

Primera versión: 18 de septiembre de 2002

Versión definitiva: 16 de enero de 2003

Aceptado: 21 de enero de 2003

Sergio Adalberto

Franco Chávez,¹Carlos Cabrera Pivaral,²Guadalupe Díaz Vega,¹

José de Jesús

González Machuca,³

Jorge Alfonso

Franco Chávez⁴

Reingeniería médica-administrativa aplicada a incapacidad prolongada por riesgo de trabajo

RESUMEN

El proceso de reingeniería médica-administrativa implica abandonar procedimientos establecidos hace mucho tiempo y examinar el trabajo que se requiere para que el servicio de una institución sea eficiente. El objetivo de la presente investigación fue analizar los casos de incapacidad prolongada según los tiempos aproximados de curación, en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. La población objeto de estudio se identificó a partir de un muestreo por conglomerados, en el que se eligieron dos zonas médicas (Hospital General de Zona 14 y Hospital General de Zona 89, con sus unidades médicas correspondientes). Durante el periodo de la investigación se incluyó la totalidad de accidentes de trabajo ocurridos al personal de todas las categorías laborales. Los principales resultados demostraron que en ambas zonas al inicio no existió diferencia estadística significativa; posterior a la intervención de la reingeniería médica-administrativa se observó una ventaja de la zona experimental (18.7 ± 10.9 días), sobre la zona control (26.8 ± 9.2 días). Al comparar los valores finales promedio de días de incapacidad prolongada en la zona experimental con los de la zona control, se observó diferencia significativa a favor del grupo experimental.

SUMMARY

Our objective was the process of medical administrative reengineering for a route to change, to live for a change, and reexamine a new route for a new beginning to do a better job and create better service at the *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS). Cases of extended leave according to approximate recovery times required were analyzed in two medical zones of the IMSS in the city of Guadalajara, Jalisco, Mexico. The study's target population was identified on the basis of conglomerate sampling, in which two medical zones were chosen (*Hospital General de Zona 14* and *Hospital General de Zona 89*, with their corresponding medical units). During the period being researched, we included total work accidents that occurred among staff in all job categories. Main results demonstrated that in both medical zones at the beginning there were no significant statistic data and after intervention of medical administrative reengineering, an advantage was demonstrated in the experimental zone (18.7 ± 10.9 days) above the control medical zone (26.8 ± 9.2 days). Within this, we observed a significant statistical difference among medical zones. When comparing final values of average days of extended leave in the experimental group that received intervention with control group, a significant difference was observed that was favorable to the experimental group.

¹Centro Universitario de Ciencias de la Salud²Centro Universitario de Ciencias de la Salud

e Instituto Mexicano

del Seguro Social,

Jalisco

³Departamento

de Salud en el Trabajo,

Unidad de Medicina

Familiar 171,

Instituto Mexicano

del Seguro Social,

Jalisco

⁴Centro Universitario

de la Costa Sur

Autores 1, 2 y 4,

adscritos a la

Universidad de

Guadalajara, Jalisco

Comunicación con:

Sergio Adalberto

Franco Chávez.

Tels.: (01 33) 3617 4704

y 3618 0397.

Fax: 3617 4704.

Correo electrónico:

sergiof@redudg.udg.mx

Palabras clave

- ✓ accidentes de trabajo
- ✓ evaluación
- de la capacidad
- para el trabajo

Key words

- ✓ accidents,
- occupational
- ✓ work capacity
- evaluation

Introducción

La reingeniería consiste en analizar y revisar los sistemas de operación de una institución pública o privada, considerando sólo aquellos servicios o resultados que generen un valor agregado para el usuario o el cliente, utilizando la innovación, la creatividad y el consenso como herramientas clave para el rediseño de los procesos.

En un mundo globalizado, competitivo y sin fronteras, las instituciones que triunfan en el mercado son aquellas que constantemente están mejorando sus productos o servicios, que buscan nuevas formas de ser más eficientes en la operación, que reconocen que el usuario es quien decide; esas son las que se convierten en líderes de su campo.

