



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA

**“FRECUENCIA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL RETROACTIVA EN
UMAE HOSPITAL ONCOLOGÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
EN EL PERIODO 2017-2020”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL
TRABAJO Y AMBIENTAL

PRESENTA

MÉDICO CIRUJANO OROZCO SÁNCHEZ MARÍA DEL CARMEN

Asesor clínico

DRA. PATRICIA PÉREZ MARTÍNEZ

Asesor metodológico

DR. DIEGO MOISÉS TAVERA ZEPEDA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. A 26 OCTUBRE DEL 2021





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.

Dra. Orozco Sánchez María del Carmen
Médico Residente de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental
UMAE H. Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dra. Patricia Pérez Martínez
Asesor Clínico
División de Educación en Salud
Profesora de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental
"UMAE". Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Diego Moisés Tavera Zepeda
Asesor Metodológico
Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
Médico Epidemiólogo en Hospital Oncología CMN SXXI del IMSS
"UMAE". Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Félix Odilón Quijano Castro
Director de Educación e Investigación en Salud
"UMAE". Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

Agradecimientos

A dios

Por permitirme llegar hasta aquí y lograr esta meta al lado de mis seres queridos.

A mis padres

Porque cada logro mío siempre será un logro de ellos, y representan el fruto de su esfuerzo, amor y dedicación.

A mi madre

Porque me ha guiado en el camino, y me da la fortaleza para seguir adelante ante cada reto de la vida, por formarme para ser una persona de valores, y por su infinito amor.

A mi padre

Por esforzarse cada día, por ser un ejemplo de lucha y trabajo constante, y por brindarme su apoyo en cada momento en que lo necesito

A mi hermano

Por ser un gran hombre, por demostrarme su apoyo, cariño, amor y protección en cada momento.

Al amor de mi vida

Por enseñarme el significado del amor, por estar a mi lado, y ser mi compañero en cada momento y mi mejor amigo, y por darme siempre la motivación para seguir.

A mis amigos

Por vivir juntos esta aventura, y por acompañarnos siempre y mantenernos unidos ante cada dificultad del camino.

A todos los profesores que contribuyeron en mi formación como especialista, gracias por compartir sus conocimientos y por su empeño y dedicación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3602**,
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 09 016 097**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 022 2017082**

FECHA Lunes, 25 de octubre de 2021

Dra. PATRICIA PEREZ MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Frecuencia de la incapacidad temporal retroactiva en UMAE Hospital Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo 2017-2020**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

<p>Número de Registro Institucional R-2021-3602-016</p>

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Rafael Medrano Guzman
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3602

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
5. JUSTIFICACIÓN.....	19
6. HIPÓTESIS.....	19
7. OBJETIVOS.....	20
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
9. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	26
10. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.....	27
11. RESULTADOS.....	28
12. DISCUSIÓN.....	52
13. CONCLUSIONES.....	56
14. RECOMENDACIONES.....	57
15. BIBLIOGRAFÍA.....	59
16. ANEXOS.....	61

1. INTRODUCCIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943 y hasta ahora la más grande en su género en América Latina.

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Las prestaciones que el IMSS brinda a sus derechohabientes están integradas en dos tipos de régimen: el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio ofrece cinco ramos de aseguramiento: riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales.

Durante 2019 en el IMSS, se prescribieron 44 millones de días de incapacidad por enfermedad general. El grupo de diagnósticos de mayor duración media de incapacidad temporal para el trabajo son las neoplasias.

Los padecimientos oncológicos constituyen un problema de salud creciente en nuestro país, los cuales afectan a población de todos los grupos etarios, llegando a afectar a la población en edad productiva e incluso condicionando que no puedan volver a laborar.

En este periodo en que el paciente no puede trabajar se le otorga si está inscrito al régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social, una Incapacidad Temporal para el Trabajo, la cual se proporciona a aquellos pacientes que se encuentran imposibilitados para desempeñar temporalmente su trabajo, la cual tiene sus fundamentos legales en la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social, y el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

Dado que la Incapacidad Temporal para el Trabajo constituye un indicador importante dentro de la salud laboral, debe de existir un adecuado control de esta, ya que su repercusión tiene trascendencia en el ámbito sanitario, económico y social.

2. MARCO TEÓRICO

SEGURIDAD SOCIAL

Sistema de Seguridad Social

La seguridad social tiene su origen histórico moderno en Alemania a finales del siglo XIX con el canciller Otto Von Bismarck cuando la expansión industrial produjo un incremento significativo de los trabajadores asalariados en condiciones de vida precarias. La necesidad de aliviar esta situación dio origen a la implementación de los primeros seguros sociales mediante la sanción de tres leyes fundamentales, que hasta el día de hoy constituyen la base del Sistema de Seguridad Social: seguro contra enfermedad (1883), seguro contra accidentes de trabajo (1884) y seguro contra invalidez y vejez (1889)¹.

Derivado de estos antecedentes históricos es por lo que el Sistema de Seguridad Social en México tiene similitudes con el de otros países.

Seguridad Social En México

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943 y hasta ahora es la más grande en su género en América Latina.

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, 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 (Artículo 2, LSS)².

El marco legal sobre el que se rige el IMSS se basa en la Pirámide de Kelsen, la cual señala a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) como la Ley de mayor jerarquía y que se encuentra en la cúspide de la pirámide jurídica. Hans Kelsen trató al sistema de normas como una pirámide de varios pisos jerarquizados, donde en la cima se encuentra la CPEUM ocupando el primer nivel, en el segundo nivel se encuentran leyes orgánicas y leyes especiales, el tercer nivel está constituido por leyes ordinarias, el cuarto nivel contiene los decretos de las Leyes y en la base de la pirámide se encuentran los reglamentos³.



Esquema 1. Pirámide de Kelsen³

Tomando en cuenta la jerarquía jurídica, el IMSS se rige bajo lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 123, apartado A, fracción XXIX, que señala “Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.”⁴

Similitudes del Sistema de Seguridad Social en México con el de otros países

La política del pago de la incapacidad que se otorga al trabajador mientras este se encuentra imposibilitado para trabajar varía de un país a otro. Algunos países requieren que los empleadores cubran el pago de los trabajadores mientras están enfermos (Australia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suiza y el Reino Unido); otros operan socialmente sistemas de seguro en los que el gobierno cubre el pago por enfermedad de los ingresos fiscales (Canadá, Francia, Irlanda, Italia y Japón); la mayoría usa un híbrido de mandatos del empleador y seguro social (Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Islandia, Luxemburgo, Noruega, España y Suecia)⁵.

Algunos sistemas internacionales incluyen un período de espera inicial, que va de uno a catorce días, antes de que el empleador se vea obligado a cubrir el pago de los días por enfermedad a los asegurados. La parte de las ganancias habituales que se reemplazan por días de enfermedad pagados y licencia también varía sustancialmente, desde el pago completo (Luxemburgo y Noruega) hasta solo una pequeña fracción (Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido), esto dependerá de la gravedad de la enfermedad que presente el trabajador, de su nivel de ingresos y de las horas trabajadas⁵.

En el caso de un trabajador que está ausente del trabajo durante 50 días hábiles, como podría ocurrir en el caso de tratamiento para una enfermedad como el cáncer, Estados Unidos es el único país que no tiene licencia por enfermedad remunerada garantizada. Luxemburgo y Noruega proporcionan el pago completo por los 50 días perdidos. Otros tres países también exigen más de 40 días: Finlandia (47), Austria (45) y Alemania (44), y al menos diez países más garantizan entre 20 y 40 días de ingresos equivalentes a tiempo completo: Bélgica (39), Suecia (38), Dinamarca (36), Países Bajos (35), España (33), Italia (29), Grecia (29), Japón (28), Francia (24) y Canadá (22). El resto exige al menos cinco días: Islandia (17), Irlanda (17), Suiza (15), Australia (10), Reino Unido (10) y Nueva Zelanda (5)⁵.

En la mayoría de los países, los programas gubernamentales de seguro social cubren la mayoría de los costos de la licencia por enfermedad remunerada en el caso de una ausencia de cincuenta días. En seis países, la licencia por enfermedad remunerada disponible para los trabajadores de bajos salarios es aún más generosa de lo que es para el trabajador típico. Un trabajador de bajo salario que gana solo la mitad de la mediana nacional y se enfrenta a una ausencia de trabajo de cincuenta días recibe 50 días remunerados en Grecia y Dinamarca, comparado con 28 para el trabajador de ingreso medio en Grecia y 36 para el trabajador de ingreso medio en Dinamarca⁵.

En Irlanda, un trabajador de bajo salario tiene derecho a 34 días pagados, en comparación con 17 para un trabajador de medianas ganancias; en Islandia, un trabajador de bajo salario recibe 25 días pagados, en comparación con 18 para el trabajador de medianos ingresos; en el Reino Unido, se pagan 19 días al trabajador de bajo salario, en comparación con 10 para el trabajador de medianos ingresos. En Finlandia, la ventaja para los trabajadores de bajo salario es menor porque los beneficios son altos para todos (50 semanas en comparación con 48 en la mediana)⁵.

Considerando las políticas que se toman en cuenta en estos países para el pago de incapacidad, cabe recalcar que en el Sistema de Seguridad Social en México no se toma en cuenta ni la gravedad de la enfermedad, ni el número de días de incapacidad que se otorga al trabajador y mucho menos se considera el salario que percibe cada uno de los trabajadores. Se paga por enfermedad general a cualquier asegurado por igual, a partir del cuarto día de incapacidad, el sesenta por ciento de su salario.

-España: en España durante la situación de incapacidad temporal, el trabajador es protegido en tres planos distintos: el económico, con el pertinente subsidio de Seguridad Social; el psicofísico, mediante la dispensa de la prestación de asistencia sanitaria; y el laboral, a través de la suspensión del contrato de trabajo, acompañada del pertinente mantenimiento del vínculo jurídico y de la reserva del puesto.

La realidad que protege la Seguridad Social, en este caso, no es sólo la alteración de la salud, sino también la pérdida temporal de ingresos que como consecuencia de esta puede sufrir quien vive de su trabajo, de suerte que si afecta a un trabajador asalariado constituye causa de suspensión del contrato con reserva de puesto⁶.

En España el Sistema de Seguridad Social cubre al trabajador cuándo es diagnosticado con cáncer (o alguna otra enfermedad general) en cuanto a atención médica y prestaciones económicas por un plazo de 365 días, otorgando el alta al término de este plazo, y en caso de continuar enfermo y requerir incapacidad temporal subsecuente, se continuará otorgando las prestaciones por un plazo de 180 días más, previa valoración médica del órgano correspondiente^{6, 7}.

La empresa tiene la obligación de entregar y tramitar los partes de baja a la entidad gestora en un plazo de 3 días hábiles. La empresa abonará al trabajador el pago delegado de la prestación de incapacidad temporal según lo marque la ley y convenio colectivo. A falta de mejora establecida en el Convenio, las cuantías a pagar son: los 3 primeros días van a cargo del trabajador, del cuarto al decimoquinto día de la baja, es la empresa la que tiene la obligación de pagar el 60% de la base reguladora del mes anterior; del decimosexto día al vigésimo, la responsabilidad de la prestación es de las entidades gestoras/ Instituto Nacional Seguridad Social (INSS).

Generalmente es la propia empresa la que hace el pago delegado, es decir abona el salario al trabajador por delegación del INSS. Durante este periodo se paga el 60% de la base reguladora. Y del vigésimo primero día en adelante, se paga el 75% de la base reguladora y la responsabilidad de la prestación es de la entidad gestora⁶.

Para tener acceso a la prestación económica derivada de la Incapacidad Temporal se debe cumplir con algunos requisitos: 1) estar afiliado a la Seguridad Social (SS), 2) estar en alta o situación similar al alta en la SS, 3) tener cubierto un periodo mínimo de cotización, en caso de enfermedad común, de 180 días dentro de los últimos 5 años⁸.

-Argentina: el Sistema de Seguridad Social de Argentina es un conjunto de beneficios dirigidos a cubrir las contingencias y necesidades de los trabajadores. Estos beneficios o prestaciones son: las asignaciones familiares, el seguro de desempleo, la cobertura de riesgos de trabajo, la cobertura de salud, la cobertura previsional de jubilaciones y pensiones¹.

En Argentina se otorga por enfermedad general una pensión por Invalidez una vez que el trabajador se encuentre con una disminución de la capacidad laboral de un 66% o más, secundario a una enfermedad general, debe ser dictado por una comisión médica.

Si el dictamen es positivo, el trabajador o trabajadora beneficiario/a tiene derecho a percibir la pensión correspondiente siempre que haya cumplido con las exigencias de aportes. El valor de la pensión es de un 70% de los ingresos promedio del trabajador y tienen los mismos toques mínimos y máximo de las jubilaciones¹.

-Colombia: en Colombia la incapacidad por enfermedad general es el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de esta que hacen las entidades promotoras de salud a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo en que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual.

La prestación económica por enfermedad no laboral o común, fue asumida hasta 1975 por el empleador, a quién se le hacía exigible a título de auxilio a favor del trabajador, así lo consagra el artículo 227 del Código Sustantivo del trabajo: En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no laboral, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta días, las dos terceras partes del salario durante los noventa días, y la mitad del salario por el tiempo restante.

A partir de la promulgación del Decreto 770 de 1975, dicha prestación fue asumida por el entonces Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, en los porcentajes establecidos por el Código Sustantivo del Trabajo⁹.

La obligación inherente al pago del valor correspondiente a la incapacidad por enfermedad común o no profesional es una responsabilidad del Sistema de Seguridad Social en Salud con cargo al régimen contributivo, prestación basada en un sistema de cotización tripartita, similar al establecido en el Sistema de Seguridad Social en México: por parte del trabajador, el empleador y, eventualmente en los casos en los cuales tales recursos resulten insuficientes de atender la cobertura general, con la participación del Estado.

Diferenciando este sistema con el de México, en que el Estado siempre debe contribuir y no únicamente cuándo no se alcanzan a cubrir los gastos como en el caso de Colombia.

Los requisitos señalados por la Corte Constitucional para que una entidad promotora de salud se encuentre obligada a pagar en favor de un afiliado una incapacidad médica por enfermedad general son: (I) que el trabajador haya cotizado un mínimo de cuatro semanas en forma ininterrumpida y completa y (II) que su empleador haya pagado de manera oportuna las cotizaciones al sistema de seguridad social en salud, por lo menos cuatro de los seis meses anteriores a la fecha de causación del derecho y que lo haya hecho de manera completa frente a las cotizaciones de todos los trabajadores, por lo menos durante el año anterior a la fecha de causación del derecho⁹.

-Chile: el subsidio por incapacidad laboral de origen común es un beneficio en dinero que tiene por finalidad cubrir la contingencia económica de un trabajador, ante su incapacidad temporal para trabajar, debido a una enfermedad o accidente de origen común, que reemplaza a la remuneración o renta del trabajador, siempre que se cumplan requisitos mínimos de afiliación y cotización¹⁰.

Los subsidios por incapacidad laboral cubren desde el primer día de licencia médica si ésta es superior a 10 días, o desde el cuarto día si es igual o inferior a 10 días. A diferencia del sistema en México que cubre siempre en el ramo de enfermedad general a partir del cuarto día. Cuando la licencia es otorgada inmediatamente a continuación de otra licencia y por el mismo diagnóstico, se consideran como una sola licencia, para efectos de determinar el número de días de subsidio a pagar, así como para el cálculo del monto del subsidio¹⁰.

