

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA FACULTAD DE
MEDICINA Y PSICOLOGIA.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA.
UNIDAD DE MEDICINA NUMERO 27.



EXPEDICION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR RIESGO DE
TRABAJO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y UN HOSPITAL
REGIONAL DEL IMSS EN TIJUANA BAJA CALIFORNIA NORTE

TESIS PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

NOEL SANTOS CALDERA

EXPEDICION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR RIESGO DE TRABAJO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y UN HOSPITAL REGIONAL DEL IMSS EN TIJUANA BAJA CALIFORNIA NORTE.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA NORTE



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
ESTUDIOS DE POSTGRADO

EXPEDICION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR RIESGO DE TRABAJO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y UN HOSPITAL REGIONAL DEL IMSS EN TIJUANA BAJA CALIFORNIA NORTE

TESIS PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

NOEL SANTOS CALDERA

TIJUANA, B. C. N.

2015

EXPEDICION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR RIESGO DE
TRABAJO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y UN HOSPITAL
REGIONAL DEL IMSS EN TIJUANA BAJA CALIFORNIA NORTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

NOEL SANTOS CALDERA

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE CAMACHO ROMO

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.27, TIJUANA, B.C.

ASESORES

DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS.

DRA. MARIA DE LOS ANGELES COLIN GARCIA.

DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

Tijuana, Baja California, a 30 de Noviembre del 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Expedición de incapacidades prolongadas por Riesgo de Trabajo de una Unidad de Medicina Familiar y un Hospital Regional del IMSS en Tijuana Baja California Norte" elaborada por **Noel Santos Caldera**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo.
Sinodal

C.c.p. Archivo


Tijuana, Baja California, a 30 de Noviembre del 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Expedición de incapacidades prolongadas por Riesgo de Trabajo de una Unidad de Medicina Familiar y un Hospital Regional del IMSS en Tijuana Baja California Norte" elaborada por **Noel Santos Caldera**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. María de los Angeles Colín García.
Sinodal

C.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

- A mi madre por haberme dado la vida, su cariño por todas sus motivaciones en mi formación como médico.
- A mi esposa María de la Luz Zavala Ibarra por toda su amor, comprensión y apoyo para mi desarrollo profesional estando tan lejos, por los buenos y malos momentos que hemos compartido, con todo mi cariño.
- A mis hijas Jessica Itzel y Angélica Lizeth por no tener mi cariño y convivencia de manera directa durante esta etapa tan importante para ellas.
- A mis hermanos José Ángel, Gerardo, Lourdes, que gracias a ellos pude tener solvencia económica para cursar mi carrera.
- A la Dra. María Cecilia Anzaldo Campos y al Dr. Manuel Enrique Acosta Meza Núñez por su humildad, su ayuda, su tiempo tan valioso que me dedicaron, a sabiendas de sus múltiples ocupaciones por todas las facilidades otorgadas incondicionales para la realización de mi estudio de manera muy especial..
- Al Dr. Juan José Camacho Romo por su contribución como maestro y coordinador de la especialidad y por compartir con todos mis compañeros su acervo cultural.

INDICE GENERAL:

Antecedentes.....

Planteamiento del problema.....

Justificación.....

Objetivos.....

Metodología.....

Resultados.....

Discusión.....

Conclusiones.....

Referencias Bibliográficas.....

ANTECEDENTES:

La salud, entendida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo como la ausencia de enfermedad, tal como recoge el preámbulo del acta constitución de

la Organización Mundial de la Salud (OMS). Recientemente, la misma OMS en su 30va. Asamblea Mundial de la Salud de 1977 ha reformulado su concepto de salud al plantear como meta que para el año 2000 que todos los ciudadanos alcancen un estado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva⁽¹⁾

El trabajo surge desde el inicio del hombre, para cubrir las necesidades de proveerse de alimentos y medios de subsistencia, también determino la existencia de accidentes o enfermedades con motivo de su actividad laboral.⁽²⁾

El Término Incapacidad es la situación en la cual el trabajador tiene que interrumpir su trabajo por causa de enfermedad o accidente (Incapacidades laborales capítulo 6 de la Ley federal del trabajo) Se define incapacidad prolongada por accidente de trabajo y riesgo de trabajo a la que rebasa los tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones.⁽⁷⁾

En el ámbito mundial las incapacidades prolongadas constituyen un problema por los costos que generan a la seguridad social. Se sabe que el desfinanciamiento de la seguridad social tiene su origen, entre otras causas, en el impacto del pago de las incapacidades (Reingeniería 1).

De acuerdo con The Medical Disability Advisor (MDA) es toda aquella que rebasa la naturaleza de la enfermedad, haciendo alusión a los cuadros de pautas que proporcionan el tiempo de recuperación mínimo, óptimo y máximo según la clasificación del trabajo, las cuales corresponden a las clasificaciones de Strength factor descritas en el Dictionary of Occupational Titles del United States Department of Labor, refiriéndose al trabajo sedentario, ligero, medio, pesado y muy pesado.⁽⁸⁾

En el Diario Oficial del 10 de Enero de 1943 se publicó la ley del seguro social, firmada por el presidente de la República, Manuel Ávila Camacho. La ley señalaba que el IMSS era un organismo descentralizado, con personalidad jurídica propia, sostenido

económicamente por el estado, lo patrones y los empleados. ⁽³⁾

En el Art. 41 de la ley del Seguro Social, los Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo. En el Art. 42, se considera accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste. También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador, directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél. ⁽⁴⁾

En el Art. 8 de la Ley Federal del Trabajo, Trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado. Para los efectos de esta disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio.

