



11725  
11

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 32 "VILLA COAPA"**

**"FACTORES NO MÉDICOS CAUSANTES DE DÍAS DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL PARA EL TRABAJO EN PACIENTES AFILIADOS AL  
I.M.S.S. Y PROGRAMADOS PARA MANEJO QUIRÚRGICO POR  
PARTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA NO. 32, DE ABRIL A JUNIO DEL 2002"**

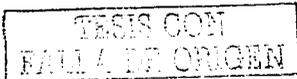
**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO**

**PRESENTA:**

**DR. JUAN PEDRO VARGAS GONZÁLEZ.**

**ASESOR: DR. EDUARDO ROBLES PÉREZ.**

**MÉXICO, D.F.**



**FEBRERO 2003**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**DR EDUARDO ROBLES PEREZ**  
**ASESOR**

**H. G. Z. No. 32**  
**VILLA GUERRA**



**JEFEATURA DE**  
**INVESTIGACIONES**

---

**DR. JAVIER CASTRO BUCIO**  
**JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA**

---

**DR. MANUEL C. ORTEGA ALVAREZ**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO**



**SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**U.N.A.M.**

## INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
RESULTADOS.....	4
ANÁLISIS UNIVARIADO.....	4
ANÁLISIS BIVARIADO.....	5
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	7
BIBLIOGRAFÍA.....	10
ANEXOS.....	11

↻

TESIS CON  
FOLIO DE ORIGEN

## **RESUMEN**

Las incapacidades prolongadas constituyen un problema en el ámbito mundial por los costos que a la seguridad social generan. Se sabe que el desfinanciamiento de la seguridad social ha sido generado, entre otras causas, por el impacto del pago de los subsidios, pensiones e incapacidades temporales para el trabajo (1). En el I.M.S.S el problema institucional prevalente es el otorgamiento de incapacidad temporal para el trabajo tanto por riesgos de trabajo como por enfermedad general. (3, 4) El detectar oportunamente las causas médicas y no médicas de retraso en la atención de los pacientes, con aplicación de procedimientos evitará el aumento de pagos inadecuados por riesgos de trabajo y enfermedad general. (5)

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores no médicos causantes de la emisión de días de incapacidad temporal para el trabajo, en asegurados programados para manejo quirúrgico por la especialidad de Traumatología del Hospital General de Zona No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El estudio se realizó en población afiliada al I.M.S.S. con programación para manejo quirúrgico por parte de la especialidad y unidad ya mencionadas por patologías resultantes de accidentes de trabajo o de enfermedad general en el período comprendido del 3 de Junio al 31 de Agosto del 2002. De los datos recabados de las variables independientes como diagnóstico, vía de ingreso al servicio, procedimiento programado, fecha de éste, causa de suspensión, turno y otros, se realizó un análisis univariado a través de medidas de tendencia central y dispersión, análisis bivariado a través del cálculo de U de Mann Whitney con un nivel de significancia del 0.05.

Los resultados obtenidos indican que existe significancia estadística entre la vía de ingreso al servicio y ramo de aseguramiento con los días de diferimiento y de incapacidad generados por los casos estudiados, influyendo para esto la gravedad del diagnóstico de los pacientes.

TESIS CON  
FRENTE DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

Las incapacidades prolongadas constituyen un problema en el ámbito mundial por los costos que a la seguridad social generan. Se sabe que el desfinanciamiento de la seguridad social ha sido generado, entre otras causas, por el impacto del pago de los subsidios, pensiones e incapacidades temporales para el trabajo (1). En Colombia la Ley de Seguridad Social en Salud enfrenta a las instituciones de salud al reto de la competitividad en que la calidad de la atención es un factor determinante para la supervivencia en el mercado, requiriendo para esto la mejor utilización de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles (2).

En nuestro país las consecuencias de ésta falta de control y vigilancia de la calidad de atención médica son las mismas. En el I.M.S.S el problema institucional prevalente es el otorgamiento de incapacidad temporal para el trabajo tanto por riesgos de trabajo como por enfermedad general. Cifras estadísticas reportadas en Salud en el Trabajo de 1995 a 1999, indican 2,087,796 casos por riesgo de trabajo, de los cuales corresponde 49,613,493 días a incapacidad temporal con un costo promedio de 85.00 pesos por día y un gasto total de 4,250 millones de pesos. Sobre enfermedad general se reportó una cifra acumulada de 166,367,982 días con un costo promedio de 50.00 pesos por día y un gasto total de 8,300 millones de pesos, con el consecuente deterioro de los recursos que son o debieran ser destinados a la prevención de la salud.(3, 4)

El detectar oportunamente las causas médicas y no médicas de retraso en la atención de los pacientes, con aplicación de procedimientos evitará el aumento de pagos inadecuados por riesgos de trabajo y enfermedad general. (5)

Dado que los planes y programas de mejora continua de la calidad deben contemplar armonía entre la planeación estratégica y la administración de procesos y que ambos conceptos están orientados a entender la organización desde el punto de vista del mismo y a los procesos principales como aquellos que agregan valor a los servicios; por lo que la evaluación de desempeño a través de indicadores como eficacia, efectividad, eficiencia y calidad nos muestran un panorama de manera directa en costos por riesgos de trabajo y enfermedad general. (6, 7).

