



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**ESTUDIO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD EN  
TRABAJADORES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR. ARNULFO ARIAS  
MADRID. AÑOS 2000 – 2004.**

**AUTOR**

**MITZI GRACIELA VÁSQUEZ**

**TESIS PARA ASPIRAR POR EL TÍTULO  
DE MASTER EN SALUD PÚBLICA CON  
ÉNFASIS EN SALUD OCUPACIONAL**

**Panamá, República de Panamá**

**2006**

15285

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE

ST

- 7 MAY 2007

## AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a las siguientes personas:

A la Licenciada Lisbeth Tristan asesora de la Tesis, sus orientaciones me permitieron primero poco a poco encontrar el hilo conductor del trabajo, su constante colaboración hicieron de este esfuerzo un proyecto, primero y un documento coherente después, que ha facilitado transformar unos datos en una información con sentido.

Al Licenciado Luis E. Vásquez Brown por las indicaciones académicas financieras necesarias para conseguir que esta se transformara de simples salarios a gastos reales, sin tu asesoría este proyecto no se hubiese logrado.

A todos los colaboradores del Departamento de Personal del Complejo Hospitalario Metropolitano Doctor Amulfo Arias Madrid, en especial a la Licenciada Gloria Delgado, Lic. Ramón Constable, Sra. Lesbia Arauz, quienes me autorizaron la revisión de los Certificados de Incapacidad así como de los expedientes, al igual que a todo el personal de la sección de archivo, sin su ayuda no se hubiese realizado el proyecto.

A todos los Profesores de la Escuela de Salud Pública, quienes contribuyeron en gran medida aportando sus conocimientos y sabios consejos durante mi formación en este campo.

A todos los que no recuerdo, pero que también me han brindado todo su apoyo y solidaridad para que este proyecto se haga una realidad.

**DEDICATORIA**

A mi hijo Alejandro André, por concederme parte de tu tiempo, juntos hemos logrado este proyecto.

A mi esposo Luis E. Vásquez B. por ser incondicional, y guiarme siempre hacia un mejoramiento continuo, por apoyarme en los momentos más difíciles y por hacerme siempre feliz.

A mis padres Eneida y Manuel, por todo lo que soy; a mis hermanos quienes de una u otra manera han realizado un esfuerzo por mi superación, hoy se refleja en un proyecto más.

**INDICE GENERAL**

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iv
Índice General.....	vi
Índice de Gráficas.....	ix
Índice de Cuadros.....	xii
Índice de Anexo.....	xiv
Resumen.....	xvi
Traducción del Resumen.....	xviii
<b>CAPITULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
A. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.- Caracterización Del Problema.....	2
2.- Delimitación del Problema.....	3
3.- Descripción de estudios Realizados.....	4
B. - PROPÓSITO.....	8
C.- OBJETIVOS.....	9
1.- Generales.....	9
2.- Específicos.....	9
D.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1 - Disposiciones Jurídicas.....	14
<b>CAPITULO II</b>	
<b>2.0. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes.....	21
2.2. Ausencias en el trabajo según estén subsidiada y relacionadas con la Salud.....	23
2.3. Magnitud Sanitaria, Económica y social de la Incapacidad Temporal por enfermedad.....	25
2.4 La Incapacidad Temporal: Definiciones.....	26
- Definición Sanitaria.....	27
2.5. Historia Natural y Modelo Causal.....	28
2.6. Acción Protectora De La Seguridad Social en Relación a la Incapacidad Temporal.....	32
2.7. Significado de la Incapacidad Temporal.....	35
2.8 Elementos Eticos de la Incapacidad.....	37
2.9. Factores de Riesgos Relacionados con La Incapacidad Temporal.....	42
2.9.1. Factores de ausencia y presencia al trabajo.....	44
2.9.2. La Flexibilización.....	44
2.9.3. La Descentralización.....	45
2.9.4 La Globalización.....	45
2.9.5. El Entorno Económico del País.....	45
2.9.6. El entorno del Lugar de Trabajo.....	46
2.9.7. El entorno Comunitano y aspecto antropológico.....	47
2.9.8. Las Características individuales.....	48

2.10. Organización del Trabajo y Factores Psicosociales.....	48
2.10.1. Factores Psicosociales de riesgo Individual.....	50
2.11. Hipótesis.....	
2.11.1. Hipótesis Alterna.....	51
2.11.2. Hipótesis Nula.....	52
2.13. Variables.....	
2.13.1. Dependientes, Independientes.....	52
2.13.2. Esquema de Variables.....	55
<b>CAPITULO III</b>	
<b>3.0 MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo de Estudio.....	
3.2. Universo y Muestra.....	57
3.3. Procedimiento para la recolección de la Información.....	58
3.4. Técnica de Recolección de Datos.....	59
3.5. Criterios reinclusión y Exclusión.....	60
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>4.0. RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
4.1. Análisis de los Resultados.....	67
4.2. Conclusiones.....	95
4.3. Recomendaciones.....	99
BIBLIOGRAFÍAS.....	101
ANEXOS.....	108

## **INDICE DE GRÁFICA**

<b>Nº GRÁFICA</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>Pág.</b>
1	Distribución de los Certificados de Incapacidad Temporal Por Enfermedad Por Lugar de Expedición C.H.Dr.A.A.M. Años 2000 -2004.....	68
2	Distribución de la Población con Incapacidad Temporal Por Enfermedad por sexo según Departamento o Servicio C.H. Dr.A.A.M, Año 2000 -2004.....	69
3	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según edad C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	70
4	Distribución de la Incapacidad Temporal Por enfermedad por departamentos o Servicio según Nivel Académico C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	71
5	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según Antigüedad Laboral. C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	72
6	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según Lugar de residencia C.H. Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	73
7	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según Salario C.H Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	74
8	Distribución del Número de Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad Según Tipo de Incapacidad Temporal, C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	75
9	Distribución del Número de Días de Incapacidad Temporal por enfermedad Según Tipo de Incapacidad Temporal, C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	76
10	Distribución de Incapacidad temporal por Enfermedad Consignada con Diagnostico Según Clasificación CIE 10 C.H.Dr. A.A.M. Años 2000- 2004.....	77
11	Distribución Del Número de Días de Incapacidad Temporal Por enfermedad Por riesgo Profesional C.H.D.A.A.M. Años 2000-2004.....	78
12	Porcentaje de Certificados de Incapacidad Temporal Por Enfermedad Por riesgo Profesional según departamento o Servicio C.H.Dr.A.A.M.....	79
13	Distribución del Numero de Días según Diagnostico de Incapacidad Temporal por enfermedad, Por riesgo Profesional C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	80
14	Distribución de los Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados a Departamentos o Servicios Administrativos por Año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	81
15	Distribución de los Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados a Departamentos o Servicios Técnicos y de Apoyo por Año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	82
16	Distribución de los Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados a Departamentos o Servicios de Salud por Año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	83
17	Distribución del Total de Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados por año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	84
18	Distribución del Total de Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados por año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	85
19	Distribución de los Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad según Médico que lo Expide C.H.Dr. A.A.M. Años 2000- 2004.....	86

Nº GRÁFICA	TÍTULO	Pág.
20	Distribución de los Costos de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgada a trabajadores Por Departamento o Servicio según Año C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	87
21	Distribución Mensual del Número de Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados a trabajadores por año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	88
22	Función de Autocorrelación de Días de Incapacidad Temporal Por enfermedad en Trabajadores Del C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	90
23	Distribución del Total de Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados por año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	92
24	Función de AutoCorrelación Según Número De Certificados de Incapacidad temporal Por Enfermedad en Trabajadores del C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	93
25	Función de Autocorrelación Parcial Según Número De Certificados de Incapacidad temporal Por Enfermedad en Trabajadores del C.H Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	94

**INDICE DE CUADROS**

N° CUADRO	TITULO	Pág.
1	Indicadores de Poblaciones con Certificados Expedidos y Días de Incapacidad Otorgados a Funcionarios Incapacitados C.H. Dr.A.A.M. Años 2000 -2004.....	1
2	Distribución de los Certificados de Incapacidad Temporal Por Enfermedad Por Año Según Lugar de Expedición C.H.Dr.A.A.M. Años 2000 –2004.....	1
3	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según sexo. C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	2
4	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según edad. C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	2
5	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según nivel académico. C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	3
6	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según Antigüedad Laboral. C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	3
7	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según Lugar de residencia C.H. Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	4
8	Distribución de la Población Estudiada con Incapacidad temporal por enfermedad por Departamento o servicio según Salario C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	4
9	Distribución del Número de Días de Incapacidad Temporal por enfermedad Según Tipo de Incapacidad Temporal, C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	5
10	Distribución del Número de Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad Según Tipo de Incapacidad Temporal, C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	5
11	Distribución del Número de Certificados Por Incapacidad Temporal por Enfermedad Consignada con Diagnostico Según Clasificación CIE 10 C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	6
12	Distribución Del Número de Días de Incapacidad Temporal Por enfermedad Por Riesgo Profesional otorgadas según año C.H.D.A.A.M. Años 2000-2004.....	7
13	Distribución de los Números de Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad Por Riesgo Profesional, Según Año C.H.Dr.A.A.M. Años 2000-2004.....	7
14	Número de Certificados y Días de Incapacidad Temporal Por Enfermedad Por Riesgo Profesional, por tipo de Departamento y/ o servicio, según diagnóstico C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	8
15	Distribución de los Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados a Departamentos o Servicios Administrativos por Año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	9
16	Distribución de los Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados a Departamentos o Servicios Técnicos y de Apoyo por Año según Mes C.H Dr.A A.M. Años 2000- 2004.....	9
17	Distribución de los Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados a Departamentos o Servicios de Salud por Año según Mes C.H.Dr.A A.M. Años 2000- 2004.....	10
18	Distribución del Total de Días de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados por año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	10
19	Distribución del Total de Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgados por año según Mes C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	11
20	Distribución de los Certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad según Médico que lo Expide C.H.Dr.A.A.M. Años 2000- 2004.....	11
21	Cuadro N° 21 Distribución de los Costos de Incapacidad Temporal por enfermedad otorgada a trabajadores Por Departamento o Servicio según Año C.H Dr.A A M. Años 2000- 2004.....	12

## ÍNDICE DE ANEXOS

Nº DE ANEXO	TÍTULO
1	Hoja de Recolección de datos de la Incapacidad temporal por enfermedad
2	Cuadros de Estadísticas
3	Clasificación de los diagnósticos según CIE-10
4	Formularios de Certificados de Incapacidad Temporal Por Enfermedad
5	Calculo del costo Económico de la Incapacidad Temporal por Enfermedad
6	Decreto Ejecutivo

## Resumen

El Estudio de la Incapacidad Temporal por Enfermedad en el Complejo Hospitalario Doctor Arnulfo Arias Madrid fue realizado durante un periodo comprendido entre agosto de 2005 a agosto de 2006 y tuvo como Objetivo general estudiar la Incapacidad Temporal por enfermedad en trabajadores del C.H. Dr. A.A.M. Años 2000 -2004.

**Metodología:** es un estudio observacional descriptivo de reporte de casos durante un periodo de un año. Se revisaron de manera retrospectiva los certificados médicos de incapacidad temporal por enfermedad de los trabajadores reportados al Departamento de Personal. Se utilizo una muestra de 295 expedientes y se estudiaron las variables como: edad, salario, lugar de residencia, salario del trabajador, antigüedad laboral, sexo, nivel académico, mes.

**Resultados:** Los resultados obtenidos revelan que la Incapacidad temporal (I.T.) por Enfermedad se presento mayormente en el sexo femenino, Los departamentos o servicios Administrativos generaron mayores días de IT, sin embargo el mayor costo económico fue generado por los Departamentos y Servicios de Salud, La IT por enfermedad según tipo de incapacidad fue mayoritariamente de origen común, y los certificados fueron expedidos en su mayoría por Médicos Generales. La Incapacidad Temporal por Enfermedad Riesgo Profesional represento sólo el 4.9%.

**Conclusión:** se concluye que la Incapacidad Temporal Por Enfermedad revela un total de 22,691 días de incapacidad correspondiente a 9,094 certificados médicos, el 95.10% fue por enfermedad común y solo el 4.9% es por Riesgo Profesional. De acuerdo a la categoría por servicio nuestra población objeto de estudio muestra un mayor número de días por Incapacidad Temporal por enfermedad en los departamentos o servicios Administrativos, los meses del año dónde mayormente se genera IT por enfermedad en cuanto a días es septiembre y diciembre, y en cuanto al mes donde más certificados de IT por enfermedad se generan es el mes de diciembre, se dan altas correlaciones cada tres meses, con mayor consistencia en el segundo semestre anual., El 90% de la IT no se registra el diagnostico que la motivo. Los Departamentos o Servicios de Salud generaron el mayor costo como consecuencia de la IT.

**Recomendación:** se recomienda crear en cada departamento o servicio un mejor registro de la IT por enfermedad, cuya finalidad no sea solo de carácter administrativo, identificar por departamentos los trabajadores que con frecuencia se acogen a IT por enfermedad, con la finalidad de establecer programas que les ayuden a disminuir la

frecuencia de estas, coordinar con el Programa de Salud Ocupacional para la tutoría de la IT por Enfermedad independientemente si es de origen común o profesional. Realizar estudios analíticos sobre la I.T. por enfermedad con el propósito de conocer cual es el origen o la causa que motiva la misma, para lograr la intervención, referente a la disminución de los días y por ende de los costos.

## Summary

The Study of the Temporary Incapacity by Disease in Aryan the Hospitable Complex Doctor Arnulfo Madrid was made during a period between August of 2005 to August of 2006 and had like General mission to study the Temporary Incapacity by disease in workers of the C.H.Dr.A.A.M. -2004, years 2000 **Methodology:** it is a descriptive observational study of report of cases during a period of a year reviewed of retrospective way medical certificates of temporary incapacity by disease of the workers reported to the Personnel Department, I am used a sample of 295 files and the variables studied like: age, wage, place of residence, wage of the worker, labor antiquity, sex, academic level, month. **Results:** The obtained results reveal that the temporary Incapacity by Disease I appear mainly in feminine sex, the departments or Administrative services generated greater days of IT, nevertheless the greater economic cost was generated by the Departments and Services of Health, the IT by disease according to type of incapacity was mainly of origin common, and the certificates were issued in their majority by General Doctors, the I.T. by disease Professional Risk I represent only the 4.9%. **Conclusion:** one concludes that the Temporary Incapacity By Disease reveals a total of 22.691 days of incapacity corresponding to 9.094 medical certificates, the 95,10% it was by common disease and single the 4,9% it is by Professional Risk. According to the category by service our population study object shows a greater number of days by I.T. by disease in the departments or Administrative services, the months of the year where mainly IT by disease as far as days is generated are September and December, and as far as the month where more certifying of IT by disease are generated is the month of December, correlations occur to discharges every three months, with greater consistency in the second annual semester, 90% of the IT is not registered I diagnose that the reason. The Departments or Services of Health generated the greater cost as a result of the IT. **Recommendation:** it is recommended to create in each department or service a better registry of the IT by disease, whose purpose is not single of administrative character, to identify by departments the workers who frequently take refuge in IT by disease, with the purpose of settling down programs that helps them to diminish the frequency of these, to coordinate independently with the Program of Occupational Health for the position of a guardian of the IT by Disease if he is of common or professional origin. To make analytical studies on the I.T. by disease in order to know as is the origin or the cause that motivates the same one, to obtain the intervention, referring to the diminution of the days and therefore of the costs.

**CAPITULO I  
INTRODUCCIÓN**

## **A.- PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.- Caracterización del Problema**

Dentro del control de pérdidas de toda empresa, el ausentismo por causa médica (incapacidad) se constituye en uno de los principales factores negativos en todo el proceso de producción. Su influencia es importante y ha obligado a la elaboración de normas para su regulación por parte de las diferentes instituciones y del gobierno. Estudios internacionales nos demuestran que la principal causa de ausentismo en el trabajo, es la incapacidad temporal con certificados médicos, avalando una enfermedad, incluyendo los accidentes y enfermedades profesionales. Todas las enfermedades y accidentes padecidos por un colectivo de trabajadores en un tiempo determinado conforman lo que entendemos como morbilidad laboral. La incapacidad temporal por enfermedad esta dada por la imposibilidad para trabajar durante un tiempo limitado, como impedimento o como requerimiento para la recuperación, siempre que permita reintegrarse al trabajo una vez que la salud este restablecida o mejorada.

El facultativo expide el certificado médico para hacer efectivo el reconocimiento social de la incapacidad, expresando en el sus criterios acerca de la causa y el tiempo que debe estar sin trabajar. Estos certificados se archivan en el expediente administrativo en las oficinas de de personal, fuente básica de información de gran utilidad

En nuestro medio no se ha evaluado a cabalidad la trascendencia del problema, se desconocen las causas que generan el que el trabajador se incapacite, se desconocen los costos que estas incapacidades generan, independientemente de la disminución en la productividad de esta empresa (hospital).

En Panamá, a nivel del Complejo Hospitalario Doctor Amulfo Arias Madrid, según información de algunos departamentos el ausentismo con incapacidad temporal por enfermedad (enfermedad común, accidente común, accidente de trabajo y trayecto, enfermedad profesional), en este Hospital es alto, sin embargo no existe un estudio que demuestre tal hecho. La escasa literatura nacional respecto a este tema nos obliga a realizar un estudio para describir las características más importantes de la incapacidad temporal por enfermedad de la población trabajadora, en un Hospital de la Caja de Seguro Social, como lo es el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Amulfo Arias Madrid

## 2. Delimitación del problema:

El tema de la incapacidad temporal por enfermedad en nuestro medio no se le presta la debida importancia, al igual que a las causa que la generen, así como a los costos que esta acarrea, hecho que puede reflejarse en la escasez de estudios al respecto.

### 3. Descripción de los Estudios Realizados:

Un resumen elaborado por la fundación Europea para la mejora de condiciones de Vida y de Trabajo (FECVT) nos indica que en el Reino Unido se perdieron 177 millones de días en 1994 como resultado de las bajas por enfermedad. Ello supuso un coste de más de 11,000 millones de libras esterlina en pérdidas de productividad.

En 1993 los empresarios alemanes pagaron 60,000 millones de marcos en cotizaciones de Seguridad Social de sus trabajadores para cubrir los pagos durante la ausencia del trabajo.

En Dinamarca se ha estimado que el entorno laboral es el causante del 15 % del total de los casos de enfermedad en edad laboral y el 20% si se tiene en cuenta únicamente por bajas de enfermedad. Los costos socioeconómicos de estas enfermedades y accidentes laborales en 1992 se estimaron entre 3,000 y 3700 millones de ecus (1 ecus = 1 euro).

Luz et. at. en un estudio realizado presentaron que en Estados Unidos en 1982, un 3,5% de los días laborales se perdieron, si bien no se especifican las causas, estas generaron unos costos de 30 millardos de dólares.

Otros informes sólo presentan la incapacidad temporal en números relativos o absolutos sin mostrar sus costos. Estos datos no siempre son comparables ya que con frecuencia, no se especifica con claridad si las bajas laborales son debidas a una causa de morbilidad ligada al trabajo o como

consecuencia de un accidente. Por ejemplo en España el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de enero a septiembre de 2001 reporta 1,419,550 accidentes de trabajo de los cuales 51.13% fueron accidentes en jornadas de trabajo con bajas, y así mismo reportaron 15,872 enfermedades profesionales de los cuales un 95,8% se les concedió incapacidad.

Facci presentó que en Brasil en el año 2,000 fueron reportados 403,532 accidentes de trabajo en todo el país de los cuales 81.6% resultaron en incapacidades temporales.

Gomero Cuadra R. en su estudio Absentismo Laboral de origen médico en el hospital Toquepala en el 2,001 encontró que la principal causa de absentismo en el trabajo es la incapacidad derivada de enfermedades incluyendo los accidentes de trabajo y particulares. (Gomero Cuadra, Llap Yesan Carlos. Absentismo laboral de origen Médico en el Hospital Tloquepala año 2001)

Vásquez García Irma, en su estudio Absentismo Laboral en un hospital Nacional de Lima Perú 2002 encontró que el Absentismo laboral tiene especial relevancia en la vigilancia de la salud de los trabajadores, así mismo como para las repercusiones económicas a la empresa se ha observado elevado absentismo en hospitales., los resultados muestran mayor frecuencia de enfermedades comunes prevenibles como causa de absentismo en estos trabajadores manteniendo características similares a otros reportes.

Con respecto a la morbilidad, numerosos estudios mencionan que los grupos de diagnósticos que causan incapacidad laboral con más frecuencia son las respiratorias, músculo esquelético, aparatos digestivos e infecciosos. Otro grupo de diagnóstico aunque no muy frecuente, son las enfermedades mentales, aunque quizás su baja frecuencia es debida a la dificultad de relacionarla con el ámbito laboral

En nuestro país, un estudio realizado en el año 1985 (Estudio Analítico de la Satisfacción en el Trabajo, determinado en base a las ausencias laborales justificadas con certificados médicos) en una muestra de trabajadores del Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación (IRHE) explica la estrecha correlación entre la costumbre a ausentarse del trabajo y la actitud hacia el trabajo y hacia la institución es decir que el empleado que no está conforme con la labor que realiza o bien con la política que sigue la institución en este caso el IRHE, siente menos interés en cumplir con su responsabilidad como trabajador. (Estudio Analítico de la Satisfacción en el Trabajo, IRHE 1997).

En general se puede decir que las estadísticas acerca de las Incapacidades Temporales por Enfermedad son principalmente presentadas por entidades de gerencia y asistencial los cuales hacen referencia a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales conjuntamente, así como los costos que estas generan, sin embargo no existe un mecanismo único internacional de registro consistente y comparativo de la información, ni

sobre las características de las incapacidades temporales ni de sus tremendos costos económicos.

Dentro del control de pérdidas de toda empresa, el absentismo laboral por causa médica (Incapacidad Temporal) se constituye en uno de los principales factores negativos en todo proceso de producción, su influencia es importante obligando a las misma a buscar mejores formas de control.

Desde el punto de vista médico, el deterioro de la salud del trabajador, constituye un motivo de preocupación adicional, debido a que también se debe evaluar el impacto del medio laboral sobre los trabajadores. Esto involucra un concepto ocupacional, que va a diferir de la tradicional medicina clínica

La escasa literatura nacional respecto a éste tema, el vacío encontrado en la Caja de Seguro Social, principal institución aseguradora del país, la cual cuenta con una población trabajadora de 3,631 funcionarios y siendo el Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid uno de los Hospitales más importantes del país, nos conduce a realizar un Estudio sobre la Incapacidad Temporal en los Trabajadores de este nosocomio, y de manera científica describir algunas características de la Incapacidad Temporal.

En el Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid, el Departamento de Personal cuenta con información útil la cual no ha sido utilizada para la realización de una investigación de tipo formal y científica, Al realizar esta investigación pretendemos Estudiar la Incapacidad Temporal por Enfermedad en los trabajadores del Complejo Hospitalario Doctor Amulfo Arias Madrid. los que constituyen la fuerza laboral que son de vital importancia en la productividad que tiene que ofrecer este Hospital a todos los usuarios a nivel nacional, lo cual permitirá a las autoridades superiores sobre la base del conocimiento tomar las medidas oportunamente.

#### **B.- PROPÓSITO:**

Esta investigación tiene como propósito:

- Servir de base para que se desarrollen futuras investigaciones relacionadas con el tema, a fin de obtener mayores conocimientos sobre el mismo.
- Contribuir en la elaboración de medidas correctivas necesarias para el control del ausentismo con certificación médica, y así poder evitar y detener la baja productividad, ofreciendo servicios con calidad.
- Reforzar la vigilancia de la salud de los trabajadores en base a las causa de morbilidad que genero mas incapacidad temporal.

**C.- OBJETIVO:**

**1.- OBJETIVO GENERAL:**

Estudiar la Incapacidad Temporal por Enfermedad en Trabajadores del Complejo Hospitalario Doctor Amulfo Arias Madrid, durante los años 2000 a 2004.

**2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1.- Describir la Incapacidad Temporal por Enfermedad de los Trabajadores del Complejo Hospitalario Doctor Amulfo Arias Madrid según categoría de enfermedad.

2.- Identificar los principales diagnósticos causantes de la Incapacidad Temporal por Enfermedad en la población trabajadora de este hospital.

3.- Estimar el costo ocasionado por la Incapacidad Temporal por Enfermedad en este hospital.

## **D.- JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación se sustenta en los siguientes aspectos:

Los servicios que brinda el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, son de vital importancia en la prestación de servicios médicos de salud a nivel nacional a los usuarios de esta importante institución Hospitalaria, por lo cual el efecto negativo que provoca el ausentismo en la operación de estos servicios es un problema de conciencia tanto individual como colectivo que resulta alarmante, ocasionando que las estructuras externas como internas de la seguridad social se vean seriamente limitadas retrasando su desarrollo en las necesidades crecientes de vigilancia de la salud y otorgamiento de prestaciones que en su conjunto constituyen la protección social integral .

Los hospitales son grandes empresas en cuanto al número de trabajadores que ocupan y, como en todo colectivo numeroso, registran un elevado ausentismo. En la mayoría de los estudios realizados se comprobó que los centros de más de 300 camas presentan un índice de ausentismo mayor que los pequeños hospitales.

Se ha afirmado que los trabajadores pueden ser absentistas sólo por dos razones: por que no puedan asistir al trabajo a causa de una incapacidad o por que decidan no hacerlo por razones personales. Según Taylor, este es un

planteamiento simplista, de blanco o negro, que se hace con mucha frecuencia, pero la realidad cotidiana no se muestra tan tajante, pues existe toda una gama de situaciones intermedias.

La gran mayoría de las jornadas perdidas por absentismo están justificadas con Certificados Médicos (según algunos estudios hasta el 80%). Esto no indica en modo alguno, que tales ausencias se deban siempre a causas médicas.