Los requisitos que deben cumplirse para el caso de trabajadores dependientes son: 1) tener seis meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la licencia, 2) tener tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica. Este requisito debe entenderse como equivalente a 90 días de cotizaciones. Para el caso de los trabajadores contratados por día, por turnos o jornadas, puede rebajarse a un mes (equivalente a 30 días) de cotizaciones continuas o discontinuas dentro de los 180 días anteriores a la licencia médica y 3) tener un contrato de trabajo vigente. El monto diario del subsidio es una cantidad equivalente a la trigésima parte de la base de cálculo del subsidio¹⁰.

Instituto Mexicano del Seguro Social y sus ramos de aseguramiento

Las prestaciones que el IMSS brinda a sus derechohabientes están integradas en dos tipos de régimen: el régimen obligatorio y el régimen voluntario (Artículo 6, LSS). En el régimen obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que lo obliga a su aseguramiento este tipo de régimen ofrece cinco ramos de aseguramiento: riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales (Artículo 11, LSS)².

MARCO JURÍDICO EN EL RAMO DE ENFERMEDAD GENERAL

El artículo 2, fracción VII del Reglamento de Prestaciones Médicas (RPM) del Instituto Mexicano del Seguro Social define enfermedad como toda alteración física o mental en el individuo, provocada por una lesión orgánica o funcional, permanente o transitoria, causada por trastornos metabólicos, agentes físicos, químicos, biológicos o psicosociales, que puede o no imposibilitarle para el desempeño del trabajo o actividades de la vida diaria y requiere de la atención médica para su prevención, curación, control o rehabilitación¹¹.

En caso de enfermedad no profesional, el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento (Artículo 91, LSS), tiempo en que el asegurado se encontrará incapacitado temporalmente. Si al concluir el período de cincuenta y dos semanas, el asegurado continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento hasta por cincuenta y dos semanas más, previo dictamen médico (Artículo 92, LSS)². En lo referido a prestaciones en dinero, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero cuándo la enfermedad lo incapacite para el trabajo, el cual, se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta un plazo de cincuenta y dos semanas. De continuar incapacitado al término de este periodo se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más, previo dictamen médico del Instituto (Artículo 96, LSS).

El subsidio en dinero otorgado al asegurado será el equivalente al sesenta por ciento de último salario diario de cotización de acuerdo con lo estipulado en el artículo 98 de la LSS. Asimismo, para tener derecho al pago del subsidio el asegurado debe al menos haber cotizado durante cuatro semanas previas al inicio de la enfermedad (Artículo 97, LSS)².

En resumen, si el asegurado al término de cincuenta y dos semanas continuare enfermo, se prorrogarán las prestaciones en especie por cincuenta y dos semanas más, y las prestaciones en dinero por veintiséis semanas más, dejando de recibir el pago del subsidio después de setenta y ocho semanas, y continuando por veintiséis semanas más recibiendo únicamente prestaciones en especie.

Incapacidad Temporal para el Trabajo

La incapacidad temporal para el trabajo (ITT) es la situación en la que se encuentra el trabajador que, a consecuencia de una enfermedad (común o profesional) o accidente (sea o no de trabajo), está impedido para desempeñar temporalmente su trabajo y requiere asistencia sanitaria⁸. La expedición de la ITT es una certificación médica que toma en cuenta, además de factores puramente clínicos, la valoración de las capacidades psicofísicas del trabajador y las características y condiciones de su puesto de trabajo. Esta certificación brinda al trabajador incapacitado el acceso a subsidios económicos (totales o parciales, según el ramo de aseguramiento) que le permiten el reposo sin pérdida económica, en tanto mejora su condición de salud¹².

En México la ITT para el trabajo está definida en la Ley Federal del Trabajo en el artículo 478 como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo¹³.

INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO Y LA EXPEDICION RETROACTIVA

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la expedición de una ITT con efecto retroactivo está regulada por Reglamento de Prestaciones Médicas del mismo Instituto. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo es el documento que con carácter inicial, subsecuente o recaída se otorga al asegurado para amparar una incapacidad ocurrida en fecha anterior a aquella en que tenga conocimiento el médico tratante del Instituto para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos con anterioridad (Artículo 157, RPM)¹¹.

Cuando el asegurado solicite certificado de incapacidad temporal retroactiva, el médico tratante deberá revisar el expediente, así como los documentos que presente para hacer valer su petición, tomando en cuenta que la expedición de certificados de incapacidad retroactiva deberá sustentarse en la opinión del médico tratante y en el análisis de la documentación presentada por el asegurado, considerando de ser procedente lo siguiente:

- El médico tratante expedirá el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, con efecto retroactivo, hasta por 2 días anteriores a la fecha en que se solicita su expedición, contando con el visto bueno del director de la Unidad Médica.

- Si se solicita que el certificado con efecto retroactivo ampare 3 o más días de incapacidad temporal para el trabajo, anteriores a la fecha en que se solicita, deberá someterse su expedición al acuerdo y resolución del órgano colegiado competente (Artículos 159 y 160, RPM).¹¹

IMPACTO ECONÓMICO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La ITT se considera uno de los indicadores de salud más sensibles e importantes dentro del campo de la salud laboral. Su trascendencia radica en la repercusión que dicha prestación tiene tanto en el ámbito sanitario como en el económico y social¹⁴. Las incapacidades temporales para el trabajo tienen una considerable incidencia dentro del costo de la seguridad social y las empresas, tanto por la prestación económica que genera como por la incidencia negativa en el ámbito de la empresa, al alterarse la capacidad productiva como consecuencia de la ausencia del trabajador. En ocasiones, los compañeros deben realizar el trabajo correspondiente al trabajador incapacitado o se debe contratar y capacitar a un trabajador que lo reemplace¹².

La gestión de la ITT es un acto médico que implica, al margen de una compleja valoración clínica, evidentes connotaciones sociales, laborales y económicas, exigiendo al médico un seguimiento clínico continuo y dar respuesta a conflictos médico-legales. Aunque la determinación de expedición de incapacidades es un acto médico muy frecuente para los médicos asistenciales, no está exento de riesgos ni de dificultades derivados de la propia valoración⁸.

Durante 2007 estuvieron afiliados al IMSS, 13 650 247 trabajadores con derecho a subsidios por ITT. Las incapacidades temporales para el trabajo por enfermedad general son las más

frecuentes. En ese año, cerca de 20% de los trabajadores tuvo al menos algún periodo de ITT, lo que significó 3 372 121 periodos de ITT, estimados a partir del número de certificados iniciales. De éstos 30% estuvo constituido por trabajadores incapacitados por menos de tres días que no generaron subsidios por parte del IMSS. El costo total de días subsidiados ha cambiado de manera importante en el tiempo: en 1997, el IMSS pagó 2.6 millones de pesos y en 2007 el costo de los subsidios fue de 8.1 miles de millones de pesos, debido al incremento en el número de trabajadores afiliados y al cambio en el salario base de cotización¹².

Durante 2019 en el IMSS, se prescribieron 44 millones de días de incapacidad por enfermedad general, lo que representó un crecimiento de 4% con respecto a lo observado el año anterior; de igual forma, los certificados expedidos crecieron 4%. Derivado del crecimiento en los días subsidiados y el incremento en el salario base de cotización, el crecimiento en el gasto en este rubro fue de 10% en términos reales. Entre los factores que subyacen al crecimiento del gasto, destaca el crecimiento de la población asegurada, de 3%¹⁵.

Por lo que la ITT representa un problema económico importante, secundario a la falta de productividad durante el tiempo de tratamiento, que se refleja en las cifras de altos costos no sólo en México sino también en otros países.

Los padecimientos oncológicos y la Incapacidad Temporal para el Trabajo con efecto retroactivo

El grupo de diagnósticos de mayor duración media de ITT son las neoplasias, superando los 365 días⁷. El cáncer es un problema mundial de salud pública por su incidencia, prevalencia, mortalidad, costos sanitarios y sociales¹⁶.

The Global Economic Burden of Non-Communicable Disease estimó el costo de 290 billones de dólares para los 13.3 millones de casos nuevos de cáncer para el año 2010, el mayor gasto se ubica en la categoría de gasto médico (que incluye los procedimientos y servicios asociados al tratamiento y la atención, incluye hospitalización, visitas domiciliarias y medicamentos) con 154 billones de dólares (53% del gasto total), en segundo lugar a la pérdida de ingresos (productividad por el tiempo bajo tratamiento y la discapacidad asociada con el mismo) que asciende a 69 billones de dólares (24%) y el costo no médico 67 billones de dólares (23%)¹⁶.

De acuerdo con el Reporte de la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo, el costo económico anual total del cáncer para 2010 ascendió a casi 1.16 trillones de dólares, de los cuales 310 billones corresponden a los casos nuevos y 921 billones son secundarios a muerte prematura y a la incapacidad permanente o temporal, lo que representa aproximadamente 2% del PIB total¹⁶.

En España, las estimaciones de las pérdidas de productividad laboral ocasionadas por los tumores ascienden a 3823.9 millones de euros anuales. De esa cantidad, un 61.2% (2342 millones de euros) se corresponden con la mortalidad prematura que ocasiona este tipo de tumores, un 31.6% (1209.69 millones de euros) con incapacidad permanente y el 7.1% (272.17 millones de euros) restante con incapacidad temporal¹⁶.

La cifra estimada de pérdida de productividad laboral generada por todos los tipos de tumor por causa de la incapacidad permanente ascendió a 1209.69 millones de euros anuales, de los cuales 71.51% (865.1 millones de euros) corresponde al sexo masculino y un 28.49% al sexo femenino (344.6 millones de euros). Los estimados indican una pérdida laboral equivalente a 20.6 millones de euros anuales ocasionados por el cáncer de cérvix, 11.2 millones de euros anuales por el cáncer de próstata, 159.3 millones de euros anuales ocasionados por el cáncer de mama y 60 millones de euros anuales por el cáncer de colon¹⁶.

La pérdida de productividad laboral generada por todos los tipos de tumor por causa de la incapacidad temporal asciende a 272.17 millones de euros anuales de los cuales 60% corresponden a hombres y 40% a las mujeres. Los resultados estimados indican una pérdida de productividad laboral por incapacidad temporal equivalente a 1 161 016 euros anuales por cáncer de cérvix, de 5 335 907 euros anuales por cáncer de próstata, una pérdida de 160 381 078 euros anuales por el cáncer de mama y una pérdida de 8 300 361 euros anuales ocasionados por el cáncer de colon¹⁸. Este panorama refleja el total de gastos por incapacidad laboral aproximados que generan los padecimientos oncológicos.

En México, el Sistema Nacional de Cuentas en Salud (SICUENTAS) reportó que el IMSS gastó 1805.5 millones de pesos, de un total de 91 mil millones de pesos asignados para el año 2002, solo en la detección y tratamiento del Cáncer de Mama. En otros estudios realizados en pacientes con cáncer cervicouterino atendidos en un hospital de tercer nivel del IMSS, se encontró que el costo médico directo para mujeres trabajadoras es de \$91 064.00 durante el primer año de tratamiento. El mayor gasto se concentró en los siguientes rubros: incapacidad 31% (\$27 924.00), consulta médica 19% (\$17 029.00), radioterapia 10% (8706.00), hospitalización 9% (8250.00)¹⁶.

Los padecimientos oncológicos son enfermedades complejas que requieren de mucho tiempo de tratamiento para intentar lograr la recuperación del paciente, así como una gran demanda de atención, lo cual implica desgaste físico, mental y emocional, no sólo para el paciente sino también para su familia y la gente que lo rodea, además de afectar su funcionalidad en diferentes aspectos de su vida incluyendo el laboral.

El tratamiento de muchos tipos de cáncer implica quimioterapia intensiva, intervenciones, largos periodos de hospitalización. Durante este periodo evidentemente, la mayoría de los pacientes no puede realizar su trabajo habitual. Y, en muchos casos, después tampoco podrán hacerlo. Algunos tendrán que solicitar la incapacidad, otros cambiar de ocupación¹⁷.

Sin embargo, en ocasiones el asegurado deja de solicitar sus certificados de ITT, por lo que queda descubierto entre un periodo previo y otro, por el mismo padecimiento, debiendo justificar la incapacidad requerida durante ese tiempo, por lo que debe solicitar un certificado de incapacidad retroactiva, lo cual en México en el Instituto Mexicano del Seguro Social está regulado por el Reglamento de Prestaciones Médicas.

En España la norma obliga a que la fecha de ITT coincida con la fecha de la visita y valoración médica. Sin embargo, los casos en los que el paciente justifique documentalmente cualquier otro

periodo de incapacidad anterior, el médico, si lo considera, podrá adoptar la fecha de inicio de la patología incapacitante. En estos casos es muy importante que el médico guarde copia de la documentación justificativa atendiendo al elevado número de reclamaciones que esta situación genera¹.

La valoración del otorgamiento de una ITT implica un grado de complejidad, lo cual recae en el médico tratante que la expide, pues es quien decide si el paciente está en condiciones de trabajar, de modo que son los responsables de la supervisión, el seguimiento y el control de la incapacidad, debiendo contener el abuso en el uso de esta prestación. En consecuencia, el médico tratante deberá dejar constancia escrita de sus valoraciones, que justifiquen el otorgamiento de una incapacidad, tal valoración deberá tener congruencia con el estado actual del paciente y lo que marcan las guías para la duración estándar de cada padecimiento⁸.

Las dificultades en la gestión de las ITT se relacionan con diversos motivos, dentro de los cuales encontramos principalmente falta de formación de los médicos familiares y médicos no familiares en relación con la ITT, el desinterés que se ha tenido a lo largo del tiempo en este aspecto, entre otras.

Así mismo el médico asistencial se enfrenta a dificultades en la valoración del otorgamiento de una ITT, siendo la principal el desconocimiento de la actividad laboral del trabajador, en muchas ocasiones no se analiza que la situación por la que se otorga una ITT es la imposibilidad del trabajador para desempeñar sus actividades laborales. Para ello debe interrelacionar las limitaciones producidas por su trastorno con las exigencias de su trabajo. Sin embargo, lamentablemente, en muy pocas ocasiones el médico tratante dispone de datos objetivos sobre las exigencias de un puesto de trabajo, por lo que es imprescindible que pregunte, no solo la denominación del puesto de trabajo, sino también sobre las actividades concretas que realiza, ritmo de trabajo, horarios, pesos que mueve, sustancias con las que está en contacto, etc⁸.

Dadas todas las implicaciones que conlleva el otorgamiento de una incapacidad es importante recordar que la Ley del Seguro Social estipula como término de ley 547 días, posteriores a los cuales el asegurado dejará de percibir prestaciones económicas, por lo cual es de suma importancia que el médico tratante en el caso de los padecimientos oncológicos tenga bien definido de acuerdo al estadio y pronóstico de la enfermedad, el panorama futuro del paciente, por lo que sí es claro que el asegurado no podrá reincorporarse a su trabajo debe ser referido oportunamente al servicio de Medicina del Trabajo para una valoración de un probable dictamen de invalidez.

El adecuado manejo de la ITT tiene como finalidad un mayor control de las prestaciones económicas y pretende afinar lo más posible la determinación médica del cese de la actividad laboral del asegurado por requerir prioritariamente el mantenimiento de su salud¹⁸.

Como se lleva a cabo el proceso de trámite de la Incapacidad Retroactiva en la UMAE Hospital Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

El proceso de trámite de la Incapacidad Retroactiva en la UMAE Hospital Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI está fundamentado en Capítulo III De la retroactividad, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, del artículo 147 al 161¹¹.

El derechohabiente acude al Departamento de Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), en dónde se le entrega la **Solicitud de Incapacidad Retroactiva** y se le indican los documentos que deberá presentar en original y una copia.

Una vez que llenó la solicitud la entrega al departamento de TAOD, junto con las copias de los documentos que le solicitaron (identificación oficial, carnet, copia de la última incapacidad) y en caso de contar con justificantes o notas médicas también deberá presentarlos.

