



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Castellanos Ramírez, Julio César
La incapacidad como acto médico
Universitas Médica, vol. 54, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 26-38
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231026306010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS ORIGINALES

La incapacidad como acto médico

JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMÍREZ¹

Resumen

El avance de la seguridad social y los conceptos de prestaciones económicas para cubrir los tiempos de incapacidad por razones médicas han generado una crisis entre lo administrativo y el ejercicio de las profesiones de la salud, en la cual, por el bien del paciente y el ejercicio ético de la medicina, se impone la necesidad de desarrollar un ejercicio autónomo y responsable. En el artículo se presentan definiciones, conceptos fundamentales, normas y aspectos éticos inherentes a dicho ejercicio en Colombia, al tiempo que se emiten criterios y recomendaciones para su adecuada expedición, incluidos los efectos económicos, judiciales y sociales de la expedición de estos certificados de salud.

Palabras clave: ausencia por enfermedad, certificado de salud, práctica profesional, autonomía profesional.

Title: The Inability as a Medical Act

Abstract

The advancement of social security and economic benefits to cover sick leave generates a crisis between the administrative issues and the exercise of health professions, in which to protect the interest of the patient and the ethical practice of medicine there is a need to develop an autonomous and responsible exercise. We present the definitions, basic concepts, standards and ethics aspects inherent in Colombia, issuing criteria and recommendations for proper expedition of health Certificates including the economic, legal and social topics.

Key words: Sick leave, health certificate, professional practice, professional autonomy.

1. Médico cirujano. Especialista en Gerencia Hospitalaria y Salud Ocupacional. Magíster en Estudios Políticos. Director general del Hospital Universitario de San Ignacio y docente de Cátedra de la Facultad de Ciencias Económicas de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Recibido: 06/08/2012.

Revisado: 08/08/2012.

Aceptado: 22/01/2013

Introducción

El propósito de este artículo es presentar una guía para los estudiantes de pregrado, posgrado y médicos en ejercicio que les permita emitir con criterios objetivos las incapacidades que los pacientes requieran en razón al tipo de patología que presenten o el tratamiento que se ordene, de manera que, entendiendo los aspectos administrativos que rodean este concepto, su emisión prime en el ejercicio de una ética relación médico-asistencial en la cual el interés prioritario sea la recuperación o el cuidado de la salud del paciente y la comunidad.

La recomendación que el médico hacía, décadas antes, a sus pacientes como parte del tratamiento sobre un determinado número de días de reposo, en que se dejaban actividades escolares o laborales para facilitar la recuperación o evitar contagio, con los avances de los sistemas de seguridad social se transformó en una prestación económica y, por ende, al entrar en juego los agentes económicos que administran los planes de seguro, aparecen cuestiones diferentes al estricto ejercicio de la medicina, que incluso tratan de reglamentar este acto como económico bajo criterios prestacionales o que los mismos pacientes busquen la expedición de incapacidad también por intereses económicos. Por ello se justifica revisar este tema para presentar fundamentos que orienten y respalden la expedición de las incapaci-

cidades como parte de la conducta médica en beneficio del paciente y de la sociedad misma.

Los conceptos fundamentales

Según el *Diccionario de la Real Academia Española*:

Incapacidad (del lat. *incapacitas*, -ātis). 1. f. Falta de capacidad para hacer, recibir o aprender algo. 2. f. Falta de entendimiento o inteligencia. 3. f. Falta de preparación, o de medios para realizar un acto. 4. f. Estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral. 5. f. Der. Carencia de aptitud legal para ejecutar válidamente determinados actos, o para ejercer determinados cargos públicos.

~ laboral. 1. f. Der. Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la seguridad social.