Durante los cuatro últimos decenios, la tasa de absentismo se ha incrementado en la mayoría de los países industrializados en más de un 30%, y ello a pesar de todas las mejoras en la oferta y calidad de la asistencia sanitaria y en las condiciones socioeconómicas.

Desde el punto de vista económico el absentismo supone un costo de varios miles de millones de dólares anuales para la empresa como para la seguridad social, que encarece el valor del producto final, origina retraso en la producción y es un elemento negativo para el clima laboral.

En España el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de enero a septiembre de 2001 reporta 1,419,550 accidentes de trabajo de los cuales 51.13% fueron accidentes en jornadas de trabajo con bajas, y así mismo reportaron 15,872 enfermedades profesionales de las cuales un 95.8% se les concedió incapacidad.

Facci presento en Brasil en el año 2000 que fueron reportados 403,532 accidentes de trabajo en todo el país de los cuales 81.6% resultaron en incapacidades temporales.

Gomero Cuadra R. en su estudio de Absentismo Laboral de origen médico en el Hospital Toquepala en el 2001 encontró que la principal causa de absentismo en el trabajo es la incapacidad derivada de enfermedades incluyendo los accidentes de trabajo y particulares.

Vásquez García Irma, en su estudio Absentismo Laboral en un hospital Nacional de Lima Perú 2002 encontró que el Absentismo laboral tiene especial relevancia en la vigilancia de la salud de los trabajadores, así mismo como para las repercusiones económicas a la empresa se ha observado elevado absentismo en hospitales., los resultados muestran mayor frecuencia de enfermedades comunes prevenibles como causa de absentismo en estos trabajadores manteniendo características similares a otros reportes.

Con respecto a la morbilidad, numerosos estudios mencionan que los grupos de diagnósticos que causan incapacidad laboral con más frecuencia son las respiratorias, músculo esquelético, aparatos digestivos e infecciosos. Otro grupo de diagnostico aunque no muy frecuente, son las enfermedades mentales, aunque quizás su baja frecuencia es debida a la dificultad de relacionarla con el ámbito laboral

En un estudio realizado en el año 1985 (Estudio Analítico de la Satisfacción en el Trabajo, determinado en base a las ausencias laborales en una muestra de trabajadores del IRHE explica la estrecha correlación entre la costumbre a ausentarse del trabajo y la actitud hacia el trabajo y hacia la institución es decir que el empleado que no esta conforme con la labor que realiza o bien con la política que sigue la institución en este caso el IRHE, siente menos interés en cumplir con su responsabilidad como trabajador.

En general se puede decir que las estadísticas acerca de las incapacidades Temporales son principalmente presentadas por entidades de gerencia y asistencial los cuales hacen referencia a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales conjuntamente, así como los costos que estas generan, Sin embargo no existe un mecanismo único internacional de registro consistente y comparativo de la información, ni sobre las características de las incapacidades temporales ni de sus tremendos costos económicos.

Dentro del control de pérdidas de toda empresa , el absentismo laboral por acusa medica (Incapacidad Temporal) se constituye en uno de los principales factores negativos en todo proceso de producción, su influencia es importante obligando a las misma a buscar mejores formas de control.

Desde el punto de vista médico, el deterioro de la salud del trabajador, constituye un motivo de preocupación adicional, debido a que también se debe evaluar el impacto del medio laboral sobre los trabajadores. Esto

involucra un concepto ocupacional, que va a diferir de la tradicional medicina clínica

La escasa literatura nacional respecto a éste tema, el vacío encontrado en la Caja de Seguro Social, principal aseguradora del país, la cual cuenta con una población trabajadora de, 22, 700 y siendo el Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid uno de los Hospitales más importantes del país, nos conduce a realizar un Estudio sobre la Incapacidad Temporal por Enfermedad en los Trabajadores de este nosocomio, y de manera científica describir algunas características de la Incapacidad Temporal.

#### **1.- DISPOSICIONES JURIDICAS:**

Por otra parte, existe la definición legal de que no siempre se asocia al concepto sanitario, y que en el contexto legal se ha venido a llamar incapacidad.

El Decreto Ejecutivo N° 210 del 26 de julio de 2001 reglamenta la expedición de Certificados de Incapacidad. Dicho decreto surge entre tantas cosas por las frecuentes solicitudes de investigación de la validez de los certificados de incapacidad, debido a la desconfianza surgida de su comercialización, practica reñida con el ejercicio ético de la medicina y la odontología.

El artículo segundo que a la letra dice: "Una vez expedido el certificado de incapacidad, se dejara una copia en el que se registrara el diagnóstico, archivada en el expediente del paciente en el establecimiento donde fue emitido. Así mismo todo certificado de incapacidad otorgado debe estar consignado en la historia clínica, en donde se debe registrar la atención brindada, el diagnóstico o condición que justifica la incapacidad certificada.

El artículo quinto establece que los certificados de incapacidad que no cumplan con los requisitos establecidos en este decreto se consideraran nulos y a su emisor se le aplicaran las sanciones establecidas en este Decreto Ejecutivo de acuerdo al tipo de falta cometida.

El Código de Trabajo en su artículo 200 establece que desde el momento en que se inicie el contrato de trabajo el trabajador comenzará a crear un fondo de licencia por incapacidad, que será de doce horas por cada veintiséis jornadas servidas o de ciento cuarenta y cuatro horas al año que podrá disfrutar total o parcial con goce de salario completo, en caso de enfermedad o accidente no profesional comprobado. (21)

Igualmente este artículo en su párrafo tercero hace referencia a: los certificados de incapacidad deben ser expedidos por facultativos idóneos, estar prenumerados, contener el número de registro que la Dirección General de Salud le otorgue al facultativo, el nombre completo de este, la dirección, el número de teléfono y el nombre de la institución pública, ya sea

la Caja de Seguro Social o el Ministerio de Salud o Clínica Privada donde labora el facultativo.

Efectivamente, la Ley N° 51 Orgánica de la Caja de Seguro Social de 29 de diciembre de 1991 recoge dos definiciones para la incapacidad laboral: la incapacidad Temporal en su artículo 42 y la invalidez o incapacidad permanente en su artículo 45.

El artículo 42 C se refiere al subsidio por enfermedad y tipifica que cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo y siempre que el trabajador hubiere acreditado por lo menos , seis meses de cotización en los últimos nueve meses calendario anteriores a la incapacidad tendrá derecho a un subsidio diario de enfermedad, en cuantía igual al 70% del salario medio diario correspondiente a los dos últimos meses de cotización debidamente acreditados en su cuenta individual, el mismo se pagará a partir del cuarto día de incapacidad. (22)

En cambio la incapacidad permanente se define en el artículo 45 : se considera invalido el asegurado que a causa de enfermedad o alteración física o mental que de incapacitado para procurarse, por medio de un trabajo proporcionado a sus fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente por lo menos a un tercio de la remuneración que percibía habitualmente antes de sobrevenirle la invalidez o de que habitualmente percibe en la misma región un trabajador sano del mismo sexo y de capacidad y formación semejante.(22)

En diciembre de 2005 se aprueba la Ley N° 51, Orgánica de la Caja de Seguro Social de 27 de diciembre de 2005, la cual deroga la anterior Ley, la cual también regula dichas prestación económica y servicios de salud, sin embargo no define con exactitud los significados de lo que es Incapacidad Temporal por Enfermedad (común y/o riesgo profesional).

Al confrontar ambas definiciones, el resultado no es del todo desalentado. Las definiciones legales son bastantes coherentes con el concepto sanitario de discapacidad antes discutido, aunque es claro que determina su aplicación a un contexto determinado por el Sistema de Protección social vigente tiene unas condicionantes de carácter económico y político.

Así pues, la incapacidad está definida legalmente, como se resume en la tabla N° 2, por tres elementos:

- a.- la existencia de un daño a la salud.
- b.- las tareas laborales que esa persona debe realizar.
- c.- el pronóstico respecto a la recuperación de su incapacidad laboral.

**CRITERIOS NUCLEARES EN LA DEFINICION LEGAL DE LA  
INCAPACIDAD**

Daño a la salud	El trabajador debe padecer una alteración patológica que produce una deficiencia y una limitación funcional
Ocupación	El trabajador no puede realizar las tareas para las que fue contratado debido a la alteración patológica.
Pronostico (tiempo)	La incapacidad puede ser reversible (temporal) si la recuperación (asistencia sanitaria) se producen en un tiempo máximo de 52 semanas e irreversible (permanente o invalidez) cuando supera este periodo)

La definición legal se justifica por que una vez se ha producido el daño, se ha de proteger al trabajador. De ahí que la prestación asociada a la incapacidad temporal consiste por un lado en establecer la salud para recuperar las capacidades y aptitudes mediante la pertinente asistencia sanitaria, y por otro lado, disponer de un subsidio sustitutorio del salario mientras dure la situación incapacitante.

La temporalidad, obviamente una de las características determinantes de la incapacidad Temporal, tiene una duración que viene regulada legalmente estableciéndose unos plazos en los que se presupone se va a producir la curación o una mejoría que restablezca el estado de salud previo o un estado de salud compatible con la actividad laboral y social.

Además de estos criterios sanitarios para que sea aplicables legalmente hay que añadirle unos requisitos que el trabajador debe cumplir: En primer lugar estar inscrito o reportado en el Sistema de Seguridad Social debiendo haber cotizado al menos seis meses de cotizaciones dentro de los últimos nueve meses calendarios antes del inicio de la incapacidad cuando la incapacidad esta motivada por una enfermedad o accidente no relacionado con el trabajo. En el caso de que la incapacidad este motivada por daños a la salud directamente relacionados con el trabajo o por accidente laboral es suficiente que el trabajador este inscrito o reportado en el sistema de Seguridad Social en le momento, sin que medie ningún periodo mínimo previo necesario.

Podemos señalar que la incapacidad objeto de esta investigación es aquella que ha presentado el trabajador producto de alguna enfermedad, que halla impedido al trabajador acudir a realizar sus labores habituales en ese momento, y amparada bajo una certificación médica, expedida por un facultativo idóneo.

**CAPITULO II**  
**MARCO TEORICO**

## **2.1. ANTECEDENTES.**

El Absentismo laboral es un termino que se refiere a la ausencia en el trabajo por parte de un trabajador y se define como la no asistencia (justificada o no) al trabajo por parte de un empleado que se pensaba iba a asistir (1). A pesar de esta definición , aparentemente simple, el absentismo es un fenómeno complejo que puede incluir ausencias en el trabajo de origen muy diferentes, como por ejemplo las debidas a vacaciones, derechos sindicales, permisos retribuidos o a los trastornos de salud por lo que en nuestro caso hemos de especificar que trataremos del absentismo laboral por razones de salud. (J.J. Gestal Otero, 2003)

La Incapacidad Laboral se define como la situación en la que un trabajador por motivo de una enfermedad y / o accidente, no puede realizar su trabajo habitual. Las ausencias por razones de salud son el motivo más importante que causen ausencias en el lugar de trabajo. De hecho las tres cuartas partes y a menudo la totalidad de absentismo laboral es debida una incapacidad laboral por enfermedad o accidente. Esta perdida de capacidad para trabajar que puede ser de carácter transitorio (incapacidad Temporal, IT) o indefinido (Incapacidad Permanente, o IP), comparte la pérdida de capacidad productiva y por lo tanto de capacidad de ganancia.

Es necesario diferenciar Absentismo e Incapacidad por que a veces, con demasiada frecuencia, el concepto de absentismo se asimila al fenómeno de la incapacidad laboral. A pesar de que son fenómenos muy relacionados

entre sí, es importante distinguir si las causas que ocasionan la no presencia en el trabajo tiene su origen en problemas de salud por sí mismos no determinarían la ausencia al trabajo.

Además, hay que añadir que en numerosas ocasiones el control de la duración de la incapacidad laboral, utilizando como único elemento para reducir el absentismo, ha favorecido que se estableciera similitud e incluso se identificara absentismo e incapacidad laboral sin tener en cuenta que siendo dos hechos estrechamente relacionados, son, no obstante, diferentes. (J.J. Gestal Otero, 2003)

El absentismo incluye la no asistencia al trabajo de un trabajador cuando se espera que asista por motivos de muy diversas naturaleza (razones sociales, familiares, catástrofes). Este amplio abanico de factores puede incluir desde motivaciones individuales de un trabajador hasta, como señalan los Autores Martín y Sabaté la ausencia al trabajo como respuesta al entorno social y que como, tal debe ser entendida desde una perspectiva sociológica e incluso antropológica.

Desde el punto de vista psicológico y sociológico, el absentismo se puede definir como una disfunción organizativa bien sea vinculada al trabajador por la tensión a la que se siente sometido bien sea vinculada a la propia cultura de la empresa o sus métodos de organización del trabajo. Desde esta perspectiva sociológica, se han de señalar distintos factores que pueden explicar el absentismo en función de variables personales (edad, genero,

responsabilidad familiar), laborales (entorno físico del trabajo, organización de la producción, tuncidad, satisfacción laboral), económicas (coyuntura económica, mercado de trabajo, características de los sistemas de protección social), y socio culturales (compromiso con el trabajo, cultura de la ausencia).

Así como una aproximación a la topología de las ausencias debe tener en cuenta como criterios básicos si estos responden a unos trastornos de salud y si están remunerados (subsidiados) en sustitución del salario.

## **2.2 Ausencias en el trabajo según estén subsidiadas y relacionadas con la salud.**

	Ausencias relacionadas con la Salud	Ausencias no relacionadas con la salud
Ausencias Subsidiadas	Problemas de salud certificados por un médico Baja maternal Visitas a los profesionales sanitarios	Vacaciones Educación Actividades sindicales Ausencias paternas /maternas Ausencias por cuidados de familiar Motivos personales Deberes cívicos
Ausencias no subsidiadas	Ausencias por enfermedad no certificadas Ausencias por afrontar el estrés	Razones personales como las anteriores pero no pagadas Huelga.

Fuente Alexanderson K.(3)

Teniendo en cuenta que muchos circunstancias y diversos comportamientos pueden contribuir a la no presencia en el trabajo de un empleado, el absentismo requiere ser analizado no tanto como una respuesta

administrativa sino como hemos señalado, como un problema relacionado con el comportamiento de las personas (empleados) dentro de una organización (empresa) . en este contexto la incapacidad laboral, que como hemos dicho es el principal motivo de absentismo, es un tipo de absentismo justificado, por la existencia de un problema de salud que incapacita a las personas para realizar las tareas habituales para las que fue contratado. En conclusión es una ausencia no solo justificada sino también, necesaria.

(Alexaderson K.Sinckness 1998)

La incapacidad puede estar justificada por un certificado médico que en caso de nuestra legislación se tipifica, por un acto médico a través de un documento sanitario (certificado de incapacidad), pero que también requiere ser reconocido en el sistema de Seguridad social. La Incapacidad Laboral, al significar la pérdida de una capacidad para recibir un salario suele llevar asociado un subsidio que materializa de forma específica según la legislación de cada país y que representa una protección creada y desarrollada en el marco del Sistema de Seguridad Social, para dar amparo y cobertura al trabajador. La posibilidad de recibir un subsidio, es entendida, en el actual estado de bienestar, como un derecho y confiere a los individuos que lo reciben una percepción de seguridad personal.

Por lo tanto, una premisa que queremos establecer en nuestra investigación es que en la incapacidad laboral influye, como hemos señalado no solamente el estado de salud individual, sino también el sistema de Seguridad social, las condiciones laborales, las actitudes y los compromisos

personales con el trabajo, así como los factores médicos, sociales y psicológicos. En este sentido la incapacidad laboral es un fenómeno enormemente complejo, con un impacto económico y social importante, que no sólo afecta la calidad de vida de las personas, sino que repercute en el ámbito individual, familiar, de la empresa y de la sociedad (4). Por ello su análisis deberá conducir a entender la incapacidad como el resultado de la interacción de distintas variables que, enmarcados en diferentes niveles, van desde estrictamente económicas a aquellas clínicas y sociales, aspectos todos ellos que ayudan a caracterizar e interpretar su complejidad.

### **2.3. MAGNITUD SANITARIA, ECONÓMICA Y SOCIAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.**

La incapacidad laboral, y de modo específico la incapacidad temporal constituye un problema sanitario, social y económico muy importante por que afecta al trabajador, que es quien sufre la enfermedad y le ocasiona una merma económica en sus ingresos.

En el ámbito de la empresa, la incapacidad temporal ocupa un importante papel económico porque aumentan los costos económicos debido a que se debe suplir a las personas ausentes y esta incidencia puede disminuir la productividad del conjunto de la empresa y la calidad de los bienes y servicios producidos.

A la sociedad en su conjunto, por que incrementa el gasto en prestaciones sociales debido a un aumento de los gastos corrientes del sistema de Seguridad social, derivados de la prestación sustitutoria del salario; y al generar un incremento de las prestaciones sanitarias necesarias para apalear el daño derivado de la enfermedad o accidente.

La Caja de Seguro Social a través de los programas de Enfermedad Maternidad Vejez y Muerte y el Programa de Riesgo Profesional como lo establece el decreto ejecutivo N° 68 del 31 de marzo de 1968 en el año 2002 concedió subsidio de Incapacidad Temporal por Accidente de Trabajo, Trayecto y Enfermedad Ocupacional por un monto total de 6,161.2 balboas.

#### **2.4. LA INCAPACIDAD TEMPORAL DEFINICIONES Y MODELO CAUSAL.**

La incapacidad en general y la incapacidad laboral en particular, es un fenómeno lo suficientemente complejo como para que hagamos un esfuerzo inicial para definirla con la mayor precisión posible, sobre todo es aconsejable diferenciar su definición sanitaria, que es su definición conceptual de su definición legal, que es, podemos decir, la definición operativa. Esta última, por tanto, condiciona en gran medida la magnitud y característica de la incapacidad que podemos observar, ya que es sobre la que tenemos datos disponibles. Sin embargo, este reduccionismo operativo no debe hacernos olvidar que el fenómeno de la incapacidad es bastante más complejo que lo que podamos estar observando. (Taylor P. 2003)

### **2.4.1 Definición Sanitaria**

Desde una perspectiva sanitaria, la incapacidad laboral debe entenderse como una discapacidad específica para el trabajo. El modelo de discapacidad propuesto por Nagi define la discapacidad como la incapacidad o limitación para la realización de actividades socialmente definidas y para las funciones socialmente esperadas por parte de un determinado individuo dentro de un entorno dado. Este modelo se basa en cuatro elementos, tal como ha sido revisado recientemente:

- a.- El proceso patológico o alteración en el plano biológico (celular o tejido).
- b.- La deficiencia o pérdida de funciones o estructuras físicas o mentales (órganos o sentido).
- c.- La limitación funcional o restricción de una habilidad para realizar una actividad (individuo)
- d.- La discapacidad o minusvalía (social).

La relación entre cuatro elementos o niveles sería como se ilustra a continuación:

### **MÓDELO DEL PROCESO DE LA DISCAPACIDAD**

Daño\_\_\_\_\_ Deficiencia\_\_\_\_\_ Limitación funcional\_\_\_ Discapacidad.

Desde el daño a la deficiencia y la limitación funcional para terminar en la discapacidad, como se señala en esta misma revisión, el daño, la deficiencia y la limitación funcional pueden ser observados a través de un examen del individuo aisladamente, pero la discapacidad sólo se puede observar en relación a los requerimientos sociales que se esperan de ese individuo. En palabras de Pineault, mientras la deficiencia es la pérdida, malformaciones o anomalías de un órgano, de una estructura o de una función, la discapacidad es la desventaja que presenta un individuo en su medio social respecto a los roles desarrollados por otros individuos según la edad, el género, los valores sociales y culturales de este medio. La discapacidad representa, en definitiva, las consecuencias sociales y ambientales de la deficiencia. (Pineault R. Daveluy C. 1992)

Es decir la definición dada por la Organización Mundial de la Salud como aquella restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal es aplicable al entorno laboral. Así podemos definir la discapacidad laboral como una restricción temporal o permanente, debida a una deficiencia, de la facultad para realizar una actividad en relación con el trabajo, dentro de los límites considerados normales.

## **2.5. HISTORIA NATURAL Y MODELO CAUSAL**

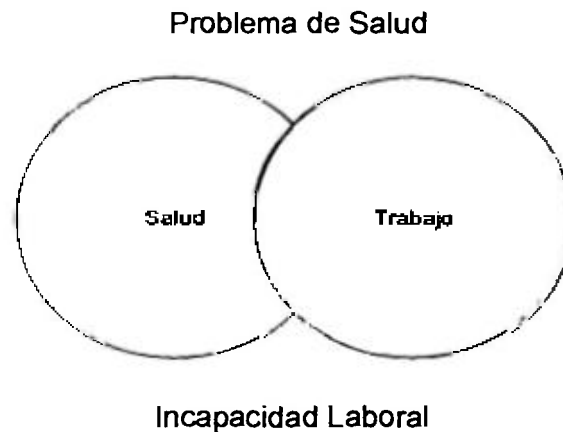
A la vez de estas definiciones podemos comprobar que la figura jurídica de la incapacidad, especialmente la temporal, está pensada para proteger la

salud del trabajador, facilitando la recuperación de la misma en el caso de que sea reversible mediante un periodo de baja laboral. Algunos autores hablan de prescribir un periodo de baja por incapacidad, dándoles a ellos el sentido terapéutico que dicho acto conlleva. Esto es aunque la incapacidad es con frecuencia valorada exclusivamente como motivo de absentismo esta afirmación no será coherente con las definiciones anteriores recogidas en la enciclopedia de la OIT (2), pues en el caso de la incapacidad laboral esta ausencia estaría justificada, más cuando ha sido valorada por un sanitario. Otra cosa es que como ocurre algunas veces esta regulación de la situación de incapacidad sea indebidamente utilizada por algunas personas APRA ausentarse de su trabajo sin motivo real, algo que no ha sido cuantificado en una investigación específica.

Por lo tanto y de acuerdo a la definición que hemos dado de incapacidad laboral, esta sería el resultado, a partir de la interacción entre la salud y el trabajo. Es decir entre un daño y las tareas en una ocupación determinada.

**RELACION ENTRE LA SALUD Y EL TRABAJO EN LA PRODUCCION DE PROBLEMAS DE SALUD Y/ O INCAPACIDAD LABORAL.**

---



Además sabemos que la salud depende también de las condiciones de trabajo por lo que estas pueden intervenir tanto en el origen del daño como en la generación de la propia incapacidad.

En este sentido, el trabajo siempre juega un papel determinante, ya que las condiciones de trabajo hacen inviable que el trabajador enfermo pueda realizar sus tareas, aunque el trastorno de salud no este relacionado con las condiciones de trabajo.

Partiendo de este modelo, se puede afirmar que la exposición a condiciones de trabajo específicas se puede asociar tanto a enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo y accidentes de trabajo, como a enfermedades comunes y a accidentes no laborales.

Según este modelo y de acuerdo con la propuesta de Benavides, Benach y Moncada <sup>(14)</sup> las condiciones de trabajo pueden actuar tanto originando una enfermedad profesional / accidente de trabajo como generando la incapacidad laboral a partir de una enfermedad común / accidente no laboral. Un ejemplo que sirve para ilustrar este modelo puede ser el caso de una persona que ha sufrido caída que le ha producido una fractura (proceso patológico), la cual provoca una inmovilización (deficiencia), que le impide desplazarse (limitación funcional), y como consecuencia de esta limitación funcional imposibilita a la persona el desempeño de su trabajo habitual (discapacidad). Ello también significa que un mismo daño producirá una discapacidad laboral en una persona y no en otra. Por ejemplo una dermatitis en el dorso de la mano puede conllevar a una discapacidad en un auxiliar de laboratorio o en un peluquero, pero no supone necesariamente una discapacidad laboral en un administrativo. De modo análogo una disminución de la agudeza visual no tiene la misma repercusión laboral en un modisto que en un conserje. Por citar otro ejemplo, diremos que una auxiliar de enfermería que padece una lumbalgia se vera incapacitada temporalmente para realizar al menos parte de su trabajo, como puede ser el traslado de enfermos. (Benavides F G, Castjon E., Benachn J., Moncada S. 1998)

## CONDICIONES DE TRABAJO E INCAPACIDAD LABORAL

Condiciones de trabajo / Factores de Riesgo	
Trabajador Sano	Enfermedad Profesional Accidente de trabajo
	Incapacidad Laboral
	Enfermedad Común Accidente no laboral
Condiciones de trabajo /Factores de Riesgo	
Fuente Benavides, Benach, Moncada.	

Desde esta perspectiva, y tal como la puesta de evidencia Marmot la incapacidad temporal es mas el balance entre las condiciones de trabajo y la salud que propiamente el reflejo estático de un estado de salud, lo que viene a expresar que la "Incapacidad temporal no es tanto un indicador de salud como un indicador de funcionamiento social" en el cual entran en juego un conjunto de variables de origen laboral como no laboral. (Marmot M. *Importante of the Psychosocial enviroment in epidemiologic studies, 1999*)

### 2.6. ACCION PROTECTORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN RELACION A LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

-Incapacidad Temporal (IT)

- Por contingencias comunes
  - Accidente no laboral
  - Enfermedad no laboral
- Por Contingencia Profesional
  - Enfermedad Profesional
  - Accidente de trabajo

- Por maternidad

**-Incapacidad Permanente (IP)**

- Situación de incapacidad Permanente para el trabajo que se puede dar en diferentes grados:
  - Parcial
  - Total
  - Absoluta o gran invalidez.

