

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

POST-GRADO DE GERENCIA SOCIAL

MONOGRAFIA

**TEMA: PERTINENCIA INCAPACIDADES
MEDICAS**

ELABORADO POR:

JOSE A. REDONDO PADILLA

PRESENTADO A:

DR. RAMIRO VELAZQUEZ

DR. CARLOS OSORIO

BARRANQUILLA, 7 DE JULIO DE 1997

0005

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCION	1
1. MARCO TEORICO	3
1.1. MARCO LEGAL	3
1.2. NATURALEZA DEL ACTO DE EXPEDICION DE INCAPACIDADES	7
1.3. SITUACION ACTUAL	12
2. OBJETIVO GENERAL	15
2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
3. METODOLOGIA	17
3.1. PERTINENCIA MEDICA ODONTOLOGICA	17
3.1.1. Caracteristicas de la atención a evaluar	17
FIGURA: MONITOREO DEL PACIENTE CONSULTADOR CRONICO	20
3.2. PERTINENCIA ADMINISTRATIVA	21
3.2.1. El Diligenciamiento	23
3.2.2. Normatividad	24
3.3. POBLACION U OBJETO DE ESTUDIO	25
3.4. METODO DE SELECCION Y TAMAÑO DE MUESTRA	25
3.5. METODO DE EVALUACION DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD	26
3.6. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION	29
4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	30
4.1. SEGUN LA VARIABLE SEXO	30
4.2. DE ACUERDO A LA CONTINGENCIA O RIESGO	30

4.3. VARIABLE EDAD	31
4.4. LEGIBILIDAD	31
4.5. VARIABLE OMISION	31
4.6. VARIABLE NORMATIVIDAD	32
4.7. PRIMERA CAUSA DE INCAPACIDADES SEGUN NUMERO DE CASOS	32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
ANEXOS	35
BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION

El sistema de seguridad social en salud reconoce a los afiliados cotizantes al régimen contributivo, el pago de subsidios económicos por incapacidades en caso de enfermedad general y por licencia de maternidad, y el Sistema de Riesgos Profesionales reconoce subsidio en casos de incapacidad temporal por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

El presente estudio hace un análisis descriptivo retrospectivo sobre la pertinencia medica ambulatoria de las incapacidades en la Clinica Norte del I.S.S. Seccional Atlántico.

Las acciones que se adelantan actualmente para evaluar la calidad de una prestación que tiene el doble carácter de ser asistencial y económica ya que fue uno de los primeros que asumió el Seguro Social en su nacimiento, ya que se afectaban los intereses de la clase trabajadora, empresarial y del Seguro Social.

Le corresponde a la E.P.S. el reconocimiento y pago de los subsidios al asegurado, en este documento se explica además el proceso de expedición, reconocimiento, liquidación y pago.

1. MARCO TEORICO

1.1. MARCO LEGAL

La incapacidad está contemplada en el Código Sustantivo del Trabajo como una prestación social de las llamadas patronales, lo que le asigna un carácter socio-económico y complementario al salario, además de otorgarle un carácter obligatorio para todos los empleadores colombianos.

El Seguro Social de acuerdo al régimen de transición estipulado en su creación, (Ley 90 de 1946 con la cual se estableció el régimen de Seguros obligatorios) ha venido sustituyendo a los empleadores en esta obligación y reglamentando esta prestación en cada uno de los riesgos asumidos.

Estos riesgos son: Enfermedad general, maternidad, accidente de Trabajo y enfermedad profesional. El Instituto de los Seguros Sociales en la actualidad posee

5 Gerencias, por unidades de negocio, 1 Gerencia Administrativa, 2 Gerencias de E.P.S., Gerencia de I.P.S., Gerencia de Pensiones y Gerencia de A.R.P. (Accidente de Riesgos Profesionales); cada una de ellas debe asumir el pago del subsidio de acuerdo a la contingencia consignada en el certificado de incapacidad.

La Ley 100 de 1993 en sus artículos 206 y 207 trata sobre las incapacidades. El régimen Contributivo reconoce las incapacidades generadas por enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes para el cubrimiento de estos riesgos, las E.P.S. podrán subcontratar compañías aseguradoras. Las originadas por enfermedad general y por accidente de trabajo serán reconocidas por la E.P.S. se financiarán con cargos de los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen.

La licencia de maternidad se pagará de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

El complemento de esta obligación será financiada por el fondo de solidaridad, de su subcuenta de compensación como una transferencia diferente de las U.P.C.

La Unidad de pago por capitación (U.P.C.) es el valor que el sistema de Seguridad Social reconoce a la E.P.S. por cada afiliado-cotizante o beneficiario-cubierto, para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Según el acuerdo 24 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, estableció que la U.P.S. promedio para 1996 era de \$144.595, y por el acuerdo 26 definió los valores de la Unidad de pago por Capitación, según el grupo etareo y género, que se consignan en la siguiente tabla.

