapacidad entre HCL y CITT	CRITERIO 6 Evaluación de la relacion entre el Dx. y los días de incapacidad	CRITERIO 7 Concordancia entre el Dx. Registrado en la HCL y el CITT	CRITERIO 8 Uso adecuado de la Guia de Incapacidad
Médico general	226	79	226	226	119	146	146	191	214	79
Médico de Familia	124	60	124	124	70	83	83	101	122	60
TOTAL DE MEDICOS	350	139	350	350	189	229	229	292	336	139
	100.0%	39.7%	100.0%	100.0%	54.0%	65.4%	65.4%	83.4%	96.0%	39.7%

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoria.

Al realizar la correlación entre el grado de especialización del médico de atención primaria y la calidad de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, se obtiene un valor P: 1.5, por lo que se rechaza la hipótesis general y se acepta la hipótesis nula. Por tanto las variables no están asociadas o relacionadas, sino que son independientes, esto se observa en la tabla N° 11.

**TABLA N° 10: RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN Y LA
CALIDAD DE LOS CITT - POLICLINICO GUILLERMO KAELIN DE LA
FUENTE – 2014**

Nivel de Especialidad	Calidad de CITT			TOTAL
	Buena	Regular	Mala	
Médico General	79	104	43	226
Médico de Familia	60	52	12	124
TOTAL	139	156	55	350

p: 1.5 , que es mayor de 0,05, por lo que se acepta hipótesis nula y se rechaza la hipótesis general

Fuente: Historias clínicas y CITT de auditoria.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Los médicos de atención primaria en el Perú son en su mayoría médicos generales, la formación de especialista escolarizados para este nivel de atención data de hace pocos años, los médicos especializados en medicina familiar y comunitaria actualmente son considerados especialista de prioridad nacional justamente porque con ellos se busca resolver la necesidad de médicos especialista en el primer nivel de atención, sin embargo son muy pocos los establecimientos de salud que pueden contar con un número considerable de estos especialistas y el policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente es un establecimiento categorizado como I-3, que tiene entre sus fortalezas la posibilidad contar con 24 de estos especialistas, además de otros 24 médicos generales capacitados.^{32, 33, 34, 35}

Si bien dentro de las capacidades que debe contar el médico peruano no se encuentra estandarizada la certificación de incapacidades, es un hecho que en el trabajo diario muchos pacientes con enfermedades o accidentes de severidad importante nos exijan o soliciten su certificación de incapacidad para laborar, y más aún cuando se trata un establecimiento de ESSALUD.^{33, 34} Los médicos de familia durante su formación de tres años adquiere una serie de conocimientos y destrezas que lo ponen en ventaja frente a un médico general y parecería estar más calificado para emitir adecuadamente los CITT, sin embargo nuestros resultados son contradictorios, puesto que no se encontró una relación significativa entre nuestras variables, si bien en nuestras fuentes revisadas no hemos podido encontrar datos sobre esta relación, resultados como el de Foley

M. et al y de Anton García et al, nos lleva a pensar que existe otros factores que intervienen para una adecuada certificación de incapacidad como puede ser la complejidad de la decisión del médico certificador, la presencia de pacientes demandantes, la falta de entrenamiento en las certificaciones, o factores externos como es la presión del seguro social a reducir costos en subsidios por incapacidad, o la de los empresarios a perder horas de producción, entre otros. Pero entre todas estas, considero que la capacitación del personal médico es la de mayor importancia, ya lo había determinado Wahlstrom al referir que había un desconocimiento de la normatividad en los certificadores por falta de capacitaciones y también Mikaelson cuando evidencia una reducción significativa de las quejas asociadas a las decisiones en los certificados médicos otorgados. En el policlínico Guillermo Kaelin todo médico que ingresa a laborar es capacitado en la administración de los certificados de incapacidad, quizá esta sea el factor que haya recortado la diferencia entre los médicos familiares y generales al certificar una incapacidad.^{8, 9, 11, 15}

Los 350 casos evaluados son una muestra representativa del total de CITT emitidos por los médicos de atención primaria del Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente de Villa María del Triunfo durante el 2014.

