



El Peruano

www.elperuano.pe | DIARIO OFICIAL

AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN

Lunes 9 de febrero de 2015



RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N° 1311-GG-ESSALUD-2014

DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 015-GG-ESSALUD-2014

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EMISIÓN, REGISTRO Y CONTROL DE LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS POR INCAPACIDAD Y MATERNIDAD EN ESSALUD

NORMAS LEGALES

SEPARATA ESPECIAL

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL
N° 1311-GG-ESSALUD-2014**

Lima, 23 de diciembre del 2014

VISTOS:

La Carta N° 2957-GCPEyS-ESSALUD-2014 de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, la Carta N° 3509-OCAJ-ESSALUD-2014 y el Informe N° 468-GAA-OCAJ-ESSALUD-2014 de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, señala que las prestaciones son brindadas mediante los servicios de ESSALUD o de otras entidades, estableciendo los Reglamentos los requisitos, condiciones y procedimientos pertinentes;

Que, mediante el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, se indica que las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio, añadiendo que ESSALUD establece la normatividad complementarla que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas; por lo que para su correcto otorgamiento requieren del cumplimiento de requisitos y procedimientos, dentro de los cuales se encuentra el documento que sustente la contingencia;

Que, asimismo, los artículos 15° y 16° del precitado Reglamento, modificado por Decreto Supremo N° 020-2006-TR, establecen que el subsidio por Incapacidad temporal se otorga en dinero, con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los afiliados regulares en actividad, derivadas de la incapacidad para el trabajo ocasionada por el deterioro de su salud; y el subsidio por maternidad se otorga en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido;

Que, mediante Acuerdo N° 58-14-ESSALUD-2011 el Consejo Directivo aprobó el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas, en cuyo artículo 15° se establece que se exige la presentación del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo del trabajador subsidiado o un documento equivalente que determine la Gerencia General como requisito para solicitar el reembolso de los subsidios por incapacidad temporal y por maternidad;

Que, asimismo, en el numeral 2 del precitado Acuerdo se facultó a la Gerencia General para que dicte las normas y procedimientos complementarios que permitan dar cumplimiento al mismo;

Que, el literal a) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-PE-ESSALUD-2007, establece que dicha Gerencia Central tiene por función, entre otras, formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, planes y programas relacionados con los sistemas de prestaciones económicas y sociales comprendido por las redes de Prestaciones Sociales y las agencias de Prestaciones Económicas a nivel nacional;

Que, mediante Informe Técnico elaborado por la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica de la Gerencia de Prestaciones Económicas de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales se indica que ante la expedición de normas institucionales que tuvieron como objetivo la aplicación de la Ley N° 26790 en lo concerniente a las certificaciones y evaluaciones médicas que originan el otorgamiento de prestaciones económicas, en la actualidad, se hace indispensable reunirlos en una sola normativa institucional que pueda traducir los cambios realizados en ESSALUD en estos últimos años;

Que, en dicho contexto, resulta conveniente actualizar, unificar y reordenar la normatividad institucional vigente que regula las certificaciones y evaluaciones médicas de una manera orgánica y coherente en un solo cuerpo normativo, a fin de que haga eficaz la responsabilidad institucional en el otorgamiento oportuno de las prestaciones económicas;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las Directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales y la Oficina Central de Asesoría Jurídica;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2014, "Normas y Procedimientos para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales emita la normatividad que resulte necesaria para la aplicación de la presente Directiva.

3. **DISPONER** que los Gerentes y/o Directores de los Órganos Desconcentrados adopten las acciones pertinentes a fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Directiva aprobada mediante la presente Resolución.
4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Finanzas, la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Oficina de Relaciones Institucionales, brinden los recursos y apoyo técnico necesarios a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, así como ejecuten las acciones pertinentes en el ámbito de sus competencias, a efectos de garantizar la adecuada implementación de lo aprobado en la presente Resolución.
5. **MODIFICAR** el literal e) del punto 6 de los conceptos de referencia establecidos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

" 6. Conceptos de Referencia

Para la aplicación de la presente Directiva se entiende por:

(...)

e) **Validación de Certificado Médico:** *Es el acto realizado por el Médico de Control que consiste en validar el Certificado Médico expedido en el país o en el extranjero, a fin de otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT, previa evaluación de las evidencias médicas y documentarias que sustenten dicho certificado y considerando los Criterios Técnicos contenidos en la Guía de Calificación de la Incapacidad."*
6. **MODIFICAR** el literal c) del numeral 7.1.1 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, referida a los requisitos para solicitar el subsidio por incapacidad temporal, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

"7.1.1 Subsidio por Incapacidad Temporal

(...)

c) *CITT en original por los días posteriores a los primeros 20 días. Si son asegurados con empleador múltiple, deberán obtener y presentar CITT por cada empleador. En caso de certificados médicos deberán ser validados por el Médico de Control a fin de que se expida los CITT correspondientes."*
7. **MODIFICAR** el literal b) del numeral 7.1.2 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, referida a los requisitos para solicitar el subsidio por maternidad, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

"7.1.2 Subsidio por Maternidad

(...)

c) *CITT en original. En caso de certificados médicos deberán ser validados por el Médico de Control a fin de que se expida los CITT correspondientes."*
8. **MODIFICAR** el sexto, séptimo y octavo párrafo del numeral 8.1.3 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, los cuales quedarán redactados de la siguiente manera:

"8.1.3 Inicio y duración del derecho al subsidio

(...)

"El total de los períodos no consecutivos por los cuales se pague el subsidio, no deberá ser mayor de 340 días. El subsidio a reconocer por ESSALUD, cuando la incapacidad sea determinada por la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades como No Temporal, será de un máximo de 180 días para los períodos consecutivos. Todo pago en exceso a este número de días correrá por cuenta de la entidad empleadora. ESSALUD sólo pagará los subsidios que sobrepasen los 150 días en base al Informe Médico de Calificación de la Incapacidad - IMECI emitido por la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades - COMECI y hasta el máximo de días que corresponda acorde con el resultado de la calificación."
9. **MODIFICAR** el literal b) del numeral 8.1.5 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

"8.1.5 Extinción y pérdida del derecho del subsidio

El derecho a subsidio de incapacidad temporal se extingue por:

(...)

b) *Recuperación de la salud o declaración de incapacidad No Temporal"*
10. **DEJAR SIN EFECTO** el numeral 9, Incapacidades Temporales Prolongadas, de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, el cual será reemplazado por los conceptos vertidos en los numerales 6.2.2.3.2, 6.2.2.5 y 6.2.2. 7 de la Directiva que se aprueba mediante la presente Resolución.
11. **DEJAR SIN EFECTO** la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001, "Procedimiento para Distribución, Emisión, Registro y Control de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 654-GG-ESSALUD-2001 y modificada por Resoluciones de Gerencia General Nros. 346-GG-ESSALUD-2002 y 379-GG-ESSALUD-2009; la Resolución de Gerencia General N° 225-GG-ESSALUD-2002, que dispuso la utilización del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo Mecanizado, en el ámbito nacional; la

Directiva N° 06-GG-ESSALUD-2009, "Normas para el Canje de Certificados Médicos Particulares por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 379-GG-ESSALUD-2009, modificada por Resoluciones de Gerencia General Nros. 527-GG-ESSALUD-2011 y 849-GG-ESSALUD-2013; el Manual de Auditoría de Certificaciones Médicas", aprobado por Resolución N° 143-GCPEyS-ESSALUD-2007; el Formulario 8004 denominado "Informe Médico de Incapacidad Ley N° 26790" y las instrucciones aprobadas por Resolución N° 058-GCPEyS-ESSALUD-2008; el Formulario N° 04 denominado "Formulario para Trámite de Canje de Certificados Médicos Particulares", aprobado por Resolución N° 183-GCPEyS-ESSALUD-2013; y todo aquello que se oponga a lo dispuesto en la presente Resolución.

12. **DEJAR SUBSISTENTES** todos los demás extremos de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012.
13. **DISPONER** que la Directiva aprobada con la presente Resolución entrará en vigencia a los sesenta (60) días contados desde el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano", excepto los numerales 6.2.1.5.7 y 6.2.1.5.8 de la citada Directiva, que regulan la emisión del CITT electrónico, el cual entrará en vigencia desde el día siguiente de la aprobación de la presente Resolución.
14. **ENCARGAR** a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial "El Peruano".
15. **ENCARGAR** a la Secretaría General para que en coordinación con la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución y la Directiva aprobada, en el Portal Institucional de la Entidad, así como su respectiva difusión.
16. **ENCARGAR** a la Secretaría General notificar a la Oficina Central de Planificación y Desarrollo a efectos de la publicación de la Directiva aprobada con la presente Resolución en el Compendio Normativo Institucional.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

MIGUEL LA ROSA PAREDES
Gerente General
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 015-GG-ESSALUD-2014

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EMISIÓN, REGISTRO Y CONTROL DE LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS POR INCAPACIDAD Y MATERNIDAD EN ESSALUD

INDICE

- I. **OBJETIVO**
 - II. **FINALIDAD**
 - III. **BASE LEGAL**
 - IV. **AMBITO DE APLICACIÓN**
 - V. **RESPONSABILIDAD**
 - VI. **DISPOSICIONES**
 - 6.1. Disposiciones Generales.
 - 6.2. Disposiciones Específicas.
 - 6.2.1 Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT.
 - 6.2.2 Informe Médico de Calificación de la Incapacidad – IMECI.
 - 6.2.3 Certificaciones Médicas por Maternidad.
 - 6.2.4 Validación de Certificados Médicos por el CITT.
 - 6.2.5 Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidades.
 - 6.2.6 Inobservancia Normativa.
 - 6.2.7 Reclamos y Resolución de Recursos.
 - VII. **CONCEPTOS DE REFERENCIA**
 - VIII. **ANEXOS**
-

**DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL
N° 015-GG-ESSALUD-2014**

**NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EMISIÓN, REGISTRO
Y CONTROL DE LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS POR INCAPACIDAD
Y MATERNIDAD EN ESSALUD**

I. OBJETIVO

Establecer las normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por Incapacidad y Maternidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud.

II. FINALIDAD

Disponer de un documento normativo que uniformice las normas y procedimientos a seguir en los servicios asistenciales y administrativos de la institución, para lograr una eficiente y oportuna gestión de la emisión, registro y control de la certificación médica por Incapacidad y Maternidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y modificatorias, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificatorias.
- Decreto Supremo N° 020-2006-TR, que aprueba normas reglamentarias de la Ley N° 28791 que establece modificaciones a la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 26644, a través de la cual precisan el goce del derecho de descanso pre-natal y post-natal de la trabajadora gestante, y modificatorias, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2011-TR.
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM "Obligación de las Entidades del Sector Público de Contar con un Libro de Reclamaciones".
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR.
- Ley N° 15173, Ley de Creación del Colegio Médico del Perú y modificatorias.
- Ley N° 27853, Ley de Trabajo de la Obstetrix, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2003-SA.
- Decreto Ley N° 21210, Ley de Creación del Colegio de Obstetrix del Perú y modificatoria.
- Ley N° 27878, Ley de Trabajo del Cirujano Dentista, y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2005-SA.
- Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 024-2001-SA.
- Resolución del Consejo Nacional N° 5295-CN-CMP-2007, aprobó el "Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.
- Decreto Supremo N° 003-98-SA que aprueba el Reglamento denominado "Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo".
- Resolución Ministerial N° 480-2008/MINSA que aprueba la Norma Técnica Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP-V.1 "Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales".
- Resolución de Gerencia General N° 665-GG-EsSalud-2002, que aprueba la Directiva N° 008-GG-EsSalud-2002, "Normas para la Hospitalización de pacientes en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud".
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-PE-EsSalud-2007, que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 52-GCPS-EsSalud-2009, que aprueba la "Actualización de la clasificación y codificación de los procedimientos quirúrgicos y anestesiológicos por grado de complejidad".
- Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-EsSalud-2011 que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas.
- Resolución de Defensoría del Asegurado N° 02-DA-PE-EsSalud-2012, que aprueba la Directiva N° 02-DA-PE-EsSalud-2012 "Normas para la Implementación, Funcionamiento y Supervisión del Libro de Reclamaciones en el Seguro Social de Salud – EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 210-GG-EsSalud-2012, que aprueba la Directiva N° 003-GG-EsSalud-2012, "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud" y modificatoria.
- Resolución de Gerencia General N° 619-GG-EsSalud-2012, que aprueba la Directiva N° 008-GG-EsSalud-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas".
- Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 1437-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva N° 016-GG-EsSalud-2013, "Normas del Sistema de Archivos del Seguro Social de Salud - EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 107-GG-EsSalud-2014, que aprueba la Directiva N° 001-GG-EsSalud-2014, "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 018-GG-EsSalud-2013, "Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-EsSalud-2014, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 012-GG-EsSalud-2014, "Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud – EsSalud".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación en todas las Redes Asistenciales y Establecimientos de Salud, incluyendo a otros servicios y modalidades de atención en salud, del Seguro Social de Salud - EsSalud.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables del cumplimiento, implantación e implementación de las disposiciones emitidas en la presente Directiva a nivel institucional, la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Aseguramiento, la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (OCTIC), la Defensoría del Asegurado, los Gerentes y Directores de Redes Asistenciales, los Directores de Establecimientos de Salud y los Profesionales de la Salud que expiden certificaciones médicas de Incapacidad (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT e Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI).