**La Situación de la Prescripción de la Incapacidad Temporal.**

Como hemos dicho, la determinación de una situación de incapacidad temporal corresponde al médico que atiende al trabajador, decisión que comporta valorar si la persona afectada puede desempeñar su trabajo habitual en función del cuadro clínico que presenta. Nadie pone en cuestión que cuando un médico prescribe una incapacidad temporal está realizando una valoración; es decir aplica un plan diagnóstico y terapéutico, de acuerdo a un pronóstico. Esto es, está tomando una decisión clínica ya que, basado en sus conocimientos y en su experiencia, el médico recomienda el reposo y el alejamiento de factores que empeoran el pronóstico del daño, como parte del bagaje terapéutico, integrando en su conjunto de medidas enmarcadas a la curación o alivio de sus pacientes. (1)

En el momento de prescribir una incapacidad temporal el médico necesita, por una parte realizar una serie de actuaciones clínicas tendientes al establecimiento del diagnóstico y del tratamiento, y por otra parte, debe

conocer las características básicas de la ocupación del trabajador. A diferencia de una invalidez permanente, en la que el daño, previsiblemente, irreversible, puede suponer un impedimento para unos trabajos pero a lo mejor no para otros, en la incapacidad temporal al ser un proceso agudo que requiere por lo menos en primer instancia, reposo para curarse, la imposibilidad de trabajar se hace extensiva a cualquier tipo de trabajo, lo cual genera derecho a una prestación sanitaria y económica. La regulación de la incapacidad temporal trata de garantizar la relación contractual aunque haya una interrupción de la prestación profesional.

Actualmente es el médico tratante que pertenece al Sistema Nacional de Salud quien valora si el problema de salud, incapacita o no al trabajador para realizar su trabajo y quien debe de certificar su baja y cuando procede al alta médica.

Toda situación de incapacidad temporal genera en el sistema de seguridad social, además de la certificación del daño, la puesta en marcha de una prestación económica sustitutoria de la renta del trabajo no percibida, por no poder trabajar temporalmente que en el caso de la Incapacidad Temporal por enfermedad común corresponde al pago de subsidio del 70 % de su salario.

## **2.7. Significado de la Incapacidad Temporal.**

El aspecto más importante de la Incapacidad Temporal sobre todo bajo el punto de vista de Salud Ocupacional y Salud Pública es el ser un indicador de Salud de los trabajadores y de las organizaciones explicando las situaciones en las que condiciones de trabajo generan mayores exposición a factores de riesgo para la salud.

Marmot , menciona que la Incapacidad Temporal es una medida del estado de Salud o una medida integral del funcionamiento en la población trabajadora o de funcionamiento físico, psíquico y social, en el sentido de entender la salud como una conjugación de funcionamiento físico , psíquico y social. Es decir que la incapacidad no expresa únicamente el estado de salud de la población trabajadora sino también una determinada manera de afrontar los problemas físicos y mentales en conjunción con las necesidades sociales.(29)

Bourbonnais y et al, mantienen que las incapacidades con diagnósticos médicos no solo representan un indicador de salud desde el punto de vista de morbilidad, sino que además son más útiles en investigaciones sobre los efectos de la organización del trabajo en la salud por que es capaz de considerar las consecuencias de salud generadas por los factores organizacionales del trabajo. Por esa misma razón, las incapacidades certificadas médicamente son consideradas como un posible indicador de problemas de salud ocupacional

La incapacidad temporal es una importante medida de bienestar y una causa de pérdida de productividad. Además es una importante medida del estado de salud; una medida del uso de los servicios de salud, una causa de pérdida de productividad y un indicador de la habilidad del trabajador para poder conservar los normales roles de su trabajo.

Alexanderson: refiere que la incapacidad ha sido estudiada desde diferentes niveles. A nivel individual la incapacidad es una manera de manifestar el estado de salud y por consiguiente puede ser considerado como una medida del estado de salud. Desde el punto de vista del lugar de trabajo, puede estar relacionado con el entorno físico, químico, psicosocial y de la organización de la población trabajadora. (3)

Con relación a las Incapacidades Temporales, algunos estudios sugieren que se relacionan con la necesidad de aminorar las tensiones generadas por las fuertes demandas de trabajo o por la carga impuesta por la situación familiar (). Por este motivo, la incapacidad temporal es considerada como una estrategia de afrontamiento o de protección de la salud ante tales situaciones y además, podría prevenir serias enfermedades que se manifiestan con estancias de larga duración.

Como ya se menciona, las bajas de mayor duración temporal en su mayoría certificadas por un médico parecen estar mas relacionadas al estado de salud del trabajador. Lo anterior podría explicar el hecho que la

incidencia de los episodios de incapacidad de larga duración aumenta con la edad, relación que no se observa en las de corta duración. Diversos estudios muestran que las incapacidades de corta duración son más comunes entre los sujetos jóvenes y las de larga duración entre los de más edad.

Algunos estudios mencionan que la débil relación entre las incapacidades de corta duración y estado de salud, encontrada puede ser debida a que solo han podido estudiar uno o algunos de los componentes físicos, social, y psicológico.

## **2.8. Elementos Éticos en la Gestión de la Incapacidad Temporal.**

La complejidad de la incapacidad temporal hace que las decisiones relativas a la misma se sitúen en tres contextos diferenciados: el ético, el clínico y el legal; ya hemos hablado de los dos últimos, señalamos algunas características del primero no menos importante.

La motivación para gestionar correctamente la incapacidad temporal es puramente ética: tener el convencimiento de que existe un beneficio social, ligado a esta prestación que hay que preservar y potenciar, responde a la confianza que nos han depositado y hacer el trabajo bien hecho. Sin embargo factores como la falta de acuerdo en el equipo o la creencia (certeza) de que no hay apoyo ni preocupaciones por parte de la inspección, conduce a posturas derrotistas o de inhibición del problema. Para algunos médicos la incapacidad temporal ha dejado de ser un problema por que hacen lo que los

pacientes piden, bien porque tienen aversión al mínimo conflicto (por lo que prefieren ceder ante que enfrentarse a pacientes, sean o no simuladores), bien por que quieren ganarse fama de condescendientes entre la población, o porque en alguna ocasión no fueron apoyados en sus decisiones por su dirección (García D. Procedimiento de Decisión en Ética Clínica, Madrid EUDEMA; 1991).

La mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones y los problemas que se derivan de la redistribución de los recursos económicos emitidos han sido factores que han cambiado ciertos aspectos de las condiciones éticas que se den en la incapacidad temporal.

La bioética médica ha contribuido a resolver conflictos éticos de modo que se puedan tomar decisiones racionales en condiciones de incertidumbre, con el fin de mejorar la corrección y la calidad de las decisiones clínicas (16). Los profesionales sanitarios deben ser veraces, obligación que corresponde a una actuación responsable cuando se expide una incapacidad temporal o una justificante de asistencia. No hay que confundir el deber de beneficencia o la lealtad hacia el paciente con la complicidad en el fraude a terceros.

Una segunda cuestión ética tiene que ver con la confidencialidad de los datos y el derecho a la intimidad de las personas, la confidencialidad, entendida como el deber que tiene todo profesional de no descubrir a terceros los hechos conocidos en el ejercicio de su profesión, es una obligación exigible no sólo desde el punto de vista legal sino que se ha considerado como deber ético (que se recoge en el código deontológico) (38).

En relación a la incapacidad temporal a veces no se ha sido suficientemente beligerante para que fuese así en este sentido el Decreto Ejecutivo N° 210 de 26 de julio de 2001 viene a plantear esta cuestión con total crudeza, al obligar al médico a remitir datos del diagnóstico a los servicios médicos de la entidad gestora de la seguridad social o al empleador en caso de accidente de trabajo, lo cual plantea un conflicto entre lo ético y lo legal no resuelto.

Finalmente un último aspecto es tener en cuenta la lealtad. En determinadas situaciones se puede generar un conflicto entre la lealtad que debemos al paciente y la que por otra parte debemos a la sociedad que carga con la prestación. Sin embargo el médico es fundamentalmente un agente del paciente que debe defender sus intereses; y este deber no tiene por que entrar en contradicción con el convencimiento de que cuando manejar fondos públicos, toda ineficiencia es injusta, y que la eficiencia también es una obligación moral. Ahora bien una cosa es ser eficiente y otra muy distinta convertirse en instrumento de control social como parece desprenderse del repetido anuncio de incentivos (con el objeto de premiar la eficiencia en el trabajo) para reducir el gasto en incapacidad temporal. La utilización de estos criterios economicistas que incentivan exclusivamente el ahorro no sólo no nos resultan éticamente aceptables sino que nos parece pueden tener efectos perversos <sup>(1)</sup> algo que había que analizar para poder valorar con conocimiento de causa. (García D. Procedimiento de decisión en Ética, 1,991)

Todos estos elementos influyen en lo que se ha denominado la tensión de decidir y de decisión bien, sobre todo cuando nos hallamos en una

situación en la que se piensa que se puede dar una alta forzada o bien al contrario, hacer el juego a otros que abusan de las prestaciones de la incapacidad temporal. La única manera de superar esta situación es llegar a un diagnóstico propio, evitar estereotipos e intentar hacerse una opinión basada en hechos, inclinarse por la hipótesis más conservadora (sino se trata de un paciente con un alto grado de ausentismo), tener muy en cuenta la historia clínica previa y confiaros del paciente son aspectos que contribuyen a mejorar la gestión de la incapacidad temporal. Tratar de convencer al paciente de la necesidad de aceptar el alta, en caso que resulta bastante claro que no nos hallamos ante un paciente simulador (y solo como último recurso "forzar el alta") y debatir los casos problemáticos en el marco de los equipos de atención primaria, compartiendo riesgos tratándose de obtener una segunda opinión (realizando pruebas complementarias, enviando el paciente al especialista), en caso que el proceso no este claro, son recursos de los que dispone el profesional para afrontar la gestión de la incapacidad temporal (38).

## ELEMENTOS ETICOS CLAVES EN LA GESTION DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

---

- Escuchar activa, es decir no dejarse llevar por el primer impulso de un estereotipo
- Valorar el antecedente en relación a la incapacidad
- Obtener datos semiológicos mínimos que se apunten en la historia
- Compartir riesgos mediante la petición de pruebas complementarias que sin ser complejas pueden descartar procesos banales de otros más graves que justifique la incapacidad temporal (por ejemplo EKG ante la presencia de un dolor torácico).
- Utilizar las sesiones clínicas para incrementar la reflexión y obtener el apoyo psicológico de los compañeros.
- Usar la persuasión normativa, poniendo como límites de la actuación, la norma legal establecida.
- Utilizar la persuasión identificativa, sosteniendo una decisión con el ejemplo de otros pacientes.
- Enfocar el asunto buscando el beneficio del paciente.
- Anteponer la necesidad clínica (del alta o del baja) a cualquier consideración económica.
- En caso de tener que forzar el alta hay que empezar de manera decidida, de modo que el paciente identifique el médico como responsable de la decisión.

## **2.9. Factores de Riesgo Relacionados con la Incapacidad.**

La incapacidad temporal como se ha dicho, igual que cualquier otro problema de salud, es multifactorial. El factor más evidente es la ocupación, el cual dependiendo de las funciones o actividades que realiza el trabajador, determinan problemas de salud o accidentes de trabajo, los que finalmente pueden resultar en unas incapacidades de corta o larga duración o permanentes, incapacidades que no necesariamente lo limitan a realizar otras funciones diferentes a las que el trabajador venía realizando con anterioridad, sin embargo, la ocupación no es el único determinante, sino también el local, las condiciones y organización del trabajo. Así mismo, los locales de trabajo que requieren iguales ocupaciones pueden tener diferentes organizaciones y condiciones de trabajo.

Benavides et al <sup>(26)</sup>, proponen un modelo teórico simplificado de la historia natural de la incapacidad, en la que las condiciones de trabajo están asociadas a la incapacidad por dos vías diferentes: (1) enfermedad relacionada con el desarrollo de trabajo (incluyendo los accidentes de trabajo), la cual pueden conducir a una incapacidad y (2) el desarrollo de enfermedades comunes, que después de interactuar con las condiciones de trabajo, también pueden conducir a una incapacidad. Además menciona que la incapacidad laboral proporciona una oportunidad de recuperación (dependiendo del tipo) después de la enfermedad por que la incapacidad es también, una estrategia de enfrentamiento para prevenir otros problemas de salud. (Benavides F.G. , Aranaz J. Bolumar F., 1990).

Este modelo propone distinguir incapacidades laborales atribuibles a enfermedades relacionadas con el trabajo y aquellas atribuibles a las enfermedades comunes. Al mismo tiempo mencionan, que las condiciones de trabajo interactuar con otros factores sociales y personales en la causalidad de la incapacidad laboral.

Kristensen, propone una visión holística considerando el individuo como producto de su ambiente y como actor conciente que hace elección dentro de un determinado contexto social basándose en lo anterior, menciona diversos factores que motivan al individuo a elegir si ausentarse o ir al trabajo hecho que puede conducir a la ausencia de algunas personas que desde el punto de vista medico, no sufren ninguna enfermedad, sin embargo también puede darse el caso de personas que trabajan aunque estén enfermos o con problemas de salud. Esta circunstancia conforma que el estado de salud no es el único que determina el hecho social de ir o no a trabajar, sino también otros factores externos al local del trabajo, que también requieren la presencia del trabajador obligándolo a estar ausentes de su centro de trabajo (el papel del ámbito reproductivo). (Kristensen T.S. *Sickness*. 1991).

### 2.9.1. FACTORES DE AUSENCIA Y PRESENCIA AL TRABAJO

FACTORES DE PRESENCIA		FACTORES DE AUSENCIA	
POSITIVOS	NEGATIVOS	POSITIVOS	NEGATIVOS
Trabajo estimulante e interesante	Alto riesgo de ser despedido	Interesantes actividades en el tiempo libre	enfermedad
Alta satisfacción laboral	Descenso del salario	Cura de familiares	Baja satisfacción laboral
Recompensa por bajas tasas de ausencias	Sanciones por los colegas o directores	Requerimientos de un alto nivel de salud en el trabajo	Largos o dificultosos viajes a casa o al trabajo
Indispensabilidad en el trabajo	Estricto control de las ausencias		Accidentes de trabajo
Conciencia			Normas informales entre colegas acerca de la "norma" tasa de ausencia
			Condiciones de trabajo a) factores físicos y químicos, b) organización del trabajo y c) factores sociales y psicológicos

Fuente Kristensen, 1991

Otros autores mencionan que los nuevos cambios políticos de este milenio, la flexibilización, descentralización, y globalización, afectan el lugar y la fuerza de trabajo, creando así nuevos riesgos, y por lo tanto nuevas enfermedades, en su mayoría de origen mental. Producto de que los requerimientos para ejercer el trabajo, no se ajustan con las necesidades, capacidades y recursos de los trabajadores y se agudizan más con los nuevos cambios en el ambiente de trabajo.

**2.9.2. La Flexibilización:** aumentan el número de empleados de tiempo parcial, provocando así que los trabajadores se expongan a inseguridad laborales y a ejercer trabajos con severos riesgos. Los nuevos avances

tecnológicos pueden alejar al trabajador de las relaciones sociales dentro de su lugar de trabajo, aislándolo del resto de sus compañeros.

**2.9.3. La Descentralización:** incrementa la responsabilidad en los procesos de negociación. El trabajador es parte de este proceso y es responsable de sus decisiones y de los resultados obtenidos. El aumento de responsabilidad del trabajador sobre el proceso productivo conduce a la creación de nuevos factores de riesgo.

**2.9.4. La Globalización** enfatiza en la competición en el lugar de trabajo crea actitudes de competición en el lugar de trabajo, lo que resulta en un ambiente de trabajo estresante y poco solidario.

Las restricciones económicas y la competición global, han conducido a controles continuos y políticos de cambio por parte de los directivos, con el fin de reducir las tasas de las incapacidades laborales para incrementar las eficiencias. Estos cambios llevan a dos predicciones opuestas, confirmadas en el estudio de Benavides Las tasas de incapacidades laborales se reducen por el control continuo de los directivos y el temor de despido. Esto parece afectar a las tasas de incapacidades temporales B) las incapacidades temporales pueden incrementarse por una reducción en la fuerza de trabajo. El trabajador realiza trabajos más duros, tiene menos apoyo social y control sobre su trabajo y sufre demandas crecientes. Todas estas características pueden llegar a ser factores de estrés y por tanto conducirlo a la aparición de una enfermedad. Esto afecta a las incapacidades laborales de larga duración

y reflejan largos periodos de incapacidad de la enfermedad. (*Ulrich Beck, ¿Que es la Globalización, 2000*)

**2.9.5. El Entorno Económico del País:** aquí se incluyen todos los factores del ámbito nacional y social, que influyen significativamente en las Incapacidades Temporales de los individuos o grupos laborales. Comprenden los siguientes aspectos: las fluctuaciones económicas, desarrollo industrial, clima, composición y organización de la fuerza de trabajo, desempleo, diseño y prácticas de los sistemas de seguridad social aptitudes generales de la sociedad, condiciones socioeconómicas y organización y construcción del mercado laboral y del salario del trabajo.

**2.9.6. El Entorno del Lugar de Trabajo:** corresponde al ambiente donde se desarrolla la actividad laboral. De forma clásica se han enumerado los siguientes factores: los contaminantes físicos, químicos, biológicos, y todos los relacionados con la ergonomía, iluminación, ventilación, nivel de ruido, temperatura, humedad. Los factores psicosociales cada vez muestran una mayor asociación a la salud de los trabajadores. Estos están relacionados con la monotonía, apoyo social, control sobre el trabajo, recompensa, satisfacción laboral responsabilidad e interés (15) , así como también los relacionados con las condiciones laborales como las horas de trabajo, tiempo y forma de viajar al lugar de trabajo, duración del empleo, violencia, categoría laboral, turno y vinculo contractual. Otro aspecto también relacionado con el ambiente laboral son las condiciones particulares del

convenio con la empresa, segregados de género, tamaño de la empresa, tipo de industria y política de personal.

**2.9.7. El Entorno Comunitario y el Aspecto Antropológico:** que rodea al trabajador como son la cultura de ausencia dentro y fuera del lugar de trabajo, epidemias, práctica médica a nivel local, área geográfica y organización de la comunidad local.

Por otro lado también el entorno de residencia del trabajador o de la empresa puede indicar otros aspectos más de tipo social, como el hecho de vivir en ciertos suburbios marginales. (Néstor García Canclini La Globalización imaginada, 2000)

Vathera et al estudiaron una población de funcionarios pertenecientes a tres pueblos de Finlandia los cuales tenían las mismas características geográficas e institucionales. En ese estudio se menciona que el lugar de residencia de la empresa está significativamente asociado con las desigualdades en salud. En él se encontró que el lugar de trabajo tiene una significativa relación con las incapacidades laborales temporales en ambos sexos. En general se observó que la asociación del nivel socioeconómico y el estado de salud fue diferente en las tres localidades estudiadas, si bien, en menos extensión en mujeres, sin embargo no encontraron un gradiente socioeconómico consistente en las incapacidades de corta duración. (20).

**2.9.8. Las Características Individuales:** que pueden influir en las incapacidades laborales de manera independiente o relacionada con el ámbito laboral. Los aspectos que no se diferencian de otro problema clásico de salud son las características personales como el sexo, la edad, educación, etnia, personalidad, y estrategias de enfrentamiento.

Otros aspectos son las condiciones sociales, como la red social y la situación familiar (número de hijos, embarazos, y estado civil).

Por ultimo están los aspectos referentes a los hábitos de vida no saludables, los cuales frecuentemente son manifestaciones de los anteriores factores, como son el insomnio, sobrepeso, sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo.

Los factores citados anteriormente pretenden explicar en menor o mayor medida los fundamentos y definiciones de las incapacidades Temporales, entre los más referente están la clase social, las diferencias de genero, organización del trabajo, y los aspectos Psicosociales que se explican a continuación.

## **2.10. Organización del Trabajo y Factores Psicosociales**

En los últimos años la epidemiología social ha aportado fuertes evidencias de los efectos sobre la salud provocados por los factores

psicosociales. En cuanto al ámbito laboral, los estudios se han fundamentado en los contenidos y las características organizativas.

Los factores psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo y, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, conocidos como estrés. Desde el punto de vista de prevención de riesgo laboral, representan la exposición, la organización del trabajo como origen de estrés, y el estrés como precursor del efecto.

Estudios epidemiológicos han demostrado que la salud esta relacionada con factores psicosociales presentes o no en el trabajo cuya función con respecto al estado de salud es de alcance general; se relacionan como causas agravantes de la enfermedad e influyen en los resultados de las medidas de curación y de rehabilitación; en el trabajo pueden utilizar como medio para promover actividades favorables a la salud. (Informe del Comité de Expertos de la OMS, 1984; Burin M. Trabajo y Salud Mental. OPS, 2003)

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (34) para la identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo existen factores de riesgo psicosociales de riesgo presentes en el medio laboral como son:

- Sobrecarga de trabajo: realizar demasiadas cosas y difíciles.
- Insuficiente carga de trabajo: labor poco estimulante, rutinaria y reiterativa.

- **Turnos de trabajo:** los turnos nocturnos pueden afectar los ritmos biológicos, temperatura corporal, la concentración de glucosa en sangre, la eficiencia mental, y la motivación del trabajo.
- **Migración:** trabajadores que se deben adaptar a nuevos ambientes socioculturales, laborales, y locales.
- **Definiciones del contenido del trabajo:** implica ambigüedad de funciones, conflictos o exigencias, contradictorias del cargo o las que se originan en delimitaciones institucionales.
- **Progreso en el trabajo ascensos excesivos o insuficientes, incongruencia con el puesto, y la falta de seguridad en el trabajo.**

#### **2.10.1. Factores Psicosociales de Riesgo Individual:**

- **Relaciones entre los individuos:** malas relaciones y bajo apoyo con compañeros, supervisores, y subordinados y largos periodos de aislamientos.
- **Hábitos:** el estrés provoca cambios de comportamiento que permiten evadir problemas en el medio social, dentro y fuera del ambiente de trabajo y que se reflejan en el consumo y dependencia al alcohol, tabaquismo, fármacos y al tipo de alimentación.

Los ejes básicos que explican el efecto de los riesgos psicosociales sobre la salud son las exigencias psicológicas, control sobre el contenido de trabajo, el apoyo social, y las recompensas o compensaciones del trabajador. Los trastornos se asocian a un amplio abanico desde los situados en la

esfera psicosocial a corto plazo (ansiedad depresión, e insatisfacción laboral) hasta los de la esfera biológica a largo plazo (trastornos cardiovasculares, respiratorios y dolor de espalda). Algunos estudios sugieren que los factores psicosociales pueden particularmente determinar la frecuencia y la duración de las incapacidades laborales. (Mets J.T. *Diagnosis of Absenteesism*, 1,998)

En general la incapacidad laboral esta relacionada con factores psicosociales, siendo la asociación más fuerte con las incapacidades de corta duración. La combinación de alta demanda y bajo control parecen más asociados a cortos periodos de incapacidades, y el control sobre el trabajo se relaciona a la baja laboral principalmente en hombres.

A pesar de la importancia de los factores psicosociales estos no son estudiados a profundidad en este trabajo.

## **2.11. HIPOTESIS DE TRABAJO**

### **2.11.1 HIPOTESIS ALTERNA (HI)**

Existe mayor predominio de Incapacidad Temporal por Enfermedad Común que por Riesgo Profesional en los trabajadores del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M., representando un gasto económico para dicho nosocomio.

### **2.11.2. HIPOTESIS NULA (HO):**

No existe diferencia entre la Incapacidad Temporal por Enfermedad común y por Riesgo Profesional en los trabajadores del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M.

### **2.12. VARIABLES:**

#### **2.12.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL .**

##### **Incapacidad Temporal Por Enfermedad**

**Conceptual:** situación en la que el trabajador tiene que interrumpir su trabajo por causa patológica, (enfermedad profesional y accidente de trabajo o trayecto), o no laboral (enfermedad común o accidente no laboral) y se espera su recuperación en un tiempo determinado.

**Operacional:** situación en la que el trabajador tiene que interrumpir su trabajo por enfermedad (común o profesional) y la justifica con un certificado médico; en el que consta un día o más de ausencia para el trabajo.

##### **Edad**

**Conceptual:** tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

**Operacional:** tiempo en años cumplidos al momento de realizar el presente estudio.

##### **Sexo**

**Conceptual:** condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.

**Operacional:** se refiere al sexo masculino o femenino de acuerdo a las características registradas en el expediente de cada trabajador que reposa en el archivo de personal.

### **Escolaridad**

**Conceptual:** títulos o grados escolares aprobados por el trabajador

**Operacional:** se refiere al nivel académico alcanzado por el trabajador si asistió a la primaria, secundaria, universidad.

