

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“COMPORTAMIENTO DE INCAPACIDADES  
PROLONGADAS EN LA UMF No. 28 “GABRIEL  
MANCERA” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL DURANTE EL AÑO 2003”**

TESIS DE POSGRADO

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

**DR. JUAN FRANCISCO ABURTO TRUJILLO**

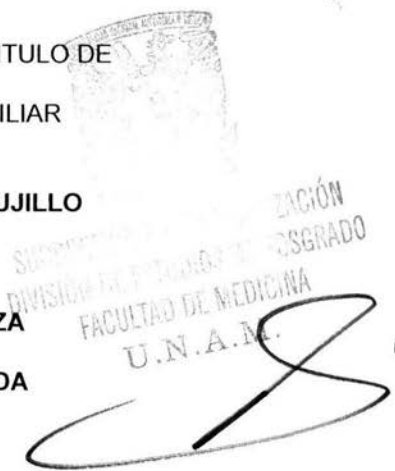
ASESORES

**DR. JAVIER VILLALBA MENDOZA**

**DR. ARMANDO JIMENEZ ARANDA**

CO-ASESOR

**DR. JOSE ENRIQUEZ JIMENEZ**



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”

SERVICIO DE DEPARTAMENTO CLINICO Y MEDICINA DEL TRABAJO

MÉXICO D.F.



AGOSTO, 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México




**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 JOSE ANTONIO RODRIGUEZ COVARRUBIAS  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
"GABRIEL MANCERA"

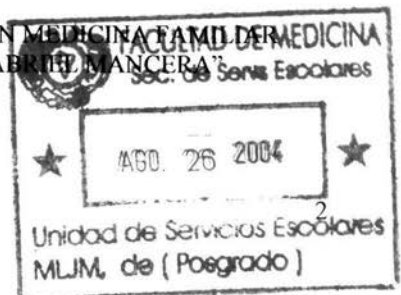


  
DR. A. BERNARDO TORRES SALAZAR  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E  
INVESTIGACION MEDICA UMF. 28

  
DR. JAVIER VILLALBA MIRANDA  
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"  
ASESOR

  
DR. ARMANDO JIMENEZ ARANDA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL TRABAJO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"  
ASESOR

  
DR. JORGE ENRIQUEZ JIMENEZ  
MEDICO ADJUNTO AL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE MEDICINA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"  
COASESOR



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI MAMÁ:**

Por sentir las cosas como si trajeras puesto mi corazón,  
Porque Tú sabes bien lo que es vivir,  
Por creer siempre en mí y apoyarme en todo momento,  
Por la confianza, el impulso y cariño proporcionados,  
Por tantas noches de desvelo y cuidados proporcionados,  
Por ser mi brújula y por tu amor,  
Y porque verte bien es lo más importante en mi vida,  
Te amo.  
Gracias.

### **A MI PADRE:**

Constante en mi corazón y en mi pensamiento,  
Quien se encuentra donde los grandes nunca escapan.

### **A MI FAMILIA**

**(Rafael, Sara, Cesar, Ariadna, Katy y Claudia)**

Por escucharme siempre con más atención de la  
que me pongo Yo mismo, los amo y este logro  
tiene que ver en gran parte con su confianza, sus  
sonrisas únicas y llenas. Por estar siempre al  
pendiente

## **A MIS ASESORES DE TESIS**

Por creer en mí de esta manera.

Dr. Javier Villalba. Gracias por el entusiasmo.

Dr. Armando Jiménez. Por entenderme y la oportunidad.

Dr. Jorge Enríquez. Muy pronto sucederá.

### **Dr. Sergio Ortiz Obregón**

“Thanks for beliving in me when I needed “.  
Y por redefinir la palabra amistad.

## **A todo el Personal Medico y Paramédico de la UMF No 28 y de sus Rotaciones Externas**

Cada uno a su manera y en su momento me brindaron su confianza, apoyo así como su enseñanza de partición.

### **A mis Compañeros:**

Gracias por su paciencia y comprensión.

**Ing. Roberto Álvarez**

Por su Dedicación. Colaboración y Paciencia  
Para un segundo esfuerzo

**A LA UNAM E IMSS:**

Por la nueva oportunidad

Ambas instituciones de gran nobleza cuya calidad humana y  
Educativa se aquilatan día a día aun por sus opositores.

## INDICE

### AGRADECIMIENTOS

## INDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	9
ANTECEDENTES	
1.1 Ubicación Geográfica de la Unidad de Medicina Familiar No. 28	
1.2 Servicios Urbanos	
1.3 Factores Demográficos	
CAPITULO II	12
CONCEPTOS BÁSICOS	
2.1 Accidente de Trabajo	
2.2 Riesgo de Trabajo	
2.3 Incapacidad Prolongada	
2.4 Enfermedad General	
CAPITULO III	15
ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL POR INCAPACIDADES PROLONGADAS EN LA UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE EL AÑO 2003	
3.1 Marco Teórico	
3.2 Seguridad Social y Evaluación Histórica	
3.3 Frecuencia de Incapacidades Prolongadas y Riesgos de Trabajo (daños). Estudio Nacional	
JUSTIFICACIÓN	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
HIPÓTESIS	
OBJETIVOS	30
PROGRAMA DE TRABAJO	32
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
RESULTADOS	42
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	57

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>63</b>



## INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico de Salud es el estado que guarda el proceso salud-enfermedad de una población en un momento dado, basada en el análisis del nivel de salud y de los factores determinantes y condicionantes de dicho proceso.

Este Diagnóstico pretende describir de manera cuantitativa y cualitativamente los problemas de salud de una población y analizar los elementos presentados en forma tal que permitan establecer alternativas viables de solución para reorientar planes y programas.

Así como de Presentar información acerca de los daños de salud de la población trabajadora, destacando los problemas de salud laboral de acuerdo a los indicadores propuestos.

Tiene la característica de corresponder al proceso salud-enfermedad de la zona de influencia y de enfatizar en algunas medidas resumidas que expresan la magnitud y trascendencia de ciertos problemas de salud laboral.

**CAPITULO I**  
**ANTECEDENTES**

**1.1 UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**No. 28**

La unidad de Medicina Familiar No. 28 se encuentra ubicada en la calle de Gabriel Mancera No. 800 esquina con San Borja, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez del Distrito Federal.

Los límites y vías de comunicación son

**AL NORTE:** Viaducto Miguel Alemán (acera sur); hasta Insurgentes. Insurgentes (acera poniente); del No 373 al No. 599, hasta la calle Michoacán (acera sur); del No. 2 al No. 170, hasta Patriotismo.

**AL PONIENTE:** Patriotismo (acera oriente); hasta San Antonio, San Antonio (acera sur), hasta Periférico, Periférico (acera oriente); hasta Barranca del Muerto.

**AL SUR:** Barranca del Muerto (acera norte); hasta Río Mixcoac, Río Mixcoac (acera norte); hasta Río Churubusco, Río Churubusco (acera norte); hasta Calzada de Tlalpan.

**AL ORIENTE:** Calzada de Tlalpan (acera poniente); del No 1291 al No. 1639, hasta Calzada Santa Cruz, Calzada Santa Cruz (acera sur); hasta Lázaro Cárdenas. Lázaro Cárdenas (acera poniente, hasta Viaducto Miguel Alemán.

## **1.2 SERVICIOS URBANOS**

Descripción breve de los servicios urbanos, de orden publico, de la infraestructura sanitaria y de transporte de la Delegación Benito Juárez.

Esta Unidad de Medicina Familiar No. 28 forma parte del Comité de Salud de la Delegación No. 3-4 del Distrito Federal,, integrada también por hospitales y Unidades Médicas de la Secretaria de Salud y el ISSSTE.

Dicha Unidad es de muy fácil acceso ya que cuenta con transportes como microbús, metro, taxis, así como automóviles particulares.

En lo que se refiere a educación la Delegación Benito Juárez cuenta con 606 Jardines de Niños, 185 Escuelas de instrucción Primaria, 86 Escuelas de Nivel Secundaria, 9 nivel medio Terminal-técnico, 68 de nivel Medio Superior con Bachillerato y 4 Universidades.

Tiene 39 Módulos de Información y Protección Ciudadana, 5 Agencias Investigadoras, 4 Juzgados de Registro Civil, 29 Establecimientos de diversa índole como Albergues Temporales, Casa Hogar, Centros Recreativos y Culturales, Centros de Desarrollo Infantil, Centro de Bienestar Social, Centros de Integración Juvenil y Casas Hogar para Personas de la Tercera edad.

### **1.3 FACTORES DEMOGRAFICOS**

Las 10 AGEBS correspondientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 le corresponden 20 colonias de la Delegación Benito Juárez, 4 colonias de la Delegación Cuauhtémoc y 1 colonia de la Delegación Miguel Hidalgo.

## CAPITULO II

### CONCEPTOS BASICOS

#### 2.1 ACCIDENTE DE TRABAJO

Tomando como base al Derecho Burocrático, se define al Término **Accidente de Trabajo** como: A toda lesión orgánica del cuerpo humano, permanente o transitoria, o la muerte, producida por la acción repentina de un hecho exterior que pueda ser medido y que sobrevenga durante la jornada laboral, en el desempeño de ésta o como consecuencia de la misma; así como toda lesión interna provocada por un esfuerzo producido en circunstancias similares.(1)

Los accidentes que se produzcan al trasladarse el servidor público de su domicilio al lugar de su actividad laboral y viceversa, serán considerados, para todos los efectos legales, como accidentes de trabajo (1)

#### 2.2 RIESGO DE TRABAJO

**Riesgo de Trabajo** como: La posibilidad que tiene un servidor público de sufrir, con motivo del desempeño de sus labores, un accidente o enfermedad. De producirse el evento, éste puede provocar: **a) Incapacidad Temporal, b) Incapacidad Permanente; parcial o total y c) Muerte (1)**

Definiciones que se encuentran referidas y definidas a su vez en la **“Ley Del Seguro Social”** en sus **ARTICULOS No. 41 Y 42 Capítulo III “ DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO”**

**Artículo No. 41 Riesgo de Trabajo:** Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

**Artículo No. 42 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, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se presente.