Una búsqueda en la legislación colombiana [1] arrojó 3714 documentos para incapacidad médica, entre ellos 2 actos legislativos, 143 decretos, 81 leyes y 102 resoluciones, 45 acuerdos, 28

circulares, 11 códigos, 25 conceptos de ministerios, 65 expedientes del Consejo de Estado, 1332 sentencias de la Corte Constitucional y 5 de la Corte Suprema de Justicia. La mayoría de este contenido se refiere a los temas prestacionales de derecho, acceso, reglamentación y límites del pago del subsidio de incapacidad temporal o de invalidez.

El concepto más preciso encontrado de los emitidos por el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social [2], establece:

El certificado de incapacidad es el documento que expide el médico u odontólogo de la EPS tratante del afiliado, en el cual debe hacerse constar como mínimo la inhabilidad, el riesgo que la origina y el tiempo de duración de la incapacidad temporal del afiliado.

La expedición del certificado constituye un acto de carácter profesional libre y responsable, que compromete ante la EPS y ante las autoridades competentes, tanto al médico u odontólogo que lo expide, así como a cualquier persona que intervenga en su emisión. Es por esto que todo profesional médico u odontólogo debe evaluar personalmente el estado clínico del afiliado antes de expedir el certificado de incapacidad.

Por lo anterior, la expedición del certificado médico de incapacidad es un acto médico y es independiente del trámite administrativo del reconocimiento de la prestación económica por incapacidad por parte de la EPS el cual está sujeto a las condiciones y requisitos establecidos en la normatividad vigente; por lo tanto y frente a su consulta en criterio de esta Oficina, la justificación de su ausencia laboral ante su empleador debe efectuarse a través del certificado de incapacidad médica que expida su médico tratante.

Aunque lo limita al caso de que el médico actúe en nombre de la EPS, lo cual se genera en razón a una consulta específica, pero tiene la virtud de precisar la expedición de la incapacidad como acto médico independiente del trámite administrativo. No obstante, con mucha frecuencia ocurría que la EPS y algunos empleadores se negaban a recibir las incapacidades expedidas por profesionales que atendieron el paciente de manera particular, por la miopía que sobre el ejercicio de las profesiones ha generado nuestro actual Sistema de Salud. Esto generó varios derechos de petición y, en algunos casos, tutelas que finalmente, como es de ley, se resolvieron a favor de los pacientes y médicos. Recientemente, el mismo Ministerio de Salud y Protección Social reconoció este hecho y emitió el siguiente concepto [3]:

La responsabilidad del empleador no se limita exclusivamente al cobro o reconocimiento económico de la incapacidad sino que debe asumir el trámite que la misma implica, incluyendo el deber de gestionar ante la EPS la incapacidad o licencia e incluso la transcripción cuando haya lugar a ello. Es así como ante una incapacidad que concede un médico particular, es decir ajeno a la red de prestadores de la EPS, le corresponde al empleador tramitar la transcripción de la incapacidad, caso en el cual se requerirá que una vez el trabajador informa su incapacidad o licencia, este también la allegue ante su patrono para que proceda a gestionar su certificación o la transcripción si es del caso.

Esa obligación que el trámite de la incapacidad para asuntos prestacionales corresponde al empleador se consagró en Colombia por ley:

El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento. [4]

El problema es tan universal que la administración del reconocimiento y pago de las incapacidades, a menudo, se retrasa debido a la mala coordinación entre las partes involucradas [5]. En países como España, en los cuales en razón a sospechas de fraude y alto costo de las incapacidades se generan conflictos frecuentes, se produjo un procedimiento para revisión e impugnación de ellas, por lo que las evaluaciones sobre el asunto concluyen que es recomendable que las discrepancias entre médicos nunca sean comunicadas en primera instancia al usuario y deben ser resueltas por los servicios de inspección o debatidas en el seno de los colegios médicos [6].

En resumen, la incapacidad es un acto médico autónomo, parte de la conducta terapéutica, que consiste en indicar el número de días en que la persona no puede realizar su actividad habitual (laboral, escolar o social). Existe un concepto médico legal diferente cuando se hace referencia al mismo tema en el derecho penal, que se tratará más adelante.