En el Título Noveno de Riesgos de trabajo, las disposiciones se aplican a todas las relaciones de trabajo, incluidos los trabajos especiales, con la limitación consignada en el artículo 352.

En el Artículo 473, los Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

En el Artículo 474 Accidente de Trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste. Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél. Artículo 475. ⁽⁵⁾

Es de tal manera importante la industrialización de un país en relación con aparición de enfermedades y accidentes profesionales, que en México, el IMSS en el años de 1972 registró entre cerca de 3 000 000 de trabajadores asegurados, 330 000 accidentes y enfermedades de trabajo, que corresponden al 1.53% de los trabajadores, en otras palabras, de cada 1000 trabajadores, 15 se accidentan o enferman cada año, y de estos; una cifra cercana al 2% en números redondos perecen por accidentes de trabajo o a consecuencia de una enfermedad profesional.

Los efectos económicos de tales siniestros fueron en el mismo año de 1972 de 5,593 000 000 de pesos, lo que significa aproximadamente el 10 % de la asignación presupuestal del gobierno federal en el mismo año(15)

De acuerdo al informe del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el año 2002 se encontraban inscritos 804,389 patrones, con 12'112,405 trabajadores en la República Mexicana. En ellos se documentaron 387,806 riesgos de trabajo, con una tasa de incidencia de 3.2 riesgos por cada 100 trabajadores.

Con respecto a la tasa de incapacidad parcial y permanente para el trabajo, esta se encontró en 1.7 por 1000 trabajadores, habiéndose realizado 20,427 dictámenes.

Las defunciones ocurridas fueron 1,361 con una tasa de 1.1 por cada 10,000 trabajadores con una ocurrencia de 3.7 defunciones por día.

En relación a Invalidez, la tasa por 1000 trabajadores se encuentra en 1.3 por 1000 asegurados con un total de 16,252 dictámenes autorizados.

En el IMSS, el seguro de riesgos de trabajo (que incluye accidentes y enfermedades) garantiza la atención médica, el pago de días de incapacidad temporal que contempla 100% del salario de cotización desde el primer día del siniestro hasta por 365 días, dependiendo de la naturaleza de la lesión, y en caso de sufrir alguna pérdida orgánica o funcional otorga la indemnización correspondiente de acuerdo con la Ley Federal del

Trabajo, ya sea en forma de pago global o pensión.⁽¹¹⁾

El ausentismo en el Instituto se divide en programado y no programado. El primero se sujeta a la programación de las ausencias generadas por vacaciones, licencias, comisiones y becas, y permite implementar acciones para su cobertura.

La ausencia de trabajadores del Instituto a sus respectivos centros de trabajo al término del año 2000 representó en promedio el equivalente de 21,713 plazas. Las acciones realizadas durante los últimos cincuenta y dos meses, han permitido incorporar gradualmente a los servicios institucionales a 9,928 plazas, es decir 1,722 menos que al cierre del ejercicio 2004, representando un ausentismo de 11,785 plazas al primer cuatrimestre de 2005.

El ausentismo no programado por tipo de incidencia y delegación, las diferencias son muy importantes entre ellas, en cuanto a riesgos de trabajo a una tasa de 0.24 % a nivel nacional y en Baja California con una tasa de 0.28, Cabe resaltar que el personal de base es quien incide con mayor número de ausencias al intervenir con 12,599 plazas al día sin ocupante titular, las cuales en términos porcentuales equivalen al 93.27 por ciento del total, a pesar de que este personal solo representa el 81.04 por ciento de la plantilla total del Instituto. Los días de incapacidad promedio por el ramo de riesgo de trabajo en trabajadores no IMSS con una tasa de 0.59%, trabajadores IMSS contrastando con una tasa de 0.87% lo anterior a nivel Nacional. Con la finalidad de disminuir el ausentismo no programado, el Instituto ha implantado los Comités Mixtos Delegacionales, así como el Programa para la Mejora de los Procesos de Subsidios. Ello ha permitido que el índice promedio nacional de 9.07 por ciento registrado en 1992 se reduzca a 4.30 por ciento promedio al término del ejercicio 2004.

Las principales causas que motivaron la invalidéz fueron: Diabetes mellitus 14%, neoplasia 11.1%, Dorsopatías 10.8%, Artropatías 8.1% e Insuficiencia Renal Crónica 6.5% ⁽⁷⁾

Lo anterior contrasta con las causas de mortalidad en México, que para el año 2000, reportaban las autoridades sanitarias en el orden siguiente: enfermedades del corazón 15.6%, Neoplasias 12.1%, Diabetes mellitus 10.3%, Accidentes 8% y Enfermedades de hígado 6.1%. ⁽⁶⁾

Estudios de investigación y episodios repetidos de daños y lesiones son comunes en los Servicios de salud. El caso de lesiones en la parte baja de la espalda, dado el gran Porcentaje de la población adulta con afectaciones en la espalda, sus costos y la alta Frecuencia de episodios recurrentes. Esos episodios iniciales puede asociarse a consecuencias negativas significantes, incluyendo sufrimiento adicional, costos médicos adicionales y pérdidas en la productividad para empleadores y trabajadores. Los individuos pueden también perder sus habilidades para la función, así mismo comprometer su habilidad para el retorno a su trabajo. ⁽⁹⁾

En las últimas décadas ha habido una disminución constante en los accidentes de trabajo, ya que de registrarse 568,951 en 1985, pasó a 454,089 en el año 2000, a 358,784 en el año 2003 y a 282,469 en el 2004. A junio de 2005 esta cifra se ubica en 112,404. Las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación a favor de los Trabajadores afiliados al Instituto contribuyeron a que la tasa de riesgos de trabajo se mantuviera en 2.3 por cada 100 trabajadores, y que la tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1,000 accidentes de trabajo se ubique en 20.5, en relación al número de días de incapacidad otorgados a trabajadores afiliados al Instituto en el 2004 muestra una disminución de 27,224 el promedio fue de 21.5 días por cada caso. ⁽¹⁰⁾

El registro de los accidentes y enfermedades profesionales ha sido reconocido como un

problema en la mayor parte de los países, debido a deficiencias en los sistemas de información e insuficiente coordinación entre los diferentes organismos de trabajo y salud. Factores como los establecidos por Montes de Oca, quien encontró en una encuesta aplicada a trabajadores lesionados que 53% desconocía el procedimiento de reclamación, 26% no reclamaron el accidente por considerar un trámite burocrático y 22% desconocía que era un accidente de trabajo.