VI. DISPOSICIONES**6.1 DISPOSICIONES GENERALES**

6.1.1 La Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, a través de la Gerencia de Prestaciones Económicas y de la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica, es el órgano técnico normativo, encargado de brindar asistencia técnica a las Redes Asistenciales en la Gestión de la Incapacidad Temporal, supervisando el desempeño de los Gestores de la Incapacidad, regulando los procesos y procedimientos de auditoría, evaluación y calificación de las certificaciones medicas por incapacidad y maternidad, a fin de proponer las mejoras respectivas.

6.1.2 La Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, a través de la Gerencia de Prestaciones Económicas y de la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica efectúa coordinaciones con los Órganos Centrales y Desconcentrados correspondientes, en caso se infrinjan las normas relacionadas con la Gestión de la Incapacidad.

6.1.3 De la Organización del Sistema Integrado de Gestión de la Incapacidad Temporal:

6.1.3.1 En las Redes Asistenciales, las actividades se organizan a través de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), quien depende funcionalmente en las Redes Asistenciales tipo A y B, de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria y en las Redes Asistenciales tipo C, de la Dirección de la Red.

6.1.3.2 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal de la Red Asistencial, está a cargo de los:

- a) Comités Médicos de Auditoría de la Incapacidad (COMAI) de los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial.
- b) Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI), de la Red Asistencial.
- c) Médicos de Control de todos los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial.
- d) Centros de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT).

6.1.3.3 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), ejecuta las políticas y estrategias diseñadas por la Gerencia de Prestaciones Económicas, para organizar, dirigir y controlar de manera eficiente, oportuna y de calidad los procesos de emisión de los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) y los Informes Médicos de Calificación de Incapacidad (IMECI), reporta lo actuado a la Gerencia de Prestaciones Económicas.

6.1.3.4 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal, tiene como principales actividades:

- a) **Controlar los Microprocesos** relacionados a la evaluación, supervisión, auditoría, calificación, registro y emisión de las certificaciones médicas por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad, la validación de los certificados médicos por el CITT, la evaluación de la incapacidad temporal prolongada y de los impedimentos configurados.
- b) **Evaluar** mensualmente los **Indicadores de Prestaciones Económicas** de los Establecimientos de Salud de su jurisdicción, consolidándolos como Red, emitiendo recomendaciones que contribuyan al uso eficiente de los Fondos Financieros del Régimen contributivo de la Seguridad Social.

6.1.4 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales, proponen y acreditan al Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), mediante el acto resolutivo correspondiente.

6.1.5 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales evalúan los resultados obtenidos en los Indicadores de Prestaciones Económicas, siendo responsables de la toma de decisiones para las mejoras correspondientes.

6.1.6 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales en el ámbito nacional son las responsables de planificar y dotar de todos los recursos necesarios para el desempeño adecuado, oportuno y eficiente de las Oficinas de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), así como de los Médicos de Control, los Comités Médicos de Auditoría de Incapacidades (COMAI), las Comisiones Médicas Calificadoras de Incapacidades (COMECI) y los Centros de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT).

6.1.7 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales, deben capacitar al personal de salud señalado en el numeral 6.2.1.2.1.

- 6.1.8** El Gerente o Director de la Red Asistencial, acredita mediante la emisión de la Resolución o documento formal que diera lugar, a los miembros de la **COMECI** (véase Anexo 6); siendo la designación de los Médicos de Control (véase Anexo 2) y miembros de la **COMAI** (véase Anexo 13), facultad del Director del Establecimiento de Salud; en todos los casos la designación es por tres (03) años, renovable por dos (02) períodos consecutivos.
- 6.1.9** Los Gerentes o Directores de Redes Asistenciales, Establecimientos de Salud u Otros Servicios o Modalidades de atención en salud, deben entregar oportunamente a la Gerencia de Prestaciones Económicas, los documentos que acrediten al Responsable de la OGIT, Médicos de Control, miembros de la COMAI y miembros de la COMECI, para su conocimiento.
- 6.1.10** El Gerente/Director de la Red Asistencial en el proceso de evaluación continua es responsable de ratificar o cambiar a los miembros de la **COMECI**, mientras que en el caso de los Médicos de Control y miembros de la **COMAI**, esta responsabilidad es asumida por el Director del establecimiento de salud. En todos los casos la ratificación o el cambio estará en función a su desempeño profesional, informando oportunamente a la Gerencia de Prestaciones Económicas.
- 6.1.11** La Gerencia de Prestaciones Económicas, tiene la potestad de solicitar el cambio de los Médicos de Control, miembros de la **COMECI** y miembros de la **COMAI**, en función a su desempeño profesional.
- 6.1.12 Autorización de los profesionales de la salud que emiten Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT)**
- 6.1.12.1 El Gerente o Director de la Red Asistencial, será el responsable de la autorización a los profesionales de la salud que emiten Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), de todos los Establecimientos de Salud de su jurisdicción.
- 6.1.12.2 La información de los profesionales de salud autorizados para la emisión de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), debe ponerse de conocimiento a las áreas de prestaciones económicas encargadas de otorgar y pagar los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad.
- 6.1.12.3 La capacitación en el uso y manejo de las certificaciones médicas por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad, de los profesionales de salud del Establecimiento de Salud, es responsabilidad del Director del Establecimiento de Salud y está a cargo del Médico de Control.
- 6.1.12.4 En el caso de los Gestores de la Incapacidad la capacitación debe ser coordinada con la Gerencia de Prestaciones Económicas.

6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.2.1 CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO – CITT

- 6.2.1.1 Criterios generales para la emisión del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo**
- 6.2.1.1.1** El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, es el documento oficial de EsSalud, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad), y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado regular acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o maternidad. Este documento es emitido obligatoriamente y de oficio por el profesional de salud autorizado por EsSalud y la información del mismo es registrada en la historia clínica del asegurado.
- 6.2.1.1.2** El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, fija el periodo y la duración de la incapacidad temporal para el trabajo, de acuerdo a los criterios técnicos señalados en la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”.
- 6.2.1.1.3** Es responsabilidad del personal de Admisión del Establecimiento de Salud, verificar la información del asegurado, poniendo atención a lo siguiente:
- Datos Personales: El Tipo de Seguro debe ser “Regular” y el tipo de Asegurado “Titular”.
 - Acreditación: Debe estar acreditado en el mes de la contingencia. En el caso de Maternidad la asegurada debe acreditar aporte en el mes de la concepción. Asimismo, se deberá prestar atención a los asegurados en período de latencia, por tanto aparecen con acreditación vigente (el período de acreditación se visualiza con asteriscos), pero ésta es complementaria y sólo para prestaciones de salud.
 - En caso de SCTR, el personal de admisión verifica si existe cobertura SCTR en los asegurados que acuden al EE.SS con Notificación ó Aviso de Accidente de Trabajo.
- 6.2.1.1.4** A fin de detectar asegurados con Incapacidad Temporal Prolongada, el **Médico de Control**, verifica la Cuenta Individual de Días de Incapacidad – CIDI del asegurado, en el Sistema Informático vigente y procede de acuerdo a las normas.
- 6.2.1.1.5** El Profesional de la Salud, acorde a la especialidad de su competencia, emitirá el CITT, como parte del Acto Médico que ejecuta, debiendo registrar en la historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad, la lesión ó secuela de acuerdo a las evidencias médicas que sustenten el impedimento ocasionado, la repercusión en el desarrollo y el cumplimiento de las actividades laborales habituales del asegurado; y de corresponder la asociación al comportamiento epidemiológico, es decir, si el continuar la labor habitual puede favorecer la propagación de la enfermedad.

- 6.2.1.1.6** El Profesional de Salud debe sustentar en la historia clínica o en los Expedientes de Validación de Certificados Médicos por el CITT, el uso de la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”.
- 6.2.1.2** **Relacionado al Profesional de la Salud autorizado a emitir los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT.**
- 6.2.1.2.1** Los profesionales de la salud autorizados a emitir los CITT son:
- a) Médicos Especialistas: Sólo por patologías inherentes a su especialidad y de acuerdo al nivel de complejidad del Establecimiento de Salud.
 - b) Médicos Cirujanos.
 - c) Médicos de Control, para el caso de regularizaciones y/o validación de Certificados Médicos por el CITT. (Debiendo utilizar el sello de Médico de Control)
 - d) Médicos de Personal, como resultado de la atención brindada al trabajador de EsSalud.
 - e) Cirujanos Dentistas, sólo por patologías inherentes a su profesión.
 - f) Obstetrices, sólo para efectos del CITT por Maternidad, en el caso de embarazo normal en el Establecimiento de Salud donde la asegurada realizó los controles pre-natales.
- 6.2.1.2.2** La Gerencia y/o Dirección de la Red, es responsable de remitir oportunamente la información de los profesionales de la salud autorizados para emitir CITT, al área de Informática de su Red, para que sus datos sean ingresados en el Sistema Informático Institucional diseñado para el registro de los CITT.
- 6.2.1.2.3** La Gerencia y/o Dirección de la Red Asistencial es la responsable de capacitar, acreditar y controlar a todo profesional de la salud que emita certificaciones médicas por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad,
- 6.2.1.3** **Relacionado al Médico de Control:**
- 6.2.1.3.1** El Médico de Control, en sus funciones, depende jerárquicamente de la Dirección del Establecimiento de Salud, coordina permanentemente con los profesionales de la salud de su ámbito jurisdiccional, así como con la COMECI, COMAI y Médico de Personal, reportando sus actividades al Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal de la Red.
- 6.2.1.3.2** El Médico de Control será designado por el Director del Establecimiento de Salud, por una duración de tres (03) años renovables por (02) periodos consecutivos, e incluirá las actividades a desarrollar.
- 6.2.1.3.3** El Director del Establecimiento de Salud brinda soporte y facilidades al Médico de Control, en la Gestión de la incapacidad temporal, dotándolo de las horas suficientes y los recursos necesarios para el desarrollo de sus funciones, debiendo la Dirección del Establecimiento de Salud mantener la continuidad de sus actividades en caso de situaciones contingenciales (enfermedad, licencias, vacaciones, huelga, etc.).
- 6.2.1.3.4** El Médico de Control, realiza sus actividades acorde con lo establecido (véase Anexo N° 3), debiendo contar con un mínimo de 50 horas mensuales programadas en los sistemas informáticos, en la unidad funcional de servicios L11 “Médico de Control (MECO)”, con la sub actividad “Control CITT”.
- 6.2.1.3.5** En el caso de los Hospitales Base de las Redes Asistenciales, el Médico de Control realiza sus funciones a dedicación exclusiva.
- 6.2.1.3.6** En los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Centro Médico), que no contaran con Médico de Control, el Director del Establecimiento de Salud, asume las actividades de competencia del Médico de Control.
- 6.2.1.3.7** Si el Médico de Control en el proceso de verificación del CITT no encuentra el registro del CITT en los sistemas informáticos del Establecimiento de Salud, procede a comunicar tal hallazgo a la Gerencia de Prestaciones Económicas.
- 6.2.1.4** **Servicios y momentos en la emisión de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo.**
- 6.2.1.4.1** Todo asegurado regular, que requiera atención médica en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia de un Establecimiento de Salud, tiene derecho a que como resultado del acto médico efectuado y encontrándose con Incapacidad Temporal, los profesionales de la salud autorizados le emitan el respectivo CITT.
- 6.2.1.4.2** Servicios y momentos de la emisión del CITT:
- a) En Consulta Externa: al término del acto médico.
 - b) En Emergencia: al término de la Atención del Servicio.
 - c) En Hospitalización: al Alta, (o cada 30 días en caso continúe hospitalizado).
En todos los casos anteriores, si el paciente ha ingresado procedente de otro servicio asistencial, el servicio asistencial de origen tiene el deber de emitir el CITT desde la fecha de ingreso a su servicio asistencial hasta la fecha de transferencia al otro servicio asistencial.
 - d) En el Consultorio del Médico de Control: hasta las 72 horas de recibido la solicitud de regularización, en el caso de validación de certificados médicos, de acuerdo al plazo máximo establecido en el TUPA.
 - e) En los Servicios de PADOMI: hasta las 24 horas de realizado la atención médica.
 - f) En otros Servicios o Modalidades de atención en salud autorizados por la Institución: al término del acto médico.

6.2.1.5 De la emisión del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

6.2.1.5.1 Para emitir el CITT a un asegurado regular titular activo, el profesional de la salud, debe utilizar la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**” Institucional vigente.

6.2.1.5.2 El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), es producto de un Acto Médico, por tanto forma parte del registro de la atención en la Historia Clínica y certifica la Incapacidad del asegurado para laborar, por un periodo de un día hasta un máximo de treinta días.

6.2.1.5.3 El CITT se emite el día de la atención médica y de ser el caso, incluirá los días no laborables, sábado, domingo, feriados y periodos vacacionales.

