

INCAPACIDAD MÉDICA PROLONGADA Y DICTÁMENES DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL ANÁLISIS DE 50 CASOS EVALUADOS EN EL CENDES – UNIVERSIDAD CES¹

JAIME IGNACIO MEJÍA PELÁEZ²

Resumen

La incapacidad médica prolongada es aquella que se extiende en el tiempo, por un periodo superior al patrón establecido para el diagnóstico o por el curso normal de la misma. Distintas sociedades científicas de orden mundial en consenso con la mejor evidencia, propenden por una recuperación y rehabilitación oportuna en equilibrio con el adecuado manejo de dinámicas sociales y económicas involucradas.

En nuestro ejercicio de peritación de pérdida de capacidad laboral de la Universidad CES durante los últimos 11 años, hemos encontrado que dichos procesos en su gran mayoría contienen como elemento común, la incapacidad medica prolongada asociada a los procesos de enfermedad, hecho este que nos llamó la atención y motivo para realizar esta revisión.

Su prescripción es una actividad no ampliamente discutida y entendida dentro de la práctica clínica diaria de los médicos de la seguridad social, a pesar de tener importantes consecuencias en la dinámica de la consulta del médico, para el trabajador, las empresas, la institución prestadora de servicios y el asegurador. Los médicos que expiden la incapacidad no siempre están conscientes de la responsabilidad que supone manejar los recursos, siempre limitados, que la sociedad les asigna para su buen uso.

Luego de analizar componentes involucrados en la incapacidad, como son los jurídicos, normativos, éticos, sociales, económicos entre otros y analizados los expedientes de 50 casos enviados por los distintos juzgados laborales de Medellín y otras ciudades del país, para que fuera el Cendes de la Universidad CES como institución académica y en ejercicio como auxiliar de la justicia, para emitir concepto de pérdida de capacidad laboral, concluimos la necesidad de revisar el contexto y el proceso interno de emisión de la incapacidad médica que se prolonga en el tiempo desde las instituciones involucradas del SGSSS con miras a proponer mejoras al mismo y en aras de la búsqueda de hacer más eficiente el sistema de salud

¹ Producto de Monografía Especialización Auditoría y Calidad en Salud

² Médico Especialista en Valoración de Daño Corporal, Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional, Estudiante de Auditoría de Calidad en Salud Universidad CES, sede Medellín. Correo electrónico: PCLD2008@gmail.com

todo bajo parámetros de calidad, pertinencia, seguridad, accesibilidad, continuidad y oportunidad.

Palabras clave: Incapacidad médica prolongada, pérdida de capacidad laboral, Discapacidad, tiempo óptimo de incapacidad temporal, tiempo estándar por incapacidad temporal.

Summary

A prolonged medical disability is defined as one that extends over time, for a period longer than the established pattern for the diagnosis or for longer than its normal course. Different scientific societies around the world, in consensus with the best evidence, aim for a recovery and appropriate rehabilitation balanced with proper management of social and economic dynamics involved.

Its prescription is not a commonly discussed and understood activity within the daily clinical practice of social security doctors, despite of having important consequences in the dynamics of a doctor's consultation process, for the worker, the companies, the institution that provides services and the insurer. Physicians who issue a disability are not always aware of the responsibility that managing the resources implies. These ones are always limited and society assigns them for its proper use.

After analyzing components involved in medical disabilities, such as legal, regulatory, ethical, social, economic, among other factors, and analyzing the files of 50 cases involving the different labor courts of Medellín and other cities in the country, and being The CES University the academic institution practicing as an auxiliary of justice, to issue the concept of loss of work capacity, we conclude that there is a necessity to review the context and the internal process of issuance of a medical disability that prolongs over time from involved SGSSS institutions with the purpose of proposing improvements and in pursuit of improving the efficiency of the health care system, all under parameters of quality, relevance, safety, accessibility, continuity and opportunity.

Key words: Prolonged medical disability, loss of work ability, disability, optimal time of temporary incapacity, standard time for temporary incapacity.

PROPEDÉUTICA

La incapacidad médica prolongada es aquella que se extiende en el tiempo, por un periodo superior al patrón establecido por el diagnóstico o por el curso normal del mismo (1).

Distinto es la incapacidad médico-legal, la cual se fija únicamente con los criterios clínicos de tiempo de reparación de la alteración orgánica y/o fisiopatológica causada en sintonía con la gravedad de la lesión y es un concepto que nada tiene que ver con la incapacidad médico laboral.

La incapacidad médico-legal definitiva se fija cuando las lesiones ya terminaron el proceso de reparación de la alteración orgánica y/o fisiopatológica causada y constituye un concepto que busca aproximarse al tiempo real de reparación del daño a los tejidos. No tiene en cuenta por lo tanto períodos de rehabilitación funcional y capacidad para reincorporarse al trabajo habitual.

La incapacidad medico-legal, es tema de estudio en algunos programas de ciencias de la salud como medicina, odontología y psicología, pero nada se dice de la incapacidad laboral. Este es otro punto a tener en cuenta sobre el desconocimiento de los profesionales de la salud al momento de emplear mal dicho concepto.

La problemática en el control de las Incapacidades Temporales (IT) por contingencias comunes surge cuando algunos trabajadores tienden a prolongar su incapacidad temporal por motivos sociales, socio-familiares, laborales o por puro rentismo. (2).

Generalmente en las universidades no hay una cátedra que forme a los profesionales en los diferentes niveles de educación (pregrado y posgrado), en una metodología para la prescripción y seguimiento de la incapacidad temporal. De manera habitual el conocimiento sobre aquellas, se adquiere en forma empírica, lo que puede conllevar a una prescripción inadecuada desde todo punto de vista, con consecuencias de orden médico, administrativo, ético y legal (3).

La ausencia prolongada de las actividades normales, incluyendo el trabajo remunerado, causa detrimento en el bienestar mental, físico y social. Por lo tanto, entre más pronto el retorno al trabajo, mejor. Si la incapacidad se prolonga, los trabajadores tienden a adoptar una actitud de enfermo y adoptan hábitos que después les cuesta trabajo dejar (4).

La prescripción de la incapacidad es una actividad no ampliamente discutida y entendida dentro de la práctica clínica diaria de los médicos de la seguridad social, a pesar de tener importantes consecuencias en la dinámica de la consulta del médico, para el trabajador, las empresas y la institución. Los médicos que expiden la incapacidad no siempre están conscientes de la responsabilidad que supone manejar los recursos, siempre limitados, que la sociedad les asigna para su buen uso (4).

Las incapacidades laborales largas suponen ante todo elevados costes en «capital humano» y costes en «capital salud» del trabajador de graves consecuencias; las incapacidades médicas largas son un tema de salud

pública con enormes repercusiones en el sistema económico y de prestaciones del sistema público de salud y de prestaciones de la seguridad social (5)

Una incapacidad médica es el reconocimiento económico que obtiene un trabajador durante el tiempo que está inhabilitado física o mentalmente para desarrollar sus labores, la cual trata de compensar de alguna forma los efectos de la disminución o pérdida de la salud que pueden afectar el patrimonio de las personas cuando las capacidades están mermadas. Dicho reconocimiento es otorgado por la EPS o la ARL dependiendo a quien le toca asumir dicha contingencia (6).

La gestión eficaz de la incapacidad temporal es una necesidad tanto social como ética, y para ello es básico disponer de buenos sistemas de información que nos ayuden a seguir los episodios y los factores pronósticos(7).

La expedición de la incapacidad es una certificación médica que toma en cuenta, además de factores puramente clínicos, la valoración de las condiciones psicofísicas del trabajador y las características y condiciones de su puesto de trabajo. Esta certificación brinda al trabajador incapacitado el acceso a subsidios económicos (totales o parciales, según el ramo de aseguramiento) que le permiten el reposo sin pérdida económica, en tanto mejora su condición de salud (4).

Si se conoce el impacto económico e “incapacitante de la pérdida de salud en la población trabajadora se procederá a una mejor gestión y adecuación de recursos públicos destinados a la atención, promoción, prevención, reintegración, y prestaciones en torno a la incapacidad temporal y permanente”(5).

1. MARCO TEÓRICO

Conceptos generales y normatividad del sistema general de seguridad social en salud por incapacidad médica

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS(8).

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de

Solidaridad y Garantía (FOSYGA, hoy día ADRES). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada (8).

La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes y los pensionados deben pagar la totalidad de la cotización. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud, (por sus siglas llamado también como: PBS), antiguamente llamado Plan Obligatorio de Salud (POS) (8).

Quienes cotizan en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad (8).

La incapacidad laboral es un acto médico autónomo y parte de la conducta terapéutica que consiste en indicar el número de días en que la persona no puede realizar su actividad habitual (laboral, escolar o social) (9). El médico cuenta con toda la autoridad para expedir las incapacidades y ante la duda, solo podrá ser revisada por sus pares en una junta, por una norma de orden superior que es estatutaria y no puede limitarse o contravenirse por actos administrativos o la voluntad de las personas a cargo de auditorías clínicas o prestaciones económicas (9).

Si quedaba alguna duda a los agentes y administradores del Sistema de Seguridad Social en Salud sobre los alcances de las prescripciones médicas, incluidas las incapacidades, estas se descartan con la expedición y entrada en vigor de la Ley Estatutaria – ley 1751 de 2015, que es muy precisa en su artículo 17 cuando establece:

Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica y a su vez, se establece el mecanismo que deberá aplicarse para los casos en que existan conflicto o diferencias de opinión sobre un acto médico, lo cual está contenido en el artículo 16 (9).

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente (9).

La incapacidad, concedida por médicos tratantes, debe verse siempre como un instrumento clínico terapéutico, que contribuye a la recuperación de la salud, a costa de un gasto y de unos efectos secundarios que obligan a emplear el mejor juicio del médico en el buen uso de ella (9).

Sobre las incapacidades en las que hay controversia, como aquellas en que el especialista de salud ocupacional o medicina laboral, hoy seguridad en el trabajo, considera que el trabajador está listo para trabajar incluso con recomendaciones o restricciones y el médico de la EPS no, una de las vías es citar a una junta de pares con el médico de salud laboral de la EPS (que puede incluir al especialista o los especialistas clínicos del caso) y manejar la decisión, en cuanto si no hay acuerdo, la ARL no debe asumir la incapacidad y debe ser asumida por la EPS, y el caso terminaría en un proceso judicial. Existen otras vías para dirimir el conflicto planteado en el punto anterior es recurrir a la función de las juntas, establecido por el Decreto 1352 de 2013, artículo 14 (9).