El "Programa Estratégico Institucional para la Expedición de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo", ha abatido la tasa de incidencia de riesgos de trabajo por cada 100 trabajadores, 5.0 en 1995 a 3.4 en el 2001; así como la mejora en la atención médica, lo que ha redundado en la reducción del promedio de días de incapacidad por cada riesgo de trabajo de 25.4 días en 1995 a 20.9 en el 2001 y el número de días de incapacidad por enfermedad general de 3.1 a 2.3 en el mismo periodo reportado. Por lo que el H. Consejo Técnico lo estableció como permanente mediante su Acuerdo 104/2000 del 26 de octubre del 2000, el cual sigue vigente.

IMPRESO CON  
MATERIA ORIGIN

No obstante lo citado previamente, la situación financiera del Instituto requiere aún ejercer con una mayor eficiencia el presupuesto asignado a la institución, y como consecuencia la suma de voluntades de todos los servicios que la integran, por lo cual se estableció el Programa Institucional denominado "Fortalecimiento Integral para la Contención del Gasto en Materia de Prestaciones en Dinero".

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores no médicos causantes de la emisión de días de incapacidad temporal para el trabajo, en asegurados programados para manejo quirúrgico por parte de la especialidad de Traumatología del Hospital General de Zona No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social que generan a su vez gastos para el mismo.

## MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Traumatología del Hospital General de Zona No. 32, el tipo de estudio que se realizó fue observacional, longitudinal, analítico de fuente prolectiva.

El grupo de estudio fue el siguiente: población afiliada al I.M.S.S. con programación para manejo quirúrgico por parte de la especialidad de Traumatología del Hospital General de Zona No. 32 por patologías resultantes de accidentes de trabajo o de enfermedad general.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes programados para manejo quirúrgico por el servicio de Traumatología del Hospital General de Zona No. 32, con patología resultante de accidentes de trabajo o por enfermedad general, así como pacientes de cualquier edad y sexo.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes que cursaran con padecimientos crónicos ajenos a la causa del manejo por parte del área de Traumatología del Hospital General de Zona No. 32 cuyas complicaciones por dichos padecimientos resultaron en la suspensión o reprogramación del evento quirúrgico en cuestión.

Los criterios de eliminación fueron: pacientes con faltas a citas de especialidad por circunstancias personales y ajenas al I.M.S.S., pacientes fallecidos al momento del estudio, pacientes dados de alta durante el desarrollo del estudio sin la realización del procedimiento quirúrgico requerido, así como aquellos programados para cirugía por parte del servicio de Traumatología que por evolución propia del padecimiento no requirieron la realización del procedimiento o que fueron diferidos de éste.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el tamaño de muestra se consideró al número total de casos que cumplieran con los criterios de selección programados para manejo quirúrgico por parte del servicio de Traumatología del Hospital general de Zona No. 32, en el período comprendido de 3 de Junio al 31 de Agosto del 2002.

Se realizó el seguimiento del cumplimiento de la programación del servicio referido según sus propias listas de las cuales se recabó la hora programada para los procedimientos quirúrgicos, el médico responsable así como la sala de quirófano a ocupar por cada paciente, igualmente se capturaron los procedimientos suspendidos, interrogando acerca de la causa de esto a la encargada de la jefatura de enfermería de quirófanos, y llevando un registro de dicho evento de manera conjunta con ésta.

A partir de los expedientes del servicio en cuestión se recabaron los datos de identificación de los pacientes tales como nombre, número de afiliación, edad, sexo, diagnóstico, cirugía programada, origen de la lesión, fecha en que finalmente se realizó el procedimiento quirúrgico, días de incapacidad resultantes únicamente de la suspensión o diferimiento del procedimiento quirúrgico, domicilio y teléfono de los pacientes así como médico responsable del caso. Se seleccionó a aquellos pacientes que cumplieron con los criterios del grupo de estudio. Posteriormente se interrogó a dichos pacientes por entrevista directa o telefónica para obtener los datos faltantes en los expedientes revisados. De lo anterior se calculó el número de días de diferimiento y de incapacidad generados en cada caso.

Se realizó un análisis univariado a través de medidas de tendencia central y dispersión, análisis bivariado a través del cálculo de U de Mann Whitney con un nivel de significancia del 0.05.