6.2.1.5.4 La información a registrar en los sistemas informáticos para carga de CITT, debe estar basada en lo consignado en la Historia Clínica; el profesional de la salud además de registrar los criterios técnicos, el puntaje y los días de incapacidad temporal a otorgar, deberá registrar la contingencia y el diagnóstico en código CIE 10.

6.2.1.5.5 Las contingencias a considerar son:

a) **Contingencias Comunes:** Enfermedad Común, Accidente Común: Accidente Común propiamente dicho, Accidente de Tránsito (para lo cual deberá estar incluida en la Historia Clínica, la copia de la póliza del SOAT y el CIE 10 correspondiente, Accidente de Trabajo sin cobertura de SCTR; y Maternidad: Embarazo Único, Embarazo Múltiple, Embarazo Prolongado, Recién Nacido con Discapacidad.

b) **Contingencias Laborales:** Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo, para ambos casos el asegurado deberá contar con la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – SCTR situación que se evidencia con la copia de la póliza y el Aviso de Accidente de Trabajo debidamente registrado.

6.2.1.5.6 El CITT emitido en los Establecimientos de Salud, está compuesto por un original rotulado como **USUARIO** y un original rotulado como **AUDITORIA**, ambas deberán estar con firma y sello del profesional de la salud autorizado.

6.2.1.5.7 El CITT emitido en los CEVIT, denominado CITT electrónico, está compuesto por un original para el **USUARIO** y un original rotulado como **AUDITORIA**, solo el original rotulado como Auditoría, llevará la firma y sello del Médico de Control.

El CITT **USUARIO** se obtendrá ingresando a la página WEB institucional: www.essalud.gob.pe, opción: “Consulte el estado de su trámite NIT”, registrando el número de NIT del expediente de validación, el RUC de la empresa o el DNI del asegurado y el código de la imagen que aparece; y tendrá validez para realizar el trámite por subsidio de incapacidad.

6.2.1.5.8 El CITT original rotulado como Auditoría emitido por los Establecimientos de Salud, deberá ser archivado en la Historia Clínica; El CITT original rotulado como Auditoría emitido por el CEVIT, deberá ser archivado en el expediente de validación.

6.2.1.5.9 Todo profesional de la salud que brinda una atención es responsable del acto médico que realiza, así como de responder por todo lo concerniente a los actos realizados.

6.2.1.6 Servicios autorizados para emitir CITT

De acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutive, los Establecimientos de Salud deben expedirlos en:

6.2.1.6.1 Servicios de Consulta Externa y Hospitalización:

6.2.1.6.1.1 Por enfermedad y accidente común, podrá otorgarse un CITT, hasta por un período máximo de **treinta días** por vez, siempre deben incluir los días no laborables, sábados, domingos, feriados así como los periodos de vacaciones.

6.2.1.6.1.2 Todo profesional de la salud, que brinda prestaciones de salud a través de estos servicios, en apego a la Ley General de Salud, debe cumplir con sustentar en los registros médicos, los días de incapacidad de acuerdo a lo señalado en la presente Directiva, además de garantizar la oportunidad y confidencialidad del acto médico.

6.2.1.6.1.3 En caso que el asegurado con periodo de incapacidad aún vigente, pase consulta con el médico tratante y éste considere necesario prolongar el periodo de incapacidad, el medico tratante expedirá un nuevo CITT, indicando como fecha de inicio del nuevo periodo, la fecha de la consulta médica; la fecha de inicio de la incapacidad no podrá ser anterior ó posterior a la fecha de la consulta médica.

6.2.1.6.1.4 En los casos de asegurados que requieran un tratamiento ó control permanente mayor de 30 días, el Médico Tratante expedirá el siguiente CITT manteniendo siempre el periodo consecutivo, independiente de la fecha de cita o control.

6.2.1.6.1.5 En los Servicios de Hospitalización, el CITT que se emite al momento del alta debe abarcar desde el ingreso al Servicio de Hospitalización, hasta la fecha de la consulta ambulatoria, de ser el caso.

6.2.1.6.1.6 En los casos específicos de aseguradas que presenten incapacidad temporal consecutiva por patología que no guarde relación con el embarazo, y siendo el fin que no se rompa el período consecutivo por el Descanso por Maternidad, el Médico Tratante otorgará el CITT por Incapacidad Temporal con superposición de períodos durante el pre y post natal a fin que se incluya en la Cuenta Individual de Días de Incapacidad – CIDI de la asegurada.

6.2.1.6.1.7 El documento oficial que sustenta el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) en los servicios de consulta externa y hospitalización, es la Historia Clínica.

6.2.1.6.2 En el caso de Referencias, el Establecimiento de Salud de origen emitirá el CITT:

6.2.1.6.2.1 En los casos de emergencia o en pacientes que necesiten continuar el tratamiento en otro Establecimiento de Salud, (emitiendo el CITT por los días de incapacidad que correspondan); los posteriores CITT, se emitirán desde la fecha de inicio de la atención en el Establecimiento de Salud de destino.

6.2.1.6.2.2 En los casos de confirmación diagnóstica, el CITT se expedirá vía regularización, desde la fecha del pasaje de ida de la ciudad de origen, hasta la fecha del pasaje de retorno. Se deberá adjuntar a la historia clínica la documentación que sustente el período a regularizar.

6.2.1.6.2.3 La documentación a presentar por el asegurado, del período a regularizar será: la Hoja de Referencia y Contrarreferencias, la constancia de atención y los boletos de viaje.

6.2.1.6.3 En Contrarreferencias, el Establecimiento de Salud de destino expedirá el CITT:

6.2.1.6.3.1 En los casos de emergencia o pacientes cuya continuidad de tratamiento fueron resueltos y con necesidad de asistencia sanitaria, se expedirá el CITT por el período que califique de acuerdo a cada caso.

6.2.1.6.3.2 Una vez confirmado el diagnóstico y otorgado el tratamiento especializado, se emitirá el CITT, de corresponder.

6.2.1.6.4 Servicios de Emergencia o Urgencia

6.2.1.6.4.1 Por procesos agudos o cuando el diagnóstico sea de tipo presuntivo, únicamente se otorga el CITT hasta por un máximo de 48 horas, de corresponder.

6.2.1.6.4.2 La fecha de emisión del CITT por Emergencia, no podrá ser anterior ni posterior a la fecha de la atención.

6.2.1.6.4.3 En el caso de asegurados que son ingresados a Sala de Observación, se otorga el CITT, desde el ingreso del paciente a Emergencias, hasta la fecha de su internamiento en hospitalización o alta de la emergencia o urgencia, teniendo en cuenta que todo control y seguimiento se realiza por Consulta Externa.

6.2.1.6.4.4 Para los casos de cirugía menor (Tipo D y E), traumatología y otros que pudieran ser resueltos durante la atención de la emergencia o urgencia, se otorgará el CITT, teniendo en cuenta que todo control y seguimiento se realiza por Consulta Externa.

6.2.1.6.4.5 El documento oficial que sustenta el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo, es la Historia Clínica de Emergencia.

6.2.1.7 Criterios para la emisión de CITT por Regularización:

El Médico de Control procede a regularizar y emitir los CITT correspondientes registrando todo lo actuado en la Historia Clínica, en los siguientes casos:

6.2.1.7.1 Cuando se detecte que un asegurado presenta incapacidad temporal no consecutiva por un mismo impedimento, con ausencia de certificación médica en períodos en que su incapacidad no esté resuelta o no exista el alta médica.

6.2.1.7.2 Cuando el CITT no fue emitido en su debida oportunidad; previa solicitud del asegurado a la Dirección del Establecimiento de Salud, quien lo derivará al Médico de Control para verificar en la Historia Clínica, el registro del Acto Médico; de existir las evidencias que permitan la aplicación de la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”, el Médico de Control procede a expedir el CITT al asegurado.

6.2.1.7.3 Para conservar la continuidad de la incapacidad del paciente que requiera un CITT con fecha anterior a la fecha de la consulta médica, el médico tratante deberá anotar en la historia clínica la pertinencia de la regularización, a fin que el Médico de Control proceda con la emisión del CITT.

6.2.1.7.4 Cuando el asegurado presente Incapacidad Temporal Prolongada y su cuenta esté bloqueada en el Sistema Informático de carga de CITT, por estar a la espera de la evaluación por la COMECI, una vez calificada la naturaleza de la incapacidad como Temporal, se procederá a registrar los datos del Informe Médico de Calificación de Incapacidades (IMECI) en los Sistemas Informáticos a fin de levantar el bloqueo, y es el Médico de Control, quien procede a regularizar los CITT no emitidos durante el período en que estuvo a la espera del resultado de la evaluación por la COMECI, acorde con la norma.

- 6.2.1.7.5** Cuando el asegurado regular titular activo presente un Informe Médico de Incapacidad de naturaleza No Temporal (Ley N°26790), solicitará la regularización de los CITT, hasta por un máximo de 180 días consecutivos de corresponder.
- 6.2.1.7.6** El Médico de Control no podrá proceder con la Regularización de CITT cuando:
- El diagnóstico que antecede y precede al período a regularizar no están relacionados.
 - No exista evidencias médicas de la incapacidad en el período a regularizar.
 - El Médico Tratante haya otorgado por escrito el alta al asegurado ó le haya autorizado regresar a sus labores habituales.
 - El asegurado haya laborado en ese período y exista un documento que así lo evidencie.
- 6.2.1.8** **Criterios para la emisión de CITT en situaciones especiales:**
- 6.2.1.8.1** En casos excepcionales, Servicios Asistenciales Especializados de los Hospitales Nacionales: (ej. Neurocirugía y Oncología), emitirán el CITT por periodos de 90 días consecutivos (tres CITT de treinta días c/u), dejando constancia en la historia clínica, que la patología y las evidencias médicas justifican la incapacidad prolongada, pudiendo ser resuelta en el periodo máximo permitido por ley (340 días).
- 6.2.1.8.2** En caso que un asegurado demuestre laborar en más de una entidad empleadora, se le otorgará un CITT original por cada centro de trabajo, calificando individualmente los días de incapacidad de acuerdo al trabajo habitual.
- 6.2.1.8.3** En caso que un CITT presente signos de deterioro, o se acredite pérdida, robo o hurto con la declaración jurada correspondiente, el asegurado podrá solicitar el duplicado según sea el caso, de acuerdo al procedimiento señalado en el TUPA de EsSalud.
- 6.2.1.8.4** Cuando se solicite la emisión de duplicados de CITT y el médico que lo expidió no se encuentre disponible, el Médico de Control programado asumirá dicha función procediendo a firmar y sellar el duplicado de CITT, previa constatación en la Historia Clínica ó en el expediente de validación del certificado médico, de ser el caso, utilizando el Sistema Informático vigente.
- 6.2.1.8.5** Cuando no esté disponible el Médico Tratante que brindó la atención y autorizó la expedición de CITT en la Historia Clínica o el Médico de Control que validó los documentos presentados para la validación del certificado médico por el CITT y a fin de no perjudicar al asegurado, el Médico de Control programado en el día, procederá a emitir y firmar el CITT.
- 6.2.1.8.6** En caso de asegurados fallecidos con Incapacidad Temporal Prolongada que no hayan sido trasladados a la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades – COMECI, el Médico de Control del Establecimiento de Salud ó CEVIT que lo derivó, procederá a emitir los CITT hasta la fecha de fallecimiento, siempre y cuando no excedan los días máximos permitidos por Ley, registrando todo lo actuado en la respectiva Historia Clínica ó en el expediente de validación de ser el caso.
- 6.2.1.8.7** Los asegurados trasladados a la COMECI que hayan fallecido antes de que se emita el IMECI, serán calificados con incapacidad de naturaleza Permanente, en este caso el Médico de Control del Establecimiento de Salud ó CEVIT que lo derivó, procederá a emitir los CITT hasta la fecha de fallecimiento, siempre y cuando no excedan los días máximos permitidos por norma institucional, registrando todo lo actuado en la respectiva Historia Clínica o en el expediente de validación de ser el caso.
- 6.2.1.8.8** Expedición de CITT en asegurados que hacen uso de Servicios Externos: El Establecimiento de Salud que solicita el envío de un asegurado para un servicio externo (en el Extranjero o en el País), es el responsable de expedir los CITT que correspondan, por el tiempo que dure el tratamiento y recuperación del asegurado, hasta su alta. Cuando el asegurado que por diferentes razones se encuentre en el extranjero y sufriera un siniestro que lo incapacite, solicitará la validación al CEVIT de la Red Asistencial o de corresponder, al Establecimiento de Salud de adscripción, cumpliendo con los requisitos estipulados para la validación.
- 6.2.1.8.9** En caso que el CITT, haya sido expedido con los datos del asegurado errados o no esté acorde con lo registrado en la Historia Clínica, el empleador o el asegurado o las Dependencias de la Gerencia de Prestaciones Económicas, solicita su anulación y la expedición de un nuevo CITT, al Director del Establecimiento de Salud. Para tal efecto, el Médico de Control verifica los datos registrados en la Historia Clínica y de proceder, se anula el CITT errado y se emite uno nuevo, registrando todo lo actuado en la Historia Clínica correspondiente.
- 6.2.1.9** **Los CITT que se otorguen por contingencias laborales deben cumplir con los Criterios Técnicos del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – SCTR:**
- El asegurado debe laborar en una Entidad Empleadora que realiza actividades de Alto Riesgo descritas en el Anexo 5 del D.S. N° 009-97-SA.
 - Que el siniestro laboral se produzca en el "Centro de Trabajo" o por ocasión del trabajo, en horario o turno habitual, y que además exista evidencias del riesgo o riesgos que la ocasiona (relación causa – efecto).
 - En caso de Accidentes de Trabajo es obligatorio la presentación de la notificación correspondiente (Aviso de Accidente de Trabajo).
 - En la evolución de las lesiones, complicaciones o secuelas siempre se consignará la contingencia en el CITT como Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.
 - EsSalud emite y expide CITT por contingencias laborales tan sólo por 340 días, sean días consecutivos o no consecutivos.