De este problema no están exentos los países desarrollados; la Oficina de Estadísticas de Trabajo de Estados Unidos de América (EUA) reporta que del total de accidentes y enfermedades, aproximadamente 10% no son registrados y los días de trabajo perdidos por lesiones y enfermedades de estos casos son aproximadamente 25%, especialmente en las enfermedades de trabajo que requieren de tiempo prolongado para presentar signos y síntomas, en un estudio realizado por Robin sobre las defunciones relacionadas por enfermedades relacionadas por el trabajo señala que estas son 10 veces mayores que los accidentes de trabajo con una tasa de 5.3% por cada 100,000 habitantes en los E.U.A.⁽¹¹⁾

Se efectuaron 4,523 acciones preventivas, integradas por 2,081 estudios especializados, 2,037 estudios preventivos y 305 programas de vigilancia epidemiológica, que coadyuvaron en la disminución de la tasa de riesgos de trabajo. El comportamiento de los riesgos de trabajo presentan una tendencia a la disminución a partir del 2001; el decremento en 2002 fue de 54,514, con una tasa de 3.2. Se identificó que los grupos de edad de mayor riesgo de sufrir accidentes de trabajo son los contemplados entre 15 a 24 años, con una tasa de 14 a 17 riesgos por cada 100 trabajadores, a los cuales se enfocarán con mayor solidez las acciones de tipo preventivo.

Se realizó una investigación para caracterizar el problema del subregistro potencial de los accidentes de trabajo (son casos de trabajadores accidentados en su trabajo, que no

fueron calificados como tales), los resultados mostraron en el ámbito nacional un subregistro del 26%, con un rango de 0% en Tlaxcala hasta 68% en Tabasco. Lo anterior motivo que en algunas delegaciones se hayan implementado medidas para intervenir en este problema.

Por acuerdo del Consejo Técnico, se implantó con carácter permanente la estrategia institucional para el control en la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo; en este sentido se han llevado a cabo diversas acciones de intervención normativas, regionales y delegacionales, en donde participaron de manera coordinada las áreas de atención médica, salud en el trabajo y prestaciones económicas, para incidir en la disminución de los días de incapacidad temporal para el trabajo.

En trabajadores de las empresas afiliadas, el promedio de días de incapacidad temporal por caso de riesgo de trabajo presentó un decremento, de 21 días en 2001 a 20 días en 2002.

En trabajadores IMSS, el promedio de días de incapacidad temporal por caso de riesgo de trabajo presentó una mayor disminución, de 30 días en 2001 a 23 en 2002. Los días por incapacidad por enfermedad general se lograron abatir en 300,000 días, lo cual coadyuvo a mejorar los logros del programa de ausentismo en el Instituto.

En cuanto a incapacidad permanente, se presentó un incremento al pasar la tasa de 1.6 en 2001 a 1.7/1,000 trabajadores en 2002. Referente a las defunciones por riesgos de trabajo se obtuvo una disminución en las tasas que fueron de 1.2 y 1.1 para los años revisados. En los dictámenes de invalidez se apreció un incremento en la tasa, al pasar de 1.2 en 2001 a 1.3 en 2002.

Los casos de demandas por riesgo de trabajo e invalidez mostraron un incremento de 1997 a 2000 y durante el último bienio presentaron una disminución; sin embargo existen 110,000 expedientes laborales pendientes de resolución en las Juntas Especiales

de Conciliación y Arbitraje. La distribución de las demandas en el año 2002, el 45% correspondieron a riesgos de trabajo e invalidez, 38.7% a riesgos de trabajo y 16.1% a invalidez.

De acuerdo a la tasa de riesgos de trabajo por cada 100 trabajadores de 1980 al 2002 se observó una disminución del 11.8% al 3.5% en derecho habientes IMSS, comparando con los porcentajes del ISSSTE de 0.08 al 0.12 respectivamente. ⁽¹⁵⁾

Dentro de las causas se encuentran estudios de investigación y episodios repetidos de daños y lesiones son comunes en los Servicios de salud. El caso de lesiones en la parte baja de la espalda, dado el gran porcentaje de la población adulta con afectaciones en la espalda, sus costos y la alta frecuencia de episodios recurrentes. Esos episodios iniciales puede asociarse a consecuencias negativas significantes, incluyendo sufrimiento adicional, costos médicos adicionales y pérdidas en la productividad para empleadores y trabajadores. Los individuos pueden también perder sus habilidades para la función, así mismo comprometer su habilidad para el retorno a su trabajo. Valat y colaboradores, refieren que el tiempo promedio de recuperación del esguince lumbar es de 3 semanas sin embargo el 33% de los casos evolucionan a la cronicidad. Por otra parte que la progresión a la cronicidad está relacionada con factores demográficos, psicosociales y ocupacionales que con las características médicas de la condición de la columna vertebral. Entre los factores de riesgo ocupacionales Valat menciona el trabajo pesado, bajo nivel de satisfacción, malas condiciones de trabajo, ser nuevo en el trabajo, ser mal valorados por sus jefes y son predictivos de indemnización por padecimiento de columna, estar recibiendo indemnización por otro padecimiento relacionado con el trabajo o estar en demanda de indemnización. ^{(9) (13)}

A pesar de mucho progreso en cuanto a la causa y la prevención de los desórdenes musculoesqueléticos, continúan siendo algunos de los problemas más frecuentes y más desafiantes de la medicina del trabajo de los países industrializados.