GRUPO ETAREO-GENERO	PONDERACION	VALOR U.P.C.
Menor de 1 año	1.80	260.271.00
1 a 4 años	1.30	187.973.50
5 a 14 años	0.65	93.986.75
15 a 44 años hombres	0.74	107.000.00
15 a 44 mujer	1.10	156.054.50
45 a 59 años	1.20	173.514.00
60 años y más	1.90	274.730.50

- Decreto 3170 de 1964, seguro de ATEP.

- Acuerdo 536 de 1974, emanado del Consejo Directivo del

I.C.S.S. aprobado mediante el Decreto 770 de 1975, por el cual se expidió el Reglamento General del Seguro de Enfermedad y Maternidad, en los artículos 9, 10, 12, 13, 16, 17, 20 y 21.

- Ley 50 de 1990. Reforma Laboral.

- Decreto 1295 de 1994, que determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, artículos 20, 36, 37 y 38.

- Decreto 1813 de 1994, por el cual se reglamentan los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito dentro del Sistema de Seguro Social en Salud, en su artículo 8.

- Decreto 1896 de 1994, por el cual se reglamenta el Fondo de Solidaridad y Garantía.

- Decreto 1919 de 1994, que reglamenta el régimen de afiliación al sistema, en los artículos 8, 36 y 41.

- Decreto 1938 de 1994, por el cual se reglamenta el Plan de Beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, artículo 11.

- Decreto 326 de 1996 y 1156 de 1996 por los cuales se organiza el Régimen de Recaudación de Aportes para el Sistema de Seguridad Social Integral.

- Circular 11 del 4 de Diciembre de 1995, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

1.2. NATURALEZA DEL ACTO DE EXPEDICION DE INCAPACIDADES.

Dentro de las actividades y acciones universales de la atención médica figuran como principales la consulta, los tratamientos, la atención de urgencias y la hospitalaria; pero vinculadas e incorporadas a las actividades anteriores se deben ejecutar entre otras las siguientes acciones: Solicitud de exámenes y pruebas diagnósticas, prescripción y ampliación de tratamiento, realización de procedimientos complementarios de ayuda diagnóstica y terapéutica y la expedición de certificados de incapacidad, que es el tema que nos atañe actualmente.

La expedición del Certificado de incapacidad es una decisión médica derivada del proceso de atención, que se origina por una contingencia en la Salud (EGM, ATEP) y se define como **el estado de inhabilidad física o mental que**

impide a una persona desempeñar su oficio o labor habitual. De acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo y el Régimen de los Seguros Obligatorios del Seguro Social, esta contingencia debe recaer sobre un sector específico de la población colombiana para que pueda tener derecho a las prestaciones inherentes a la incapacidad y es el sector trabajador.

De acuerdo a los lineamientos de la Gerencia Nacional de los Sistemas Garantía de Calidad y Servicios Ambulatorios y Hospitalarios, se debe evaluar de manera integral la pertinencia de la incapacidad en 3 etapas.

Primera Etapa: Sufrida la contingencia y recibida la correspondiente atención es deber del médico o del odontólogo tratante valorar todo el proceso de atención y determinar si la persona queda inhabilitada física o mentalmente y por cuánto tiempo para desempeñar su oficio o labor habitual. Esta primera etapa es inminentemente técnico-científica ya que el profesional autorizado cuenta con los elementos propios de su profesión que van desde la anamnesis, interpretación de las ayudas diagnósticas, la terapéutica médica y quirúrgica utilizada, correlacionados con la Historia Natural de la enfermedad para posteriormente definir el tiempo que la

persona queda inhabilitada. Esta responsabilidad es exclusiva del profesional pues determina de manera indirecta su idoneidad, su pericia y ética profesional.

Segunda Etapa: Esta etapa es consecuencia lógica de la primera, ya que se debe plasmar en un formato especial que se denomina Certificado de incapacidad; se considera un documento público y por lo tanto cualquier irregularidad en su expedición genera una serie de repercusiones legales, administrativas, civiles y disciplinarias propias de esta clase de obligaciones.

Existen una regla de carácter sustancial y profesional de tipo legal y ético donde se estipula:

- El modo como se debe expedir las incapacidades y los funcionamientos competentes para hacerlo.
- Los términos y plazos mínimos y máximos de otorgamiento según la competencia y tipo de profesional y
- Los requisitos y procedimientos a seguir para el otorgamiento (pago por parte de prestaciones económicas) y la consiguiente expedición de los

diferentes tipos de incapacidad.

Tercera Etapa: Nace una vez expedido el certificado de incapacidad, consistente en los efectos, las consecuencias y las repercusiones que conllevan el acto de la expedición.

Expedido este documento nacen a la vida pública y legal unos derechos y unas obligaciones de diferentes índoles como son:

- Clínicamente se origina de inmediato el derecho para el trabajador de disfrutar de un determinado período de reposo encaminado a lograr su total recuperación y rehabilitación después de un proceso de atención médica y odontológica (Ambulatoria u hospitalaria). En este momento la calidad del proceso de atención cobra una real importancia pues de esto depende que el período de tiempo otorgado al paciente sea el correcto o no para su verdadera recuperación.