Dentro de este contexto surge la reingeniería de los sistemas de salud, la cual hace énfasis en que el usuario es el elemento más importante y plantea la organización no desde un punto de vista funcional, como se hace actualmente, sino en torno a procesos que producen resultados favorables para el usuario. Es necesario aclarar que la reingeniería no se contrapone a la calidad total o al método justo a tiempo, enfoques que tratan de mejorar lo ya diseñado en la empresa. La reingeniería rediseña y empieza desde cero, aunque también es capaz de contribuir sustancialmente en la reforma de la estructura en su totalidad.

En el ámbito mundial las incapacidades prolongadas constituyen un problema por los costos que generan a la seguridad social.¹⁴ Actualmente existen pocos estudios de prevalencia y de factores relacionados que permitan proponer estrategias para mejorar dicho problema. Se sabe que el desfinanciamiento de la seguridad social tiene su origen, entre otras causas, en el impacto del pago de las incapacidades.¹⁻⁵

Méjico no escapa a estas crisis. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) las incapacidades mayores de 30 días representan un problema al destinar parte de los recursos a la atención de daños a la salud y a la prestación económica correspondiente.

Las incapacidades prolongadas por accidente de trabajo y de trayecto son las que rebasan los tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones.⁶ Repercuten en el aumento de

los días de incapacidad, las consultas médicas, los auxiliares de diagnóstico y la rehabilitación, con lo cual se elevan los costos de la atención médica. Aun con la implantación en 1989 del *Programa de atención médica*⁷ que pretende abatir las incapacidades de más de 90 días, dicho problema persiste en el IMSS. Así, para 1994 se informaron 18 814 casos en el país,⁸ muchos de los cuales quedaron sin resolver al término del año.

Si bien en la literatura existen algunos informes acerca de la relación de la calidad de la atención médica con la incapacidad, las características del asegurado y el tipo de padecimiento, hasta el momento no se han abordado los aspectos del proceso técnico.^{9,10} Existe algunos factores en los servicios de salud que se han asociado con las incapacidades prolongadas, en los que se involucra tanto al médico como al asegurado, y se reconoce la existencia de provecho propio o rentabilidad económica en el asegurado (ganancia secundaria),¹¹ pero de manera específica no han sido estudiados los factores involucrados en el otorgamiento inadecuado.

Desafortunadamente existen pocos estudios sobre prevalencia de los accidentes de trabajo y los factores de riesgo relacionados, que permitan proponer estrategias viables para controlar la magnitud de dicho problema laboral.⁵

En Jalisco para 1997 había 728 447 trabajadores, 43 491 riesgos de trabajo, 34 862 accidentes de trabajo, 8521 accidentes de trayecto, 108 enfermedades profesionales, 154 defunciones y 1225 incapacidades permanentes. Para 1998: 776 137 trabajadores, 42 480 riesgos de trabajo, 33 600 accidentes de trabajo, 8773 accidentes de trayecto, 107 enfermedades profesionales, 132 defunciones y 1331 incapacidades permanentes.

Ante esta problemática, el objetivo de la presente investigación fue determinar la variación en los días de incapacidad prolongada por accidente de trabajo o de trayecto, con la intervención de la reingeniería médica-administrativa en los servicios médicos del IMSS.

Material y métodos

Se trató de un estudio cuasiexperimental, comparativo y prospectivo, con una zona control y una zona experimental. La población objeto

de estudio estuvo constituida por trabajadores del IMSS con incapacidad prolongada por accidente de trabajo o de trayecto durante el periodo de 1997 a 1999. Se determinó una muestra por conglomerados de trabajadores del IMSS que recibían atención médica en el Hospital General de Zona 14 y en las unidades de medicina familiar que están bajo la jurisdicción de dicho nosocomio (zona control), y de trabajadores que eran atendidos en el Hospital General de Zona 89 y sus respectivas unidades de medicina familiar (zona experimental); todas en Guadalajara, Jalisco.