En un estudio epidemiológico de tipo transversal en trabajadores de la salud en relación a riesgo ocupacional por exposición a objetos punzo-cortantes en trabajadores de la salud, realizado en una institución hospitalaria del municipio Boyeros, en Cd. de la Habana durante los meses de septiembre a diciembre de 1999 se encontró que el 28.2% refirió sufrir lesión o función accidental por objetos punzocortantes, con predominio de las enfermeras, seguido de los técnicos y los médicos. La alta incidencia de lesiones, no tuvo impacto en el ausentismo laboral; ya que el 97.4 % de los lesionados no tuvo que ausentarse del trabajo. El 50.9 % de las lesiones se produjeron a mediados del turno del trabajo; mientras que el 25.9% fue el comienzo y el 18.1% al final de la jornada de trabajo. La mayoría de las lesiones en los trabajadores fue en manos (99.1%).⁽¹⁵⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las incapacidades prolongadas por riesgo de trabajo constituyen un grave problema, tanto a nivel del trabajador, ya que se generan lesiones, así como secuelas potenciales en la salud, esto refleja un impacto a nivel familiar, así como también en el área laboral del trabajador, generando ausentismo no programado, con impacto en la productividad y las finanzas institucionales.

La gran mayoría de ellas son prevenibles a través de la modificación de condiciones inseguras de trabajo así como de actos inseguros en el área laboral.

Los días de incapacidad promedio por el ramo de riesgo de trabajo en trabajadores no IMSS presentan una tasa de 0.59%, contrastando con una tasa de 0.87% a nivel Nacional en trabajadores IMSS

Por lo anterior se realiza el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la tasa actual de la expedición de incapacidades por Riesgo de Trabajo en trabajadores de base del IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 27 que laboran en dicha clínica y el HGR No. 20 del IMSS que se presentaron en el período comprendido del 1 Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2005?

JUSTIFICACION

Los efectos relacionados del ausentismo laboral no programado están cobrando cada día mayor importancia, es un problema que aumentado en relación con las prestaciones económicas particularmente a los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, traduciéndose en pérdidas económicas considerables que anualmente registra el gasto de los servicios personales la cuál considera todas aquellas percepciones ordinarias, complementarias, impuestos a cargo del IMSS, así como las obligaciones convenidas en el Contrato Colectivo de Trabajo, que aunque las pérdidas han ido en descenso representan 4,978 millones de pesos solo hasta el año 2005 y en el mismo año crecimiento del gasto es por 8,167 millones de pesos, propiciado fundamentalmente de la revisión salarial, en ésta se incluye al acumular los trabajadores un año efectivo más de servicios, el concepto de antigüedad laboral tiene un impacto económico adicional al incrementar el pago de conceptos de prima de vacaciones, ayuda de actividades culturales y recreativas, así como prestaciones Ley.

Por lo anterior se justifica la presente investigación, para conocer el impacto de las incapacidades prolongadas por riesgo de trabajo, en trabajadores IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 (UMF 27), que laboran en la UMF 27 y en el Hospital Regional No. 20.

HIPOTESIS:

H1= Comprobar si la tasa de incapacidades por riesgo de trabajo obtenida por la literatura concuerda con la obtenida en ambas unidades de atención médica.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la tasa la expedición de incapacidades por Riesgo de Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 y el HGR No. 20 del IMSS que se presentaron en el período comprendido del 1 Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer la tasa la expedición de incapacidades prolongadas por Riesgo de Trabajo entre la Unidad de Medicina Familiar no. 27 comparada con HGR No. 20 del IMSS.
- 2.- Analizar comparativamente los principales motivos de incapacidad prolongada por riesgo de Trabajo en trabajadores IMSS de la unidad de Medicina Familiar No. 27 y el HGR No. 20.
- 3.- Conocer si hay diferencias en el número de días totales de incapacidad entre las 2 unidades médicas.
- 4.- Conocer si hay diferencias en el otorgamiento de incapacidades prolongadas entre el HGR No. 20 y la UMF No. 27 según la rama laboral.
- 5.- Calcular si las incapacidades otorgadas tuvieron relación con los días festivos.
- 6.- Calcular el costo aproximado.
- 7.- Determinar la presencia de ganancia secundaria.
- 8.- Conocer si hay concordancia en el diagnostico por el MDA.
- 9.- Conocer el No de veces que se extienden los certificados de incapacidad
- 10.- Conocer si hubo referencia oportuna al especialista
- 11.- Conocer si hubo contrarreferencia del especialista.
- 12.- Analizar si se envió a Rehabilitación
- 13.- Conocer el No. de días de rehabilitación

14.- Conocer el tiempo aproximado para el trámite de pensión si es que lo hubo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal con la revisión de expedición de incapacidades por Enfermedad General en trabajadores IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 que laboran en esta unidad así como en el HGR No. 20, durante el periodo comprendido del 01 de Enero del 2005 al 31 de diciembre del 2005.