### **Ocupación**

**Conceptual:** se refiere al conjunto de tareas descritas en el cargo para el cual fue nombrado.

**Operacional:** oficio que desarrolla cada trabajador al momento de realizar el presente estudio.

### **Salario**

**Conceptual:** distribución que el empleador debe pagar al trabajador con motivo de la relación de trabajo.

**Operacional:** suma de ingreso mensual (en balboas) individual que recibe el trabajador como remuneración del Trabajo

**Diagnostico**

**Conceptual:** parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de esta, examen físico, y pruebas de laboratorio y gabinete

**Operacional:** determinación dada por el medico de acuerdo a la región donde se asienta la enfermedad, consignada en el certificado de incapacidad

**Trabajador**

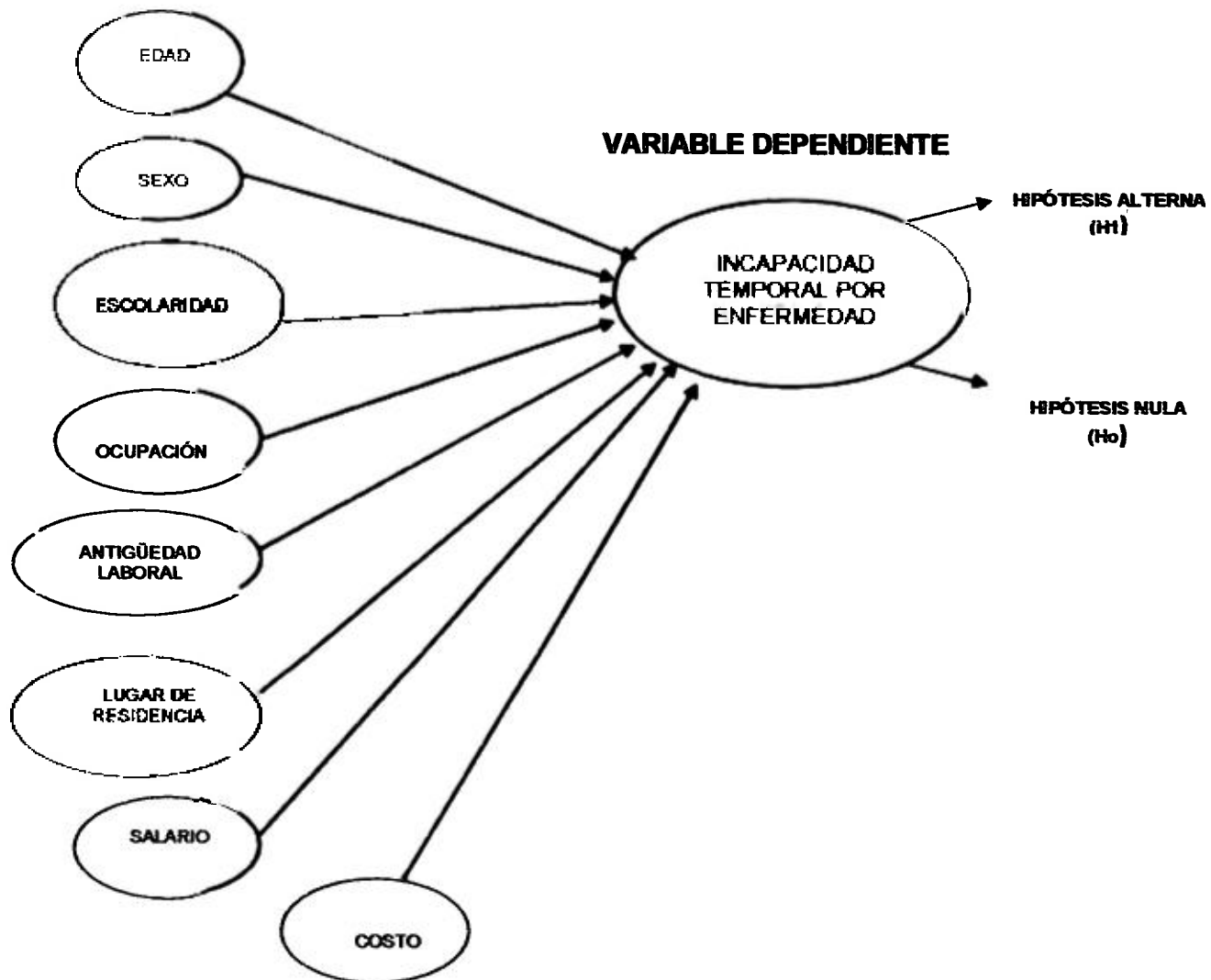
**Conceptual:** persona que desarrolla una actividad productiva remunerada por cuenta y bajo dependencia ajena.

**Operacional:** persona que desarrolla una actividad productiva y remunerada bajo la dependencia del Complejo Hospitalario Doctor Arnulfo Arias Madrid

**Costo**

**Conceptual:** gasto que produce la elaboración de un producto o la prestación de un servicio.

**Operacional:** gasto producido por los días perdidos por el trabajador secundario a la Incapacidad Temporal por Enfermedad.

**2.12.2. ESQUEMA DE VARIABLE****VARIABLES INDEPENDIENTE**

**CAPITULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizara un estudio observacional descriptivo, de reporte de casos en donde se revisaran los Certificados Médicos de Incapacidad Temporal por Enfermedad de los trabajadores reportados al Departamento de Personal del Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid, de naturaleza retrospectiva, durante los años 2,000 a 2,004.

El ámbito del estudio es el Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid, en el Departamento de Personal ubicado en el cuarto piso del Edificio de Centralización el cual cuanta con aproximadamente 3,631 trabajadores de los cuales 1294 son trabajadores administrativos, 670 servicios de apoyo, 1667 trabajadores (médicos, médicos en formación y departamento de enfermería) según la Oficina de Personal para el año 2004.; para el calculo de la muestra la población será dividida en departamentos administrativos (Mantenimiento, Lavandería, Nutrición y Dietética, Doméstico), Servicios Técnicos de Apoyo ( Farmacia, Banco de Sangre, todos los laboratorios clínicos y patológicos, Trabajo Social, Fisioterapia ) y Servicios de salud los cuales involucra a los trabajadores que brindan la atención directa al paciente ( Médicos , Enfermeras, Técnicos de Enfermería).

## **3.2. UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

### **3.2.1 Universo**

El universo de la población objeto del presente estudio esta constituido por los 3,631 trabajadores que laboran en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid y que en algún momento han presentado Incapacidad Temporal por Enfermedad justificados con Certificados médicos durante el periodo de estudio años 2000 a 2004.

### **3.2.2. Muestra**

Para el cálculo de la muestra la población será dividida en Departamentos Administrativos, Servicios Técnicos de Apoyo y Servicios de Salud.

La muestra utilizada para nuestro estudio es probabilística estratificada. Los parámetros utilizados para determinar el tamaño muestral estuvo constituido por:

$p$ : .50, proporción de la población prevista que presentara certificados de incapacidad temporal por enfermedad. Como se desconocía este parámetro referido a la población total, se decide aceptar las normas que existen en

cuanto a fijar un valor de  $p: .50$ , con el fin de obtener un tamaño muestral óptimo.

En la versión de EPI INFO 2,000 en STATCALC para el cálculo de la muestra para un estudio en donde se conoce el tamaño de la población y es descriptivo se procedió a calcular el tamaño de la muestra de la siguiente manera:

Tamaño Poblacional: 3,631

Prevalencia Esperada: 85%

Peor Resultado Esperado: 81%

95% de Nivel de Confianza: 295 Trabajadores

El tamaño muestral fue de 295 trabajadores.

Conociendo el tamaño muestral y mediante una selección al azar dentro de los expedientes de los trabajadores de los diferentes departamentos y servicios que componían nuestro universo, se selecciono la revisión de expediente al azar. En conclusión, la muestra es probabilística y estratificada.

### **3.3. Procedimiento para la recolección de la información**

El estudio se llevo a cabo por un periodo de un (1) año, iniciando en el mes de junio de 2,005 y culminando el mismo en el mes de julio de 2,006.

Para realizar el estudio se solicito por escrito a la Jefa del departamento de Personal Del Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid. nos permitiera realizar la investigación sobre la Incapacidad Temporal Por Enfermedad.

Se coordino con la Jefa de Personal, el Subjefe, los cuales coordinaron con la encargada del registro de las incapacidades, y la encargada de área de archivo de personal para que se nos facilitara la revisión de los certificados de incapacidad, y los expedientes de los Trabajadores.

Se coordino con la encargada de llevar el registro de las incapacidades las fechas y horas en las que el investigador realizaría las revisiones de los certificados.

Se explico a la encargada del archivo de personal el procedimiento a seguir en el trabajo investigativo, al igual que se le indico las fechas y horas en las que se acudiría a la revisión de los expedientes.

Se llevo a cabo un registro de acuerdo a las variables a estudiar.

### **3.4. Técnica de Recolección de los Datos**

La información se recopiló mediante la revisión de los certificados médicos de incapacidad temporal por enfermedad los cuales reposan en los expedientes de los trabajadores en el Archivo del Departamento de Personal.

**Fuente de información:** Oficina de Personal en donde se procedió a la recolección de la información en dos fases: en primera instancia se verificó todas las incapacidades presentadas a la Oficina de Personal, del año 2000 al 2004, número de días perdidos, número de certificados su procedencia (clínica privada, Caja de Seguro Social, Ministerio de Salud, Clínica de Atención Integral a la Salud de los Trabajadores del Complejo Hospitalario Doctor Arnulfo Arias Madrid; luego se realizó la estratificación de la muestra de la población trabajadora y se escogieron expedientes al azar, entre otras para la recolección de datos se utilizó un instrumento (formulario) el cual consta de dos partes una con los datos generales del trabajador y la segunda parte contiene los principales datos de la incapacidad Temporal el cual se llenó con la revisión de los certificados de incapacidades temporales en la Oficina de Personal del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Anexo N° 1

Se diseñó un instrumento de trabajo para este estudio, en el que se consideran las principales características sociodemográficas de los trabajadores y la actual ocupación, el diagnóstico que motivó la incapacidad a fin de poder evaluar cuál es la morbilidad en la Incapacidad Temporal por Enfermedad. La primera parte se encuentran los datos generales como (sexo, edad, escolaridad, lugar de residencia, salario en balboas, ocupación, servicio, antigüedad laboral)

La segunda parte se refiere a los datos de la incapacidad (duración, procedencia, diagnóstico, año, mes), se revisaron 295 expedientes en donde aparecen los Certificados de Incapacidad Temporal por Enfermedad con sus respectivos diagnósticos los cuales posteriormente fueron agrupados de acuerdo a la Clasificación Internacional de la Organización Mundial para la Salud CIE 10.

Los Diagnósticos se basan en el sistema de Clasificación Internacional de la Organización Mundial para la Salud CIE-10; pero que para el presente estudio se excluye los Grupos XV, XVI, XVII, XXI, ya que los mismos son parte de los criterios de exclusión del presente estudio. (Ver Anexo N° 3)

Para estimar los costos ocasionados por los días otorgados a la Incapacidad Temporal por Enfermedad, se revisaron los 295 expedientes de la muestra seleccionada al azar en donde se revisaron los salarios devengados durante el periodo de estudio años 2,000 a 2,004 estos salarios sufren variaciones de acuerdo al cambio de etapa o categoría de cada trabajador para estos los rangos van de:

Servicio	Salario inicial	Salario tope en balboas
Administrativos	233.00	1500.00
Técnicos y de Apoyo	245.00	1800.00
Salud	325	2800.00

Para realizar el calculo del costo que genera la Incapacidad Temporal por enfermedad en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid se procedió a clasificar los trabajadores por Departamento y/o Servicio al que pertenecen, estos a su vez se clasifican de acuerdo al salario devengado para cada año y los días de Incapacidad Temporal por Enfermedad; se distribuyen los salarios por cada año y se distribuye el número de persona para cada salario una vez teniendo los salarios, número de personas que devengan cada salario y días de Incapacidad Temporal por enfermedad por año se procede a realizar el calculo estableciendo la rata por hora de acuerdo a cuarenta horas semanales de cada trabajador y multiplicándola por ocho horas laborables los días de Incapacidad por enfermedad, individual en cada año y la cantidad de trabajadores según los salarios.

#### Análisis de Series Temporales.

El análisis de series temporales permite describir el comportamiento de variables medidas o afectadas por el tiempo. En este análisis es necesaria que la variable de análisis sea recolectada durante un período de tiempo.

En este estudio, las variables que se analizan de forma independiente con respecto al tiempo, son: días de incapacidad y cantidad de certificados de incapacidad emitidos. Estos datos son mensuales y abarcan el período del año 2000 al 2004.

El objetivo para ambas variables será el de describir el comportamiento de las mismas a lo largo del tiempo. Aunque el análisis de series temporales, permite además generar un modelo para pronósticos a futuro, este objetivo no es parte de este estudio, sin embargo, de la descripción de la serie, quedan las bases para futuros estudios en este tema.

En una serie de tiempo, se pueden encontrar cuatro componentes básicos: tendencia, estacional, ciclos e irregularidad. El conocimiento de presencia y magnitud de cada una de ellas puede permitir a los planificadores de salud tomar decisiones más precisas. El componente tendencia, manifiesta si la serie a lo largo del tiempo es ascendente a descendente, para ello se estima una recta de ajuste, quien mostrará este comportamiento en forma más clara. Con relación al componente estacional, este representa la sinuosidad en un período de un año o menos tiempo. Lo que indicará es los picos más altos o más bajos que se dan en forma periódica dentro de un periodo de un año, los cuales pueden ser, anuales, trimestrales, semestrales, etc. El componente cíclico muestra las oscilaciones por arriba y por debajo de la tendencia. Éste en general, se da en períodos de tres a cinco años. El componente irregular, está presente en todas las series en algunas en mayor magnitud que en otras y no es más que el efecto debido a lo aleatorio, o fortuito; por ello se conoce como irregular.

Una forma de observar estos componentes es en primer lugar graficando la serie de la variable sin tratamiento alguno. Además se utilizan gráficas especiales para medir las correlaciones señales debido al tiempo, a través de

las gráficas llamadas función de autocorrelación y función de autocorrelación parcial.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Toda Incapacidad Temporal por Enfermedad (enfermedad común, accidente común, accidente de trabajo y trayecto, enfermedad profesional) con certificado médico que se encuentre en los expedientes de los trabajadores escogidos al azar durante el periodo de estudio 2000 - 2004.

### **3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Incapacidad temporal con certificado médico por enfermedad del embarazo.

Incapacidad Temporal sin certificado médico.

Incapacidad temporal con certificado médico de los médicos en formación (residentes e internos).

### **PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS.**

Para los análisis estadísticos los datos se tabularon a través del programa Excel

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

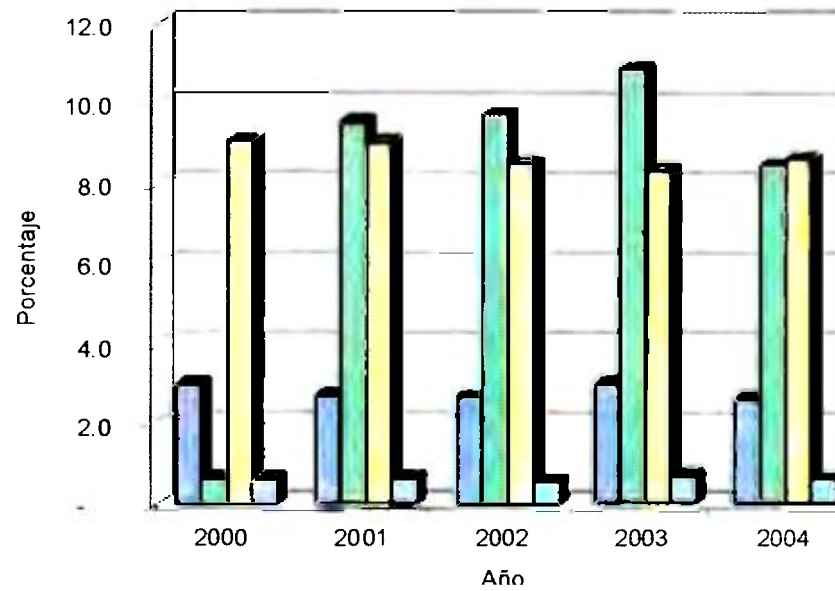
#### **4.0. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

La investigación sobre el Estudio de la Incapacidad Temporal Por Enfermedad en los trabajadores del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid años (C.H.Dr.A.A.M.) 2,000 al 2,004, reveló los siguientes resultados:

El total de los certificados Expedidos y días de Incapacidad Temporal (IT) por enfermedad otorgados a los Trabajadores del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, durante el periodo del año 2,000 a 2,004 revelo una tasa de certificados por I.T. por trabajador incapacitado de 1.66 correspondiente a 535,550 certificados y a 32,296 trabajadores Incapacitados. En tanto que esto equivale a una tasa de 2,04 días por incapacidad temporal por enfermedad por certificado expedido y a 3.39 días de I.T. por funcionario incapacitado. (Ver Anexo N° 2, Cuadro N°1).

En cuanto a los lugares de expedición de estos certificados de Incapacidad Temporal por enfermedad revelo que los Certificados de Incapacidad temporal por Enfermedad el 44% (21,255) proviene de las clínicas privadas, seguido del 39% (19,176) de alguna Instalación de la Caja de Seguro Social, el 14% (6847) de la Clínica de Atención a la Salud de los Trabajadores del C.H.Dr.A.A.M., y solo el 3% de alguna instalación del Ministerio de Salud. Ver Gráfica N° 1, Anexo 2, Cuadro N° 2.

**GRÁFICA N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO, SEGÚN AÑO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

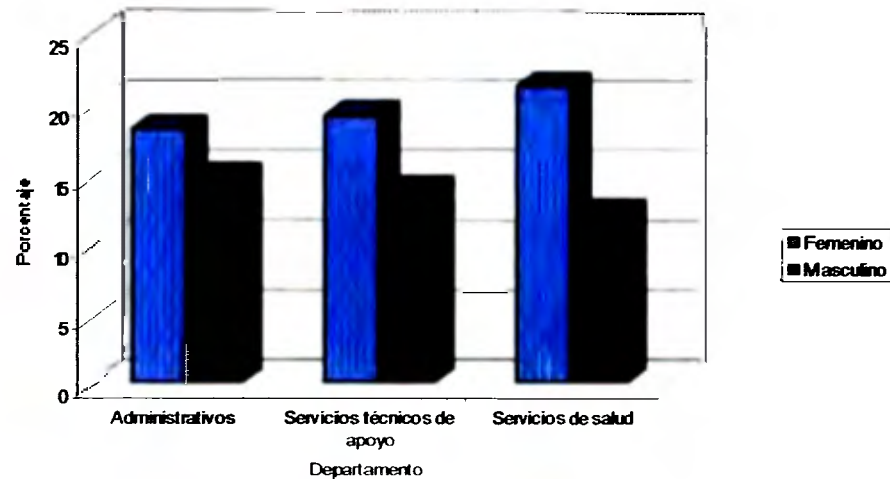


□ CAIST ■ Caja de Seguro Social □ Clínica Privada □ Ministerio de Salud

Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

El total de la población estudiada estuvo representada por 59% (174) del sexo femenino y 41% (121) eran del sexo masculino. La población femenina estuvo mayormente distribuida en los Departamentos y/o Servicios de Salud en un 21.4% (63), en segundo lugar se encontraron los Servicios Técnicos de Apoyo 19.3% (57) y un 18.3% (54) en los Departamentos y/o Servicios Administrativos. En tanto la población masculina se encuentra mayormente en los departamentos y/o Servicios Administrativos 14.9% (44), según se muestra en la Gráfica N°2 , (Ver Anexo N° 2, Cuadro N° 3)

**GRAFICA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, CON INCAPACIDAD TEMPORAL, POR SEXO, SEGÚN DEPARTAMENTO O SERVICIO. C.H.Dr. A.A.M. AÑO: 2000-2004**



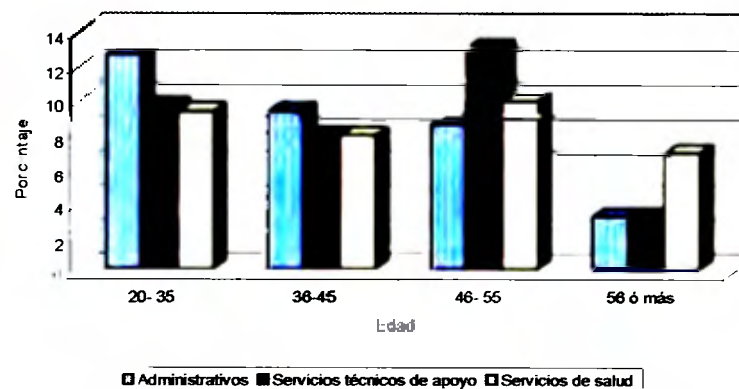
Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

En cuanto a la distribución de los trabajadores con Incapacidad Temporal por Enfermedad según edad, el mayor porcentaje se incluye en el grupo etario de 20 a 35 años y de 46 a 55 años, representando un 31.2%, de la

población estudiada. El grupo etario de 36- a 45 años ocupó un segundo lugar con un 24.7% (73).

La distribución del grupo etario según la muestra de la población que presentó incapacidad revela que los departamentos administrativos cuentan con una población en el grupo etario de 20 a 35 años representando un 12.5% (37). El resto de la población estudiada estuvo distribuida en un 12.9% (38) en el grupo etario de 46 a 55 años, en los departamentos o servicios de apoyo y 9.8 % (29) en los servicios de salud. (Ver Gráfica N°3, Anexo N° 2, Cuadro N° 4),

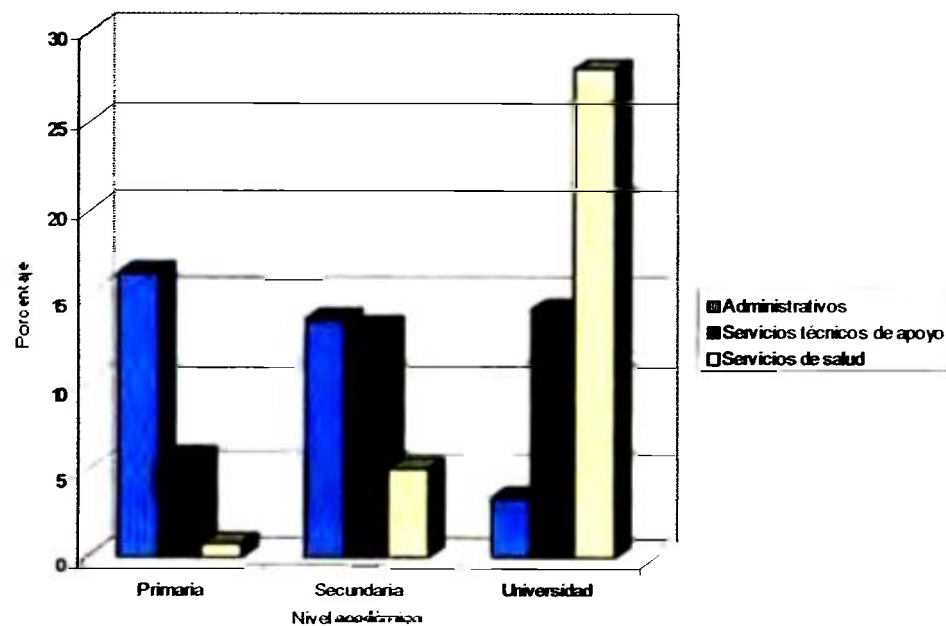
**GRÁFICA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTOS, O SERVICIOS SEGÚN EDAD. C.H.Dr.A.A.M.; AÑOS: 2000- 2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

Se observa en la Gráfica N° 4, (Ver Anexo N° 2, Cuadro N° 5), que el nivel educativo de la muestra de estudio reveló que un 45.4% (134) cuenta con estudios Universitarios. El nivel educativo fue mayoritariamente en los servicios de salud en un 27.8% y en los servicios técnicos de apoyo con 14.2%; en tanto que los que corresponden a los departamentos o servicios administrativos solo un 3.4% cuentan con estudios Universitarios y un 16.3% solo con estudios primarios.

**GRÁFICA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTOS O SERVICIOS SEGÚN NIVEL ACADÉMICO. C.H.Dr.A.A.M.; AÑOS 2000 - 2004**

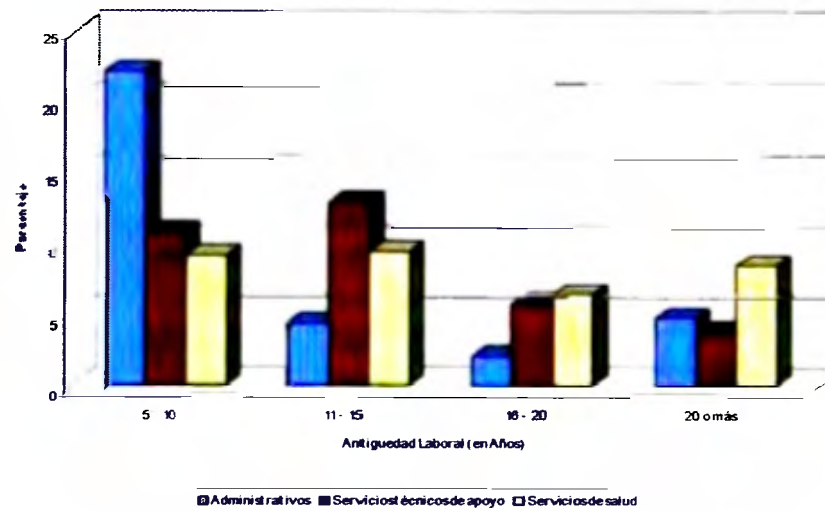


Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M. 2000 -2004

De la muestra total estudiada, el 42% (124) poseen una antigüedad laboral en el rango de 5 a 10 años, seguidos de un 26.8% (74) que se ubican una antigüedad laboral de 11 a 15 años en el hospital y 16.9% (50) con 20 años o más de laborar en este hospital.

Los trabajadores con menor antigüedad laboral (5 a 10 años) se encuentran ubicados en los departamentos en los servicios administrativos en un 22.0% (65) y con mayor antigüedad laboral (20 o más años) estuvo identificado en los servicios de salud 8.5% (25). (Ver Gráfica N°5, Anexo N° 2, Cuadro N°6).