También se considera accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador, directamente de su domicilio al lugar de trabajo, o de éste a aquél.(2)

### **2.3 INCAPACIDAD PROLONGADA**

Este termino se aplica a aquellas incapacidades extendidas que cubren un número mayor a 90 días, en base al **Programa de Prestaciones por Riesgo de Trabajo ( PRITI ) (3,4)** anteriormente denominado **Programa de Atención Médica ( PAM ) (3,5)**, en el cual se basa el IMSS para el otorgamiento de las mismas

## **2.4 ENFERMEDAD GENERAL**

Toda lesión orgánica del cuerpo humano, permanente o transitorio, o la muerte, que no sea producida por la acción directa o repentina de un hecho exterior que pueda ser medido y que sobrevenga durante la jornada laboral, en el desempeño de ésta o como consecuencia de la misma.(1)

## CAPITULO III

### ANALISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL POR INCAPACIDADES PROLONGADAS EN LA UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE EL AÑO 2003

#### 3.1 MARCO TEORICO

La Medicina del Trabajo definida en 1950 por la OIT como: "La rama de la medicina que tiene por objeto promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo el daño a su salud causado por las condiciones de trabajo; protegerlos contra los riesgos derivados de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; en suma adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su labor". **(6)**

La Medicina del Trabajo es una nueva fuerza dedicada a la salud del trabajador, enfocándose al medio laboral en que desarrolla sus actividades, imponiendo medidas de prevención en el campo de la Higiene y la Seguridad. La importancia que tiene la clase trabajadora para el desarrollo económico y social de nuestro país, hace que esta rama de la Medicina, oriente la teoría y la práctica a la conservación de la salud a través de la observación, análisis y resolución, siguiendo el método científico, adquiriendo así un carácter social y preventivo. **(6)**



La seguridad social es una parte importante de las Ciencias Sociales. Y como se afirma con frecuencia, que “para poder conocer una ciencia es preciso conocer su historia” presento algunos elementos claves de la evolución de esta disciplina que hoy concita la atención de los políticos, de la comunidad financiera, de los estudiosos de los trabajadores y de la población en general y en particular de nosotros los médicos.

### **3.2 SEGURIDAD SOCIAL Y EVOLUCION HISTORICA**

- Las formas más primitivas de seguridad se remontan a Judea, Egipto, Cartago, Fenicia, Y otros pueblos.
- Se recuerda él anécdota de la época de las “vacas gordas y de las vacas flacas”
- La revolución industrial en la que se aprecia la lucha del movimiento obrero al incorporar sus reivindicaciones claves de seguridad social contra las enfermedades, accidentes de trabajo y el desempleo.
- Las mutuales y las sociedades de beneficencia fueron surgiendo en varios países europeos.

**1819** En América latina, Simón Bolívar proclama “El sistema de gobierno más perfecto es el que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de **Seguridad Social** y mayor suma de estabilidad política.

**1883** Se instituye el Primer Régimen de Seguridad Social en Alemania por Bismark.

**1884** Se instituye el Seguro por Enfermedad General

**1889** Se crea el Seguro por Invalidez y Vejez, se aplicó inicialmente a las enfermedades y posteriormente a los accidentes.

**1906** Los trabajadores reafirman su derecho a la Seguridad Social en la Carta de Amiens.

**1911** Inglaterra implanta el seguro de desempleo.

**1917** Se aprueba el derecho a la Seguridad Social durante la “revolución Mexicana” en la constitución de 1913 en el artículo 123 de la misma. Al mismo tiempo en Rusia se implanta este derecho.

**1919** Surge la “OIT” al término de la Primera Guerra Mundial.

**1927** Surge en Bélgica la “AISS”.

**1935** Surge en EE.UU. el primer seguro para la vejez, la supervivencia y el paro forzoso.

**1938** En Nueva Zelanda se implementa un programa de seguridad social durante la Segunda Guerra Mundial.

**1941** La Carta del Atlántico se establece el programa económico y de seguridad social.

**1942** En la declaración de Santiago de Chile se estableció que cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de sus generaciones activas.

**1944** En la Declaración de Filadelfia, se sustenta una Seguridad Social.

**1945** Surgimiento de la ONU.

**1948** La declaración de los Derechos Humanos en su artículo 22 consagra como derecho la seguridad social.

**1951** Se constituye la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social y aparece la Carta Social europea donde se consagra la seguridad social.

**80's** Surge la Ola de privatización de la Seguridad Social **(6,7)**

**1995** Se aprueba en México la Nueva Ley del seguro Social. **( 2 )**

Dentro de todos estos eventos relevantes destaca la Organización Internacional del Trabajo ( **OIT** ), quien adoptó dos convenios y una recomendación sobre el desempleo y la protección a la maternidad, posteriormente se realizaron más convenios y recomendaciones por esta misma, las cuales trataron sobre temas como la **indemnización del trabajo, las enfermedades profesionales, el seguro de enfermedad, seguro de invalidez, seguro por vejez y el seguro de sobrevivientes;** todos ellos encaminados a el fortalecimiento de la Seguridad Social **(6)**

Algunos otros países con sistema de Seguridad Social similar al nuestro, a tenido que lidiar con los costos derivados de las incapacidades prolongadas, por riesgo de trabajo y enfermedad; 1 ejemplo es Uruguay que durante el periodo de tiempo de 1990 – 1991, el riesgo por enfermedad causo un insumo del 8.8 % y una erogación del 9.5 % ; ocupando la mayor parte de estos porcentajes para invalidez, vejez y sobrevivencia. **(8)**

En nuestro país con el fin de atender a las contingencias derivadas de la actividad laboral, se creó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1944, el Servicio de Riesgos de Trabajo e Invalidez, cuyas funciones eran actividades de administración de la rama del Seguro de Riesgos de Trabajo e Invalidez hasta 1974. Posteriormente los objetivos fueron dar atención a los daños generados por el medio ambiente laboral, por lo que de 1975 a 1988 su nombre cambió a Servicio de Medicina del Trabajo. Sin embargo, sus objetivos fueron cambiando y desde 1989 hasta la fecha su nombre es Servicios de Salud en el Trabajo, debido a que sus funciones principales son las de prevención de Riesgos de Trabajo, Promoción a la Salud y Protección a los Medios de Subsistencia. **(3, 9 y 10)**

De igual manera, los daños derivados de las contingencias de la actividad laboral representan un serio y complejo problema, tanto desde el punto de vista del bienestar individual y social, como en cuanto a la economía del país, ya que los gastos erogados año con año por Riesgos de Trabajo ocurridos a la población, aunados a la disminución o pérdida de la capacidad productiva de los trabajadores que sufren Riesgos de Trabajo, repercuten directamente en uno de los problemas nacionales de mayor envergadura: la productividad. **(10 y 11)**

En nuestro país, específicamente en el IMSS las incapacidades mayores de 30 días representan un problema de gran envergadura, al destinar gran

parte de los recursos a la atención de los daños a la salud y a las prestaciones económicas correspondientes y no a fomentar las actividades preventivas. El problema fundamental radica en la expedición de la incapacidad laboral temporal para el trabajador en base a el Riesgo de Trabajo ( R.T.), como por Enfermedad General ( E.G.),y donde el o los médico (s) tratante (s) son uno de los protagonistas principales. Durante el mes de Diciembre del año de 1999, a nivel nacional e institucional se registraron 27, 198 casos de incapacidades, mientras que, para los meses de Enero y Febrero del año 2000 se observo un incremento de 28, 064 y 31, 048 incapacidades respectivamente de incapacidades prolongadas mayores de 90 días, con un promedio en días por E.G de 208 y de 173 para R.T. **(9 y 10)**

Los resultados de estudios, realizados por esta institución, revelan que las incapacidades prolongadas con otorgamiento inadecuado, no parecen tener relación y reducción con ciertas características del Pronóstico ni con el nivel de atención especial o antigüedad institucional del médico y tampoco con la insuficiencia de recursos; esto es, el retraso en la elaboración de proyectos de dictámenes de invalidez, donde se involucran factores médicos – técnicos y administrativos propios de este proceso, lo que trae como consecuencia un desfinanciamiento institucional, producido por la gran cantidad de días de incapacidad laboral generados. **(10,11)**

La falta de capacitación del Médico en el proceso técnico médico o su actitud son las razones principales para que no se cumplan los objetivos

primordiales de los programas, el mejoramiento de la calidad de atención médica e identificar las **causas médicas y no médicas** para disminuir el tiempo de evolución de los padecimientos por riesgos de trabajo y enfermedad general así como sus secuelas y logra de esta manera la reincorporación rápida y oportuna del trabajador. Es por ende que con la detección oportuna de las causas médicas y no médicas así como la aplicación adecuada de los programas y manuales, evitará el aumento de los días de incapacidad, causando así un profundo e importante impacto económico tanto para el trabajador como para la institución.**(9,12 y 13)**

De estos hechos se deriva la importancia del establecimiento de un PROGRAMA DE TRABAJO.