El paciente trabajador de base acude al servicio de la consulta externa o servicio de urgencias adultos de la UMF 27 se expide incapacidad por ramo de enfermedad general y probable Riesgo de Trabajo (RT) otorgada por el medico tratante, así como reporte médico inicial de probable RT. El paciente entrega la copia del patrón de la incapacidad en el departamento de personal, en donde a su vez es capturada en el sistema de atención de personal (SIAP) posteriormente el trabajador acude a su área administrativa para que le requisiten el formato del reporte patronal de probable riesgo de trabajo (ST 1). Posteriormente el trabajador acude al servicio de salud en el trabajo para evaluar la calificación de su probable RT. Por otra parte el Médico expedidor de incapacidad, hace entrega del certificado original a la mesa de incapacidades (COBCIR) quien a su vez relaciona los certificados y envía al área de prestaciones económicas de la unidad en donde dichos certificados son capturados en el sistema NSSA (nuevo sistema de subsidios y ayudas)

En el HGR No. 20 el trabajador puede obtener la incapacidad a través del proceso de consulta externa, de hospitalización o de urgencias. Siguiendo el mismo proceso ya descrito en la Unidad de Medicina familiar, con únicamente dos diferencias: la primera

es que la mesa de COBCIR de hospital envía los certificados de incapacidad relacionados directamente al área de prestaciones económicas de la UMF 27 y la otra diferencia es que el paciente tiene que acudir necesariamente para ser calificado de su riesgo al servicio de salud en el trabajo de la UMF 27

Para llevar a cabo la realización de este estudio recurrimos con los directores de ambas clínicas, ya que solo ellos cuentan con los privilegios para acceder a la base de datos del NSSA y SCI (sistema de control de incapacidades). Este programa fue creado en el año 2000 en Hermosillo, Sonora por Gilberto Pérez Rodríguez y un grupo de colaboradores, el cual es utilizado en nuestra Delegación a partir del 2002.

Dicho programa archiva todo tipo de incapacidades tales como: RT, E.G, AT, ATT, etc. así como las clasifica como caso resuelto o activo. Las variables que maneja para cada caso son: nombre, número de afiliación, folio de incapacidad, unidad de adscripción, nivel de expedición, días de incapacidad, fecha de expedición, fecha de inicio, fecha de terminación, diagnóstico, matrícula del médico que la expidió, y su costo aproximado.

Para obtener las variables de rama laboral, antigüedad nos apoyamos con el programa MSD el cual también es exclusivo de los directores de ambas unidades.

Otra de las fuentes de información en la cual nos apoyamos fue el MDA el cual es un programa que cuenta con los días de incapacidad que amerita cada enfermedad.

Asimismo se recopiló información concentrada tanto en el servicio de Medicina del trabajo, servicio de codificación diaria, mensual y anual analizando las variables que captura dicho servicio.

Criterios de inclusión:

1.-Expedición de Incapacidad por riesgo de trabajo en trabajadores del Seguro social adscritos en la UMF 27 y que laboren en el HGR No. 20 o la UMF 27, durante el periodo comprendido del 1 Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2005

Criterios de no inclusión:

- 1.-Incapacidades de trabajadores IMSS expedidas antes del 1 de Enero del 2005 o posterior al 31 de Diciembre del 2005.
- 2.-Incapacidades de trabajadores IMSS expedidas por 3er. Nivel de atención.
- 3.- Incapacidades de Trabajadores IMSS adscritos al la UMF No. 27 pero que laboren en clínicas diferentes a la UMF 27 o HGR No. 20 del IMSS.

Criterios de eliminación:

- 1.- Aquellos casos, en que no se pueda localizar la información de las variables a estudiar.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó estadística descriptiva. Medidas de tendencia central para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Así como la determinación de tasa de incapacidades por RT. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12 de Windows.

ASPECTOS ETICOS:

El presente estudio corresponde a un estudio sin riesgo el cual se ajusta a los lineamientos de investigación de la declaración de Helsinki revisada en el año 2000 y a la reglamentación de la Ley General de Salud para investigación en nuestro país.

RECURSOS UTILIZADOS

Se emplearon recursos propios del investigador

RESULTADOS

Tabla 1. Se observa un promedio de 36.4 años en relación a los riesgos de trabajo incluídos en las 2 unidades médicas con una tasa de 4.8

	NUM.	MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO	DESV. ESTÁNDAR	TASA
EDAD PACIENTE	48	24	56	36.44	8.62	4.8

N=48

Tabla 2. Se observa un porcentaje con predominio en el sexo masculino mayor de 3:1

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Masculino	38	79.2	3.8
Femenino	10	20.8	1.0
Total	48	100.0	4.8

N=48

Tabla 3. Rama laboral. Que destaca un total de 21 pacientes incapacitados dentro del personal de enfermería englobando sus diferentes categorías con un porcentaje de 43.8% y una tasa de 2.1 seguido del personal de servicios generales con 8 pacientes y un porcentaje de 16.7 con una tasa de 0.8 lo cual se muestra en la siguiente gráfica.

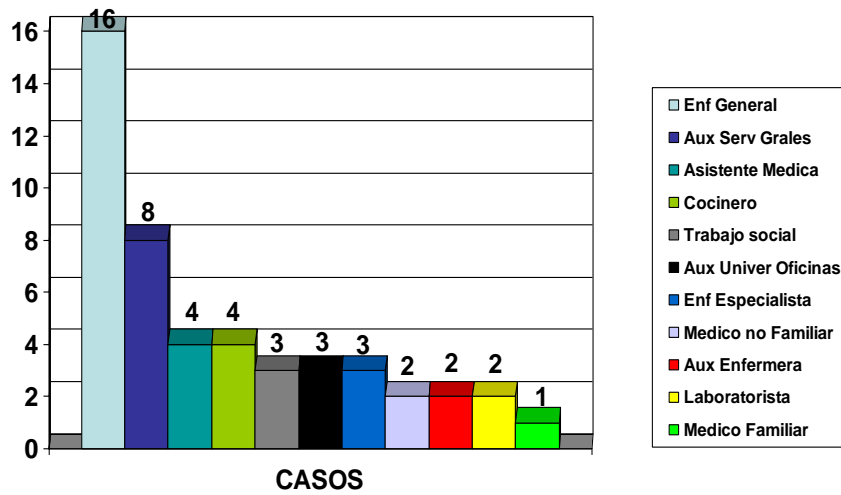
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Asistente Médica	4	8.3	0.4
Aux. Enfermera	2	4.2	0.2