Después de comprobar la homogeneidad de los promedios de días de incapacidad al inicio del estudio en los grupos, en la zona experimental se aplicó reingeniería en el proceso de atención de incapacidades prolongadas por accidentes de trabajo y de trayecto.

En la zona control solamente se realizó inspección diagnóstica.

- *Criterio de inclusión:* trabajadores del IMSS derechohabientes de las unidades señaladas y que hubieran tenido accidente de trabajo o de trayecto, con incapacidad prolongada.
- *Criterios de exclusión:* trabajadores que hubieran cambiado de zona o fallecido.

De esta manera, la variable dependiente fue la incapacidad prolongada por accidente de trabajo o de trayecto; y la variable independiente, el proceso médico-administrativo de atención, con o sin reingeniería.

El análisis de las incapacidades prolongadas se llevó a cabo mediante la cuantificación del número de días de incapacidad por inhabilitación funcional ante el trabajo basada en la justificación técnico-médica, y mediante la determinación del número de días que se rebasan según el tiempo aproximado de curación establecido en el manual *Tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones, IMSS*.⁶

Para el análisis descriptivo de la variable dependiente se obtuvo media aritmética y desviación estándar por cada grupo; para el análisis inferencial se empleó *t* de Student para grupos relacionados, con su diferencia de medias para dos grupos.¹²

El proceso tradicional médico-administrativo para el manejo de los accidentes de trabajo y de trayecto es el siguiente:

- El accidentado acude al servicio de urgencias donde el médico extiende incapacidad de uno a tres días y formula un diagnóstico o probable diagnóstico.
- El paciente es canalizado a su unidad médica correspondiente con el médico de salud en el trabajo para que califique el riesgo.
- El médico de salud en el trabajo deriva al paciente con el médico familiar, quien prescribe tratamiento y otorga más incapacidad si es necesario.
- Si el paciente evoluciona de manera tórpida, el médico familiar lo envía al segundo o tercer nivel de atención médica.
- El especialista canaliza al paciente para que se le realicen exámenes clínicos y de gabinete; concluye con un diagnóstico final y otorga incapacidad hasta que el paciente pueda laborar.
- Si el paciente requiere más días de incapacidad es citado al Comité de Evaluación de la Atención Médica, para realizar una evaluación objetiva y concreta del caso, de tal forma que se proceda a:
 - a) Continuar con la incapacidad porque así sea necesario.
 - b) Alta a laborar, cuando el paciente se encuentra en condiciones óptimas para desarrollar sus labores.
 - c) Elaborar incapacidad parcial permanente, cuando el paciente tiene disminución de las facultades o aptitudes requeridas para trabajar.

El proceso propuesto para la expedición de incapacidades por accidente de trabajo o de trayecto aplicando la reingeniería, es el siguiente:

1. El accidentado acude o es trasladado al servicio de urgencias y el médico extiende incapacidad de uno a tres días, emitiendo sólo un diagnóstico o probable diagnóstico; el paciente es canalizado a su unidad de medicina familiar correspondiente.

Sergio Adalberto Franco Chávez et al.
Reingeniería del otorgamiento de incapacidad prolongada