- f) En caso de Incapacidad Temporal prolongada la calificación de la naturaleza de la Incapacidad no es competencia de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI).
- g) En caso de CITT por Enfermedad Profesional, el CIE 10 a consignar debe formar parte del Listado de Enfermedades Profesionales establecido por la NTS N° 068-MINSA/DGSP V0.1.

6.2.1.10 Registro y emisión del CITT

6.2.1.10.1 El profesional de salud tratante, médico de control o el responsable del ingreso de la información para emitir CITT, a fin de detectar oportunamente a los asegurados con Incapacidad Temporal Prolongada (ITP) debe revisar cuando corresponda, el módulo informático "Cuenta Individual de Días de Incapacidad" – **CIDI** del asegurado, del Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades (SIGI).

6.2.1.10.2 De tratarse de un asegurado con Incapacidad Temporal Prolongada procede a bloquear en el Sistema Informático, la cuenta y devuelve la Historia Clínica al profesional de salud tratante, junto con el Formulario denominado "Informe de Evaluación Médica" Ley 26790 (Anexo N° 04) para su registro y posterior traslado a la COMECI de la Red Asistencial.

6.2.1.10.3 La transferencia de la información de los CITT en los Establecimientos de Salud, se realiza diariamente a la Oficina Central de Tecnología, Información y Comunicaciones (OCTIC), a fin que esta información esté disponible para consulta, previo al otorgamiento de subsidios por incapacidad temporal y maternidad, bajo responsabilidad del Jefe de Soporte Informático, del Director del Establecimiento de Salud o del Jefe del CEVIT según corresponda.

6.2.2 INFORME MÉDICO DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD - IMECI

6.2.2.1 Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI) Ley 26790:

6.2.2.1.1 La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**) se encarga de calificar la naturaleza de la Incapacidad, emitiendo el Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI**.

6.2.2.1.2 La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), está conformada solo por médicos, en número no menor de tres (03) miembros (Presidente, Secretario y Vocal), de preferencia por un Médico Internista, un Médico Traumatólogo o Rehabilitador y por el Médico de Control del Hospital Base de la Red Asistencial.

6.2.2.1.3 Dependen funcionalmente de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT) de la Red Asistencial.

6.2.2.1.4 La COMECI esta implementada en los Hospitales Bases de las Redes Asistenciales y Hospitales autorizados por la Gerencia de Prestaciones Económicas, debiendo considerarse la cantidad de horas necesarias según demanda, a los profesionales que la integran, a fin de atender los requerimientos propios de la Red Asistencial.

6.2.2.1.5 La COMECI califica los expedientes de los asegurados adscritos a todos los Establecimientos de Salud de su Red Asistencial y de los pacientes referidos al Hospital Base de la Red que presenten:

- Impedimento configurado ó
- Tratamiento de larga data o de pronóstico incierto ó
- Acumulen 150 días consecutivos ó
- Acumulen 90 días no consecutivos en 365 días.

6.2.2.1.6 En caso no exista evidencia suficiente para que la COMECI califique la naturaleza de la incapacidad, se debe citar al asegurado para la evaluación correspondiente, registrando todo lo actuado y adjuntándolo al expediente clínico.

6.2.2.1.7 El Estándar promedio de producción de la COMECI es de 5 (cinco) expedientes por hora.

6.2.2.1.8 La emisión del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI**, se realiza en un plazo máximo de 7 días útiles, contados a partir de recepcionado el expediente completo por la COMECI.

6.2.2.1.9 Los integrantes de la COMECI son designados por la Gerencia/Dirección de la Red Asistencial, con una duración de tres (03) años renovables e incluye las actividades de sus integrantes de acuerdo al cargo (véase Anexo N° 6)

6.2.2.1.10 No es competencia de la COMECI pronunciarse sobre temas laborales, pensionarios u otros que no estén relacionados ni en apego a la Ley N° 26790.

6.2.2.1.11 El Gerente/Director de la Red Asistencial, es responsable de la operatividad de la **COMECI** y de la oportunidad en la emisión del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI**.

6.2.2.1.12 El Gerente/Director de la Red Asistencial, podrá de acuerdo a la demanda conformar la **COMECI** con médicos a dedicación exclusiva, pudiendo incluso previo estudio costo/beneficio, contratar el servicio con terceros.

6.2.2.2 Del proceso de la emisión del Informe de Evaluación Médica Ley 26790.

6.2.2.2.1 Informe de Evaluación Médica Ley 26790 (Anexo N° 04)

- 6.2.2.2.1.1 Es el documento registrado por el Médico, donde se determina la evolución de la enfermedad, respuesta al tratamiento, secuelas o complicaciones y el pronóstico de la enfermedad, lesión o secuela. El Médico con los datos y evidencias establece si el impedimento que ocasiona la Incapacidad, podrá estar resuelto en un periodo igual o menor al tiempo máximo reconocido por ley, es decir antes o como máximo 11 meses y 10 días (340 días), contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad.
- 6.2.2.2.1.2 Cuando el Médico Tratante configure un impedimento, ocasionado por una enfermedad, lesión o secuela irreparable o de tratamiento médico incierto y a largo plazo, es responsable de registrar en el “**Informe de Evaluación Médica Ley 26790**” (Anexo 04), los datos correspondientes, adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad y otorgando al asegurado una Constancia de Atención, a fin de justificar su absentismo laboral.
- 6.2.2.2.1.3 En caso no se encontrara disponible el Médico Tratante, el Jefe de Servicio registra en el “**Informe de Evaluación Médica Ley 26790**” (Anexo 04), los datos correspondientes, adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad.
- 6.2.2.2.1.4 El Médico de Control en los casos de validación de certificados médicos, se encarga del llenado del “**Informe de Evaluación Médica Ley 26790**” (Anexo 04), adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad.
- 6.2.2.2.1.5 Cuando la Incapacidad Temporal es Prolongada, es decir, cuando presente más de **150 días** de incapacidad consecutivos, ó más de **90 días** de incapacidad no consecutivos en un periodo de 365 días, el Médico Tratante ó el Médico de Control en la validación de los certificados médicos, debe llenar el “**Informe de Evaluación Médica Ley 26790**”.
- 6.2.2.2.1.6 El Médico Tratante que expide el CITT del asegurado que acumula los 150 días de incapacidad consecutivos, ó los 90 días de incapacidad no consecutivos en un periodo de 365 días, es el responsable del llenado del “**Informe de Evaluación Médica Ley 26790**” (Anexo 04) y de otorgar al asegurado una Constancia de Atención a fin de justificar su absentismo laboral.
- 6.2.2.2.1.7 El Médico Tratante o el Jefe de Servicio, deriva al Médico de Control del Establecimiento de Salud, el “**Informe de Evaluación Médica Ley 26790**”, adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad. El Médico de Control es el encargado de preparar el Expediente Clínico, a fin de derivarlo a la COMECI de su Red para la calificación respectiva.
- 6.2.2.2.1.8 Además podrán solicitar la calificación por la COMECI:
- El Asegurado, con solicitud dirigida al Director del Establecimiento de Salud donde se le expidió el CITT con el que acumuló los 150 días de incapacidad consecutivos, ó 90 días no consecutivos de incapacidad en un periodo de 365 días.
 - El Empleador, con solicitud dirigida al Director del Establecimiento de Salud donde se le expidió el CITT al asegurado con el que acumuló los 150 días de incapacidad consecutivos, ó 90 días no consecutivos de incapacidad en un periodo de 365 días.
 - El Jefe de la Unidad de Prestaciones Económicas (UPE), cuando detecte como parte del procedimiento de solicitud de reembolso de prestaciones económicas, a un asegurado con Incapacidad Temporal Prolongada sin evaluación por la COMECI.
 - La Gerencia de Prestaciones Económicas, cuando detecte a un asegurado con Incapacidad Temporal Prolongada sin evaluación por la COMECI.
- 6.2.2.2.1.9 El Expediente Clínico a ser enviado por el Médico de Control a la COMECI consta de la siguiente documentación:
- Reportes “Datos del Asegurado” y “Cuenta Individual” del Sistema Acredita Intranet.
 - Reporte “Cuenta Individual de Días de Incapacidad” – CIDI del Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades – SIGI.
 - Informe de Evaluación Médica Ley N° 26790 (Anexo N° 04) elaborado por el Médico Tratante ó Jefe de Servicio. En el caso que los CITT hayan sido expedidos por validación, el Médico de Control es el responsable de elaborar el Informe.
 - Copia de las evidencias médicas (ej. resultados de exámenes de laboratorio, RMN, TAC, biopsias, ecografías, etc.) que contribuyan a determinar la naturaleza de la incapacidad.
- 6.2.2.2.1.10 El Director del Establecimiento de Salud, es el responsable de tramitar oportunamente la entrega del Expediente Clínico a la COMECI de la Red Asistencial, para la calificación respectiva (Anexo N° 5).

6.2.2.3 Del proceso de la emisión del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI

- 6.2.2.3.1 El Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI** (Anexo N° 9) identificado como Formulario 8004, es el documento oficial en EsSalud, que emite la **COMECI Ley 26790**, con el

cual califica la naturaleza de la Incapacidad como: **Temporal o No Temporal**, de los asegurados regulares titulares activos, de acuerdo a la actividad laboral que realiza el trabajador con relación a su(s) empleador(es) y es válido solo para el otorgamiento de prestaciones económicas.

6.2.2.3.2 El Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI** se emite a los asegurados regulares con Impedimento configurado y/o Incapacidad Temporal Prolongada, cuando:

- a) La enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado es calificada por el Médico Tratante como irrecuperable, ó
- b) La enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado es calificada de pronóstico médico incierto, ó
- c) La enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado necesita de un tratamiento a largo plazo que supera el tiempo máximo permitido por Ley (340 días), ó
- d) Cuando el asegurado presenta 150 días de incapacidad consecutivos.
- e) Cuando el asegurado acumule 90 días de incapacidad no consecutivos en un periodo de 365 días.

6.2.2.4 Calificación de la Naturaleza de la Incapacidad:

6.2.2.4.1 La COMECI para calificar la naturaleza de la incapacidad debe tener en cuenta los documentos contenidos en el Expediente Clínico.

6.2.2.4.2 La COMECI en cumplimiento de la Ley N° 26790 que regula el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, califica a la Incapacidad, como **Temporal**, cuando la resolución de la enfermedad, lesión o secuela, es susceptible de ser tratada y recuperada en un periodo igual ó menor a 11 meses con 10 días (340 días), contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad, periodo que da derecho al goce de subsidios.

6.2.2.4.3 La COMECI en cumplimiento de la Ley N° 26790 que regula el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, califica a la Incapacidad, como **No Temporal** cuando:

- a) El asegurado presenta un impedimento configurado.
- b) El impedimento ocasionado por enfermedad, lesión o secuela es de tipo irrecuperable o requiere tratamiento por largo tiempo y su pronóstico es incierto.
- c) La resolución de la enfermedad, lesión o secuela, no es susceptible de ser tratada y recuperada en un periodo igual o menor a 11 meses con 10 días (340 días), contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad, periodo que da derecho al goce de subsidios.
- d) Los días de incapacidad temporal emitidos superan el periodo máximo de ley, 11 meses con 10 días (340 días),

6.2.2.4.4 Se considera a un impedimento como configurado, cuando cumple con los siguientes requisitos:

- a) **Es objetivo:** Debe acreditarse mediante evidencia médica, los síntomas relatados deber ser consistentes con los signos al examen físico o mental efectuado, tiene el carácter de independiente de la acción voluntaria del paciente y han sido comprobados por el examinador;
- b) **Es demostrable:** Los síntomas descritos en la anamnesis y los signos detectados en el examen deben ser coherentes con alteraciones registradas en el laboratorio, imágenes o pruebas funcionales.
- c) **Las terapias accesibles por el paciente están finalizadas:** en el entendido que la accesibilidad efectiva esté o no demostrada. La exigencia procede solamente para tratamientos, de cualquier tipo, susceptibles de mejorar el grado actual de incapacidad. El grado de adhesión a la terapia es un punto determinante para estimar configurado un impedimento, corresponderá al médico tratante evaluar si las manifestaciones observadas reflejan los efectos conocidos de los tratamientos y si corresponde medición de niveles plasmáticos.
- d) **Evolución estabilizada o en agravación:** al verificar el cumplimiento de este requisito, el médico debe tener presente que el carácter de configurado implica que se ha alcanzado la máxima respuesta al manejo médico y no se espera mejoría de la incapacidad. Cuando la evidencia establece que el impedimento sólo cursará hacia la agravación, puede estimarse configurado.
- e) **Cumple con los periodos de observación:** corresponde a los plazos establecidos, estimados en general en 6 meses de evolución estable después de un procedimiento quirúrgico, lo mismo cuando se ha efectuado rehabilitación o tratamientos farmacológicos, entendiéndose este lapso para terapias médicas catalogadas como “óptima” o “completa” en las distintas especialidades, en particular cuando los protocolos terapéuticos establecen la sustitución o adición de medicamentos de acuerdo a la respuesta observada. El progreso constante del conocimiento médico entrega al especialista la posibilidad de asegurar que sólo puedan estimarse como definitivos aquellos impedimentos cuyos tratamientos se consideran completos de acuerdo al conocimiento actual de la especialidad.