Aux. Laboratorio	1	2.1	0.1
Aux. Serv. Grales.	8	16.7	0.8
Aux. de Oficina	3	6.3	0.3
Cocinero	4	8.3	0.4
Enfermera Espec.	3	6.3	0.3
Enfermera General	16	33.3	1.6
Laboratorista	1	2.1	0.1
Médico Familiar	1	2.1	0.1
Médico no Familiar	2	4.2	0.2
Trabajo Social	3	6.3	0.3
Total	48	100	4.8

N=48

Gráfica 1.

PACIENTES INCAPACITADOS POR CATEGORIA



N=48

Gráfica 2. Días acumulados de incapacidad.

Se encuentra una suma de 1585 días en el total de los pacientes, con un mínimo de 1 y máximo de 160 días con un promedio de 33 días acumulados por paciente.

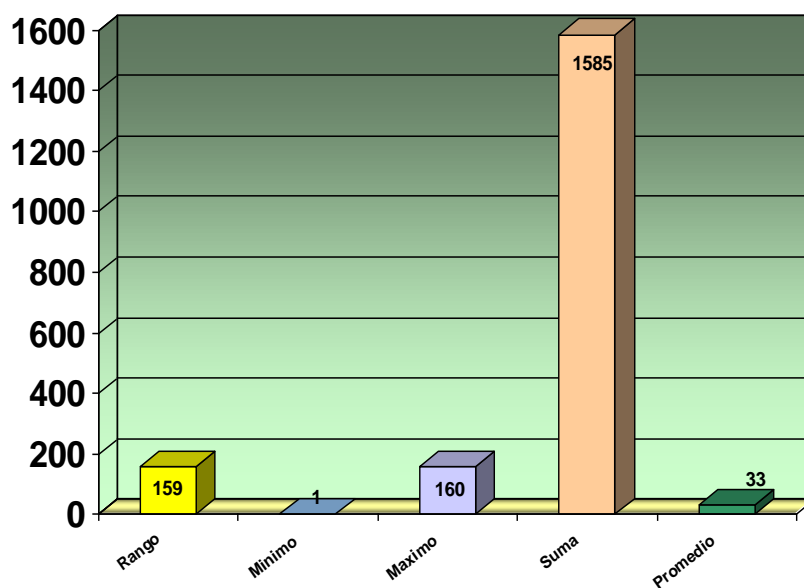


Tabla 4. Con respecto al turno laboral se encontró el mayor número en el matutino con un total de 34 pacientes con un porcentaje de 70.8% con una Tasa de 3.4

TURNO LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Matutino	34	70.8	3.4
Vespertino	14	29.2	1.4
Total	48	100	4.8

N=48

Tabla 5. Nivel de expedición de incapacidad.

Se observa que expidieron la mayor parte de las incapacidades por R.T. en el primer nivel de atención con un No. de 38 con un 79.2%. y una tasa de 3.8

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
1er. Nivel UMF 27	38	79.2	3.8
2o. Nivel HGR 20	10	20.8	1.0
Total	48	100	4.8

N= 48

Tabla 6. Se observa que la mayor parte de los diagnósticos son de tipo traumatológico con predominio esguinces con diversas variedades con No. de 24 (50%), con predominio de los esguinces cervicales en No. de 12 (25%) seguido de contusiones diversas en No. de 6 (12.6%), seguido de heridas en mano con No. de 5 (10.5), Fracturas varias en No. de 4 (8.4%), el resto con No. de 8 (16.8%).

DX.DE LA INCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Conjuntivitis química	2	4.2	0.2
Contusión mano	1	2.1	0.1
Contusión pié	1	2.1	0.1
Contusión rodilla	2	4.2	0.2
Contusión sacro	1	2.1	0.1
Contusión tórax	1	2.1	0.1
Esguince cervical	12	25.0	1.2
Esguince lumbar	5	10.4	0.5
Esguince rodilla	4	8.3	0.4
Esguince de tobillo	3	6.3	0.3
Fx. dedo mano	1	2.1	0.1

Fx. dedos pié	1	2.1	0.1
Fx. sacrococcígea	1	2.1	0.1
Fx. de rótula	1	2.1	0.1
Herida dedos mano	4	8.3	0.4
Herida dorso mano	1	2.1	0.1
Lumbalgia	2	4.2	0.2
Luxación dedos mano	2	4.2	0.2
Meniscopatía rodilla	1	2.1	0.1
T.C.E.	1	2.1	0.1
Total	48	100	4.8

N= 48

Tabla 7. De acuerdo al Medical, Disability Advisor (MDA) un No. de 20(41.7%) de casos tuvieron concordancia contra 28 (58.3%) que no lo tuvo.