En el 2012 con el decreto ley 019 – artículo 121, (10) también llamado Ley Anti Trámites es quien entra a abolir algunos trámites innecesarios en la Administración Pública entre ellos todo lo referente al reconocimiento de incapacidades laborales y licencias; si el funcionario tiene una incapacidad general, vasta con el simple hecho de reportar esta incapacidad al empleador y este deberá concertar con la EPS o ARL para su pago, el funcionario ya no tiene que ir a realizar los trámites, es el empleador quien deberá pagar el valor de la incapacidad en el mismo periodo en que venía cancelando los sueldos de nómina y reportar la novedad en el mes (10).

En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante (11).

En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad o accidente laboral, todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un reconocimiento económico equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los periodos en que el trabajador reciba regularmente su salario (10).

Para la enfermedad laboral será el mismo subsidio calculado desde el día siguiente de iniciada la incapacidad correspondiente a una enfermedad

diagnosticada como laboral. El período durante el cual se reconoce la prestación de que trata el presente artículo será hasta por ciento ochenta (180) días, que podrán ser prorrogados hasta por períodos que no superen otros ciento ochenta (180) días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación (11).

Cumplido el período previsto en el inciso anterior y no se hubiese logrado la curación o rehabilitación del afiliado, se debe iniciar el procedimiento para determinar el estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez. Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARL continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal (12).

De otra parte, en los incisos 5 y 6 del artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, que modifica el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, a su vez modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, se establece:

“(...) Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador (10).

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto (10).

La prórroga de las incapacidades de origen común a partir del día 181 cesa para la EPS la obligación de pagar la incapacidad, pero si como resultado de la valoración médica que se le haga al paciente se advierte que existen posibilidades de su rehabilitación, la incapacidad se puede ampliar hasta por 360 días más, para un total de 540 días, tiempo durante el cual el trabajador recibirá un subsidio equivalente a la prestación económica que venía percibiendo por la incapacidad. Si al término de esta

prórroga persiste la enfermedad, se deberá proceder a calificar la pérdida de la capacidad laboral del trabajador, pues de ahí en adelante éste dejará de recibir dicho subsidio (9).

En el decreto 1333 del 27 de julio 2018 (6) se definieron algunas obligaciones adicionales específicas, al médico, con relación al tema que tienen efectos prestacionales. Dicha norma también establece que las EPS y demás empresas obligadas a compensar (EOC) reconocerán y pagarán a los cotizantes las incapacidades derivadas de enfermedad general de origen común superiores a 540 días solo en algunos casos(9).

Frente al pago de las incapacidades de origen común superiores a los 540 días, sin concepto favorable de rehabilitación y con una calificación de la pérdida de la capacidad laboral inferior al 50%, el pronunciamiento de la H. Corte Constitucional, ha sido enfático al determinar que será la EPS, la entidad llamada a efectuar el pago de dicha incapacidad, teniendo en cuenta que le asiste el derecho a solicitar el recobro ante la ADRES (13).

Es pertinente recordar que el financiamiento de las prestaciones en especie y económicas no es ilimitada. El dinero que se gasta en una partida disminuye a corto, mediano o largo plazo, la capacidad de invertirse en otra. Así, el gasto en incapacidades temporales compite con inversión en infraestructura, equipamiento o compra de medicamentos (4).

1.1 Incapacidades frecuentes o que se prolongan más de lo esperado.

Son muchos los factores que influyen en la prescripción o prolongación indebida de la incapacidad temporal: insatisfacción laboral, problemática socio-familiar, prolongación de desempleos, despidos pactados, cuidado de hijos, regímenes sin prestación por desempleo, dificultad de acceso al segundo o tercer nivel de atención, escasa respuesta de estos niveles al primer nivel, falta de conciencia de la repercusión real de la prescripción de una incapacidad, etcétera. En resumen, el tiempo del retorno al trabajo depende de la eficiencia en la atención médica, de factores relacionados con el trabajador y del ambiente de trabajo (4), las cuales se detallan a continuación:

- Demoras atribuibles al sistema de atención de la salud. Retrasos en la atención junto con el problema de la incapacidad temporal (o gasto innecesario en el reconocimiento económico) se deriva, en mucho, de la mala organización, el alargamiento de los episodios de atención y la aparición de tiempos muertos. Frecuentemente el médico tratante no es consciente de que cada día de incapacidad temporal cuánto cuesta. Si el costo es importante, la solución debe centrarse en el acortamiento del proceso de la atención clínica y rehabilitación oportuna, brindando atención prioritaria al trabajador incapacitado, evitando poner en peligro la salud y seguridad de otros pacientes.

- Demoras atribuibles al paciente. Tardanza en pedir la cita, confusiones, simulación, búsqueda de ganancia, amplificación de la patología, pues en ocasiones es difícil demostrar que el paciente no tiene el dolor que menciona. Algunos pacientes intentan obtener una pensión o aprovechar la incapacidad para hacer otros trabajos, etcétera.
- Otras causas relacionadas con el ambiente laboral. Pacientes que experimentan una mala adaptación a su puesto de trabajo por falta de ergonomía, estrés o expectativas frustradas, falta de autodisciplina mínima para seguir en su puesto de trabajo, situaciones de desamparo o falta de recursos sociales en los que la incapacidad temporal es la válvula de escape (cuidado de hijos, familiares enfermos, etcétera).
- Situaciones mixtas. Se dan en pacientes con enfermedad incorrectamente valorada, con o sin resolución del padecimiento, que ameritan la incapacidad que exigen, en los cuales se acumulan errores a pesar de la revisión por distintos médicos, quienes al final están más preocupados por deshacerse del aparente simulador que proceder a un diagnóstico definitivo.

Finalmente, en la duración de la incapacidad temporal influye el aplazamiento innecesario de la misma, esto es, la propuesta tardía de la incapacidad permanente o invalidez en situaciones claras de que el paciente no se recuperará. El tiempo de valoración y dictamen por los servicios de salud en el trabajo puede también prolongar innecesariamente el tiempo de incapacidad temporal.

La mitad de los problemas que generan incapacidad temporal por enfermedad general se concentran en el aparato locomotor y, por tanto, su resolución depende en gran medida de capacidades técnicas (diagnósticas y terapéuticas) y de las habilidades de comunicación del médico tratante (4).

1.2 Posición del médico tratante

Algunos médicos clínicos perciben la incapacidad temporal como un terreno pantanoso en el que no siempre se pueden aplicar los mismos criterios a las mismas personas y situaciones. El manejo correcto de la incapacidad temporal para el trabajo requiere un adecuado diagnóstico de los problemas de salud, conocimiento de la legislación y buena comunicación médico-paciente.

Parte del desinterés por este tema radica en la falta de formación específica para la valoración laboral y, por otro lado, en un mal entendido sentimiento de protección de los pacientes. El médico familiar y de otras especialidades no han recibido formación en materia de valoración de la incapacidad. Esto puede verse si se repasan los programas de pregrado y de especialidad: la valoración de la incapacidad temporal no es considerada en la parte del tratamiento de las principales patologías que generan y alargan la incapacidad temporal. Además, pocas veces se trata

el tema en sesiones médicas en las unidades de medicina familiar o en las sesiones médicas de los hospitales.

Algunos médicos pueden pensar que parte de este vacío es la baja incidencia de la incapacidad temporal en una consulta, ya que solo una tercera parte de la población atendida por los servicios médicos en algún momento la requiere (4).

En ocasiones, el asunto de las incapacidades para el trabajo se ve como fuente generadora de conflictos que afecta la relación médico-paciente, que produce tensión al médico, quien, por un lado, enfrenta la presión del trabajador que demanda la incapacidad y, por otro, la presión de la institución en el uso racional de los recursos. La tensión es provocada por creer o no lo que le informa el paciente, la tensión entre el error en el lado falso positivo y el lado falso negativo en la toma de decisión diagnóstica y la tensión entre hacer todo lo posible por cada paciente y la asignación de los recursos limitados entre varios pacientes que lo necesitan.

Desde el punto de vista médico, debe pensarse también en los daños al expedir una incapacidad “solo porque el paciente dijo que la necesitaba”. Con seguridad no se otorga una receta de antibióticos o benzodiacepinas bajo la misma premisa. Una queja del médico familiar es que en ocasiones se ve obligado a prescribir incapacidades por instrucción del médico especialista, sin que en ocasiones se cuente con notas aceptables o incluso sin estar completamente de acuerdo con la opinión de aquel, desentendiéndose en ocasiones el médico especialista de la indicación de una incapacidad o alta que le corresponde (4).

El tiempo de cada certificado de incapacidad temporal no podrá ser mayor a 30 días calendario, guardando una correlación entre el estado clínico, la enfermedad y el número de días prescritos por el tratante (3).

El tiempo máximo acumulado de incapacidad temporal es de 540 días, tanto para eventos de origen común como aquellos de origen laboral y vencido este término deberá adelantarse el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral (3).

El acumulado en días, no debe ser un obstáculo para la prescripción de incapacidad temporal cuando exista pertinencia clínica, es decir que el hecho de que un paciente acumule 90, 180, 360, 540 o 600 días de incapacidad no debe ser un motivo para su prescripción cuando esta es necesaria como parte del proceso de tratamiento y rehabilitación. Caso que no debe confundirse con el paciente que acude a consulta médica solicitando prorroga de incapacidad y en el cual posterior a la evaluación clínica se observa que no existe modificación de su cuadro (se han instaurado secuelas) y se evidencia que ya ha sido calificado con criterios de no invalidez (PCL menor al 50%). En este último escenario, el médico

valorador debe ser claro con el usuario e indicarle que no existen motivos para prescripción de incapacidad temporal y proceder entonces a su reintegro laboral con o sin restricciones o recomendaciones (3).

1.3 Consideraciones éticas

La prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo es un acto médico que implica, al margen de una compleja valoración clínica, evidentes connotaciones sociales, laborales y económicas, exigiéndole al médico no solo el seguimiento clínico continuo, sino también dar respuesta a los conflictos éticos que con frecuencia se le presentan en el manejo de las incapacidades temporales.

En ocasiones, una relación médico-paciente buena y cordial se deteriora al tener que negar una incapacidad solicitada por el paciente. No es fácil hacer que un paciente comprenda la objetividad que debe privar en este acto médico. Frases como: “pues usted lo dirá, pero yo no estoy listo para regresar a trabajar”, “mi jefe dice que me debe dar más incapacidades”, “deme incapacidad por tantos días más”, “necesito que me cubra desde la semana pasada” o “llevo cotizando al seguro más de 20 años y para una vez que necesito...”, ponen a prueba todas las habilidades en comunicación del médico para poder reconducir y mantener la relación con el paciente, evitando decir “pues hágale como quiera, yo no le voy a dar incapacidad” y sin caer en la permisividad para evitar problemas.