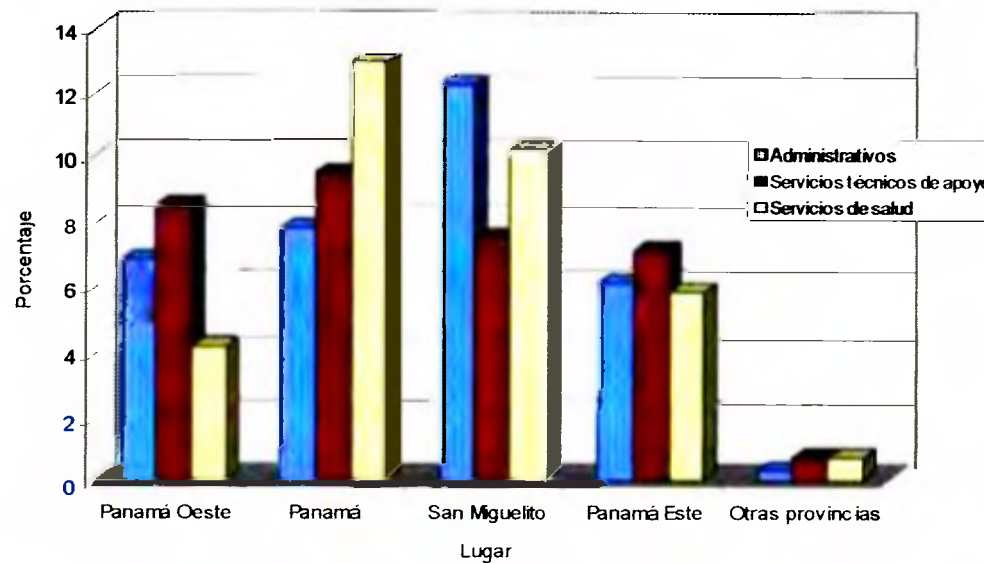
**GRÁFICA N° 5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTO O SERVICIOS SEGÚN ANTIGÜEDAD LABORAL. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS : 2000-2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004.

En la Grafica N°6 (Ver Anexo N°2, Cuadro N°7) se muestra que la población estudiada con Incapacidad Temporal Por Enfermedad, el 30.2% (89) reside en el distrito de Panamá, 29.8% en el distrito de San Miguelito, entre otros.

GRÁFICA N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD POR DEPARTAMENTO O SERVICIO, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA C.H.D.R.A.A.M. AÑOS 2000-2004.



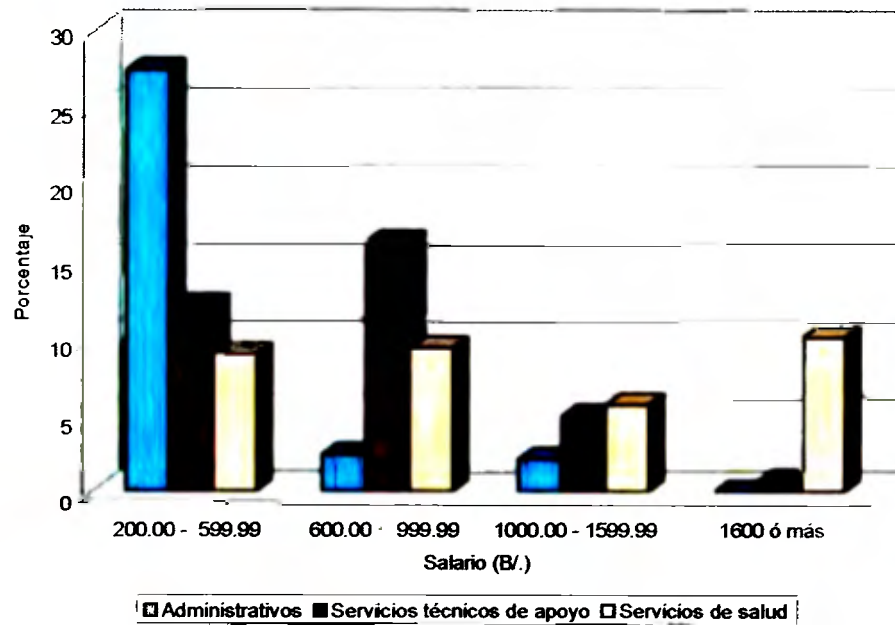
Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

Con relación al salario devengado el 48.5% (143) de la población estudiada con Incapacidad por Enfermedad corresponde al grupo que devenga salario mensual entre los B/ 200.00 a 599.99 balboas; el 28.8% (85) con remuneración entre B/ 600 a 999.99 balboas; un 12.2% (36) devengan entre B/.1000.00 a 1599.99 balboas y un 10.5% (31) reciben B/.1,600.00 ó más de salario.

De los Trabajadores incapacitados en el periodo de estudio un 29.8% (82) que devengan salario entre B/. 200.00 a 599.99 pertenecen a los

departamentos o servicios administrativos; en tanto que 9.9% (29) de los trabajadores que devengan un salario de B/. 1,600.00 más corresponden a los departamentos o servicios de salud. (Ver Gráfica N°7, Anexo N° 2, Cuadro N°8)

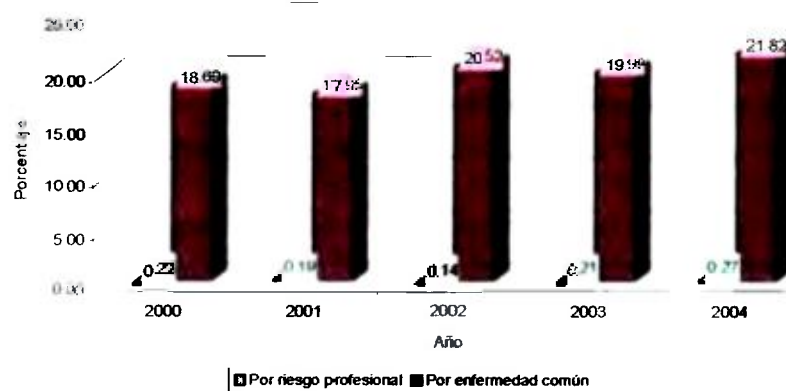
**GRÁFICA N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTO, O SERVICIOS SEGÚN SALARIO. C.H.Dr. A. A.M . AÑOS: 2000-2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

Del total de Incapacidad Temporal por enfermedad, a los 295 trabajadores del Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid, se les otorgó 98.97% de certificados del tipo de Incapacidad temporal por Enfermedad Común (con 9,000 certificados), y solamente un 1.03% (94) fueron certificados de incapacidad temporal por enfermedad originadas por Riesgo Profesional. (Ver Gráfica N°8, Anexo N°2, Cuadro N°10)

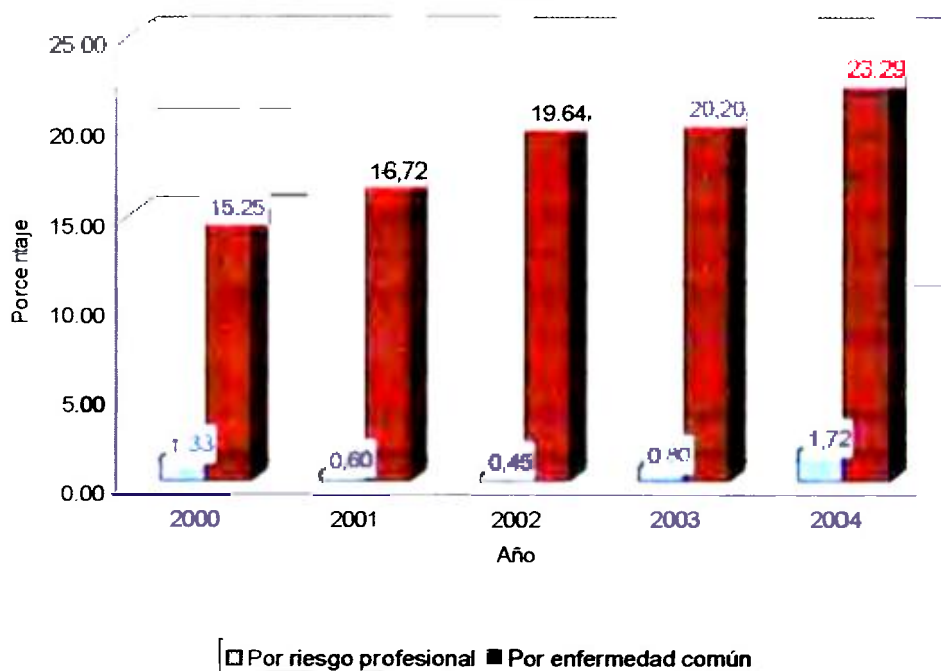
**GRÁFICA N° 8: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD SEGÚN TIPO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000- 2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

Del total de la incapacidad temporal por enfermedad, a los 295 trabajadores de Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, el 95.10% (21,581 días) corresponden a días de Incapacidad Temporal por Enfermedad común, y solamente un 4.90% (1110 días) fueron días de incapacidad Temporal por enfermedad por Riesgo Profesional. En ambos tipos de Incapacidad hubo un incremento de los certificados y días de incapacidad temporal por enfermedad en el año 2004. (Ver Gráfica N°9, Anexo N° 2, Cuadro N°9)

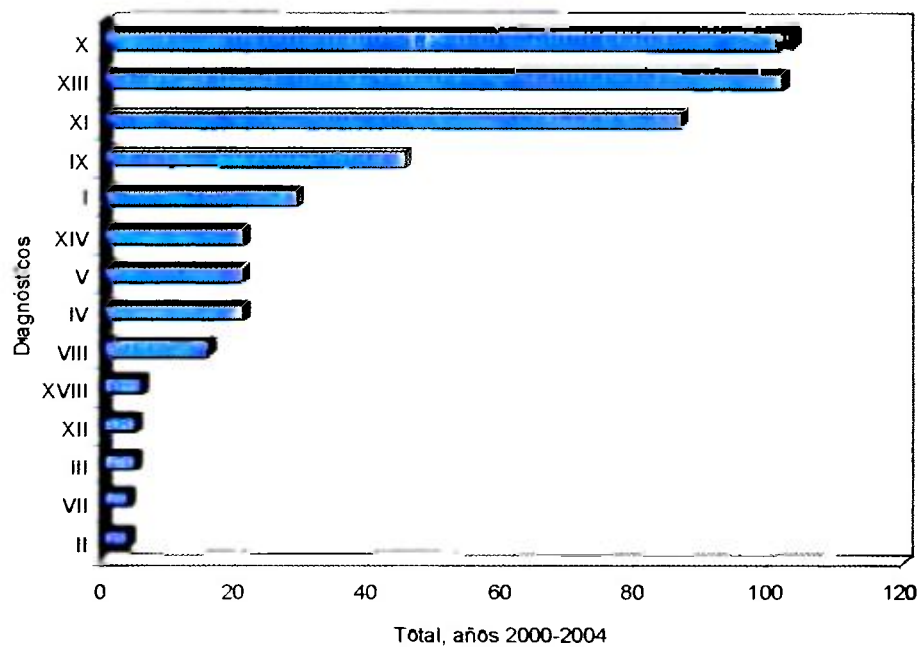
**GRÁFICA N° 9: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR TIPO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, SEGÚN AÑO. C.H.Dr.A.A.M AÑOS: 2000-2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

En el estudio de la Incapacidad Temporal por enfermedad de los trabajadores del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M., encontramos que de los 9000 certificados de incapacidad por enfermedad común, solo el 5.24% (472) tienen consignados los diagnósticos, de estos las que mas se reportan son las Enfermedades del aparato Respiratorio las que mayormente se consignan con un 22.30% (104 certificados), seguidas de las enfermedades Osteomusculares con un 21.61% (102 certificados) y Las enfermedades del Aparato Digestivo con un 18.43% (87 certificados), en menor frecuencia las enfermedades del Aparato Circulatorio con un 9.53% (45 certificados). (Ver Grafica N°10, Anexo N° 2, Cuadro N°11)

**GRÁFICA N° 10: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CERTIFICADOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, CONSIGNADAS CON DIAGNOSTICOS SEGÚN CLASIFICACIÓN CIE 10. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

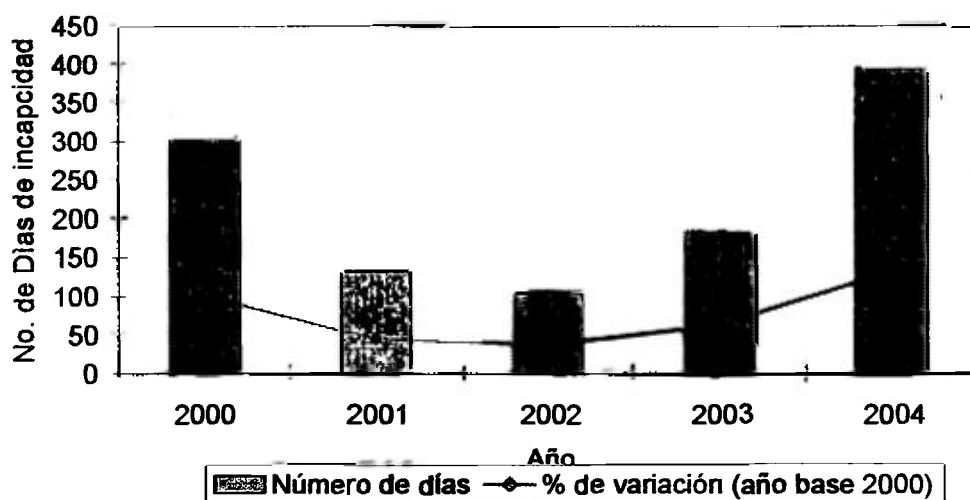


Nota: Ver definición de los diagnósticos en el cuadro N° respectivo

Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

En la Grafica N° 11 (Ver Anexo N° 2, Cuadro N°12) se observa la tendencia de la Incapacidad Temporal por Enfermedad por Riesgo Profesional encontrados en el Complejo Hospitalario Dr, Arnulfo Arias Madrid, en la cual se dio una disminución de certificados de Incapacidad por Riesgo Profesional entre el año 2001 a 2003 y un incremento significativo para el año 2004 (25 certificados de incapacidad por Riesgo Profesional con un total de 392 días de incapacidad).

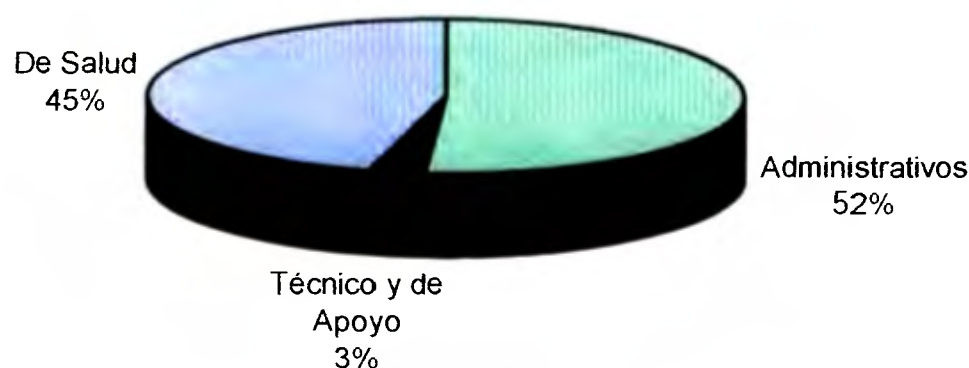
**GRÁFICA N° 11: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, DE RIESGO PROFESIONAL C.H.Dr.A.A.M. AÑOS 2000- 2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

En la Grafica N°12 se observa que los departamentos o servicios administrativos fueron a los que mayormente se les otorgo una Incapacidad Temporal por enfermedad Por Riesgo Profesional (52%), seguidos de los departamentos o servicios de salud (45%) y un porcentaje mucho menor (3%) a los departamentos Técnicos y de apoyo.

**GRÁFICA N° 12: PORCENTAJE DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD POR RIESGO PROFESIONAL SEGUN DEPARTAMENTOS O SERVICIOS. C.H.Dr.A.A.M.. AÑOS: 2000- 2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

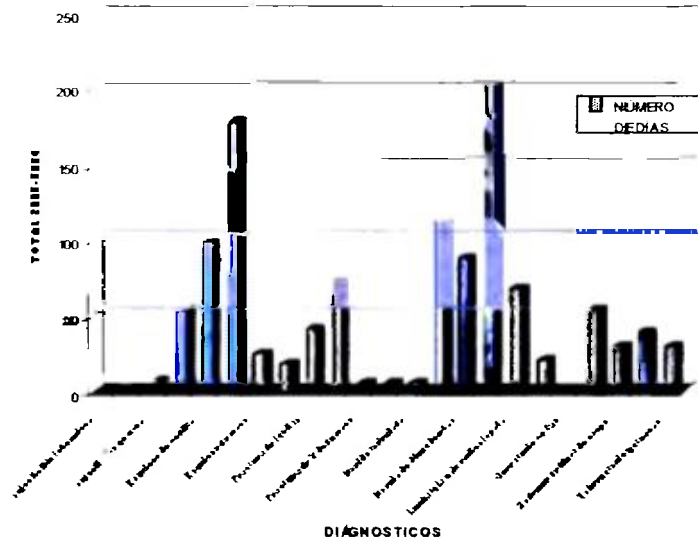
El número de días de Incapacidad Temporal por Enfermedad por Riesgo Profesional fue mayor para los departamentos o servicios administrativos representado por 64.68% (718 días de incapacidad del total de 1110 días de incapacidad por Riesgo Profesional en el estudio). Ver Anexo N° 2, Cuadro N° 14.

Los Trabajadores de los departamentos y / o servicios de salud recibieron 33.88% (376) días de Incapacidad Temporal por Enfermedad

por Riesgo Profesional y los servicios técnicos de apoyo fueron los que menor días de Incapacidad Temporal por Riesgo Profesional se les otorgo 1.44% representando por (16 ) días durante el periodo de estudio. Ver Anexo N° 2, Cuadro N° 14.

En cuanto a los Diagnósticos más frecuentes de Incapacidad Temporal por Enfermedad por Riesgo Profesional se encontró: que las Lumbalgias ocuparon el primer lugar con el 18.37% (204) días, seguido de problemas osteomusculares como el esguince de tobillo con 16.03% (178) días, y estos diagnósticos fueron más frecuentes en el personal administrativo 11.98% (133 días). (Ver Anexo N°1, Cuadro N° 14). Las Lumbalgias representaron el 18.37% con un (204 ) días de Incapacidad Temporal por enfermedad por Riesgo Profesional, en tanto que el esguince de tobillo represento el 16.03% con (178 ) días de Incapacidad temporal por enfermedad por Riesgo Profesional. (Ver Gráfica N° 13, Anexo N°2, Cuadro N° 14)

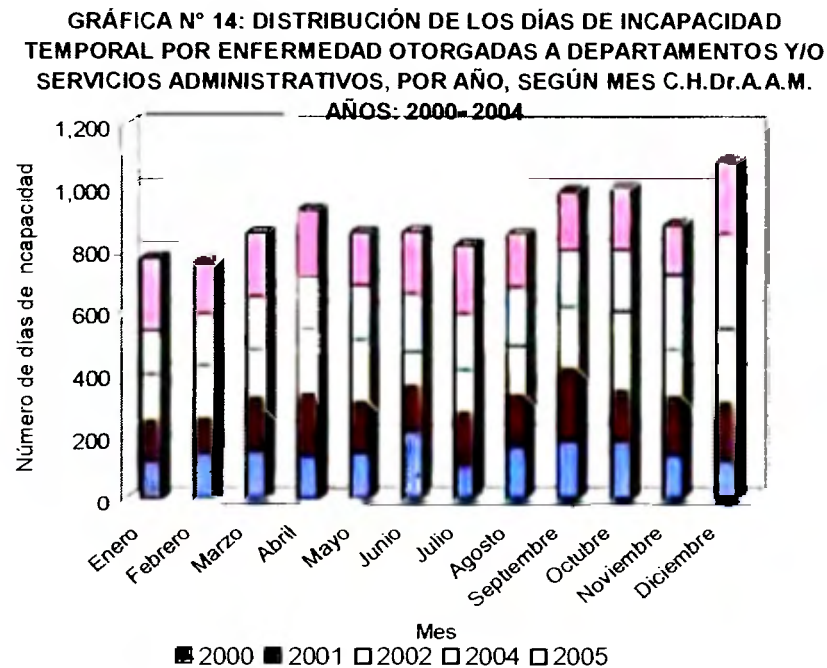
**GRAFICA Nº 13: NUMERO TOTAL DE DIAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD POR RIESGO PROFESIONAL C.H.DR.A.A.M. AÑO 2000-2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

En cuanto a los días de Incapacidad Temporal Por Enfermedad por Departamentos y/o servicios se encontró que en los servicios administrativos generaron el 48.99% de días de incapacidad (10,777 días), siendo el mes de diciembre con 10.17% el que mayor días de incapacidad temporal por enfermedad generó, seguido de los meses de octubre con 9.37% (992) días y septiembre con 9.26% (980) días respectivamente.

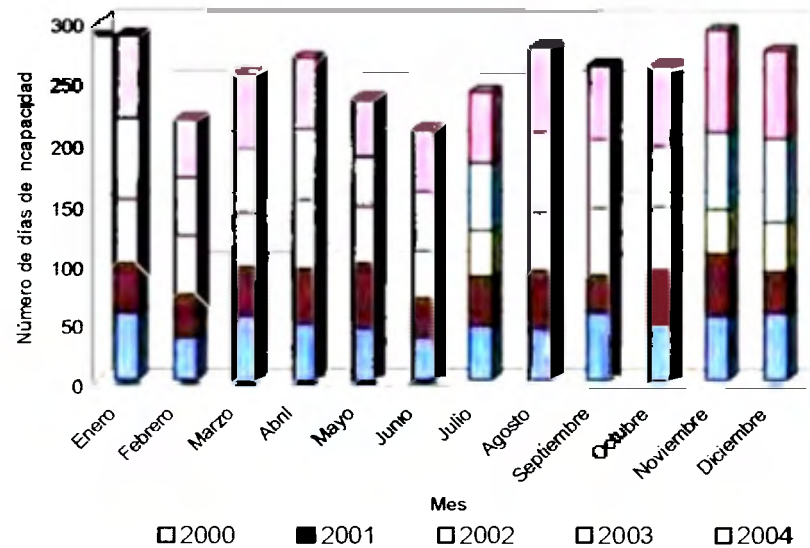
El año el 2004 represento el 22.30% (2,359) días, y en menor cantidad el año 2,000 con un 16.53% (1749) días. (Ver Grafica N°14, Anexo N°2, Cuadro N° 15).



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

En cuanto a los días de Incapacidad Temporal por Enfermedad por Departamentos y/o servicios se encontró que los Departamentos y/o Servicios de Apoyo generaron un 14.30% ( 3,088 ) días; el mes de noviembre representó el 9.5% (292) días, seguido por los meses de enero con 9.32% (288) días y diciembre con 9.0% (275) días respectivamente. En tanto que el año 2,004 fue el año donde más días de Incapacidad Temporal por enfermedad se generó con un 24.30% (753) días . (Ver Grafica N°15, Anexo N°2, Cuadro N°16).

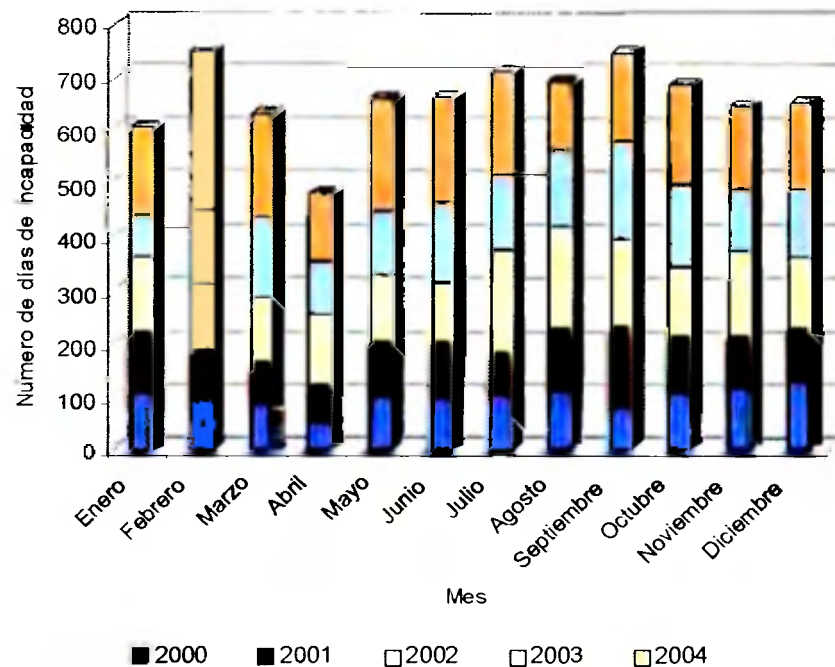
**GRÁFICA N° 15: DISTRIBUCIÓN DE LOS DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS A DEPARTAMENTOS Y/O SERVICIOS TÉCNICOS Y DE APOYO, POR AÑO, SEGÚN MES. C.H. Dr. A.A.M. AÑOS: 2000- 2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr. A.A.M. 2000 -2004.