A diferencia de lo determinado por Anton García et al, donde las mujeres son las que presentan más atenciones que justifiquen un CITT, nuestros resultados evidencian una proporción bastante similar entre ambos sexos.¹⁵

El 100% de las atenciones fueron en consultorio externo, al igual que Diaz y Peralta la enfermedad común y el accidente común son las contingencias más frecuentes, aunque ellos también reportaron accidentes laborales, contingencia no reportada en la muestra evaluada.⁷

Los diagnósticos encontrados como más frecuentes revelan que son las patologías osteomusculares y las infecciones agudas tanto respiratorias como digestivas las que más justifican un CITT en un establecimiento de primer nivel, Wynne-Jones et al, en el Reino Unido determinaron que los problemas de salud de mental y los osteomusculares fueron las más frecuentes, en nuestra realidad los problemas de salud mental no fueron identificados como causa de certificación de incapacidad, quizá porque su detección sea de mayor complejidad o simplemente el paciente refiere dolencias físicas, más se reserva o no identifica problemas de salud mental, lo que no implica que no las tenga y que el personal de salud, no haga el esfuerzo para su detección. Álvarez et al, en España identifican a la lumbalgia y el resfrió común como las 2 primeras causas de incapacidad para laborar lo que coincide con nuestros resultados, situación similar encuentran García et al, en España, siendo las patologías osteomusculares (30,6%), infecciosas (23%), los trastornos mentales (7,9%) y los trastornos digestivos (7,2%), las más frecuentes, donde nuevamente resalta los problemas de salud mental que en nuestro medio se encuentra probablemente subregistrada.^{13, 14, 15}

En lo que respecta al tiempo de incapacidad en establecimientos de atención primaria, Villaplana et al, en España determinaron una media de 32 días, también Álvarez et al, en España encuentran una media de 36.9 días en medio urbano. Además García et al, en España encuentran una media 50.2 días, la cual contrasta de manera radical con lo obtenido en nuestro estudio puesto que la media encontrada es 2.52 días de incapacidad, lo que implicaría que los criterios de expedición de ESSALUD sean algo más restrictivos para los días de incapacidad con respecto a los europeos, en vista que las patologías que se

detectan son bastante similares adicional a esto el acceso a los servicios de salud para patologías agudas y comunes en nuestro medio aún tiene algunos limitaciones, por la alta demanda y deficiente oferta de servicios que muchas veces suelen desbordar la capacidad de los servicios ofertados en los establecimientos de atención primaria, tal es así que podemos afirmar que muchos enfermos de patologías comunes y agudas nunca llegan a tener un servicio de salud o cuando los llegan a tener ya resolvieron dicho problema. ^{10, 14,}

15

El registro del trabajo habitual es el criterio que más deficiencia se ha detectado un 48.9% de las atenciones no la registran, sin embargo de los registrados podemos ver que la categoría ocupacional más frecuente de las asegurados adscrito al establecimiento es la de obrero en un 92% y solo un 8% de empleados.

Con respecto a la calidad de los CITT solo un 39.7% cumplió con registrar los 4 criterios de expedición de CITT en la historia clínica, sin embargo encontramos un nivel de adecuación de los días de incapacidad con los diagnósticos plateados de 83,4%, siendo inadecuado el 16.6%, de estos resultado excesivo en un 6.9% y escaso en un 9.7%, al compararlo con los resultados de Díaz y Peralta que determinaron un 18.3% de inadecuados, donde un 9.5% fueron excesivos y un 8.8% fueron escasos; situación similar en los resultados de Grillo y Zevallos, donde también determinaron 7.89% de inadecuados, donde 7.24% fueron excesivos y un 0.65% fueron escasos; solo que estos datos son tomados del total de historias clínicas evaluados lo que no sucede en la mayoría de estudios no donde se detectan y se limitan por un número importante de observaciones

administrativas ya sea por la falta de historias clínicas o por falta de registro de la atención, lo que no sucede en nuestro estudio porque en el establecimiento se registra en historia clínica digital y el registro es estrictamente necesario para el otorgar el CITT.^{7, 19} No se ha detectado en el estudio médicos que no cumplen con registrar por lo menos un criterio de expedición de CITT, sin embargo los considerados de mala calidad son un 15,7% de los evaluados, este tipo de análisis no se encuentra en ninguna de nuestras fuentes, por lo que puede servir como línea de base para otros estudios.