En una discusión sobre los problemas éticos de la incapacidad temporal, lo que se recomienda para su prescripción es basarse en principios de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia (4):

- No maleficencia o *primum non nocere* (primero no hacer daño)
- Justicia: adecuar reposo a necesidad, con independencia. Injusto el abuso de la prestación, pero también resulta injusta negarla cuando se requiere.
- Autonomía: Teniendo en cuenta los deseos y preferencias del paciente, que debe estar bien informado sobre las ventajas y los inconvenientes de la incapacidad laboral en su caso. En muchas ocasiones, los pacientes solo ven ventajas a la incapacidad temporal y en otros la ven como remedio a situaciones que no son problemas de salud.
- Beneficencia: ajustar la decisión al paciente concreto, a su situación personal, familiar, social y económica, poniendo como referente las decisiones que sugiere la investigación y la buena práctica clínica.

1.4 Perspectiva de la economía de la salud

Una contribución importante desde el punto de vista económico al campo de la salud puede resumirse en el concepto de escasez. Sin embargo, este tema no es aceptado fácilmente por los profesionales de la salud ya que entre ellos prevalece una perspectiva idealista-humanista (rehusarse a aceptar que los recursos son inherentemente escasos) (14).

Una de las principales aplicaciones de la economía de la salud, disciplina nueva que en las últimas cuatro décadas se ha ido fortaleciendo, se orienta al aprovechamiento óptimo de los recursos destinados a la atención de la salud.

Aplicar su perspectiva a la prescripción de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo y describir algunos conceptos económicos, permitirán mejorar la comprensión y resolución de problemas en su prescripción (14).

El médico puede tener incertidumbre y emitir diagnósticos de probabilidad. La prescripción de un certificado de incapacidad temporal para el trabajo puede deberse a que la enfermedad sea grave y justifique la incapacidad, o leve o bajo control sin que impida las actividades laborales, o bien, que exista duda sobre su seriedad; en este caso, el médico puede prescribir el certificado de incapacidad temporal para el trabajo para prevenir complicaciones médicas y evitar demandas legales. En ocasiones si decide no prescribirlo, el paciente argumenta no poder trabajar, cuestiona o amenaza sutilmente (14).

Desde la perspectiva económica, la información asimétrica es “cuando un agente que realiza un intercambio económico tiene más información relevante que el otro agente”; el término se relaciona con conceptos del mercado como riesgo moral, selección adversa y señales. La información asimétrica influye en la interacción médico-paciente por los siguientes motivos:

- La información se asocia a poder o ventajas, es decir, el paciente puede ocultar o inventar datos de su enfermedad buscando que se le otorgue un certificado de incapacidad temporal para el trabajo cuando realmente no quiere trabajar.
- El paciente conoce poco de la ciencia médica y el doctor mucho, por lo que el primero toma diferentes actitudes de confianza en el juicio médico (desde “me pongo en sus manos” a “no confío y buscaré otra opinión”).
- El nivel de información es diferente si el encuentro es esporádico (el médico tradicional conocía al paciente toda su vida) (15).

Los certificados injustificados de incapacidad temporal para el trabajo representan una externalidad negativa al derivar costos administrativos para su pago, ausentismo, cobertura, con detrimento en la producción y reducción de ingresos. La incapacidad prolongada puede ser una externalidad negativa de fallas como: desabasto de material de osteosíntesis y medicamentos, falta de cobertura de médicos, diferencias en consultas y cirugías, retención de pacientes en segundo y tercer nivel

de atención, referencia y contra referencia deficientes y falta de capacidad organizacional (14).

La idea de la escasez indica que debemos seleccionar cuidadosamente cuánto producir y consumir de cada bien pues siempre estamos “sacrificando” algo a cambio (tiempo, utilidad, placer, esfuerzo y dinero). Algunos economistas consideran que el costo de oportunidad del ocio es el salario, ya que por él sacrificamos el tiempo que dedicaríamos al ocio o esparcimiento.

Sin embargo, cuando al trabajador se le prescribe un certificado de incapacidad temporal para el trabajo, sigue recibiendo su salario.

Si el trabajador finge estar enfermo busca la ganancia secundaria de tener salario, ocio y salud. En incapacidades prolongadas algunos pacientes buscan otra actividad remunerada y reciben dos salarios, aunque realmente dedican su tiempo de trabajo a un solo empleo (14).

En las incapacidades, si el valor del salario es bajo para el trabajador enfermo, la tasa marginal de sustitución por el ocio hará que este último sea atractivo y se prefiera el otorgamiento de un certificado de incapacidad temporal para el trabajo (14).

Los casos de incapacidad prolongada generan preocupación pues en un alto porcentaje no están justificados o resultan de falencias en la atención médica como falta de equipos y material, diferencias de citas a estudios especiales e interconsultas (14).

Las decisiones médicas son los principales determinantes del costo de atención y el médico no debe perder de vista la trascendencia de expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo y del número de días a incluir.

En un sistema integrado, los médicos tienen los incentivos e información para tomar decisiones en una forma costo-efectiva: prescribir justificadamente los certificados de incapacidad temporal para el trabajo.

Un análisis integral de la prescripción de certificado de incapacidad temporal para el trabajo debe considerar los costos y repercusiones en el área laboral, familiar y social. En el área laboral, la disminución de productividad causará incremento en los costos de productos que puede disminuir las ventas y ganancias, contraer la planta laboral y perder fuentes de empleo.

En lo familiar, hay disminución del ingreso y pago privado de atención que deteriora la economía.

En lo social, la ausencia de personal causará que otro lo sustituya y es posible que no se afecten los niveles productivos, pero a la larga no es sustentable (14).

Control de las incapacidades en un contexto de eficacia y lucha contra el fraude.

El objetivo del control de la incapacidad temporal es asegurar que su otorgamiento sea adecuado, tanto en el inicio como en su duración. Se trata de garantizar el uso adecuado de los recursos para la atención médica, de la misma manera que se hace con los medicamentos. Se persigue si no reducir el gasto, sí contener o maximizar el mismo, paliando los problemas de ineficiencia y falta de racionalidad inherentes al manejo de esta contingencia. El propósito es evitar el uso indebido de la incapacidad temporal por accederse de forma injustificada o retardarse de forma fraudulenta. En España se estima que hay abuso en esta prestación en un tercio de los casos, bien por ser innecesario el reposo o por prolongarse en exceso (4).

1.5 Criterios para emitir incapacidad

Para una adecuada prescripción de incapacidades el profesional deberá tener en cuenta lo siguiente (3):

- Pedir al paciente una descripción general del trabajo que realiza y del medio en el cual se desempeña para poder definir si la condición o estado de salud actual le confiere incapacidad temporal y dejar esta descripción anotada en la historia clínica.
- Siempre la incapacidad se emitirá en presencia del paciente y desde el día de su valoración (excepto en casos especiales de retroactividad o IT prospectiva).
- No es criterio de emisión de una incapacidad la realización de exámenes de laboratorio que no modifiquen el estado de alerta o la espera de valoración por un especialista.
- El dolor en términos generales no es un único criterio de incapacidad, ya que debe manejarse de forma adecuada, siguiendo los lineamientos de la escala análoga del dolor, teniendo presente de forma permanente los efectos adversos de los analgésicos.
- Cuando el usuario no tiene criterio de incapacidad, debe explicársele que puede trabajar y que se enviarán los medicamentos y ayudas necesarias a criterio médico tratante para el adecuado manejo de su caso.
- Aspectos Clínicos: edad, contextura física, área anatómica afectada, estado funcional y desempeño del usuario durante la consulta, posibilidad de contagio a otras personas, posibilidad de cronificación, compromiso de la economía, diagnóstico del usuario, capacidad de

recuperación y pronóstico del usuario, concordancia entre los síntomas manifestados por el paciente y los hallazgos al examen físico.

- Concepto del paciente frente a su condición de salud y posible, búsqueda de ganancia secundaria o creencia de invalidez o expresiones de catastrofización.
- Aspectos debidos al oficio habitual del paciente: Tipo de actividad desarrollada, nivel de exigencia física, transporte o levantamiento de cargas, tipo de herramientas habituales de operación, posturas de esfuerzo, criterios de repetición, grado de satisfacción con el trabajo y su relación contractual, condiciones físicas de la labor desempeñada (a la intemperie, en recinto cerrado, exposición a temperaturas extremas), beneficios laborales o compensaciones reconocidas por el empleador y relacionadas con la incapacidad.
- Aspectos debidos al tratamiento: Vía de administración del medicamento (oral, intravenosa), uso de equipos de órtesis (muletas, caminadores, bastones, férulas, yesos), aparatos ortopédicos que imposibiliten su adecuada locomoción o desplazamiento (tutores, espaciadores) o requerimiento de procesos terapéuticos complejos como la diálisis, quimioterapia o radioterapia.

2 CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EN COLOMBIA.

La Calificación de Pérdida de capacidad laboral (PCL), constituye un elemento primordial para el reconocimiento de ciertos derechos, tales como: pensión por invalidez, prestaciones asistenciales o económicas, indemnizaciones, entre otras. Para ello se tiene en cuenta que dicha calificación contempla los aspectos de porcentaje de PCL, fecha de estructuración y el origen de la patología o accidente (común o laboral). Tal como lo establece el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, les corresponde para determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias al Instituto de Seguros Sociales, hoy Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales- ARP (ahora ARL), a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Empresas Promotoras de Salud EPS (9).

Para realizar las calificaciones del presente estudio, se utilizan dos manuales o baremos, (aplicados según la cronología de los hechos), los cuales son: El Manual Único para la Calificación de la Invalidez (MUCI), contenido en el Decreto 917 de 1999 (15), y usado para las calificaciones realizadas antes del 12 de febrero del 2015, fecha a partir de la cual empezó a regir el segundo instrumento que es el Manual Único para la

Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (MUCILO) del Decreto 1507 de 2014 (16).

Las Empresas Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la EPS no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto(17).

Luego del pronóstico desfavorable de rehabilitación, se inicia el proceso de calificación en primera oportunidad, y si existe inconformidad con la calificación (controversia), el interesado podrá impugnar dentro de los diez días siguientes y la entidad calificadora deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco días siguientes, cuya decisión podrá ser apelada ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales (10). Es así que a partir de la decisión que toma la Junta Nacional al quedar en firme y por no ser apelable, se pueden generar litigios que se han de dirimir en la justicia laboral ordinaria.