2. El paciente pasa con el médico de salud en el trabajo quien califica el riesgo. Posteriormente el médico lo canaliza al médico familiar o al especialista, se implanta tratamiento y si es necesario se otorga más incapacidad, según diagnóstica. Si el paciente evoluciona de manera tórpida o no satisfactoria, el médico familiar lo envía al segundo o tercer nivel de atención médica, con el visto bueno del Comité de Evaluación de la Atención Médica de la unidad.
3. El Comité de Evaluación de la Atención Médica correspondiente recibe al paciente, analiza el caso, lo capta en listado especial para posteriormente enviar la información al Comité de Evaluación de la Atención Médica del hospital de segundo o tercer nivel, y otorga el visto bueno para el envío al médico especialista.
4. En el segundo o tercer nivel el médico especialista recibe al paciente, emite un diagnóstico y prescribe tratamiento; de ser necesario solicita exámenes de laboratorio y gabinete, para concluir con un diagnóstico final. Si se amerita, otorga más incapacidad hasta que el paciente esté apto para laborar.
5. El Comité de Evaluación a la Atención Médica del hospital de segundo o tercer nivel recibe la información de los casos captados por el Comité de Evaluación a la Atención Médica de la unidad de medicina familiar. Basándose en el diagnóstico, al cumplirse el tiempo aproximado de curación el jefe del Departamento Clínico de Salud en el Trabajo del segundo nivel cita al paciente para saber cómo ha evolucionado.
6. El médico de Fomento a la Salud del segundo o tercer nivel de atención médica cita semanalmente al trabajador para conocer su evolución y ofrecerle el apoyo necesario para su pronta recuperación e incorporación a laborar. El servicio de Fomento a la Salud recibe la información de los casos captados por el Comité de Evaluación a la Atención Médica de la unidad de medicina familiar.
7. Los jefes de departamento clínico también están involucrados en el proceso y están al tanto de la evolución del padecimiento.
8. Los jefes de laboratorio e imagenología del segundo o tercer nivel dan prioridad para los exámenes de laboratorio y gabinete a los trabajadores del IMSS; en caso de subrogar los estudios, involucran a los directivos del hospital con el propósito de agilizar los trámites.
9. La rehabilitación de los trabajadores del IMSS con riesgo es otorgada obligatoriamente en los centros hospitalarios.
10. Si la evolución del padecimiento no ha sido satisfactoria porque han existido complicaciones y la incapacidad se ha prolongado más del tiempo aproximado de curación, el Comité de Evaluación a la Atención Médica del segundo o tercer nivel harán una evaluación objetiva y concreta del caso para que se proceda a:
 - a) Continuar con la incapacidad porque así lo amerita el trabajador.
 - b) Alta a laborar, cuando el paciente se encuentra en condiciones óptimas para desempeñar su trabajo.
 - c) Elaborar incapacidad parcial permanente cuando el paciente tiene la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.

Esta información se envía al Comité de Evaluación a la Atención Médica de la unidad de medicina familiar para su conocimiento y trámite.

Otras variables de estudio fueron el sexo, la edad, la dependencia, el horario, la antigüedad, la determinación de accidente de trabajo o en trayecto, la unidad médica, la categoría del trabajador y la patología.

Resultado

Para el periodo en el que se verificó la homogeneidad de los promedios de días de incapacidad en los grupos, se encontró lo siguiente:

En la zona experimental se tuvieron 23 casos, que correspondieron a una tasa de 12.8 por mil trabajadoras y 6.6 por mil trabajadores hombres. En la zona control, 7.4 por mil trabajadoras y 3.2 por mil trabajadores hombres.

La edad promedio de los trabajadores de la zona experimental fue de 38.7 años, y en la zona control de 35.3.

Al explorar la adscripción de trabajo se encontró que en la zona experimental la mayoría de los pacientes trabajaba en el Centro Médico Nacional de Occidente. En la zona control, en el Hospital General de Zona 14.

Por lo que correspondió al horario, 65.2 y 62.5 % de los accidentes (zona experimental y zona control, respectivamente) ocurrieron en el turno matutino.

Según la categoría del trabajador, en ambas zonas la enfermera general ocupó el primer lugar por frecuencia de incapacidades prolongadas.

En antigüedad laboral la media fue de 11.4 años para una y otra zona.

El accidente de trabajo fue el principal motivo de incapacidad prolongada en la zona experimental (52.2 %), y el accidente de trayecto en la zona control (56.2 %).