Los certificados de incapacidad observados en nuestro estudio son bastante elevados por el mismo motivo explicado en el apartado anterior sobre el nivel de adecuación de los CITT, se observó 60.3% de certificados, estudios como el de Llanos et al, determinaron un porcentaje de observados en establecimientos de salud de ESSALUD tales como: Hospital Almenara (74.47%), Policlínico Ramón Castilla (73.71%), Hospital Rebagliati (73.71%), hospital de Vitarte (71.6), también Díaz y Peralta obtuvieron un 79.8% de observados en el hospital Almanzor Aguinaga de Chiclayo, Lo que nos hace evidenciar que el nivel de observados no se relaciona con el nivel de complejidad de los establecimientos. Sin embargo nuestros resultados tienen entre 11 a 20% menos errores que de los otros establecimientos mencionados, una mejora significativa quizá debida por la implementación de capacitaciones para los médicos certificadores y/o también debido al uso de historias clínicas informatizadas que permiten limitar los errores administrativos.

El cumplimiento de los criterios de auditoria es evaluado en muchos estudios previos pero nuestros resultados distan mucho de los encontrados en nuestras referencias. El acceso de la historia clínica y el registro de la atención en la

misma es una constante en estas referencias, pero en nuestro caso la historia clínica informatizada o digital, nos permite tener un cumplimiento al 100%.

De estos criterios, de los que registran atención solo un 65.4% registra que otorga CITT a pesar de quedar una copia digital del CITT otorgado en la historia clínica, lo que haría una especie de CITT de auditoría el cual si está presente en el 100% de nuestras atenciones. Estudios como el de Llanos et al, identifican un 54.5% en el cumplimiento de este criterio, pero en su mayoría evaluados por la presencia del CITT de auditoría en la historia clínica. De los que registran CITT en la historia clínica solo el 82.5% registran la fecha, y en ellos hay un 100% de concordancia, pero esto representa solo el 54% (189) del total de evaluados (350), Díaz y Peralta, reportan en este criterio 62.2% de cumplimiento en los que registran fecha. La concordancia de los días de incapacidad en la historia clínica y el CITT fue de 65.4% de total de CITT evaluados, pero al considerar solo los que registran CITT en la historia clínica, habría un 100% de cumplimiento, Díaz y Peralta reportan valores de 81.7% de cumplimiento en los que registran CITT en la historia clínica. La evaluación de la relación del diagnóstico y los días de incapacidad es reflejada en la adecuación de los días de incapacidad, dato ya evaluado en apartados anteriores. Al tener un sistema informatizado de la historia clínica podía esperarse una concordancia perfecta entre el diagnóstico en la histórica clínica y el CITT, sin embargo hay un error de 4% en este criterio, esto podría deberse a que en atención primaria se intenta dar atención integral al paciente describiendo múltiples diagnósticos desde actividades preventivo promocionales, patologías agudas y crónicas, estado nutricional y estados secuelares, los cuales podrían generar distracción a la hora de otorgar el CITT puesto que este es directamente

administrado por el médico evaluador, sin intermedio de personal administrativo como sucede en otros establecimientos.^{7, 18, 19}

Lo que respecta al uso adecuado de la guía de calificación de incapacidad esta relacionado al cumplimiento de los criterios de calidad evaluados, siendo un dato que las referencias no reportan, muchas veces por las limitaciones propias de las historias clínicas físicas entre las cuales van desde la ausencia de la historia misma, ausencia de registro de la atención, ausencia de los criterios mismo en el registro, ortografía compleja de leer, entre otros, limitación que para este estudio no ha sido un problema.^{7, 18, 19}