En cuanto a los días de Incapacidad por Departamentos y/o servicios se encontró que en los Departamentos y/o Servicios de Salud generaron el 36.71% días ( 7,916 días) de incapacidad temporal por Enfermedad, siendo el mes de septiembre con 9.44% (748) y febrero con 9.41% (745) los que mayor días de incapacidad temporal por enfermedad generaron, seguido del mes de julio con 9.0% (713) días, en tanto que el mes de abril genero solo el 6.08% (482) días. En tanto que el año 2004 represento el 27.42% con (2,171) días de Incapacidad Temporal por enfermedad. (Ver Grafica N°16, Anexo N°2, Cuadro N° 17)

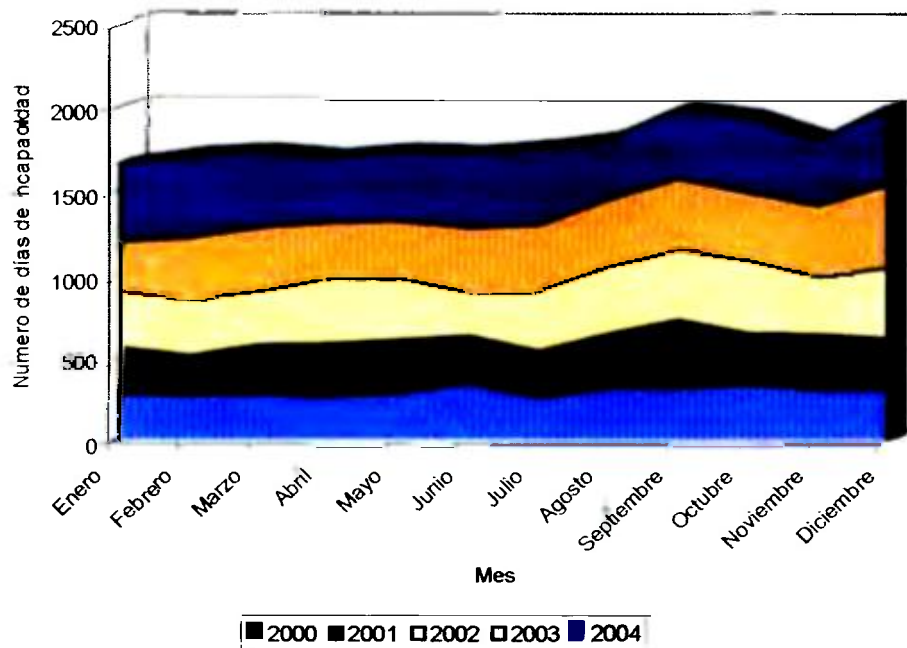
**GRÁFICA N° 16: DISTRIBUCIÓN DE LOS DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS A DEPARTAMENTOS Y/O SERVICIOS DE SALUD, POR AÑO, SEGÚN MES. C.H. Dr. A.A.M. AÑOS: 2000-2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr. A.A.M, 2000 -2004

La distribución de los días de incapacidad temporal por enfermedad según mes y año observamos que el comportamiento es diferente para los diferentes departamentos y/o servicios, pero el mes de diciembre con 9.3% (2,004 días) es representativo en los departamentos y/o servicios Administrativos y de los Servicios Técnicos y de Apoyo durante los cinco años de estudio, en tanto que para los servicios de Salud es el mes de septiembre representando el 9.23% (1,992) días. (Ver Grafica N°17, Anexo N°2, Cuadro N°18)

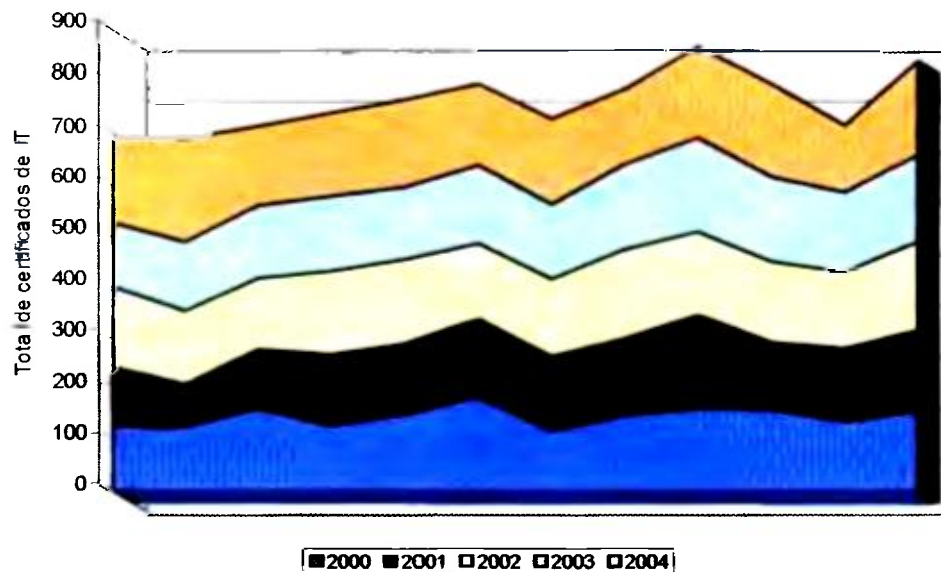
**GRÁFICA N° 17: DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS, POR AÑO, SEGÚN MES. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004.**



Fuente: Archivo del departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

En cuanto a la distribución de los certificados de incapacidad temporal por enfermedad según mes y año observamos que el mes de septiembre es representativo durante los cinco años de estudio, representando el mes donde mayor número de certificados son otorgados con un 9.52% (866) certificados. (Ver Grafica N°18, Anexo N° 2, Cuadro N°19)

**GRÁFICA N° 18: DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS, DEPARTAMENTOS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y DE APOYO, SALUD, POR AÑO, SEGÚN MES. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

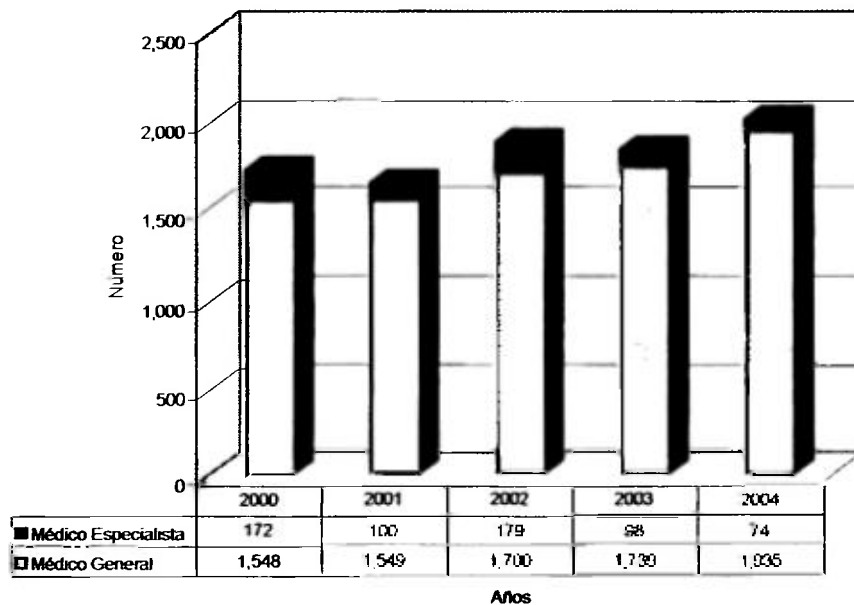


Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr. A.A.M, 2000 -2004

Según la categoría del Médico que otorga los Certificados de Incapacidad Temporal por Enfermedad, se observa en la Gráfica N°19, que para el año 2,000 un total de 1,548 (90%) certificados fueron otorgados por los médicos generales y 10% (172) por médicos especialista,

Se observa una variación hacia el aumento en un 5% entre los años 2,000 – 2,002 en el otorgamiento de certificado de Incapacidad. (Ver Gráfica N°19, Anexo N°2, Cuadro N° 20)

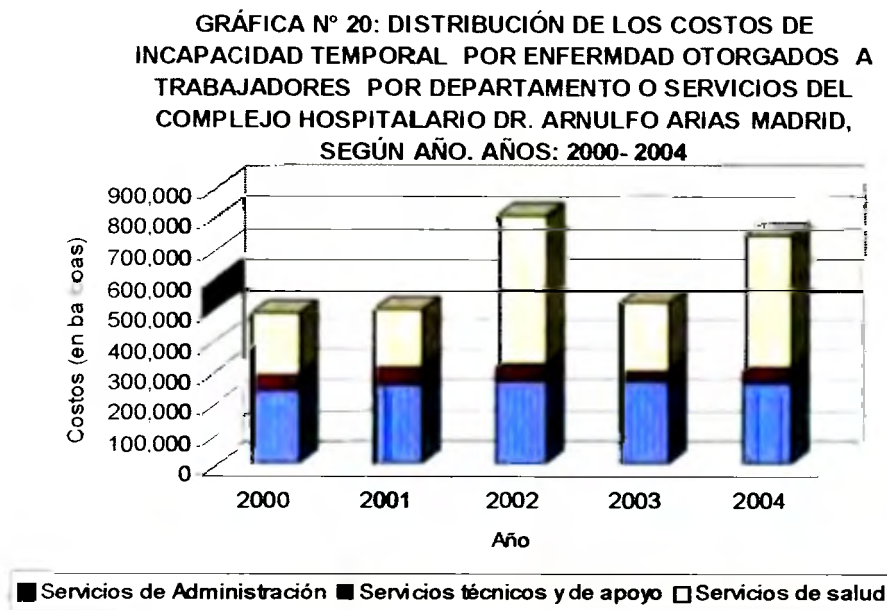
**GRÁFICA N° 19: DISTRIBUCIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, SEGÚN MÉDICO QUE LO EXPIDE.C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

## ANALISIS DE COSTO

La distribución de los costos por Incapacidad Temporal por enfermedad generó, según la muestra estudiada, para el periodo de estudio (2,000 a 2,004) un costo total de B/ 3.072.646.00 balboas, siendo los departamentos o servicios de salud los que generaron un mayor costo 49.9%, B/1.534.290.00 balboas, seguido de los servicios administrativos con 42.1% B/1.293.510.00 y por ultimo los servicios técnicos de apoyo con 8.0% B/244.846.00 balboas. (Ver Grafica N° 20, Anexo N°2, Cuadro N° 21)



Fuente: Archivo del Departamento de Personal C.H.Dr.A.A.M, 2000 -2004

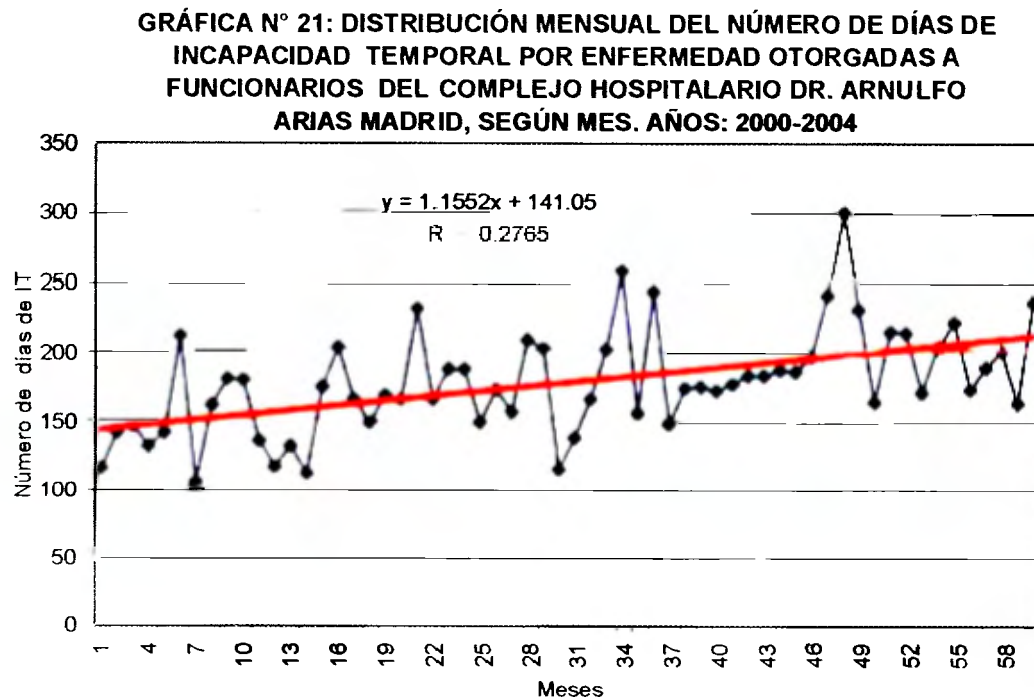
Se observa en la Grafica N°20 (Ver Anexo N° 2, Cuadro N°21) el año 2,002 represento el año de mayor costo en cuanto a Incapacidad Temporal por enfermedad 26.3% (B/809,333.00) y el año que represento el menor costo fue el año 2000 con15.9% B/489,850.00. Se evidencia un descenso del

costo por Incapacidad Temporal por Enfermedad para el año 2,003 con respecto al año 2,002, pero hacia el incremento para el año 2,004.

#### Análisis de series Temporales

Días de incapacidad.

La gráfica N° 21 representa la serie de días de incapacidad mensual correspondiente al periodo enero de 2,000 a diciembre de 2,004, representados por los meses numerados en forma continua del 1 al 60vo. Mes.



En esta gráfica se agregó la recta de ajuste (línea en rojo), la cual muestra una tendencia leve ascendente a lo largo del tiempo, es decir, que a medida que pasan los días la cantidad de días en incapacidad aumenta con un 27.65 por ciento debido al tiempo. El otro 72.35 por ciento de la explicación del

aumento de la tendencia se debe a otros factores o variables aquí no identificados.

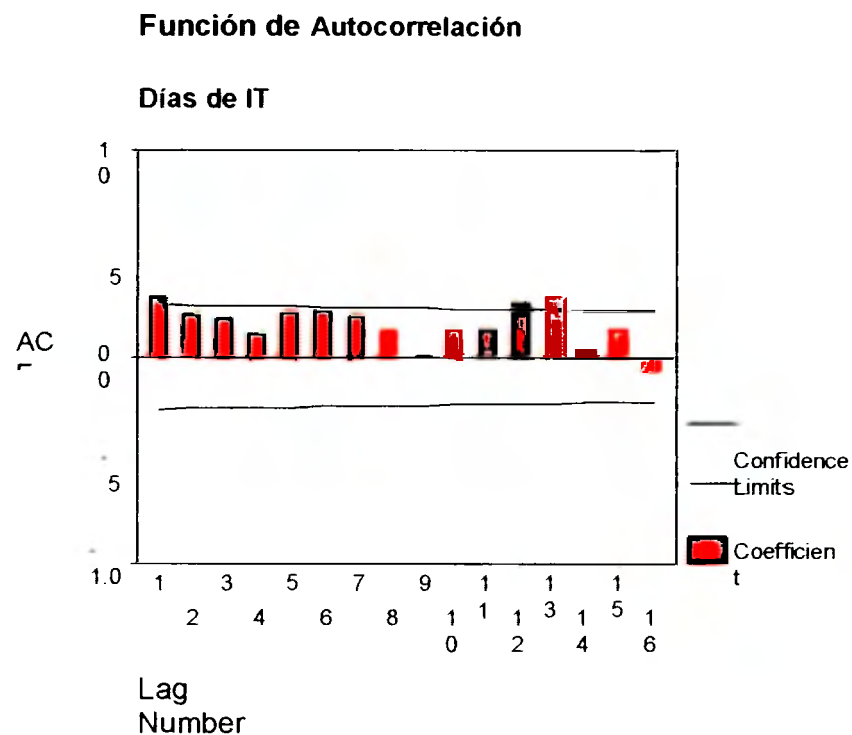
En la gráfica N° 21, se observa mucha sinuosidad, pero en particular se repiten picos en aproximadamente cada 12 meses (un año), correspondiendo este al componente estacional. Este supuesto se puede verificar con las gráficas de la función de autocorrelación y función de autocorrelación parcial, las cuales son especiales para medir autocorrelaciones cada  $k$  periodo de tiempo.

Con relación al componente cíclico, debido a que la serie contiene sólo cinco años para el análisis y que las oscilaciones cíclicas se dan en periodos más largos de tiempo alrededor de cada tres a cinco años, no se puede apreciar claramente en la gráfica.

El componente irregular está presente en todas las series y en esta se observa en gran medida, ya que la serie muestra alta sinuosidad o irregularidad, es decir picos en cualquier mes.

Función de Autocorrelación y Función de Autocorrelación Parcial corresponde a días de incapacidad y número de certificados. Las siguientes son gráficas especiales, que ayudan a describir en forma más clara los componente de series temporales.

GRÁFICA N° 22 FUNCIÓN DE AUTOCORRELACIÓN DE DÍAS DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL POR ENFERMEDAD, EN TRABAJADORES DEL C.H. Dr. A.A.M.  
AÑOS 2000 - 2004



La gráfica N° 22 corrobora que existe tendencia en la serie, pero no muy marcada, es decir leve. Esto es, debido a que las mayorías de las barras se encuentra en un mismo lado de la línea cero (0), además se muestran en forma descendente (en la gráfica de la serie significa que debe verse en forma ascendente). Por otro lado, la barra después de la primera que sobresale el límite de confianza superior es la que se encuentra en un período  $t=12$ . Esto significa que existe correlación de días de incapacidad en mayor magnitud cada 12 meses. De acuerdo a la gráfica de los datos mensuales representados en el cuadro No. 18, los totales más altos se dan en diciembre, seguido por septiembre. Así que podrían ser uno de estos dos

meses los que alcanzan los puntos más altos durante el año en forma periódica, es decir cada año, en cuanto a días de incapacidad se refiere.

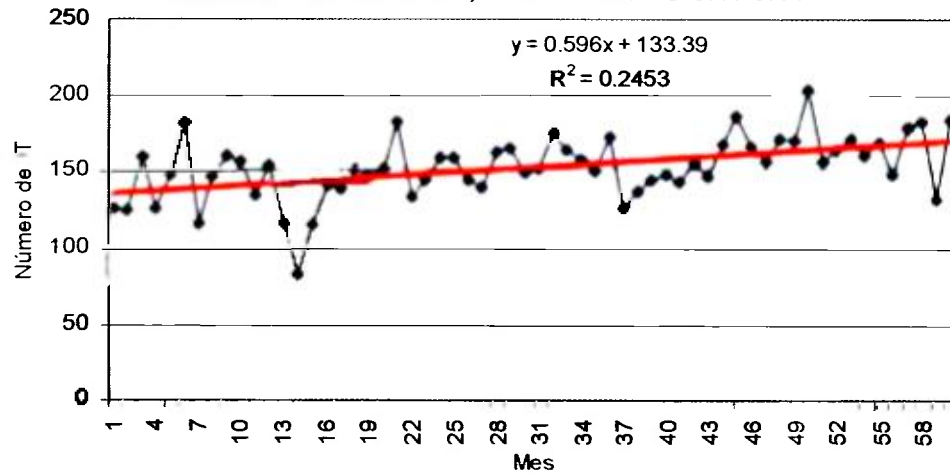
La función de autocorrelación parcial muestra la irregularidad de la serie y un componente cíclico bajo. En la misma también se puede apreciar que ninguna barra sobresale los límites de la banda de confianza. Lo que significa que la estacionalidad de cada 12 meses es de magnitud moderada.

Número de Certificados de IT.

A continuación se analiza la otra variable, que se refiere a la cantidad de certificados de incapacidad emitidos por enfermedad mensualmente desde enero de 2,000 a diciembre de 2,004. Igualmente, se inicia describiendo los componentes de la serie observando la gráfica de los datos sin tratamiento alguno.

La gráfica N° 23 de la serie muestra un crecimiento leve a lo largo del tiempo, tal como lo muestra la línea de tendencia. También se muestra que la variación del número de certificados debido al tiempo se da en un 24.53 por ciento, por lo tanto el número de certificados se explica en un 75.47 por ciento por otros factores o variables no incluidas en este estudio.

**GRÁFICA N° 23: DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADOS A FUNCIONARIOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, SEGÚN MES. AÑOS: 2000-2004**

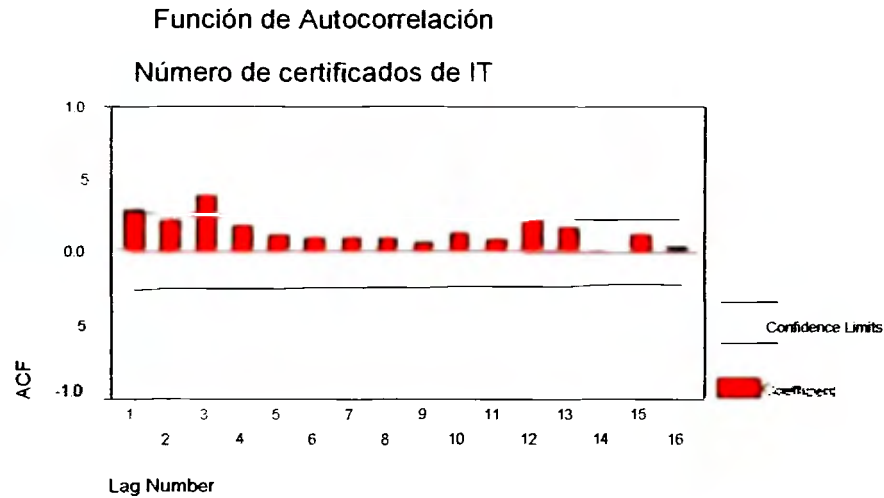


La serie muestra mucha sinuosidad, por lo que se analizarán las funciones de autocorrelaciones para distinguir con mayor claridad los componentes presentes en la serie.

La función de autocorrelación para la variable número de certificados es la que se muestra a continuación.

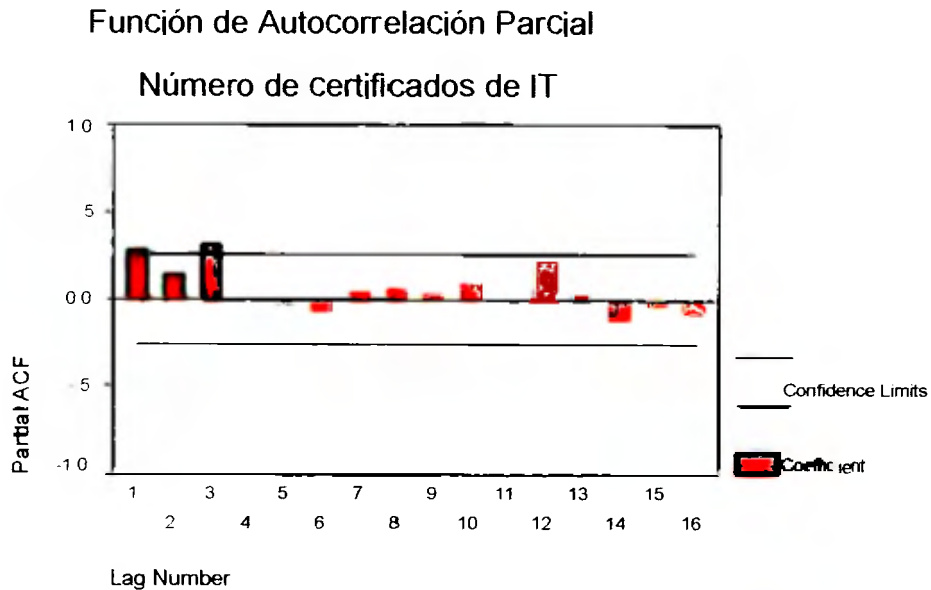
La gráfica N° 24 muestra tendencia leve en ascenso. También se observa que la tercera barra sobresale el límite de confianza superior, sugiriendo estacionalidad cada 3 meses.

GRÁFICA N° 24 FUNCIÓN DE AUTOCORRELACIÓN SEGÚN NÚMERO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, C.H. Dr. A.A.M. AÑOS 2000 – 2004



La función de autocorrelación parcial, refleja nuevamente un componente estacional de orden 3, es decir que se dan altas correlaciones del incremento del número de certificados de IT cada tres meses. También se pone de manifiesto el componente irregular en forma moderada. El componente cíclico no es muy apreciable en este conjunto de datos. (Ver Grafica N° 25)

GRÁFICA N° 25 FUNCION DE AUTOCORRELACIÓN PARCIAL DEL NÚMERO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD. C.H. Dr.A.A.M. AÑOS 2000 – 2004



Analizando en conjunto con la gráfica correspondiente a los datos del cuadro No. 19 (Ver Anexo N°1). Concluimos que se dan altas correlaciones cada tres meses, con mayor consistencia en el segundo semestre anual. Es muy marcado el incremento del número de incapacidades en los meses de septiembre y diciembre.

## 4.2. CONCLUSIONES

- El estudio de La Incapacidad Temporal por Enfermedad en los Trabajadores del Complejo Hospitalario Dr. Amulfo Arias Madrid años de 2000 a 2004, revela un total de 22,691 días de incapacidad, correspondiente a 9,094 certificados médicos. De estas Incapacidades el 95.10% fue por enfermedad común y solo el 4.9% es por Riesgo Profesional. Esto significó un ausentismo por Incapacidad Temporal por Enfermedad importante, pues tuvieron que dejar de asistir a su trabajo, sea cualesquiera la causa que la motivo y la tarea a realizar.
- La población objeto del presente estudio reflejó que predominantemente se incapacitaron los del sexo femenino en un 59.0%, en tanto que un 41% correspondió a incapacidades del sexo masculino, esto debido a las características de las actividades propias de un hospital.
- De acuerdo a la categoría por servicio, nuestra población estudiada muestra un mayor número de días por Incapacidad Temporal por Enfermedad en los departamentos y/o servicios administrativos los cuales representaron el 48.99%, seguidos de los departamentos y/o servicios de salud, siendo los Departamentos y/o servicios Técnicos de Apoyo los que generaron menor incapacidad temporal por enfermedad.

- Los meses del año que mayormente generan incapacidad Temporal por enfermedad en cuanto al número de días es septiembre y diciembre, y el mes donde mas certificados de incapacidad temporal por enfermedad se guerrear es el mes de diciembre., se dan altas correlaciones cada tres meses, con mayor consistencia en el segundo semestre anual.
  
- En el 90 % de la Incapacidad Temporal por Enfermedad no se registra el Diagnostico que motivó que se generara esta incapacidad.
  
- La Incapacidad Temporal por Enfermedad más frecuente fue por enfermedad común (enfermedad, accidente común) constituyendo el 95.01 % de los casos.
  
- Los diagnósticos más frecuentes como causa de Incapacidad Temporal Por Enfermedad, fueron las enfermedades del Aparato Respiratorio, seguidas por las Enfermedades Osteomusculares. Los resultados muestran mayor frecuencia de enfermedades comunes prevenibles como causa de Incapacidad temporal por enfermedad en estos trabajadores manteniendo características similares a otros estudios internacionales.
  