Criterios para concederlas

Tratándose de un acto médico, que se considera parte de la conducta diagnóstica o terapéutica, está implícito que para ello es necesario realizar una consulta o valoración del paciente, como condición mínima para poder conceder la incapacidad.

La valoración médica de la incapacidad tendrá que ser efectuada por un perito médico. Según el *Diccionario de la Real Academia*, el adjetivo *perito*, del latín *peritus*, significa “sabio experimentado, hábil práctico en una ciencia”. Tenemos otra definición en la que indica que es la “persona que en alguna materia tiene título de tal conferido por el Estado” [7].

El Código Internacional de Ética Médica [8], al respecto establece: “EL MÉDICO DEBE actuar solo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente, EL MÉDICO DEBE certificar solo lo que él ha verificado personalmente”. Así también la Ley 23 de 1981, Ley de Ética Médica y sus decretos reglamentarios, establece que el certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico [9].

Por lo tanto, el certificado médico debe corresponder a la situación clínica del paciente, en cuanto siempre que se expida debe originarse en un ejercicio clínico en el cual, como mínimo, se establezca una anamnesis (motivo de consulta, enfermedad actual, revisión de síntomas por sistemas y antecedentes), un examen físico (signos vitales, ins-

pección general, revisión de la región o sistema relacionado en la anamnesis), emisión de un diagnóstico y definición de una conducta o tratamiento. Todo ello debe quedar consignado en la historia clínica del paciente.

Esto implica que no puede emitirse la indicación de certificación de incapacidad sin consulta médica y su registro. Es claro que tratándose de consultas de control, tanto por condiciones de origen médico como quirúrgico, bastará con el registro del estado del paciente y la nota de cuántos días se considera que debe continuar incapacitado el paciente.

Trascendiendo la óptica limitada de lo prestacional y entendido que la incapacidad hace referencia a la limitación para realizar las actividades habituales de la persona, realización de actividades escolares, labores domésticas, ejercicio físico intenso, entre otros, la incapacidad es una indicación que cada médico tratante, teniendo en cuenta la edad, enfermedad, tratamiento y ocupación habitual de la persona, debe definir, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Número de días en que por su condición física o mental el paciente no puede realizar su actividad laboral, escolar o habitual en razón a limitación para realizarla de manera adecuada.
2. Número de días en que la ocupación habitual representa riesgo para la recuperación del paciente.

3. Número de días en que la patología del paciente representa riesgo para los compañeros de estudio o trabajo. Como ejemplo en casos de varicela, cuando a pesar que a la semana de cesar la fiebre el paciente puede estar en condiciones de laborar, la incapacidad se prolonga una semana más hasta asegurarse de que disminuye la posibilidad de contagio con las personas que rodean al paciente.

4. Número de días que por razones del tratamiento ambulatorio (por ejemplo, efectos secundarios o frecuencia diaria de terapia) no pueda realizar sus labores habituales. Por ejemplo, el uso de medicamentos que producen sedación o disminución del estado de alerta en un conductor.

Aunque se tengan guías, incluso en países con gran adherencia a ellas, ocurre que hay una importante variación en los días de incapacidad que depende tanto de factores relacionados con el médico y los factores estructurales locales. El estatus del médico (general o especialista) es el factor más importante que afecta la variación [10].

Los días de incapacidad total se pueden expedir todos desde la primera evaluación o según la evolución esperada del paciente y los controles que se le realicen. Cabe señalar que se supone que el médico, en consulta con el paciente, ha sopesado las ventajas y desventajas de

la incapacidad y tiene claridad de si se requiere una incapacidad total o parcial en razón a la enfermedad del paciente y su funcionalidad [5].

En cuanto a la forma, existen modelos institucionales de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) o entidades promotoras de salud (EPS), pero lo que por normatividad se exige es lo contenido en la Ley 23 de 1981 y sus decretos reglamentarios:

1. El texto del certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado [9].

2. El certificado médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener, por lo menos, los siguientes datos: 1) lugar y fecha de expedición, 2) persona o entidad a la cual se dirige el certificado, 3) objeto o fines del certificado, 4) nombre e identificación del paciente, 5) concepto, 6) nombre del médico, 7) número de tarjeta profesional y 8) firma del médico [11].