El programa de trabajo planeado para el período 2001-2003 el cual se basó en la aplicación del programa de Acciones Vinculadas y el programa de Vigilancia Epidemiológica, el otorgamiento de la atención en la calificación de Riesgos de Trabajo e Invalidez y mejorar la calidad en la emisión de dictámenes de Periciales Médicas; por lo que la evaluación del desempeño a través de indicadores como eficacia, efectividad eficiencia y calidad; nos muestran un panorama de manera directa en costos por R.T. y E.G. **(10, 11, 12,14 y 15)**

Hay que recordar que el otorgamiento de las incapacidades es responsabilidad del Instituto, quien tiene la facultad exclusiva de la

expedición de los certificados en base al **Artículo No. 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, donde se enfatiza la protección de la vida y la integridad física de los trabajadores en el desempeño de su trabajo, las responsabilidades económicas y en especie cuando son víctimas de alguna contingencia derivada de su actividad laboral, y en su **Artículo No. 60 de la Ley del Seguro Social (LSS)** donde se menciona que los certificados de incapacidad temporal que expida el Instituto se sujetaran a lo que establezca el reglamento relativo. Y en la estricta aplicación del Reglamento para la Expedición de Incapacidades a los asegurados del Régimen Obligatorio del Seguro Social y del Programa de Atención Prioritaria al Trabajador, en lo que se establece la responsabilidad del médico tratante, para definir diagnóstico, tratamiento y pronósticos del asegurado en un termino de **7 días hábiles. (16,17,18,19)**

El IMSS preocupado por mejorar la calidad de atención médica y tener un mejor control sobre los subsidios y pensiones, por E.G. y R.T. así como invalidez; ha propuesto diferentes programas de evaluación enfocados desde diferentes puntos de vista, como el médico propiamente dicho a través del número de días que el asegurado tarda en reincorporarse a sus labores **(17,18 y 20,)**

Otro es el aspecto económico por medio del costo de la incapacidad que se otorga, ya que en base al **Artículo No. 2 de LSS**, el Instituto tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, asistencia medica, la protección

de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el estado (**,18 y 21, 35**)

Así mismo, el seguro por R.T. en el marco de las reformas de la Ley del Seguro Social, enfatiza la facultad institucional de prevenir accidentes y enfermedades de trabajo en los centros laborales de nuestro país, el IMSS, a través de la **Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo, posteriormente Salud en el Trabajo y Recientemente como SEGURIDAD EN EL TRABAJO**, quien desarrolla actualmente y de manera constante un amplio programa de actividades orientadas a proporcionar servicios de asesoría, capacitación, divulgación, investigación, y de trabajo directo en empresas, bajo diversas modalidades, para impulsar la prevención de los Riesgos de Trabajo. Programa que se ha mantenido desde hace más de 3 años a la fecha con mejoras del mismo. (22)

Es de gran interés enfatizar que desde el año de 1982 en nuestro país y sobre todo en nuestra institución , en lo que se refiere a las áreas de Salud en el Trabajo y Atención médica se han efectuado acciones coordinadas para la mejora de la calidad de los servicios médicos a través del **Programa de Evaluación de la Atención Médica**, mediante el control de los casos de Incapacidad Temporal Prolongada para el trabajo, el cual se fortaleció con el desarrollo del **Programa Institucional de la Atención a los Trabajadores** en el año de 1990.



El primero orientado a la identificación de las causas que dan origen a la existencia de los casos de incapacidad prolongada, y proponer así, estrategias para la solución y disminución de las mismas. El segundo, ha pretendido activar el proceso de la atención médica, con el fin de limitar los daños y secuelas, así como la reincorporación de los trabajadores a su actividad laboral de manera temprana. **(23 y 24)**

Con la finalidad de lograr los objetivos anteriores, así como en relación a Simplificación Administrativa y mejora continua, se establece el **Programa Estratégico de salud en el Trabajo (PREST)**, durante los años de 1996 – 2000, quien a su vez se divide en 2 programas o vertientes:

1. El **Programa de salud de los Trabajadores (PROSAT)**, orientado a la prevención de los accidentes y enfermedades de trabajo, de manera prioritaria.
2. El **Programa de prestaciones por Riesgo de Trabajo e Invalidez (PRITI)**, encargado de vigilar las prestaciones económicas, representadas por los subsidios y pensiones por riesgo de trabajo y enfermedad general; su otorgamiento con racionalidad y equidad para coadyuvar a mantener el equilibrio financiero de la institución. **(25 y 26)**

De esta forma, El IMSS, desde su fundación, ha sido y es el Garante de las conquista del pueblo mexicano, con plena anuencia de su compromiso histórico, logrando mantener su agencia como instrumento fundamental de seguridad social al interpretar con sensibilidad las

demandas de la población, en un contexto de profundas transformaciones estructurales.

El régimen obligatorio del Seguro Social previsto en el **Artículo 123, apartado “A” Fracción XXIX** de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y regulado por la Ley del Seguro Social a partir del año de 1943, se contemplen las prestaciones a que tiene derecho el trabajador asegurado como consecuencia de los riesgos originados en función o por motivos de trabajo, denominados Riesgos de Trabajo por nuestra Legislación, los cuales están considerados dentro de la Ley del Seguro Social para su calificación. **(27 y 35)**

### **3.3 FRECUENCIA DE INCAPACIDADES PROLONGADAS Y RIESGOS DE TRABAJO (DAÑOS) ESTUDIO NACIONAL**

En la última década en México, se han observado cerca de medio millón de casos de riesgo de trabajo de manera anual entre los trabajadores; lo que representa el 60% de la población activa que comprende la industria pesada y ligera del país. El estudio se realizó en una población de cerca de 11 millones de trabajadores ( 10, 743, 507) que laboran en más de medio millón de empresas. Lo que significa un grupo numeroso de trabajadores para un país Latinoamericano.

Donde el 20% del total de los riesgos de trabajo, corresponde a los accidentes de trayecto y el resto, a los ocurridos dentro de su lugar de trabajo

El número total de enfermedades de trabajo es una cifra mayor al 1% de los accidentes, de manera que la combinación de accidentes y enfermedades de trabajo ha ascendido a cifras que oscilan entre medio y un millón de casos reportados.

En lo que respecta a incapacidades por riesgo de trabajo, se puede afirmar que las cifras, son diferentes, trátase de accidentes en la empresa, accidentes de trayecto o enfermedad de trabajo. En el año de 1977, de un total de 423,513 riesgos de los accidentes reportaron más del 70% de incapacidades en forma permanente (14,339), los accidentes de trayecto solo reportaron una quinta parte de esta cifra, y las enfermedades de trabajo cerca del 2% (2,09). **(27)**

Lo anterior tiene comportamiento similar en diferentes estados de la República, un ejemplo es el Estado de Chihuahua, donde la tasa de casos por incapacidades prolongadas ocupa el primer lugar de frecuencia a nivel Nacional durante el año de 1998, con un indicador de 3.2 por cada 1000 asegurados.

Donde el grupo de edad mayormente afectado es de 23 a 25 años con 585 casos, (54%), sexo masculino (66%), con antigüedad laboral de 1 a 6 años, (75%), turno matutino (64%), mayor número de expedición de incapacidades en el mes de Febrero (121), Mayo (102), Junio(89), Enero(87) y Agosto(78).

Las actividades económicas más afectadas fueron: La industria mecánica con 137 casos (13%), Industria de la construcción 126 casos (12%), Fabricación de equipo eléctrico 104 casos (10%), supermercados 94 casos (9%), industria de la mueblería 90 casos (8.5%), IMSS 81 casos (7.5%) y vendedores, ayudantes generales, operadores de maquinaria, obreros de la construcción, carpinteros y servicios comerciales el 40%.

Las regiones anatómicas más afectadas fueron dedos manos 215 casos (20%), con pérdida o rigidez de los mismos 64 casos (6%), seguidos de problemas del sistema músculo – esquelético (esguinces cervicales y lumbares y otros trastornos de columna) con 133 casos (13%), Conductores de transporte en general, donde se prestaron un total de 134 casos (13%), padecimientos más frecuentes son contusión de tórax, fracturas costales, de miembros inferiores, así como, traumatismo craneocefálico.

Un dato importante que resaltar es que el 7% de estas incapacidades es en relación con personal médico y paramédico con un total de 75 casos (7%), con afección principal del sistema músculo – esquelético (afección lumbosacra, tobillos, dedos manos). **(28, 29, 30, 31, 32 y 33)**

Datos congruentes con 1 estudio realizado en el año de 1997, en la Ciudad de México D.F. en la Delegación 2 Noroeste. Donde el mayor número de incapacidades se expide al sexo masculino (68%), con un rango de edad de 26 – 35 años (68%), mencionado además que el mayor número de expedición de las mismas se realiza por el primer nivel de atención, esto es en las Unidades de Medicina Familiar. **( 33 y 34)**

## **JUSTIFICACION**

Favorecer el control y manejo de las incapacidades, con base en los fundamentos legales pertinentes y los lineamientos Delegacionales, como son la congruencia clínico – diagnóstico y terapéutica, evaluación y control de incapacidad temporal para el trabajo, a través del otorgamiento de incapacidades, por Enfermedad General y Riesgo de Trabajo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo se aplica la relación de congruencia clínico – diagnóstico y terapéutica para la expedición de incapacidades temporales, para el trabajo que ocasionan periodos prolongados de incapacidad?

## **HIPÓTESIS**

(Este estudio por sus características no requiere de hipótesis).

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar el diagnóstico situacional de la UMF No. 28, sobre la expedición de incapacidades prolongadas en relación con la congruencia clínico – diagnóstica y terapéutica

### **ESPECIFICOS**

1. Determinar si la relación clínico – diagnóstica y terapéutica, es acorde con la expedición de incapacidades prolongadas.
2. Evaluar el control de incapacidades por parte del médico familiar por incapacidad laboral temporal.
3. Reforzar los compromisos del personal directivo y operativo en el desarrollo del control de incapacidades prolongadas.
4. Abatir los periodos prolongados
5. Detectar los casos y causas que puedan generar incapacidades prolongadas.