Tanto los juzgados laborales, abogados y/o particulares, optan por acudir a otros calificadores, como en este caso, al Centro de Estudios en Derecho y Salud- CENDES- de la Universidad CES, con el fin de calificar a los pacientes con fines judiciales. Se buscó con el presente trabajo analizar las variables más importantes asociadas con los dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral y la incapacidad médica prolongada, aspectos relevantes, trascendencia, impacto económico, etc., evidenciada en los historiales clínicos aportados con los expedientes de cada persona evaluada.

Se hizo una búsqueda a partir de 2010 de los casos aplicables para este estudio (IMP). Para ello se tuvo en cuenta el conocimiento técnico científico y la legislación vigente aplicable, ley 100/1993 (18), el decreto ley 1295 (14), decreto 1072 de 2015 (19), entre otros, las cuales establecieron, entre otros aspectos, los derechos y prestaciones que le asisten a las personas a raíz de las enfermedades y accidentes que generan PCL.

2.1 Análisis casos valorados en el CENDES sobre pérdida de capacidad laboral asociados a incapacidad médica prolongada.

A partir de la revisión de los dictámenes aplicables para el estudio, se resaltan los siguientes resultados:

En total fueron analizados 50 casos de calificación de pérdida de capacidad laboral, que se valoraron acorde con el criterio de inclusión desde el 01/09/2010 y 21/02/2020 en el CENDES de la Universidad de CES. Las edades de los calificados estuvieron entre los 26 y 74 años y el promedio (la media) de la edad de calificación fue de 49 años. Con respecto al sexo 10 fueron mujeres para un 20% y 40 fueron hombres que representa un 80%.

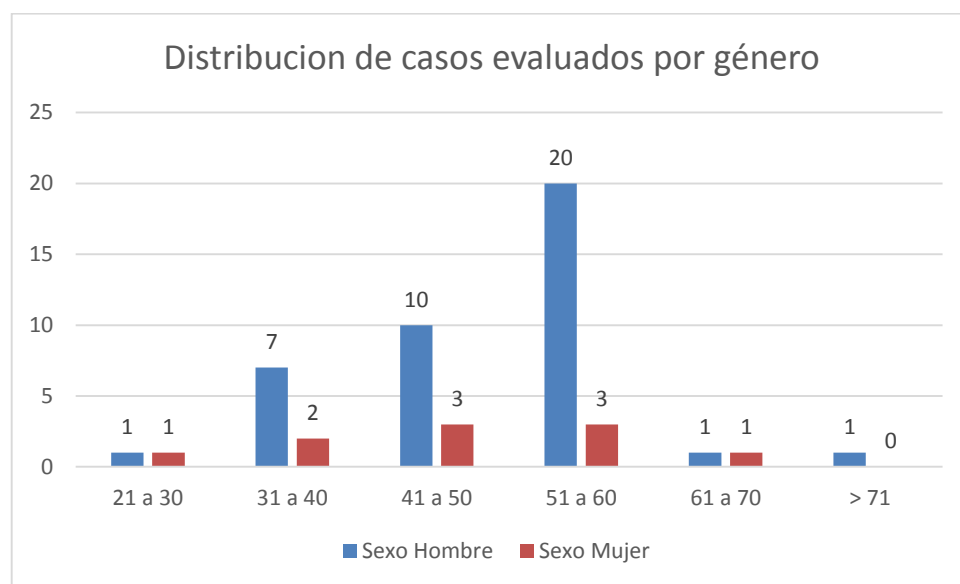


Tabla 1. Género

Se destaca que el mayor número de usuarios del CENDES calificados son los operarios, con un 52%, seguido por los trabajadores de oficios varios que representan un 14%. Todos hacen parte del sector formal de la economía.

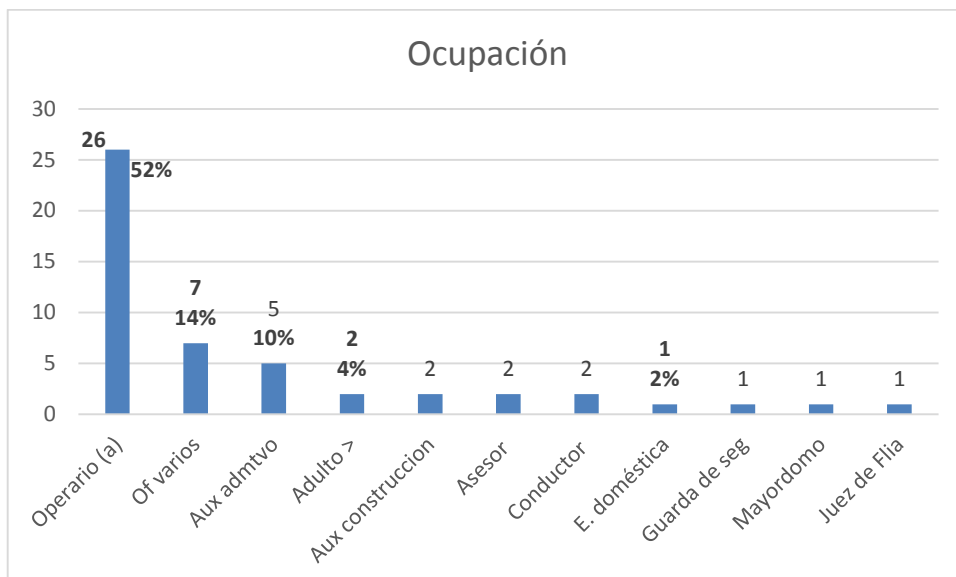


Gráfico 2. Ocupaciones

De la muestra de 50 casos evaluados por PCL, el mayor número de los casos en proceso de calificación está compuesto por personas de 51 a 60 años de edad, representando un 46% de todos los casos de la muestra analizada.

El grupo de los 41 a 50 años con un 26%. El grupo de 31 a 40 años con un 18%.

En menor cuantía tres grupos en edades extremas (de la gráfica) menores de 30 años y mayores de 61 años (5 pacientes: 10%)

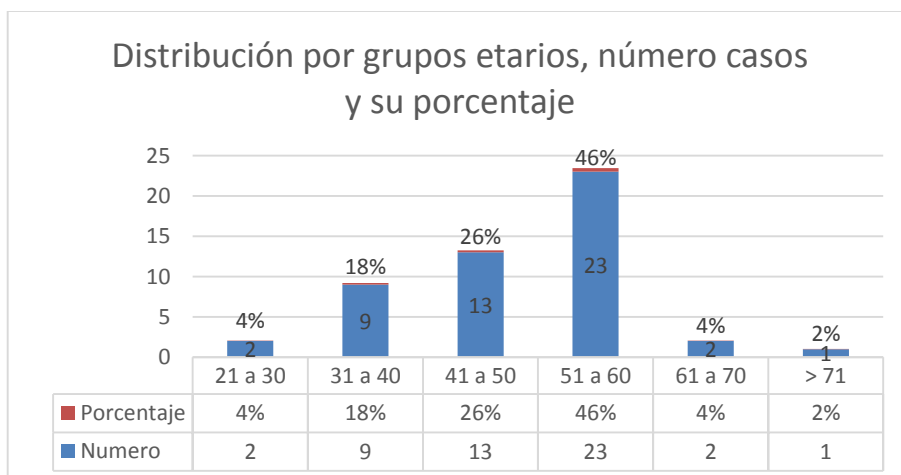


Gráfico 3. Grupos etarios

El tiempo se manejó en meses para manejar valores numéricos más pequeños, dada la gran dispersión de las cifras. La media (promedio) de la muestra es 33 meses de incapacidad, **la mediana 24 meses de incapacidad**, valor este último más representativo de la realidad, dada la dispersión de los valores de la muestra (tiempo).

Acorde con lo anterior el rango medio de la muestra indica que la incapacidad prolongada del estudio se ubica en 24 meses o 730 días, algo que NO está acorde (desfasado) con la determinación del tiempo esperado u óptimo para las patologías calificadas según lo que la ciencia médica y las sociedades médicas por especialidad en el mundo han definido.

Acorde con el conocimiento de la información del historial clínico de cada afectado se evidencian factores múltiples, no necesariamente técnico científicos, que afectan la prorroga o la emisión de nuevas incapacidades que se prolongan en el tiempo.

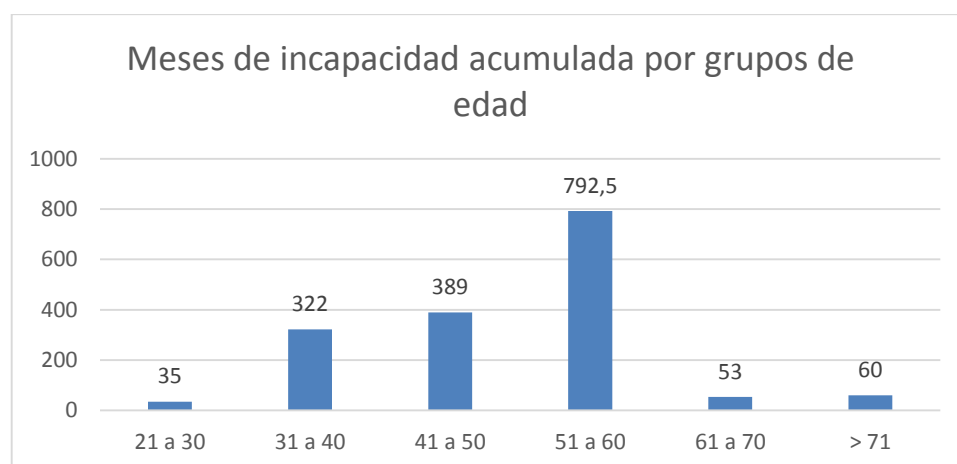


Gráfico 4. Meses de incapacidad acumulados

En cuanto a diagnósticos se tiene que la gran mayoría tiene relación con alteraciones del sistema osteomuscular, seguido por trastornos o afectaciones de orden mental y del sistema nervioso periférico.