- Laboralmente surge la obligación para el empleador de aceptar y otorgar los días de inhabilidad certificado por el médico o por el odontólogo al trabajador, sin que ello conlleve a alguna consecuencia laboral en contra de éste,

como tampoco ningún tipo de sanción económica.

Económicamente surge para el Seguro Social la obligación clara y expresa de otorgar y cancelar un subsidio diario en dinero, cuando haya lugar a ello, por el tiempo que dure incapacitado el trabajador y su menor o mayor valor, dependerá del razonamiento lógico-científico que haga el odontólogo para determinar la inhabilidad y el tiempo que requiere el paciente para su recuperación. Por otra parte depende también del cumplimiento que se le dé a determinado requerimiento administrativos estabilizados para su correcta expedición en el régimen de Seguros Obligatorios del Seguro Social para los riesgos de enfermedad general, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional e invalidez y demás actos administrativos que desarrollan este régimen.

En resumen, las repercusiones de que hemos venido hablando y que de una u otra forma inciden en los tres sujetos partícipes de los derechos y obligaciones que generan las incapacidades como son el trabajador, el empleador y el Seguro Social.

La calidad del proceso tendría que ser evaluada en cada uno de los pasos anteriormente descritos, por lo que el

estudio que adelantará la Gerencia Nacional de Calidad de Servicios de Salud contemplan las siguientes partes:

- La pertinencia administrativa (Calidad de diligenciamiento: Legibilidad y omisiones y cumplimiento de la norma) y
- Pertinencia médico y odontológica correlación entre la impresión diagnóstica, la severidad del cuadro, el tiempo de inhabilidad y la ocupación habitual o profesión del trabajador).

1.3. SITUACION ACTUAL

El Seguro Social es pionero en Colombia en los controles que ejerce en materia de salud para el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud al implementar los sistemas de garantía de calidad de los servicios de salud en todas sus seccionales.

A través de estudios realizados por auditores externos contratados y otros métodos selectivos de auditoría internas del Seguro Social se han encontrado con las siguientes irregularidades:

1. En el diligenciamiento del certificado se han observado equivocaciones al colocar una incapacidad hospitalaria cuando en realidad es ambulatoria o por enfermedad profesional cuando en realidad corresponde a enfermedad general, estas situaciones conllevan a una mayor obligación de tipo económico lo cual resulta onerosa.

2. El diligenciamiento incompleto de certificado de incapacidad genera un retardo injustificado para el pago del subsidio lo cual afecta ostensiblemente al trabajador o al empleador, la no recepción de la incapacidad por el Seguro Social genera desgaste administrativo, duplicidad y reclamos que producen insatisfacción por parte del cliente externo.

Es alto el volumen de incapacidades diligenciadas en forma incompleta. Estos programas coadyuvan a minimizar esta debilidad.

3. Evitar las complacencias entre el médico y el empleado que generen pagos de subsidios injustificados.

4. Algunos certificados de incapacidad fueron pagados con diagnósticos de enfermedades que son realmente

aberrantes como es el caso de la viruela, enfermedad erradicada mundialmente.

Todos estos aspectos han motivado a la Presidencia, Vicepresidencia de E.P.S. y la Gerencia General de Calidad de Servicio de Salud del Seguro Social a realizar estos estudios.

2. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la pertinencia de la incapacidad médica ambulatoria de la Clínica Norte Seccional Atlántico mediante la práctica de la auditoría clínica a las incapacidades expedidas por este centro, disminuyendo los costos ocasionados por el mal diligenciamiento de dicho formato, se establece un sistema de monitoreo continuo "mensual" que evalúe el cumplimiento de las especificaciones definidas por el Instituto de los Seguros Sociales.

2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar el porcentaje de incapacidades que son pertinentes desde el criterio médico y odontológico.
- Determinar el porcentaje de incapacidades que son pertinentes administrativamente.
- Determinar el promedio de días de incapacidad según

patología.

- Determinar las primeras causas de morbilidad a nivel nacional que ocasionan el mayor número de incapacidades por sexo, grupos de edad y clases de riesgo.

- Determinar el número de incapacidades pertinentes, médica y administrativamente por profesional.

3. METODOLOGIA

Para poder aplicar el estudio es necesario conocer el significado de las dos partes en las cuales está dividido, la pertinencia médica y odontológica y la pertinencia administrativa.

3.1 PERTINENCIA MEDICA Y ODONTOLOGICA

Se entiende por pertinencia médica de la expedición de un certificado de incapacidad, la correlación que existe en el acto médico o en el acto odontológico entre el análisis clínico, el diagnóstico realizado, la severidad del cuadro, la limitación o no de la persona para desarrollar su profesión u ocupación habitual y el tiempo (de acuerdo a la historia natural de la enfermedad) que requiere realmente el paciente para recuperarse de su enfermedad y encontrar su mejoría o rehabilitación y posterior reinserción a su actividad laboral.

En otras palabras, consiste en establecer de forma

indirecta la correlación del proceso de la atención médica y odontológica brindada a un paciente, a través del análisis de la incapacidad laboral que le fue otorgada.