6. Determinar los diagnósticos más frecuentes que generan la expedición de incapacidades prolongadas.
  
7. Determinar Cuales son las especialidades médicas con mayor expedición de incapacidades prolongadas.



## **PROGRAMA DE TRABAJO**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **SITIO PANORAMICO: (FISICO Y PERSONAL)**

La UMF No 28

#### **TIEMPO:**

Del 2 DE Enero al 31 de Diciembre del 2003.

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Transversal

Retrospectivo

Descriptivo

Observacional

#### **POBLACION BLANCO**

Pacientes asegurados de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera".

### **POBLACION FUENTE:**

Todos los pacientes trabajadores usuarios de la UMF No. 28, con incapacidad prolongada por riesgo de trabajo y enfermedad general.

### **POBLACION MUESTRA:**

Usuarios de la UMF 28 a quienes se les extienda incapacidad medica laboral prolongada por enfermedad general y / o riesgo trabajo.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Que cuenten con incapacidad laboral temporal mayor o igual a 90 días, por enfermedad general y / o Riesgo de trabajo durante el año 2003 que aparezcan en los listados oficiales de incapacidad prolongada por primera vez (PRITI).
- Sexo indistinto.
- Derechohabientes de la UMF No. 28
- Turno matutino y vespertino.
- Trabajadores de cualquier edad.
- Trabajadores de cualquier diagnóstico.
- Trabajadores de cualquier puesto o profesión.

## **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

- No asegurados de la UMF No. 28
- Incapacidades menores a 90 días
- Trabajadores que no aparezcan en los listados PRITI

## **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- Periodo de incapacidad mayor o igual a 90 días, por maternidad.
- Pacientes con incapacidad temporal mayor o igual a 90 días de años anteriores al 2003.

## **VARIABLES**

### **INDEPENDINTE:**

#### **1. GENERO**

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Expresión Social del sexo.
- **DEFINICION OPERATIVA:** La registrada en el expediente clínico o número de afiliación.

### **INDICADORES CUALITATIVOS NOMINALES:**

1. Masculino y Femenino.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Total de trabajadores de la UMF No. 28, con incapacidades prolongadas (casos problema) que hayan cumplido con los criterios de selección. Del comité PRITI de la UMF no. 28

Aclarando que no se realiza cálculo de la muestra, ya que se tomarán el total de casos revisados en el comité PRITI durante el periodo de estudio año 2003.

Lo cual representa una muestra por conveniencia

## **INDICADORES CUANTITATIVOS:**

- DIAGNOSTICO: De acuerdo a la valoración médica.
- DIAS DE INCAPACIDAD: Mayores o igual a 90 días.
- DEFINICION OPERACIONAL: Fecha en que inicia de la incapacidad, hasta la fecha de reintegro del trabajador a sus labores.

## **DEPENDIENTE**

Diagnóstico por Incapacidades Prolongadas

## **DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

Estudio que se pretende realizar en las instalaciones de la UMF No. 28 del IMSS, de lunes a viernes para determinar el diagnóstico situacional de la misma, en relación con el manejo de las incapacidades prolongadas.

Durante el periodo de tiempo comprendido del 2 de Enero al 31 de diciembre del 2003, en las instalaciones de la UMF No. 28 y bajo la supervisión de los asesores de tesis.

En el Departamento de Medicina del Trabajo y Jefatura de Departamento Clínico de la UMF No 28 del IMSS.

- Se realizará un concentrado de la información en una hoja de recolección de datos, que se obtenga de los listados oficiales de las incapacidades prolongadas ( mayores o iguales a 90 días), por Riesgo de trabajo y Enfermedad General..
  
- Se realizará una tabulación de los datos obtenidos en el programa de Microsoft Excel, para revisar la frecuencia de las incapacidades prolongadas en base a las variables ya especificadas.
  
- Se realizará para el análisis estadístico, estadística paramétrica

## **RECURSOS MATERIALES FISICOS Y HUMANOS**

### **HUMANOS:**

1. Medico Residente.
2. Asesores de Tesis.
3. Personal Jurídico.
4. Personal Administrativo.
5. Comité PRITI de la Unidad.

### **MATERIALES:**

1. Papelería
2. Ley Federal del Trabajo.
3. Ley del Seguro Social.
4. Reglamento de incapacidades.
5. Diario Oficial.
6. Minutas de trabajo.
7. Oficioso y Circulares.
8. Guías diagnósticas y terapéuticas.
9. Expedientes Clínicos.
10. Solicitud de Informes Médicos (Resúmenes de especialidad) y Visitas programadas.

11. Listado mensual de casos con incapacidades prolongadas (INPS33 y de la unidad).
12. Norma de resguardo y control del block de incapacidades.
13. Informes de Productividad.
- 14 Programa Estratégico de Salud en el Trabajo "PROEST".
15. Dictámenes de Invalidez.
16. Listados del comité PRITI de la unidad.
17. Computadora.
18. CDS Y Disquetes.

## **FISICOS**

1. Instalaciones de la UMF No. 28

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad por mes 2003 - 2004	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
Elección del tema.	X																			
Planeación de protocolo de investigación.		X	X																	
Autorización de protocolo.				X																
Realizar hoja de recolección de datos.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Revisión de listados y Concentrados de incapacidades					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Revisión de expedientes.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Captura de datos y estadística.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Resultados, interpretación y Representación gráfica					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Conclusiones del estudio.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



## **ANALISIS ESTADISTICO**

Por las características propias del estudio se realiza únicamente acopio de estadística Paramétrica

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Se tomaron en cuenta los lineamientos propuestos en la declaración de Helsinki y la modificada de Tokio, sobre estudios de investigación y sujetos de investigación.

Así como lo dispuesto en la Ley General de Salud, aplicable a nuestro País referente a investigación.

Dado que la intervención que se pretende realizar con el presente estudio, consta solamente de la revisión de listados, se le considera como Riesgo Mínimo para los integrantes del mismo.

El desarrollo del mismo no generara modificaciones en la organización de la empresa.

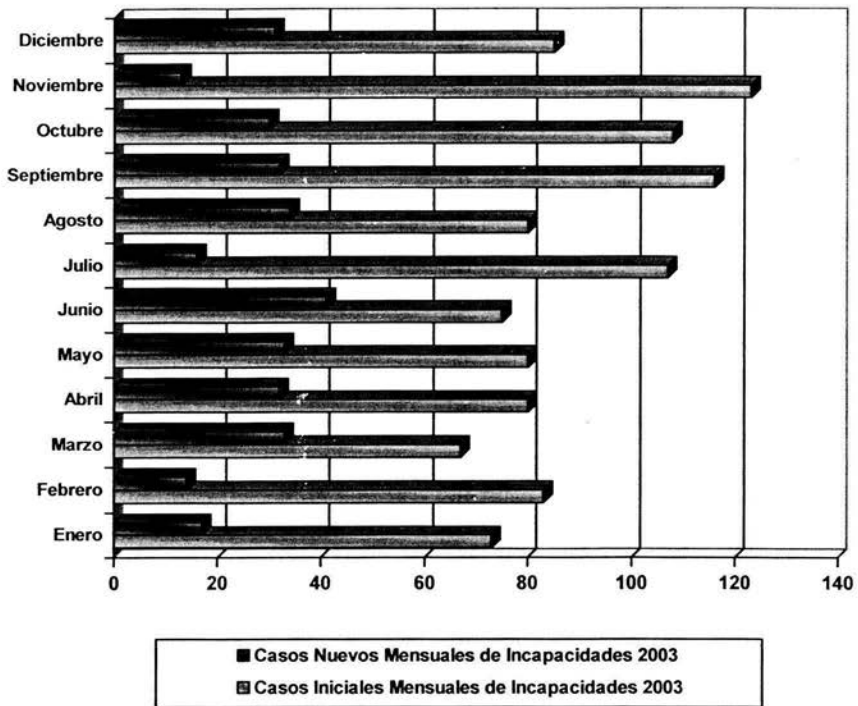
## **PERIODO DE INVESTIGACION**

Este se realizará concentrando y analizando la información recolectada durante el 2003.

## RESULTADOS

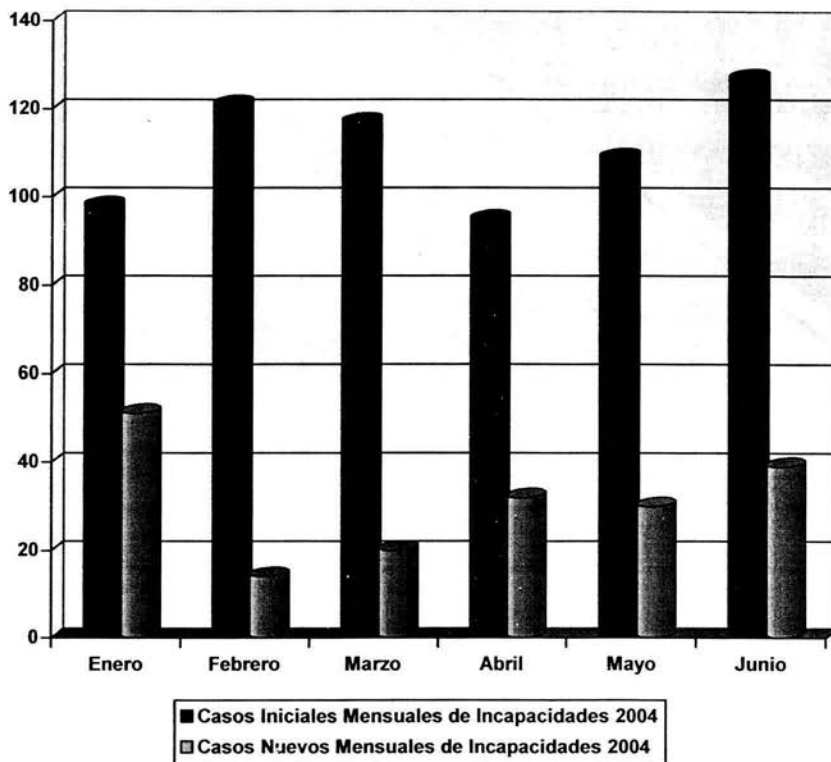
### FRECUENCIA DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR MES DURANTE EL AÑO 2003 (CASOS INICIALES Y CASOS NUEVOS)