Dado el gran número de diagnósticos, pero la mayoría asociados a grupos de enfermedad claramente establecidos, se agrupan teniendo en cuenta la clasificación por sistemas del Manual único de calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional MUCPCLO – decreto 1507/2014, veamos:

Distribución diagnósticos generadores de deficiencias

Grupo diagnóstico	Diagnósticos	N° casos
	Cervicalgia	9
	Lumbalgia	23

	Gonartrosis	6
	Artrosis de mano	1
	Fractura de vertebra(s) lumbares	2
	Artrodesis vértebras lumbares	3
	Hombro doloroso	6
	Trastornos de postura y marcha	7
	Artrosis severa rodilla	2
	Amputación parcial de pierna	1
	Lesión plejo lumbosacro	1
	Coxartrosis	5
	Anquilosis tobillo	4
	Anquilosis muñeca	1
	Tobillo doloroso	4
	Muñeca dolorosa	1
	Epicondilitis	1
	Acortamiento de miembro inferior	3
	Artrosis de rodilla	4
	Osteoporosis	1
1. E del S.N.C. o Periférico	Dolor C somático de origen osteoarticular	13
	Trastornos de sensibilidad – Disestesia	1
	Hemiparesia	1
	Lesión de nervio periférico miembro superior	1
	Lesión de nervio periférico miembro inferior	4
	Secuelas polio MII	1
	Deterioro cognitivo	2
	Síndrome de túnel del carpo	4
2. E Mental	Trastorno adaptativo con síntomas ansiosos o depresivos	3
	Trastorno de personalidad	1
	Esquizofrenia	1
	Trastorno somatomorfo/Síndrome de sensibilización central/Fibromialgia	4
	Depresión	13
	Estrés Post-traumático	2
3. E sistema digestivo	Colon irritable	1
	Gastritis	2

		Disfunción esfínter anal	1
		Resección intestinal)	1
4. E sistema auditivo y vestibular		Vértigo	2
		Hipoacusia neurosensorial	3
5. E sistema cardiovascular		Hipertensión arterial	12
		Insuficiencia venosa de miembros inferiores	4
6. E sistema hematopoyético		Anemia megaloblástica	1
		VIH- Sida	1
7. E de la piel		Cicatrices x Quemaduras	1
		Psoriasis	1
8. E sistema endocrino		Diabetes Mellitus	3
		Hipotiroidismo	4
9. E sistema urinario y reproductor		Vejiga neuropática	3
		Hipertrofia de próstata	3
10. E sistema respiratorio		Neumoconiosis	1
		Alteraciones del sueño - Sahos	1
11. E. ocular		Neuropatía óptica - Ceguera unilateral	1
12. Cáncer		Neoplasia	1

Tabla 1. Distribución de número de casos por diagnóstico y/o grupo diagnóstico

De la muestra de 50 casos analizados, el 94% tenía diagnósticos (deficiencias) asociados al sistema osteomuscular, con lo cual se puede afirmar que el mayor número de días/meses de incapacidad médica prolongada generados, se dan por patologías asociadas a dicho sistema.

Distribución por grupos de edad y número de casos

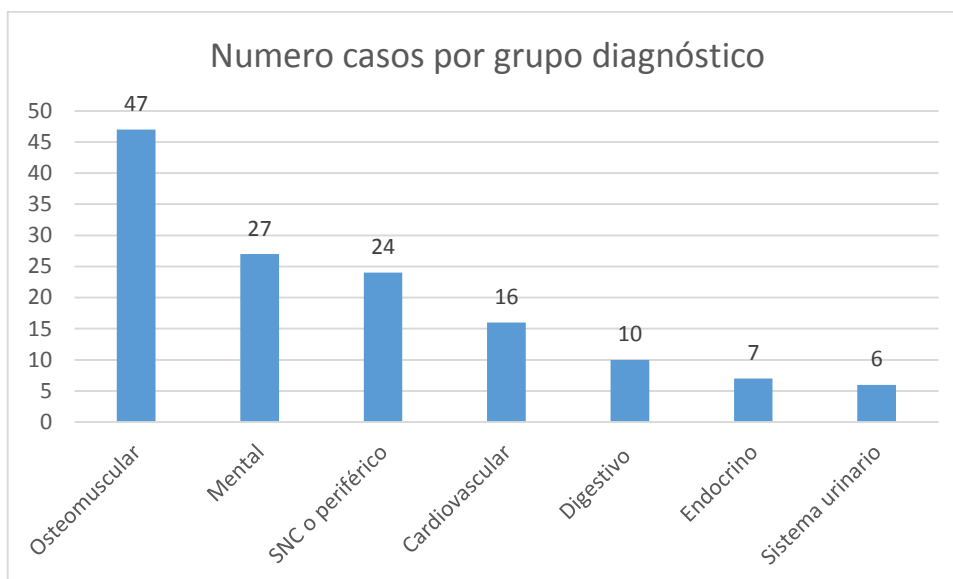


Gráfico 4. Distribución de número de casos por grupos diagnósticos con más alta frecuencia.

La graduación en severidad que se hace en la literatura y específicamente tomando las definiciones del Instituto Nacional de Salud Español (INSS), es aplicable a la categorización de los porcentajes que se emiten de PCL, toda vez que acorde con la definición de discapacidad que contiene el decreto 1507 de 2014: “término genérico que incluye deficiencia, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indica los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una condición de salud) y sus factores contextuales de índole ambiental y personal (16).

2.2 Concepto y graduación de la incapacidad

En sintonía con lo anterior, el INSS de España, según la Ley (RD. 1971/1999 de 23 de diciembre) clasifica 5 grados de discapacidad por grados y clases o porcentajes: (20).

- Grado 1 de discapacidad - discapacidad nula: la persona sufre daños, tiene síntomas, signos o secuelas, pero no justifican dificultad alguna para realizar las actividades diarias, pero se pueden realizar en su totalidad. Clase 1: 0% de discapacidad
- Grado 2 de discapacidad - discapacidad leve: la persona sufre daños, tiene síntomas, signos o secuelas, y se demuestra que existe alguna dificultad para realizar las actividades diarias, pero se pueden realizar en su totalidad. Clase 2: 1% a 24% de discapacidad.

- Grado 3 de discapacidad - discapacidad moderada: la persona sufre daños, tiene síntomas, signos o secuelas que causan una importante disminución o imposibilidad de la capacidad de la persona para la realización de las actividades diarias. Pero la persona es independiente en las actividades de autocuidado. Clase 3: 25% a 49% de discapacidad
- Grado 4 de discapacidad - discapacidad grave: la persona sufre daños, tiene síntomas, signos o secuelas que causan una importante disminución o imposibilidad de la capacidad de la persona para la realización de las actividades diarias. En este caso, puede estar afectada alguna de las actividades diarias de autocuidado. Clase 4: 50% a 70% de discapacidad
- Grado 5 de discapacidad - discapacidad muy grave: la persona sufre daños, tiene síntomas, signos o secuelas que impiden e imposibilitan la realización de las actividades diarias. Clase 5: >70% de discapacidad

De acuerdo con lo anterior, el análisis de casos nos permite clasificar por severidad que el mayor número y porcentaje está dado por grado moderado 28 casos (54,9%) y graves 16 casos (31,3%)

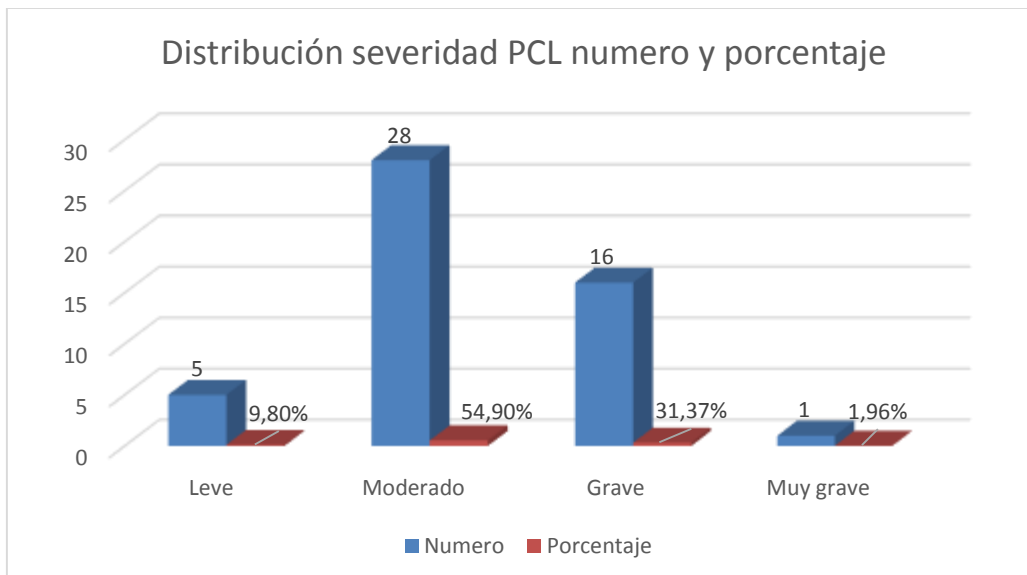


Grafico 5. Severidad de la PCL calificada

El costo tasado en un salario mínimo legal, vigente año 2020 (\$980.657), como ejercicio académico, para estimar de alguna forma el impacto económico de lo que generan los procesos de incapacidad medica prolongada (información económica que se debiera tasar con base en el IBC real de los afectados, pero ausente en las historias clínicas), valorados todos como enfermedad común (hay casos de origen laboral) haciendo el ejercicio más simple y a menor costo (por no contar con todas las variables) pero para

tener de alguna forma alguna estimación y sobre un reconocimiento del 66% del ingreso de un SMLMV (\$647.233) se obtiene que para el grupo de edad de 51 a 60 años (46% de las personas calificadas) generan 792,5 meses de incapacidad (66 años o 23.775 días), que impactarían al menos en \$ 512 millones de los recursos en salud correspondientes de las entidades que asumen la mayoría de la compensación económica por incapacidad general (EPS), suma que se incrementa para casos de origen laboral (ARL) que se pagan al 100%, o que sobrepasado el límite de los 6 meses y que son asumidos por la AFP/Colpensiones) como costos (solo) directos, representan a su vez el 48% del costo total de la IMP para las instituciones del sistema de seguridad social, lo cual es significativo y no despreciable.

Los 50 casos analizados acumulan 1651,5 meses totales para un total de \$1619 millones, veamos en detalle:

Grupo etario	N° casos	Porcentaje	Meses de IT Acumulada	Valor IT a 1SMMLV año 2020
21 a 30 años	2	4%	35	\$ 22.653.000
31 a 40 años	9	18%	322	\$ 208.409.000
41 a 30 años	13	26%	389	\$251.773.000
51 a 30 años	23	46%	792,5	\$512.608.000
61 a 30 años	2	4%	53	\$34.303.000
>71 años	1	2%	60	\$38.833.000
	50	100%	1651,5	\$ 1.068.579.000

Tabla 2 Impacto económico tasado en 1SMMLV

La prolongación de la incapacidad temporal confluye en la consideración de una incapacidad permanente (determinación de PCL) lo cual repercute desfavorablemente para el trabajador, para el sistema de producción y el de la Protección Social.