El personal TAOD una vez que cuenta con la documentación del asegurado elabora un memorándum dirigido al jefe del servicio médico tratante del paciente (artículo 161 RPM)¹¹, quién solicita el expediente del paciente al departamento de archivo para revisar el caso y analizar si la solicitud de incapacidad retroactiva es procedente (artículo 160 RPM)¹¹ y cita al asegurado para recabar la información necesaria.

Una vez analizado el caso, el médico a cargo elabora un memorándum el cual contiene la resolución acerca de si procede o no la solicitud de incapacidad retroactiva, con un breve resumen de la situación clínica del paciente y señala una vez que cuenta con todos los elementos el **Motivo por el cual no solicitó la incapacidad en tiempo**, del cual sólo pueden señalar una de las siguientes opciones: **Omisión del médico** u **Omisión del paciente**, según lo que haya resultado del análisis del caso.

Así mismo elabora la incapacidad en caso de que haya sido procedente y la envía junto con el memorándum al departamento de TAOD, quienes contactan al paciente para darle respuesta a su solicitud.

El departamento de TAOD se encarga de mantener archivados todos los casos de los pacientes que han solicitado incapacidad retroactiva, y su archivo deberá contener por cada caso: Solicitud de Incapacidad Retroactiva requisitada por el derechohabiente, copia de identificación oficial, copia de carnet, copia de la incapacidad del periodo previo a la solicitud de incapacidad retroactiva, justificantes o notas médicas que el asegurado haya presentado como evidencia según sea el caso, memorándum elaborado por el médico con la resolución del caso y el resumen de la situación clínica del paciente, y la copia de la incapacidad retroactiva que se otorgó.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incapacidad temporal con efecto retroactivo es un problema latente que se ha observado en los padecimientos oncológicos en la UMAE H. Oncología CMN SXXI, ya que en ocasiones se solicitan periodos prolongados de días no cubiertos entre una incapacidad y otra, esto genera que aumente el número de días acumulados por un mismo padecimiento en los asegurados, lo que los acerca al término de ley estipulado en la Ley del Seguro Social, al llegar a los 547 días de este término el asegurado dejará de percibir prestaciones económicas dejándolo descubierto en ese rubro.

Tal como lo estipula el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social en el artículo 160, el médico tratante expedirá el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, con efecto retroactivo, hasta por 2 días anteriores a la fecha en que se solicita su expedición, contando con el visto bueno del director de la Unidad Médica, sin embargo, se ha observado en la UMAE H. Oncología que las incapacidades retroactivas que se solicitan superan por mucho los dos días de los cuales éste reglamento habla.

Este problema genera repercusiones económicas para el Instituto ya que se continúan acumulando días de Incapacidad que deberán seguir siendo subsidiados en pacientes que probablemente por el tipo de diagnóstico y el estadio en el que se encuentran no podrán regresar a laborar, por lo que el médico tratante debe identificar estos casos para referir oportunamente a los servicios de Medicina del Trabajo para determinar lo procedente.

No existe literatura en México que nos hable de la gestión de la incapacidad retroactiva, y mucho menos con un enfoque desde la perspectiva del paciente oncológico, ya que según las estadísticas son el grupo de diagnósticos con mayor duración media de incapacidad temporal, tampoco se sabe cuáles son las causas del porque se generan este tipo de incapacidades y las repercusiones económicas que generan. A nivel Internacional únicamente es en España en donde se hace uso de estas incapacidades, en donde el médico está obligado a guardar copia de la documentación justificativa de la incapacidad retroactiva, debido al elevado número de reclamaciones que esta situación genera.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de incapacidades temporales para el trabajo con efecto retroactivo en los pacientes atendidos en la UMAE H. Oncología CMN SXXI en el periodo 2017-2020?

5. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social invierte una gran cantidad de dinero en el pago de incapacidades temporales por enfermedad general, las enfermedades oncológicas son padecimientos prolongados y que han ido en aumento según las estadísticas a través del tiempo, por lo que generan un gran número de días de incapacidad, y altos costos para el Instituto.

La Incapacidad temporal retroactiva contribuye a que se sigan acumulando días de incapacidad por un mismo padecimiento, por lo que es de vital importancia identificar a los pacientes que por su padecimiento y el estadio en el que se encuentren no podrán volver a trabajar y que además cuentan ya con una incapacidad prolongada. Los pacientes que se encuentran en estadios avanzados y a los cuales ya se les han ofrecido todas las opciones terapéuticas deben ser referidos de manera oportuna a los servicios de Medicina del Trabajo, para ser valorados, ya que no tiene sentido seguir emitiendo incapacidades a un paciente que ya no podrá regresar a laborar, con esto evitamos que se generen más incapacidades retroactivas y por lo tanto no aumenten los días de incapacidad acumulados, y beneficiamos al paciente evitando que se acerque al término de ley (547 días de incapacidad), ya que una vez que se llega a ese término el asegurado dejará de percibir prestaciones económicas, por el contrario si llega a los servicios de Medicina del Trabajo de manera oportuna podrá ser dictaminado como corresponda y podrá seguir gozando de las prestaciones económicas que le corresponden.

La valoración del otorgamiento de una incapacidad implica un grado de complejidad, lo cual recae en el médico tratante que la expide, pues es quien decide si el paciente está en condiciones de trabajar, de modo que son los responsables de la supervisión, el seguimiento y el control de la incapacidad, debiendo contener el abuso en el uso de esta prestación.

Este estudio pretende hacer un análisis de la Incapacidad retroactiva, tratando de identificar el porcentaje de incapacidades retroactivas que se generan por omisión del médico y que porcentaje son debidas a omisión del paciente, cuáles son los servicios de la UMAE H. Oncología SXXI que emiten el mayor número de incapacidades retroactivas y cuáles son los diagnósticos que con mayor frecuencia tienen los pacientes que las solicitan, para así poder actuar en las áreas de oportunidad que se encuentren y llevar a cabo una gestión adecuada de la Incapacidad Temporal para el Trabajo con el fin de contener los gastos que generan las incapacidades y hacer una mejor gestión de las mismas.

6. HIPÓTESIS

El investigador no emitió hipótesis, ya que el estudio consiste en el cálculo de una frecuencia.

7. OBJETIVOS

Objetivo General

Calcular la frecuencia de incapacidades retroactivas en el periodo 2017-2020 en la UMAE H. Oncología CMN SXXI.

Objetivos específicos

- Calcular que porcentaje de incapacidades retroactivas se generan por omisión del médico y que porcentaje son debidas a omisión del paciente.
- Identificar los servicios médicos en los cuáles se genera el mayor número de incapacidades retroactivas.
- Identificar si alguno de los asegurados que han solicitado incapacidad retroactiva ha llegado a término de ley (547 días de incapacidad temporal por enfermedad general).
- Estimar los costos que generan las incapacidades temporales para el trabajo con efecto retroactivo para el Instituto.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Por su intervención	Observacional
Por su medición	Transversal
Por la recolección de datos	Retrospectivo

Población

Pacientes de la UMAE H. Oncología a los cuales se les expidió incapacidad retroactiva en el periodo 2017-2020

Lugar

Centro Médico Nacional Siglo XXI, UMAE Hospital de Oncología en el Departamento de Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente

Muestreo

Censo, no probabilístico por conveniencia.

Cálculo del tamaño de muestra

Se realizará un censo de los casos totales de incapacidad retroactiva, por lo que no es necesario realizar un cálculo del tamaño de muestra.

Análisis estadístico

La información se capturó en una base de datos en formato Excel, y se identificó exclusivamente a los pacientes en la base por medio del folio de cada Solicitud de incapacidad retroactiva revisada, por lo que no se capturaron nombres y apellidos con el fin de cumplir con la confidencialidad de los datos en medios electrónicos.

Una vez corregida la base de datos y sin errores, se procedió a obtener frecuencias simples y porcentajes de las características de la población y de las variables de estudio.

Posteriormente se comprobó normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov a las variables cuantitativas y se calculó T de Student para aquellas variables con distribución normal. Para las variables cuantitativas sin distribución normal se calculó la prueba de U de Mann-Whitney. En el caso de las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrada. Para el análisis estadístico se utilizó Excel y SPSS® versión 23.

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**
- ✓ Pacientes trabajadores atendidos en la UMAE H. Oncología CMN SXXI.
- ✓ Atendidos en el periodo 01 de enero de 2017 a 31 de diciembre de 2020.
- ✓ Pacientes trabajadores que cuenten con incapacidad retroactiva solicitada en el formato “Solicitud de Incapacidad Retroactiva” que proporciona el Departamento de Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente, y con “Memorándum de resolución” emitido por el médico del servicio tratante.
- ✓ Que cuenten con registro de historial de incapacidades en el sistema NSSA.

Variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable y escala	Indicador
<i>Incapacidad Retroactiva (Dependiente)</i>	Documento que con carácter inicial, subsecuente o recaída que se otorga al asegurado para amparar una incapacidad ocurrida en fecha anterior a aquella en que tenga conocimiento el médico tratante del Instituto para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos con anterioridad.	Número de días solicitados registrados en el apartado “Lapso de incapacidad solicitado” en el formato Solicitud de Incapacidad Retroactiva.	Cuantitativa Discreta	Días
<i>Sexo</i>	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndose en masculinos y femeninos.	Sexo del trabajador identificado mediante el número de seguridad social registrado en la Solicitud de Incapacidad Retroactiva.	Cualitativa Nominal	1)Masculino 2)Femenino
<i>UMF de adscripción</i>	Unidad Médica que brinda atención de primer nivel.	Unidad de atención médica a la que está adscrito el trabajador, registrada en Solicitud de Incapacidad Retroactiva	Cualitativa Ordinal	Número de UMF asignado al asegurado
<i>Puesto de trabajo</i>	Lugar o área ocupado por una persona dentro de una organización, empresa o entidad donde se desarrollan una serie de actividades específicas, que tiene como objetivo garantizar productos y servicios.	Último puesto de trabajo que se encontraba realizando al inicio de la expedición de incapacidades temporales, registrado en la Solicitud de Incapacidad Retroactiva.	Cualitativa Nominal	Los encontrados en las Solicitudes de Incapacidad retroactiva, que serán clasificados con base en el SINCO: 1)Trabajadores domésticos, de limpieza, planchadores y otros trabajadores de limpieza. 2)Trabajadores auxiliares en actividades administrativas. 3)Profesores y especialistas en docencia. 4)Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas. 5)Trabajadores en la preparación y servicio de

			<p>alimentos y bebidas en establecimientos.</p> <p>6) Trabajadores artesanales en la construcción y otros oficios.</p> <p>7) Auxiliares y técnicos en ciencias exactas, biológicas, ingeniería, informática y telecomunicaciones.</p> <p>8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte.</p> <p>9) Especialistas en ciencias económico-administrativas, ciencias sociales, humanistas y en artes.</p> <p>10) Funcionarios, directores y jefes.</p> <p>11) Trabajadores de paquetería de apoyo para espectáculos y repartidores de mercancías.</p> <p>12) Auxiliares en ciencias económico-administrativas, ciencias sociales, humanistas y en artes.</p> <p>13) Conductores de transporte y maquinaria móvil.</p> <p>14) Operadores de instalaciones y maquinaria industrial.</p> <p>15) Secretarías, capturistas, cajeros y trabajadores de control de archivo y transporte.</p> <p>16) Trabajadores en servicios de protección y vigilancia.</p> <p>17) Trabajadores en elaboración y procesamiento de alimentos, bebidas y productos de tabaco.</p>	
Total, de días acumulados de incapacidad a la fecha de solicitud.	Número de días acumulados de incapacidad por la misma patología desde su inicio hasta la fecha de	Número total de días de incapacidad registrados en el apartado "Total de días acumulados a	Cuantitativa Discreta	Días

	Solicitud de la Incapacidad retroactiva.	la fecha de solicitud” en el formato Solicitud de Incapacidad Retroactiva, y corroborados mediante el sistema NSSA		
Diagnóstico	Denominación de la patología que presenta el paciente.	Patología registrada en el apartado “Diagnóstico” en el Formato de Solicitud de Incapacidad Retroactiva, corroborado en el sistema NSSA en la última incapacidad registrada.	Cualitativo Nominal	CIE-10
Motivo por el cual no solicito la incapacidad en tiempo.	Causa por la cual dejó de solicitar sus incapacidades temporales en tiempo.	Causa por la cual no solicitó su incapacidad temporal, señalada como “Motivo por el cual no solicitó la incapacidad en tiempo” en el memorándum de resolución que elabora el médico del servicio tratante del paciente.	Cualitativo Nominal	1) Omisión del médico 2) Omisión del paciente
Servicio que no otorgó Incapacidad Temporal	Servicio médico tratante, a cargo del paciente que no otorga incapacidad temporal en tiempo y forma.	Servicio médico que no otorgó Incapacidad temporal, registrado en el apartado “Motivo por el cual no se solicitó la incapacidad en tiempo (especificar el servicio que no se la otorgó)” en el formato de Solicitud de Incapacidad Retroactiva	Cualitativo Nominal	1)Radioterapia 2)Oncología Médica 3)Cabeza y Cuello 4)Sarcomas 5)Oftalmología 6)Ginecología 7)Tórax 8)Urología 9)Mama 10)Colon y recto
Documentos que se anexan.	Documentos agregados a la “Solicitud de Incapacidad Retroactiva” que puedan brindarnos información adicional sobre el motivo por el cuál no se solicitó la incapacidad en tiempo.	Documentos que se agregan en el apartado de “Documentos que se anexan” en el formato de Solicitud de Incapacidad Retroactiva.	Cualitativo Nominal	1)Notas médicas 2)Justificantes

Descripción general del estudio

El presente protocolo de investigación se sometió posterior a su realización a revisión por el Comité de Ética y el Comité Local de Investigación para garantizar que no se violen por un lado códigos o normas y por otro lado llevar a cabo una correcta metodología; una vez aprobado se llevó a cabo su ejecución.

El médico residente de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental se presentó en el Departamento de Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente debidamente uniformado y de manera cordial solicitó a la jefa encargada del departamento que se le proporcionaran las carpetas de los pacientes que solicitaron incapacidad retroactiva en el periodo 2017-2020, para poder obtener los datos necesarios de los formatos de Solicitud de Incapacidad Retroactiva, y de los memorándum de resolución que emiten los médicos del servicio tratante de cada paciente. Una vez proporcionada la información requerida se vació en una base de datos con formato Excel para llevar a cabo la realización del análisis, esta base de datos fue protegida mediante contraseña, y sólo tuvieron acceso a ella los investigadores. Así mismo se hizo uso del sistema de subsidio de incapacidades N SSA, para consultar la información acerca de los días de incapacidad acumulados de cada paciente. Una vez concentrada la información en la base de datos de Excel se exportó a SPSS versión 23 para su análisis.

Se realizó un estudio transversal retrospectivo en pacientes atendidos en la UMAE Hospital Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se revisaron los formatos de “Solicitud de Incapacidad Retroactiva” encontrados en el periodo 01 de enero 2017 al 31 de diciembre 2020.

Cabe aclarar que el Departamento de Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente no se encarga del análisis, gestión ni emisión de las incapacidades retroactivas, sino más bien funge como apoyo para la orientación al derechohabiente sobre cómo realizar el trámite para solicitar su incapacidad retroactiva y que documentos les serán solicitados, para que posteriormente sea el médico tratante quien revise el expediente, así como los documentos que haya presentado para hacer valer su petición, para que una vez revisados sea el médico quién expida la resolución de cada caso y la incapacidad temporal retroactiva, tal como lo establece el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

9. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación fue factible ya que es un estudio de tipo observacional y se requirió del uso de pocos recursos económicos y humanos para su realización. Solo se hizo uso del registro de solicitudes de incapacidad retroactiva que se obtuvieron del módulo de Atención y Orientación al Derechohabiente y de la información de incapacidades mediante el Sistema de Subsidios y Ayuda (NSSA).