CONCORDANCIA DX CON EL M.D.A.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Sí	20	41.7	2.0
No	28	58.3	2.8
Total	48	100	4.8

Tabla 8. Se observa predominio en el número de casos que tuvieron ganancia secundaria de acuerdo al MDA con 30 (62.5%)

EXISTENCIA DE GANANCIA SECUNDARIA POR INCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Sí	30	62.5	3.0
No	18	37.5	1.8
Total	48	100	4.8

Tabla 9. Muestra el costo promedio de de las incapacidades que va desde \$ 382.00, hasta un máximo de 81,390 00 por paciente, con variación desde 1 día hasta 83 días, con respecto al No. de días de ganancia secundaria que suman 770 con un promedio de

25.67 en los 30 pacientes. Los días de incapacidad promedio son de 5.67 sumando 272 en el total de los 48 pacientes estudiados. En relación a la asociación de la incapacidad con días festivos con promedio de 1.39 sumando 25 en 18 de los pacientes. En cuanto a los días de rehabilitación solo se encontró como mínimo 3 días y máximo de 68 días de los 11 pacientes a quienes se les otorgó.

DESCRIPCION ESTADISTICA	N	RANGO	MIN.	MAX.	SUMA	PROMEDIO	DESV. STD.
Num. de incap. Expedidas	48	18	1	19	272	5.67	4.464
Días de ganancia Sec. Con Incapacidad	30	82	1	83	770	25.67	26,249
Costo Incap. Por paciente	48	81,008.00	382.00	81,390.00	634,989.13	13,228.94	14,917.92
Num. Veces Incap. Asociación día festivo	18	3	1	4	25	1.39	.850
Num. días Rehabilitación	11	65	3	68	159	14.45	18,576

Tabla 10. En el total de los pacientes estudiados se encontró un promedio de días de 5.5, con un mínimo de 1.0 y un máximo 14.5 por paciente.

	N	RANGO	MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDARD
DIAS DE INCAPACIDAD OTORGADOS	48	13.50	1.00	14.50	5.50	2.676

Tabla 11. Se hace notorio el diagnóstico de esguinces en sus diferentes variedades siendo los más numerosos con un total de 24 con tasa (2.4) siendo los más numerosos de los cuales solo 8 casos tuvieron concordancia con el MDA con una tasa de 0.8, el resto que suman 16 se prolongaron dando una tasa de 1.6

DX. DE INCAPACIDAD	CONCORDANCIA DX CON MDA					
	SI	TASA	%	NO	TASA	%
Conjuntivitis química	1	0.1	2.1	1	2.1	2.1
Contusión mano	0	0	0	1	0.1	0.5
Contusión pié	1	0.1	2.1	0	0.	2.1
Contusión rodilla	0	0	0	2	0.2	4.2
Contusión sacro	0	0	0	1	0.1	2.1
Contusión tórax	0	0	0	1	0.1	2.1
Esguince cervical	3	0.3	6.3	9	0.9	18.8
Esguince lumbar	1	0.1	0.5	4	0.4	8.3
Esguince rodilla	1	0.1	2.1	3	0.3	6.3
Esguince de tobillo	3	0.3	6.3	0	0	0
Fx. dedo mano	1	0.1	2.1	0	0	0
Fx. dedos pié	1	0.1	2.1	0	0	0
Fx. sacrococcígea	0	0	0	1	0.1	0
Fx. de rótula	0	0	0	1	0.1	2.1
Herida dedos mano	4	0.4	8.3	0	0	0
Herida dorso mano	1	0.1	2.1	0	0	0
Lumbalgia	0	0	0	2	0.2	4.2
Luxación dedos mano	0	0	0	2	0.2	4.2
Meniscopatía rodilla	1	0.1	2.1	0	0	0
T.C.E.	1	0.1	2.1	0	0	0
Total	20	2.0	41.7	28	2.8	58.3

Tabla 12. Referencia oportuna a segundo nivel de atención.

Se encuentra en este resultado que solo 24 que corresponde al 50% se tomaron en cuenta, de los cuales solo 15 (31.3%) fueron considerados para valoración y 9 (18.8%) no se enviaron, el resto que equivale al 50% de los cuales 20 casos no aplicaron por no encontrar información suficiente y solo en 4 pacientes no fue necesario por tratarse de lesiones leves

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Sí	15	31.3	1.5
No	9	18.8	0.9
No aplica	20	41.7	2.0
No necesaria	4	8.3	0.4
Total	48	100	4.8

N= 48

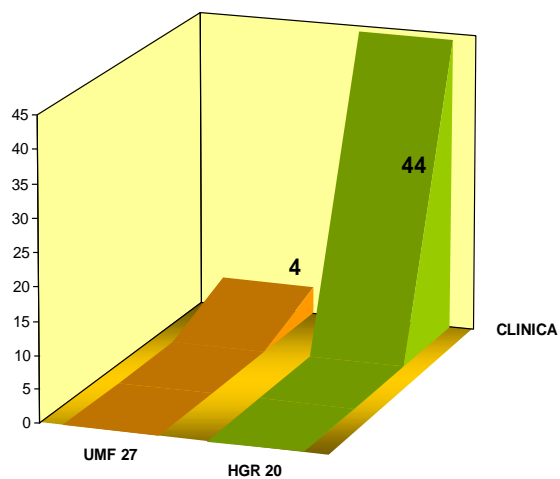
Tabla 13. Contrarreferencia de segundo nivel de atención.

De los 15 pacientes que fueron referidos al especialista solo se encontró reporte de 10 casos con 20.8% y 5 casos no con 10.4%. Los 33 restantes que corresponden al 68% no aplicaron.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TASA
Sí	10	20.8	1.0
No	5	10.4	0.5
No aplica	33	68.8	3.0
Total	48	100	4.8

Gráfica 3. Unidad médica en que labora.

Se observa un predominio de accidentes de trabajo en el HGR 20 con No. de 44 (92%) con una tasa de 4.4 en relación con la UMF 27 en la cual solo se presentaron 4 casos, que representa un porcentaje de 8% y una tasa de 0.8 del total de los pacientes en estudio.