3.1.1 Características de la atención a evaluar.

Para poder llegar a establecer un diagnóstico, la atención brindada al paciente debe contar con las siguientes características:

- Oportunidad: La atención al usuario debe ser oportuna, cualidad entendida con la satisfacción de las necesidades de la salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo con la naturaleza y severidad de cada caso.

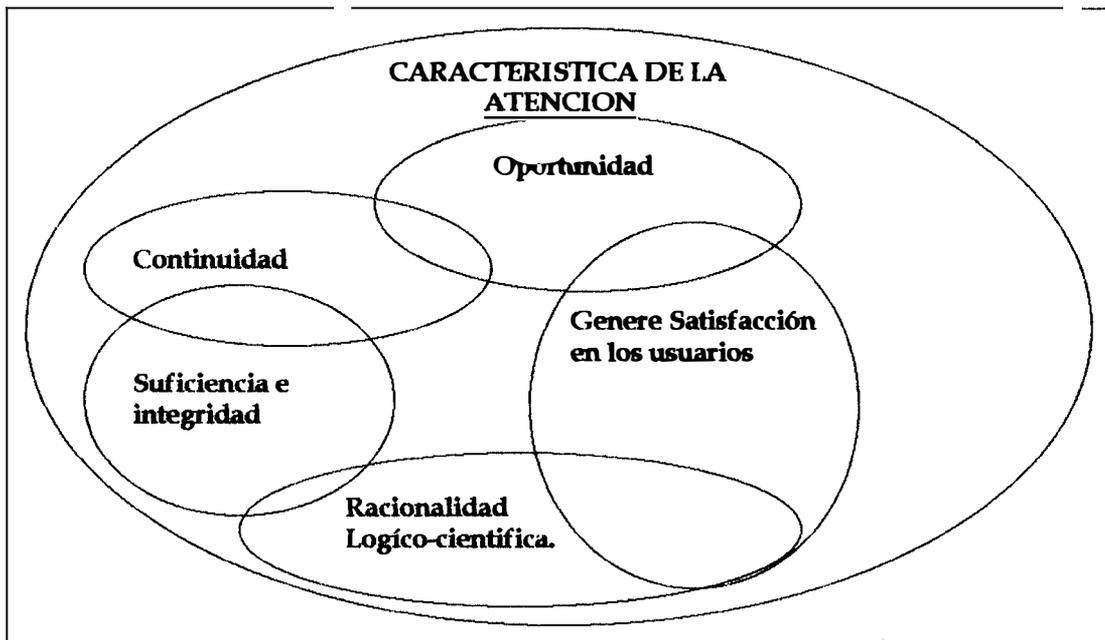
- Continuidad: Se debe brindar continuidad en la atención a los usuarios, cualidad entendida como la secuencia lógica, y bajo la responsabilidad de un equipo profesional de las acciones que conforman cada una de las fases del proceso de atención de un problema determinado de salud.

- Suficiencia e integridad: Se deben satisfacer adecuadamente las necesidades de salud biosicosociales, mediante el suministro oportuno de los recursos indispensables para atenderla de manera integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

- Racionalidad lógica-científica: Se refiere a la utilización del saber médico y de la tecnología médica disponibles en un momento dado, para atender un problema de salud específico, con los criterios de enfoque y óptimo.

- Satisfacción del consumidor y del proveedor: Incluye la complacencia del usuario con los servicios, con los proveedores y con los resultados de la atención y la satisfacción de los proveedores con las condiciones de trabajo.

MONITOREO DEL PACIENTE CONSULTADOR CRONICO



3.2 PERTINENCIA ADMINISTRATIVA

Es el cumplimiento o no de una norma administrativa previamente estipulada frente al hecho o acto administrativo ya realizado.

Por ser esta una evaluación administrativa, el enfoque de calidad difiere de manera sustancial al de los servicios de salud. Aquí vamos a evaluar es el cumplimiento de la norma, eficiencia del profesional al aplicar lo ya establecido, la frecuencia de desviaciones a lo mandado, la legalidad del acto realizado, la racionalidad lógica normativa del profesional, al hacer uso de la facultad de que goza para expedir incapacidades y otorgar tiempo de inhabilidad.

- Legalidad: Se trata de establecer aquí la validez de una incapacidad o licencia por maternidad una vez sea expedida en términos de si el profesional que la expidió es el que señala las normas como el competente, de si el tiempo que se otorgó está dentro del término autorizado para cada especialidad, clase y contingencia, de si se cumplieron los procedimientos y requisitos exigidos y de si el acto realizado está dentro de los parámetros de una norma general o de una norma excepcional cuando es el

caso.

- Eficiencia: Mediremos con este criterio el desempeño del profesional frente a todas y cada una de las circunstancias de tipo administrativo que se le presenten y que se encuentren reglamentadas. Se trata de establecer en términos cuantitativos la frecuencia con la que se presentan alejamientos y desvíos de los requisitos y procedimientos establecidos para la expedición de incapacidades.