6.2.2.4.5 La COMECI utiliza el Anexo N° 8 “Formato para la calificación de la naturaleza de la incapacidad” para registrar los datos que validen la decisión tomada por el pleno.

6.2.2.5 Resultados de la calificación de la Incapacidad

6.2.2.5.1 Por Incapacidad Temporal Prolongada:

- a) Si la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determina que la incapacidad es de **naturaleza temporal**, se procede a emitir los CITT, siempre y cuando persista la incapacidad, teniendo un máximo de 340 días.
- b) Si la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determina que la incapacidad es de **naturaleza no temporal**, se emitirá el CITT, hasta un máximo de 180 días para los periodos consecutivos y no se otorgará CITT por más días, para los periodos no consecutivos.
- c) Si la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determina que **no existe incapacidad**, no se expedirá el IMECI y una copia del expediente deberá ser remitido a la Dirección del Hospital Base de la Red para la realización de la Auditoría de Certificación Médica de Incapacidad de Caso Específico por la **COMAI** correspondiente.

6.2.2.5.2 Por Impedimento Configurado:

La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determinara que la incapacidad es de **naturaleza no temporal**, emitiendo el CITT por 30 días adicionales a partir del término del periodo de incapacidad registrado en el último CITT otorgado. (Siempre y cuando no se exceda de los 180 días consecutivos).

6.2.2.6 De la expedición del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI

- 6.2.2.6.1 El Presidente de la COMECI es el responsable del registro de los datos del IMECI, en el Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades – SIGI, al finalizar cada sesión, a fin de contar con la información en tiempo real a nivel nacional. Se imprimirán, un original para el asegurado y un original conteniendo el diagnóstico en CIE 10 para Auditoría, la misma que deberá ser archivada como parte del expediente.
- 6.2.2.6.2 Se emite un Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI, para cada empleador del asegurado, de ser el caso.
- 6.2.2.6.3 Los miembros de la COMECI registran en el Libro de Actas el número, la fecha y hora de la sesión, la relación de los asegurados evaluados (Nombres, Apellidos, DNI, diagnóstico en CIE 10); así como el resultado de la calificación, consignando la firma y sello de cada uno de ellos al final de la sesión.

6.2.2.7 Situaciones Especiales de Calificación de Incapacidades

- 6.2.2.7.1 Cuando la **COMECI** detecte CITT en la que presume incumplimiento de la norma, o no estén registrados en la Cuenta Individual de Días de Incapacidad (CIDI), solicitará a la Dirección del Establecimiento de Salud, la realización de la Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidades, a la **COMAI** correspondiente.
- 6.2.2.7.2 Cuando una contingencia es configurada como laboral (Accidente de Trabajo – Enfermedad Profesional) con cobertura por el SCTR; EsSalud no tiene competencia para realizar la calificación por la COMECI. El Médico de Control del Establecimiento de Salud donde el asegurado acumule 340 días, contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad, es responsable de bloquear la expedición de más CITT.
- 6.2.2.7.3 En el caso de asegurados con Incapacidad Temporal Prolongada, a quienes se les bloqueó la expedición de CITT por estar a la espera de la evaluación por la COMECI, una vez registrado el IMECI en el Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades – SIGI, el resultado de la calificación determinara si se desbloquea o no la cuenta procediendo conforme a lo establecido en el numeral 6.2.2.5 de la presente norma.

6.2.3 CERTIFICACIONES MÉDICAS POR MATERNIDAD

6.2.3.1 Descanso Médico por Maternidad

Es el periodo que por ley corresponde a una asegurada regular titular activa para descansar por un periodo de 90 días en el caso de embarazo normal y en casos especiales como embarazo múltiple e hijos recién nacidos con Discapacidad, se extenderá el periodo a 120 días; para su certificación se utiliza el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT)

6.2.3.2 Criterios generales para la expedición del CITT en gestantes.

- 6.2.3.2.1 Toda asegurada regular gestante que solicite un Descanso por Maternidad deberá tener vínculo laboral en el mes de concepción, el mismo que se determina como el noveno mes anterior a la fecha probable de parto. En el caso de aseguradas agrarias no se le exige estar afiliadas al momento de la concepción.
- 6.2.3.2.2 Toda asegurada regular, que requiera atención médica por su embarazo, en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia de un Establecimiento de Salud, tiene derecho a que como resultado del acto médico efectuado, y encontrándose con Incapacidad Temporal, los profesionales de la salud le expidan el respectivo Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT.

6.2.3.2.3 En caso de enfermedades o daños intercurrentes que pongan en riesgo la salud de la gestante y del concebido, el profesional de la salud expide el CITT, utilizando la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”, siempre y cuando el período a otorgar no incluya los días correspondientes al período de Descanso por Maternidad.

6.2.3.2.4 En el caso de que la paciente haya sido referida para la atención del parto, el profesional del Establecimiento de Salud de Origen, está en la obligación de expedir el CITT por Maternidad, en la consulta que originó la referencia, a partir de la semana 30 de gestación.

6.2.3.2.5 Si la paciente opta por diferir la fecha de inicio del descanso por maternidad, el Médico Tratante del Establecimiento de Salud de Origen, anota en la hoja de la referencia, el número del CITT otorgado que difiere el inicio del descanso.

6.2.3.3 Criterios Técnicos para la expedición del CITT por Maternidad.

6.2.3.3.1 En caso de embarazo único (CIE 10 Z02.7), el descanso por maternidad que corresponde por ley a una asegurada regular gestante, se expide por el médico u obstetrix que regularmente controla su embarazo y se otorga por un período de 90 días. En caso de embarazo múltiple (CIE 10 O30), el CITT por maternidad solo podrá ser expedido por el médico tratante, por un período de 120 días.

Ambas situaciones deberán ser evidenciadas con los respectivos informes ecográficos.

6.2.3.3.2 El CITT por Maternidad no está regulado por las normas de Incapacidad Temporal para el trabajo.

6.2.3.3.3 La Gestante tiene derecho a que el descanso por maternidad, se inicie 45 días antes de la fecha probable de parto (FPP), pudiendo ser diferido parcial o totalmente, previo Informe del Médico Tratante que certifique que la postergación del descanso pre natal por dicho número de días no afectará de ningún modo a la trabajadora gestante o al concebido.

6.2.3.3.4 Los CITT otorgados por Incapacidad Temporal no pueden postergar el inicio del Descanso por Maternidad.

6.2.3.4 Casos Especiales

6.2.3.4.1 En los casos de **partos prematuros** se expide el CITT por Maternidad cuando el parto ocurra entre la semana 22 y 30, siempre que el recién nacido sobreviva por más de 72 horas. Situación que deberá ser evidenciada con el Informe del Médico Tratante del neonato ó Certificado de Defunción en caso de fallecimiento posterior a las 72 horas.

6.2.3.4.2 Cuando el parto se produce después de la semana 30 de gestación, el CITT es otorgado por 90 días, sobreviva o no el recién nacido.

6.2.3.4.3 Cuando se trate de **Embarazo múltiple** se expide el CITT por 120 días, aun cuando sólo sobreviva uno de los productos.

6.2.3.4.4 En el caso de **Embarazo Prolongado**, cuando el parto se produce después de la fecha probable de parto (FPP), se considera los días posteriores de la FPP hasta el día del parto, como Incapacidad Temporal (Enfermedad Común - código CIE 10 “O48.X”), debiendo otorgarse al final del período de Maternidad.

6.2.3.4.5 Cuando el producto del embarazo es un **Recién nacido con Discapacidad**, se otorga 30 días naturales adicionales, registrando el código CIE 10 “Z02.7”, siendo acreditado por el profesional de salud autorizado y en apego a la regulación y reglamento correspondiente

6.2.3.4.6 Si la trabajadora gestante opta por diferir el inicio del Descanso de Maternidad deberá comunicarlo al Médico Tratante, éste verificará y evaluará el estado de la paciente, con énfasis en las condiciones de la madre, del concebido y el trabajo habitual de la gestante, procediendo a expedir el Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad (Anexo N° 18 – Informe solo valido para EsSalud).

6.2.3.4.7 En casos excepcionales (gestante sin controles prenatales previos, no expedición oportuna de CITT por Médico Tratante o parto prematuro), en que el parto ya se ha producido y no ha sido expedido el CITT por Maternidad, el Médico de Control del Establecimiento de Salud en donde se atendió el parto, expedirá el CITT considerando la fecha del parto como la fecha de inicio del descanso, evidenciado con la copia del Certificado de Nacimiento o copia del DNI del niño.

6.2.3.4.8 En el caso que el parto se produzca antes de la fecha de inicio del Descanso por Maternidad, la asegurada, el empleador o la Unidad de Prestaciones Económicas, deberá presentar una solicitud dirigida al Director del Establecimiento de Salud ó CEVIT, que otorgó el CITT por Maternidad, adjuntando el CITT Usuario original más la copia del Certificado de Nacimiento ó la copia de la Partida de Nacimiento ó la copia del DNI del Recién Nacido, a fin de que el Médico de Control proceda a la anulación del CITT y a la expedición del nuevo CITT, registrando como fecha de inicio la fecha del parto o la fecha de ingreso al Establecimiento de Salud para la atención del parto.

6.2.4 VALIDACIÓN DE CERTIFICADOS MEDICOS

6.2.4.1 Validación del Certificado Médico.

6.2.4.1.1 Todo Certificado Médico posterior al vigésimo día de incapacidad acumulado en el año por el trabajador, y que cumpla con los requisitos respectivos; será validado procediéndose a emitir el

respectivo CITT. La presentación del expediente por el usuario deberá ser realizado dentro de los treinta (30) primeros días hábiles de emitido el Certificado Médico.

- 6.2.4.1.2** El trámite de validación del Certificado Médico, se realizará en el Establecimiento de Salud al cual está adscrito el asegurado ó en el Centro de Validación de la Incapacidad Temporal – CEVIT de la Red Asistencial, de ser el caso.
- 6.2.4.1.3** El Médico de Control es el profesional responsable y acreditado para realizar el proceso de validación de los Certificados Médicos por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT; y el plazo máximo de días para resolver esta estipulado en el TUPA vigente.
- 6.2.4.1.4** Cuando se solicite la validación de un Certificado Médico que incluya días anteriores al vigésimo primer día de incapacidad del asegurado, se entregará el (los) CITT por todo el periodo a reconocer, siempre y cuando se cumpla con todos los documentos que sustenten la incapacidad especificados en los formatos respectivos (Anexo 10, 11 y 12) y con la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”.
- 6.2.4.1.5** Cuando el Médico de Control detecte irregularidades o presuma falsedad de los documentos presentados para la validación de Certificados Médicos por el CITT, comunicará a la Dirección del Establecimiento de Salud, quien devolverá la documentación por escrito al Empleador del asegurado, comunicándole el hallazgo, para las acciones correspondientes, remitiendo una copia a la OGIT y a la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica de la Gerencia de Prestaciones Económicas.
- 6.2.4.1.6** En caso el expediente de validación haya sido observado, se le otorgará 30 días hábiles al usuario para la subsanación de las observaciones, vencido el plazo, de cumplir con los requisitos, el CEVIT resolverá emitiendo el CITT por los días de incapacidad temporal que las evidencias medicas lo justifiquen, caso contrario se notificará al usuario, devolviéndose el expediente.
- 6.2.4.1.7** Durante el proceso de Validación de Certificados Médicos no se podrá devolver por segunda vez el expediente al Usuario, considerando observaciones que en la primera devolución no se precisó.
- 6.2.4.1.8** El Medico de Control que evalúa el expediente de Validación de Certificados Médicos, valorara el contenido del documento y no la forma, pues no es facultad institucional normar los formatos a utilizar por terceros para la emisión de los Certificados Médicos.