- La Incapacidad Temporal Por Enfermedad Por Riesgo Profesional fue baja, siendo los servicios y / o departamentos Administrativos los que

mayores días generaron, y los diagnósticos mas frecuente fueron las lumbalgias, seguidas del esguince de tobillo.

- Aunque los días por Incapacidad Temporal Por Enfermedad fueron justificados con un certificado médico, ello no significa que tales ausencias son exclusivamente por causas médicas, ya que habitualmente el ausentismo laboral es equivalente al ausentismo médicamente justificado por certificados médicos.
- Se identificaron 9,094 certificados de Incapacidad Temporal por Enfermedad correspondiente a 295 trabajadores, durante los años 2000 a 2004. El total de días por Incapacidad Temporal por enfermedad fue de 21,581.
- La Incapacidad Temporal por Enfermedad de los Trabajadores del complejo Hospitalario Dr. A.A.M. generó un costo de B/ 3.072.645,70 balboas., siendo el costo mayor para los Departamentos y/o Servicios de Salud y los Departamentos y/o Servicios Administrativos. Los departamentos y/o Servicios Técnicos y de Apoyo reflejan el menor costo en incapacidad temporal por enfermedad.
- Se identificaron más días de incapacidad Temporal por enfermedad en los servicios administrativos, sin embargo los Departamentos y / o Servicios de Salud generaron el mayor costo como consecuencia de la Incapacidad temporal por enfermedad.

- **El trabajo es inherente al hombre, ya que es necesario para su desarrollo individual y colectivo, sin embargo la Incapacidad Temporal por Enfermedad es un fenómeno que produce grandes pérdidas económicas en todas las empresas, bajo el amparo del certificado médico, No creemos que las vigilancias de estas deban utilizarse para objetivos meramente administrativos disciplinarios.**

### **4.3. RECOMENDACIONES**

Debido al gran número de días por incapacidad temporal por enfermedad justificada con Certificados Médicos de los trabajadores de los diferentes departamentos y servicios y al monto económico que estas representan para el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid y por ende para la Institución Caja de Seguro Social se hacen las siguientes sugerencias:

1. Crear en cada departamento y/o servicio un mejor registro de la misma, cuya finalidad no solo sea de carácter administrativo.
2. Definir políticas en cuanto a la expedición de los Certificados y la consignación de los Diagnósticos, a través de la Codificación Internacional, tratando de utilizar un solo formato interinstitucional, y que independientemente de la duración de la incapacidad se indique el diagnóstico a través de dicho Código, esto permitirá conocer con exactitud cual es la causa real de la incapacidad.
3. Identificar por departamento o Servicio los trabajadores que con frecuencia se acogen a Incapacidad Temporal por Enfermedad, con la finalidad de establecer programas que les ayuden a disminuir la frecuencia de estas.

4. Establecer la coordinación con el Programa de Salud Ocupacional para la tutoría de la Incapacidad Temporal por Enfermedad - independientemente si es de origen común, o profesional.
  
5. Realizar estudios analíticos sobre Incapacidad Temporal por Enfermedad, con el propósito de conocer cual es el origen o la causa de esta problemática a nivel de cada departamento o servicio, y poder lograr la intervención en lo referente a la disminución de los días y por ende de los costos que esta genera.
  
6. Implementar programas de incentivos, y valor agregados en los servicios o departamentos administrativos.

**BIBLIOGRAFIA****LIBROS:**

1.- J.J. Gestal Otero, Riesgos Laborales del Personal Sanitario ,3ra ed Mcgraw-Hill. Interamericana, 2,003 Cáp.6, pp. 73 -85.

2.- Taylor P. Absentismo. Organización Internacional del Trabajo (ed) Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. (2da edición) Madrid OIT. 1,997

3. - Alexanderson K Sickness Absence: a review of Performed Studies with focused on levels of exposures and theories utilized. Scand J. Soc.Med 1,998; 26 (4) pp. 241- 249.

4.- Nils- Göran Olive, Jan Roy, Magnus Wetter, Implantando y Gestionando el cuadro de Mando Integral ( Performance Drivers), ed. Gestión 2,000 , S.A. Barcelona , pp.226,325-338.

5.- Organización Panamericana de la Salud, Enfermedades Ocupacionales Guía para su Diagnostico, publicación Científica N° 480, tercera reimpresión, pp. 3-5.

6.- Brian E Becker, Mark A Huselid, David Urich, Cuadro de Mando de Recursos Humanos en la Empresa, , ed gestión 2,000, S.A, Barcelona, 2,002, pp. 79 -99.

7.- Pineault R. Daveluy C. La Planificación Sanitaria Conceptos, Métodos, Estrategias 2da ed. Barcelona. Masson 1,992, pp. 130 -138.

8.- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía. Un Manual de Clasificación relacionado con las consecuencias de la Enfermedad. Madrid Instituto Nacional de Servicios sociales. 1,983.

9.- Enrique Hernández Laos, Jorge Velásquez Roa, Globalización, Desigualdad y Pobreza, Lecciones de la Experiencia Mexicana, Editorial Universidad Autónoma Metropolitana, México D.F, Primera Edición, Capitulo I, pp. 19-37.

10.- Ulrich Beck, ¿Qué es la Globalización , España Barcelona: Paidos, 1,998, pp. 15- 30.

11.- Néstor García Canclini, La Globalización imaginada, México DF: Paidos, 2,000, Capitulo I, pp. 1-36.

12.- Lolas F, Quezada A, ed. Pautas Éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas Perspectivas. Chile, Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2,003 pp. 83,95.

13.- Mira M. Absentismo Laboral en Benavides FG, Ruiz C, García AM. Salud Laboral: Conceptos y Técnicas para la Prevención de Riesgos Laborales. Barcelona: Masson. 1,997 pp. 351 -361.

14.- Benavides FG, Castejón E, Mira M, Benachn J, Moncada S. Glosario de Prevención de Riesgos Laborales, Masson; 1,998. Pp.2-12

15.-Organización Panamericana de la Salud. Salud y Seguridad de Los Trabajadores Del Sector Salud. Manual para Gerentes y Administradores; Washington, D.C: OPS, 2,005, pp. 59 -69

16.- Gracia D. Procedimiento de Decisión en Ética Clínica, Madrid. EUDEMA; 1,991.pp.8-24

17.- Edison Gnazzo, Principios Fundamentales de Finanzas Públicas, Concepto e Importancia .Relación Gasto Ingreso. 1,997, pp. 259-266.

18.- Rudiger Dornbusch, Stanley Fischer, Macroeconomía, La Oferta Agregada: los salarios, los precios y el empleo. Editorial McGraw Hill, sexta edición, 2,000 pp.238- 242, 582, -585,

20.- Charles T. Homgren, George Foster, Srikant M.Datar, Contabilidad de Costos, Un Enfoque Gerencial, editorial Pearson Hispanoamericana. S.A., octava edición,1,996 pp. 497, 535,

21.- Robert A. Day Como Escribir y Publicar Trabajos científicos, Capitulo 13, Publicación Científica N° 558 Segunda Edición en Español OPS 1,996, pp. 57-64.

22. - Mets J.T. Diagnosis of Absenteesism. En Zenz C. Occupational Medicine Principles and Practical applications 2° Ed. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc; 1,988 pp. 1096- 1105.

23.- James Af., R Eduardo Freeman, Daniel R. Gilbert Jr. Administración Capitulo 16 Editorial Pearson Education, sexta Edición,2,000 pp. 484-488.

**LEYES:**

21.- Código de Trabajo, editorial Mizrachi & Pujol, S.A. (5ta edición) febrero de 2,000, Art.200.

22.- Decreto Ley N° 14 de 27 de agosto de 1,954; Ley Orgánica de La Caja de Seguro Social (revisión 26 de diciembre de 1,991); Titulo V Capitulo I Riesgo de Enfermedad, pp. 53- 58.

23.- Ley N° 51 Orgánica de La Caja de Seguro Social, Sección 3° Art. 136, de diciembre de 2,005 pp. 65- 66.

24.- Decreto Ejecutivo N° 68 (de 31 de marzo de 1970) Por el cual se centraliza en la Caja de Seguro Social la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales para todos los Trabajadores del Estado y de las Empresas Particulares que operan en la República, T. I art. 2 pp 140.

25.- Decreto Ejecutivo N° 210 (De 26 de julio de 2,001) Que Reglamenta la Expedición de Certificados de Incapacidad y deroga el Decreto 12 de 27 de enero de 1,983, Art. Primero al Octavo.

**REVISTAS y ESTUDIOS:**

26.- Benavides FG, Aranaz J, Bolumar F. La Incapacidad Laboral Transitoria, algo más que un Problema de Salud. Revista Sanidad e Higiene Pública 1,990; pp. 64, 749- 756.

27. - Facci R Occupational Health in Brazil. Internacional Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 2,001, 7 (4); pp. 493- 506.

28. - Vathera J, Kiwimaki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the Psychosocial Work Environment on Sickness Absences: a seven year follow up of initially Healthy Employees. Epidemiology Community Health 2,000; pp. 54. 484 - 493.

29.- Marmot M. Importance of the Psychosocial environment in epidemiologic studies. Scand J. Work environment health 1,999, 25 (supply 4) pp. 49, 53.

30.- Gomero Cuadra Raúl, Llap Yesan Carlos, Absentismo Laboral de Origen Médico en el Hospital Toquepala, Perú, año 2,001.

31.- Informe del Comité de Expertos de la OMS, Identificación de Enfermedades Relacionadas con el Trabajo y Medidas para Combatirlas Serie de Informes Técnicos 714, 1,984.

32.- Pelay C, Calvo R, Lapiedra A Estudio Epidemiológico Descriptivo de Absentismo por enfermedad Común en una empresa de automatización. MAPFRE Medicina, 1,997; 8 (4), pp. 231- 240.

33.- Demin A. Social Aspects of Public Health Challenges in Period of Globalization: The Case of Rusia. Moscow, RPHA, 2,003.

34. - Demin A. Public health in eastern Europe. The Lancet Perspectives sff; 356.

35.- Burin M. Trabajo y Salud Mental. La Perspectiva de Genero. Trabajo presentado en la Conferencia Hemisférica sobre Trabajo y Salud Mental- OPS; 2,003 oct 1-41, D. F. México.

36.- Burin M. Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas. Disponible en: <http://www.psiconet.com.ar/foros/genero/subjetividad.htm>. 2,002.

37.- Vásquez García Irma, Riboty Lara Alfredo; Absentismo Laboral en un Hospital Nacional de Lima Perú, 2,002.

38.- Martín E, Sabaté E. Entorno a un Análisis Sociológico del Absentismo y la Enfermedad de Corta Duración. Revista de Seguridad Social, Barcelona España; 1,983 17:pp.9-10.

39.- Borrel F. Guerra G. Aspectos Emocionales, Clínicos y de Comunicación Relativos a la Incapacidad temporal, Revista de Seguridad e higiene, Barcelona 1,999 pp. 103- 118.

40.- Kristensen T.s., Sickness. Absence and Work Strain among Danish Slaughterhouse workers: an Analysis of Absence from work regarded as doping behaviours. Revista Soc. Science Medicine 1,991, pp15-27.

41.- Estudio Analítico de la Satisfacción en el Trabajo, IRHE, 1,997.

42.- La Prevención del Absentismo en el Lugar de Trabajo (Resumen) fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1,997 ( [http:// www.eurofound.e/publications/files/EF 971](http://www.eurofound.e/publications/files/EF_971)).

43.- Salinas Tovar, Santiago Dr.; Aguilar Salinas, Alberto Dr. y Colbs.: Estrategia Para el control de Casos con Incapacidad Prolongada por riesgo de Trabajo y Enfermedad General, Instituto Mexicano de Seguro Social, D.F 2,000.

44.- Francisco R. Mesa, Ana María Kaempffer R, 30 años de Estudi sobre ausentismo Laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresa, Revista Medica Chile v.132 n.9 sep 2004.

**ANEXO N° 1**  
**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS**

**UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
ESTUDIO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD EN  
TRABAJADORES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID Año 2000 - 2004**

**DATOS GENERALES DE LA INCAPACIDAD**

Departamento y/o Servicio \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Tipo De Incapacidad**

	2000	2001	2002	2003	2004
Enfermedad Común					
Riesgo Profesional					

**Duración de la Incapacidad: (días) Año \_\_\_\_\_**

Mes	01 día	02 días	03 días	04 días	05 días	≥ a05 días
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

**Lugar de Expedición de la Incapacidad:**

Lugar / Año	2000	2001	2002	2003	2004
CSS.					
CAIST					
MINSA					
CLINICA PRIVADA					

<b>Mes</b>	<b>Nº de Certificados</b>	<b>Nº de Dias</b>	<b>C.S.S.</b>	<b>MINSA</b>	<b>CAIST</b>	<b>CLINICA PRIVADA</b>
<b>Enero</b>						
<b>Febrero</b>						
<b>Marzo</b>						
<b>Abril</b>						
<b>Mayo</b>						
<b>Junio</b>						
<b>Julio</b>						
<b>Agosto</b>						
<b>Septiembre</b>						
<b>Octubre</b>						
<b>Noviembre</b>						
<b>Diciembre</b>						

**UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
ESTUDIO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD EN  
TRABAJADORES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID Año 2000 - 2004**

**I.- Datos Generales**

N° de caso \_\_\_\_\_

- 1.- Sexo Masculino \_\_\_\_, Femenino \_\_\_\_  
 2.- Edad \_\_\_\_ años  
 3.- Departamento o Servicio \_\_\_\_\_  
 4.- Ocupación \_\_\_\_\_  
 5.- Lugar de Residencia \_\_\_\_\_  
 6.- Salario en Balboas:

Año	2000	2001	2002	2003	2004
Salario					

7.- Escolaridad \_\_\_\_\_

**II.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD.**

**8.- Fecha de la Incapacidad**

Mes/Año/Días	2000	2001	2002	2003	2004
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					

**9.- Médico que Extiende la Incapacidad:**

Médico/Año	2000	2001	2002	2003	2004
General					
Especialista					

**10.- Lugar de Expedición de la Incapacidad:**

Lugar / Año	2000	2001	2002	2003	2004
CSS.					
CAIST					
MINSA					
Clínica Privada					

**11.-Tipo de Incapacidad:**

	2000	2001	2002	2003	2004
Enfermedad Común					
Riesgo Profesional					

**12.- Diagnostico de la Incapacidad**

Diagnostico	Mes	2000	2001	2002	2003	2004

**ANEXO N° 2**  
**CUADROS DE ESTADISTICAS**

## ANEXO N° 2

**Cuadro No. 1. INDICADORES POBLACIONES DE CERTIFICADOS EXPEDIDOS Y DÍAS DE INCAPACIDAD OTORGADAS A FUNCIONARIOS INCAPACITADOS. AÑOS: 2000-04**

Año	Funcionarios Incapacitados	Total de certificados de incapacidad otorgadas	Tasa de certificados de IT, por funcionario incapacitado	Total de días de incapacidad	Tasa de días de IT, por certificado expedido	Tasa de días de IT, por funcionario incapacitado
<b>Total</b>	<b>32,296</b>	<b>53,660</b>	<b>1.66</b>	<b>109,333</b>	<b>2.04</b>	<b>3.39</b>
2000	6,146	10,742	1.75	22,485	2.09	3.66
2001	6,601	10,771	1.63	21,458	1.99	3.25
2002	6,970	10,515	1.51	21,396	2.03	3.07
2003	6,173	11,164	1.81	23,122	2.07	3.75
2004	6,406	10,468	1.63	20,872	1.99	3.26

**Cuadro No. 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR AÑO, SEGÚN LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO. AÑOS: 2000-2004**

Año	Certificados de IT									
	Total		Lugar de expedición del certificado de IT							
			CAIST		Caja de Seguro Social		Clínica Privada		Ministerio de Salud	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
<b>Total</b>	<b>48,842</b>	<b>100</b>	<b>6,847</b>	<b>14</b>	<b>19,176</b>	<b>39</b>	<b>21,255</b>	<b>44</b>	<b>1,564</b>	<b>3</b>
2,000	6,534	13	1,463	3	318	1	4,435	9	318	1
2,001	10,699	22	1,328	3	4,655	10	4,401	9	315	1
2,002	10,515	22	1,310	3	4,757	10	4,159	9	289	1
2,003	11,164	23	1,466	3	5,308	11	4,053	8	337	1
2,004	9,930	20	1,280	3	4,138	8	4,207	9	305	1

**Cuadro No. 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR SEXO, SEGÚN DEPARTAMENTO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Departamento	Total		Sexo			
			Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100.0</b>	<b>174</b>	<b>59.0</b>	<b>121</b>	<b>41.0</b>
Administrativos	98	33.2	54	18.3	44	14.9
Servicios técnicos de apoyo	98	33.2	57	19.3	41	13.9
Servicios de salud	99	33.6	63	21.4	36	12.2

**Cuadro No. 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTO, SEGÚN EDAD. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Edad	Total		Departamento					
			Administrativos		Servicios técnicos de apoyo		Servicios de salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>33.2</b>	<b>98</b>	<b>33.2</b>	<b>99</b>	<b>33.6</b>
20- 35	92	31.2	37	12.5	28	9.5	27	9.2
36-45	73	24.7	27	9.2	23	7.8	23	7.8
46- 55	92	31.2	25	8.5	38	12.9	29	9.8
56 ó más	38	12.9	9	3.1	9	3.1	20	6.8

**Cuadro No. 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTO, SEGÚN NIVEL ACADÉMICO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Nivel académico	Total		Departamento					
			Administrativos		Servicios técnicos de apoyo		Servicios de salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>33.2</b>	<b>98</b>	<b>33.2</b>	<b>99</b>	<b>33.6</b>
Primaria	67	22.7	48	16.3	17	5.8	2	0.7
Secundaria	94	31.9	40	13.6	39	13.2	15	5.1
Universidad	134	45.4	10	3.4	42	14.2	82	27.8

**Cuadro No. 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTO, SEGÚN ANTIGÜEDAD LABORAL. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Antigüedad laboral (años)	Total		Departamento					
			Administrativos		Servicios técnicos de apoyo		Servicios de salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>
5 - 10	124	42.0	65	22.0	32	10.8	27	9.2
11 - 15	79	26.8	13	4.4	38	12.9	28	9.5
16 - 20	42	14.2	6	2.0	17	5.8	19	6.4
20 o más	50	16.9	14	4.7	11	3.7	25	8.5

**Cuadro No. 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTO, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Lugar de residencia	Total		Departamento					
			Administrativos		Servicios técnicos de apoyo		Servicios de salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>33.2</b>	<b>98</b>	<b>33.2</b>	<b>99</b>	<b>33.6</b>
Panamá Oeste	57	19.3	20	6.8	25	8.5	12	4.1
Panamá	89	30.2	23	7.8	28	9.5	38	12.9
San Miguelito	88	29.8	36	12.2	22	7.5	30	10.2
Panamá Este	56	19.0	18	6.1	21	7.1	17	5.8
Otras provincias	5	1.7	1	0.3	2	0.7	2	0.7

**Cuadro No. 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR DEPARTAMENTO, SEGÚN SALARIO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Salario (en balboas)	Total		Departamento					
			Administrativos		Servicios técnicos de apoyo		Servicios de salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>34.0</b>	<b>98</b>	<b>34.0</b>	<b>98</b>	<b>34.0</b>
200.00 - 599.99	140	48.6	79	27.4	35	12.2	26	9.0
600.00 - 999.99	81	28.1	7	2.4	47	16.3	27	9.4
1000.00 - 1599.99	36	12.5	6	2.1	14	4.9	16	5.6
1600 ó más	31	10.8		0.0	2	0.7	29	10.1

**Cuadro No. 9. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD , POR TIPO DE INCAPACIDAD , SEGÚN AÑO, C.H.Dr.A.A.M AÑOS: 2000-2004**

Año	Número de días de incapacidad por enfermedad					
	Total		Tipo de incapacidad			
	No.	%	Por riesgo profesional		Por enfermedad común	
No.			%	No.	%	
Total	22,691	100.00	1110	4.90	21,581	95.10
2000	3,763	16.58	302	1.33	3,461	15.25
2001	3,926	17.32	132	0.60	3,794	16.72
2002	4,561	20.09	103	0.45	4,458	19.64
2003	4,766	21.00	181	0.80	4,585	20.20
2004	5,675	25.01	392	1.72	5,283	23.29

**Cuadro No. 10. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD POR TIPO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, SEGÚN AÑO. C.H.Dr.A.A.M AÑOS: 2000-2004**

Año	Número de certificados de incapacidad temporal por enfermedad					
	Total		Tipo de incapacidad			
	No.	%	Por riesgo profesional		Por enfermedad común	
No.			%	No.	%	
Total	9,094	100.00	94	1.03	9,000	98.97
2000	1,720	18.91	20	0.22	1,700	18.69
2001	1,649	18.13	17	0.19	1,632	17.95
2002	1,879	20.66	13	0.14	1,866	20.52
2003	1,837	20.20	19	0.21	1,818	19.99
2004	2,009	22.09	25	0.27	1,984	21.82



**Cuadro No. 12. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD POR RIESGO PROFESIONAL OTORGADAS, SEGÚN AÑO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS 2000-2004**

Año	Número de días	% de variación (año base 2000)
2000	302	100,0
2001	132	43,7
2002	103	34,1
2003	181	59,9
2004	392	129,8

**Cuadro No. 13. DISTRIBUCIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR RIESGO PROFESIONAL, SEGÚN AÑO. C.H.Dr.A.A.M AÑOS: 2000-2004**

Año	Número de certificados	% de variación (año base 2000)
2000	20	100,0
2001	17	85,0
2002	13	65,0
2003	19	95,0
2004	25	125,0

**Cuadro No. 14. NÚMERO DE CERTIFICADOS Y DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR RIESGO PROFESIONAL, POR TIPO DE DEPARTAMENTO Y/O SERVICIOS, SEGÚN DIAGNÓSTICO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004 .**

Número de certificados y diagnósticos	Total		Tipo de Servicios					
			Administrativos		Técnico y de Apoyo		De Salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Número de certificados	<b>94</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>52.12</b>	<b>3</b>	<b>3.2</b>	<b>42</b>	<b>44.68</b>
	Días de incapacidad							
<b>Total</b>	<b>1110</b>	<b>100.00</b>	<b>718</b>	<b>64.68</b>	<b>16</b>	<b>1.44</b>	<b>376</b>	<b>33.88</b>
Conjuntivitis Infecciosa	3	0.27	3	0.27				
Cervicalgia	3	0.27	3	0.27				
Conjuntivitis química	6	0.54	2	0.18			4	0.36
Dermatitis por contacto	54	4.86	54	4.86				
Esguince de rodilla	99	8.91	32	2.88			67	6.04
Esguince de tobillo	178	16.03	133	11.98	13	1.17	32	2.90
Esguince de mano	25	2.25	25	2.25				
Fractura de Hombro	19	1.71					19	1.71
Fractura de tobillo	41	3.69	41	3.69				
Fractura de escafoides	64	5.76	64	5.76				
Fractura de V dedo mano	7	0.63	7	0.63				
Henda Cortante	6	0.54	6	0.54				
Henda Infeccionada	7	0.63					7	0.63
Hernia de disco cervical	62	5.59					62	5.59
Hernia de disco lumbar	88	7.92	86	7.74			2	0.18
Lumbalgia	204	18.37	197	17.74			7	0.63
Lumbalgia más radiculopatía	68	6.13					68	6.13
Quemadura	21	1.89	21	1.89				
Queratosis en Ojo	2	0.18	2	0.18				
Síndrome de fatiga	54	4.86	42	3.78			12	1.08
Síndrome de túnel de carpo	30	2.70					30	2.70
Traumas en dedo pulgar	39	3.24			3	0.81	36	3.24
Tuberculosis pulmonar	30	2.70					30	2.70

**Cuadro No. 15. DISTRIBUCIÓN DE LOS DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS A SERVICIOS ADMINISTRATIVOS, POR AÑO, SEGÚN MES. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000- 2004**

Mes	Días de incapacidad temporal por enfermedad											
	Total		Año									
			2000		2001		2002		2003		2004	
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
Total	10,577	100	1,749	16,53	2,023	19,13	2,146	20,29	2,300	21,75	2,359	22,30
Enero	766	7,42	114	6,51	130	6,42	147	6,85	146	6,34	229	9,70
Feb.	755	7,13	140	8,00	110	5,44	171	7,97	172	7,48	162	6,87
Marzo	859	8,12	145	8,29	173	8,55	155	7,22	173	7,52	213	9,03
Abril	921	8,70	130	7,43	202	9,98	207	9,64	170	7,39	212	8,99
Mayo	849	8,02	140	8,00	164	8,01	201	9,36	175	7,60	169	7,16
Junio	853	8,06	210	12,00	147	7,27	113	5,26	181	7,87	202	8,56
Julio	808	7,64	104	5,95	167	8,25	136	6,33	181	7,87	220	9,33
Agosto	844	7,98	160	9,15	164	8,10	164	7,64	185	8,04	171	7,25
Septiembre.	980	9,27	179	10,23	230	11,37	200	9,31	184	8,00	187	7,84
Octubre	992	9,38	178	10,17	164	8,10	256	11,92	195	8,48	199	8,44
Noviembre	874	8,26	134	7,66	186	9,19	154	7,17	239	10,39	161	6,82
Diciembre	1,076	10,17	115	6,58	186	9,19	242	11,27	299	13,00	234	9,92

**Cuadro No. 16. DISTRIBUCIÓN DE LOS DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS A DEPARTAMENTOS Y/O SERVICIOS TÉCNICOS Y DE APOYO, POR AÑO, SEGÚN MES. C.H.Dr.A.A.M AÑOS: 2000-2004**