DISCUSION.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo

Sexo: Se refiere a la división del género humano en dos grupos: Masculino o femenino

Unidad de adscripción: Unidad médica en la que el trabajador labora

Rama Laboral: Hace referencia al tipo de trabajo por el que fue contratado

Turno: Horario de trabajo

Nivel Incapacidad: Se refiere a si fue otorgada por médico familiar o por el especialista

Numero de incapacidades recibidas 2005: Expedición de certificados de incapacidad en el año.

Días de Incapacidad: Hace referencia a los días promedio de incapacidad por el padecimiento.

Fecha de incapacidad: Día en que se expide la incapacidad durante el año 2005.

Días acumulados: Se refiere a los días que acumuló desde el inicio hasta que fue dado de alta para inicio de labores.

Clínica expedición: Si se expidió la incapacidad en la UMF 27 o en el HGR 20

Diagnostico:

Concordancia entre el Diagnostico y MDA: Si se prolongó o no la incapacidad en base a la naturaleza del padecimiento

Días de ganancia secundaria: Existencia de provecho propio o rentabilidad en el asegurado, considerado también como el disfrute de días de más o bien; la simulación.

Costo:

La expedición de incapacidad se asocio con puente/día: Hace referencia a la coincidencia durante el periodo de la incapacidad por el diagnostico con días festivos

Numero de veces: Ocasiones en la que la incapacidad se relacionó con días festivos

Referencia oportuna al especialista: Tiempo apropiado de derivación a segundo nivel de atención para el seguimiento adecuado del caso si lo amerita.

Hubo contrarreferencia del especialista: Si hubo respuesta por escrito del especialista quien valoró el caso

Envió a Rehabilitación física: Si el paciente fue derivado para la recuperación del paciente y su retorno al trabajo.

Numero de días de Rehabilitación física: Número de sesiones otorgadas con el fin de restablecer la funcionalidad de la parte afectada.

BIBLIOGRAFIA

1.-García Benavides F, Ruiz Frutos C, Garcia García A- Salud Laboral: Editores Masón 1997 .p.3

- 2.-Legaspi Szpirman B; Los sistemas de seguridad social y los riesgos de trabajo. La Salud en el Trabajo: Capitulo XIII, Editores JGH 2000 Pag. 303-325.
- 3.-Fajardo OG, Los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med IMSS 1998; 36: 373-75.
- 4.-Ley del Seguro Social y Leyes Complementarias, 1ª. Ed.Mexico: Ediciones Delma 2003 .p.25.
- 5.- Ley Federal del Trabajo actualizada, 1ª. Ed.Mexico: Ediciones Delma 2004. p.8.
- 6.- Frias C, Investigación en Medicina del Trabajo: Requerimientos de la sociedad de la información, Respyn 2003;4:1-4.
- 7.- Franco Chávez A. Reingeniería médico-administrativa aplicada a incapacidad prolongada por riesgo de trabajo, Rev. Med. IMSS 2003; 41 (3): 221-228.
- 8.- Presley Reed, The Medical Disability Advisor, Editor en jefe: Reed Group, Ltd. Boulder, CO, Fourth Edition, Pags. 25-26.
- 9.- Radoslaw W. et. al. Work Disability and Costs Caused by Recurrence of Low Back Pain: Longer and More Costly Than in First Episodes, SPINE 2006; 31(2): 219-225
- 10.- Evolución del empleo y cobertura del IMSS, Revista mensual de La Seguridad Social 2005: 67-69.
- 11.- Salinas-Tovar JS y Cols, El subregistro potencial de accidentes de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Salud Publica Mex 2004; 46:204-209.
- 12.- Salinas-Tovar S. y Cols. Esguince lumbar por accidente de trabajo en la industria química y trabajadores en general afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social 1995-1997 informe epidemiológico, Rev. Med. Ortop. Traum. 2000, 14 (1): 91-95.
- 13.- Dirección de prestaciones medicas Informe de resultados; enero – diciembre 2002: 19-22
- 14.- Junco Díaz R. et al. Riesgo ocupacional por exposición a objetos cortopunzantes en trabajadores de la salud, Rev. Cubana Hig. Epidemiol 2003; 41(2)
- 15.- Instituto Mexicano del Seguro Social con datos de la Coordinación de Salud en el Trabajo con datos de la Coordinación de Salud en el Trabajo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales al Servicio del Estado. www.cis.org.mx

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1.-Edad: _____ Años

2.-Sexo: _____ 1) femenino 2) Masculino

- 3.-Antigüedad: _____ Años
- 4.-Categoría Laboral: _____
- 5.-Turno: _____ 1) matutino 2) vespertino 3) Nocturno 4) Jornada acumulada
- 6.-Nivel Expedición de Incapacidad: _____ 1) 1er. nivel 2) 2º nivel
- 7.-Numero de incapacidades recibidas 2005: _____
- 8.-Días de Incapacidad: _____ días
- 9.- Fecha de incapacidad: _____
- 10.-Días acumulados _____ días
- 9.-Clínica expedición: _____ 1) UMF 27 2) HGR 20
- 10.-Diagnostico: _____
- 11.-Concordancia entre el Diagnostico y MDA: 1.- Si _____ 2.-No_____
- 12.-Días de ganancia secundaria: _____ días
- 13.-Costo: _____ Pesos
- 14.- La expedición de incapacidad se asocio con puente/dia: 1.-Si ____ 2.-No_____
- 15.-Numero de veces: _____
- 16.-Referencia oportuna al especialista: 1.Si_____ 2.No_____
- 17.-Hubo contrarreferencia del especialista: 1.Si_____ 2._____

18.-Se envió a Rehabilitación física: 1.Si _____ 2.No _____

19.-Numero de días de Rehabilitación física: _____ días