La Unidad de Medicina Familiar 3 fue la que atendió más casos (69.6 %) de la zona experimental; la Unidad de Medicina Familiar 54 recibió 62.5 % casos de la zona control.

En la zona experimental el principal diagnóstico fue esguince lumbar con 21.7 %; en la zona control, el esguince cervical con 18.7 %.

En la zona experimental la media del tiempo aproximado de curación con atención médica adecuada y sin complicaciones debía ser 29.7 días, conforme al manual *Tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones*; la media del tiempo otorgado fue de 63.5 días, con un exceso de 113.8 %. En la zona control, la media esperada era de 25.1 días; la media del tiempo otorgado fue de 57 días, con exceso de 127.4 %.

Para 1999 en la zona experimental se incorporó el proceso de reingeniería en la atención médica-administrativa de las incapacidades prolongadas por accidente de trabajo y en trayecto. Para ese año se encontró la siguiente situación:

Respecto a la tasa de morbilidad por sexos, en la zona experimental (cuatro casos) ocurrieron 2 casos por mil trabajadoras y 1.6 por mil trabajadores hombres. En la zona control (11 casos), 4.6 por mil trabajadoras y 3.2 por mil trabajadores hombres. La significancia estadística fue de 0.9.

La edad promedio de los trabajadores accidentados con incapacidad prolongada en la zona experimental fue de 42.2 años; en la zona control, de 38.4.

Al explorar la adscripción de trabajo se encontró que en ambas zonas la mayoría de los pacientes eran trabajadores del Centro Médico Nacional de Occidente.

En la zona experimental todos los accidentes ocurrieron durante el turno matutino; en la zona control, 63.6 %.

Respecto a la categoría del trabajador, en la zona experimental se encontró que las categorías oficial de puericultura, enfermera general, auxiliar de intendencia y médico jefe de enseñanza fueron las que registraron mayor prevalencia (25 % cada una); en la zona control, las categorías enfermera general, médico no familiar y auxiliar de enfermera general ocuparon los primeros lugares con 18.2 % de las incapacidades prolongadas.

En antigüedad laboral, en la zona experimental la media fue de 17.2 años y en la zona control de 14.8.

En la zona experimental, 100 % de las incapacidades prolongadas se debieron a accidentes de trabajo; en la zona control, 56.2 % fue por accidente en trayecto al trabajo.

Sergio Adalberto Franco Chávez et al.
Reingeniería del otorgamiento de incapacidad prolongada

Cuadro I
Incapacidades prolongadas por accidente de trabajo en empleados de dos zonas de la Delegación Jalisco del IMSS, según distribución por diagnósticos

Diagnósticos	Zona experimental n	Zona control n
Contusión del dedo anular de la mano izquierda	1	0
Herida mano derecha	1	0
Ciatalgia posterior a esfuerzo	1	0
Esguince lumbar	1	0
Esguince cervical	0	4
Esguince rodilla izquierda	0	2
Contusión dedo medio, anular y meñique izquierdo	0	1
Esguince de tobillo izquierdo	0	1
Esguince de hombro derecho	0	1
Fractura quinto metatarsiano derecho	0	1
Esguince cervical y contusión de ambas rodillas	0	1
Total	4	11

Zona experimental: se aplicó reingeniería en el proceso de atención de incapacitados por accidentes de trabajo y de trayecto.

Zona control: sólo inspección diagnóstica.

Fuente: aviso para calificar probable riesgo de trabajo MT-1.

En la zona experimental, la Unidad de Medicina Familiar 3 fue la que registró más casos (75 %); la Unidad Médica Familiar 78 recibió 36.4 % de los casos de la zona control.

En la zona experimental los principales diagnósticos fueron contusión del dedo anular de la mano izquierda, herida en mano derecha, ciatalgia posterior a esfuerzo y esguince lumbar, con 25 % cada una. En la zona control, el esguince cervical con 36.4 % (cuadro I).