Mes	Días de incapacidad temporal por enfermedad											
	Total		Año									
			2000		2001		2002		2003		2004	
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
Total	3,088	100	571	18,5	522	16,90	565	18,30	677	21,92	753	24,40
Enero	288	9,32	56	9,80	43	8,22	53	9,38	67	9,90	69	9,16
Febrero	218	7,05	35	6,12	38	7,28	49	8,67	48	7,09	48	6,37
Marzo	255	8,25	53	9,28	43	8,23	45	7,96	53	7,82	61	8,10
Abril	269	8,71	47	8,23	47	9,00	57	10,08	59	8,71	59	7,84
Mayo	235	7,16	43	7,53	56	10,73	48	8,50	41	6,06	47	6,24
Junio	210	6,80	35	6,13	35	6,70	39	6,90	49	7,23	52	6,91
Julio	241	7,80	46	8,06	42	8,05	38	6,72	56	8,27	59	7,84
Agosto	279	9,03	43	7,53	50	9,58	49	8,67	66	9,75	71	9,43
Septiembre	264	8,54	56	9,80	33	6,32	56	9,91	56	8,27	63	8,37
Octubre	262	8,50	48	8,40	45	8,62	53	9,38	50	7,39	66	8,76
Noviembre	292	9,50	53	9,28	54	10,34	37	6,55	63	9,30	85	11,29
Diciembre	275	9,00	56	9,80	36	6,90	41	7,26	69	10,19	73	9,70

**Cuadro No. 17. DISTRIBUCIÓN DE LOS DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS A DEPARTAMENTOS Y/O SERVICIOS DE SALUD, POR AÑO, SEGÚN MES. AÑOS: 2000-2004**

Mes	Días de incapacidad temporal por enfermedad											
	Total		Año									
			2000		2001		2002		2003		2004	
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
Total	7,916	100	1,141	14,41	1,249	15,79	1,747	22,07	1,608	20,31	2,171	27,43
Enero	606	7,65	103	9,03	115	9,21	144	8,24	76	4,73	168	7,74
Febrero	745	9,41	90	7,89	98	7,85	122	6,98	143	8,89	292	13,45
Marzo	628	7,93	81	7,10	83	6,65	125	7,20	149	9,27	190	8,75
Abril	482	6,08	47	4,12	76	6,08	133	7,61	98	6,09	128	5,90
Mayo	659	8,32	96	8,41	107	8,57	126	7,21	120	7,46	210	9,67
Junio	665	8,40	94	8,24	109	8,73	115	6,58	149	9,27	198	9,12
Julio	713	9,00	99	8,68	83	6,65	196	11,22	144	8,96	191	8,80
Agosto	687	8,67	109	9,55	117	9,37	191	10,93	145	9,02	125	5,76
Septiembre	748	9,44	74	6,49	157	12,57	165	9,44	183	11,38	169	7,78
Octubre	687	8,68	104	9,11	109	8,73	133	7,61	155	9,64	186	8,68
Noviembre	643	8,12	115	10,08	99	7,93	159	9,10	118	7,34	152	7,00
Diciembre	653	8,28	129	11,31	96	7,69	138	7,90	128	7,96	162	7,46

**Cuadro No. 18. DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS, POR AÑO, SEGÚN MES. AÑOS: 2000-2004**

Mes	Días de incapacidad temporal											
	Total		Año									
			2000		2001		2002		2003		2004	
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
Total	21,581	100	3,461	16,04	3,794	17,58	4,458	20,66	4,585	21,24	5,283	24,48
Enero	1,660	7,69	273	7,89	288	7,59	344	7,62	289	6,30	466	8,82
Febrero	1,718	7,96	265	7,66	246	6,48	342	7,67	363	7,92	502	9,50
Marzo	1,742	8,07	279	8,06	299	7,88	325	7,29	375	8,18	464	8,78
Abril	1,706	7,91	258	7,45	325	8,57	397	8,90	327	7,13	399	7,55
Mayo	1,743	8,07	279	8,06	327	8,62	375	8,41	336	7,33	426	8,06
Junio	1,728	8,00	339	9,79	291	7,67	267	5,99	379	8,27	452	8,56
Julio	1,762	8,16	249	7,19	292	7,70	370	8,30	381	8,31	470	8,90
Agosto	1,815	8,41	312	9,01	331	8,72	409	9,17	396	8,64	367	6,95
Septiembre	1,992	9,23	309	8,93	420	11,07	421	9,44	423	9,23	419	7,93
Octubre	1,941	8,99	330	9,53	318	3,38	442	9,91	400	8,72	451	8,54
Noviembre	1,809	8,38	302	8,73	339	8,94	350	7,85	420	9,16	398	7,53
Diciembre	2,004	9,28	300	8,67	318	8,38	421	9,44	496	10,82	469	8,88

**Cuadro No. 19. DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS, POR AÑO, SEGÚN MES. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Mes	Días de incapacidad temporal											
	Total		Año									
			2000		2001		2002		2003		2004	
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
Total	9,094	100	1,720	18,91	1,649	18,13	1,879	20,66	1,837	20,20	2,009	22,09
Enero	691	7,60	124	7,21	115	6,97	158	8,41	125	6,53	169	8,41
Febrero	686	7,54	123	7,15	82	4,97	143	7,61	135	7,35	203	10,10
Marzo	710	11,65	159	9,24	115	6,97	138	7,34	143	7,78	155	7,71
Abril	736	12,08	124	7,21	140	8,49	162	8,62	147	8,00	163	8,11
Mayo	762	12,50	147	8,54	138	8,36	164	8,72	142	7,73	171	8,51
Junio	793	13,01	182	10,58	150	9,10	148	7,88	154	8,38	159	7,91
Julio	725	11,90	115	6,69	145	8,79	151	8,04	146	7,95	168	8,36
Agosto	783	8,61	145	8,43	150	9,10	174	9,26	167	9,09	147	7,32
Septiembre	866	9,52	159	9,24	181	10,98	163	8,67	185	10,07	178	8,86
Octubre	793	8,72	156	9,07	132	8,00	157	8,36	166	9,04	182	9,06
Noviembre	712	7,83	133	7,73	143	8,67	149	7,93	156	8,49	131	6,52
Diciembre	837	9,20	153	8,90	158	9,58	172	9,15	171	9,31	183	9,11

**Cuadro No. 20. DISTRIBUCIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD, SEGÚN MÉDICO QUE LO EXPIDE. C. H. Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Año	Total		Médico General		Médico Especialista	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	9,094	100	8,471	93,15	623	6,85
2000	1,720	18,91	1,548	90	172	10
2001	1,649	18,13	1,549	94	100	6,0
2002	1,879	20,66	1,700	90,5	179	9,5
2003	1,837	20,20	1,739	94,7	98	5,3
2004	2,009	22,09	1,935	96,3	74	3,7

**Cuadro No. 21. DISTRIBUCIÓN DE LOS COSTOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD OTORGADAS A PERSONAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR. ARNULFO ARIAS MADRID, POR DEPARTAMENTO Y/O SERVICIOS.SEGÚN AÑO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Años	Costos de Incapacidad temporal							
	Total		Departamento					
			Servicios de Administración		Servicios técnicos y de apoyo		Servicios de salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total</b>	<b>3,072,646</b>	<b>100.0</b>	<b>1,293,510</b>	<b>42.1</b>	<b>244,846</b>	<b>8.0</b>	<b>1,534,290</b>	<b>49.9</b>
2000	489,850	15.9	237,407	7.7	51,708	1.7	200,735	6.5
2001	501,011	16.3	259,524	8.4	52,122	1.7	189,365	6.2
2002	809,333	26.3	267,153	8.7	55,118	1.8	487,062	15.9
2003	525,172	17.1	268,721	8.7	32,415	1.1	224,035	7.3
2004	747,280	24.3	260,704	8.5	53,482	1.7	433,093	14.1

**Cuadro No. 22. DISTRIBUCIÓN TOTAL DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD, POR AÑO, SEGÚN LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS: 2000-2004**

Lugar de expedición del certificado	Certificados de incapacidad temporal					
	Total	Año				
		2000	2001	2002	2003	2004
Total	48,842	6,534	10,699	10,515	11,164	9,930
Clinica Privada	21,255	4,435	4,401	4,159	4,053	4,207
Caja de Seguro Social	19,176	318	4,655	4,757	5,308	4,138
Ministerio de Salud	1,564	318	315	289	337	305
CAIST	6,847	1,463	1,328	1,310	1,466	1,280

**ANEXO N ° 3**  
**CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS CIE 10**

Los Diagnósticos se basan en el sistema de Clasificación Internacional de la Organización Mundial para la Salud CIE-10; pero que para el presente estudio se excluye los Grupos XV, XVI, XVII, XXI, ya que los mismos son parte de los criterios de exclusión del presente estudio.

<b>GRUPO DE DIAGNOSTICO CIE-10</b>
<b>I Algunas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (A00 –B99)</b>
<b>II Neoplasias (C00 – D48)</b>
<b>III Enfermedades de la Sangre y Órganos Hematopoyeticos y ciertos Trastornos que afectan el Mecanismo de Inmunidad (D 50 –D89)</b>
<b>IV Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas (E00 – E90)</b>
<b>V Trastornos Mentales y de Comportamiento</b>
<b>VI Enfermedades del Sistema Nervioso (G00' – G99)</b>
<b>VII Enfermedades del Ojo y Anexos (H00 – H59)</b>
<b>VIII Enfermedades del Oído y Apófisis Mastoidea (H60 – H59)</b>
<b>IX Enfermedades del Aparato Circulatorio (I00 - I99)</b>
<b>X Enfermedades del Aparato Respiratorio ( J00 –J99)</b>
<b>XI Enfermedades del aparato Digestivo ( K00 – K93)</b>
<b>XII Enfermedades de la Piel y del Tejido celular Subcutáneo (L00 – L99)</b>
<b>XIII Enfermedades Osteomusculares y del Tejido conjuntivo (M00 –M99)</b>
<b>XIV Enfermedades del Aparato Genitourinario (N00 –N99)</b>
<b>XV Gravidéz, Parto y Puerperio: Complicaciones (O00 – O99)</b>
<b>XVI Algunas Afecciones originadas en el Periodo Perinatal (P00– P96)</b>
<b>XVII Malformaciones congénitas (Q00 – Q99)</b>
<b>XVIII Síntomas y Signos y hallazgos anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otras partes (R00 – R99)</b>
<b>XIX Lesiones Envenenamientos y causa (S00 – T98)</b>
<b>XX Causa Externas de Morbilidad y Mortalidad (V01 – Y98)</b>
<b>XXI Causas Administrativas (Z00 – Z99)</b>

**ANEXO N° 4**  
**FORMULARIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR**  
**ENFERMEDAD**

# Formulario de Incapacidad Temporal

a.- Formulario Utilizado en la Caja de Seguro Social para la Incapacidad Temporal Por Riesgo Profesional e Incapacidad Temporal por Enfermedad mayor a 5 días.

2314

**CAJA DE SEGURO SOCIAL**  
 PANAMA REPUBLICA DE PANAMA  
*Manuel Ferrer Valdés*  
 UNIDAD EJECUTORA

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD** FORMA 4 A  
 ENFERMEDAD COMUN RIESGOS PROFESIONALES Cod. 02-395-12

FECHA 17 10 06 SUBSIDIO 1576260  
DIA MES AÑO

Certifico que Manuel Ferrer Valdés S. S. N° 6000-0000 Ocupación estudioso  
 Céd 12345678

Edad 27 AÑOS Nombre del Patrono Manuel Ferrer Valdés N° Patronal 87-716-0134

Esta incapacitado para trabajar desde las 10:30 AM horas del día 17 mes octubre  
 año 2006 hasta las 8:00 AM horas del día 18 mes octubre año 2006 inclusive

<u>CLASE DE ENFERMEDAD</u>	<u>CERTIFICADO</u>	<u>LUGAR DE EXPEDICION</u>
<input type="checkbox"/> No Profesional	1 <input checked="" type="checkbox"/> Inicial	1 <input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Profesional	2 <input type="checkbox"/> Continuación	2 <input checked="" type="checkbox"/> Policlínica
<input checked="" type="checkbox"/> Acc de Trabajo	3 <input type="checkbox"/> Recaida	3 <input type="checkbox"/> Clínica Privada

OBSERVACIONES

PAGO A PARTIR DEL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ INCLUSIVE

VERIFICADO EN

FECHA

COMISION DE ESPECIALIDADES MEDICAS

FECHA

*Roberto Abrego*  
 FERRER VALDES  
 CODIGO REGISTRO 2670 5955

*Roberto Abrego*  
 Director Médico  
 A-153 Reg. 4827  
 UNIDAD EJECUTORA

NOMBRE DEL ASEGURADO Manuel Ferrer Valdés SEGURO SOCIAL N° 6000-0000

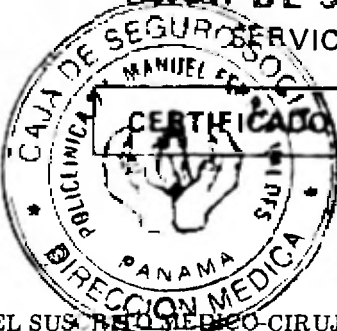
INCAPACITADO DESDE EL 17 10 06 HASTA EL 18 10 06 INCLUSIVE  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO fractura de tibia distal Manuel Ferrer Valdés  
Director Médico A-153 Reg. 4827

OPERACION:

*Roberto Abrego*  
 CODIGO 2670 REGISTRO 5955  
 DIRECCION Manuel Ferrer Valdés

b.- Formulario Utilizado en la Caja de Seguro Social para Incapacidad Temporal por enfermedad menor a cinco (5) días.

<b>CAJA DE SEGURO SOCIAL</b>		8-05	Cód. 02-354-12					
SERVICIOS MEDICOS		75						
<b>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD</b>		1367836	DIRECCION MEDICA					
		No. S. S. 8-773-1620						
<i>cit 228</i>		FECHA 23-11-2005-						
EL SUS. RTO. MEDICO CIRUJANO CERTIFICA QUE EL SR. (A) _____								
HA SIDO EXAMINADO (A) Y QUE CONSIDERO QUE ESTA (HA ESTADO) INCAPACITADO (A) POR _____ DIAS								
PARA EFECTUAR SUS LABORES HABITUALES DESDE: _____ (HORAS)								
LAS	<i>7 am</i>	(HORA) DEL DIA	<i>23</i>	MES	<i>XI</i>	AÑO	<i>2005</i>	HASTA
LAS	<i>3 pm</i>	(HORA) AL DIA	<i>27</i>	MES	<i>XI</i>	AÑO	<i>2005</i>	
				INCLUSIVE				
DRA. MILAGROS DE BERNALES				<i>M. Caspade Bernales</i>				
MED GENERAL								
COD 9348 - REG 2719								
SELLO Y CODIGO DEL MEDICO				FIRMA		Nó. DE REG.		<i>2719</i>

Imp. CASESO

c.- Formulario de Certificado de Incapacidad Temporal por enfermedad utilizado en las Instalaciones del Ministerio de Salud.



MINISTERIO DE SALUD  
REGION METROPOLITANA

No. H. Clínica 1779  
No Seg. Social 8-773-1620  
Fecha 8/5/06

*Handwritten signature and date: 8/5-06*

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD N° 319044

El suscrito: Médico  Certifica que el Sr. (a) \_\_\_\_\_  
Odontólogo

Ha sido examinado (a) y considera (ha estado) está incapacitado (a) por tres (3) días  
para realizar sus labores habituales. Horas



Del día 8 a las \_\_\_\_\_ hrs Mes Mayo Año 2006  
Al día 10 a las \_\_\_\_\_ hrs. Mes Mayo Año 2006

I.D. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
No. Código \_\_\_\_\_  
No Registro \_\_\_\_\_

d.- Formulario de Certificado de Incapacidad Temporal por enfermedad Utilizado en Algunas Clínicas Privadas.



# Clínica Mily

Medicina General - San Joaquín Calle L - Nº 09  
Teléfono: 266-7896

Nº 19452

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Dr. Aureliano GOMÍZ  
MEDICINA GENERAL  
Código: 2334 Registro: 6680

Fecha:

Nº de S.S.:

Nº de Cédula:

El suscrito Medico General Certifica que el Sr.(a)

ha sido examinado(a) y que considero que esta (ha estado) incapacitado por 10 Días  
para efectuar sus labores habituales: \_\_\_\_\_ Horas

del día 15 a las ( — ) Hras. Mes 12 Año 05

al día 15 a las ( — ) Hras. Mes 12 Año 05

CONSULTORIO MEDICO POPULAR MILY  
San Joaquín Calle L, No. 9  
DR. AURELIANO GÓMEZ G.  
Director Médico

Dr. AURELIANO GOMÍZ  
MEDICINA GENERAL  
Código: 2334

FIRMA DEL DOCTOR

**ANEXO N° 5**  
**CÁLCULO DEL COSTO ECONOMICO DE LA INCAPACIDAD**  
**TEMPORAL POR ENFERMEDAD POR DEPARTAMENTOS Y /O**  
**SERVICIOS. C.H.Dr.A.A.M. AÑOS 2000 - 2004**

**ANEXO N° 6**  
**DECRETO EJECUTIVO N° 210 (de 26 de julio de 2001) QUE**  
**REGLAMENTA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE**  
**INCAPACIDAD Y SE DEROGA EL DECRETO 12 DE 27 DE**  
**ENERO DE 1983**

---

**DECRETA:**

**ARTÍCULO 1:** Se modifica el artículo 3 del Decreto Ejecutivo No 189 de 15 de noviembre de 1999 el cual quedara así

**“ARTICULO 3 EL FONDO DE INVERSIÓN SOCIAL (FIS) contará con una Junta Directiva integrada de la siguiente manera.**

- 1 El Presidente o la Presidenta de la Republica, o la persona en quien éste delegue, quien la presidirá y tendra la representación legal del FIS
- 2 Un representante de la Asamblea Legislativa y su respectivo suplente
- 3 Tres (3) ciudadanos panameños con sus respectivos suplentes, que no podrán ser servidores publicos, de reconocidos méritos personales, nombrados por el Presidente o la Presidenta de la Republica, quienes actuarán ad-honorem
- 4 El Director Ejecutivo del FIS, quien fungirá como Secretario

Los miembros suplentes participarán en las reuniones de la Junta Directiva como miembros de pleno derecho, en ausencia de los titulares ”

**ARTÍCULO 2:** El presente Decreto modifica el artículo 3 del Decreto Ejecutivo No 189 de 15 de noviembre de 1999

**ARTÍCULO 3:** Este Decreto entrará a regir a partir de su publicación

**COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**

**MIREYA MOSCOSO**  
Presidenta de la Republica

**IVONNE YOUNG**  
Ministra de la Presidencia

---

**MINISTERIO DE SALUD**  
**DECRETO EJECUTIVO Nº 210**  
**(De 26 de julio de 2001)**

Que reglamenta la expedición de certificados de incapacidad y se deroga el Decreto 12 de 27 de enero de 1983

**LA PRESIDENTA DE LA REPUBLICA,**  
en uso de sus facultades constitucionales y legales

**CONSIDERANDO**

Que la Constitución Política de la Republica de Panama establece que es un esencial deber del Estado panameño garantizar la salud de los panameños y extra-

residentes en el territorio nacional, asunto que es responsabilidad directa del Ministerio de Salud, institución rectora del sector salud

Que, en cumplimiento de esta responsabilidad el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, está facultado para regular y supervisar el ejercicio de las profesiones médicas y afines, incluso las actividades que se derivan del servicio que estas brindan, como lo es la investigación de los documentos que emiten, especialmente, aquellos que tienen la característica de prestar fe pública, tales como, los certificados de defunción, de incapacidad y de salud, entre otros

Que en la Dirección General de Salud Pública son cada vez más frecuentes las solicitudes de investigación de la validez de algunos certificados de incapacidad, debido a la desconfianza surgida de su comercialización práctica reñida con el ejercicio ético de la medicina y la odontología, que es necesario erradicar

Que la legislación que establece los requisitos para la expedición de los certificados de incapacidad, solo permite verificar el cumplimiento de los requisitos formales del formulario de la certificación, pero no contempla aspectos que permitan, a la Dirección General de Salud Pública, establecer la existencia real de la patología que justifica la necesidad de expedición del certificado de incapacidad investigado y, a través de ello, determinar o no su validez y dar fe pública de ello

Que la dificultad existente produce altos costos económicos y sociales para el Estado y las instituciones públicas y privadas que son afectadas directamente

#### DECRETA:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Todos los médicos u odontólogos idóneos están autorizados para expedir certificados de incapacidad. Deberán hacerlo mediante certificado impreso con enumeración continua y sucesiva, que contenga su número de registro otorgado por la Dirección General de Salud Pública, nombre completo, dirección y teléfono de la institución pública o privada en la cual se expide el certificado

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Una vez expedido el certificado de incapacidad, se dejará una copia en la que se registrara el diagnóstico, archivada en el expediente del paciente en el establecimiento donde fue emitido. Así mismo, todo certificado de incapacidad otorgado debe estar consignado en la historia clínica, en donde se debe registrar la atención brindada, el diagnóstico o condición que justifica la incapacidad certificada

**ARTÍCULO TERCERO:** Todo certificado deberá indicar la fecha y hora en que se inicia y termina la incapacidad, de forma claramente legible

**ARTÍCULO CUARTO:** La Dirección General de Salud Pública tiene la obligación de investigar las denuncias de certificados falsos o injustificados. Los médicos u odontólogos y las instituciones públicas o privadas de salud deberán colaborar con la investigación. La falta de la debida cooperación será sancionada con una falta grave

**ARTÍCULO QUINTO.** Los certificados de incapacidad que no cumplan con los requisitos establecidos en este Decreto se considerarán nulos y a su emisor se le aplicarán las sanciones establecidas en este Decreto Ejecutivo, de acuerdo al tipo de falta cometida.

La Dirección General de Salud Pública, una vez determinada la infracción, tiene la responsabilidad de presentar el caso al Consejo Técnico de Salud, quien, después de conocerla, emitirá las recomendaciones de sanción a que se hagan acreedores los médicos u odontólogos infractores, de acuerdo a la escala establecida en este Decreto Ejecutivo, y además mantendrá un archivo actualizado de los expedientes de los infractores.

**ARTÍCULO SEXTO:** Para los efectos de este Decreto, se definen los siguientes conceptos así:

1. Falta leve: Es aquella en que hay descuido o negligencia en el cumplimiento de los requisitos formales de los certificados de incapacidad, establecidos en el presente Decreto, de su llenado, de su consignación en el expediente, o el registro en la historia clínica del paciente, de la atención brindada y el diagnóstico o condición que justifica su expedición.
2. Falta grave: Es aquella en que en la expedición del certificado de incapacidad, exista una intención dolosa de lucro, engaño o simulación en beneficio propio o ajeno, o la reincidencia por más de tres ocasiones de una falta leve. Además se considerará falta grave la inexistencia del expediente que contenga la copia respectiva y la historia clínica del paciente.
3. Falta gravísima: Es aquella en que se da la emisión de certificados de incapacidad en el periodo de una sanción de suspensión temporal del ejercicio profesional o la reincidencia por más de tres ocasiones de una falta grave.

**ARTÍCULO SÉPTIMO:** Sin perjuicio de las sanciones penales y civiles los infractores, de este Decreto serán sancionados, según la gravedad de la falta o la reincidencia, de acuerdo al Código Sanitario, así:

1. Las faltas leves, con amonestación escrita y multa de cincuenta balboas con 00/100 (B/ 50.00) la primera vez.
2. Las reincidencias en faltas leves, con amonestación escrita y multa de cien balboas con 00/100 (B/ 100.00) por cada infracción.
3. Las faltas graves, con amonestación escrita y multa de quinientos balboas con 00/100 (B/ 500.00) la primera vez.
4. La reincidencia en faltas graves, con amonestación escrita, multa de mil balboas con 00/100 (B/ 1.000.00) y suspensión de la idoneidad profesional por seis (6) meses, en cada caso.

5. Las faltas gravísimas con suspensión permanente de la idoneidad profesional y la prohibición definitiva para el ejercicio profesional como médico u odontólogo

**ARTÍCULO OCTAVO:** Este Decreto deroga el Decreto 12 de 27 de enero de 1983 y empezará a regir a partir de su promulgación

Dado en la ciudad de Panamá, a los 26 días del mes de julio año 2001.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

**MIREYA MOSCOSO**  
Presidenta de la República

**FERNANDO GRACIA GARCIA**  
Ministro de Salud

---

**DECRETO EJECUTIVO Nº 211**  
(De 26 de julio de 2001)

**Que modifica el Decreto Ejecutivo 28 de 1996 del Consejo Nacional de Hospitales y la Junta Asesora en los Hospitales del Ministerio de Salud**

**LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA,**  
en uso de sus facultades constitucionales y legales,

**CONSIDERANDO:**

Que el Ministerio de Salud ubica al Consejo Nacional de Hospitales en el nivel coordinador de su estructura orgánica, aprobada por el Resuelto 276 de 1998

Que, con miras a la prevención y mejor atención de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, el Ministerio de Salud se ha propuesto reorganizar la red hospitalaria procurando una mayor eficiencia del recurso hospitalario mediante sistemas administrativos que implementen y utilicen técnicas gerenciales modernas y eficientes

Que, mediante el Decreto Ejecutivo 28 de 10 de febrero de 1996, se creó el Consejo Nacional de Hospitales y el Consejo Directivo del Hospital, en los diferentes hospitales del Ministerio de Salud

Que en la actualidad, las actividades que guardan relación con el tema de los hospitales del Ministerio de Salud se encuentran dispersas o fragmentadas en diversas instancias de la institución

En consecuencia,