Este trabajo siguió los lineamientos de la Declaración de Helsinki, respetando los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La investigación se desarrolló con el respaldo de la Ley General de Salud, señalado en su artículo 100, sobre los principios científicos y éticos de la investigación médica. Así como lo señalado en el Artículo 17 Fracción I, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que considera esta investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio y solo se emplearon métodos de investigación documental.

El presente trabajo se desarrolló con base en la NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Y con apoyo de la normativa institucional, reflejado en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Capítulo II Investigación en Salud, artículo 167, donde menciona que la investigación en salud se llevará a cabo conforme a la normatividad vigente, a los lineamientos de la ética médica y de la buena práctica clínica, señalados en la Ley General de Salud y de acuerdo con los mecanismos de regulación y control de las actividades de investigación en salud establecidos por el Instituto.

La información que se obtuvo fue: sexo, UMF de adscripción, puesto de trabajo, total de días acumulados de incapacidad, motivo por el cual no solicitó la incapacidad a tiempo, servicio que no otorgó la incapacidad, documentos anexados y diagnóstico oncológico. Esta información se concentró en una base de datos de Excel que se resguardó mediante una contraseña para asegurar la confidencialidad de los sujetos del estudio.

Así mismo para evitar la exposición de datos personales no se hizo uso de nombre del paciente, Número de Seguridad Social, número telefónico de contacto del trabajador, ni domicilio particular y así mismo se omitieron los nombres de los médicos a quienes fueron dirigidas las solicitudes de incapacidad retroactiva, para asegurar el resguardo de la identidad.

Los potenciales beneficios de la presente investigación exceden a los riesgos que probablemente pudieran aparecer y se verán reflejados al aportar un dato tangible al Instituto, de los costos directos que se generan al emitir incapacidades retroactivas, se beneficiará de manera directa a los sujetos al evitar que dejen de percibir sus prestaciones económicas y de manera indirecta se generarán beneficios al contener y regular el gasto de las incapacidades, ya que el recurso podrá ser utilizado para inversión en servicios de atención médica necesarios en el Instituto para una atención de calidad a los derechohabientes.

10. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Humanos:

- Investigador
- Asesor metodológico
- Asesor Clínico

Físicos:

- Laptop HP, Windows 10
- Microsoft Office 2010, Excel y Word
- Impresora HP
- Tinta para impresora
- Pluma y lápiz
- Hojas blancas tamaño carta

Financieros:

- Los propios del investigador

11. RESULTADOS

Se analizaron 162 casos de Solicitudes de Incapacidad Retroactiva en el servicio de Atención y Orientación al Derechohabiente en la UMAE H. Oncología, durante los años 2017, 2018, 2019 y 2020.

Características sociodemográficas

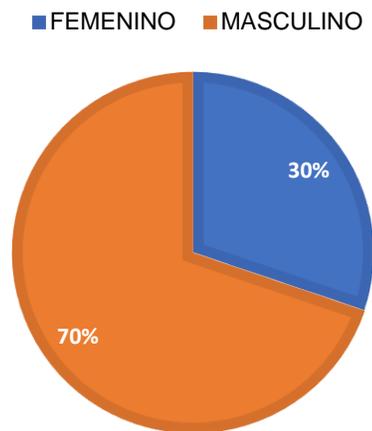
Sexo

De los 162 casos el 30.2% (n=49) eran mujeres y el 69.8% (n=113) hombres.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	49	30.2
Masculino	113	69.8
Total	162	100.0

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020.

Gráfico 1. Distribución por sexo de los casos que solicitaron incapacidad retroactiva. (2017-2020)



Edad

Se obtuvo una mediana de edad de 51 años. Para hombres la mediana de edad fue de 51 años y para mujeres de 50 años. La media para hombres fue de 48.74 y para las mujeres 47.55. El cuartil 25 fue 39.75 y el 75 de 59.00, con un rango intercuartil de 19.25 años.

SEXO	Media	N	Mediana	Mínimo	Máximo
FEMENINO	47.55	49	50.00	21	66
MASCULINO	48.74	113	51.00	18	76
Total	48.38	162	51.00	18	76

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020.

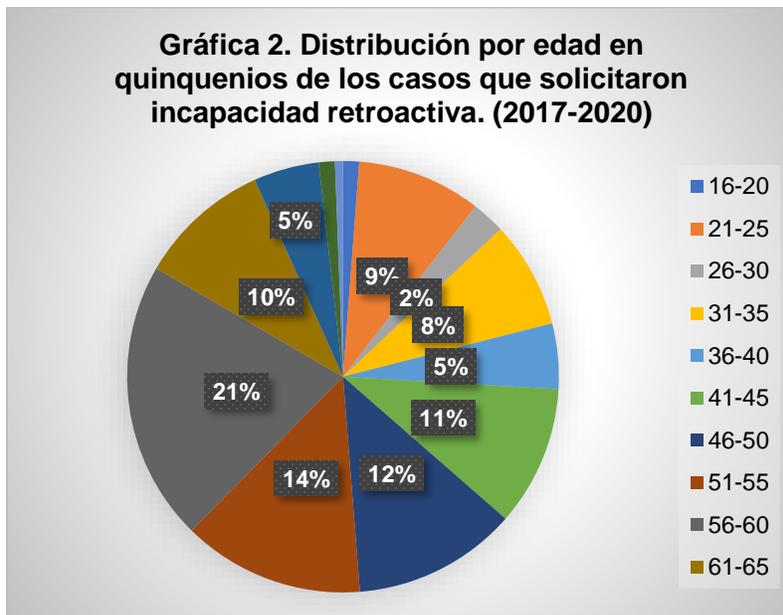
→ **Edad en quinquenios**

Se agrupó la edad en quinquenios, encontrándose mayor frecuencia en el quinquenio que va de “56-60” con un 21% (n=34), en segundo lugar, el que va de “51-55” con un 13.6% (n=22) y en tercer lugar el de “46-50” con un 12.3% (n=20).

Tabla 3. Distribución por edad en quinquenios de los casos que solicitaron incapacidad retroactiva. (2017-2020)

Quinquenios	Frecuencia	Porcentaje
16-20	2	1.2
21-25	15	9.3
26-30	4	2.5
31-35	13	8.0
36-40	8	4.9
41-45	17	10.5
46-50	20	12.3
51-55	22	13.6
56-60	34	21.0
61-65	16	9.9
66-70	8	4.9
71-75	2	1.2
76-80	1	0.6
Total	162	100.0

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020



Características de las Solicitudes de Incapacidad Retroactiva

De acuerdo con el año en que se expidieron los dictámenes, la mayor proporción de solicitudes se presentó durante el 2020 representando el 41.35% (n=67), seguido por el año 2019 con 37.03% (n=60).

Tabla 4. Proporción de solicitudes de incapacidades retroactivas por año (2017-2020).

Año de solicitud	N	%
2017	16	9.87
2018	19	11.72
2019	60	37.03
2020	67	41.35
Total	162	100%

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020



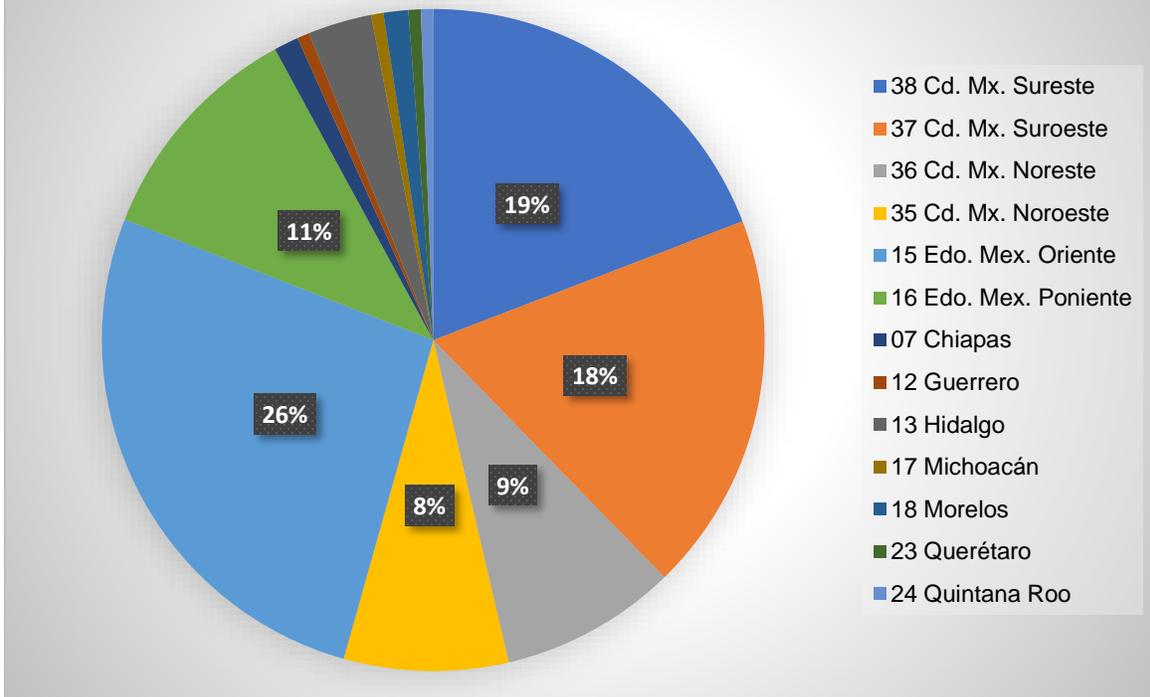
La proporción de solicitudes de incapacidad retroactiva por OOAD a la que pertenece el paciente se distribuyó de la siguiente manera: en primer lugar, la OOAD “15 Edo. Mex. Oriente” 26.5% (n=43), seguido por la OOAD “38 Cd. Mx. Sureste” con 19.1% (n=31), y en tercer lugar “37 Cd. Mx. Suroeste” con 18.5% (n=30).

Tabla 5. Proporción de solicitudes de incapacidad retroactiva por OOAD a la que pertenece el paciente. (2017-2020)

OOAD	Frecuencia	Porcentaje
38 Cd. Mx. Sureste	31	19.1
37 Cd. Mx. Suroeste	30	18.5
36 Cd. Mx. Noreste	14	8.6
35 Cd. Mx. Noroeste	13	8.0
15 Edo. Mex. Oriente	43	26.5
16 Edo. Mex. Poniente	18	11.1
07 Chiapas	2	1.2
12 Guerrero	1	0.6
13 Hidalgo	5	3.1
17 Michoacán	1	0.6
18 Morelos	2	1.2
23 Querétaro	1	0.6
24 Quintana Roo	1	0.6
Total	162	100.0

Cd. Mx.: Ciudad de México
Edo. Méx.: Estado de México
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

Gráfica 4. Proporción de solicitudes de incapacidad retroactiva por OOAD a la que pertenece el paciente. (2017-2020)



A la revisión de los casos de solicitudes de incapacidad retroactiva se encontró que existen pacientes a los cuales les corresponde una OOAD distinta a la que les otorga atención médica, existen pacientes de provincia que reciben atención en Unidades de Medicina Familiar de las OOAD Ciudad de México y Estado de México, por lo que se calcularon frecuencias para las OOAD a las que pertenece el paciente y para las OOAD en las que reciben atención médica.

La proporción de solicitudes de incapacidad retroactiva por UMF que brinda atención a los pacientes se distribuyó de la siguiente manera: en primer lugar, UMF 6 y UMF 28 con 4.9% (n=8), seguido por UMF 7, 15, 21 y 68 con 3.1% (n=5).

A la agrupación por OOAD de las UMF en las que reciben atención los pacientes se encontraron los siguientes resultados: la mayor frecuencia de atención se encuentra en la OOAD "15 Edo. Mex. Oriente" con un 26.54% (n=43), en segundo lugar, la OOAD "36 Cd. Mx. Noreste" con 17.9% (n=29) y en tercer lugar la OOAD "37 Cd. Mx. Suroeste" con 20.37% (n=33).

Tabla 6. Parte 1. Proporción de solicitudes de incapacidad retroactiva por OOAD en la que recibe atención el paciente. (2017-2020)			
OOAD	UMF	Frecuencia	Porcentaje
38 Cd. Mx. Sureste	7	5	3.1
	10	1	0.6
	15	5	3.1
	21	5	3.1
	30	1	.6
	31	4	2.5
	45	4	2.5
	46	1	0.6
	48	1	0.6
	160	2	1.2
	163	1	0.6
	164	3	1.9
37 Cd. Mx. Suroeste	1	2	1.2
	4	3	1.9
	9	3	1.9
	10	1	0.6
	12	1	0.6
	18	3	1.9
	19	1	0.6
	22	2	1.2
	28	8	4.9
	42	1	0.6
	140	2	1.2
36 Cd. Mx. Noreste	6	8	4.9
	11	3	1.9
	14	3	1.9
	16	3	1.9
	23	3	1.9
	29	2	1.2
	34	2	1.2
	37	1	0.6
	56	3	1.9
	120	1	0.6
35 Cd. Mx. Noroeste	2	2	1.2
	5	2	1.2
	13	1	0.6
	17	1	0.6
	20	2	1.2
	33	1	0.6
	41	1	0.6
	44	1	0.6
49	1	0.6	
Cd. Mx.: Ciudad de México			
Edo. Méx.: Estado de México			
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020			

Tabla 6. Parte 2. Proporción de solicitudes de incapacidad retroactiva por OOAD en la que recibe atención el paciente. (2017-2020)			
OOAD	UMF	Frecuencia	Porcentaje
15 Edo. Mex. Oriente	54	2	1.2
	56	3	1.9
	60	1	0.6
	62	4	2.5
	64	1	0.6
	67	2	1.2
	68	5	3.1
	70	1	0.6
	75	4	2.5
	76	1	0.6
	77	2	1.2
	78	1	0.6
	84	1	0.6
	91	3	1.9
	93	4	2.5
	95	1	0.6
	181	1	0.6
	185	2	1.2
191	2	1.2	
193	2	1.2	
16 Edo. Mex. Poniente	51	2	1.2
	58	2	1.2
	61	4	2.5
	63	1	0.6
	65	2	1.2
	66	1	0.6
	190	3	1.9
	220	2	1.2
17 Michoacán	80	1	0.6
Total		162	100%
Cd. Mx.: Ciudad de México			
Edo. Méx.: Estado de México			
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020			

Tabla 7. Proporción de solicitudes de incapacidad retroactiva por OOAD en la que recibe atención el paciente. (2017-2020)		
OOAD	Frecuencia	Porcentaje
38 Cd. Mx. Sureste	33	20.37
37 Cd. Mx. Suroeste	27	16.6
36 Cd. Mx. Noreste	29	17.9
35 Cd. Mx. Noroeste	12	7.4
15 Edo. Mex. Oriente	43	26.54
16 Edo. Mex. Poniente	17	10.49
17 Michoacán	1	0.61
Total	162	100%
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020		

Motivo de no solicitud de ITT

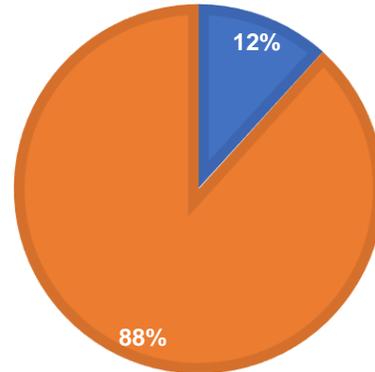
Dentro de la Solicitud de Incapacidad Retroactiva, existe un apartado el cual se denomina “Motivo por el cual no solicitó incapacidad en tiempo”, donde el paciente coloca el motivo por el cual dejó de solicitar su incapacidad de forma ordinaria, sin embargo el médico después de un análisis de cada caso emite en su memorándum de resolución, el motivo por el cual a su parecer no se otorgó la incapacidad, y del cual solo existen dos posibles causas: “Omisión del médico” u “Omisión del paciente”, derivado del análisis de los 162 casos estudiados, se obtuvo lo siguiente: el motivo predominante fue “Omisión del paciente” con 88.3% (n=143) y la “Omisión del médico” fue de 11.7% (n=19), derivado de lo dicho del médico en su resolución de análisis del caso.