6.2.4.2 De los documentos a presentar para la validación de Certificados Médicos en caso de Contingencias Comunes:

Todo asegurado, familiar, representante de una empresa u otro, deberá presentar el expediente para trámite de validación con los siguientes documentos foliados:

- a) Anexo N° 10 “Formulario para Trámite de Validación de Certificados Médicos por contingencias comunes” debidamente llenado y firmado.
- b) Certificado Médico, conteniendo los siguientes datos:
 - Nombres y Apellidos del paciente
 - Diagnóstico descriptivo ó en CIE 10.
 - Período de incapacidad (Fecha de inicio y de fin)
 - Fecha de otorgamiento del certificado medico.
 - Firma del profesional de la salud tratante acorde con RENIEC
 - Sello legible del profesional de la salud tratante
 - En caso haya sido emitido en el extranjero deberá estar visado o apostillado por el Consulado.
- c) En caso que el asegurado no esté afiliado a una Entidad Prestadora de Salud - EPS o Seguro Médico Particular, se adjuntara copia de los Recibos por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención medica recibida.
- d) En caso de Entidades Prestadoras de Salud - EPS o Seguros Médicos Particulares, se adjuntará la documentación que sustente la atención recibida (copia de la liquidación de gastos o copia de la pre liquidación de atención ambulatoria o copia de la orden de atención en farmacia o copia del reporte de consumo por afiliado o copia de la carta de garantía).

6.2.4.3 De los documentos adicionales a presentar para la validación de Certificados Médicos:

A los documentos del numeral 6.2.4.2, se adicionará lo siguiente, acorde con el servicio que prestó la atención:

- 6.2.4.3.1** Si la atención fue brindada por **Consulta Externa** adjuntar:
- a) Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención.
 - b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder.
- 6.2.4.3.2** Si la atención fue brindada durante la **Hospitalización**:
- a) Copia de la Epicrisis; en los casos de tratamientos quirúrgicos se adjuntará además la copia del reporte operatorio.

- b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

6.2.4.3.3 Si la atención fue brindada en el servicio de **Emergencia**:

- a) Copia de las indicaciones médicas que sustenten la atención.
b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

Nota: El Medico de Control podrá solicitar un Informe Medico, en caso de Incapacidad mayor a 20 días ó que las evidencias médicas no justifiquen el impedimento, el Informe Medico deberá contener toda la información necesaria que justifique los días de incapacidad emitidos.

6.2.4.4 De los documentos a presentar para la validación de Certificados Médicos en caso de Contingencias Laborales (Accidente de Trabajo con cobertura SCTR y Enfermedad Profesional):

Todo asegurado, familiar, representante de una empresa u otro, deberá presentar el expediente para trámite de validación con los siguientes documentos foliados:

- a) Anexo N° 11 "Formulario para Trámite de Validación de Certificados Médicos por contingencias laborales" debidamente llenado y firmado.
b) Certificado Médico, conteniendo los siguientes datos:
- Nombres y Apellidos del paciente
 - Diagnóstico descriptivo ó en CIE 10.
 - Período de incapacidad (Fecha de inicio y de fin)
 - Fecha de otorgamiento del certificado medico.
 - Firma del profesional de la salud tratante acorde con RENIEC
 - Sello legible del profesional de la salud tratante
 - En caso haya sido emitido en el extranjero deberá estar visado o apostillado por el Consulado.
- c) Copia de la póliza de afiliación al SCTR ó copia de la boleta de pago del asegurado donde se visualiza el aporte del empleador al SCTR del mes de la contingencia.
d) Copia de Notificación ó Aviso de Accidente de Trabajo debidamente registrado.
e) A partir de la segunda validación, deberá presentar la copia del formato "Solicitud de atención médica" por cada certificado médico.

A los documentos del numeral 6.2.4.4, se adicionará lo siguiente, acorde con el servicio que prestó la atención:

6.2.4.4.1 Si la atención fue brindada por **Consulta Externa** adjuntar:

- a) Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención
b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder.

6.2.4.4.2 Si la atención fue brindada durante la **Hospitalización**:

- a) Copia de la Epicrisis, en los casos de tratamientos quirúrgicos se adjuntará además la copia del reporte operatorio.
b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

6.2.4.4.3 Si la atención fue brindada en el servicio de **Emergencia**:

- a) Copia de las indicaciones médicas que sustenten la atención.
b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

Nota: El Medico de Control podrá solicitar un Informe Medico, en caso de Incapacidad mayor a 20 días ó que las evidencias médicas no justifiquen el impedimento, el Informe Medico deberá contener toda la información necesaria que justifique los días de incapacidad emitidos.

6.2.4.5 De los documentos a presentar para la validación del Certificado Médico por Maternidad:

Todo asegurado, familiar, representante de una empresa u otro, deberá presentar el expediente para trámite de validación con los siguientes documentos foliados:

- a) Anexo N° 12 "Formulario para Trámite de Validación de Certificados Médicos por Maternidad" debidamente llenado y firmado.
b) Certificado Médico, conteniendo los siguientes datos:
- Nombres y Apellidos de la paciente
 - Diagnóstico descriptivo ó en CIE 10.
 - Fecha de la Última Regla
 - Fecha Probable de Parto
 - Fecha de inicio y de fin del descanso
 - Fecha de otorgamiento

- Firma legible del profesional de la salud tratante acorde con RENIEC.
 - Sello legible del profesional de la salud tratante.
 - En caso haya sido emitido en el extranjero deberá estar visado o apostillado por el Consulado.
- c) Copia del informe ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)
- d) En caso de diferimiento en la fecha de inicio del descanso por maternidad, se adicionará la copia del Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad, emitido por el medico tratante.

6.2.4.5.1 En caso que el parto se haya producido antes de las 30 semanas de gestación (parto prematuro) y el recién nacido sobreviva por más de 72 horas, a los requisitos a) y b), se adicionará:

- Copia del Informe del Médico Tratante del neonato o copia del Certificado de Defunción en caso que el fallecimiento del neonato haya sido posterior a las 72 horas.
- Copia del último Informe ecográfico.

6.2.4.5.2 En caso la validación se realice posterior al nacimiento, a los requisitos a), b) y c), se adicionará la copia de la Partida de nacimiento o copia del DNI del Recién nacido o copia del certificado de nacimiento.

6.2.4.5.3 En caso la validación se realice por embarazo prolongado se presentaran los siguientes documentos:

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC y por el diagnóstico Embarazo Prolongado (CIE 10 O 42.X) por los días comprendidos entre la FPP y la Fecha del Parto
- Copia de Recibo por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención recibida
- En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentará copia de cualquier documento que sustente la atención recibida (Ejm: Orden de Atención en Farmacia o Reporte de Consumos por Afiliado o Pre - Liquidación Ambulatoria o Liquidación de Gastos o Carta de Garantía o Copia de la Historia Clínica).

6.2.4.5.4 En caso el Recién Nacido presente Discapacidad

- Certificado Médico expedido por el profesional de salud autorizado con firma de acuerdo a RENIEC, que certifica la discapacidad del recién nacido.

6.2.5 AUDITORIA DE CERTIFICACIONES MEDICAS DE INCAPACIDADES

6.2.5.1 Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI)

6.2.5.1.1 El Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI) estará integrado por un mínimo de tres (03) Médicos, de preferencia de las siguientes especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía y Gineco-Obstetricia), en caso no se contara con Médicos de las Especialidades señaladas anteriormente, podrá ser integrado por otras Especialidades o Médicos Generales. Los integrantes de preferencia contarán con tres años de experiencia en el ejercicio de la profesión médica y tendrán que ser capacitados en Auditoría Médica de Certificaciones Médicas por Incapacidad Temporal y Maternidad.

6.2.5.1.2 El COMAI será designado por el Director del Establecimiento de Salud mediante acto resolutivo, que tendrá una duración de tres (03) años renovable y que incluirá las actividades a desarrollar por sus integrantes, se deberá conformar en todos los Establecimientos de Salud del 2do y 3er Nivel de atención de la Red Asistencial, asignándose a cada uno de sus integrantes un mínimo de 50 horas mensuales para el desarrollo de sus actividades (Anexo N° 14).

6.2.5.1.3 En los Establecimientos de Salud del 2do nivel de atención que no cuenten con profesionales médicos suficientes para conformar el Comité, deberán enviar el Sustento Técnico de la no conformación del Comité, a la Gerencia de Prestaciones Económicas, siendo estas actividades asumidas por el Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI) del Hospital Base de la Red Asistencial.

6.2.5.1.4 La Auditoría de las Certificaciones Médicas de Incapacidades emitidas por los profesionales de la salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y de las Asociaciones Público Privadas – APP, que tengan convenios con la institución serán asumidas por el COMAI del Hospital Base de la Red Asistencial a la que pertenezcan.

6.2.5.2 Fases del proceso de Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidades:

6.2.5.2.1 Planeamiento:

La fase de planeamiento se inicia con la programación del Establecimiento de Salud a ser examinado y, dentro de ella, el área o asuntos específicos objeto de examen. El planeamiento provee una estrategia tentativa para orientar los esfuerzos de auditoría.

6.2.5.2.2 Ejecución

Con el desarrollo de la auditoría se inicia la fase de ejecución, cuyo propósito es obtener la evidencia suficiente, competente y pertinente, en relación a los asuntos o hechos evaluados.

6.2.5.2.3 Informe

El Informe representa el producto final del trabajo del auditor y en él se presentan sus observaciones, conclusiones y recomendaciones, expresadas en juicios fundamentados como consecuencia del análisis de las evidencias obtenidas durante la fase de ejecución.

En esta fase el auditor comunica a los funcionarios de la entidad objeto de la auditoría, los resultados obtenidos presentados como deficiencias significativas y las recomendaciones para promover mejoras en la ejecución de las operaciones, a fin de que se adopten medidas correctivas y se evite su ocurrencia en el futuro.

6.2.5.2.4 Seguimiento de medidas correctivas

6.2.5.2.4.1 El seguimiento de medidas correctivas se realiza con el objeto de establecer el grado de superación de las observaciones efectuadas por los auditores, así como evaluar las acciones adoptadas por la entidad auditada para implementar las recomendaciones incluidas en el informe de auditoría.

6.2.5.2.4.2 El COMAI del Establecimiento de Salud es responsable de efectuar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones formuladas en su Informe.

6.2.5.2.4.3 El Director del Establecimiento de Salud es el responsable de la implementación de las recomendaciones formuladas por la COMAI.

6.2.5.2.4.4 La retroalimentación es parte del proceso de Educación Médica Continua. Es de responsabilidad del Director del Establecimiento de Salud, remitir oportunamente los Informes de la COMAI a los profesionales y Servicios Asistenciales que resultaran auditados, a fin que se implementen las recomendaciones formuladas.

6.2.5.3 Plan Anual de Auditoría de Certificaciones Médicas por Incapacidades.

6.2.5.3.1 El Plan Anual (Anexo N° 15) deberá contener los siguientes ítems:

- a) Origen
- b) Naturaleza y Objetivos
- c) Alcance del Plan
- d) Metodología
- e) Instrumentos a utilizar
- f) Plan de Trabajo
- g) Cronograma
- h) Anexos

6.2.5.3.2 El **Plan Anual de Auditoría de Certificaciones Médicas por Incapacidades**, deberá ser enviado a la Gerencia de Prestaciones Económicas, los primeros 15 días del año en curso.

Es responsabilidad del Director del Establecimiento de Salud y del Gerente / Director de la Red Asistencial, la entrega oportuna de los Planes Anuales de Certificaciones Médicas por Incapacidades.

6.2.5.3.3 Acorde con el Plan Anual el COMAI realizará los siguientes tipos de auditoría:

- a) **Auditoría de Validación de la Certificación Médica de la Incapacidad:** Comprende la Auditoría de las Historias Clínicas y de los Expedientes Clínicos que contienen Certificaciones Médicas de la Incapacidad (CITT e IMECI) Se realizará en el 30% del tiempo programado. El Informe a presentar estará acorde a la normatividad vigente.
- b) **Auditoría de los Procesos relacionados a la Certificación Médica de la Incapacidad:** Comprende la Auditoría de las Certificaciones Médicas de Incapacidad de tipo concurrente de los procesos realizados por los Gestores de la Incapacidad. (30% del tiempo programado). El Informe a presentar estará acorde a la normatividad vigente.
- c) El 40% del tiempo programado restante, será destinado a las **Auditorías de Certificaciones Médicas de Incapacidad de Casos Específicos**, solicitados por la autoridad competente (Director del Establecimiento de Salud, Gerente/Director de la Red Asistencial, Gerencia de Prestaciones Económicas o Unidad de Prestaciones Económicas). El Informe a presentar estará acorde a la normatividad vigente.

6.2.5.3.4 Al finalizar el proceso de Auditoría, el COMAI remitirá su Informe al Director del Establecimiento de Salud, a fin de que se implementen las recomendaciones formuladas.

6.2.5.3.5 El Director del Establecimiento de Salud remitirá oportunamente el Informe al Responsable de la OGIT, quien se encargará de consolidar la información de los COMAI de la Red.

6.2.5.3.6 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad de la Red Asistencial (OGIT), remitirá de corresponder, un Informe al Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones, quien a su vez lo elevará al Gerente o Director de la Red Asistencial con copia a la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica de la Gerencia de Prestaciones Económicas.