En cuanto para la expedición de incapacidades, en el concepto irá la indicación del número de días que la persona no puede realizar su actividad habitual. Es claro que no es obligatorio que el diagnóstico vaya en la incapacidad, aunque las normas prestacionales generalmente lo solicitan. En los casos en que se

presente conflicto entre la norma presta-cional y el deseo o necesidad de reserva del diagnóstico, siempre primará el interés del paciente. Por ello se puede asumir una de dos opciones: se anotará uno de los diagnósticos genéricos de las tablas de codificación (por ejemplo, otros síntomas y signos generales especificados, causas de morbilidad desconocidas y no especificadas) o se mantendrá el anonimato respondiendo que en Colombia son derecho y deberes protegidos por la Constitución el secreto profesional y la intimidad.

Es importante, cuando hay más de un médico tratante, que se revisen en el grupo o se coordinen los criterios para el manejo de las incapacidades, en cuanto al manejo de situaciones en las que el médico y el paciente tienen diferente opinión sobre la necesidad de incapacidad. Incluso su extensión es mucho más problemática cuando existe una incapacidad o concepto previo de otro médico que difiere del tratante actual [12].

Algunas orientaciones específicas

En Colombia por temas relacionados con las prestaciones se generan algunas solicitudes de las Entidades Administradoras, que con el fin de colaborar con los trámites que el usuario (paciente o acompañante) debe realizar es bueno tener en cuenta, aunque en ningún caso deben modificar en esencia la relación médico-paciente y menos considerarse

imperativos para la autonomía del acto médico y la libertad para emitir los certificados de incapacidad. A continuación enumero los más frecuentes:

1. Límite al número de días de incapacidad. No es legal ni científico hacerlo, mas por temas de seguimiento clínico es conveniente que solo para incapacidades cortas, inferiores a treinta días, se expida el total de días desde la primera consulta y para las más largas el número de días sea el calculado entre la consulta de expedición y el siguiente control.
2. Las entidades podrán emitir tablas o guías de número de días de incapacidad recomendados por diagnóstico; pero ello solo tendrá el carácter de orientación. Un documento que puede servir de base para elaborarlas es *Tiempos estándar de incapacidad temporal*, del Instituto de Seguridad Social de España [13].
3. La conveniencia de escribir siempre el número de días en letras y números para disminuir el riesgo de alteraciones.
4. Si el médico tiene claro el origen de la condición de salud que genera la incapacidad, es conveniente registrarla. En general se definen dos: accidente de trabajo (AT) y enfermedad profesional (EP). Las demás

- siempre se registrarán como enfermedad general o común (EG o EC).
5. En caso de registrar el diagnóstico es preferible anotarlo en el código de Clasificación Internacional de Enfermedades, bien sea versión 9 o 10, según se use en la institución. Siempre se anotará el que origina la incapacidad, independiente de los otros que pueda tener el paciente.
 6. Vistos los criterios médicos y éticos de expedición, no podrán existir incapacidades retrospectivas de primera vez; solo podemos generar incapacidades retroactivas. Excepcionalmente, cuando ocurra que por omisión del médico no se haya expedido, y reconociéndolo, se hará una nota en la historia clínica y se generará. También puede justificarse cuando, expedida la primera incapacidad por motivos administrativos, la cita de control se haya realizado posterior a la finalización de la incapacidad anterior. Por lo demás, podrá el médico, a su juicio, considerar la expedición en otros casos; pero no debe olvidar que asume responsabilidad plena y certificar lo que no consta puede convertirse en falsedad documental.
 7. Cuando el médico considere que el estado general del paciente no le permite realizar sus actividades habituales y no tiene un origen somático evidente, se recomienda solicitar una valoración por profesionales de salud mental, porque cuando no hay causa somática directa para la incapacidad laboral, el riesgo de permanecer enfermo durante más tiempo se incrementa de manera significativa [14].
 8. Como se verá más adelante, en la medida en que la incapacidad hospitalaria tiene prestacionalmente un manejo distinto de la incapacidad ambulatoria, es conveniente en la expedición precisar el número de días que se generan por cada modalidad de incapacidad.
 9. Los días de incapacidad siempre serán calendario. Esto quiere decir que se cuentan sábados, domingos y festivos; no importa que la incapacidad sea por una enfermedad o accidente común o de carácter profesional. Se debe computar desde el mismo día que el médico la expide. Se entiende que una incapacidad puede ser prospectiva cuando el médico atiende el paciente después de terminar su jornada laboral o escolar y, por ello, se puede indicar que el día de inicio es al día siguiente de la fecha de expedición.
 10. No se debe confundir la expedición de incapacidad con la de licencia. En lo relacionado con el ejercicio de la medicina es específico el caso