Mes Año 2003	No. Casos Incapacidad Inicial	Días Acu.	Casos R.T	Casos E.G	Turno Matutino	Turno Vespertino	No. Casos Incapacidad Nuevos	Días Acu.	Casos R.T	Casos E.G	Turno Matutino	Turno Vespertino
Enero	73	14246	7	66	38	35	17	1744	3	14	12	5
Febrero	83	16208	11	72	47	36	14	1442	3	11	8	6
Marzo	67	14362	7	60	40	27	33	3866	4	29	20	13
Abril	80	16246	10	70	44	36	32	3506	4	28	21	11
Mayo	80	16240	9	71	44	36	33	3532	7	26	21	12
Junio	75	16314	11	64	45	30	41	5005	7	34	28	13
Julio	107	21793	16	91	57	50	16	1799	4	12	9	7
Agosto	80	17710	11	69	41	39	34	3840	7	27	17	17
Septiembre	116	22779	17	99	59	57	32	3754	8	24	16	18
Octubre	108	25962	24	84	55	53	30	3323	7	23	22	8
Noviembre	123	26712	24	99	67	56	13	1504	3	10	8	5
Diciembre	85	22109	15	70	44	41	31	3474	3	28	14	17
Total	1077	230681	162	915	581	496	326	36756	60	266	196	130



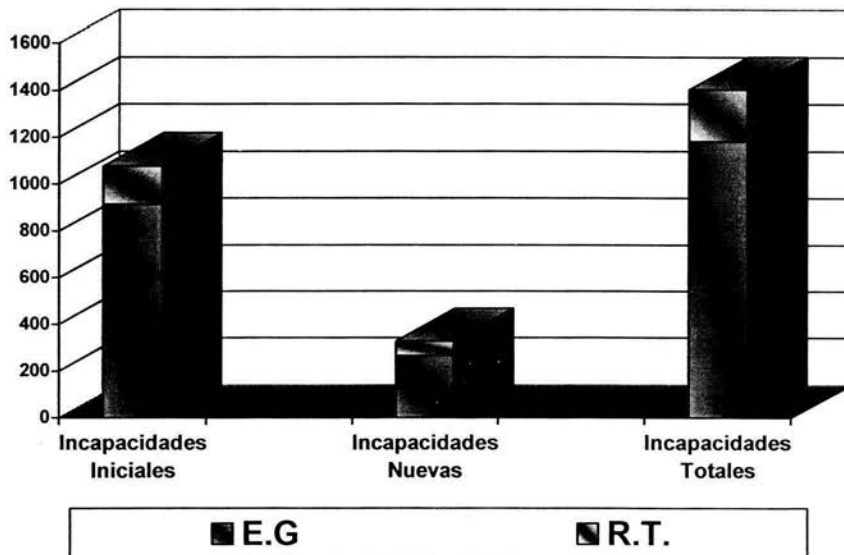
## FRECUENCIA DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR MES DURANTE EL AÑO 2004 (1er. Semestre)

Mes Año 2004	No. Casos Incapacidad Inicial	Días Acu.	Casos R.T	Casos E.G	Turno Matutino	Turno Vespertino	No. Casos Incapacidad Nuevos	Días Acu.	Casos R.T	Casos E.G	Turno Matutino	Turno Vespertino
Enero	98	25436	13	85	51	47	51	6334	11	40	31	20
Febrero	121	30105	19	102	66	55	14	1503	2	12	9	5
Marzo	117	30475	15	102	66	51	20	2105	1	19	10	10
Abril	95	29904	8	87	51	44	32	3446	4	28	18	14
Mayo	109	27548	8	101	61	48	30	3213	4	26	21	9
Junio	127	31669	10	117	69	58	39	4303	5	34	22	17
Total	667	175137	73	594	364	303	186	20804	27	159	111	75

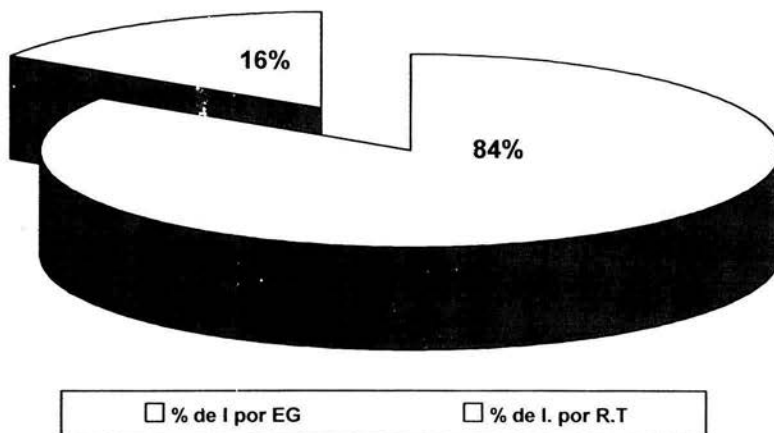


**INCAPACIDADES PROLONGADAS 2003  
DISTRIBUCIÓN POR MOTIVO DE EXPEDICIÓN  
(NÚMERO TOTAL DE CASOS Y PORCENTAJE)**

Motivo de Expedición de la Incapacidad	No. De Incapacidades Iniciales	% De Incapacidades Iniciales	No. De Incapacidades Nuevas	% De Incapacidades Nuevas	No. Total de Incapacidades	% Total de Incapacidades
Enfermedad General	915	84.95%	266	81.59%	1181	84.17%
Riesgo de Trabajo	162	15.05%	60	18.41%	222	15.83%
Total	1077	100%	326	100%	1403	100%

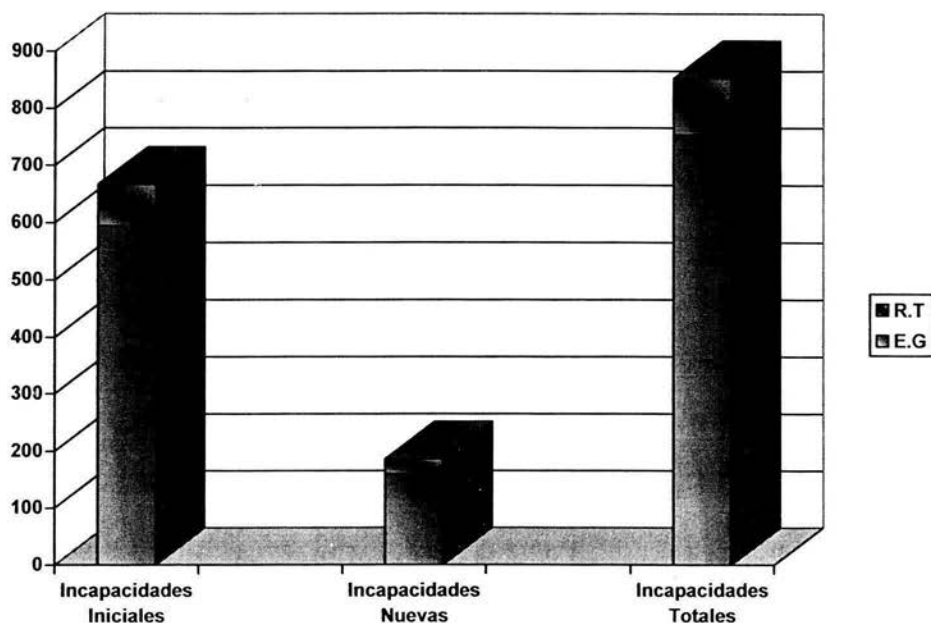


## Porcentaje de incapacidades en relación con el motivo de expedición



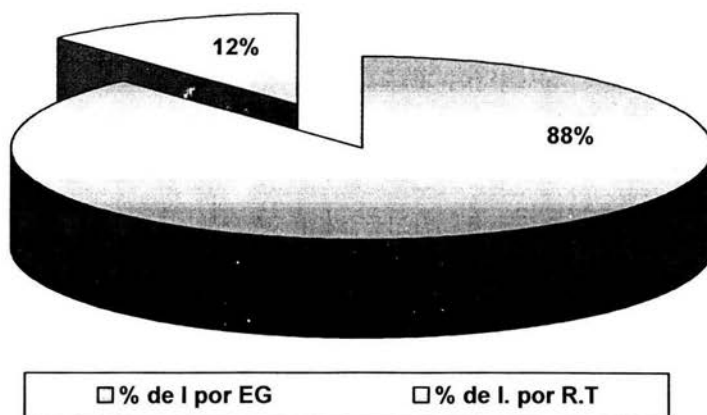
**INCAPACIDADES PROLONGADAS 2004  
DISTRIBUCIÓN POR MOTIVO DE EXPEDICIÓN  
(NÚMERO TOTAL DE CASOS Y PORCENTAJE ENERO - JUNIO)**

Motivo de Expedición de la Incapacidad	No. De Incapacidades Iniciales	% De Incapacidades Iniciales	No. De Incapacidades Nuevas	% De Incapacidades Nuevas	No. Total de Incapacidades	% Total de Incapacidades
Enfermedad General	594	89.05%	159	85.48%	753	88.27%
Riesgo de Trabajo	73	0.94%	27	14.51%	100	11.72%
Total	667	100%	186	100%	853	100%