En la zona experimental, la media del tiempo aproximado de curación con atención médica adecuada y sin complicaciones, debía ser 18.7 días conforme al manual señalado; la media del tiempo otorgado fue de 30.5 días, con un exceso de 68 %. En la zona control, la media esperada era de 26.8 días conforme al manual; la media del tiempo otorgado fue de 59 días, con un exceso de 120 % (cuadro II).

Discusión

Para abordar la discusión del tema optamos por dividirlo en tres partes:

- Los problemas de las incapacidades prolongadas.
- Las posibles soluciones.
- Diferencias y coincidencias con los principales estudios ya realizados.

Estos tres aspectos marcan los puntos importantes de discusión en donde se puede crear controversia según la perspectiva desde la cual se analice el problema. Desde nuestro enfoque este asunto no admite más dilaciones, debe optarse por una solución inmediata. Por ello sostenemos que el camino es el de la reingeniería de procesos, que no es una moda sino una manera de erradicar errores que se siguen cometiendo en detrimento de nuestra sociedad.

Problema de las incapacidades prolongadas

Las incapacidades prolongadas constituyen un problema en el ámbito mundial por los costos que generan a la seguridad social.

En el IMSS las incapacidades que rebasan los tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones,⁶ representan un problema al destinar parte de los recursos a la atención de daños a la salud y a la prestación económica correspondiente.

No existe un criterio definido de lo que es incapacidad prolongada para el trabajo, ya que se consideran duraciones que van desde dos semanas hasta 180 días.¹³

Cuadro II
Diagnóstico de incapacidades prolongadas por accidentes de trabajo y comparación del número de días estimados para su curación (con atención médica adecuada) contra los días otorgados a trabajadores del IMSS en la Delegación Jalisco, en zona experimental y zona control

Diagnósticos	Zona experimental		Zona control	
	1	2	1	2
Contusión del dedo anular de la mano izquierda	7	19	0	0
Herida en mano derecha	12	22	0	0
Ciatalgia posterior a esfuerzo	28	42	0	0
Esguince lumbar	28	39	0	0
Contusión dedo medio, anular y meñique izquierdo	0	0	12	29
Esguince de tobillo izquierdo	0	0	17	35
Esguince de hombro derecho	0	0	21	57
Esguince cervical y contusión ambas rodillas	0	0	28	57
Esguince cervical	0	0	28	58
Esguince cervical	0	0	28	59
Esguince cervical	0	0	28	62
Esguince cervical	0	0	28	63
Esguince de rodilla izquierda	0	0	28	67
Esguince rodilla izquierda.	0	0	28	68
Fractura quinto metatarsiano derecho	0	0	49	94
Total	75	126	295	649
Media	18.7	30.5	26.8	59.0
Desviación estándar	10.9	11.7	9.2	17.0
<i>t</i> de Student = 1.5		<i>t</i> de Student = 5.5		
<i>p</i> = 0.3		<i>p</i> = 0.001		

Tiempos aproximados de curación con atención médica adecuada y sin complicaciones (15 casos)

t de Student = 1.3
p = 0.3

Días de incapacidad otorgados

t de Student = 3.7
p = 0.01

1 = Tiempos aproximados de curación con atención médica adecuada y sin complicaciones.

2 = Días de incapacidad otorgados.

Debido a que no hay un estándar de oro para el proceso de evaluación de las incapacidades, se utilizó el criterio administrativo del IMSS respecto a los tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones.⁶

En la literatura nacional e internacional no existe información de incapacidades prolongadas por accidente de trabajo o de trayecto, por eso no se pudo determinar si los porcentajes hallados eran altos o bajos. Sólo fue posible delinear que el problema es de consideración.

El impacto social que causa la incapacidad prolongada por accidente de trabajo o de trayecto deja huella en el trabajador, la familia y la empresa. En el trabajador la vida no vuelve a ser igual y lo mismo pasa con su familia que queda psicológicamente afectada, esto en el mejor de los casos, ya que en el otro extremo estaría la muerte del trabajador.