## **RESULTADOS**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **ANALISIS UNIVARIADO**

Se obtuvo un total de 29 casos de los cuales el 79.3% (23 casos) fueron del sexo masculino y el 20.7% (6 casos) del sexo femenino (Tabla 1). En cuanto a la edad de los casos se obtuvo una media de 34.9, una mediana de 34 y una moda de 30. (Tabla 2).

Con respecto a la distribución según diagnóstico se obtuvo un 10.3% (3 casos) por fractura de tobillo; 6.9% (2 casos) por fibrosis posquirúrgica, inestabilidad gleno humeral, inestabilidad de rodilla, pinzamiento de hombro y pseudoartrosis de cubito cada uno y 3.4% (1 caso) por artrosis de tobillo, fractura de fémur, de húmero, mandibular, de radio, de tibia, hallux valgus, hernia L5, inestabilidad de codo, luxación de hombro, postoperado de ligamento cruzado anterior, postoperado de lesión acromioclavicular, rechazo al material de osteosíntesis, remodelación de muñón, lesión de rotula derecha y varo de rodilla por cada diagnóstico. (Tabla 3).

La distribución de casos según el procedimiento quirúrgico programado para realizarse fue la siguiente: 34.5% (10 casos) para reducción abierta de fractura inestable; 10.3% (3 casos) para artroplastias a diferentes niveles; 6.9% (2 casos) respectivamente para artroscopia, capsuloplastia, liberación tendinosa, artroplastia de hombro; 3.4% (1 caso) para artrodesis, descompresión, disectomía, Maquet, paciente en protocolo de estudio, remodelación de muñón y retiro de material de osteosíntesis en cada caso. (Tabla 4).

Con respecto a la distribución de casos según la causa de suspensión del procedimiento quirúrgico, el 34.5% (10 casos) se debió a contaminación de quirófanos; la falta de tiempo quirúrgico y de exámenes de laboratorio fue causa de suspensión del 10.3% (3 casos) respectivamente; el 6.9% (2 casos) se debió a prioridad de urgencias, falta de material de osteosíntesis, ausencia de médico anestesiólogo, mala programación del paciente, fuga de agua en quirófano así como falla en el funcionamiento del aparato de anestesia respectivamente; el 3.4% (1 caso) se debió a falta de ayuno del paciente. (Tabla 5)

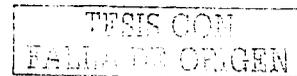
La distribución de la población según la vía de ingreso al servicio fue la siguiente: 58.6% (17 casos) ingresó al servicio por consulta externa mientras que el 41.4% (12 casos) ingresó por urgencias. (Tabla 6)

Los casos suspendidos según el turno en el que fueron atendidos se distribuyeron de la siguiente manera: 82.8% (24 casos) por parte del turno matutino, 6.9% (2 casos) por el turno vespertino y el 10.3% (3 casos) por el nocturno. (Tabla 7)

Con respecto a la distribución de casos según los días de incapacidad generados el 58.6% (17 casos) generó de 1 a 3 días de incapacidad, el 10.3% (3 casos) generó de 4 a 6 días de incapacidad; 20.6% (6 casos) generaron de 7 a 9 días; 3.4% (1 caso) generó de 13 a 15 días de incapacidad y el 6.8% (2 casos) generaron, de 16 a 18 días de incapacidad. (Tabla 8)

Finalmente en cuanto a la distribución de casos según los días de diferimiento provocados por la suspensión del procedimiento quirúrgico programado el 44.7% (13 casos) generó de 1 a 5 días de diferimiento; 20.6% (6 casos) generó de 6 a 10 días; 3.4% (1 caso) generó entre 11 y 15 días de diferimiento; 6.9% (2 casos) generaron de 16 a 20, de 21 a 25 y de 26 a 30 días de diferimiento en cada rango; 3.4% (1 caso) generó de 46 a 50, de 51 a 55 y 131 días de diferimiento respectivamente. (Tabla 9)

## ANÁLISIS BIVARIADO



En el análisis bivariado que se realizó se obtuvieron los siguientes resultados para los días de diferimiento, por sexo se obtuvo una mediana de 7 para el sexo masculino con un rango de 1 a 131 días y una mediana de 4 para el sexo femenino con un rango de 1 a 21 días, con valor de  $p = 0.4465$ . (Tabla 10)

En el análisis entre días de diferimiento y procedimiento quirúrgico realizado se obtuvo la mediana más alta para la capsuloplastia y siendo ésta de 69, con un rango de 7 a 131 días; por otro lado la artrodesis presentó la media más baja, siendo ésta de 1, con valor de  $p = 0.1793$ . (Tabla 11)