- Racionalidad: Evaluaremos con este criterio, en términos cuantitativos, el uso y la aplicación de la facultad de expedir incapacidades. Se trata aquí del número de días y la cantidad de incapacidades por profesional, por centro de atención y por seccionales con el fin de establecer rangos, porcentajes y promedios que nos permitan conocer de manera comparativa el desarrollo de este importante aspecto y así encontrar la manera de racionalizar esta prestación, obviamente teniendo en cuenta la población y la complejidad de cada centro de atención.

Para evaluar lo anterior se tendrán en cuenta dos aspectos: el diligenciamiento del certificado de

incapacidad y el cumplimiento con relación a la norma interna del Seguro Social vigente.

3.2.1. El Diligenciamiento.

La evaluación de la calidad del formato de la incapacidad está dirigida a medir cuantitativamente, el cuidado, el esmero y la diligencia que el profesional médico dedique al diligenciamiento del formato. Se califican en:

- Legibilidad: Se hará de este criterio una herramienta para medir la incidencia y las repercusiones que genera la letra ilegible de un certificado de incapacidad en los procesos posteriores a la expedición y en particular al pago de la incapacidad, evaluando la frecuencia y la ocurrencia de este aspecto en todos y en cada uno de los items que conforman el certificado por profesional y por centro de atención.

- Omisiones: Se cuantificará en el certificado de incapacidad el número de omisiones en el diligenciamiento de sus items.

3.2.2. Normatividad.

Se evaluará la relación constante entre lo reglamentado y lo realizado por el profesional. Deberá entenderse como la conformación de un todo mediante la composición de sus partes, en donde se realizarán si la información requerida en el formato de incapacidad es diligenciada por el profesional que la expide en forma íntegra y como resultado de un proceso de atención.

De este criterio se han definido los siguientes aspectos a tener en cuenta:

- Prórrogas: Se entiende por prórroga de incapacidad, la posterior o posteriores expedidas por la misma enfermedad o lesión que originó la original, siempre que entre una y otra no hay una interrupción mayor de 30 días.

a) Prórrogas hasta por 30 días: Deben tener el visto bueno por parte del Sub-Gerente de Salud o de quién haga las veces en el C.A.A. Los especialistas podrán ordenarla directamente. El médico general la puede otorgar con el visto bueno del Sub-Gerente de Salud.

b) Prórrogas de Incapacidades que superan los 30 días:

Requieren la autorización del Sub-Gerente de Servicios de Salud o de quién haga sus veces.

- Retroactividad: Puede ser sugerida por el médico general hasta por tres días, con el visto bueno del Sub-Gerente de Servicios de Salud. Los especialistas podrán otorgarla hasta por un período no mayor de 30 días calendario.

- Contingencia o Riesgo: Este debe corresponder al evento que realmente originó la incapacidad.

- Registro en la Historia Clínica: Anotación inherente al proceso de atención.

3.3. POBLACION U OBJETO DE ESTUDIO

Certificados de incapacidad expedidos por los médicos de consulta externa de la Clínica Norte, Instituto de los Seguros Sociales Seccional Atlántico.

3.4 METODO DE SELECCION Y TAMANO DE MUESTRA

Será calculada de acuerdo al número de incapacidades expedidas durante el mes evaluado. Ver anexo de acuerdo al tamaño de la población sugerida por el nivel nacional.

El mes escogido es el mes de febrero de 1997, y el número de incapacidades evaluadas es de 62.

3.5. METODO DE EVALUACION DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

Se hará, entonces, a través de una muestra en aquellos casos en que el volumen de incapacidades generadas por Centro de Atención Ambulatoria lo amerite, de lo contrario se evaluarán la totalidad de las incapacidades. Esta información se obtendrá del registro diario de consulta médica y odontológica, su periodicidad será mensual.

Una vez seleccionados los pacientes que aparecen incapacitados en el registro diario de consulta médica y odontológica se procederán a localizar las historias clínicas respectivas, con estos documentos se seleccionará la muestra a evaluar (el procedimiento de selección de la muestra se enviará a cada Centro de

Atención Ambulatoria).

Proceso de Evaluación:

Los profesionales encargados de evaluar las historias e incapacidades deberán seguir el siguiente proceso: (tenga en cuenta que ningún profesional podrá evaluar las incapacidades expedidas por él mismo).

Diligenciar el encabezamiento y cada uno de los items iniciales del instrumento, de acuerdo al instructivo y a los documentos mencionados anteriormente (Historia Clínica del paciente y copia rosada del certificado de incapacidad, sino aparece alguno de los documentos fuentes no evalué ninguna de las pertinencias), luego analice la pertinencia administrativa de la siguiente forma:

- Legibilidad: La copia debe ser legible en su totalidad, es decir que pueda ser leída fácilmente aún tratándose de una copia.

- Omisiones: Cuenta cada uno de los items que no fueron diligenciados y registre este número en el instrumento.

- Norma: Debe analizar tanto el certificado de incapacidad como la consulta en la historia clínica que genero la incapacidad y determinar si se cumplió o no la norma.