Las posibles soluciones

Ante esta problemática una de las posibles soluciones la encontramos en la ruta que marca el proceso de reingeniería: abandonar procedimientos establecidos hace mucho tiempo y examinar otra vez el trabajo que se requiere para que el servicio de una institución sea eficiente.

El proceso de reingeniería en las actividades sustantivas de la atención a la salud se favorecerá para reducir los días de incapacidad, los costos de las incapacidades y para mantenerse en un mercado competitivo.

La reingeniería médica-administrativa de las incapacidades prolongadas por accidente de trabajo o de trayecto en una zona médica tuvo un alto significado, ya que la posintervención disminuyó los días de incapacidad en trabajadores del IMSS accidentados; la evidencia obtenida fue adecuada ya que se investigaron todos los accidentes de trabajo y de trayecto de los trabajadores que pertenecieron a la zona donde se aplicó la reingeniería de procesos.

La disminución de los días de incapacidad en los trabajadores del IMSS con el proceso propuesto acarreará beneficios sustantivos de trascendencia económica y social para la institución, sin dejar de reconocer que ésta debe ser justa, basada en una expedición razonada de las

incapacidades de los trabajadores. En la literatura nacional e internacional actualmente no existe información que reporte alguna experiencia empírica sobre la utilidad de la reingeniería médico-administrativa en incapacidades prolongadas por accidente de trabajo o de trayecto en trabajadores de la seguridad social.

**Sergio Adalberto
Franco Chávez et al.
Reingeniería
del otorgamiento de
incapacidad prolongada**

Diferencias y coincidencias

Tanto en la preintervención como en la posintervención no hubo variación en las frecuencias de edad promedio, sexo, adscripción del trabajador, ocupación y diagnóstico, por lo tanto ambas zonas se consideraron homogéneas.

Los resultados de esta investigación fueron semejantes a los de Oviedo Ruiz¹⁴ en cuanto al sexo, edad y turno de trabajo. Predominó el sexo femenino, característica no asociada a ningún otro factor o a la sobrerepresentación de la mujer, quien ocupa 63 % de la población trabajadora del IMSS.

En cuanto al turno, en ambos estudios se sostiene que los accidentes laborales son más frecuentes durante el matutino, aunque es necesario señalar que el mayor porcentaje de trabajadores del IMSS labora en dicho turno. También es importante indicar que este estudio se refiere a incapacidades prolongadas por accidentes de trabajo y de trayecto; en cambio, el de Oviedo Ruiz es exclusivamente en riesgos de trabajo.¹⁴ En ambos el campo de investigación estuvo integrado por trabajadores del IMSS.

Nuestro estudio y el de Oviedo Ruiz no coinciden con el de Maldonado Islas realizado en población abierta, donde se encontró predominio del sexo masculino.¹⁰

Oviedo Ruiz halló que la categoría de auxiliar de intendencia fue la que presentó mayor frecuencia de accidentes, lo cual no concuerda con nuestros resultados: en la preintervención fue la enfermera general y en la posintervención, el oficial de puericultura y la enfermera general.

En la presente investigación el tipo de accidente más común fue el de trabajo.

Respecto a los diagnósticos, Oviedo Ruiz refiere que prevaleció el esguince de tobillo; en el presente estudio, el esguince cervical.

En la preintervención en la zona experimental hubo un excedente de 113 % de días otorgados

de incapacidad y en la posintervención fue de 62 %, lo que nos lleva a considerar que la reingeniería médico-administrativa se asoció a un descenso de casi 50 %.

En la zona control se observó que en la preintervención existió 127.4 % más días de incapacidad de lo esperado. En la posintervención el excedente fue de 120 %; no hubo variación de importancia. La media de los días aproximados de curación y de los días de incapacidad otorgados contrastan en la preintervención y la posintervención: en los días otorgados por incapacidad hubo una diferencia de 28.5 puntos en la zona experimental.