De otra parte se desconocen otros conceptos (costos) que van ligados a las incapacidades, como son los costos de capacitación a trabajadores que remplazan, análisis de los puestos de trabajos, costos a las personas que realizan los seguimientos a cada uno de los procesos, entrenamiento de los reubicados, sobrecarga de trabajo para los compañeros y pérdida de eficiencia por nuevos entrenamientos, y no se tiene en cuenta a la hora de descontar este tiempo, tiempo de trabajo que se ve afectado por más gasto a la Administraciones públicas o entes territoriales en salud o entidades administradoras o prestadores.

Al igual el asumir los 2 primeros días de incapacidad al 100% es una forma como se fugan los recursos de una administración pública o de las empresas,

puesto que estos costos por incapacidades no se calculan en la nómina por lo que pasan casi inadvertidos pero su resultado sí afecta el presupuesto de las entidades, ya que estos gastos si se tuvieran en cuenta pudieran ir dirigidos a otros programas o a una mayor eficiencia de la organización.

Este estudio y nuestro ejercicio de peritación muestran que la simulación de los pacientes (trabajadores) en procesos de litigio en cursos no es rara, toda vez que con el paso del tiempo asociado a procesos jurídicos largos o prolongados y ante la falta de definición del proceso, fallo judicial, o la ausencia de cumplimiento de expectativas o pretensiones de los demandantes, estas condiciones se tienden a sobredimensionar ante una nueva valoración, lo cual hace que el ejercicio de calificación se vuelva cada vez más exigente en proporción al número mayor de evaluaciones previas que se le haya hecho a cada paciente y es esto la realidad de lo que vivimos en el día a día los peritos que trabajamos en el tema de calificación.

Para el caso de la simulación, debemos sospechar de ella la sobredimensión de las quejas, una exageración de los síntomas, discrepancia entre los síntomas alegados por el paciente y hallazgos objetivos en el curso de las sucesivas evaluaciones del proceso, la falta de cooperación del paciente, la renuencia para ser explorado o la mala colaboración en las exploraciones, síntomas mal definidos y/o erráticos, la resistencia a aceptar una valoración desfavorable, realización de dinámicas funcionales normales en maniobras diferidas o de distracción o la comprobación de ágil vestido-desvestido o manipular objetos (21).

La relación de los procesos que transcurridos 365 días no están curados ni mejorados suficientemente, permiten concluir que ni lo van a estar en un futuro si tenemos en cuenta el trabajo que desempeña el paciente para la consolidación de una incapacidad con carácter permanente (21).

Esta determinación de incapacidad permanente conlleva una mala respuesta al tratamiento, una limitación funcional persistente, y/o dolor con imposibilidad de responder a los requerimientos del trabajo que se desempeña (21).

Así que podemos decir que dichas patologías con IT dan lugar a bajas prolongadas, incapacidades médicas largas, no siempre justificadas y que son causa frecuente de procesos de incapacidad permanente (21).

La incapacidad médica prolongada es un proceso cuyo impacto en la incapacidad es importante tanto por las limitaciones funcionales que se pueden causar, el ausentismo laboral que se acompaña y en todos los casos analizados son causa de declaración de incapacidad permanente, es decir converge un deterioro prolongado de la calidad de vida del trabajador, un coste sanitario y prestacional importante, un coste económico para el sistema

productivo y finalmente en algunas ocasiones un abandono definitivo de la actividad laboral habitual (21).

¿Cómo evitar el alargamiento de las bajas por patologías osteomusculares / osteoarticulares?

- Atención temprana, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado en tiempo y forma.
- Evitar la prolongación de la IT por lista de espera de pruebas diagnósticas, espera de interconsultas con especialista, esperas de inicio de tratamiento.
- Valorar factores de prolongación de la baja y mala respuesta ajenos al propio proceso (banderas rojas).
- Evitar la sobreprotección, el sobreamparo, «compasión», complacencia, o permisividad en el mantenimiento de la IT.

Entender el retorno laboral por haber sido dado de alta médica tras una situación de incapacidad temporal de más de 365 días, es una situación compleja y difícil de manejar, respecto de la consideración del retorno laboral con o sin recomendaciones o restricciones laborales y considerar que ya no existe incapacidad para el trabajo para el que se estuvo incapacitado y que deberán retornar al mismo o a otro en condición de reubicación, o al mercado laboral abierto (21).

En nuestra experiencia de práctica médica de más de 30 años y de perito calificador durante los últimos 12 años, las incapacidades prolongadas, tienden a generar nuevas incapacidades por circunstancias similares o nuevos registros (buscados) a partir de estudios de control con hallazgos incidentales (asociados a procesos del envejecimiento natural que no generan en la población general sintomatología y demandas de incapacidad o discapacidad) pero que al estar afectados por un proceso de litigio en curso, se tiende a argumentar nuevas imposibilidades de desempeñar tareas, u oficios y que al ser reubicados no se logra la reincorporación del trabajador, así las tareas exijan desde lo físico o mental mínimos esfuerzos.

2.3 Tiempo óptimo de incapacidad temporal

Tras la emisión del primer diagnóstico por una alteración de la salud incapacitante del trabajador se inicia un proceso de incapacidad temporal (IT) en el que se producen diversos controles de la situación para verificar el deterioro de salud del trabajador.

En esta compleja cuestión en la que se entrecruzan diversos intereses se van a analizar diversos aspectos:

- En primer lugar, la responsabilidad en el control de las distintas entidades participantes.
- En segundo lugar, el sistema de procesos establecidos para el control de la IT durante los primeros 365 días de percepción de la prestación.

- En tercer lugar, la cuestión del protocolo de tiempos óptimos como guía orientativa para los médicos de familia.
- En cuarto lugar, la propuesta de alta y su posible impugnación por desacuerdo del trabajador afectado.
- En quinto y último lugar, la propuesta de alta por no haber comparecido el trabajador a los correspondientes controles médicos (22).

En España el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) ha adoptado un protocolo de tiempos óptimos para que los médicos del Sistema Público de Salud (SPS) los tengan en cuenta respecto de la duración de los procesos de IT (22).

En dicho protocolo se indica que el tiempo estándar es “el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado la incapacidad para el trabajo habitual, utilizando técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador” (22).

Aunque no se tiene en cuenta todas las variables para la consecución del tiempo óptimo de baja, se aplican coeficientes según la ocupación y la edad del trabajador. Algo es algo. Por ello, aunque puede considerarse un avance en la medida en que puede ser una herramienta interesante y francamente útil para los facultativos, ha de recordarse como dice el aforismo médico, que no existen enfermedades sino enfermos ya que “cada individuo es un caso único y generalmente irrepetible, que va a requerir un tratamiento interpretativo único. El propio interesado, dependiendo de su actitud y de su incentivación hacia el trabajo, podrá «superar», mejor o peor, su enfermedad (22).

Lo cierto es que muchos diagnósticos se hacen por pura experiencia y anamnesis sin poder realizar pruebas complementarias que confirmen la posible enfermedad por la tardanza de las mismas en muchas ocasiones, por lo cual la confirmación de una enfermedad podría tardar meses. Ha de tenerse en cuenta que los médicos de familia no son especialistas en medicina del trabajo, ni tampoco la mayoría de los médicos en nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud - especialistas (22).

Los recortes económicos en los presupuestos de asistencia sanitaria impiden el ejercicio del mismo en tiempo, certeros y cercanos. Si se recorta en asistencia sanitaria no puede echarse la culpa del absentismo al fraude de los trabajadores que quieren mantenerse más tiempo de baja, sino en el propio fracaso del sistema que alarga las bajas por falta de medios para atender de forma adecuada a los trabajadores enfermos (22).

Son variables importantes a tener en cuenta para ajustar el tiempo estándar de una incapacidad temporal (IT) es ajustar los diagnósticos de cada persona acorde con la edad, sexo, ocupación y comorbilidad y este sería por definición el tiempo óptimo. De manera práctica este se ajusta acorde con la fórmula:

$TO = TE \times (FC \text{ edad}, FC \text{ sexo}, FC \text{ ocupación})/3 \times FC \text{ morbilidad} \text{ (22).}$

TO: tiempo optimo

TE: tiempo estándar por IT

FC edad: factor de corrección x edad

FC sexo: factor de corrección x sexo

FC ocupación: factor de corrección x ocupación

FC comorbilidad: factor de corrección x comorbilidad

La duración estándar o el tiempo óptimo no sirve para conocer que la "baja" está pasada de tiempo, sino para preguntarse qué está pasando con ese proceso: es decir la individualidad del paciente su evolución y su singular respuesta al tratamiento, que pueden hacer que el proceso se prolongue.

Es decir, son tiempos orientativos para evaluar la continuidad de la incapacidad temporal (IT) y no como pudiera malinterpretarse como una estimación obligada de alta médica. Por cuanto los "controladores de la IT (inspecciones médicas del INSS o inspecciones médicas las Comunidades Autónomas, o médicos de la Mutua) deben de actuar como evaluadores clínico laborales del proceso, antes que como controladores del tiempo de baja y los médicos de atención primaria (en caso de enfermedad común) deben de actuar con la responsabilidad de hacer seguimiento del proceso procurando el uso de la baja como recurso terapéutico más para la pronta y completa garantía de mejora o curación del proceso (22).

El manual de tiempos óptimos del Instituto Nacional de Seguridad Social Español (INSS), determina unos tiempos estándar para cada una de las patologías médicas contenidas en la CIE 10 ES, las cuales fueron aprobadas y certificadas por todas las sociedades médicas y especialidades, listados que a su vez fueron revisados y validados por los inspectores del INSS (22).

El tiempo estándar de incapacidad temporal (IT) se define con carácter general como "el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria al trabajador" (22).

Sin embargo es importante aclarar que el tiempo estándar puede sufrir variaciones acorde si es un proceso crónico, un proceso oncológico, un proceso clínico grave, es un proceso banal, en enfermedades endocrinas (22).