CONCLUSIONES

1. Luego de haber analizado los resultados obtenidos podemos afirmar que, si bien la experiencia ganada por haber realizado una especialización médica constituye una fortaleza a la hora de abordar un problema de salud, ello no garantiza necesariamente otorgar un CITT de buena calidad, como cumplir con todos los criterios de expedición, así como cumplir con todos los procesos que implica dicho acto médico, puesto que no hemos detectado una relación significativa entre estas dos variables.
2. Otros factores parecen también influir en la emisión de CITT de calidad, de ellas la capacitación en materia de CITT, impresiona tener mayor relevancia, en nuestro estudio todos los médicos pasaron por una capacitación previa, lo que pudo haber influido en la obtención de resultados bastante similares en ambos niveles de especialización.
3. El policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente, ha sido categorizado recientemente como tal por el ministerio de salud (nivel I-3), y este establecimiento se diferencia de sus pares, pues posee más médicos de atención primaria con especialidad en esta área, ya que cuenta con 24 médicos de Familia, además de 24 médicos generales capacitados en atención primaria de la salud.
4. Los médicos de familia son los especialistas en la atención primaria de salud del policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente que tiene el reto de mejorar la salud de sus asegurados y reducir progresivamente los días de incapacidad por CITT.

5. La calidad de los CITT evaluados es representativo del total de CITT otorgados durante el 2014, si bien solo 39.7% fue de buena calidad, si los asociamos con el de regular calidad estos representarían el 84.3%, quedando solo un 15.7% de CITT categorizados como de mala calidad por registrar menos de tres de los cuatro criterios establecidos. Por otro lado al considerar los criterios de auditoria del CITT detectamos un 60.3% de CITT que presentan una o más observaciones lo que coincide con los resultados obtenidos de calidad.
6. Nuestros resultados obtenidos son bastante alentadores con respecto a nuestras referencias, pudiéndose detectar algunas fortalezas como la historia clínica informatizada, personal médico especializado en atención primaria de la salud, capacitación del personal médico en temas de certificación de incapacidades, gestión autoadministrada de la atención médica y certificación de incapacidades del médico, así también algunas debilidades observadas como puede ser la de tener una gran población asignada (250000 asegurados), muchos de ellos con pluripatologías y altamente demandantes, el ser un establecimiento nuevo que viene implementado mejoras progresivas a fin de ofrecer mejores servicios, podría limitar el acceso a las atenciones sobre todo de patologías comunes agudas.

RECOMENDACIONES

1. La evaluación de la calidad de la certificación de las incapacidades representa la medición del cumplimiento de las normas institucionales, el cual es evidenciado con el adecuado registro de este acto médico en la historia clínica. Por lo que debería considerarse un proceso de auditoría médica para evaluación de la calidad de los servicios prestados.
2. El poseer un entrenamiento especializado no parece ser suficiente para otorgar un certificado de incapacidad temporal para el trabajo de buena calidad, quizá debido a que en los planes curriculares no se incluyen competencias en esta área, por lo que este estudio puede servir como punto de partida para próximos estudios que busquen implementar competencias en certificación de incapacidades en la formación médica.
3. Al considerarse a la certificación de incapacidades un proceso complejo es recomendable implementar las capacitaciones periódicas sobre certificación de incapacidades en el personal médico.
4. Los médicos de atención primaria por ser el primer contacto con los pacientes y tener un manejo longitudinal de los mismo serían los médicos recomendados a cubrir la brecha de déficit de médicos especialistas en el primer nivel de atención.
5. La implementación de un sistema autogestionado de certificación de incapacidad asociado a la historia clínica informatizada, permite romper las barreras administrativas encontrados en una gestión clásica con historia clínica física y gestión administrativa de dichas historias, y permiten dilucidar las limitaciones propias de la labor asistencial del médico, por lo

que los gestores de salud deberían considerar el uso de estas tecnologías en la gestión sanitaria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, Artículo 1, acápite 1.2. ESSALUD, (29-01-1999).
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Artículo 9: Prestaciones. ESSALUD, (15-05-1997).
3. Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001, 2001 “Normas para expedición, registro, distribución y control de certificados de incapacidad temporal para el trabajo – CITT”, (13-12-2001).
4. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Madrid, España. Boletín Oficial de Estado, N° 176, (21-07-2014).
5. León F. coordinador. Manual para el manejo en Atención Primaria: Incapacidad Temporal, Grupo Lex Artis, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, España, 2008.
6. Lofgren A, Hagberg J, Arrelov B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scand J Prim Health Care. 2007; 25: 178–85.
7. Díaz-Vélez C, Peralta Lui F. Calidad de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo emitidos en un hospital ESSALUD. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA. 2013; 6(1): 46-49
8. Wahlstrom R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology

- Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. Scand J Public Health. 2004; 63(Suppl):222–55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15513660>.
9. Mikaelsson B. Insurance medicine training--a cost effective initiative. Lakartidningen. 2000 Nov 15; 97(46):5324-7. Disponible en [http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/11116871/\[Insurance_medicine_training__a_cost_effective_initiative\]](http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/11116871/[Insurance_medicine_training__a_cost_effective_initiative])
 10. Sáez C., Meseguer M., García-Izquierdo M., Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. Atención Primaria (Esp.). 2015; 47(2):90-98.
 11. Foley M., Thorley K., Denny M. "The sick note": a qualitative study of sickness certification in general practice in Ireland. Eur J Gen. Pract. 2012 Jun; 18(2):92-9. doi: 10.3109/13814788.2012.672967. Epub 2012 May 8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22563782>.
 12. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, and Dunn KM, What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review, Scand. Journals, Prim. Cuidado de la Salud. 2010; 28 (2): 67-75.
 13. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ and Dunn KM, Sickness certification and the GP: what really happens in practice?, Oxford Journals, Medicine & Health Family Practice. 2010; 27 (3): 344-350.
 14. Álvarez E, Llergo Muñoz A, Vaquero M. Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. Atención Primaria. 07/2009; 41(7):387-393.
 15. Antón F, Lloréns G, Catalán J, Rodríguez M, Características evolutivas de

- la incapacidad temporal en un centro de salud. SEMERGEN - Medicina de Familia. 07/2009; 35(6):265-269.
16. Swartling MS, Alexanderson KAE, Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification: An interview study with Swedish general practitioners. Scand J Public Health 2008;36:408–14
17. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlstrom RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: A survey of 3997 Swedish physicians. Journal of Occupational Rehabilitation; 2007 septiembre; 17(3): 398-408.
18. Llanos F, Leyva F, Miranda J, Mayca J, Zeballos C. Auditoría médica concurrente de certificados de incapacidad temporal para el trabajo. Rev Med Hered. 2002; 13 (1): 26-31.
19. Grillo Rojas P, Zeballos palacios C. Auditoria aleatoria retrospectiva de la emisión de descansos médicos del Hospital de Chimbote – Gerencia departamental Ancash (Perú). Medicina General. 2000; 27: 44-750.
20. Gérvas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clín (Barc). 2007; 128 (14):540-4.
21. Bentzen N. An international glossary for general/family practice. Fam Pract. 1995; 12:341-69.
22. Abreu L, Cid A, Herrera G, Lara J, Laviada R, Rodríguez R, Sánchez J. Perfil por Competencias del Médico General Mexicano. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C; 2008.
23. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Formación en salud Familiar y Comunitaria. Lima-Perú: MINSA; 2011.
24. Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2014. Normas y Procedimientos para la

- Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en ESSALUD. Normas Legales. ESSALUD, (23-12-2014).
25. Instructivo N°-CMACITT-GDLIMA-ESSALUD-2003. Criterios para la Expedición del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo. ESSALUD; 2003.
 26. USMP, Facultad de Medicina, Sección de Postgrado, Reglamento de Tesis, Lima, Perú; 2014.
 27. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005; 83(3):457–502.
 28. Norma Técnica N° 0021-MINSA/DGSP V.01. Categorías de Establecimientos de Sector Salud. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. MINSA. 2004.
 29. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA. Norma de Categorización v.03. MINSA, (13-07-2011).
 30. Milton J.S. Estadística para Biología y Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana: Mc Graw-Hill; 2007.
 31. Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001. Guía de Calificación del Tiempo de Incapacidad Temporal para el Trabajo. ESSALUD, 2001.
 32. Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria. Encuesta sobre la Situación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Perú, 2012. Lima, Peru: SOPEMFYC, 2012.
 33. Suárez-Bustamante MA. La Medicina Familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2008 Jul-Sep;25(3):309-15.
 34. Abril R., Cuba M., Introducción a la Medicina Familiar, *Acta méd. peruana* v.30 n.1 Lima ene./mar. 2013.

35. Cuba F., Romero A., Domínguez S., Medicina familiar en el Perú: camino a la consolidación como disciplina científica, Medwave, Ene/Feb;13(1), 2013.