6.2.5.4 Auditorías de Certificaciones Médicas de Incapacidad de Casos Específicos

Las Auditorías de Certificaciones Médicas de Incapacidad de Casos Específicos podrán ser realizadas de oficio por la COMAI o cuando la autoridad competente (Director del Establecimiento

de Salud, Gerente/Director de la Red Asistencial, Gerencia de Prestaciones Económicas o Unidad de Prestaciones Económicas) solicite la Auditoría de las Certificaciones Médicas de Incapacidad de un asegurado en particular.

- 6.2.5.4.1 El COMAI tendrá quince días (15) días útiles como plazo máximo para la entrega del Informe, pudiendo ser solicitado por la Gerencia de Prestaciones Económicas antes de dicho plazo, en razón de la prioridad del mismo.
- 6.2.5.4.2 Si la Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad de Caso Específico, involucra a (02) dos ó más Establecimientos de Salud de la misma Red Asistencial, el Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI) de la Red Asistencial (Hospital Base), asumirá la responsabilidad de realizar la Auditoría.
- 6.2.5.4.3 En caso la Gerencia de Prestaciones Económicas considere que el Informe no se ajusta a la norma, podrá solicitar una nueva auditoría al COMAI del Hospital Base de Red, teniendo como plazo máximo quince (15) días útiles para entregar el Informe de auditoría de certificaciones médicas y si aún así persiste tal situación podrá solicitar la ejecución de la Auditoría de certificaciones médicas de Incapacidad de Casos Específico, al Comité Médico de Auditoría de Incapacidades de la Gerencia de Prestaciones Económicas, teniendo como plazo máximo quince (15) días útiles para entregar el Informe de Auditoría de certificaciones médicas de Incapacidad de Casos Específico.
- 6.2.5.4.4 Los Informes de Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad, así como los documentos de trabajo respecto a los mismos, son considerados información confidencial de la entidad.

6.2.6 INOBSERVANCIA NORMATIVA

- 6.2.6.1 La inobservancia a las disposiciones contenidas en la presente normativa que conlleve a perjuicio institucional, derivara en responsabilidad administrativa disciplinaria del personal involucrado, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que pudieran acarrear.
- 6.2.6.2 En los casos de certificaciones médicas (CITT – IMECI) observadas y como resultado de las Auditorías de Certificaciones Médicas de Incapacidad realizadas, el Director del Establecimiento de Salud auditado, evaluará e implementará las acciones correctivas y administrativas correspondientes, remitiendo un informe a la Gerencia/Dirección de la Red con copia a la Gerencia de Prestaciones Económicas.
- 6.2.6.3 En caso se compruebe una inobservancia de la presente normativa y/o inconducta funcional en algún personal de la salud, vinculado a la expedición de certificaciones médicas, la máxima autoridad de la Red Asistencial iniciará y ejecutará las acciones administrativas, a través del órgano institucional competente de su Red Asistencial (Asesoría Legal, Oficina de Recursos Humanos u Órgano de Control Interno según corresponda), comunicando lo actuado a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales.

6.2.7 RECLAMOS Y RESOLUCION DE RECURSOS

- 6.2.7.1 En caso de insatisfacción o disconformidad del usuario con respecto a los servicios brindados por la Institución, se deberá cumplir con poner a disposición del interesado, el Libro de Reclamaciones y proceder de acuerdo con la Directiva N° 02-DA-PE-ESSALUD-2012, "Normas para la Implementación, Funcionamiento y Supervisión del Libro de Reclamaciones en el Seguro Social de Salud – EsSalud".
- 6.2.7.2 En caso de recursos administrativos de reconsideración, apelación y revisión, se realizara de acuerdo a lo estipulado en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Seguro Social de Salud – EsSalud, vigente.
- 6.2.7.3 Los actos médicos consignados en las Certificaciones Médicas de Incapacidades (CITT e IMECI), no se consideran actos administrativos, por lo tanto no son aplicables los recursos administrativos de reconsideración, apelación y revisión.

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

Accreditación de los Gestores de Incapacidad: Acto resolutivo ó documento formal emitido por la Gerencia / Dirección de la Red Asistencial o Director del Establecimiento de Salud, a los profesionales médicos para realizar las actividades de Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), Médico de Control, integrante de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades o integrante del Comité Médico de Auditoría de Incapacidades.

Acto Médico: Conjunto de acciones o disposiciones que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica y en cumplimiento estricto de sus deberes y funciones. Han de entenderse por tal los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico, en la atención integral de los pacientes. El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y comprende los registros de obligación institucional a fin de ser susceptible de auditorías internas y externas del Acto del Profesional de Salud.

Accidente: Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Accidente y Enfermedad Común: Todo accidente que no sea calificado como accidente de trabajo con arreglo a las normas del Decreto Supremo N° 003-98-SA, así como toda enfermedad que no merezca la calificación de

enfermedad profesional; serán tratados como accidente o enfermedad comunes sujetos al régimen general del Seguro Social de Salud y el sistema pensionario al que se encuentra afiliado el trabajador.

Accidente de Tránsito: Es el que ocurre sobre la vía y se presenta súbita e inesperadamente, determinado por condiciones y actos irresponsables potencialmente previsibles, atribuidos a factores humanos, vehículos preponderantemente automotores, condiciones climatológicas, señalización y caminos, los cuales ocasionan pérdidas prematuras de vidas humanas y/o lesiones, así como secuelas físicas o psicológicas, perjuicios materiales y daños a terceros.

Accidente de Trabajo sin cobertura SCTR: Es el que ocurre en las instalaciones del centro de trabajo a consecuencia de las labores para las que fue contratado el trabajador, pero que no cuentan con cobertura SCTR.

Accidente de Trabajo con cobertura SCTR: Toda lesión corporal (lesión orgánica o perturbación funcional) producida en el centro de trabajo de una empresa de alto riesgo (Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA) o en ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador causada por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta,

Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad: Análisis crítico y sistemático de la calidad del proceso de certificación médica (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT y del Informe Médico de Incapacidad – IMECI) expedidos por los profesionales de la salud autorizados de las Redes Asistenciales, expresado a través de un Informe que establece hallazgos, conclusiones y recomendaciones de orden científico técnico, absteniéndose de formular juicios de valor sobre la actuación de los profesionales de la salud. Los tipos de Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad son: Auditoría de Validación de la Certificación Médica de la Incapacidad, Auditoría de los Procesos relacionados a la Certificación Médica de la Incapacidad y la Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad de Casos Específicos.

Auditoría de Validación de la Certificación Médica de la Incapacidad: Es aquella Auditoría de Certificaciones Médicas que abarca una muestra representativa del universo de certificaciones médicas emitidas en el Establecimiento de Salud o CEVIT durante un período determinado. La Validación de la Certificación Médica de la Incapacidad es el proceso de revisión crítica y sistemática del acto médico, de la emisión de las Certificaciones Médicas de Incapacidad (CITT e IMECI), el cual se encuentra sustentado en la Historia Clínica o Expediente Médico de Validación, contrastando el acto médico realizado, con criterios (estándares), normativas, permitiendo la evaluación del desempeño profesional y la identificación de oportunidades de mejora.

Autoridad Competente: Son considerados autoridades competentes: La Gerencia de Prestaciones Económicas, Las Unidades de Prestaciones Económicas, la Gerencia o Dirección de la Red Asistencial, el Director del Establecimiento de Salud.

Capacidad Laboral: Es la capacidad que se adquiere sobre la base de conocimientos, destrezas o habilidades que permiten desarrollar sin impedimento un trabajo, profesión u oficio.

Centro de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT): Oficina que permite concentrar y racionalizar recursos en una Red Asistencial, supliendo el déficit de médicos de control y lugares donde se debe realizar el procedimiento de validación del Certificado Médico por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT. Atiende el requerimiento de los asegurados, empresas o instituciones que necesiten validaciones de certificados médicos en grupo o individual, lo cual constituye una oferta de servicios adicional a la que se realiza en los establecimientos de salud.

Certificaciones Médicas vinculadas a una prestación económica en EsSalud: Las certificaciones médicas en EsSalud vinculadas a una prestación económica son: el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, Descanso por Maternidad y el Informe Médico de Evaluación y Calificación de la Incapacidad – IMECI.

Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT): Documento oficial por el cual se hace constar el tipo de contingencia y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o maternidad. Este documento es expedido obligatoriamente por el profesional de la salud de la Institución y la información del mismo debe estar registrada en la historia clínica del asegurado.

Certificado Médico (CM): Documento que expiden los médicos después de una prestación y a solicitud del paciente. Pretende informar de los diagnósticos, tratamiento y periodo de descanso físico necesario. El Certificado Médico no suele hacer constancia de las limitaciones que la enfermedad genera en el cumplimiento de las actividades laborales. Se incluyen los Certificados Médicos otorgados por los Programas de Atención Ambulatoria Descentralizadas (PAAD).

Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI): Conjunto de profesionales médicos acreditados, que tienen como actividades auditar los CITT e IMECI emitidos, contemplando aspectos técnicos y administrativos del acto médico.

Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI): Conjunto de profesionales médicos acreditados, encargados de determinar la naturaleza de la incapacidad, para que el asegurado pueda recibir subsidios por el periodo que señala la Ley N° 26790.

Contingencias Comunes: Eventualidades o riesgos derivados de toda actividad distinta a la propiamente laboral por los que existe la obligación de cotizar a la Seguridad Social y el derecho a percibir la oportuna prestación en caso de producirse. Se reconoce como tales: Enfermedad Común, Accidente Común, Accidente de Tránsito, Accidente de Trabajo sin cobertura SCTR y Maternidad.

Contingencias Laborales: Eventualidades o riesgos profesionales derivados de la actividad laboral por las que existe la obligación de cotizar a la Seguridad Social y el derecho a percibir la oportuna prestación en caso de producirse. Se reconoce como tales: Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales, con derecho a cobertura por el SCTR.

Condición de trabajo: Característica de un puesto de trabajo con influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador.

Cuenta Individual de Días de Incapacidad (CIDI): Es el reporte del acumulado de días de incapacidad otorgados al asegurado.

Daño Corporal: Es la pérdida de la capacidad fisiológica o funcional del trabajador que queda como producto de un siniestro común o laboral y es estimable de valoración.

Descanso Médico: Período de descanso físico o mental prescrito por el médico tratante, necesario para que el paciente logre una recuperación física y mental que le permita su recuperación total, no significa incapacidad para el trabajo.

Descanso por Maternidad: Derecho de la trabajadora gestante a gozar de noventa días de descanso, pudiendo éstos, distribuirse en los periodos inmediatamente anteriores o posteriores a la fecha probable de parto, conforme lo elija la madre y de acuerdo a ley.

Emergencia: Toda alteración o compromiso del estado de salud de una persona, que se presente súbitamente y ponga en peligro la vida o el funcionamiento de órganos o sistemas vitales.

Enfermedad Profesional: Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que trabaja.

Evaluación Médica: Es el acto médico realizado por el médico general, y especialista de acuerdo a cada caso en particular, que permite configurar un impedimento y relacionarlo a riesgos de tipo común o laboral con la finalidad de evaluar la capacidad física, funcional y mental, debe estar registrado en la Historia Clínica.

Evaluación de la Incapacidad Laboral: Valorar la capacidad laboral relacionada al Trabajo Habitual del asegurado.

Expediente Médico de Validación: Documento técnico médico, único por asegurado que contiene el conjunto de evidencias escritas, gráficas, de imágenes o de cualquier otra índole, que el asegurado alcanza a ESSALUD para el otorgamiento del CITT por Validación del Certificado Médico, y las evidencias del acto de validación/certificación realizadas por el Médico de Control de dicha documentación.

Gestión de Incapacidades: Es toda diligencia conducente a la administración de una situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico a fin de otorgar certificaciones médicas de manera eficiente y oportuna que da derecho a una prestación de la seguridad social con cobertura de acuerdo a ley.

Gestor de la Incapacidad: Término con el que se designa a los Médicos de Control, a los miembros de las Comisiones Médicas Calificadoras de Incapacidades (COMECI), a los miembros de los Comités Médicos de Auditoría de Incapacidades (COMAI) y a los Responsables de las Oficinas de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT).

Historia Clínica: Documento médico legal, obligatorio y confidencial, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por ley.

Incapacidad: Es el producto de una restricción anatómica, fisiológica o psicológica (impedimento) con ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que considera normal para el individuo, de causa común o laboral, demostrable por técnicas adecuadas y evidenciables desde el punto de vista clínico, de exámenes o procedimientos de ayuda al diagnóstico u otros estudios. Puede ser valorada por su frecuencia e intensidad. Así mismo, es una contingencia protegida que indica carencia de la capacidad laboral y que se regula por normatividad específica de seguridad social o de sistemas previsionales y que tiene repercusión económica y laboral.

Incapacidad Temporal (IT): Es la situación del paciente, que como consecuencia de su enfermedad o accidente, presenta limitaciones funcionales, **presumiblemente reversibles**, que le impiden ejecutar las tareas propias de su profesión y/o que el desempeño de tales tareas repercutiría negativamente en la evolución favorable de su patología; susceptible de ser tratada y recuperada en un periodo igual o menor a 340 días (11 meses con 10 días) consecutivos o no consecutivos. Su certificación es la consecuencia de un acto médico y por tanto es considerada como una prescripción médica. Es decir, consideramos la IT como parte del tratamiento que recibe el trabajador de su médico tratante.