En el análisis de días de diferimiento por causa de suspensión del procedimiento programado se obtuvo la mediana más alta para la falta de ayuno con siendo ésta de 49 con un rango de 49, y la mediana más baja para ausencia de médico anesthesiologo resultando ésta de 1 con un rango de 1, con valor de  $p = 0.3706$ . (Tabla 12)

En el análisis de días de diferimiento y rangos de edad la mediana más alta fue de 10.5 para las edades de 36 a 40 años, con un rango de 2 a 29 días; por otro lado la mediana de 1 en los rangos de edad de 16 a 20 años y de 51 a 55 años fue la más baja, con un rango de 1 en ambos casos y con  $p = 0.6214$ . (Tabla 13)

Al analizar los días de diferimiento por turno se obtuvieron para matutino una mediana de 7 con un rango de 1 a 131 días; para el vespertino una mediana de 9.5, siendo ésta la más alta, con un rango de 2 a 17 días; para el nocturno se obtuvo una mediana de 1, con un rango de 1 a 3 días, resultando ésta la más baja; valor de  $p = 0.1400$  (Tabla 14).

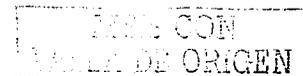
En el análisis de días de diferimiento por diagnóstico la mediana más alta fue de 69 para pinzamiento de hombro con rango de 1 a 131 días y la mediana más baja de 2 con un rango de 2 días para remodelación de muñón, con valor de  $p = 0.5220$  (Tabla 15)

En el análisis de días de diferimiento por vía de ingreso al servicio, para la consulta externa se obtuvo una mediana de 16 con rango de 2 a 131; para el ingreso por urgencias la mediana fue de 1 con rango de 1 a 15 días y con valor de  $p = 0.000026$ . (Tabla 16)

Al realizar el análisis entre días de diferimiento por ramo de aseguramiento, para los riesgos de trabajo se obtuvo una mediana de 1.5 con un rango de 1 a 16 días; por otro lado para el rubro de enfermedad general la mediana fue de 7 con rango de 1 a 131 días con un valor de  $p = 0.02340$ . (Tabla 17)

Los resultados obtenidos en cuanto al análisis bivariado entre los días de incapacidad generados por sexo se obtuvo una mediana de 3 con rango de 1 a 17 días para el sexo masculino, y para el femenino una mediana de 2 con un rango de 1 a 17 días y con un valor de  $p = 0.8912$ . (Tabla 18)

Para el análisis de días de incapacidad por procedimiento realizado se obtuvo una mediana de 17 con un rango de 17 para paciente programado para protocolo de estudio, siendo ésta la más alta; para reducción abierta de fractura inestable se obtuvo una mediana de 1 con un rango de 1 a 7 días resultando la más baja, con un valor de  $p = 0.2113$ . (Tabla 19).



Al realizar el análisis de días de incapacidad por causa de suspensión la mediana obtenida para fuga de agua fue de 12, con rango de 7 a 17, siendo la más alta; la mediana más baja obtenida fue de 1 para falta de material de osteosíntesis y ausencia del médico anesthesiólogo con rango de 1, con un valor de  $p = 0.1080$ . (Tabla 20)

En el análisis de días de incapacidad por rangos de edad la mediana más alta obtenida fue de 7 para el rango de 21 a 25 y 60 a 65 años, con un rango de 1 a 15 días; para el rango de 16 a 20 y de 51 a 55 años la mediana obtenida fue de 1 con rango de 1 día y con un valor de  $p = 0.5877$ . (Tabla 21)

En el análisis de días de incapacidad por turno, para el matutino se obtuvo una mediana de 3 con rango de 1 a 16 días, para el vespertino de 9.5 con un rango de 12 a 17 resultando ésta la más alta y para el nocturno una mediana de 1 con un rango de 1 a 3 días y con un valor de  $p = 0.2324$ . (Tabla 22)

Al realizar el análisis de días de incapacidad por diagnóstico la mediana más alta obtenida fue de 16 para hernia de disco L-5 con rango de 1 a 16; y para fractura de húmero, mandíbula, radio y cubito, tibia y tobillo, luxación de hombro la mediana obtenida fue de 1 con un rango de 1 a 3 días y con un valor de  $p = 0.3555$ . (Tabla 23)

En el análisis de días de incapacidad generados por ramo de aseguramiento se obtuvo una mediana de 10.5 para riesgos de trabajo con un rango de 1 a 16 días, y de 4.5 para enfermedad general con un rango de 1 a 17 días con un valor de  $p = 0.1653$  (Tabla 24)

En cuanto al análisis entre días de incapacidad generados de acuerdo a la vía de ingreso al servicio se obtuvo una mediana de 5 para consulta externa, con un rango de 2 a 17 días y para urgencias una mediana de 1 con un rango de 1 a 7 días, con un valor de  $p = 0.0032$  (Tabla 25).