En la fase de preintervención de la investigación sobre el proceso del control de incapacidades prolongadas por accidente de trabajo y de trayecto, en trabajadores del IMSS de dos zonas de la Delegación Jalisco, el análisis mostró que los días otorgados a los accidentados fueron diferentes a los días aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones, según la norma de la institución. En la zona experimental los 23 casos de incapacidad prolongada debieron resolverse en 683 días según los tiempos aproximados de curación; sin embargo, el total de días subsidiados a estos trabajadores fue de 1460, con 787 días más de lo esperado. En la zona control, los 16 casos con incapacidad prolongada debieron resolverse en 409 días; sin embargo, los días otorgados a estos trabajadores fueron 912, es decir, 511 días más de lo esperado. En la posintervención en la zona control no existió variación. En la posintervención de la zona experimental se dio una disminución en el excedente de días de incapacidad, 83 % menos que en la preintervención. Comparativamente con la zona control se tuvo una diferencia sustancial.

Conclusiones

La intervención médico-administrativa para el proceso de incapacidades prolongadas por riesgo de trabajo en la zona experimental se vio asociada a disminución en el promedio de días otorgados respecto a la medición inicial. Con los resultados observados en la zona experimental se documentó el beneficio de la reingeniería

en el nuevo proceso de incapacidades prolongadas por accidentes de trabajo o de trayecto.

Referencias

1. Webster BS, Snook SH. The cost of 1989 workers' compensation low back pain claims. *Liberty Mutual Insurance Company. Spine* 1994;19:11-11.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico 1995. México: Coordinación de Comunicación Social, IMSS; 1995. p. 25.
3. Treviño GMN, Calderón RAF. Salud en el trabajo. Análisis dentro del IMSS. México: Coordinación de Comunicación Social, IMSS; 1994. p. 73.
4. Cheadle A, Franklin G, Savarino J, Lui PY, Dalley C, Weaver M. Factors influencing the duration of work-related disability: A population-based study of Washington State workers' compensation. *Am J Public Health* 1994;84:190-196.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of work disability. *JAMA* 1993;270:1921.
6. Legaspi-Velasco JA. Tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones. México: IMSS; 1988.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Instructivo de integración y operación del Comité para la Evaluación Médica de Casos con Incapacidad Temporal para el Trabajo. México: Jefatura de Hospitales Generales de Zona, Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Jefatura de Operación y Métodos; 1983.
8. Maldonado-Islas G, Sandoval-Priego A, Rosales-Escudero J, Mantilla-Martínez AJ, Hernández-Guevara J. Incapacidades prolongadas inadecuadas, ¿un problema del asegurado, del médico o de los servicios de salud? *Rev Med IMSS* 1996;34(5):379-384.
9. Van-Dijk FJ, Prins R. Occupational health care and work, incapacity. Recent developments in the Netherlands. *Occup Med* 1995;45(3):159-166.
10. Antsiferov MB, Starostina CG, Galstian GR, Devov LL. Analysis of the quality of the primary therapeutic-preventive care rendered to patients with type 1 diabetes mellitus. *Probl Endocrinol Mosk* 1994; 40:19.
11. Buitrago-Ramírez F. Responsabilidad médica en la incapacidad temporal de trabajo. *Atencion Primaria* 1994;13:1-2.
12. Chou Ya-Lun. Análisis estadístico. Copyright Under The International Copyright Union; 1977.
13. Bohórquez-López A. Educación e investigación en salud en el trabajo. *Rev Med IMSS* 1996;34(1): 89-93.
14. Oviedo-Ruiz OA. Magnitud y trascendencia de los accidentes de trabajo en el personal de la UMF No. 73 del IMSS en Saltillo, Coah. *Rev Med IMSS* 1993;31(5):433-435.
15. Campbell DT, Staley JC. Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1982. p. 31-53. 