- de la licencia de maternidad, que es una prestación de protección y no una condición de incapacidad. Para estos casos basta con que el médico expida la certificación de la fecha de atención del parto a partir de la cual se conmutan las catorce semanas (98 días) [15]. Para casos de partos múltiples o partos prematuros la licencia se amplía a dos semanas más para un total de 112 días.
11. Para el tema de prematuridad se fija como límite antes de completar las 37 semanas de gestación [16].
 12. Cuando se trate que el médico realice el control prenatal, es obligación expedir un certificado en el que conste el estado de embarazo de la trabajadora, la indicación del día probable del parto y la indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto. La ley permite a la trabajadora la flexibilidad de guardar una de las dos semanas previas para el posparto; por lo tanto, la obligación del médico, en Colombia, es indicar que el inicio de esta licencia, como mínimo, debe iniciarse una semana antes de la fecha probable de parto.
 13. Cuando ocurra que el parto no es viable, no se expedirá licencia de maternidad.
 14. Cuando la madre fallezca en el momento del parto o sin haber terminado el periodo que le corresponda, la ley reconoce la posibilidad de que sea el padre quien la asuma para el cuidado del recién nacido. Aunque en general esto es un trámite administrativo, es probable que el médico deba emitir, además del certificado de defunción de la madre, una licencia de paternidad a nombre del padre.
 15. Existen casos especiales en los cuales la condición clínica del paciente implica unas recomendaciones especiales de límites de esfuerzo o evitar actividades puntuales. Por ejemplo, en actividad escolar, el realizar ejercicio intenso, y como ejemplo, en algunos pacientes de cirugía general u ortopedia en postoperatorio aunque puedan regresar a trabajar no deben levantar cargas pesadas. En estos casos se debe expedir un certificado de reubicación temporal con topes de carga y tiempos, para evitar la prórroga innecesaria de incapacidades cuando el paciente ya no requiere incapacidad, sino simplemente limitación del esfuerzo.
 16. En el caso anterior, cuando ocurra que el médico no conoce con precisión la actividad del paciente y se trate de empleados, debe enviar su certificación de recomendaciones al

médico de salud ocupacional, quien, por ley, debe tener toda empresa, para que con base en las recomendaciones clínicas establezca la especificidad de la reubicación o límites laborales.

Actos periciales médicos relacionados con la incapacidad

Como se comentó, la expedición de la incapacidad es, en sí misma, un acto pericial del médico. En Colombia existen tres circunstancias que tienen un manejo y ámbito específico: la expedición de incapacidad mental, la de pérdida de capacidad laboral y la incapacidad médico-legal.

En varias ocasiones ocurre que se solicita por diversas razones, pero generalmente asociado a condiciones judiciales la necesidad de determinar si una persona está en capacidad mental para tomar decisiones. Incluso esto puede ser necesario en la práctica cotidiana, para validar si las decisiones que toma el paciente con relación a su salud (consentimiento informado) o alta voluntaria son válidas y posibles. Aunque en casos extremos de alteración la certificación puede ser expedida por un profesional de medicina general, lo recomendable es que sea expedida por un especialista en psiquiatría.