	Frecuencia	Porcentaje
Omisión del médico	19	11.7
Omisión del paciente	143	88.3
Total	162	100.0

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

Gráfica 5. Proporción de motivo de no solicitud de ITT. (2017-2020)

■ OMISIÓN DEL MÉDICO ■ OMISIÓN DEL PACIENTE



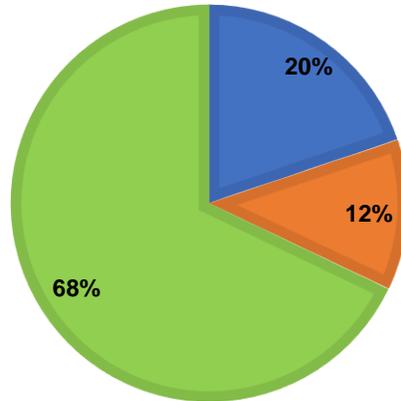
Tipo de causa

El Comité de Control de Incapacidad Temporal para el Trabajo (COCOITT), establece en uno de sus anexos la causas por las cuales una incapacidad temporal para el trabajo se prolonga, aplicando esta misma clasificación de causas a la revisión del expediente que conforma una Solicitud de Incapacidad Retroactiva se encontró lo siguiente: la causa más frecuente fue “Causas atribuibles al paciente” con un 67.9% (n=110), seguido de “Causas No Médicas” con un 19.8% (n=32) y por último “Causas Médicas” con un 12.3% (n=20).

	Frecuencia	Porcentaje
Causas no médicas	32	19.8
Causas médicas	20	12.3
Causas atribuibles al paciente	110	67.9
Total	162	100.0

Gráfica 6. Frecuencia de tipo de causa de solicitud de incapacidad retroactiva (2017-2020)

■ CAUSAS NO MÉDICAS ■ CAUSAS MÉDICAS ■ CAUSAS ATRIBUIBLES AL PACIENTE



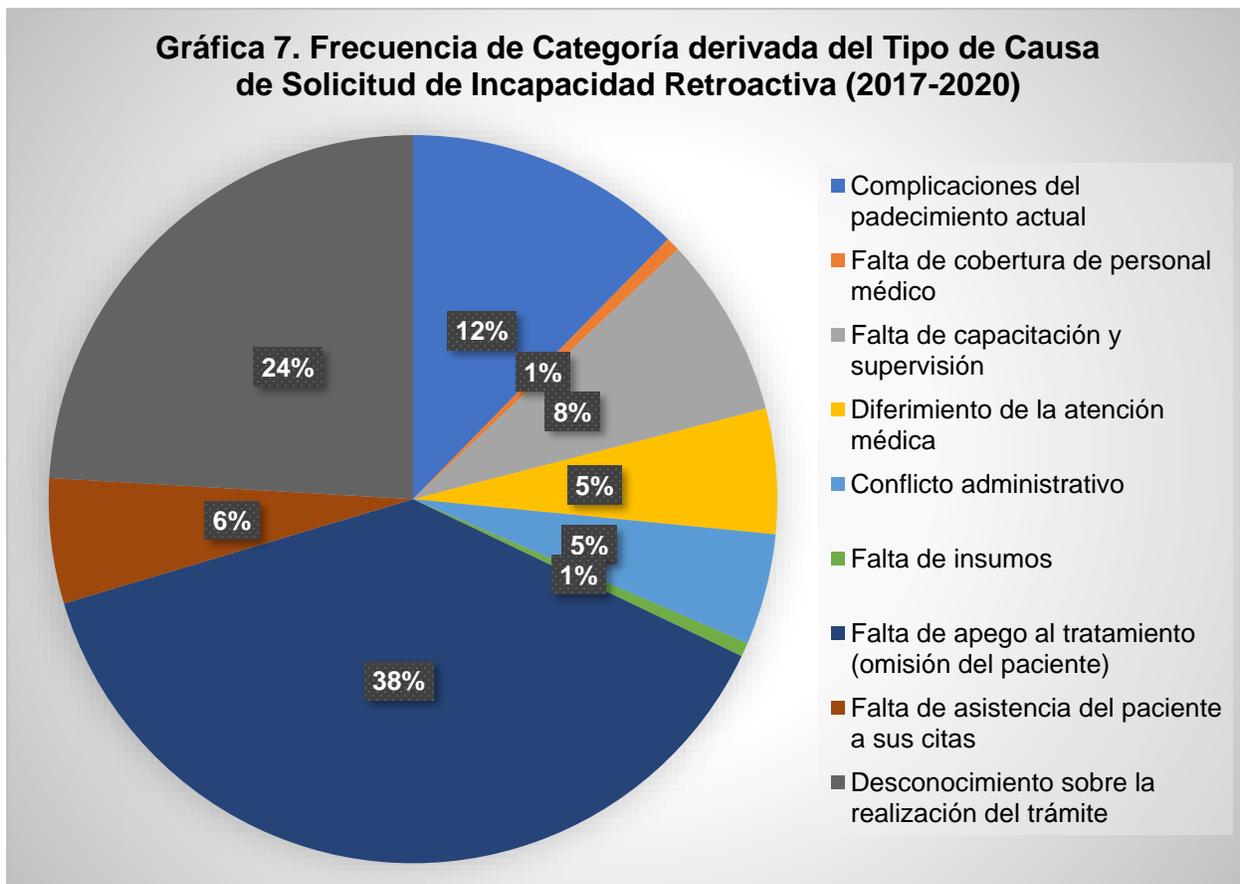
Categoría derivada del Tipo de causa

El COCOITT subdivide cada “Tipo de causa” en categorías más específicas para poder identificar de manera más puntual, el motivo por el cual se prolongan las incapacidades, por lo que cada una de las categorías aplicables derivadas del “Tipo de causa” se identificaron en los casos de Solicitud de Incapacidad Retroactiva analizados. De lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 10. Frecuencia de Categoría derivada del Tipo de Causa de Solicitud de Incapacidad Retroactiva (2017-2020)			
tipo de causa	categoría derivada del tipo de causa	Frecuencia	Porcentaje
Causas médicas	Complicaciones del padecimiento actual	20	12.3
	Falta de cobertura de personal médico	1	0.6
Causas no médicas	Falta de capacitación y supervisión	13	8.0
	Diferimiento de la atención médica	9	5.6
	Conflicto administrativo	8	4.9
	Falta de insumos	1	0.6
	Total	162	100.0
Causas atribuibles al paciente	Falta de apego al tratamiento (omisión del paciente)	62	38.3
	Falta de asistencia del paciente a sus citas	9	5.6
	Desconocimiento sobre la realización del trámite	39	24.1
	Total	162	100.0

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

Gráfica 7. Frecuencia de Categoría derivada del Tipo de Causa de Solicitud de Incapacidad Retroactiva (2017-2020)



Dentro de las “Causas atribuibles al paciente”, la categoría “Falta de apego al tratamiento” fue la de mayor frecuencia con un 38.3% (n=62), seguida de “Desconocimiento sobre la realización del trámite” con un 24.1% (n=39), en las “Causas médicas” se encuentra la categoría “Complicaciones del padecimiento actual” con 12.3% (n=20) y por último dentro de las “Causas No Médicas” la categoría más frecuente fue “Falta de capacitación y supervisión” con un 8.0% (n=13).

Servicio que no otorgó ITT

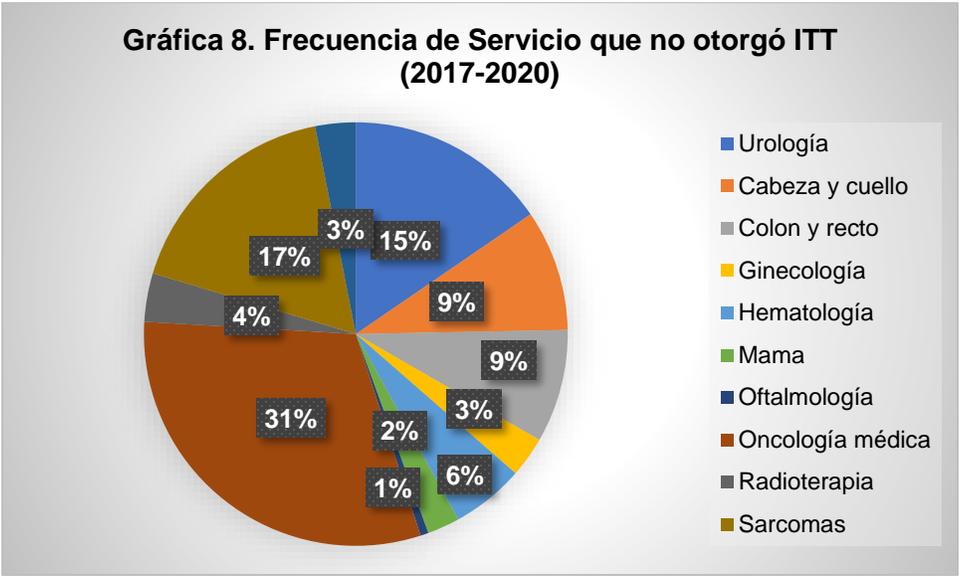
Se refiere al servicio que se encuentra a cargo del paciente, y que durante su atención médica no expidió el certificado de incapacidad de forma ordinaria.

Dentro de la UMAE H. Oncología los servicios que brindan atención médica y que pueden expedir certificados de incapacidad son 11 en total.

De esto 11 servicios el que presenta una frecuencia de mayor fallo en la emisión de certificado de incapacidad de forma ordinaria fue “Oncología médica” en primer lugar, con un 30.9% (n=50), en segundo lugar “Urología” con 15.4% (n=25) y en tercer lugar “Cabeza y cuello” con 9.3% (n=15).

Tabla 11. Frecuencia de Servicio que no otorgó ITT (2017-2020)		
Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Urología	25	15.4
Cabeza y cuello	15	9.3
Colon y recto	14	8.6
Ginecología	5	3.1
Hematología	9	5.6
Mama	4	2.5
Oftalmología	1	.6
Oncología médica	50	30.9
Radioterapia	6	3.7
Sarcomas	28	17.3
Tórax	5	3.1
Total	162	100.0

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020



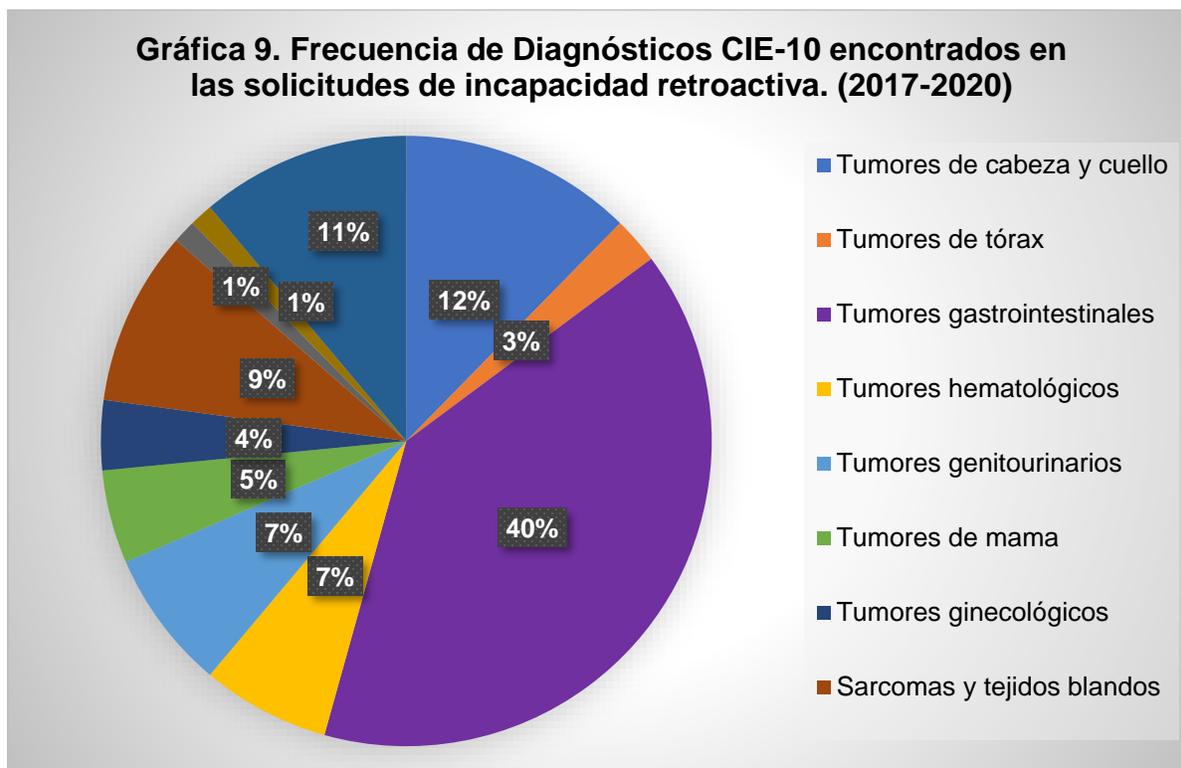
Características clínicas

De los 162 casos de solicitud de incapacidad retroactiva se encontraron un total de 52 diagnósticos de acuerdo con el CIE-10 los cuales se agruparon en 11 categorías, para fin análisis y descripción de resultados de este estudio.

Tabla 12. Frecuencia de Diagnósticos CIE-10 encontrados en las solicitudes de incapacidad retroactiva. (2017-2020)		
Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Tumores de cabeza y cuello	20	12.3
Tumores de tórax	4	2.5
Tumores gastrointestinales	64	39.5
Tumores hematológicos	11	6.8
Tumores genitourinarios	12	7.4
Tumores de mama	8	4.9
Tumores ginecológicos	6	3.7
Sarcomas y tejidos blandos	15	9.3
Tumores de piel	2	1.2
Melanoma	2	1.2
Tumores del aparato reproductor masculino	18	11.1
Total	162	100.0

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

La categoría en la que se agrupó el mayor número de Diagnósticos CIE-10 fue en “Tumores gastrointestinales” representando el 39.5% (n=64), seguido de “Tumores de cabeza y cuello” con 12.3% (n=20) y en tercer lugar “Tumores del aparato reproductor masculino” con 11.1% (n=18).