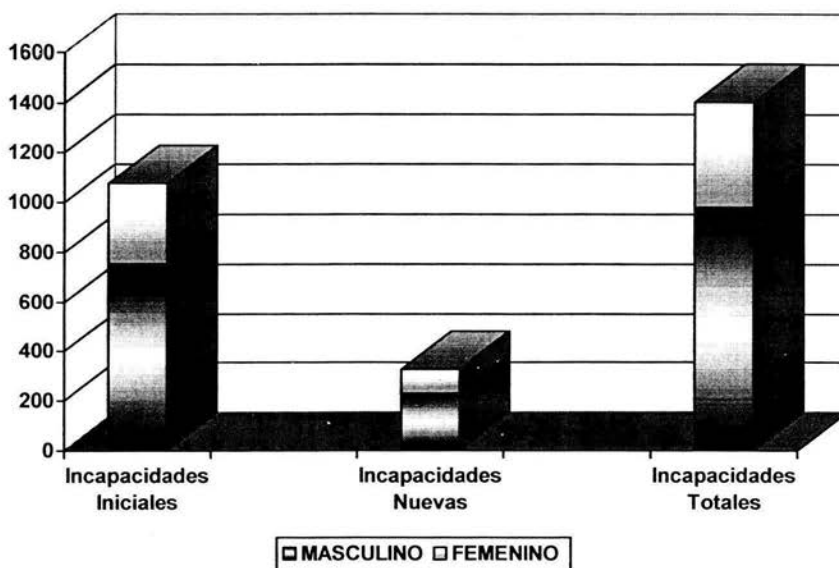


## Porcentaje de incapacidades en relación con el motivo de expedición

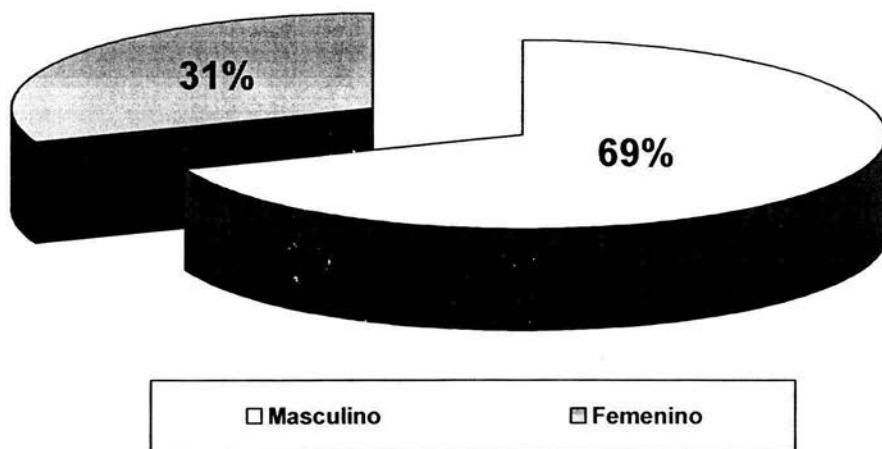


DISTRIBUCION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR SEXO  
DURANTE EL AÑO 2003  
(NUMERO TOTAL DE CASOS Y PORCENTAJE)

SEXO	No. de Incapacidades Iniciales	% de Incapacidades Iniciales	No. De Incapacidades Nuevas	% de Incapacidades Nuevas	No. Total de Incapacidades	% total de Incapacidades
MASCULINO	754	70.00%	228	69.93%	982	66.99%
FEMENINO	323	29.99%	98	30.06%	421	30.00
TOTAL	1077	100%	326	100%	1403	100%

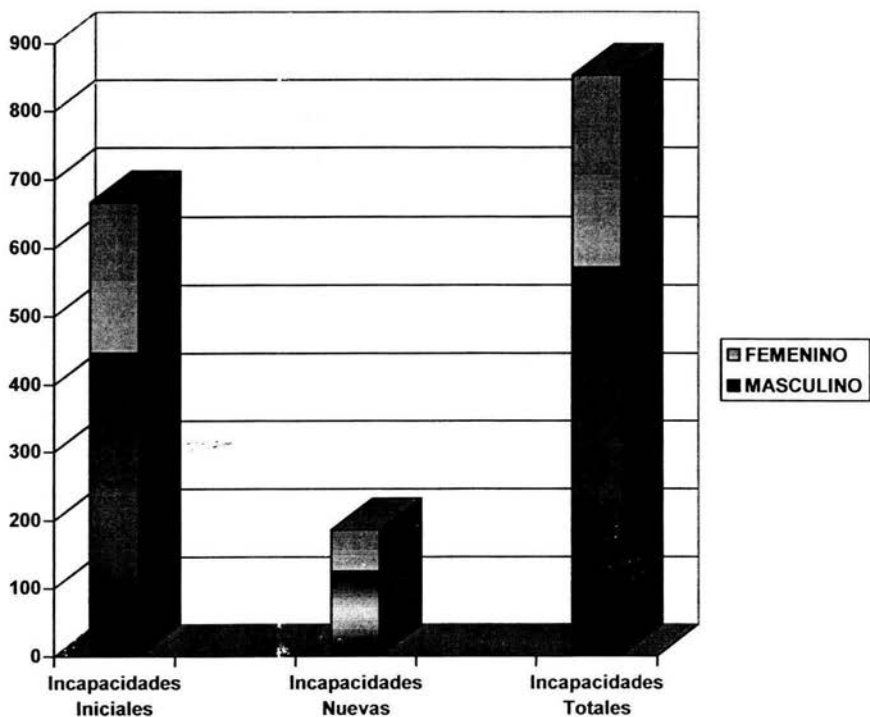


### Porcentaje de incapacidades en relación al sexo

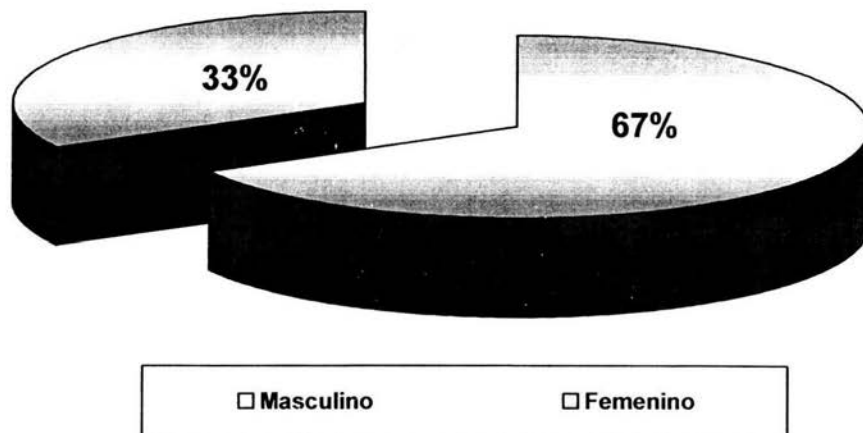


**DISTRIBUCION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR SEXO  
DURANTE EL AÑO 2004  
(NUMERO TOTAL DE CASOS Y PORCENTAJE ENERO - JUNIO)**

SEXO	No. de Incapacidades Iniciales	% de Incapacidades Iniciales	No. De Incapacidades Nuevas	% de Incapacidades Nuevas	No. Total de Incapacidades	% total de Incapacidades
MASCULINO	447	67.01%	125	67.20	572	67.05%
FEMENINO	220	32.98%	61	32.79%	281	32.94%
TOTAL	667	100%	186	100%	853	100%

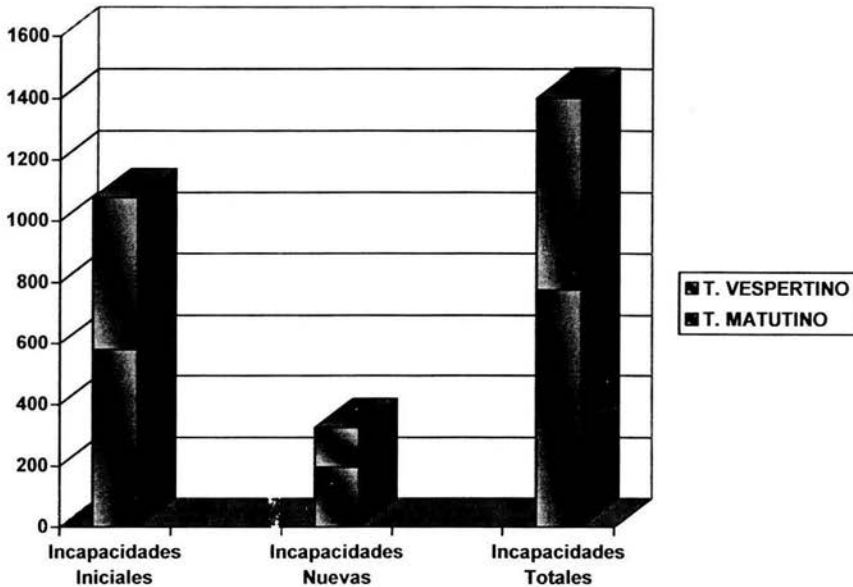


## Porcentaje de incapacidades en relación al sexo

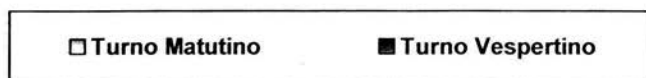
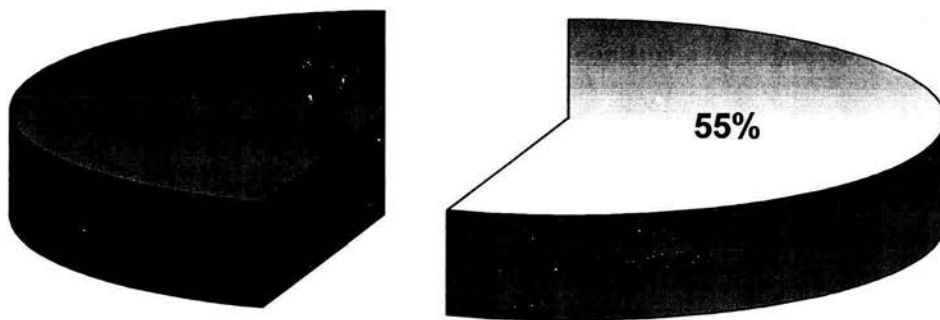