ANEXOS

Anexo 01

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO	ESCALA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
Médico de atención primaria.	Es un profesional sanitario que ofrece a los individuos y familias atención sanitaria personal, primaria, continua e integral.	Médicos que realizar labor asistencia en establecimientos de primer nivel basado en el modelo de atención primaria de la salud.	Médico de Familia		Nominal	Que firme en historia clínica y certificado de incapacidad temporal como médico de familia.	Si No
			Médico general		Nominal	Que firme en la historia clínica y certificado de incapacidad temporal como médico general.	Si No
Certificados de Incapacidad Temporal para Trabajar (CITT)	Es un documento oficial de ESSALUD, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad) y la duración del período de incapacidad temporal para el trabajo	Es un documento oficial de ESSALUD, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad) y la duración del período de incapacidad temporal para el trabajo	CITT de buena calidad		Nominal	Cumple los 4 criterios de expedición de CITT.	Presencia Ausencia
			CITT de regular calidad		Nominal	Cumple solo 3 criterios de expedición de CITT.	Presencia Ausencia
			CITT de mala calidad		Nominal	Cumple solo 2 o menos criterios de expedición de CITT.	Presencia Ausencia

ANEXO 02

Guía de Observación de Historia Clínica

Nº: _____

1. Nivel de especialización del médico de atención primaria:
 - a. Médico General
 - b. Médico de Familia
2. Sexo del médico que otorga el CITT: F - M
3. Presencia de criterios de expedición de Certificado de Incapacidades Temporal para el Trabajo (CITT) en historia clínica:
 - a. Describe la severidad de la Enfermedad o accidente del asegurado
SI NO
 - b. Incluye la actividad laboral habitual del asegurado
SI NO
El cual es _____
 - c. Especifica el tratamiento instalado al paciente
SI NO
 - d. Describe los factores complementarios del paciente
SI NO
 - e. No cuenta con ninguno de los criterios anteriores
SI NO
4. La edad del paciente es: _____
5. El Sexo del paciente es: F - M
6. Diagnostico que motiva el CITT: en Historia clínica _____ en CITT _____ coinciden: SI NO
7. Días de discapacidad otorgadas por la atención: _____
8. El tiempo de incapacidad es: ADECUADO - EXCESIVO - ESCASO
9. Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD - ACCIDENTE COMUN – ACCIDENTE LABORAL
10. Numero de empleadores del asegurado: 1 – 2 – 3
11. Se dispone de Historia Clínica (HCL): SI - NO
12. Se registra la consulta en Historia Clínica: SI - NO

13. Se registra que se otorga CITT en HCL: SI NO,
14. Se registra el número de días de incapacidad en Historia clínica: SI - NO,
Coinciden los días en HCL y CITT: SI NO
15. Se registra la fecha de incapacidad en Historia clínica: SI - NO, Coinciden
las fechas en HCL y CITT: SI NO
16. Fecha de atención _____, fecha que inicia CITT: _____



ANEXO 03

INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN DEL TIEMPO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

Anexo 5 de la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001

CRITERIOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO (CITT)

El médico cirujano y el odontólogo, acreditados y autorizados por ESSALUD, utilizarán los Criterios de la “Guía de Calificación del Tiempo de Incapacidad Temporal para el Trabajo” (Anexo 5 Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001), a fin de expedir los CITT correspondientes. En el caso del Descanso por Maternidad, excepcionalmente, se faculta al profesional de Obstetricia a expedir el CITT, en ausencia de profesional médico.

Estos criterios, que deben complementarse y correlacionarse adecuadamente, son los siguientes:

- Severidad de la enfermedad o daño.
- Trabajo Habitual.
- Tipo de tratamiento o procedimiento empleado.
- Factores complementarios.

1. Severidad de la enfermedad o daño

Se determina de acuerdo al criterio médico, teniendo en cuenta el grado de lesión recuperación y limitación de la función (física y/o mental) en correlación con el tipo de trabajo que desempeña el asegurado.

Con fines operacionales que permitan supervisar el acto médico que genera el CITT, se establecen tres grados de severidad.