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Las causas no médicas identificadas para la suspensión de procedimientos quirúrgicos, obedecen en ocasiones a fallas en el proceso de control administrativo del servicio en cuestión, como lo es, la falta de tiempo quirúrgico, responsable del 10.3% de los casos, y que en la mayoría de las ocasiones se debió al incumplimiento de los horarios para el inicio de las cirugías, provocando retrasos de hasta una hora, recorriendo así los turnos y condicionando finalmente dicho problema.

Otro factor no médico identificado fue la falta de exámenes de laboratorio, responsable del otro 10.3% de los casos, que obedeció igualmente a la falta de supervisión del cumplimiento de dicha condición.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Otras causas identificadas dentro de este rubro fueron la falta de ayuno por parte del paciente así como una programación inadecuada del procedimiento, al mantener en dicho programa pacientes a quienes ya se había intervenido quirúrgicamente. Así, el 30.9% de los casos de suspensión del procedimiento quirúrgico obedeció a causas administrativas.

La falta de recursos materiales y humanos en el servicio de Traumatología resulto en la suspensión del 20.7% de los procedimientos programados encontrándose entre éstos la falta de material de osteosíntesis, la ausencia del médico anestesiólogo y la falla del aparato de anestesia, con el 6.9% de los casos respectivamente.

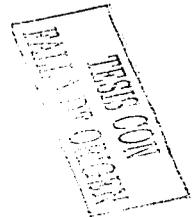
Por otro lado la falta de mantenimiento adecuado del área de quirófanos resultó responsable del 41% de los casos de suspensión de procedimiento quirúrgico, y estuvo dado por contaminación de quirófanos por fuga de agua del sistema de drenaje en el 34% de los casos, y por fuga de agua potable en el 6.9%.

El mayor número de casos ingresaron por la consulta externa con un total de 58.6%, ingresando por urgencias el 41.4% de los casos. Lo anterior se puede atribuir a la necesidad de acortar los tiempos de espera para recibir manejo quirúrgico en los pacientes ingresados por el segundo rubro, debido a la gravedad de los diagnósticos.

El turno en el que se concentró la mayor parte de los casos fue el matutino con un 82% de éstos debido posiblemente a que es en éste horario en el que existió un mayor número de pacientes programados para procedimiento quirúrgico. El turno vespertino fue responsable del 6.9% de los casos y el nocturno del 10.3%, debiéndose en éste último como causas principales la falta de recursos materiales y humanos.

Existe discrepancia entre los días de diferimiento y los días de incapacidad ya que cuando la gravedad del diagnóstico lo permitía y el diferimiento fue prolongado, el paciente fue dado de alta y hospitalizado en fecha cercana al siguiente día de programación asignado generando un menor número de días de incapacidad. Por otro lado, en aquellos casos en los que el estado del paciente era grave y cuyo tiempo de diferimiento resultó corto, éste permaneció hospitalizado, generando así los mismos días de incapacidad y de diferimiento.

En el análisis bivariado las únicas variables que resultaron con significancia estadística fueron la vía de ingreso tanto para días de diferimiento como de incapacidad. Lo anterior puede deberse al hecho de que los pacientes que ingresan por urgencias, debido a la gravedad de sus diagnósticos, como se comentó antes, requieren de manejo quirúrgico en un tiempo menor que en el caso de los pacientes ingresados por consulta externa, lo cual condiciona que los días de diferimiento en el primer caso sean mucho menores que los que se generan en casos que ingresan por la segunda vía, cuya gravedad podemos considerar que es menor. Podemos igualmente aseverar que los días de incapacidad generados en el primer caso resultan ser menores por la misma causa. Por lo tanto, en éste caso, la variable se ve afectada por el estado clínico del paciente.



El ramo de aseguramiento es otra variable que resulto significativa estadísticamente para la generación de días de diferimiento. Igualmente el estado clínico del paciente influye en este caso debido a que los padecimientos considerados dentro del rubro de enfermedad general resultan de patologías crónico degenerativas del aparato osteomuscular, mientras las patologías de los pacientes que se encuentran agrupados en el ramo de riesgo de trabajo, se deben a eventos traumáticos generalmente, cuya gravedad es mayor. Por lo anterior podemos concluir, que los días de diferimiento en este caso obedecen de modo más importante al estado clínico del paciente, e indirectamente al ramo de aseguramiento.

Si bien es cierto, que muchas de los factores estudiados no mostraron diferencia estadísticamente significativa, debido a un tamaño de muestra tan pequeño, los datos que se muestran permiten también observar la significancia clínica que implica que algunos factores preponderen sobre otros y que pueden dar la pauta a suponer la importancia que tienen en la génesis de los días de incapacidad temporal.