A manera de ejemplo, la gran mayoría de patologías osteomusculares (articulares de miembros superiores e inferiores, columna-lumbalgias/cervicalgias, lesiones de nervio periférico) y de orden mental (depresión, ansiedad, somatización) que hacen parte de los diagnósticos con mayor frecuencia valorados en nuestros dictámenes de calificación de PCL, se consideran por consenso acorde con este manual de tiempos óptimos entre los 30 a 60 días, lo cual consideramos puede ser una guía para el ejercicio diario de nuestros profesionales (para aquellas instituciones que en Colombia no tienen definido este proceso o de tenerlo revisarse) tanto para generales como especialistas (22), con el obvio ajuste acorde con las situaciones particulares de cada paciente, sin embargo para el autor cuesta dificultad entender desde lo técnico y científico y en el entendido de las limitaciones de pertinencia y acceso a los servicios de salud existentes en nuestro país, porqué la mediana de la muestra de los 50 casos analizados llega a ser de 24 meses o 730 días, algo que se considera sobrepasa todos los límites muy posiblemente asociado a lo que se ha determinado por las ciencias sociales y de la salud mental, el hecho de que entra más días pase en incapacidad más difícil será regresar o reincorporar esa persona a su actividad laboral, en especial cuando se mantiene la asistencia económica por periodos de tiempo más largos, acorde con la referenciación hecha de nuestra reciente legislación que ha extendido los subsidios en el tiempo, lo cual consideramos puede ser un estimulante para aquellas personas que buscan el rentismo por todas los factores adicionales hasta ahora analizados.

Cuál sería la utilidad al contemplar tiempos óptimos de incapacidad (22):

- Permite al médico de atención primaria tener una herramienta de soporte para sus decisiones, racionalizando el proceso de IT e incorporando el procedimiento de control de la gestión clínica de los mismos.
- Permite al médico auditor elegir el momento idóneo para realizar la valoración médica de control del proceso de IT (momento previsible de recuperación funcional) evitando desviaciones de la duración óptima de IT.
- Permite una comunicación y coordinación entre los distintos entes o entidades participantes del proceso o con interés en el mismo.
- Permite aplicaciones estadísticas de tiempos reales de duración por diagnósticos, ocupaciones, edad, genero, régimen, o indicadores de desviación respecto a la duración óptima (tiempo excedido).

A manera de ejemplo tenemos, y de manera comprobada en la literatura, que para patología de hombro doloroso a pesar de la benignidad presumible del proceso es decir resolución no más allá de 4-6 semanas, un 50% sigue presentando sintomatología más allá de los 18 meses. A lo que se añade la alta recurrencia en un 30% (21).

Hemos constatado cómo el hombro doloroso está entre los 20 procesos que causan largas incapacidades médicas. Lo primero que debiéramos preguntarnos es por qué esa diferencia entre tiempos estándar, duraciones medias y procesos que alcanzan los 365 días o se prolongan (21). Concepto aplicable para todas las patologías de la muestra analizada en esta monografía.

La razón para una IT larga es que se acostumbra a presentar en contingencia común (no accidente de trabajo no enfermedad profesional) en trabajadores del entorno a los 50 años y puede estar asociado con comorbilidad con otras patologías musculoesqueléticas, por ello su incorporación se ve dificultada y hace preciso una adecuada valoración preventiva y adaptación que precise del puesto de trabajo (21).

Entre las causas genéricas básicas del alargamiento de la IT por patologías osteomusculares, estarían la lista de espera para (la confirmación) del diagnóstico y tratamiento (el inicio tardío del tratamiento o la inadecuación del mismo condicionan siempre alargar la baja y empeorar la posibilidad de respuesta rápida), la recaída de procesos previos y las denominadas «banderas rojas» en la duración que son factores no sanitarios no directamente ligados al proceso (21).

¿Qué hace que una IT se prolongue? Banderas rojas(20)

- Temporalidad en el empleo, insatisfacción laboral, salarios bajos, cambios de trabajo frecuentes.
- Bajo nivel educativo, bajo nivel socio-económico.
- Trabajos poco satisfactorios y mal pagados.
- Trabajo a turnos o a horas intempestivas o «insociables», mala conciliación familiar y de ocio.
- Percepción del trabajador de inestabilidad del puesto y/o inestabilidad de la empresa.
- Historia previa de larga discapacidad. Antecedentes de procesos recurrentes de baja.
- Comportamientos emocionales erróneos. Procesos psíquicos.
- Patologías concomitantes por ejemplo de espalda.
- Tiempos de espera asistencial y/o no comunicación médico paciente.
- Falta de ejercicio físico.
- Edad.

Todas las anteriores son compatibles con el análisis de la muestra como factores condicionantes hallados en las historias clínicas para esta Monografía, en especial aquellas subrayadas, con lo cual evidenciamos que las causales del alargue de la incapacidad son ajenas al propio proceso de duración prolongada y mala respuesta al tratamiento (21).

El tiempo de retorno al trabajo depende de la atención médica, factores relacionados con el trabajador y el ambiente laboral (22).

El manejo médico de calidad, por tanto, requiere adecuado diagnóstico de los problemas de salud, conocimiento de la legislación y buena comunicación médico-paciente. El objetivo de su control es garantizar un manejo responsable de este recurso de protección social, para que esta prestación sea sostenible a largo plazo, evitando el uso indebido por accederse de forma injustificada o retardarse de forma indebida. Se persigue contener el gasto y maximizar el recurso, evitando problemas de ineficiencia y falta de racionalidad. Los médicos tratantes, con la información necesaria y con algunos medios que faciliten su tarea, pueden optimar esta prestación sin crear situaciones injustas (4).

Problemas en el retorno al trabajo tras incapacidad médica larga por patología osteoarticular (21)

- Aumentan el riesgo de convertirse en incapacidades permanentes.
- Son un obstáculo para el trabajador al cuestionarse su capacitación a la reincorporación, quién se pregunta si podrá desempeñar su trabajo.
- Pueden derivar en desempleo o haber derivado durante la baja.
- Se abandona de una situación de «pensionado», de «confort» o de protección retornando al trabajo y a todas sus exigencias.
- Riesgo de alta médica para un puesto de trabajo inadecuado. Controversia que puede suceder por falta de comunicación entre las partes «sanitarias» y de «gestión de la IT» implicadas en el proceso, y el ámbito preventivo laboral, es decir entre quienes conocen el seguimiento del proceso clínico, los que actúan como gestores de la prestación económica y quien conoce el trabajo y sus condiciones.

Cómo acortar la IT larga (por patologías osteoarticulares), en su mantenimiento. Cómo facilitar el retorno temprano (21).

- Atención sanitaria temprana y especializada. Evitar listas de espera.
- Mejorar la comunicación entre médicos implicados en el proceso de la baja, y tanto entre atención primaria como especializada y hospitalaria, como en el ámbito de los «médicos controladores» (inspecciones médicas de las comunidades autónomas, inspecciones médicas del INSS y médicos de aseguradoras) y el ámbito médico laboral.
- Buena comunicación médico paciente e implicación al trabajador en el tratamiento del proceso. Los procesos se acortan si el paciente conoce qué le pasa, se le indica una fecha prevista de retorno laboral y con objetivo de mejora, se adapta, lo acepta y adopta una actitud personal activa en la búsqueda de soluciones y se le explica qué puede esperar del tratamiento.
- Altas médicas parciales. Más allá de la alta médica laboral por curación o mejoría facilitar la incorporación gradual al trabajo en condiciones pactadas. Permitir la reintegración laboral paulatina con acuerdo entre

las partes: el médico que controla o sigue al paciente, el trabajador y su empresa. Se incluiría un documento con recomendaciones sobre qué tareas puede realizar si se incorpora al trabajo o si se puede beneficiar de prácticas como un cambio o reducción de horario o de tareas hasta que se consiga la recuperación total.

- Baja y alta compatible. La pluriactividad o el pluriempleo son cada vez más frecuentes, por efecto de la crisis económica el abaratamiento de los salarios, la temporalidad y precariedad del empleo, ello comporta en ocasiones situaciones de pérdida las capacidades para un trabajo, pero manteniendo las de otro. Esta compatibilidad permitiría una prestación de servicio cuando el desempeño de un tipo de trabajo es compatible con su pérdida de salud, y no comporta un empeoramiento o alargamiento de su situación de baja.

3 CONSIDERACIÓN PREVENTIVA DEL RETORNO LABORAL (21)

No olvidemos que la estimación de alta médica o de no incapacidad permanente tras un cuadro de patología osteoarticular que afecta estructuras como el hombro, la columna en segmentos cervical o lumbar, cadera, rodillas, entre otros, obliga a una consideración preventiva de saber si el puesto de trabajo para el que estuvo incapacitado es compatible con la capacidad funcional del segmento o segmentos corporales comprometidos y restituidos o con una capacidad residual. Aunque este punto es controvertido, por parte del INSS cuando considera que es distinto la estimación de situación de alta médica (de no baja) o de no grado de incapacidad con la consideración preventiva laboral, como por los servicios de prevención cuando del pormenorizado análisis del puesto de trabajo estiman al retorno al puesto de trabajo, el trabajador no es apto para el trabajo y ello comporta una situación controvertida en lo preventivo, desprotección del trabajador y situación que requeriría una adopción de protocolos de actuación conjuntos.

4 RECOMENDACIONES

Consideramos de importancia capital no demorar los procesos de atención, diagnóstico, rehabilitación y evaluaciones del puesto de trabajo, realizando las actuaciones necesarias precozmente con el objeto de evitar situaciones de renta.

Adoptar en todos los procesos asistenciales un protocolo de emisión de incapacidad temporal acorde al tiempo estándar aceptado a nivel mundial por las sociedades científicas para cada diagnóstico, ajustando el tiempo óptimo según edad, sexo, oficio y morbilidades asociadas, con seguimiento estricto por áreas de medicina laboral, auditoría médica de los prestadores, aseguradores, empresas.

Implementar el desarrollo y el uso de guías de duración de la incapacidad a nivel institucional para evitar que el médico decida solo en función de su experiencia e intuición, y se disminuya la incertidumbre en el momento de otorgar una incapacidad o de no continuarla. El uso de las guías favorece un mejor posicionamiento ante el trabajador que demanda una incapacidad, y ante la institución que con alguna frecuencia lo hacen el responsable último y único de la incapacidad temporal.

Es conveniente realizar una entrevista clínica detallada para casos de prórroga de la incapacidad que tenga en cuenta todos los aspectos (socio-familiares, laborales, económicos) como una guía o protocolo para el médico asistencial de consulta general o especializada, que propicien mantener o no al paciente en esta situación, referenciación de contexto situacional personal de cada usuario y en camino de esta condición, trabajado desde la medicina laboral, economía de la salud, con otras áreas sociales como la sociología y la psicología institucional, que establezcan una postura crítica integral institucional respecto de cada caso, para ser tenido en cuenta por todos los que intervengan a futuro en su atención.