Incapacidad Temporal Prolongada: Cuando el asegurado presenta 150 días consecutivos o 90 días no consecutivos de incapacidad en un periodo de 365 días

Incapacidad No Temporal: Cuando existe evidencia indubitable que la enfermedad o lesión no podrá ser resuelta en un periodo igual o menor a 340 días.

Impedimento: Es la alteración física/mental, anomalía anatómica o pérdida de la capacidad funcional que afecte al asegurado en el desempeño de su trabajo habitual, como resultado de una enfermedad, lesión o secuela.

Impedimento configurado: Impedimento que cumple con 5 requisitos: Es objetivo según los conocimientos médicos actualizados; Es demostrable por medios clínicos de laboratorio, pruebas funcionales o imagenología; Las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas accesibles se cumplen o están finalizadas; La evolución según la probabilidad médica se ha estabilizado o en agravación y no existe en el estado actual tratamientos accesibles que revertan la condición y; Los periodos de observación clínica indicados están cumplidos. Harán excepción de esto, aquellos impedimentos cuyo curso clínico sea objetivamente irremediable.

Informe Médico de Calificación de la Incapacidad (IMECI): Documento por el cual se hace constar la naturaleza de la incapacidad del asegurado con incapacidad temporal prolongada, impedimento configurado o pronóstico incierto pudiendo ser de Naturaleza Temporal o No Temporal, según pueda ser resuelta o no en los plazos que la Ley establece.

Informe Médico de Postergación del Descanso de Maternidad: Documento por el cual el médico tratante certifica que de continuar las condiciones clínicas existentes, la postergación del descanso prenatal no afectaría en modo alguno a la trabajadora gestante o al concebido.

Médico de Control: Profesional Médico autorizado y acreditado que realiza actividades de evaluación y control relacionados a la expedición de CITT en su Establecimiento de Salud, regularización de CITT, así como la evaluación, validación del Certificado Médico del asegurado, con derecho al pago de subsidios.

Microprocesos: Con este término se hace referencia a los procesos relacionados a la emisión de CITT, al traslado del asegurado a la COMECI y su posterior calificación, a las Auditorías realizadas por el COMAI y la Validación de Certificados Médicos por el CITT.

Naturaleza de la Incapacidad: Está referida a determinar el tiempo que dura la carencia de capacidad laboral, mide el pronóstico y recuperabilidad de la misma, pudiendo ser Temporal o No Temporal.

Oficina de la Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT): Es la Oficina encargada de cumplir con el rol de articular, integrar y mejorar el trabajo de los Gestores de la Incapacidad a través de: la **Gestión del riesgo**, (supervisando, controlando y auditando el manejo de las Certificaciones Médicas vinculadas a las prestaciones económicas), y la **Gestión de la cobertura**, (controlando el otorgamiento de los Días de incapacidad temporal y los subsidios), contribuyendo a disminuir el gasto institucional.

Plan Anual de Auditoría de Certificaciones Médicas por Incapacidades: Plan elaborado por el COMAI del Establecimiento de Salud – EE.SS, que incluye: origen, naturaleza, objetivos, alcance, metodología, instrumentos, plan de trabajo y cronograma; debiendo contener los siguientes tipos de auditoría: Auditoría de Validación de la Certificación Médica de la Incapacidad y Auditoría de los Procesos relacionados a la Certificación Médica de la Incapacidad, debiendo ser aprobado por la Dirección del Establecimiento de Salud para su cumplimiento.

Severidad de la enfermedad o daño: Grado en el que la enfermedad o daño ocasiona limitación de la función (física y/o mental) en el asegurado en correlación con el tipo de trabajo que desempeña.

Sistema de Gestión de la Incapacidad Temporal: Sistema que permite integrar y articular los procesos, procedimientos y actividades de la Gestión de la Incapacidad Temporal, buscando el sinergismo entre los Gestores, privilegiando la Gestión Clínica, Administrativa y de Seguridad Social orientada a resultados, posibilitando la realización de actividades productivas de servicios; para el perfeccionamiento de estas actividades y el mejoramiento de la competitividad.

Trabajo Habitual: Es la labor remunerada a la cual comúnmente se dedica el asegurado, cuyo desarrollo puede verse afectado como consecuencia de alguna contingencia (enfermedad, accidente o maternidad).

Tratamiento y/o Procedimientos: Son todas las medidas, medios, productos y actividades dirigidas al estudio o resolución del daño que pueden influir en la aptitud o capacidad del trabajador para cumplir con su labor.

Validación de Certificado Médico: Acto realizado por el Médico de Control que consiste en validar el Certificado Médico expedido en el país o en el extranjero, a fin de otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, previa evaluación de las evidencias médicas y documentarias que sustenten dicho certificado y considerando los Criterios Técnicos contenidos en la Guía de Calificación de la Incapacidad. (Anteriormente llamado canje)

Validación de CITT: Actividad realizada por el Médico de Control que consiste en verificar el registro del CITT en la historia clínica y los sistemas informáticos del Establecimiento de Salud, contrastándolos con el correcto uso de las normativas institucionales vigentes.

VIII. ANEXOS

- ANEXO N° 1: Flujograma para la evaluación, calificación de los DIT y emisión del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT.
- ANEXO N° 2: Modelo de Resolución de Designación del Médico de Control.
- ANEXO N° 3: Actividades del Médico de Control.
- ANEXO N° 4: Informe de Evaluación Médica – Ley 26790.
- ANEXO N° 5: Flujograma para la evaluación, calificación y certificación de la naturaleza de la incapacidad.
- ANEXO N° 6: Modelo de Resolución de Designación de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI).
- ANEXO N° 7: Actividades de la COMECI – Ley 26790.
- ANEXO N° 8: Formato para la calificación de la naturaleza de la incapacidad.
- ANEXO N° 9: Informe Médico de Calificación de la Incapacidad (IMECI) – Ley 26790.
- ANEXO N° 10: Formulario para el Trámite de validación de Certificado Médico por contingencia común.
- ANEXO N° 11: Formulario para el Trámite de validación de Certificado Médico por contingencia laboral.
- ANEXO N° 12: Formulario para el Trámite de validación de Certificado Médico por Maternidad.
- ANEXO N° 13: Modelo de Resolución de Designación del Comité Médico de Auditoría de Incapacidades - COMAI.
- ANEXO N° 14: Actividades del Comité de Auditoría de Incapacidades - COMAI.
- ANEXO N° 15: Plan Anual de Auditoría de Certificaciones Médicas por Incapacidades.
- ANEXO N° 16: Indicadores de Prestaciones Económicas.
- ANEXO N° 17: Estándares para los Gestores de la Incapacidad.
- ANEXO N° 18: Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad.
- ANEXO N° 19: Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal.

ANEXO N° 4

INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICA - LEY 26790

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

FECHA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autogenerado	Documento de Identidad	Género	Edad
<input type="text"/>	DNI <input type="checkbox"/> C.Extranjería <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

II. DATOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN

Historia Clínica	Establecimiento de Salud	Red Asistencial
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tiempo de Incapacidad	Trabajo Habitual
Días Consecutivos <input type="text"/> Días No Consecutivos <input type="text"/>	<input type="text"/>

Resumen de la Historia Clínica

.....

.....

.....

.....

.....

Exámenes de Ayuda al Diagnóstico

.....

.....

.....

Tratamiento

.....

.....

.....

III. DIAGNÓSTICOS

<input type="text"/>	CIE 10
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. SECUELAS Y COMPLICACIONES

<input type="text"/>	CIE 10
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. PRONÓSTICO

Recuperable en 340 días consecutivos SI NO

VI. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Firma y Sello

ANEXO N° 11

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO POR CONTINGENCIA LABORAL

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

FECHA

NIT

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Documento de Identidad

Género

Edad

DNI

C.Extranjería

N°

M

F

Trabajo Habitual (especificar ocupación)

Empleador

II. CONTINGENCIA

Accidente de Trabajo con SCTR

Enfermedad Profesional

III. PERÍODO A VALIDAR

Del

Al

Total de días

IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR

- 1 Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si este ha sido otorgado en el extranjero.
- 2 Copia de la póliza de afiliación al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo-SCTR o copia de la boleta de pago del asegurado donde se visualiza el aporte del empleador del mes de la contingencia
- 3 Copia de Aviso de Accidente de Trabajo debidamente registrado (Datos del Trabajador Accidentado, Datos de la Entidad Empleadora, Datos del Accidente y Certificación Médica de la primo atención)
- 4 Copia del Formato "Solicitud de Atención Médica" de la fecha de la atención, a partir de la segunda validación
- 5 Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención
- 6 Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, si fuera el caso
- 7 Copia de los resultados de diagnóstico por imágenes, si fuera el caso
- 8 Copia del Informe Médico (que incluya resumen de la historia clínica, resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, tratamiento, diagnósticos y pronóstico) cuando la incapacidad supere los 20 días o cuando las evidencias presentadas no sustenten el impedimento
- 9 Copia del Reporte Operatorio en el caso de intervenciones quirúrgicas
- 10 Copia de la Epicrisis en el caso de Hospitalizaciones

V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE

Apellidos y Nombres

Documento de Identidad

DNI

C.Extranjería

Dirección

Teléfonos

Correo electrónico

Total de folios

FIRMA

ANEXO N° 12

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO POR MATERNIDAD

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documento de Identidad													
DNI	<input type="text"/>	C.Extranjería	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	Género	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabajo Habitual (especificar ocupación)						Empleador							
<input type="text"/>						<input type="text"/>							
<input type="text"/>						<input type="text"/>							
<input type="text"/>						<input type="text"/>							

II. CONTINGENCIA MATERNIDAD

Embarazo Único	<input type="checkbox"/>	Embarazo Múltiple	<input type="checkbox"/>	Embarazo Prolongado	<input type="checkbox"/>	Recién Nacido con Discapacidad	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------

III. PERÍODO A VALIDAR

Del	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total de días	<input type="text"/>
-----	----------------------	----------------------	----------------------	----	----------------------	----------------------	----------------------	---------------	----------------------

IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR

En caso de Embarazo unico o multiple:

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del Informe Ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)

En caso de diferimiento del inicio del Descanso por Maternidad

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del Informe Ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)
- Copia del Informe de Postergación del Descanso por Maternidad

En caso el parto se haya producido antes de las 30 sem de gestación y el recién nacido haya sobrevivido más de 72 hrs

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del informe del médico tratante del neonato que permita verificar la sobrevivencia mayor a 72 horas o copia del Certificado de Defunción en caso de fallecimiento del neonato posterior a las 72 horas.
- Copia del ultimo informe ecográfico.

En caso de Embarazo Prolongado (el parto se haya producido después de la Fecha Probable de Parto - FPP)

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC y por el diagnóstico Embarazo Prolongado (CIE 10 O 42.X) por los días comprendidos entre la FPP y la Fecha del Parto
- Copia de Recibo por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención recibida
- En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentará copia de cualquier documento que sustente la atención recibida (Ejm: Orden de Atención en Farmacia o Reporte de Consumos por Afiliado o Pre - Liquidación Ambulatoria o Liquidación de Gastos o Carta de Garantía o Copia de la Historia Clínica)

En caso el Recién Nacido presente Discapacidad

- Certificado Médico expedido por el profesional autorizado con firma de acuerdo a RENIEC que certifica la discapacidad del recién nacido

En caso se solicite la validación en fecha posterior a la fecha del parto

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del Informe Ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)
- Copia del Certificado de Nacimiento o de la Partida de Nacimiento o del DNI del Recien Nacido

V DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE

Apellidos y Nombres		Documento de Identidad	
<input type="text"/>		DNI	<input type="text"/>
		C.Extranjería	<input type="text"/>
Dirección	Teléfonos	Correo electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Total de folios	<input type="text"/>		

FIRMA

ANEXO N° 18

INFORME MÉDICO DE POSTERGACIÓN DEL DESCANSO POR MATERNIDAD

Establecimiento de Salud	Red Asistencial	Fecha	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombres y Apellidos del Médico Tratante		CMP	RNE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres y Apellidos de la Asegurada	Documento de Identidad		
<input type="text"/>	DNI <input type="checkbox"/>	C.Extranjería <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

CONDICIONES DE LA GESTACIÓN

Fórmula Gestacional FUR FPP EG sem

CPN Fecha de Inicio Psicoprofilaxis del Parto SI NO

Altura Uterina Canal Vaginal

Placenta Posición Estadio

Antecedentes Patológicos y Obstétricos

.....

.....

.....

CONDICIONES DEL PRODUCTO

Gestación Única SI NO Gestación Múltiple SI NO N° Fetos

Posición Peso Latidos Fetales

Morfología

.....

.....

Conclusión

.....

.....

CONDICIONES LABORALES

Trabajo Habitual Empleador

Riesgos Laborales SI NO Adaptación al Trabajo SI NO

El Médico que suscribe hace constar que ha evaluado a la asegurada de la referencia, siendo las condiciones de la gestación y del producto, que permiten una adaptación plena a su trabajo habitual; por lo que autoriza a diferir el inicio del período de Descanso por Maternidad hasta el

FIRMA Y SELLO

Firma y Sello