- a. Leve: para los casos cuya resolución requiere de tratamiento ambulatorio, no siendo necesario descanso físico domiciliario y/u hospitalización.
- b. Moderada: cuando se requiere de tratamiento ambulatorio y sea necesario descanso físico domiciliario.
- c. Severa: cuando requiere de hospitalización para su tratamiento.

2. Trabajo Habitual

Es la labor remunerada a la cual comúnmente se dedica el asegurado, cuya consecución puede verse afectada como consecuencia de una enfermedad o daño (accidente).

La certificación médica por incapacidad que se otorga a los asegurados regulares activos, debe estar relacionada con la labor habitual que desempeñan. Para ello

se debe considerar la medida en que la enfermedad o daño afecta al asegurado en el desempeño de su trabajo habitual, y si éste merma o no su capacidad para ejecutarlo, que determine consecuencias personales o a terceros, debiendo además asociarse al comportamiento epidemiológico, el cual puede influir en la propagación de la patología.

La correlación de la enfermedad o daño con la merma que le ocasiona al asegurado para desarrollar su actividad laboral en un determinado tiempo, pretende determinar el número de días de incapacidad adecuado a otorgarse.

Para entender mejor el concepto, apelamos al ejemplo de un mismo tipo de fractura en el miembro inferior de un abogado, un futbolista y un ascensorista, como es de suponer la merma para el desarrollo de su trabajo y la reincorporación a su actividad laboral habitual, es diferente para cada caso, siendo el más afectado el futbolista. Como conclusión, si sólo se considera el criterio de severidad de la enfermedad o daño, a todos ellos se le otorgaría un número igual de días de incapacidad, pero al correlacionarlo con el trabajo habitual, determina un número diferente de días de incapacidad para cada uno de ellos.

Con fines operacionales que permitan supervisar el acto médico que genera el CITT, se establecen tres grados de interferencia o afectación.

- a. Leve: poca interferencia o afectación del trabajo habitual.
- b. Moderada: discreta interferencia o afectación del trabajo habitual.
- c. Severa: no le permite realizar su trabajo habitual.

3. Tratamiento y/o Procedimientos

Son todas las medidas, medios, productos utilizados y actividades realizadas dirigidas a la resolución de la enfermedad o daño, los cuales pueden influir en la evolución clínica y recuperación del asegurado, convirtiéndose en un factor determinante para la elección del período de incapacidad a otorgarse (vgr. terapias, abordaje quirúrgico, exámenes auxiliares, etc.).

Por ejemplo la determinación del periodo de incapacidad por el tratamiento de la Litiasis Renal, en estos casos puede realizarse cirugía a cielo abierto, cirugía laparoscópica y litotricia, apreciaremos los diferentes comportamientos y podremos deducir como merman al trabajador en su trabajo habitual, deduciendo que el expuesto a cirugía a cielo abierto independientemente al diagnostico, orienta al tiempo de días de incapacidad a otorgarse.

4. Factores Complementarios

Son aquellas condiciones internas o externas (organismo – medio ambiente) que deben ser tomados en cuenta para la elección del período de incapacidad. Estos factores son: La edad, el sexo, enfermedades concomitantes, situación geográfica, accesibilidad y disponibilidad de servicios, referencias y contrarreferencias, etc.

En muchos casos los descansos médicos se prolongan por tratamientos tardíos e inoportunos, referencias y contrarreferencias incoordinadas y muchas veces innecesarias.

Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo.

De acuerdo a los criterios para la expedición de CITT, que deben ser complementarios a efectos de obtener estándares personalizados de CITT, se desarrolla una matriz o tabla de evaluación para la calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo, la cual presentamos a continuación:

CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

(1)	(2)	(3)	
CRITERIOS / CALIFICACIÓN	LEVE	MODERADO	SEVERO
Severidad de enfermedad o daño		X	
Trabajo habitual		X	
Tipo de tratamiento o procedimiento	X		
Factores complementarios	X		

El puntaje que se otorga a cada rubro, oscila entre 1 y 3 puntos, siendo el menor, para los casos leves, el intermedio para los moderados y el mayor para los severos, en cada una de las consideraciones.