**DISTRIBUCION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR TURNO DE EXPEDICION DURANTE EL AÑO 2003 (NUMERO TOTAL DE CASOS Y PORCENTAJE)**

Turno de expedición	No. de Incapacidades Iniciales	% de Incapacidades Iniciales	No. De Incapacidades Nuevas	% de Incapacidades Nuevas	Total de Incapacidades	% total de Incapacidades
MATUTINO	581	53.94	196	60.12%	777	55.38%
VESPERTINO	496	46.05	130	39.87%	626	44.61%
TOTAL	1077	100%	326	100%	1403	100%

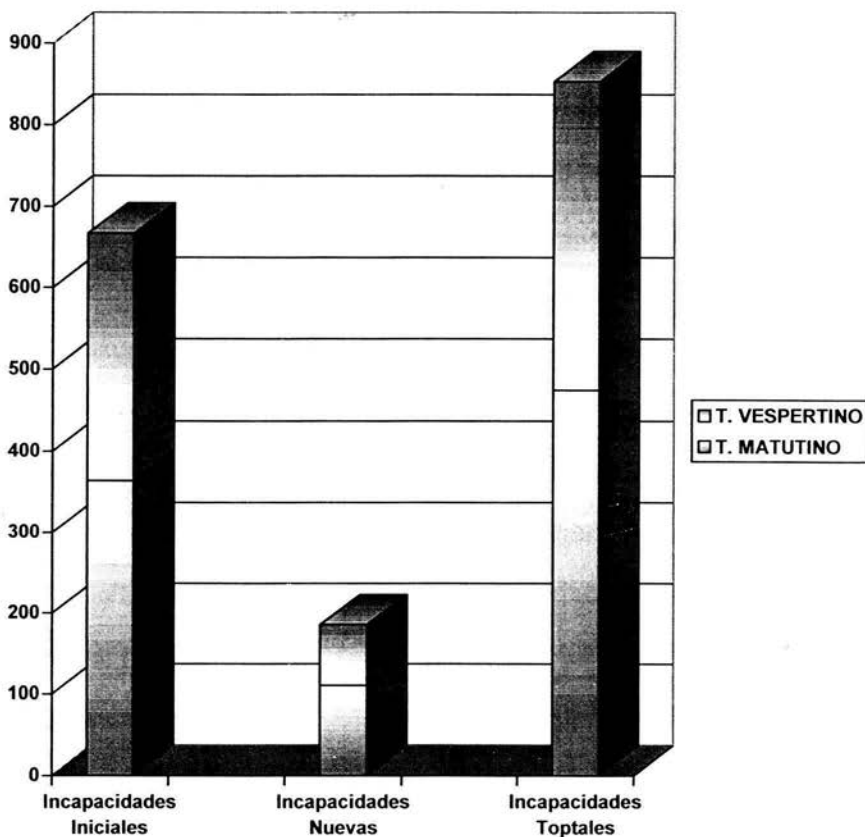


## Porcentaje de incapacidades en relación con turno de expedición



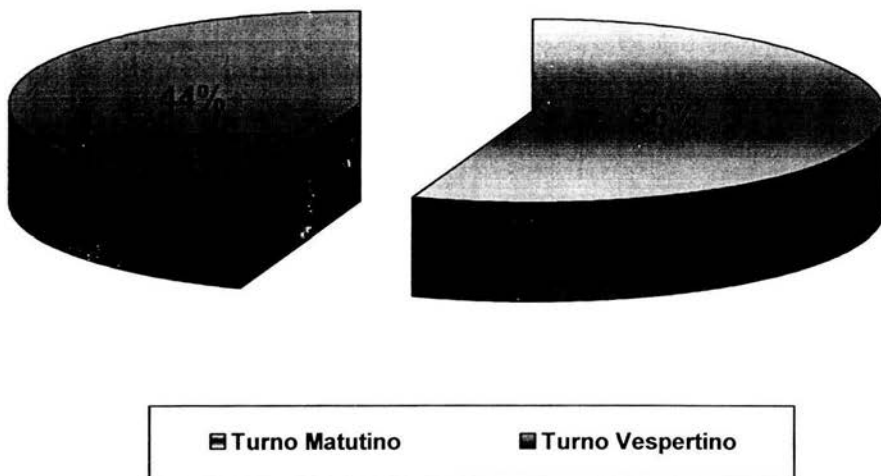
DISTRIBUCION DE INCAPACIDADES PROLONGADAS POR TURNO DE  
EXPEDICION DURANTE EL AÑO 2004 (NUMERO TOTAL DE CASOS Y  
PORCENTAJE ENERO - JUNIO)

Turno de expedición	No. de Incapacidades Iniciales	% de Incapacidades Iniciales	No. De Incapacidades Nuevas	% de Incapacidades Nuevas	No. Total de Incapacidades	% total de Incapacidades
MATUTINO	364	54.57%	111	59.67%	475	55.68%
VESPERTINO	303	45.42%	75	40.32%	378	44.31%
TOTAL	667	100%	186	100%	853	100%





## Porcentaje de incapacidades en relación con el turno de expedición



## **ANALISIS DE RESULTADOS**

En relación a los resultados obtenidos en Cuanto a la expedición de las incapacidades, y su relación con la congruencia clínico – diagnóstico y terapéutica para la expedición, no se realiza de manera adecuada por múltiples factores.

Se puede observar que los motivos principales de incapacidad prolongada son por enfermedad general y no por riesgo de trabajo, en una relación de 8 a 1. durante el presente año.

Y cuyo comportamiento por genero es similar al reportado a la literatura nacional e internacional, con un predominio del sexo masculino con una relación de 2 a 1 , con un porcentaje del 67 al 75% .en varones en relación al área de trabajo.

De igual manera se puede observar un predominio de expedición de las mismas durante el turno matutino, lo cual se podría explicar en relación a que la mayoría de los derechohabientes de esta unidad laboran durante la mañana y de igual manera asisten a la consulta y donde los diagnósticos más frecuentes son 1-Secuelas por Traumatismo y/o Fracturas,2-Trastornos Ortopédicos, 3-Neoplasias, 4-Secuelas Neurológicas, 5-Trastornos Oftalmológicos, 6-Nefropatías y 7. VIH-SIDA. Los servicios con mayor demanda que origina estas incapacidades son: Ortopedia, Oncología, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología, Medicina Interna, Oftalmología y Nefrología, donde el 70% de estas es otorgada por indicación de 2º y 3er Nivel de salud. Así mismo se hace presente una serie de causas medicas y no medicas que propician la prolongación de

incapacidades y su mala relación clínico, diagnóstica y terapéutica como son: La falta de especialistas para las valoraciones correspondientes, los diferimiento de citas en 2º y 3er nivel de salud y los diferimiento en estudios de laboratorio y gabinete especiales complementarios.

## **CONCLUSIONES:**

1. En base a los resultados previos, podemos inferir que el conocimiento de los lineamientos para la expedición de las incapacidades prolongadas es incompleto, así como el saber cuales son las especialidades más involucradas y de las patologías más frecuentes nos dan una idea de la cantidad de recursos que se podrían optimizar para una mejor atención de los asegurados y disminuir las mismas, en base a la correlación clínico, diagnóstica y terapéutica de las mismas
2. No hay congruencia entre la relación clínico, diagnóstica y terapéutica en cuanto a la expedición de las incapacidades.
3. El 70% de las incapacidades expedidas por esta unidad es por indicación de 2°. Y 3er. Nivel de atención, por un deferimiento en cuanto a la consulta y realización de exámenes de laboratorio y gabinete especialidades.
4. Existen una serie de causas, no médicas que prolongan estas incapacidades, dentro de las que se cuenta de manera importante la morosidad del paciente, al no cumplir, con la respuesta de los especialista, así como por su ausencia a las citas de los mismos y de esta unidad.

## ANEXOS

DELEGACION POLITICA	COLONIA	MENOS DE 30 MIN	MAS DE 30 MIN.
BENITO JUAREZ	21	13	8
CUAUHTEMOC	4	3	1
MIGUEL HIDALGO	1	0	1

FUENTE : SIMO 2003

## DATOS DEMOGRAFICOS

<b>POBLACION ADCRITA A LA UMF No. 28</b>	<b>213, 358</b>
<b>POBLACION USUARIA A LA U.M.F. No 28</b>	<b>128, 824</b>

FUENTE: SIMO 2003

**ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN USUARIA A LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR CENSO 2003**

<b>POBLACION</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<1 AÑO	220	224	444	0.34
1 AÑO	639	601	1240	0.96
2 AÑOS	723	718	1441	1.12
3 AÑOS	841	790	1631	1.26
4 AÑOS	790	703	1493	1.16
5 AÑOS	736	697	1433	1.11
6 AÑOS	747	739	1486	1.15
7 AÑOS	758	754	1512	1.17
8 AÑOS	743	743	1486	1.15
9 AÑOS	754	750	1504	1.17
10 -14 AÑOS	3865	3619	7484	5.80
15 A 19	1594	1913	3507	2.72
20 A 24	1680	2488	4168	3.23
25 A 29	3182	4569	7751	6.01
30 A 34	4134	5887	10,021	7.70
35 A 39	4094	5467	9561	7.42
40 A 44	4146	5531	9677	7.51
45 A 49	3757	5661	9318	7.23
50 A 54	3274	5056	8330	6.46
55 A 59	2872	4808	7680	5.96
60 A 64	2650	4266	6916	5.37
65 A 70	2722	4395	7117	5.52
70 A 74	2869	4170	7039	5.46
75 A 79	2597	3565	6162	4.77
80 A 84	2313	2507	4820	3.74
>85	2784	2819	5603	4.35
<b>TOTAL</b>	<b>55,484</b>	<b>73,340</b>	<b>128,824</b>	<b>100 %</b>