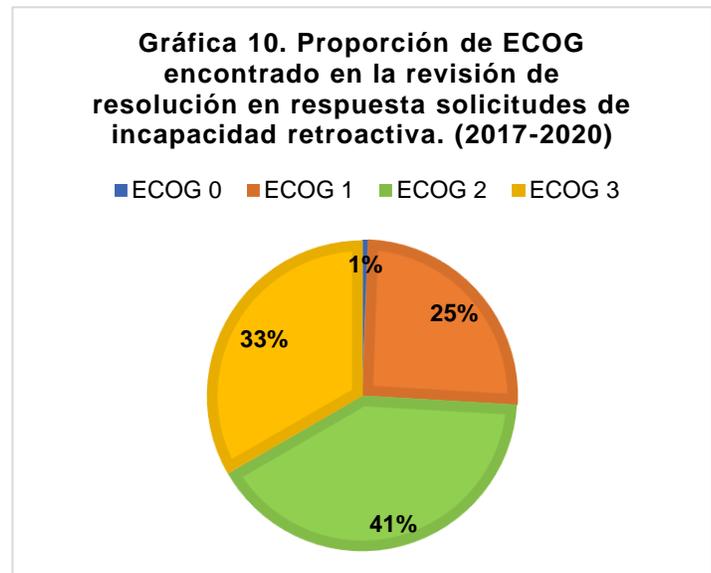


ECOG

En el memorándum de resolución que elabora el médico del servicio tratante del paciente en respuesta a la solicitud de incapacidad retroactiva, se anexa un pequeño resumen clínico del paciente, de tales resúmenes se encontró lo siguiente: el ECOG 2 registró el mayor número de casos 40.7% (n=66), seguido de ECOG 3 con un 33.3% (n=54) y en tercer lugar ECOG 1 con 25.3% (n=41). El ECOG 0, se encontró únicamente en un caso del total.

ECOG	Frecuencia	Porcentaje
ECOG 0	1	0.6
ECOG 1	41	25.3
ECOG 2	66	40.7
ECOG 3	54	33.3
Total	162	100.0

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020



Características laborales

El puesto laboral del trabajador se registra en el apartado “Puesto” de la Solicitud de Incapacidad Retroactiva. De esta solicitud se extrajo el puesto de trabajo, el cual se capturó de acuerdo con el manual emitido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), conocido como Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO).

Se cuentan con 9 grupos con sus respectivos subgrupos, los puestos de trabajo de este estudio se categorizaron de acuerdo con los subgrupos encontrados en las solicitudes, los cuales fueron un total de 17 subgrupos.

De las proporciones de estos subgrupos se encontró que el subgrupo de mayor frecuencia fue “Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios” con 24.1% (n=39), seguido de “Trabajadores auxiliares en actividades administrativas” y “Comerciantes, empleados en ventas y agentes en ventas” con 14.8%(n=24) cada uno.

Tabla 14. Proporción por subgrupo de ocupación de acuerdo con el SINCO, del puesto de trabajo registrado en la Solicitud de Incapacidad Retroactiva (2017-2020).

Puesto de Trabajo SINCO	Frecuencia	Porcentaje
Trabajadores domésticos, de limpieza, planchadores y otros trabajadores de limpieza.	13	8.0
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas.	24	14.8
Profesores y especialistas en docencia.	4	2.5
Comerciantes, empleados en ventas y agentes en ventas.	24	14.8
Trabajadores en la preparación y servicio de alimentos y bebidas en establecimientos.	8	4.9
Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios.	39	24.1
Auxiliares y técnicos en ciencias exactas, biológicas, ingeniería, informática y en telecomunicaciones.	4	2.5
Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte.	16	9.9
Especialistas en ciencias económico-administrativas, ciencias sociales, humanistas y en artes.	3	1.9
Funcionarios, directores y jefes.	13	8.0
Trabajadores de paquetería, de apoyo para espectáculos y repartidores de mercancías.	3	1.9
Auxiliares y técnicos en ciencias económico-administrativas, ciencias sociales, humanistas y en artes.	3	1.9
Conductores de transporte y de maquinaria móvil.	1	0.6
Operadores de instalaciones y maquinaria industrial.	4	2.5
Secretarias, capturistas, cajeros y trabajadores de control de archivo y transporte.	1	0.6
Trabajadores en servicios de protección y vigilancia.	1	0.6
Trabajadores en la elaboración y procesamiento de alimentos, bebidas y productos de tabaco.	1	0.6
Total	162	100.0

Gráfica 11. Proporción por subgrupo de ocupación de acuerdo con el SINCO, del puesto de trabajo registrado en la Solicitud de Incapacidad Retroactiva (2017-2020).



ANÁLISIS UNIVARIADO

→ Días de ITT acumulados al momento de solicitud

Los días de ITT acumulados al momento de solicitud, se verifican al entrar al Sistema de Subsidios y Ayuda (NSSA), el cual es un sistema donde se encuentran registrados todos los periodos de incapacidad que se le expiden a cada trabajador derechohabiente, y que al ingresar su NSS nos indica el número de días de incapacidad acumulados por cada padecimiento.

Se realizó prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar normalidad de distribución en los datos de “Días de ITT acumulados al momento de solicitud”, obteniendo un estadístico= 0.228, por lo que no tiene significancia y no se asume distribución normal, dicho lo anterior se calculan estadísticos los descriptivos correspondientes (mediana y rango inter cuartil, agregando la descripción de la media).

Tabla 15. Día de ITT acumulados al momento de la solicitud		
Media		85.12
Mediana		55.50
Percentiles	25	28.00
	50	55.50
	75	106.50

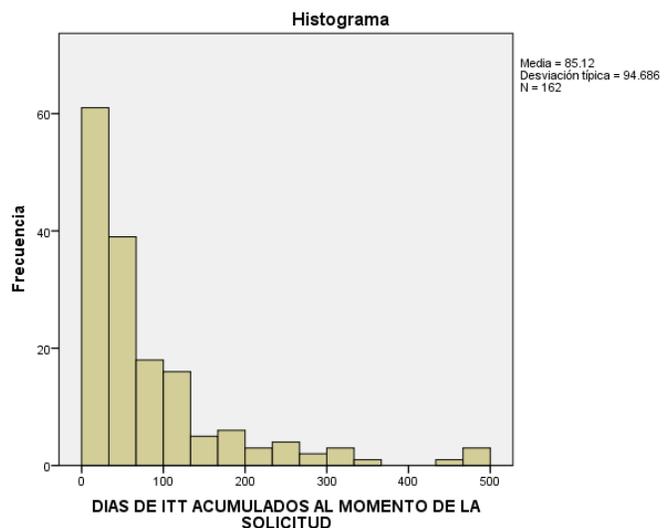


Gráfico 12. Histograma de Días de ITT acumulados al momento de la solicitud.

Para los Días de ITT acumulados al momento de solicitud se obtuvo una mediana de 55.50 días, con un rango intercuartil de 78.50 días.

→ Número de días retroactivos solicitados

Los días de ITT retroactivos solicitados abarcan desde el día posterior no cubierto del último certificado de incapacidad, hasta el día no cubierto de un certificado de incapacidad posterior, estos periodos no cubiertos se verifican al entrar al Sistema de Subsidios y Ayuda (NSSA).

Se realizó prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar normalidad de distribución en los datos de “Número de días retroactivos solicitados”, obteniendo un estadístico= 0.293, por lo que no es significativo y no se asume distribución normal, dado lo anterior se calculan estadísticos descriptivos correspondientes (mediana y rango inter cuartil).

Tabla 16. Número de días retroactivos solicitados		
Media		36.10
Mediana		17.00
Percentiles	25	9.75
	50	17.00
	75	35.00

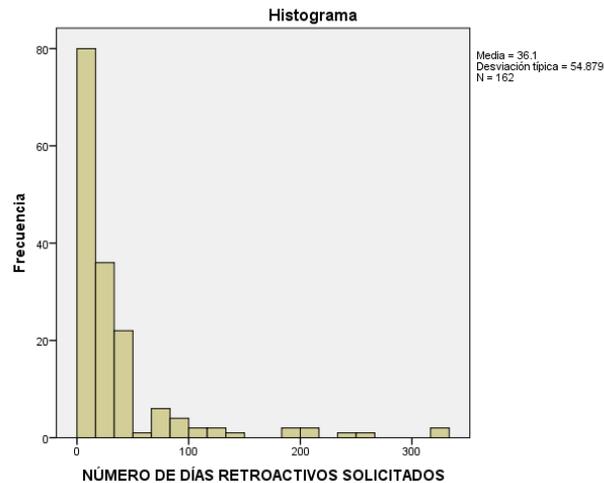


Gráfico 13. Histograma de Número de días retroactivos solicitados.

Para el número de días retroactivos solicitados se obtuvo una mediana de 17.00 días, un rango de 18 días, y una media de 36.10 días.

→ Costo por incapacidad retroactiva

Los costos pagados por cada certificado de incapacidad se obtuvieron al ingresar al Sistema NSSA.

Se realizó prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar normalidad de distribución en los datos de “Costo por incapacidad retroactiva”, obteniendo un estadístico= 0.324, sin significancia estadística, por lo que no se asume distribución normal, debido a lo anterior se calculan estadísticos descriptivos correspondientes.

Tabla 17. Costos por ITT retroactiva		
Media		4850.83
Mediana		1615.17
Percentiles	25	811.77
	50	1615.17
	75	3501.73

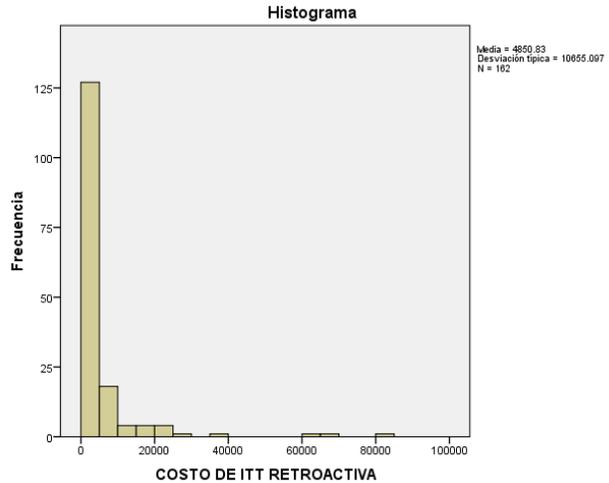


Gráfico 14. Histograma de Costo de ITT retroactiva.

Para el costo de ITT retroactiva se obtuvo una mediana de 1615.17 pesos, con un rango de 2689.23 pesos. Y la media fue de 4850.83 pesos.

ANÁLISIS DE FRECUENCIA BIVARIADO

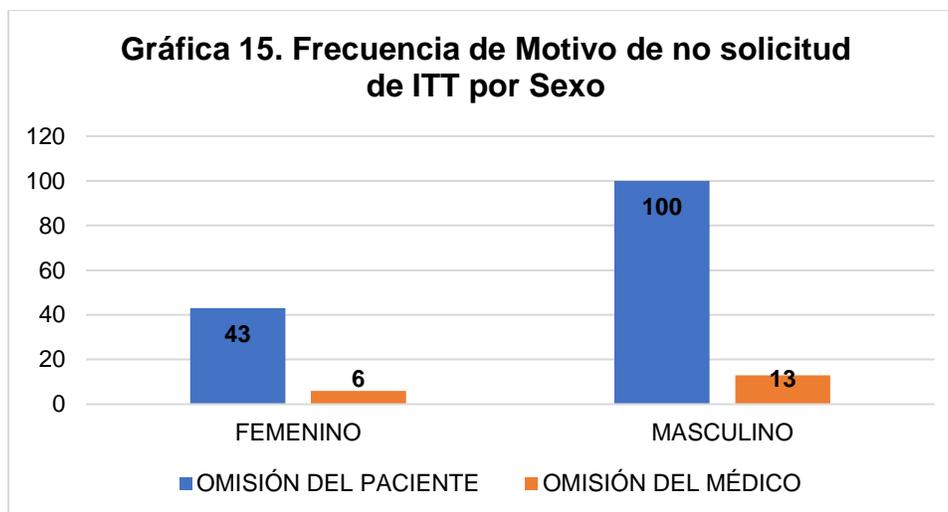
A continuación, se describe el análisis bivariado para la variable escogida “Motivo de no solicitud de ITT”:

→ **Sexo y Motivo de no solicitud de ITT**

Se encontró que, de los 162 casos de solicitudes de incapacidad retroactiva, el mayor porcentaje fue en hombres (n=113), por lo que de este total de población masculina un 88.5% (n=100) se debió a “Omisión del paciente”, y un 11.5% (n=13) fue debida a “Omisión del médico”. En las mujeres (n=49), el motivo de no solicitud de ITT fue al igual que los hombres “Omisión del paciente” con un 87.8% (n=43) y de “Omisión del médico” un 12.2% (n=6).

Tabla 18. Motivo de no solicitud de ITT y Sexo			
Motivo de no solicitud de ITT	Femenino (%)	Masculino (%)	Total
Omisión del Paciente	43 (87.8)	100 (88.5)	143 (88.3)
Omisión del Médico	6 (12.2)	13 (11.5)	19 (11.7)
Total	49 (100)	113 (100)	162 (100)

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020



→ **Motivo de no solicitud de ITT y OOAD a la que pertenece el paciente**

De acuerdo con el “Motivo de no solicitud de ITT” por OOAD a la que pertenece el paciente se encontró que por “Omisión del paciente” la OOAD Edo. Méx. Oriente se encuentra en primer lugar (n=38), en segundo lugar, la OOAD “Cd. Mx. Sureste” (n=29) y, en tercer lugar, la OOAD “Cd. Mx. Suroeste” (n=26). Para la categoría “Omisión del médico”, el primer lugar lo ocupa la OOAD “Edo. Mex. Oriente” (n=5), recordando que el total de casos obtenido en esta categoría fue de 19.

Tabla 19. Motivo de no solicitud de ITT y OOAD a la que pertenece el paciente

OOAD	Omisión del paciente (%)	Omisión del médico (%)
38 Cd. Mx. Sureste	29 (93.5)	2 (6.5)
37 Cd. Mx. Suroeste	26 (86.7)	4 (13.3)
36 Cd. Mx. Noreste	11 (78.6)	3 (21.4)
35 Cd. Mx. Noroeste	12 (92.3)	1 (7.7)
15 Edo. Mex. Oriente	38 (88.4)	5 (11.6)
16 Edo. Mex. Poniente	15 (83.3)	3 (16.7)
07 Chiapas	2 (100)	0 (0.0)
12 Guerrero	1 (100)	0 (0.0)
13 Hidalgo	4 (80)	1 (2.0)
17 Michoacán	1 (100)	0 (0.0)
18 Morelos	2 (100)	0 (0.0)
23 Querétaro	1 (100)	0 (0.0)
24 Quintana Roo	1 (100)	0 (0.0)
Total	143 (88.3)	19 (11.7)

Cd. Mx.: Ciudad de México
Edo. Méx.: Estado de México
OOAD: Organos de Operación Administrativas Desconcentrada
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

→ **Puesto de Trabajo y Motivo de no solicitud de ITT**

Por puesto de trabajo en “Omisión del paciente” se encontró que el subgrupo “Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios” fue el que presentó el mayor porcentaje con 23.8% (n=34), en segundo lugar “Trabajadores auxiliares en actividades administrativas” y “Trabajadores domésticos, de limpieza, planchadores y otros trabajadores de limpieza” con 14.7% (n=21) cada uno. En “Omisión del médico” los puestos de trabajo que presentaron el mayor porcentaje se encontraron en subgrupo “Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios” con 26.3% (n=5).