CRITERIO	Severidad de enfermedad o daño	Trabajo habitual	Tipo de tratamiento o procedimiento	Factores complementarios
CALIFICACION	2	2	1	1

Para la calificación final, se considerará la sumatoria de los cuatro criterios, siendo la escala de acuerdo al siguiente esquema:

NIVEL	PUNTAJE	DIAS DE INCAPACIDAD
I	4 a 6	1 a 7
II	7 a 9	8 a 15
III	10 a 12	16 a 30

El Nivel I → correspondería a un tiempo de incapacidad temporal para el trabajo, el cual puede variar entre 1 a 7 días.

El Nivel II → correspondería a un tiempo de incapacidad temporal para el trabajo, entre 8 a 15 días.

El Nivel III → correspondería a un tiempo de incapacidad temporal para el trabajo, entre 16 a 30 días.

EJEMPLOS DE CALIFICACIÓN

Ejemplos de trabajo habitual

Debemos considerar, en que medida el daño afecta al asegurado en el desarrollo de su trabajo habitual y asimismo la asociación epidemiológica.

a) Una fractura de fémur que ocurra:

En un futbolista vs Un abogado

En este caso quien se verá más afectado y necesitará más tiempo para reinsertarse en su actividad laboral será el futbolista, el abogado podría hacerlo mucho antes, dado las características de su trabajo.

CRITERIO	Severidad de enfermedad o daño	Trabajo habitual	Tipo de tratamiento o procedimiento	Factores complementarios
CALIFICACION FUTBOLISTA	3	3	3	1
CALIFICACION ABOGADO	3	2	3	1

Calificación Futbolista → 10 puntos que equivale a Nivel III, al cuál se le puede otorgar como mínimo 16 días y como máximo 30 por CITT.

Calificación Abogado → 09 puntos que equivale a Nivel II, al cuál se le puede otorgar como mínimo 8 días y como máximo 15 por CITT.

- b) En el caso de fiebre tifoidea que afecta a un cocinero y a un carpintero. En el cocinero, utilizando el criterio epidemiológico necesitará mayor tiempo de incapacidad temporal que el carpintero.

Ejemplos de tratamiento o procedimientos

Además de considerar lo anterior, hay que ir cambiando los estándares en la medida que nuevas tecnologías se incorporen en la práctica de la Seguridad Social.

- a) En el caso de una litiasis renal se pueden practicar lo siguiente:
- Cirugía convencional, necesitará por lo menos 15 días de incapacidad temporal.
 - Cirugía Laparoscópica, necesitará por lo menos 04 días.
 - Litotricia, por lo menos un día.

CRITERIO	Severidad de enfermedad o daño	Trabajo habitual	Tipo de tratamiento o procedimiento	Factores complementarios
CIRUGIA CONVENCIONAL	2	1	3	1
CIRUGIA LAPAROSCOPICA	2	1	2	1

Calificación con cirugía convencional → 07 puntos que equivale a Nivel II, al cuál se le puede otorgar como mínimo 08 días y como máximo 15 por CITT.

Calificación con cirugía laparoscópica → 06 puntos que equivale a Nivel I, al cuál se le puede otorgar como mínimo 01 día y como máximo 07 por CITT.

b) En el caso de un tumor de hipófisis se puede practicar lo siguiente:

- Cirugía clásica (vía Pterigonal), el paciente necesitará 12 días.
- Cirugía vía trans-esfenoidal, se necesitará por lo menos 08 días.
- Terapia con Gamma Knife, solo 2 días.

Ejemplos de factores complementarios

Evaluar cada caso en particular, considerando la edad, sexo, estado general del paciente, o la presencia de otras enfermedades que prolonguen el tratamiento o que influyan en la recuperación del asegurado.

Por ejemplo, en el caso de una mujer de 60 años con osteoporosis que presenta fractura de fémur, además de los días de recuperación considerados para una persona sin estas características, necesariamente se considerará añadir más días.

Asimismo en el caso de un paciente que presente fiebre tifoidea y a la vez tenga cirrosis hepática. Sus periodos de incapacidad se podrían sumar, teniendo en cuenta siempre la normatividad vigente.

Observando los aspectos operativos, por ejemplo ante la ausencia de una oferta de servicios en particular en un Centro Asistencial se tendrá necesariamente que

referir al paciente, conlleva a una pérdida de días laborables por lo que nos vemos en la necesidad de prolongar la incapacidad temporal.