FUENTE: SIMO 2003

**RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

<b>PERSONAL POR SERVICIOS</b>	<b>PERSONAL DE PLANTILLA</b>	<b>PERSONAL SOBRENTE</b>	<b>TOTAL</b>
<i>SERV. DE GOBIERNO</i>	<b>10</b>		<b>10</b>
<b>ATENCIÓN MEDICA CONTINUA</b>	<b>67</b>		<b>67</b>
<b>DENTAL</b>	<b>13</b>		<b>13</b>
<b>COSULTORIOS MÉDICOS FAMILIAR</b>	<b>166</b>	<b>1</b>	<b>167</b>
<b>CEYE</b>	<b>5</b>		<b>5</b>
<b>OFICINAS ADMINISTRATIVAS</b>	<b>14</b>		<b>14</b>
<b>CONSERVACIÓN ELECTRICA</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>SALUD MATERNO INFANTIL</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>FARMACIA</b>	<b>13</b>		<b>13</b>
<b>CONTROL DE PRESTACIONES</b>	<b>43</b>		<b>43</b>
<b>MEDICINA PREVENTIVA</b>	<b>17</b>		<b>17</b>
<b>NUTRICION Y DIETOLOGIA</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
<b>LABORATORIO</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>37</b>
<b>RAYOS X</b>	<b>10</b>		<b>10</b>
<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>	<b>58</b>		<b>58</b>
<b>CONSERVACIÓN</b>	<b>15</b>		<b>15</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>	<b>3</b>		<b>3</b>
<b>ARIMAC</b>	<b>21</b>		<b>21</b>
<b>ANÁLISIS EVALUACIÓN ST</b>	<b>5</b>		<b>5</b>
<b>BIBLIOTECA</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>EDUCACIÓN CONTINUA</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>507</b>	<b>2</b>		<b>509</b>
<b>TOTAL DE PLAZAS</b>			

FUENTE: SIMO 2003

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1. Martínez Morales, Rafael I., Derecho Burocrático, Diccionarios Jurídicos Temáticos, Volumen 5, Editorial Harla, 1997, p.t. 170**
- 2. Ley del Seguro Social, Capítulo III, Del Seguro de Riesgos de Trabajo, Editorial Sista, 2003.**
- 3. Maldonado, I. G., Incapacidades Prolongadas Inadecuadas ¿Un problema del asegurado, del médico o de los servicios de salud? Rev. Méd. IMSS, 1996; 34(5): 379 - 384.**
- 4. IMSS. 1996. Programa de Prestaciones por Riesgo de Trabajo e Invalidez (PRITI).**
- 5. Lerma Meléndez, Ma. - Etal. "Incapacidades Prolongadas de más de 90 días en Chihuahua - Chihuahua". Rev. IMSS. De la IV Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 20 y 21 de Enero del 2000, pp. 177.**
- 6. IMSS; "La Revolución Industrial el Movimiento Obrero y el Surgimiento de los Seguros Sociales". La Seguridad Social en el Proceso de Cambio Internacional, pp. 09 - 31.**
- 7. Meza, L. C., "El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina". Estudios e Informes de la CEPAL, N. 43, Santiago de Chile, 1985.**
- 8. Saldain, R, `Guimaraens A. M., La Seguridad Social en Uruguay, Serie Monografías, No. 5, Conferencia**



**Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, México, 1993.**

- 9. Salinas, T. S. Coordinación de Salud en el Trabajo, IMSS. “Estrategias para el Control de los Casos con Incapacidad Prolongada por Riesgo de Trabajo y Enfermedad General” Rev. IMSS, de la V Reunión Nacional de Investigación de Salud en el Trabajo. CMN SXXI, 18 y 19 de Enero del 2001 (Memorias).**
- 10. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Coordinación de Prestaciones Económicas. Proceso de Subsidios, Agosto 2000 y Agosto 2001, México 2000 y 2001.**
- 11. Ramos, G. J. M., Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo, Vol. 1, No. 1 Enero – Abril 2001: 28 – 30.**
- 12. Maldonado, I. G. La Conducta Subsecuente Condicionante de Sobredemandas en una Unidad de Medicina Familiar. Rev. Méd. IMSS, 1998; 36 (5): 377 – 382.**
- 13. IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud en el Trabajo. Manual de Procedimientos del Comité Operativo para Prestaciones por Riesgo de Trabajo e Invalidez. México, 2001.**

14. **Martínez, R. A. evaluación de la Calidad de la Atención a la Salud Mediante Indicadores y su Estándar Rev. Méd. IMSS, 1998; 36 (6): 487 – 496.**
15. **Ramírez, G. A. “Incapacidades Prolongadas en Traumatología y Ortopedia” (Presentación en el V Resumen Nacional de Investigación y Salud en el Trabajo). Rev. IMSS, México 2001.**
16. **IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Atención Médica. Reglamento para la Expedición de Incapacidades Temporales para el Trabajo, México, 1999 – 2000.**
17. **Ley Federal del trabajo, Editorial Porrúa, 2002.**
18. **Legaspi V. J. A. “Tiempos Prolongados de Curación de las Lesiones Traumáticas con la Atención Médica Adecuada y sin Complicaciones”. Jefatura de Medicina del Trabajo. 1988. México, IMSS.**
19. **IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud en el Trabajo. Programa Estratégico de Salud en el Trabajo. México, 1996.**
20. **Donavedian A. 20 Años de Investigación entorno a la Calidad de la Atención Médica. 1964 – 1984.**
21. **Ley del Seguro Social, Capítulo III, Prestaciones en Dinero, Art. 58 y 60, México, 1965, Editorial Porrúa.**

22. **Guillermo Fajardo Ortiz. Los Servicios Médicos del IMSS, 1940 - 1952. Rev. Méd. IMSS, 1998; 36 (5): 370 - 378.**
23. **IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud en el Trabajo. Programa Institucional de Atención Prioritaria a los Trabajadores. México, 1990.**
24. **IMSS. 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, México, 1982.**
25. **IMSS. 1996. Programa de Prestaciones por Riesgo de Trabajo e Invalidez (PRITI).**
26. **IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud en el Trabajo. Programa Estratégico de Salud en el Trabajo. México, 1996.**
27. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Sista.**
28. **Cardona, Contreras, A. S. "Patología de Rodilla y Características Relacionadas en la Incapacidad Prolongada". Rev. IMSS, de la IV Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 20 y 21 de Enero del 2001.**

29. **Enriquez, Quintero, María, Bañuelos Benites, Rodolfo, Medina Esparza Manuel.** “Tiempo de Incapacidad Temporal Prolongada en el Síndrome de Dolor Bajo de Espalda, en Accidente de Trabajo y Trayecto en la Delegación Aguascalientes”. Rev. IMSS de la II Reunión Nacional de Investigación de Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 22 y 23 de Enero de 1998.
30. **Santos Celis, R. Zamora Camacho M. G., Vilchis Guizar A. E. López Rojas P.** “Factores Asociados a la Incapacidad Temporal para el Trabajo, Prolongada por Riesgo de Trabajo, en la Delegación 2 Noroeste del Distrito Federal”. Rev. IMSS de la III Reunión Nacional de Investigación de Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 22 y 23 de Enero de 1998.
31. **Alfaro Bustos Cuauhtémoc.** “Diagnóstico Situacional de los Tiempos Prolongados de Incapacidad”. Rev. IMSS de la II Reunión Nacional de Investigación de Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 22 y 23 de Enero de 1998.
32. **Rojo López Fernando, Briones Escárzaga M. Fernando Guerrero J. Nicolás Oliveros P.** “Factores del Proceso de Atención a la Salud Asociados a la Evolución Prolongada de las Fracturas de Tibia y/o Peroné no Complicadas por Accidente de Trabajo Atendidas en el HGZ No. 01 con MF en Durango. Rev. IMSS de la I Reunión

Nacional de Investigación de Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 22 de Enero de 1997.

33. Barquín Calderón M. Khan Ernesto, Szpirman Leonardo, Legaspi Velasco Juan Antonio, “La Frecuencia de los Riesgos de Trabajo (Daños) la Salud en el Trabajo”, pp. 355 – 369, Editorial JGH.
34. Bran Montejano Ofelia, Márquez Contreras A. “Factores Relacionados a la Expedición de Incapacidades Prolongadas a los Trabajadores del IMSS de la Delegación Sonora”. Rev. IMSS de la III Reunión Nacional de Investigación de Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 21 y 22 de Enero de 1999.
35. IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud en el Trabajo. Instructivo de Operaciones para la Atención del Riesgo de Trabajo e Invalidez en Materia Laboral, México, 2001.

## **OTRAS FUENTES**

- 1) Reyna Rivera, J., Fabela Blas F. De la Luna Cázares J. Valdobino Chávez S. "Distribución de la Incapacidad Prolongada en Nuevo León". Rev. IMSS de la II Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 22 y 23 de Enero de 1998.
- 2) Guemez Sandoval José C., Mouriño Pérez R., Páez Carballo, J. Muñoz - Sánchez R., "Años Acumulados de Vida Productiva Potencial, perdidos por Accidente de trabajo en Petróleos Mexicanos", pp. 110 - 117, Rev. Salud Pública de México, Marzo - Abril, Vol. 38 No. 2.
- 3) Atwood, Roberto, Diccionario Jurídico, ediciones Librería del Abogado, pp. 255.
- 4) Listados oficiales de incapacidad prolongada por primera vez (PRITI).
- 5) Expedientes Clínicos
- 6) Informes de productividad
- 7) Listado mensual de casos con incapacidades prolongadas (INPS33 y de la UMF No. 28 del IMSS).
- 8) Informes médicos (Resúmenes de especialidad) y visitas programadas.