Puesto de trabajo SINCO	Omisión del paciente (%)	Omisión del médico (%)	Total (%)
Trabajadores domésticos, de limpieza, planchadores y otros trabajadores de limpieza.	10 (7.0)	3 (15.8)	13 (8.0)
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas.	21 (14.7)	3 (15.8)	24 (14.8)
Profesores y especialistas en docencia.	4 (2.8)	0 (0.0)	4 (2.5)
Comerciantes, empleados en ventas y agentes en ventas.	21 (14.7)	3 (15.8)	24 (14.8)
Trabajadores en la preparación y servicio de alimentos y bebidas en establecimientos.	7 (4.9)	1 (5.3)	8 (4.9)
Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios.	34 (23.8)	5 (26.3)	39 (24.1)
Auxiliares y técnicos en ciencias exactas, biológicas, ingeniería, informática y en telecomunicaciones.	2 (1.4)	2 (10.5)	4 (2.5)
Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte.	16 (11.2)	0 (0.0)	16 (9.9)
Especialistas en ciencias económico-administrativas, ciencias sociales, humanistas y en artes.	3 (2.1)	0 (0.0)	3 (1.9)
Funcionarios, directores y jefes.	13 (9.1)	0 (0.0)	13 (8.0)
Trabajadores de paquetería, de apoyo para espectáculos y repartidores de mercancías.	3 (2.1)	0 (0.0)	3 (1.9)
Auxiliares y técnicos en ciencias económico-administrativas, ciencias sociales, humanistas y en artes.	3 (2.1)	0 (0.0)	3 (1.9)
Conductores de transporte y de maquinaria móvil.	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.6)
Operadores de instalaciones y maquinaria industrial.	2 (1.4)	2 (10.5)	4 (2.5)
Secretarías, capturistas, cajeros y trabajadores de control de archivo y transporte.	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.6)
Trabajadores en servicios de protección y vigilancia.	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.6)
Trabajadores en la elaboración y procesamiento de alimentos, bebidas y productos de tabaco.	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.6)
Total	143 (100)	19 (100)	162 (100)

→ **Motivo de no solicitud de ITT y Servicio que no otorgó ITT**

Para el motivo de no solicitud “Omisión del paciente”, los servicios de la UMAE H. Oncología que presentaron el mayor número de incapacidades retroactivas fueron: en primer lugar “Oncología médica” con 30.8% (n=44), en segundo lugar “Sarcomas” con 18.9% (n=27) y en tercer lugar “Urología” con 13.3% (n=19).

Respecto a “Omisión del médico” el primer lugar lo ocupa “Oncología Médica”, junto con “Urología” con un 31.6% (n=6) cada uno.

Servicio que no otorgó ITT	Omisión del paciente (%)	Omisión del médico (%)	Total (%)
Urología	19 (13.3)	6 (31.6)	25 (15.4)
Cabeza y cuello	13 (9.1)	2 (10.5)	15 (9.3)
Colon y recto	14 (9.8)	0 (0.0)	14 (8.6)
Ginecología	4 (2.8)	1 (5.3)	5 (3.1)
Hematología	8 (5.6)	1 (5.3)	9 (5.6)
Mama	3 (2.1)	1 (5.3)	4 (2.5)
Oftalmología	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.6)
Oncología médica	44 (30.8)	6 (31.6)	50 (30.9)
Radioterapia	6 (4.2)	0 (0.0)	6 (3.7)
Sarcomas	27 (18.9)	1 (5.3)	28 (17.3)
Tórax	4 (2.8)	1 (5.3)	5 (3.1)
Total	143 (100)	19 (100)	162 (100)

→ **Motivo de no solicitud de ITT y Diagnóstico**

Los diagnósticos que ocuparon el primer lugar en “Omisión del paciente”, fueron los agrupados en “Tumores gastrointestinales” con 59 casos, en segundo lugar “Tumores de cabeza y cuello” con 18 casos y en tercer lugar “Sarcomas y tejidos blandos” con 15 casos.

En “Omisión del médico” el primer lugar lo ocuparon los “Tumores del aparato reproductor masculino” con 6 casos y en segundos lugar los “Tumores gastrointestinales” con 5 casos.

Tabla 22. Motivo de no solicitud de ITT y Diagnóstico

Diagnóstico	Omisión del paciente (%)	Omisión del médico (%)	Total (%)
Tumores de cabeza y cuello	18 (90)	2 (10)	20 (100)
Tumores de tórax	4 (100)	0 (0.0)	4 (100)
Tumores gastrointestinales	59 (92.2)	5 (7.8)	64 (100)
Tumores hematológicos	10 (90.9)	1 (9.1)	11 (100)
Tumores genitourinarios	11 (91.7)	1 (8.3)	12 (100)
Tumores de mama	6 (75)	2 (25)	8 (100)
Tumores ginecológicos	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100)
Sarcomas y tejidos blandos	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
Tumores de piel	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)
Melanoma	2 (100)	0 (0.0)	2 (100)
Tumores del aparato reproductor masculino	12 (66.7)	6 (33.3)	18 (100)
Total	143 (88.3)	19 (11.7)	162 (100)

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

→ **Motivo de no solicitud de ITT y ECOG**

En “Omisión del paciente” el ECOG más frecuente fue “ECOG 2” con 56 casos, en segundo lugar, el “ECOG 3” con 47 casos y en tercer lugar “ECOG 1” con 39 casos. En “Omisión del médico” el “ECOG 2” se encontró en primer lugar con 10 casos, seguido de “ECOG 3” con 7 casos.

Tabla 23. Motivo de no solicitud de ITT y ECOG

ECOG	Omisión del paciente (%)	Omisión del médico (%)	Total (%)
ECOG 0	1 (100)	0 (0.0)	1 (100)
ECOG 1	39 (95.1)	2 (4.9)	41 (100)
ECOG 2	56 (84.8)	10 (15.2)	66 (100)
ECOG 3	47 (87.0)	7 (13)	54 (100)
Total	143 (88.3)	19 (11.7)	162 (100)

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

→ **Motivo de no solicitud de ITT y Tipo de Causa**

Las “Causas atribuibles al paciente” se encontraron en primer lugar en el motivo correspondiente a “Omisión del paciente” con 110 casos, en segundo lugar, se encontraron las “Causas médicas con 20 casos y en tercer lugar “Causas no médicas” con 13 casos. Y en “Omisión del médico” el total de casos se encontró en “Causas no médicas”.

	Omisión del paciente (%)	Omisión del médico (%)	Total (%)
Causas no médicas	13 (40.6)	19 (59.4)	32 (100)
Causas médicas	20 (100)	0 (0.0)	20 (100)
Causas atribuibles al paciente	110 (100)	0 (0.0)	110 (100)
Total	143 (88.3)	19 (11.7)	162 (100)

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

Motivo de no solicitud de ITT

A continuación, se describen el análisis bivariado para las variables continuas.

→ Edad

En cuanto a la “Omisión del paciente” y Edad se encontró una mediana de 51.00 años y una media de 48.43 años, el percentil 25 fue de 40.00 y el percentil 75 de 59.00, con un rango de 19 años. Para la “Omisión del médico” y Edad se encontró una mediana de 51.00 años y una media de 48.00 años, con un rango intercuartilar de 26 años.

		Omisión del paciente	Omisión del médico
Media		48.43	48.00
Mediana		51.00	51.00
Percentiles	25	40.00	35.00
	50	51.00	51.00
	75	59.00	61.00

Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020

→ Días acumulados

En “Omisión del paciente” y Días acumulados, se obtuvo una mediana de 47.00 días y una media de 78.71 días, con un rango intercuartilar de 77 días. En “Omisión del médico” y Días acumulados, se obtuvo una mediana de 85.00 días y una media de 133.37 días, con un rango intercuartilar de 175 días.

Tabla 26. Omisión del paciente y Días acumulados			
		Omisión del paciente	Omisión del médico
Media		78.71	133.37
Mediana		47.00	85.00
Percentiles	25	28.00	49.00
	50	47.00	85.00
	75	102.00	224.00
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020			

→ **Días retroactivos**

En “Omisión del paciente” y Días retroactivos, se obtuvo una mediana de 15.00 días y una media de 32.37 días, con un rango intercuartil de 24 días. Para “Omisión del médico” y Días acumulados, se obtuvo una mediana de 32.00 días y una media de 64.16 días, con un rango intercuartil de 76 días.

Tabla 27. Omisión del paciente y Días retroactivos			
		Omisión del paciente	Omisión del médico
Media		32.37	64.16
Mediana		15.00	32.00
Percentiles	25	10.00	9.00
	50	15.00	32.00
	75	34.00	85.00
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020			

→ **Costos**

En “Omisión del paciente” y Costos, se obtuvo una mediana de 1536.13 pesos y una media de 3981.23 pesos, con un rango intercuartil de 1503.2 pesos. En “Omisión del médico” y Costos, se obtuvo una mediana de 3010.11 pesos y una media de 11395.69 pesos, el percentil 25 fue de 796.19 y el percentil 75 de 9330.53, con un rango de 8534.34 pesos.

Tabla 28. Omisión del paciente y Costos			
		Omisión del paciente	Omisión del médico
Media		3981.23	11395.69
Mediana		1536.13	3010.11
Percentiles	25	815.43	796.19
	50	1536.13	3010.11
	75	3039.33	9330.53
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020			

PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Para las variables continuas de este estudio se encontró no normalidad, sin embargo, con fines académicos se realizaron algunas pruebas estadísticas.

Para la variable “Sexo”, se calculó T de Student para varianzas homogéneas, con un resultado de t de 0.018 y una p de 0.893, por lo que no se encontró significancia estadística. Así mismo para esta variable se calculó Chi cuadrada para la cual se encontró un resultado de 0.132, con una p de 0.895, y U de Mann Whitney (Prueba no paramétrica) con resultado de 1325.00 y una p de 0.861, sin encontrar significancia estadística.

Se realizó T de Student y U de Mann Whitney para las variables continuas de “Días acumulados”, “Días retroactivos” y “Costos”, encontrando significancia estadística para la variable “Días acumulados”, se calculó para esta variable T de Student para grupos independientes y para varianzas heterogéneas, obteniendo un valor de t de -2.133 y una p de 0.045, la cual demuestra significancia estadística, para la U de Mann Whitney se obtuvo un valor de 809.55 con una p estadísticamente significativa de 0.004.

Para las variables “Servicio que no otorgó ITT”, “Tipo de Causa”, “Categoría derivada del tipo de causa”, “Diagnóstico” y “ECOG” se calculó Chi cuadrada, sin embargo, no se obtuvo significancia estadística en ninguna. Para las variables “Tipo de Causa” y “Categoría derivada del Tipo de Causa” se utilizó la Prueba exacta de Fisher.

Tabla 29. Pruebas Estadísticas

Variable		Omisión del paciente	Omisión del médico	Prueba estadística	p
Sexo	Masculino	100	13	0.018 ⁺	0.893
	Femenino	43	6		
Edad (Promedio)	Años	48.43	48.00	0.132 [*]	0.895
				1325.000 [®]	0.861
Costos (Promedio)	Pesos	3981.23	11395.69	-1.595 [*]	0.127
				1029.500 [®]	0.087
Días acumulados	Días	78.73	133.37	-2.133 [*]	0.045
				809.500 [®]	0.004
Días retroactivos	Días	32.37	64.16	-1.802 [*]	0.086
				985.000 [®]	0.52
Servicio				9.612 ⁺	0.475
Tipo de Causa				67.906 ⁺⁺	
Categoría derivada del Tipo de Causa				83.580 ⁺⁺	
Diagnóstico				16.451 ⁺	0.087
ECOG				2.818	0.421
⁺ Chi cuadrada ⁺⁺ Prueba exacta de Fisher [*] T de Student para varianzas homogéneas [®] U de Mann Whitney					
Fuente: Solicitudes de Incapacidad Retroactiva de la UMAE H. Oncología 2017-2020					

12. DISCUSIÓN

La mayoría de los trabajadores analizados en este estudio fueron hombres con porcentaje de 69.8% y mujeres un 30.2%, la media de edad para hombres fue de 48.74, sin embargo, el rango es amplio teniendo un mínimo de 18 años y un máximo de 76, para las mujeres la media de edad fue de 47.55 años y el rango para este sexo también fue amplio, con un mínimo de 21 y un máximo de 66, por lo que debido a la amplitud tan grande de los rangos no se encontró significancia estadística.

Se agrupó la edad en quinquenios para poder identificar de esta manera en que rango de edad se encontraba el mayor número de incapacidades retroactivas, los quinquenios también tuvieron una distribución variable, sin embargo, se encontró la mayor concentración de casos en el rango que va de 56-60 años representando el 21% de la muestra total.

Las OOAD que concentran el mayor número de población de los pacientes con incapacidad retroactiva de la UMAE fueron las correspondientes a la OOAD 15 Edo. Mex. Oriente en primer lugar con un 26.54%, en segundo lugar, la OOAD 36 Cd. Mx. Noreste con 17.9% y en tercer lugar, la OOAD 37 Cd. Mx. Suroeste con 20.37%.

Para la variable de Motivo de no solicitud de ITT que fue considerada la variable de mayor relevancia para este estudio, la omisión del paciente fue la problemática mayormente relacionada con las solicitudes de incapacidad retroactiva con 143 casos del total de 162 estudiados.

Sin embargo no basta con englobar la no emisión de un certificado de incapacidad de forma ordinaria en los motivos “Omisión del paciente” u “Omisión del médico”, por lo que se tomó como referencia el Manual de Integración y Funcionamiento de los Comités para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo, en los ámbitos Normativo, Delegacional, de Unidades Médicas de Alta Especialidad y Operativos (COCOITT), del Instituto Mexicano del Seguro Social¹⁹, para clasificar las causas de manera más específica y así poder encontrar las áreas de oportunidad más selectivamente para poder incidir en ellas. Este manual tiene por objetivo desarrollar propuestas de mejora a los procesos médicos de la prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo, a partir del análisis de puntos críticos.

Tomando como base lo establecido por el COCOITT se dividieron las causas de solicitud de incapacidad retroactiva de los 162 casos de estudio en “Causas Médicas”, “Causas no médicas” y “Causas atribuibles al paciente”, de las cuales la mayor concentración de casos se encontró en “Causas atribuibles al paciente” con un 67.9%, y dentro de esas causas se encontró que el principal motivo por el cual es paciente no solicita su incapacidad en tiempo fue “Falta de apego al tratamiento (Omisión del paciente)” en un 38.3% y el “Desconocimiento sobre la realización del trámite” con un 24.1%.

Las causas debidas a la omisión del personal médico se vieron relacionadas principalmente con la “Falta de capacitación y supervisión”.

Los servicios que presentaron el mayor número de solicitudes de incapacidad retroactiva fueron Oncología médica, Sarcomas y Urología, en ese orden, y los diagnósticos con mayor frecuencia fueron tumores gastrointestinales representando un porcentaje 39.5%, seguidos de los tumores de cabeza y cuello, y tumores del aparato reproductor masculino, sin embargo, al realizar las pruebas estadísticas no se encontró significancia para estas variables.

El conocimiento de los servicios que más emiten incapacidades retroactivas nos ayudará a poder incidir de manera prioritaria en ellos, para comenzar a realizar acciones sobre esta problemática.

Se registró además el ECOG de cada caso, encontrándose que el ECOG 2 (pacientes capaces de realizar todas las actividades de autocuidado, pero que no pueden realizar trabajos aunque sean ligeros, y permanecen levantados más del 50% del día) fue el que presentó la mayor frecuencia con un 40.7%, en segundo lugar, ECOG 3 (limitación en las actividades de autocuidado, sintomático y confinado a la vida de cama-sillón más del 50% del día) con 33.3% y en tercer lugar ECOG 1 (limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico y capaz de realizar trabajos ligeros) con 25.3%. Conocer esta información nos puede ayudar a identificar si los pacientes que han excedido los días probables de recuperación según la patología que presentan podrán regresar a laborar con prontitud o si según su estado clínico será probable que sus días de incapacidad se prolonguen, por lo que los pacientes que se encuentran en las escalas de ECOG 2 y 3 podrán ser referidos a los servicios operativos de Medicina del Trabajo para valoración de un probable estado de Invalidez. Según reportan *Martín-Fumado y cols.* el desconocimiento de la actividad laboral del trabajador es el primer problema para la valoración de la incapacidad para laborar que presentan los pacientes, ya que no se analiza que la situación que debe orientarlos a dar una baja o una IT es la imposibilidad del trabajador para desempeñar sus actividades laborales⁸.