Por lo anterior, se concluye que los días de diferimiento y de incapacidad generados por trabajadores atendidos en este servicio, responden de manera principal al estado clínico del paciente e indirectamente a las causas de la suspensión del evento quirúrgico; sin embargo, los datos arrojados por el estudio nos orientan al hecho de que éste último problema puede ser resuelto por medio del mayor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales con los que se cuenta en la unidad estudiada, por medio de la aplicación de adecuados métodos de planeación y de control en el proceso administrativo por parte de la jefatura del servicio y de las autoridades de la unidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-Maldonado I G. Incapacidades prolongadas inadecuadas ¿Un problema del asegurado. O del médico o de los servicios de salud?. Rev Méd. I.M.S.S. 1996; 5: 379-384.
- 2.- Piedad R. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. Colombia Medica. 2001; 32:14-18.
- 3.-I.M.S.S. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Coordinación de Prestaciones Económicas. Proceso de subsidios. Agosto 2000-2001.
- 4.-Fajardo O G. Los servicios Médicos del I.M.S.S. Rev Méd I.M.S.S. 1998; 5: 373-375.
- 5.-Saldain R, Guimaraens A M. La Seguridad Social en Uruguay. Serie Monografías No. 5 Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Secretaría General. 1993.
- 6.-Ramírez G A. Incapacidades prolongadas en Traumatología y Ortopedia. Presentación en V Resumen Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo I.M.S.S. 2000
- 7.-I.M.S.S. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud en el Trabajo. Instructivo de integración y operación del Comité para evaluación médica de casos con incapacidad temporal para el trabajo. 1982.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXOS****TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL POR SEXO**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	23	79.3
FEMENINO	6	20.7
TOTAL	29	100

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL POR GRUPO DE EDAD**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16-20	1	3.4
21-25	3	10.2
26-30	8	27.2
31-35	3	10.2
36-40	6	20.4
41-45	2	6.8
46-50	3	10.2
51-55	1	3.4
56-60	0	0
60-65	2	6.8
TOTAL	29	100

MEDIA: 34.9, MEDIANA: 34, RANGOS: 19 A 62 AÑOS.

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ARTROSIS TOBILLO	1	3.4
FIBROSIS POSTQUIRURGICA	2	6.9
FRACTURA DE FÉMUR	1	3.4
FRACTURA DE HUMERO	1	3.4
FRACTURA MANDIBULAR	1	3.4
FRACTURA DE RADIO	1	3.4
FRACTURA DE TIBIA	1	3.4
FRACTURA TOBILLO	3	10.3
HALLUX VALGUS	1	3.4
HERNIA L5	1	3.4
INESTABILIDAD CODO	1	3.4
INESTABILIDAD GLENO HUMERAL	2	6.9
INESTABILIDAD RODILLA	2	6.9
LUXACIÓN HOMBRO	1	3.4
POSTOPERADO DE LIGAMENTO CRAUZADO ANTERIOR	1	3.4
PINZAMIENTO HOMBRO	2	6.9
POSTOPERADO ACROMIOCLAVICULAR	1	3.4
PSEUDOARTROSIS CUBITO	2	6.9
RECHAZO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	1	3.4
REMODELACIÓN MUÑO	1	3.4
ROTULA DERECHA	1	3.4
VARO RODILLA	1	3.4
TOTAL	29	100

TESTS CON  
PALA DE ORIGEN

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO.**

PROCEDIMIENTO REALIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ARTRODESIS	1	3.4
ARTROSCOPIA	2	6.9
CAPSULOPLASTIA	2	6.9
DESCOMPRESION	1	3.4
DISECTOMIA	1	3.4
LIBERACION	2	6.9
MAQUET	1	3.4
PLASTIA	3	10.3
PLASTIA HUESO TENDÓN HUESO	2	6.9
1PROTOCOLO	1	3.4
REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA INESTABLE	10	34.5
REMODELACION	1	3.4
RETIRO DE MATERIAL	1	6.9
TOTAL	29	100

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA DE SUSPENSIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.**

CAUSA DE SUSPENSIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIORIDAD URGENCIAS	2	6.9
FALTA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	2	6.9
FALTA DE TIEMPO QUIRÚRGICO	3	10.3
FALTA DE EXAMENES DE LABORATORIO	3	10.3
FALTA DE AYUNO	1	3.4
AUSENCIA DE ANESTESIOLOGO	2	6.9
MAL PROGRAMADO	2	6.9
CONTAMINACIÓN DE QUIRÓFANO	10	34.5
FUGA DE AGUA	2	6.9
FALLA DE APARATO DE ANESTESIA	2	6.9
TOTAL	29	100

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR V IA DE INGRESO AL SERVICIO.**

ORIGEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSULTA EXTERNA	17	58.6
URGENCIAS	12	41.4
TOTAL	29	100

**TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR TURNO**

TURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	24	82.8
VESPERTINO	2	6.9
NOCTURNO	3	10.3
TOTAL	29	100

TESIS CON  
PLAN DE ORIGEN

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE POBLACION POR DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS

DIAS DE INCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-3	17	58.6
4-6	3	10.3
7-9	6	20.6
10-12	0	0
13-15	1	3.4
16-18	2	6.8
TOTAL	29	100

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR DIAS DE DIFERIMIENTO.