La pérdida de capacidad laboral, para definir estado de invalidez o inca-

pacidad permanente parcial, así como la calificación de origen de un problema de salud es un acto pericial que corresponde a especialidad de la medicina del trabajo y se hará, según las normas vigentes, con base en el manual vigente sobre calificación de invalidez [17]. La calificación definitiva será emitida por una Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

La incapacidad médico-legal se emitía de manera específica y con definición propia hasta la reforma de los códigos Penal y de Procedimiento Penal, en el 2004. Desde entonces se asume que el inicio de querella y graduación de la pena se darán en razón al número de días de incapacidad para trabajar o enfermedad que ocurra a consecuencia de los hechos motivo de análisis de la justicia [18].

Aunque, en general, son los médicos al servicio del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses quienes emiten estas certificaciones, puede ocurrir que un juez designe a otro médico como perito y, por lo tanto, debe proceder a hacerse la evaluación y expedirla, incluso tratándose de un menor de edad o persona que no labore, en los términos de número de días en que por su condición física o mental el paciente no puede realizar su actividad laboral, escolar o habitual en razón a limitación para rea- lizarla de manera adecuada.

Consecuencias de las incapacidades

Sobre estado de salud aún hay controversia sobre si el reposo contribuye o no a mejorar el estado de salud de los enfermos o heridos convalecientes. Los pocos ensayos clínicos al respecto revelan que el reposo es perjudicial en cuestiones tan diversas como la lumbalgia, el infarto de miocardio y las hepatitis infecciosas. Tampoco sabemos mucho sobre los efectos adversos de la medicalización (uso excesivo de recursos médicos) de la vida diaria, y de su repercusión en el número y duración de las incapacidades laborales; pero parece evidente un impacto directo en torno a los embarazos sanos y los problemas e inconvenientes de la vida diaria, que se transforman en ansiedad y depresión [19].

Lo cierto es que no se pueden a este respecto presentar recomendaciones universales, y cada médico, en razón a cada paciente específico y su estado de salud, definirá el aporte que el reposo de la actividad cotidiana puede brindar al proceso de recuperación o rehabilitación.

Respecto a las legales y económicas, son varias las consecuencias de este tipo que recibe el usuario de la incapacidad, y para el caso penal a quien se considere culpable de la causa que la originó. Se presentan las más relevantes. Las relacionadas con lo penal en primer lugar [18]:

1. Se inicia querella cuando se producen lesiones personales sin secuelas que produjeren incapacidad para trabajar o enfermedad que supere 30 días sin exceder de 60.
2. Si el daño consiste en incapacidad para trabajar o en enfermedad que no pase de 30 días, la pena será de prisión de 16 a 36 meses.
3. Si el daño consiste en incapacidad para trabajar o enfermedad superior a 30 días sin exceder de 90, la pena será de 16 a 54 meses de prisión y multa de 6,66 a 15 salarios mínimos legales mensuales vigentes.
4. Si pasa de noventa días, la pena será de 32 a 90 meses de prisión y multa de 13,33 a 30 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En cuanto a las consecuencias económicas (origen y pagos), las incapacidades por riesgos profesionales (enfermedad profesional y accidente de trabajo) las paga la administradora de riesgos profesionales (ARP) desde el día del accidente o primer día de expedición de la incapacidad por enfermedad y por un valor del 100% del salario devengado. Cuando se trata de enfermedad común, la EPS solo paga a partir del cuarto día por un valor del 66,67% del salario diario para los primeros noventa días, y luego el 50% cuando el salario es mayor al mínimo. En ningún caso se

pagará menos del mínimo. El pago de los tres primeros días está a cargo del empleador. Como el trámite de la incapacidad está a cargo del empleador, mientras se hace efectivo este pago, es obligación del empleador mantener el pago al empleado sobre los mismos valores que reconocerá la EPS.