Para evaluar la pertinencia médica y odontológica se debe cumplir los siguientes criterios, los cuales se analizaran en la consulta médica y odontológica que genero la incapacidad;

- En la historia clínica debe estar registrado el proceso de atención al paciente.

- El médico o el odontólogo debió realizar una impresión diagnóstica.

- Debe existir una correlación entre la impresión diagnóstica, los elementos (signos y síntomas) que permiten inferir sobre la severidad del cuadro clínico, los días de incapacidad otorgados y la ocupación del paciente.

Con esta herramientas califique la pertinencia médica y odontológica así:

1. Pertinente, cumple con todo lo establecido anteriormente.
2. No hay registro del proceso de atención.
3. No hay impresión diagnóstica.
4. La impresión diagnóstica no se correlaciona con la severidad del cuadro clínico, ni con los días de incapacidad otorgada.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El médico evaluador del C.A.A. consolidará y analizará sus resultados para darlos a conocer al Gerente del C.A.A. para adoptar las medidas correctivas. Debe incluir el proceso de retroalimentación a los médicos implicados, sugiriéndoles su compromiso en la consignación de los criterios no consignados "administrativos o clínicos".

4. ANALISIS E INTERPRESENTACION DE RESULTADOS

Incapacidades evaluadas: 62

4.1. SEGÚN LA VARIABLE SEXO

De las 62 incapacidades evaluadas:

36 corresponden al Sexo Masculino para un porcentaje de 58%.

26 corresponden al Sexo Femenino para un porcentaje de 42%.

4.2. DE ACUERDO A LA CONTINGENCIA O RIESGO

60 casos corresponden a enfermedad general, porcentaje del 96.7%.

2 casos corresponden a accidente de trabajo para un

porcentaje del 3.3%.

Total de días otorgados 472.

466 días corresponden a enfermedad general y 6 días corresponden a accidentes de trabajo.

4.3. VARIABLE EDAD

De 62 incapacidades evaluadas, en 15 casos no se consignó la edad, para un porcentaje del 24.1%

4.4. LEGIBILIDAD

En cuanto a la legibilidad de 62 casos, 59 incapacidades fueron legibles para un porcentaje del 95.1%.

4.5. VARIABLE OMISIÓN

En cuanto a la omisión, 61 casos no presentaron omisión para un porcentaje del 98.3%.

4.6. VARIABLE NORMATIVIDAD

54 casos cumplieron con las normas, para un porcentaje del 87%, en 8 casos no hubo registro en la historia clínica para un porcentaje del 13%.

Como estrategia para el proceso de retroalimentación se ideó un formato sobre la evaluación individual donde se consignan las recomendaciones y el compromiso del funcionario a minimizar las deficiencias.

4.7. PRIMERA CAUSA DE INCAPACIDADES SEGÚN NÚMERO DE CASOS

DIAGNOSTICO	CODIGO	No.CASOS	PORCENTAJE %
1. Infección renal	590	5	8.0
2. Infección Intestinal	009	3	4.8
3. Conjuntivitis	372	2	3.2
4. Varicela	052	2	3.2
5. Amebiasis	006	2	3.2
6. E.P.I.	614	2	3.2
7. Faringitis	462	2	3.2
8. Trast. genitales masc.	682	2	3.2
9. Enf. isquemica coronaria	414	2	3.2

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Seguro Social es la E.P.S. preferida de los colombianos, de ahí el compromiso de las directivas nacionales en brindar una oportuna atención a sus usuarios enmarcados en los parámetros de calidad.

El sistema de garantía de calidad de los servicios de salud es la encargada de monitorear el proceso de pertinencia médica de las incapacidades:

- 1.- Mejorando el proceso de atención al usuario.
- 2.- Evitando las incapacidades injustificadas.
- 3.- Fomentando los círculos de calidad para el proceso de retroalimentación de resultados obtenidos y los informes enviados por las diferentes seccionales; posteriormente se harán los análisis y recomendaciones.

El mes evaluado fue el de febrero y reportó los siguientes resultados:

- El 58% de los evaluados son de sexo masculino.
- El 96.7% de los casos fueron por enfermedad general.
- El 95.1% de las incapacidades son legibles.
- El 98.3% de los casos no presentaron omisión.
- El 87% de las incapacidades cumplieron la norma.
- La infección real es la causa principal de incapacidad.

RECOMENDACIONES.

- 1.- Se ideó un formato para informar sobre los resultados obtenidos de cada médico y su compromiso de mejorar.
- 2.- Retroalimentación mensual.
- 3.- Capacitación.
- 4.- Concientizar a los médicos sobre las grandes erogaciones que hace el ISS por pago del subsidio económico de incapacidades injustificadas.

ANEXOS

GERENCIA NACIONAL DE CALIDAD DE SERVICIO DE SALUD
SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN SERVICIOS AMBULATORIOS
HOSPITALARIOS

PERTINENCIA MEDICA Y ADMINISTRATIVA DE INCAPACIDADES
INSTRUCTIVO

- IDENTIFICACION DEL MEDICO: Nombre, Código, Vinculación con el seguro Social y Horas Contratadas.