Las áreas de Seguridad y Salud en el Trabajo en las empresas son trascendentales para disminuir los accidentes y enfermedades laborales o comunes, que mediante programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se haga un seguimiento estricto de aquellos casos que se van prorrogando en el tiempo y participen en la reincorporación o reubicación temprana (temporal o no) como forma de control de los efectos personales y sociales para el afectado y su familia por la ausencia prolongada o prorrogada, así como también el control de los altos costos directos e indirectos que afectan a las instituciones.

Generar conciencia en los empleados, la población general, los profesionales de la salud de rango básico o de especialistas, médicos laborales, peritos de calificación de juntas de calificación o auxiliares de la justicia, de los efectos nocivos del asistencialismo y del paternalismo tenidos en cuenta en sus decisiones, posturas o comportamientos en especial cuando no existen causas suficientemente justificables en el historial clínico y en las pruebas o estudios objetivos de confirmación.

El sistema de información para el control de incapacidades deberá contener un módulo de incapacidad temporal de la historia clínica electrónica, dentro del sistema de información en cada prestador y/o asegurador, permitiendo cambios en el formato del certificado de incapacidad para adicionar información tal como la ocupación del trabajador, comorbilidades, tiempos estándar y tiempos óptimos de incapacidad (días probables de recuperación) para mejorar la toma oportuna de decisiones, generar nuevos conocimientos, que propicien un

desempeño más eficiente por parte del personal de áreas de control y planeación estratégica, monitoreo administrativo de los costos y manejo de los certificados de incapacidad.

De igual manera el sistema para el control de incapacidades deberá permitir la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico de prioridades en programas preventivos y la creación de alertas para la reincorporación temprana del trabajador o en su defecto una calificación de incapacidad permanente o determinación de la invalidez, que permita cumplir con los tiempos fijados en la normatividad y no se extiendan los procesos en el tiempo indefinidamente.

La Incapacidad médica prolongada cuando se extiende en el tiempo necesariamente no indica una mejoría de la condición desencadenante, también puede producir efectos que conllevan a su empeoramiento y la configuración de un pobre pronóstico de recuperación, generando: depresión, disfunción familiar (por la carga del paciente en la casa o por la disminución de sus ingresos o por la búsqueda de incapacidad para captar la atención de familiares), creación de mentalidad de persona inválida o con imposibilidad de reintegro laboral, desacondicionamiento físico, atrofia muscular, disminución de la fuerza y arcos de movilidad articular, minusvalía social y sociocultural

El análisis de dictámenes de pérdida de capacidad laboral, permiten concluir que la incapacidad médica prolongada asociada a ellos, es debida en un alto porcentaje a factores susceptibles de mejora, por falta de integralidad en las atenciones en salud, actuaciones individuales de los profesionales, desconocimiento técnico de los profesionales asistenciales de pautas administrativas básicas para el manejo adecuado de los recursos, asociado a la toma de decisiones como parte del plan a seguir con cada paciente, falta de protocolos, continuidad, supervisión y auditoría de los procesos desde el prestador y el asegurador, ausencia de una historia clínica electrónica en línea que permita acceder desde cualquier prestador que eviten duplicaciones de medicación, planes terapéuticos, ayudas diagnósticas, traslape de incapacidades, etc.

5 CONCLUSIONES

De los 50 casos analizados en proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral y en litigio con las distintas entidades de la seguridad social, el grupo etario de los 51 a 60 años consume el 48% de los recursos por reconocimiento de incapacidad médica prolongada. Grupo al cual debiera dársele prelación en el control, seguimiento y control de patologías asociadas al proceso natural de envejecimiento, los cuales son los que más buscan el recurso de una pensión de invalidez.

De acuerdo con el grado, clase y porcentaje de severidad de la discapacidad y en el análisis de los 50 casos valorados para pérdida de capacidad laboral y ocupacional el mayor número y porcentaje está dado por grado o severidad moderada con 28 casos (54,9% de la muestra) que representan discapacidades importantes entre una 25% a 49% de PCL.

De igual manera los casos de discapacidad grave representados en 16 casos (31,3% de la muestra), tienen pérdidas de capacidad laboral y ocupacional entre el 50 al 70%.

De la muestra del total de calificados solo el 31% de los accionantes que solicitaron pensión de invalidez efectivamente tienen el derecho a acceder a una pensión, ello por lo que todos los casos, fueron evaluados por todas las instancias del proceso regular de calificación (entidades de seguridad social y juntas regionales de calificación de invalidez tanto regionales como nacional.

34 casos calificados (68%) de los accionantes que buscan una pensión no tienen técnica y científicamente el porcentaje necesario para acceder a una pensión, afirmación soportada en los dictámenes previos emitidos por las EPS, ARL, AFP, y juntas de calificación regional y nacional.

De la muestra de 50 casos analizados, el 94% tenía diagnósticos (deficiencias) asociados al sistema osteomuscular, con lo cual se puede afirmar que el mayor número de días/meses de incapacidad médica prolongada generados, se dan por patologías asociadas a dicho sistema.

Como patologías asociadas a la patología osteomuscular que generan deficiencia están los trastornos de orden mental, todos ellos asociados a los procesos de dolor crónico somático y/o trastornos adaptativos con síntomas ansiosos o depresivos. Lo anterior está directamente asociado con los procesos de incapacidad médica prolongada. Es por lo anterior que se reafirma lo descrito en la literatura médica y en el consenso nacional e internacional que tener incapacidad médica prolongada genera trastornos o alteraciones asociadas con la esfera mental y del comportamiento.

En tiempo, la media (es decir el promedio) de la muestra en días de incapacidad, el análisis nos arrojan 33 meses de incapacidad por cada caso. Siendo más precisos en dicha estimación al obtener la mediana (medida para manejar la dispersión de las cifras), nos arroja que por cada caso fueron 24 meses de incapacidad, con lo cual se reconfirma que en todos los casos se cumple la definición motivo del estudio asociado a los procesos de calificación.

24 meses o 730 días, es concluyente para afirmar que hay un desfase con la determinación del tiempo esperado u óptimo para las patologías

calificadas según lo que la ciencia médica y las sociedades médicas por especialidad en el mundo, que han definido que por muy grave que sea una patología el tiempo máximo esperado de recuperación son 150 días.

Acorde con el conocimiento de la información del historial clínico vinculados con los expedientes de cada afectado sus pretensiones, las afirmaciones de los involucrados a sus especialistas tratantes, se evidencian causales no necesariamente médicas o técnico científicos, que afectan la prorroga o la emisión de nuevas incapacidades, donde el lucro o la ganancia secundaria de tipo económica es el agente causal más común.

Se destaca que el mayor número de usuarios en procesos de litigio, incapacidad médica prolongada y pérdida de capacidad laboral son los operarios, con un 52%, seguido por los trabajadores de oficios varios que representan un 14%. Todos hacen parte del sector formal de la economía.

Las edades de los calificados estuvieron entre los 26 y 74 años y el promedio (la media) de la edad de calificación fue de 49 años. Con respecto al sexo 10 fueron mujeres (20% de la muestra) y 40 fueron hombres que representa el 80%.

6 REFERENCIAS

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1333 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201333%20DEL%2027%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>
2. Enguita Martín RC, Ramos Muñoz R. Trastorno de adaptación: análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Medicina y Seguridad del Trabajo. septiembre de 2013;59(232):322-44.
3. Quintero ECM, Bustacara JLM, Rave JCV, Rolón ÁLJ, Roldán GMH. Manual de Incapacidades Médicas Temporales en Colombia. 2014:85.
4. Echevarría-Zuno, Santiago; Mar-Obeso, Álvaro Julián; Borja-Aburto, Víctor Hugo; Méndez, -Bueno, Francisco Javier; Aguilar-Sánchez, Leticia; Rascón-Pacheco, Ramón Alberto. La incapacidad temporal para el trabajo desde la perspectiva médica. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009;47, núm. 5:565-74.

5. Pardo V, Manuel J. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. Medicina y Seguridad del Trabajo. marzo de 2016;62(242):49-65.
6. elemplo.com. Conoce tus derechos sobre las incapacidades médicas | Noticias elemplo.com [Internet]. 2016 [citado 19 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.elemplo.com/co/noticias/investigacion-laboral/conoce-tus-derechos-sobre-las-incapacidades-medicas-4937>
7. Delclós J, García S, López JC, Sampere M, Serra C, Plana M, et al. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. :8.
8. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx. 2011;53:s144-55.
9. Castellanos Ramírez JC. Incapacidad como acto médico y ley estatutaria de salud. UNIVMED [Internet]. 18 de diciembre de 2018 [citado 20 de octubre de 2019];60(1). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/24472>
10. Congreso de la República - Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [DECRETO_0019_2012] [Internet]. [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_0019_2012.html
11. Congreso de la Republica Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [CODIGO_SUSTANTIVO_TRABAJO_PR007] [Internet]. [citado 13 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo_pr007.html#227
12. Congreso de la Republica Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY_0776_2002] [Internet]. [citado 13 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0776_2002.html
13. Minsalud - Gobierno de Colombia. Vigencia normativa sobre el tema de las incapacidades superiores a los 180 días. Radicado 201842300486162. 2018.
14. Casas PC, Arreola L del PT, García JLP, Sida AN, Contreras FG. Prescripción de certificados de incapacidad temporal en el IMSS. Perspectiva desde la economía de la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(1):89-96.

15. Congreso de la República - Decreto 917 de 1999 [Internet]. [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1798298>
16. Congreso de la República - Decreto 1507 de 2014 [Internet]. [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30030556>
17. Ministerios de Salud y Proteccion Social. Concepto calificación de discapacidad [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%2080859%20Calificaci%C3%B3n%20de%20discapacidad.pdf
18. Congreso de la República - Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY_0100_1993] [Internet]. [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
19. ARL Sura - Riesgos Laborales - ARL - Decreto Único 1072 de 2015: [Internet]. [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.arlsura.com/index.php/decretos-leyes-resoluciones-circulares-y-jurisprudencia/51-decretos/2384-decreto-unico-1072-de-2015>
20. Grados de discapacidad 2020: valoración, beneficios y baremos [Internet]. DudasLegislativas.com. 2019 [citado 10 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dudaslegislativas.com/grados-de-discapacidad/>
21. Pardo V, Manuel J. Hombro doloroso e incapacidad temporal. El retorno al trabajo tras larga baja por hombro doloroso: causalidad del trabajo en el hombro doloroso. Medicina y Seguridad del Trabajo. diciembre de 2016;62(245):337-59.
22. Instituto nacional de salud INSS. 4 Manual Tiempos de Incap Temporal. 4 edición. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2017.