Cuando se generen incapacidades continuas por 180 días o más, entra a pagar el fondo de pensiones, previo trámite de calificación del origen de la incapacidad. Vale la pena aclarar que estos 180 días pueden prorrogarse por 180 días más, caso en el cual se debe continuar otorgando el subsidio de incapacidad equivalente al que venía disfrutando el trabajador.

A manera de conclusión y reflexión final

La expedición de incapacidad es un acto médico parte de la conducta terapéutica y como tal conlleva una responsabilidad ética y legal inherente al ejercicio de la profesión. Solo el criterio médico prevalece para definir el número de días de incapacidad recomendada con el fin de proteger los derechos fundamentales a la salud y la vida del paciente.

Los resultados de estudios indican que hay grandes ventajas cuando se enfocan esfuerzos en lograr que médicos y otros profesionales clínicos mejoren la expedición de incapacidades [20].

La incapacidad laboral debería verse siempre como un instrumento clínico terapéutico, capaz de contribuir a la mejor recuperación de la salud, a costa de un gasto y de unos efectos secundarios que obligan a emplear el mejor juicio del médico en el buen uso de ella [19].

El entorno actual en el cual los actos médicos tienen consecuencias adicionales al efecto terapéutico puro, como en este caso, implica la obligación ética y moral de profundizar más los conocimientos sobre fisiopatología y evidencia, al menos de los casos clínicos prevalentes en el ejercicio, para producir conceptos y tratamientos que, además de la responsabilidad directa con el paciente en lo sanitario, contemplen las implicaciones legales, económicas y sociales.

Referencias

1. Vlex. Incapacidad médica [internet]. [Citado 2012 jul 9]. Disponible en: <http://vlex.com.co/tags/incapacidad-medica-220572#ixzz1P75WriID>.
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Concepto 295689. 04-10-2010. Asunto: Radicado 264518.
3. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Concepto Jurídico 117672, 6 de junio de 2012.
4. Decreto 0019/10 de enero de 2012, por el cual por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Diario Oficial 48.308 (10-01-2012).

5. Wahlström R, Alexanderson K. Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health.* 2004;32: 222.
6. Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. Sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada. *Revisita OMC.* 2001;1: 4.
7. Ojeda Gil JA. Valoración de la incapacidad laboral. Madrid: Díaz de Santos; 2007.
8. Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 3^a Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949, y enmendado por la 22^a Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968, y la 35^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.
9. Ley 23 de 1981/18 de febrero, por la cual se dictan normas en materia de ética médica. *Diario Oficial* 35.711 (27-02-1981).
10. Kankaanpää AT, Franck JK, Tuominen RJ. Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *Eur J Public Health.* 2012;22(1):92-6.
11. Decreto 3380 de 1981/30 noviembre (artículo 29), por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981. *Diario Oficial* 35.914 (30-11-1981).
12. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson N, Ponzer S. Dealing with sickness certification: a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health.* 2007;7:273.
13. Instituto Nacional de la Seguridad Social de España. Tiempos estándar de incapacidad temporal. 2a ed. Madrid: NIPO; 2009.
14. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Family Practice.* 2008, 9:3.
15. Ley 1468 de 2011/30 de junio, por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones (artículo 1). *Diario Oficial* 48.116 (30-06-2011).
16. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo. Circular externa conjunta número 13 de marzo 28 de 2012.
17. Decreto 917 de 1999/28 de mayo, por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995. *Diario Oficial* 43-601 (09-06-1999).
18. Ley 890 de 2004, por la cual se modifica y adiciona el Código Penal. *Diario Oficial* 45.602 (07-07-2004).
19. Gérvás J, Ruiz Téllez A, Pérez Fernández M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión [documento de trabajo 85/2006]. Madrid: Fundación Alternativas-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; s. f.
20. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinäs E, Skänér Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health.* 2010;10:752.

Correspondencia

Julio César Castellanos Ramírez
 jccastellanos@husi.org.co