- NUMERO DE ORDEN: Numere consecutivamente los certificados de incapacidad que hacen parte del estudio

- SERIE Y NÚMERO DEL CERTIFICADO: Consignar la serie y el número completo del Certificado de Incapacidad.

- EDAD DEL PACIENTE: En años cumplidos.

- SEXO: 1 Masculino, 2 Femenino.

CODIGO DEL DIAGNOSTICO: colocar el código del diagnostico de la incapacidad en forma completa (tres dígitos).

-CONTINGENCIA O RIESGO: 1 Enfermedad General, 2 Maternidad, 3 Accidentes de Trabajo, 4 Enfermedad Profesional.

- NUMERO DE DIAS: coloque el número de días por los que fue expedida la incapacidad.

- PERTINENCIA ADMINISTRATIVA:

* Diligenciamiento: 1. LEGIBLE, 2. No LEGIBLE

* Omisiones: Coloque el número de omisiones de la incapacidad

* Norma: 1. Si, 2. No cumplimiento de Norma en cuanto a prórrogas, 3. retroactividades. 4. A la Competencia Profesional para la Expedición, 5. la contingencia o Riesgo y 6. Registro en la Historia Clínica.

- PERTINENCIA MEDICA

1. Si es Pertinente

2. No hay registro del proceso de atención

3. No hay impresión diagnóstica

4. No se correlaciona la impresión diagnóstica, la severidad del cuadro clínico, los días de incapacidad otorgados y la ocupación del paciente.

**SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN SERVICIO DE
SALUD
PERTINENCIA MEDICA Y ADMINISTRATIVA DE
INCAPACIDADES
UNIDAD OPERATIVA NORTE SEGURO SOCIAL**

EVALUADO :

RECOMENDACIONES:

INCAPACIDADES OTORGADAS: _____

DIAS OTORGADOS : _____

**DR JORGE RESTREPO
Gerente Clinica Norte**

**DR JOSE REDONDO
Coordinador Médico**

SEGURO SOCIAL

VICEPRESINDENCIA E.P.S

GERENCIA NACIONAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

MUESTRA E INTERVALOS DE SELECCION PARA DIFERENTES TAMAÑOS DE POBLACION

TAMAÑO DE POBLACION No. DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDA EN EL MES	TAMAÑO DE MUESTRA No. DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD A SELECCIONAR EN EL MES	INTERVALO DE SELCCION
hasta 50	todas	*
51-75	75%	**
100-150	50%	2
160-200	45%	2
210-250	40%	2
260-350	35%	3
400-500	30%	3
600-700	20%	5
800-1000	15%	6
1500	10%	10
2000 y mas	7%	14

(*) No aplica

(**) Resulta practico seleccionar 25% aleatoriamente

SEGURO SOCIAL**GERENCIA NACIONAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD**

Seccional

Clinica Norte

Años

No. de Ordenes	Serie No. de la Incapacidad	Edad	Sexo	Codigo DX	Contingencia o Riesgo	No. de Dias	Pertinencia Administrativa			Pertinencia Medica
							Legib.	Omission	Norma	
	H872101	20	2	462	1	3	1	0	1	1
	H872052	44	2	614	1	2	1	0	1	1
	H341512		1	250	1	2	1	0	1	4
	H342646	56	1	401	1	2	1	0	1	4
	H872402		2	52	1	12	1	0	1	1
	H872401	52	2	724	1	1	1	0	1	4
	H875751	31	1	466	1	3	1	0	1	1
	H342647	27	2	9	1	1	1	0	1	1
	H341511		1	682	1	3	1	0	1	1
	H343176		1	724	1	2	1	0	1	1
	H342645		1	462	1	3	1	0	1	1
	H342646	27	1	0,09	1	1	1	0	1	1
	H342315		2	0,09	1	1	1	0	1	1
	H875605	40	1	370	3	3	1	0	1	1
	H875603	55	1	372	1	15	1	0	1	1
	H875604	39	2	373	1	10	1	0	1	1
	H343723	41	2	465	1	3	1	0	1	1
	H872202	20	1	346	1	2	1	0	1	1
	H872403	30	1	0,08	1	2	1	0	1	1
	H841467	37	1	722	1	3	1	0	1	1
	H875502		1	608	1	30	1	0	6	1
	H872458	41	2	460	1	2	1	0	1	1
	H872103	48	2	493	1	1	1	0	1	1
	H341979	42	2	843	1	3	1	0	1	1
	H872056	44	2	722	1	5	1	0	6	4
	H341471	40	1	467	1	3	1	0	1	1
	H875501		1	603	1	23	1	0	6	1
	H872652	28	2	590	1	25	2	0	1	1
	H872651		2	0,57	1	3	2	0	1	1
	H336736		1	364	1	30	1	0	6	1

SEGURO SOCIAL**GERENCIA NACIONAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD**