DIAS DE DIFERIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-5	13	44.7
6-10	6	20.6
11-15	1	3.4
16-20	2	6.9
21-25	2	6.9
26-30	2	6.9
31-45	0	0
46-50	1	3.4
51-55	1	3.4
56-130	0	0
131-135	1	3.4
TOTAL	29	1000

TABLA 10 ANALISIS ENTRE DIAS DE DIFERIMIENTO POR SEXO

SEXO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
MASCULINO	6.8	7	1-131
FEMENINO	4.1	4	1-21

$p=0.4465$  (U de Mann Whitney)

TABLA 11. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE DIFERIMIENTO POR PROCEDIMIENTO REALIZADO

PROCEDIMIENTO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
ARTRODÉSIS	1	1	1
ARTROSCOPIA	14	17.5	7-28
CAPSULOPLASTIA	30.2	69	7-131
DESCOMPRESION	55	55	55
DISECTOMIA	16	16	16
LIBERACION	24.6	25	21-29
MAQUET	7	7	7
PLASTIA	21	9	1-49
PLASTIA HUESO TENDON HUESO.	4.47	4.5	4-5
PROTOCOLO	17	17	17
REDUCION ABIERTA DE FRACTURA INESTABLE.	1.97	1	1-21
REMODELACION	2	2	2
RETIRO DE MATERIAL	8.6	10	5-15

$p = 0.1793$  (Kruskal-Wallis)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 12. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE DIFERIMIENTO POR CAUSA DE SUSPENSIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

CAUSA DE SUSPENSIÓN	MEDIA	MEDIANA	RANGO
PRIORIDAD URGENCIAS	3.16	3.5	2-5
FALTA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	1.7	2	1-3
FALTA DE TIEMPO QUIRÚRGICO	7.9	7	1-9
FALTA DE EXAMENES DE LABORATORIO	24.6	21	2-19
FALTA DE AYUNO	49	49	49
AUSENCIA ANESTESIOLOGO	1	1	1
MAL PROGRAMADO	8.6	10	5-15
CONTAMINACIÓN DE QUIRÓFANO	7.79	7	1-131
FUGA DE AGUA	10.9	12	7-17
FALLA DE APARATO DE ANESTESIA	10.5	11.5	7-16

$p = 0.3706$  (Kruskal-Wallis)

**TABLA 13. ANÁLISIS ENTRE DIAS DIFERIMIENTO POR RANGOS DE EDAD DEL PACIENTE**

EDAD	MEDIA	MEDIANA	RANGO
16-20	1	1	1
21-25	4.7	7	1-15
26-30	11.8	7	1-131
31-35	4.8	4	1-28
36-40	7.6	10.5	2-29
41-45	3	5	1-9
46-50	14.1	17	3-55
51-55	1	1	1
56-60	0	0	0
61-65	7	7	7

$p = 0.6214$

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 14. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE DIFERIMIENTO POR TURNO.**

TURNO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
MATUTINO	7.47	7	1-131
VESPERTINO	5.8	9.5	2-17
NOCTURNO	1.7	1	1-3

$p = 0.14$

**TABLA 15. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE DIFERIMIENTO POR DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
ARTROSIS TOBILLO	7	7	7
FIBROSIS POSQUIRÚRGICA	24.67	25	21-29
HALUX VALGUS	9	9	9
HÉRNIA L5	16	16	16
INESTABILIDAD CODO	49	49	49
INESTABILIDAD GLENOHUMERAL	30.28	69	7-131
PINZAMIENTO HOMBRO	30.28	69	7-131
POSTOPERADO. ACROMIOCLAVICULAR	15	15	15
PSEUDOARTROSIS CUBITO	12.12	14	7-21
RECHAZO MATERIAL OSTEOSINTESIS	5	5	5
REMODELACION DE MUNON	2	2	2
ROTULA RODILLA	28	28	28
VARO RODILLA	131	131	131