Los puestos de trabajo que se encontraron en las solicitudes de incapacidad retroactiva fueron agrupados con el catálogo SINCO, donde el subgrupo en donde se agruparon la mayor cantidad de puestos fue el de “Trabajadores artesanales en la construcción y otros oficios” con 24.1%, en este subgrupo fueron colocados puestos como: plomero, albañil, herrero, ayudante de albañil, ayudante general, soldador y electricista, por lo que podemos deducir que son personas con niveles de escolaridad bajo, por lo que las causas de “Desconocimiento sobre la realización del trámite” podrían estar relacionadas a ese factor, en segundo lugar encontramos el subgrupo “Trabajadores auxiliares en actividades administrativas” con 14.8%, en donde fueron colocados los siguientes puestos: administrativos, auxiliares administrativos, analistas, secretarías, recepcionistas y ayudantes de oficina. De igual forma en segundo lugar se encontró el subgrupo “Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas” con 14.8% en donde se encontraron: agentes de ventas, encargados de logística y compras, vendedores, consultores, asesor de ventas, promotores y demostradores.

Los días de ITT promedio acumulados por solicitud fueron en promedio 85.12, sin embargo, recordando que los valores no presentaron distribución normal, la mediana fue de 55.50 días, el valor mínimo de días acumulados fue de 0 días y el valor máximo fue de 476 días, por lo que en ninguno de los casos analizados se encontró algún paciente que hubiera llegado al término de ley (547 días), sin embargo, se encontró un caso que se encontraba próximo a alcanzarlo. Un total de 8 casos rebasaban los 300 días de ITT, en esos casos hay que considerar el envío a Salud en el Trabajo para valorar trámite de Invalidez.

Para esta variable se realizó T de Student para grupos independientes, siendo la única variable que demostró significancia estadística, tanto en esta prueba como en la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney.

Los días retroactivos solicitados tampoco demostraron normalidad por lo que la mediana fue de 17 días, el valor mínimo fue de 1 día y el máximo de 322, se encontró que se autorizó la emisión

de incapacidades retroactivas de más de 200 días y en las cuales el motivo de no solicitud de ITT en forma ordinaria fueron “Causas atribuibles al paciente” como: desconocimiento sobre la realización del trámite y falta de apego al tratamiento (omisión del paciente), por lo que se debe recordar que las incapacidades representan dinero, y que son acto médico-legal susceptible de auditoría. *Martin-Fumadó y colaboradores* en su artículo de revisión “La incapacidad temporal y sus implicaciones legales” reportan que en España la normatividad obliga a que la fecha de la IT coincida con la fecha de la visita y valoración médica. Sin embargo, en los casos en que el paciente justifique documentalmente cualquier otro período de incapacidad anterior, el médico si lo considera, podrá adoptar la fecha de inicio de la patología incapacitante, en estos casos es de suma importancia que el médico guarde copia de la documentación justificativa atendiendo el elevado número de reclamaciones que esta situación genera⁸. En este sentido podemos decir que España es el único país a nivel internacional que ha reportado el manejo de una incapacidad retroactiva como problemática. Pese a esto, ningún otro país ha estudiado alguna serie de casos en los que se haga un estudio de tipo analítico acerca de la incapacidad retroactiva.

A la revisión de casos para este estudio no se encontró en ninguno de los expedientes que conformaban las solicitudes de incapacidades retroactivas los justificantes médicos de los pacientes que refirieron no haber acudido a su cita médica por haber presentado complicaciones relacionadas con su patología, enfermedades concomitantes o complicaciones relacionadas con el tratamiento. *Fumadó y cols.* refiere que debe recordarse que el documento de baja laboral es un documento médico-legal oficial, resultado de un acto médico y entendiéndose la baja laboral como una prescripción médica, por lo que el responsable de la baja médica (ITT) es el médico que la firma, tratándose de una responsabilidad personal, por lo que ningún médico debería extender o mantener una situación de IT en contra de su criterio⁸. Por lo que el olvido del paciente, su desconocimiento sobre el trámite o alguna otra situación no médica que no justifique la no solicitud de un certificado de ITT de forma ordinaria, no justificará la emisión de un certificado de incapacidad retroactivo.

De igual forma está consignado en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social en su artículo 159 que cuando el asegurado solicite un certificado de incapacidad con efecto retroactivo porque no acudió a recibir atención médica en el Instituto, deberá presentar los estudios clínicos, antecedentes y demás elementos que comprueben su padecimiento y el tratamiento recibido¹¹.

Al analizar los días retroactivos por omisión del paciente se encontró una mediana de 15 días y una media de 32.37 días, y en contraste los días retroactivos por omisión del médico tuvieron valores más elevados, con una mediana de 32 días y una media de 64.16 días, por lo que se acumulan más días retroactivos por causas derivadas de la omisión del médico que del paciente.

La mediana de costos pagados por las incapacidades retroactivas fue de 1615.17 pesos, con un mínimo de 0.0 pesos en las incapacidades de tres días y un máximo de 80 036.16 pesos, lo que representa una suma dinero importante para el Instituto, por lo que se debe incidir en la educación tanto del médico como de los pacientes, recordando que en pacientes el desconocimiento sobre el trámite y la falta de apego al tratamiento (omisión del paciente) fueron las principales causas de no solicitud, y en médicos la falta de supervisión y capacitación fue la principal causa, coincidiendo con lo reportado por *Martín-Fumadó y cols.* quienes han identificado que la aparición de las complicaciones relacionadas con la IT son debidas a una falta de formación específica de los médicos en relación a la IT y su legislación, hasta algunas otras, como el desinterés que durante mucho tiempo se ha tenido al respecto⁸.

Al analizar los costos que representaron la omisión del paciente, se encontró una mediana de 1536.13 y una media de 3981.23, y comparándolos con los costos derivados de la omisión del médico los cuales tuvieron una mediana de 3010.11 pesos y una media de 11395.69, podemos decir que a pesar de que los casos de solicitud de incapacidad retroactiva que fueron consecuencia de la omisión del médico representaron un bajo porcentaje, tienen un mayor impacto en los costos.

Se realizaron pruebas estadísticas para buscar la existencia de asociación entre la variable de motivo de no solicitud y las variables Sexo, Edad, Costos, Días acumulados, Días retroactivos, Servicio, Tipo de causa, Categoría derivada del Tipo de Causa, Diagnóstico y ECOG, de las cuales solo se demostró significancia estadística en los días acumulados.

Limitaciones

El tamaño de la muestra fue insuficiente para encontrar asociaciones estadísticamente significativas, ya que, al solicitar la información en el Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente, la jefa encargada del proceso de “Solicitudes de Incapacidades Retroactivas” nos refirió que había una pérdida importante de muestra debido a cuestiones relacionadas con la existencia de áreas de oportunidad de tipo organizacional y administrativas en el proceso.

Se encontró asociación significativa únicamente para una variable, del total de variables estudiadas.

Fortalezas

Es el único estudio que se ha realizado en su tipo, lo cual puede brindar antecedentes para la realización de investigaciones futuras, además de brindar un panorama de la problemática que representa el mal manejo de la Incapacidad Temporal para el Trabajo.

Utilidad

Este trabajo de investigación servirá para poder intervenir en la realización de proyectos de mejora para intervenir en las áreas de oportunidad encontradas en el proceso de emisión de incapacidades retroactivas, y darle la importancia debida a la emisión de una ITT, como parte de la atención médica y como un acto médico-legal.

13. CONCLUSIONES

El manejo correcto de las Incapacidades Temporales para el Trabajo debe tomar importancia como parte de la práctica clínica diaria de cualquier médico que tenga a su cargo la emisión de un certificado de incapacidad, ya que forma parte del proceso de prescripción médica.

La emisión de una ITT debe tomarse con responsabilidad, ya que es un acto médico-legal, que queda bajo la responsabilidad del médico que la firma, y que en ninguna circunstancia deberá ser emitida sin justificación.

La expedición de una Incapacidad Retroactiva deberá ser sustentada totalmente en un fundamento clínico que le haya impedido al paciente acudir a su consulta para emisión del certificado de incapacidad de forma ordinaria. El fundamento clínico no deberá basarse en un dicho del paciente, ya que toda vez que el paciente presente complicaciones del padecimiento actual o complicaciones atribuibles al tratamiento, deberá acudir a atención médica de urgencias a la unidad que le corresponda, o acudir al servicio médico facultativo que sea de preferencia o factibilidad del paciente al momento de la urgencia, por tal motivo se deberá presentar de manera estricta una nota o justificante médico que avale la inasistencia a su consulta debido a complicaciones médicas, dicha documentación es fundamental para integrar junto con la "Solicitud de Incapacidad Retroactiva" al expediente clínico del paciente, ya que la emisión de una Incapacidad Temporal para el Trabajo al ser un acto médico-legal, y representar recursos económicos es un proceso que puede ser auditable dentro del Instituto.

14. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo observado en este estudio se proponen recomendaciones, para actuar en las áreas de oportunidad de mejora sobre el manejo de Incapacidad Temporal Retroactiva:

→ **Educar y orientar al paciente respecto al proceso de solicitudes de incapacidades.**

Si bien sabemos que la saturación de los servicios impide alargar los tiempos de consulta se puede gestionar la orientación sobre la ITT al derechohabiente a través del personal que pertenece al área de trabajo social, en especial al Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente, por lo que el médico en su consulta deberá ser el responsable de preguntar a cada paciente derechohabiente si es que labora y si requiere de la emisión de un certificado de incapacidad, de ser así y en dado caso de que sea la primera vez que realice el trámite, el médico tratante deberá enviar al paciente a TAOD para que se le oriente sobre el proceso. Cabe recordar que será únicamente el médico tratante el responsable de la emisión del certificado de incapacidad.

→ **Capacitar al personal que brindará información al derechohabiente.**

Un médico experto en la gestión de Incapacidad Temporal para el Trabajo deberá brindar capacitación al personal perteneciente al área de TAOD, para que puedan brindar la información correcta a cada trabajador.

La información debe ser clara y precisa, aclarando que el único motivo de expedición de incapacidad retroactiva será alguna complicación médica atendida en alguna otra unidad del Instituto o de manera particular, siempre y cuando presente sus justificantes médicos. Se debe aclarar que no será motivo de solicitud de incapacidad retroactiva el desconocimiento del paciente sobre la realización del trámite, ni la omisión (olvido por parte del paciente de solicitar su ITT), por lo que se sugiere brindar por escrito esta información al derechohabiente para que la tenga presente. Así mismo se debe indicar al paciente que en cada consulta deberá llevar su identificación oficial y la razón social de su empresa para poder emitir el certificado de incapacidad.

→ **Capacitación al personal médico de cada servicio de la UMAE sobre la adecuada gestión y manejo de la ITT**

Un médico experto en la gestión de Incapacidad Temporal para el Trabajo deberá brindar capacitación al personal médico sobre las implicaciones médico-legales y la prescripción de una ITT como acto médico, así mismo se deberá brindar capacitación al Comité encargado de la revisión de los casos de solicitud de incapacidad retroactiva, haciendo énfasis en que cada caso de solicitud de ITT retroactiva deberá ser revisado minuciosamente, y el derechohabiente deberá presentar los justificantes médicos y la información necesaria que hagan valer esta solicitud, tal como lo estipula el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

Se deberá recalcar que las incapacidades retroactivas no estarán a cargo de los médicos familiares de las Unidades de Medicina Familiar, en tanto el paciente se encuentre a cargo y en manejo médico por parte de la UMAE, ya que lo que le aqueja al paciente es una patología

oncológica y por tanto como responsables del manejo integral del paciente y ello implica la prescripción de la incapacidad por parte del servicio tratante.

Se deberán hacer acuerdos sobre quien será el servicio responsable de la emisión de la ITT si es que el paciente está siendo tratado por dos servicios de la UMAE simultáneamente.

→ **Estrategias administrativas**

Deberá darse prioridad a los trabajadores para la agenda de citas, esto quiere decir que se deberá de agendar estrictamente la consulta del trabajador el día posterior al último día cubierto por su último certificado de incapacidad, esto con la finalidad de no generar días retroactivos. De no ser posible se deberá buscar la forma de generar espacios para emitir en forma cada certificado de ITT.

Conservar en el expediente una copia de la Solicitud de Incapacidad Retroactiva, notas médicas o justificantes médicos que sustenten el otorgamiento de una ITT retroactiva, así como la copia del certificado de incapacidad emitido del periodo retroactivo otorgado, y en el área de TAOD mantener archivados los expedientes de solicitudes retroactivas al menos durante cinco años, tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Cerquetti N, Ibáñez F, Quiroga J, Funes M (dir). Análisis Integral del Sistema de Seguridad Social en Argentina. [Trabajo de Investigación]. [Argentina]: Universidad Nacional de Cuyo, 2016. [Citado 14 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8056/cerquetti-n.-ibez-f.-quiroya-j.-2016.pdf
2. Ley del Seguro Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 07.11.2019.
3. Teutli Otero, G., 2015. *El artículo 133 y la jerarquía jurídica en México*. Archivos.juridicas.unam.mx. [Citado el 11 de febrero de 2021] Recuperado a partir de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4056/11.pdf>
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, última reforma 24.12.2020
5. Heymann J, Rho H, Schmitt J, Earle A. Contagion Nation: A Comparison of Paid Sick Day Policies in 22 Countries. Center for Economic and Policy Research. Washington D.C. May 2009.
6. Rodríguez S. El control de la incapacidad temporal: Su incidencia sobre la contención del gasto público y el aumento de la productividad empresarial. TEMAS LABORALES núm. 118/2013. Págs. 113-151.
7. Sánchez L. Datos epidemiológicos en incapacidad temporal en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Medicina y Seguridad del Trabajo 2016; Suplemento extraordinario: 31-34.
8. Martin-Fumadó C, Martí G, Puig L, Arimany-Manso J. La incapacidad temporal y sus implicaciones legales. Medicina Clínica. 2014; 142(Supl 2):37-42.
9. Duque Quintero S, Quintero Quintero M, González Sánchez P. El pago de incapacidades por enfermedad común y el derecho al mínimo vital de un trabajador en Colombia. Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. 2017; 47(127):383-405.
10. Subsidios por incapacidad laboral de origen común [Internet]. SUSESO: Atención de usuarios. 2019 [citado 23 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-568.html#presentacion>.
11. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre del 2006.
12. Echevarría-Zuno, Santiago, Mar-Obeso, Álvaro Julián, Borja-Aburto, Víctor Hugo, Méndez-Bueno, Francisco Javier, Aguilar-Sánchez, Leticia, Rascón-Pacheco, Ramón Alberto, La incapacidad temporal para el trabajo desde la perspectiva médica. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2009; 47(5):565-574. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745516017>
13. Ley Federal del Trabajo. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1º de abril de 1970, última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 02.07.2019.

14. Pérez M, López-Torres J, López M. Características sociosanitarias de los pacientes en incapacidad temporal en el área sanitaria de Albacete. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2015; 61 (238) 45-56.
15. El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2019-2020 [citado 11 febrero 2021] Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx>
16. De Santillana-Hernández SP et al. Diagnóstico situacional de la atención oncológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55 Supl 3: S222-330.
17. El cáncer y el mundo laboral: baja, certificado de incapacidad... [Internet]. Fundación Josep Carreras contra la Leucemia. 2019 [citado 23 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.fcarreras.org/es/asuntoslegales>.
18. Gorelli J. El problemático control de la incapacidad temporal en el régimen general. *TEMAS LABORALES* núm 136/2017. Págs. 13-48.
19. Manual de Integración y Funcionamiento de los Comités para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo, en los ámbitos Normativo, Delegacional, de Unidades Médicas de Alta Especialidad y Operativos (COCOITT), Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.