Seccional

Clinica Norte

Vics

No. de Ordenes	Serie No. de la Incapacidad	Edad	Sexo	Codigo DX	Contingencia o Riesgo	No. de Dias	Pertinencia Administrativa			Pertinencia Medica
							Legib.	Omission	Norma	
	H872068	33	2	590	1	3	9	0	1	1
	H391978	45	2	590	1	2	1	0	1	1
	H343178	42	1	483	1	2	1	0	1	1
	H343530		2	480	1	2	1	0	1	1
	H872486		1	725	1	3	1	0	1	1
	H875806	38	1	372	1	20	1	0	1	1
	H872851	38	1	550	1	30	1	0	6	1
	H872104	28	2	590	1	2	1	0	1	1
	H874002		1	308	1	2	1	0	1	1
	H341472	40	1	454	1	5	1	0	1	1
	H872406	18	2	52	1	6	1	0	1	4
	H875503		1	608	1	30	1	0	6	1
	H343907		1	728	1	4	2	0	6	4
	H342649	24	1	371	1	2	1	0	1	1
	H872201	31	2	614	1	3	1	0	1	1
	H872452	33	2	360	1	2	1	0	1	1
	H872102	27	2	643	1	4	1	0	1	1
	H341470	20	2	616	1	3	4	0	1	4
	H343177	38	1	710	1	2	2	0	1	4
	H872204	34	1	590	1	1	1	0	1	4
	H878201	34	2	425	1	8	1	0	6	1
	H872806	42	2	574	1	30	1	0	1	1
	H872203	29	1	0,06	1	2	1	0	1	1
	H841086	24	2	584	1	5	1	0	1	1
	H341489	24	1	0,06	1	1	1	0	1	1
	H342656		1	724	1	1	1	0	1	4
	H872451	42	2	810	3	3	2	1	1	4
	H838732	33	1	414	1	7	1	0	1	1
	H838735	33	1	414	1	7	1	0	6	4
	H342317		1	728	1	3	1	0	1	4

SEGURO SOCIAL

Para Siempre

VICEPRESIDENCIA E.P.S

GERENCIA NACIONAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO DE PERTINENCIA MEDICA Y ADMINISTRATIVA DE INCAPACIDADES

Seccio Atlantico Mes Febrero, Año 97

Cuadro No. 1

TOTAL EXPEDIDAS	TOTAL EVALUADAS
150	62

Cuadro No. 2

LEGIBILIDAD

No. INCAP. LEGIBLES	PORCENTAJE
59	95,1

Cuadro No. 3

OMISIONES

No. OMISIONES POR INCAPACIDAD	No. DE INCAPACIDADES	PORCENTAJE
0	61	98,3
1	1	1,7
2		
3		
4		
Mas de 4		
Total	62	100

Cuadro No. 4

NORMATIVIDAD

ITEM EVALUADO	No. INCAPACIDADES	PORCENTAJE
1	54	87
2		
3		
4		
5		
6	8	13
Otros		
Total	62	100

Cuadro No. 4

SEGURO SOCIAL
GERENCIA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
NUMERO Y PROMEDIO DE DIAS DE INCAPACIDAD

Seccional

MEDICINA

VARIABLE TIPO DE INCAPACIDAD	CASOS INCAPACIDAD		DIAS INCAPACIDAD		PROMEDIO DIAS
	No.	%	No.	%	
AMBULATORIAS	62	100	472	100	7,6



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD

SERIE H

No. 872196

Lugar de expedición		
SECC.	UPZ.	CAB.

Tipo	
A	H
1	2

Fecha de exped.		
AÑO	MES	DÍA

1er Apellido	2º Apellido	Nombres	Nº de Afiliación	Nº Patronal

Cod. Diagnost.	Contingencias	Fecha acc. de trab.	Fecha de iniciac.	Días de Incapacidad o Licencia	Prórroga
	EG. M. AT. EP. PRV.	AÑO MES DÍA	AÑO MES DÍA	EN LETRAS	EN NUMER.
	1 2 3 4 5				SI 1

Firma y sello médico u odontólogo	Código	Firma y sello respon., Centro. de At.	Código	Justificación						
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Transcripción</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sustitución</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Reproducción</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	Transcripción	1	Sustitución	2	Reproducción	3
Transcripción	1									
Sustitución	2									
Reproducción	3									

LIQUIDACION SUBSIDIO. - PARA USO INTERNO DEL INSTITUTO:

Mes	Categ.	Semana	Salario base:	Días	Son (en letras) :

Firma y sello. Prestac. Económ.

Revisor Auditoria

FIRMA Y C.C. DEL TRABAJADOR

91.04.01

ORIGINAL: PRESTACIONES ECONOMICAS - COPIA AZUL: AFILIADO - COPIA ROSADA: HISTORIA CLINICA

SF. 32.021

BIBLIOGRAFIA

- BARQUIN C., Manuel. Dirección de Hospitales. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill, 6a. Edición. México, D.F.
- Instructivo del Seguro Social sobre Pertinencia de Incapacidades.
- Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993.
- INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES, Decretos Reglamentarios.
- SUPERINTENDENCIA DE SALUD, Decretos Reglamentarios.
- Material de Consulta sobre Auditoría Médica. CELAC, 1996.