$p = 0.5220$

TABLA 16. ANALISIS ENTRE DIAS DE DIFERIMIENTO POR VIA DE INGRESO

ORIGEN	MEDIA	MEDIANA	RANGO
CONSULTA EXTERNA	15.1	16	2-131
URGENCIAS	1.75	1	1-15

P = 0.000026

TABLA 17. DIAS DE DIFERIMIENTO POR RAMO DE ASEGURAMIENTO

CAUSA	MEDIA	MEDIANA	RANGO
RIESGO DE TRABAJO	2.35	1.5	1-16
ENFERMEDAD GENERAL	8.95	7	1-131

P = 0.02340

TABLA 18. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS POR SEXO

SEXO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
MASCULINO	3.20	3	1-17
FEMENINO	1.8	2	1-17

p = 0.8912

TABLA 19. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS POR PROCEDIMIENTO REALIZADO

PROCEDIMIENTO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
ARTRODESIS	7	7	7
ARTROSCOPIA	3.7	4.5	2-7
CAPSULOPLASTIA	3.7	4.5	2-7
DESCOMPRESION	2	2	2
DISÉCTOMIA	16	16	16
LIBERACIÓN	3	3	3
MAQUET	7	7	7
PLASTIA	2.6	2	1-7
PLASTIA HUESO TENDÓN HUESO	4.47	4.5	4-5
PROTOCOLO	17	17	17
REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA INSÉTABLE	1.62	1	1-7
REMODELACIÓN	2	2	2
RETIRO MATERIAL	8.6	10	5-15

p = 0.2113

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 20. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS POR CAUSA DE SUSPENSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

CAUSA	MEDIA	MEDIANA	RANGO
PRIORIDAD URGENCIAS	3.1	3.5	2-5
FALTA DE MATERIAL DE OSTÉOSINTESIS	1	1	1
FALTA DE TIEMPO QUIRÚRGICO	3.9	7	1-9
FALTA DE EXAMENES DE LABORATORIO	2.6	3	2-3
FALTA DE AYUNO	2	2	2
AUSENCIA DE ANESTESIOLOGO	1	1	1
MAL PROGRAMADO	8.6	10	5-15
CONTAMINACIÓN DE QUIRÓFANO	2.3	2	1-7
FUGA DE AGUA	10.9	12	7-17
FALLA DE APARATO DE ANESTESIA	10.5	11.5	7-16

p = 0.1080

TABLA 21. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS Y RANGO DE EDAD

EDAD	MEDIA	MEDIANA	RANGO
16-20	1	1	1
21-25	4.7	7	1-15
26-30	2.7	2.5	1-7
31-35	2	2	1-4
36-40	3.7	3	2-16
41-45	3	5	1-9
46-50	4.6	3	2-17
51-55	1	1	1
55-60	0	0	0
60-65	7	7	7

p = 0.5877

TABLA 22. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS POR TURNO

TURNO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
MATUTINO	3.3	3	1-16
VESPERTINO	5.8	9.5	2-17
NOCTURNO	1.4	1	1-3

p = 0.2324

TABLA 23. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS POR DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	MEDIA	MEDIANA	RANGO
ARTROSIS TOBILLO	7	7	7
FIBROSIS POSTQUIRURGICA	3	3	3
FRACTURA DE FÉMUR	2	2	2
FRACTURA HUMERO	1	1	1
FRACTURA MANDIBULAR	1	1	1
FRACTURA RADIO Y CUBITO	1	1	1
FRACTURA TIBIA	1	1	1
FRACTURA TOBILLO	1.4	1	1-3
HALLUX VALGUS	7	7	7
HERNIA L5	16	16	16
INSETABILIDAD DE CODO	2	2	2
INESTABILIDAD GLENOHUMERAL	3.7	4.5	2-7
INESTABILIDAD RODILLA	4.47	4.5	4-5
LUXACIÓN HOMBRO	1	1	1
POSTOPERADO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.	7	7	7
PINZAMIENTO HOMBRO	5.8	9.5	2-17
POSTOPERADO ACROMIOCLAVICULAR	15	15	15
PSEUDOARTROSIS CUBITO	4.5	5	3-7
RECHAZO A MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	5	5	5
REMODELACIÓN DE MUÑON	2	2	2
ROTULA DERECHA	2	2	2
VARO RODILLA	7	7	7

p = 0.3555

**TABLA 24. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADO POR RAMO DE ASEGURAMIENTO**

CAUSA	MEDIA	MEDIANA	RANGO
RIESGO DE TRABAJO	2.3	10.5	1-16
ENFERMEDAD GENERAL	3.5	4.5	1-17

p = 0.1653

**TABLA 25. ANÁLISIS ENTRE DIAS DE INCAPACIDAD GENERADOS POR VIA DE INGRESO AL SERVICIO**

ORIGEN	MEDIA	MEDIANA	RANGO
CONSULTA EXTERNA	4.8	5	2-17
URGENCIAS	1.7	1	1-7

p = 0.0032

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN