

**LA CERTIFICACION DE INCAPACIDADES EN EL IMSS, LA PROBLEMÁTICA DESDE LA
PERSPECTIVA DEL MEDICO**

Rosbel Toledo Ortiz, MD⁽¹⁾, Víctor Hugo Borja Aburto, PhD⁽²⁾, Hortensia Reyes Morales, PhD⁽³⁾

1. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Cardiología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. DF, México.

2. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias. Instituto Mexicano del Seguro Social. DF, México.

3. Determinantes y Retos de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

Solicitud de sobretiros. Dr. Víctor Hugo Borja Aburto. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias. Mier y Pesado No. 120. Col. Del Valle. 03100 Benito Juárez, México, DF. Correo electrónico: victor.borja@imss.gob.mx

Resumen

La prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo (ITT) tiene implicaciones en la dinámica de la consulta médica, en el trabajador, las empresas y la seguridad social; diversos factores influyen en su expedición pudiendo resultar un proceso “problemático”.

Objetivo. Describir la percepción de problemática y los principales factores relacionados con la prescripción de la ITT en médicos del primer nivel de atención del IMSS. **Metodología.** Se aplicó a médicos de dos Unidades de Medicina Familiar un cuestionario basado en la literatura, agrupando situaciones posiblemente problemáticas en Dimensiones de abordaje. **Resultados.** Se incluyeron 107 médicos, 62% mujeres. Hasta 30.6% reportaron frecuentemente *encontrar problemático expedir ITTs*. *Encontrar problemática la expedición de ITT* se asoció con una *alta tasa de expedición de ITT* con una Razón de Momios (RM) de 3.9 e Intervalo de Confianza al 95% (IC95%) de 1.4-11; y con haber *manifestado queja* (RM 2.8, IC95% 1.04-8). Los que *no conocen el Medical Dissability Advisor (MDA)* consideraron más frecuentemente problemático *manejar ITTs por EG* (RM:3.2 IC95%: 0.7-16.2) y refirieron más frecuentemente problemático *valorar la capacidad física para el trabajo* (RM: 2.8, IC95%: 0.8-10.9). La dimensión general mostró mayor problemática (30%). En el modelo de regresión logística se encontró el llenado de los formatos de ITT (RM: 29.6, IC95%: 4.19-209), y *manejar ITTs por EG* (RM: 29.22, IC95% 2.78-306.4). **Discusión.** Se describe un primer acercamiento a la perspectiva médica de expedición de ITTs en el IMSS. No existe un punto de referencia previo, sin embargo, al ser un proceso cotidiano se esperaría un menor reporte. Es necesario establecer estrategias que eviten el diferimiento de interconsultas para disminuir días adicionales no justificados de ITT. **Palabras clave.** Ausencia por enfermedad,

seguridad social, seguro por discapacidad, certificación de incapacidad, perspectiva médica, México.

Abstract

The sick listing practice is a medical act with several consequences among the medical practice, the worker, the enterprises and the institution. Several issues affects the medical decision to prescribe sick leave such as the legislation, the health system characteristics, the workplace, social aspects, patients' characteristics and the own medical factors. The interaction between these increases the complexity on the medical decision turning this process "problematic". At IMSS it hasn't been assessed the medical group point of view among the circumstances and situations that affect the sick listing process. **Aim.** The aim of this article is to describe the perception of problematic situations and the principal problems related to medical sick listing from the perspective of the primary care physicians who sick list at IMSS. **Methods.** A comprehensive questionnaire based on literature and experts consensus was developed considering the reported of situations or scenario considered problematic. It was conformed in approach dimensions (general, performance, organizational, and access and resources). It was applied to primary care physicians of two Medical Units at Mexico City. It was analyzed through the reported medical characteristics. Continuous variables were summarized in media, standard deviation and range. Statistical tests such as T test, Chi square and Fisher exact test were performed as needed. **Results.** One hundred seven physicians were included, high proportion of women (62%). Over 22 physicians (30.6%) reported to find frequently problematic sick listing. An association between *finding sick listing problematic* and *high rate of sick listing* OR: 3.9 (CI95%: 1.4-11) and with *making complaints*, OR: 2.8 (CI95%: 1.04-8). Physicians who *do not know the MDA*

considered *problematic more frequently* deal with *General sickness sick listing* (OR:3.2 CI95%: 0.7-16.2) and referred *more frequently problematic* to *assess the physical capacity to work* (OR: 2.8, CI95%: 0.8-10.9). General Dimension showed more problematic (30%) without finding any statistical difference among the other dimensions. On the logistic regression model the *fulfilled of the sick listing certificates* highly explained the problematic (OR: 29.6, CI95%: 4.19-209), followed by dealing with *General sickness sick listing* (OR: 29.22, IC95% 2.78-306.4). **Discussion.** This is the first paper which describes a first approach to the perspective of the physicians among sick listing practice and at the interior of its administration system. The is not a point of reference to consider the problematic perception magnitude by the physicians, which could seem low on a first view, but that, being a day-to-day medical practice process, it should not be so high. *Knowing and using the Workplace guidelines for disability duration (MDA)* showed a minor perception of problems among different circumstances, therefore it is important to qualify and disseminate them among the physicians. It is necessary to establish strategies that help avoiding the extension of medical consultation and complementary studies, in order to decrease additional sick listing days for non medical causes. **Conclusions.** There are factors that influence the perception of sick listing practice as a problematic process. The control on its prescription is important to the Institute; considering the main actor perspective on its prescription is important to establish a strategy that increases the usage of this resource efficiency.

Key words. Sick leave, social security, insurance, disability, sickness certification, medical perspective, Mexico.

Introducción.

La seguridad social amortigua el impacto de la enfermedad mediante la expedición de la incapacidad temporal para el trabajo (ITT)¹ que brinda justificación ante el ausentismo laboral, así como protección financiera al trabajador². Su expedición debe buscar por un lado la protección del paciente para optimizar su recuperación, y por otro lado contener el gasto evitando problemas de ineficiencia, falta de racionalidad y situaciones injustas. La prescripción de la ITT es un acto médico con importantes consecuencias en la dinámica de la consulta del médico, para el trabajador, las empresas y la institución.^{3,4,5} El ausentismo asociado a enfermedad genera grandes gastos para la comunidad; durante 2010, los trabajadores afiliados al IMSS se ausentaron 57'173,733 días por incapacidades médicas, el costo de los subsidios fue de 9,551.1 millones de pesos. Aunque en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han implementado sistemas de control en la expedición de ITT buscando garantizar un manejo responsable y que esta prestación sea sostenible a largo plazo,³ el número de días expedidos de ITT continúa incrementándose.⁶ Los médicos tienen el deber de emitir un diagnóstico de enfermedad o contactar a otros especialistas para complementación diagnóstica y tratamiento médico especializado, determinar si la patología limita la función del paciente y en qué grado, evaluar la capacidad física para el trabajo del paciente, lo que le permite determinar la necesidad y duración de la ITT.⁷ Básicamente el tiempo de ITT depende de la eficiencia en la atención médica, de factores relacionados con el trabajador y del ambiente de trabajo;^{8,9} ya en otros reportes se han señalado las causas de demora de retorno al trabajo.³ Una gran cantidad de factores determinan la decisión del médico en la prescripción de ITT, tales como las características del sistema de salud, aspectos sociales¹⁰ de los pacientes^{11,12} y de los mismos médicos. La interacción de estos

factores incrementa la complejidad en la decisión del médico por lo que este proceso puede resultar “problemático”. La mayor parte de los días de incapacidad se prescriben en unidades de medicina familiar (56.2%), por lo que como primera aproximación el propósito del presente escrito es describir la percepción de problemática y los principales problemas relacionados con la prescripción médica de las ITT desde la perspectiva de los médicos que la expiden en el primer nivel de atención del IMSS.

Material y Métodos.

Se seleccionaron dos Unidades de Medicina Familiar del sur de la Ciudad de México por conveniencia geográfica, en las cuales se invitó a participar a los médicos relacionados con el proceso de expedición de incapacidad explicando el propósito del estudio. Posterior a la obtención del consentimiento informado se les entregaron los cuestionarios en sobres cerrados para su autoaplicación. Se diseñó un cuestionario basado en la literatura y por consenso de expertos que contempló las características de los médicos tales como sexo, edad, estado civil, grado académico; características laborales como antigüedad, tasas de consulta; características de expedición de incapacidades, tasa de expedición, percepción de problemática, percepción de presión en el trabajo, etc. El cuestionario planteó escenarios o situaciones relativas a la práctica; las escalas de respuestas fueron de tipo *si y no*, y algunas se establecieron en base a escenarios clínicos por orden de frecuencia (muy frecuentemente, frecuentemente, casi nunca, nunca), por grado de problemática (muy problemático, problemático, poco problemático, nada problemático), por estar o no de acuerdo con ciertas aseveraciones (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo).

Las situaciones o escenarios reportados como problemáticos se agruparon en Dimensiones de abordaje, mismas que se describen a continuación.^{2,13,14,15,16 17,18,19,20}

1.- Dimensión General: tasa referida de consultas diarias, tasa referida de expedición de incapacidades, concebir la expedición de ITT como un proceso problemático, que incrementa la carga de trabajo, manejo frecuente de ITTs prolongadas, manejo de pacientes que desean incapacidad por alguna razón independiente a su enfermedad, discrepancias de opinión con los pacientes, presión por parte del paciente, preocupación por afectar la relación médico paciente, preocupación por el control presupuestal de la institución, la influencia de las características del paciente (sexo, tipo de trabajo, edad, petición, familiaridad y conocimiento del caso), manejo de estrategias de resolución de conflictos (referencia al Servicio de Salud en el Trabajo), máximos días permitidos por autoridades, y uso de guías de duración de incapacidad como el MDA.

2.- Dimensión de Desempeño (Si bien no se evaluó el desempeño de los médicos se consideraron las siguientes variables en esta dimensión debido a su relación con el desarrollo técnico de sus habilidades): habilidad técnica referida para evaluar la capacidad funcional del paciente, determinar la validez de la historia del paciente, conocer las actividades del puesto de trabajo para relacionar la capacidad física con la capacidad para el trabajo, determinar la duración óptima y grado de incapacidad, sugerir plan de acción durante el periodo de incapacidad como rehabilitación, evaluar al paciente ante el tiempo limitado de consulta, decidir cuándo extender el periodo en una incapacidad subsecuente, llenado del certificado, contar con disponibilidad de certificados en papel o electrónicos, diferir en opinión en cuanto a la necesidad de ITT en relación a otro médico, conocer la

normatividad legal-institucional relacionada con las incapacidades, manejar el papel de protección al paciente y protector de la institución, manejo de situaciones de opiniones diferentes al paciente, discutir con pacientes las ventajas y desventajas de la incapacidad.

3.-Dimensión de Recursos y Acceso: tiempos de espera para a) el diagnóstico (estudios complementarios o interconsultas), b) el tratamiento (tiempos para cirugías, interconsultas), acceso a servicios específicos en otras unidades.

4.- Dimensión Organizacional: recibir apoyo administrativo, capacitación en prescripción y duración de ITT en Cursos de Educación Médica Continua (EMC), sistema de reportes de problemas frecuentes, estrategias de resolución de conflictos en la prescripción, alta carga de trabajo, etc. Las escalas de respuestas de las variables fueron categorizadas de forma dicotómica (*frecuentemente/casi nunca; problemático/no problemático; y de acuerdo/en desacuerdo*). Para evaluar el objetivo principal se dicotomizó el *Encontrar problemático el proceso de expedición de incapacidad* en *Problemático* y *No problemático*. Se evaluó su comportamiento por el *sexo del médico*, su *antigüedad* (considerando como punto de corte la media estadística en 12 años por la media estadística del grupo estudiado), su *edad* (considerando como punto de corte la media estadística del grupo en 42 años), la *tasa de más de 10 ITTs por cada 100 consultas*, el haber *manifestado alguna queja* en la pregunta abierta del instrumento y el *conocer o no conocer el Medical Disability Advisor (MDA)*. El MDA, adoptado por el IMSS al cual tienen acceso todos sus médicos tratantes,^{3,21} clasifica los diagnósticos de acuerdo a la carga física de las ocupaciones (trabajo de mínimo esfuerzo, esfuerzo medio, alto, máximo esfuerzo y otras profesiones), brindando periodos mínimos, óptimos y máximos en la duración de la incapacidad por diagnóstico específico.

Se evaluó la asociación entre *encontrar problemático el proceso de expedición de ITT* con distintos escenarios clínicos reportados en la literatura como problemáticos que incluyeron: la expedición de ITT por Enfermedad General (EG), por Riesgo de Trabajo (RT) o Maternidad (Mat), así como la valoración de la capacidad física del paciente, confiar en la veracidad del paciente, etc; el resto de situaciones consideradas pueden observarse en los Cuadros III y V.

Se evaluó un modelo multivariado de regresión logística considerando como variable dependiente *Encontrar problemático el proceso de expedición de incapacidad*, incluyendo todas las circunstancias posiblemente problemáticas en la expedición de ITT.

El cuestionario incluyó una sección abierta para el reporte cualitativo de alguna problemática particular o manifestación de queja.

Las variables continuas fueron resumidas en media y desviación estándar, mismas que fueron comparadas entre los grupos mediante la prueba T de Student para muestras independientes cuando se demostró normalidad. Las variables categóricas se compararon usando la prueba de Chi² y prueba exacta de Fisher cuando existieron menos de cinco valores por casilla.

La mención de problemática o quejas reportadas de forma cualitativa fueron agrupadas por frecuencia de aparición en base a las dimensiones de abordaje descritas, realizando un análisis crudo de proporciones en relación a la Dimensión General. Todos los análisis consideraron significancia estadística con valores de P menores a 0.05.

Tanto el formato de consentimiento como el cuestionario fue autorizado por los Comités de Ética de la Comisión Nacional de Investigación Científica de la Coordinación de Investigación en Salud, y del Instituto Nacional de Salud Pública.

Resultados.

Se eligieron 120 médicos, de los cuales 10 no aceptaron participar, y 3 se eliminaron por no completar el 80% de los reactivos del instrumento, por lo que se consideraron los cuestionarios de 107 médicos. En el Cuadro I pueden observarse las características de los médicos participantes y las características de su Unidad de salud. Se contó con una mayor proporción de mujeres con 62 (62%); 76 refirieron tener especialidad (75.2%), 50 (58.14%) tenían menos de 12 años de antigüedad y el 54 (56.84%) menos de 42 años de edad. Solo 55 médicos (59.78%) refirieron conocer el MDA, siendo utilizado por 45 de ellos (81.8%) (Cuadro I). Al interrogar sobre *percibir problemático* el proceso de expedición de ITT 4 (3.74%) lo consideraron un problema *muy frecuente* y 29 (27.1%) un problema *frecuente*. El resto de situaciones pueden observarse en el Cuadro II.

Para la sección abierta del cuestionario que incluía la pregunta: *En general, en caso de considerar la expedición de incapacidad como un Proceso "problemático", desde su punto de vista explique ¿por qué?*; del total de participantes 64 (68.48%) mencionaron en su conjunto 33 tipos de problemas principales o quejas. En algunos casos fueron repetidos por otros médicos identificando 113 menciones de problemas los cuales fueron integrados en las dimensiones propuestas por este estudio. Si bien la dimensión general mostró mayor problemática (30%) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de presentación con el resto de las dimensiones. (Cuadro III). Los problemas más frecuentemente reportados se relacionaron con el diferimiento de citas en los otros niveles de atención, la expedición de retroactividad, la simulación del paciente y la falta de comunicación con los médicos de niveles superiores de atención para la continuidad de la expedición de incapacidad o pronóstico del padecimiento. (Cuadro IV).

En el análisis crudo de variables se interrogó sobre su perspectiva en la expedición de ITT (Cuadro V) donde una gran proporción de médicos estuvo *totalmente de acuerdo y de acuerdo* con expedir en base al *tipo de trabajo* con 40 (38.83%) y 38 (36.9%) respectivamente; asimismo se encontró una gran proporción de médicos que están *totalmente de acuerdo y de acuerdo* en la expedición en base a la *capacidad para trabajar del paciente* 47 (45.19%) y 39 (37.5%). Un alto porcentaje estuvo *en desacuerdo y totalmente en desacuerdo* con el hecho de que una *ITT de 7 días pudiera considerarse prolongada* con 35 (34.31%) y 38 (37.25%) respectivamente.

El Cuadro III muestra la Percepción de problemática en distintas situaciones; manejar ITTs por Enfermedad general fue *muy problemático y problemático* para 13 sujetos (12.62%), aumentando la proporción para el manejo de ITTs por *Riesgo de Trabajo* hasta 40 (38.83%) y para *maternidad* con 16 (15.53%). Un gran porcentaje reportó como *muy problemático y problemático* el *tiempo de espera por estudios de laboratorio y gabinete*, así como los *tiempos de interconsultas terapéuticas* con 44 (43.14%) y 38 (37.25%) para el primero y 60 (60%) y 28 (28%) para el último respectivamente (Cuadro III).

Al revisar la *práctica de la expedición de ITTs*, se encontró que 52 médicos (65.8%) expide la ITT de acuerdo a *su experiencia*, y 69 (70.4%) considera que *las ITTs prolongadas también son su responsabilidad* (Cuadro II). La asociación entre *Encontrar problemático el proceso de expedición de incapacidad* con las variables *sexo del médico, antigüedad, edad, el conocer o no conocer el MDA, la tasa de más de 10 ITTs por cada 100 consultas*, puede verse en el Cuadro VIII. En el análisis bivariado se encontró asociación entre *encontrar problemática la expedición de ITT* con una *alta tasa de expedición de ITT* RM de 3.9 (IC95%: 1.4-11) y con el haber *manifestado queja* con un RM de 2.8 (IC95%: 1.04-8). Los médicos que *no conocen el*

MDA consideraron más frecuentemente problemático *manejar ITTs por EG* (RM:3.2 IC95%: 0.7-16.2), los médicos que *manifestaron queja* consideraron más frecuentemente problemático *manejar ITTs por RT* (RM: 2.4, IC95%: 0.95-6.2), los médicos que *no conocen el MDA*, y los de *mayores tasas de ITT* refirieron más frecuentemente problemático *valorar la capacidad física para el trabajo* (RM: 2.8, IC95%: 0.8-10.9 y RM: 4.34, IC95%: 1-18.5). Los médicos con *mayor antigüedad* se asociaron con mayor problemática en confiar en la *veracidad del paciente* y con el *poco tiempo para la consulta* (RM: 2.28, IC95%:0.8-6.14 y RM: 2.6, IC95%: 0.9-7.4). Los médicos con *menor antigüedad* consideraron más frecuentemente la problemática de *extender el periodo de incapacidad* (RM: 2.5, IC95%: 0.8-8.9) y el que *otro médico en otro nivel de atención indique periodos diferentes al suyo* (RM: 3, IC95%: 1.1-8.2) (Cuadro III).

En el modelo de regresión logística, el llenado de los formatos de ITT explicó importantemente la problemática (RM: 29.6, IC95%: 4.19-209), seguido de *manejar ITTs por EG* mostró una mayor asociación con la presentación de problemática (RM: 29.22, IC95% 2.78-306.4), *manejar ITT por RT, maternidad y que las condiciones de trabajo produzcan presiones* fueron contemplados en el modelo; tener una buena comunicación con el paciente mostró una RM de 0.015 (IC95%: 0.00-0.4) como puede verse en el Cuadro VI. El modelo obtuvo una sensibilidad del 56.6% y una especificidad del 94%, con un área bajo la curva de 0.88; sin embargo se observa una gran amplitud en los intervalos de confianza, lo cual puede deberse al tamaño de la muestra. Finalmente los médicos brindaron sugerencias para la disminución de dicha problemática, que fueron desde 1) la gestión, manejo y subsecuencia de la ITT por parte de los Servicios de Salud en el Trabajo en el caso de Riesgos de Trabajo y de Enfermedades Generales con ITT prolongada; 2) la valoración completa por

la unidad donde se expide y se prolonga la ITT; 3) la priorización de interconsultas a trabajadores incapacitados en segundo y tercer nivel de atención para evitar el diferimiento, entre otras.

Discusión.

Hasta 30.6% de los médicos estudiados reportaron frecuentemente encontrar problemático expedir ITTs. Dado que no hay un punto de referencia previo en nuestro medio, es difícil evaluar la magnitud de esta cifra, que podría parecer baja de primera instancia y que, sin embargo, al tratarse de un proceso de la práctica médica cotidiana no debería ser tan alta.

Siendo las prácticas de expedición de incapacidad la forma en la que los médicos desempeñan sus deberes de expedición de incapacidades, estas se encuentran determinadas por un Complejo Sistema de Factores que afectan la toma de decisiones sobre expedir incapacidad y la duración de la misma.^{22,23} Esta toma de decisiones parte entonces de una cierta incertidumbre, asociada al hecho de que varios pacientes reclaman enfermedades sin o con pocos hallazgos objetivos, el grado de incapacidad para el trabajo puede ser difícil de evaluar, los médicos pueden no conocer las demandas laborales de los pacientes, o tienen conocimiento insuficiente sobre la legislación en seguridad social, o se malentienden los efectos de la incapacidad y el pronóstico de la enfermedad.^{24, 25}

Si bien pocos países han estudiado la problemática de este proceso, este es el primer estudio que describe un primer acercamiento hacia la perspectiva de los médicos del IMSS hacia la expedición de ITTs y al interior de su sistema de gestión. Dentro de los principales problemas reportados por los médicos se encuentran que el paciente solicita la ITT antes de que incluso sea mencionada por el médico, además de presionar por la misma. Aunque en otros estudios realizados en los países escandinavos el género del médico hubo demostrado

diferencias entre sí^{26,27,28,29} en nuestro estudio no pareció ser una variable muy importante, ya que los hombres mostraron mayor problemática en el manejo del *block de incapacidades* y las mujeres en los *tiempos de espera para estudios*, siendo similares para el resto de circunstancias planteadas. Una gran proporción de médicos consideró que el tiempo de espera por estudios de laboratorio o gabinete, así como las interconsultas fueron problemas relevantes por lo que es importante proponer alternativas que disminuyan la expedición de ITT por causas no médicas como el diferimiento de citas; a este respecto, ciertas sugerencias de los mismos médicos fueron encaminadas a la priorización de interconsultas a trabajadores incapacitados. Los médicos que conocen el MDA mostraron menor percepción de problemas en diferentes circunstancias por lo que es importante capacitar y difundirlas entre ellos.

Los médicos refirieron de forma cualitativa una serie de problemas que fueron catalogados en las dimensiones propuestas por la revisión de la literatura, encontrando principalmente problemas de tipo general, seguidos del organizacional, de desempeño y de recursos y acceso. En este último se comentó el importante diferimiento de interconsultas y estudios complementarios como causas no médicas de expedición, donde deberían establecerse estrategias a fin de disminuir días adicionales de ITT por estas causas. Adicionalmente en la Dimensión organizacional se plantea como principal problema la expedición de retroactividad, teniendo el trabajador una carga importante de responsabilidad en la generación de esta situación, sin embargo una explicación breve y a la vez suficiente al mismo podría disminuir la no asistencia oportuna del trabajador por su ITT y evitaría que asistiera con la documentación necesaria incompleta. Cierta información con la que no cuenta el paciente puede ser obtenida de los sistemas electrónicos institucionales por lo que

podrían plantearse estrategias administrativas adicionales que faciliten su obtención y llenado del certificado de incapacidad. Explicar al paciente los riesgos de estar incapacitado podría modificar su intención en la solicitud de este recurso y pudiera mejorar la relación médico-paciente, problema frecuentemente encontrado en la Dimensión General.

Si bien el Instituto se encuentra organizado en diferentes niveles, la ITT puede expedirse y continuarse en cualquiera de estos, siendo necesarios altos niveles de comunicación y vinculación de los diferentes niveles de atención, donde se brinde información suficiente a los siguientes niveles siendo muy explícitos en el tratamiento subsecuente, pronóstico e indicación o sugerencia de alta a laborar. En casos de mal pronóstico o incapacidad prolongada se debe generar la sugerencia de envío a Salud en el Trabajo para evaluar la necesidad de Dictamen de Invalidez o de Incapacidad permanente parcial de acuerdo al ramo de aseguramiento. La incapacidad es aceptada como una medida legítima de control y les brinda a los médicos el papel central de “guardianes” del sistema de seguridad social. La necesidad de proteger el sistema es frecuentemente subrayada con tres tipos de argumentos: i. la necesidad de asegurar que los pacientes reciben una atención apropiada, ii. la necesidad de control presupuestal, y iii. la necesidad de justicia distributiva de los beneficios.³⁰ Este estudio se realizó en médicos familiares, sin embargo es importante conocer la perspectiva de expedición de los otros niveles de atención y otras especialidades médicas en la misma institución.

Conclusiones. Los médicos experimentan una variedad de problemas con la expedición de incapacidades que deben abordarse individualmente para su mejor comprensión. Ante un proceso tan complejo como la expedición de incapacidad temporal para el trabajo, es importante considerar la problemática y las sugerencias de los médicos, así como favorecer

la constante capacitación en dicho proceso con la importancia que se merece. Crear conciencia en el médico tratante que la expedición de ITT forma parte de una buena práctica clínica favorecerá el control en el uso de este recurso para el mantenimiento de un sistema que funcione con efectividad, equidad y justicia ante los limitados recursos de la institución.

Limitaciones. Las limitaciones del estudio, estuvieron relacionadas con el tamaño de la muestra, por lo que este estudio no puede ser considerado representativo de toda la población médica del IMSS del primer nivel de atención. Esta fue la primera vez en la que fue usado este instrumento, excepto en el pequeño estudio piloto.

CUADROS

Cuadro I.		
CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICOS ENCUESTADOS Y DE LA ORGANIZACIÓN DE SALUD		
<i>Sexo (n=100)</i>	n	%
Mujer	62	62
Hombre	38	38
<i>Estado civil (n=93)</i>		
Soltero	34	36.56
Casado	48	51.51
Divorciado	4	4.3
Unión libre	7	7.53
<i>Grado académico (n=101)</i>		
Licenciatura	18	17.84
Especialidad	76	75.25
Subespecialidad	2	1.98
Maestría	5	4.95
<i>Antigüedad (n=86)</i>		
≤12 AÑOS	50	58.14
>12AÑOS	36	41.86
<i>Edad (n=95)</i>		
≤42 AÑOS	54	56.84
>42 AÑOS	41	43.16
<i>Medical Dissability Advisor* (n=92)</i>		
Conoce	55	59.78
No conoce	37	40.22
<i>Utiliza MDA (n=54)</i>		
Si	45	81.8
No	10	18.2
<i>Se percibe presión en el trabajo (n=106)</i>	65	61.32
<i>Se percibe baja carga de trabajo (n=104)</i>	5	4.81
<i>Se imparten cursos de EMC (n=101)</i>	47	45.63
<i>Se toman cursos de EMC (n=95)</i>	60	63.16

*Consejero Médico de Incapacidades, EMC: Educación médica continua

Cuadro II
CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA DE EXPEDICION

USTED...		SI	NO
Decide duración de ITT por experiencia	79	52 (65.82)	27 (34.18)
Decide la duración de la ITT por MDA	55	52 (94.5)	3 (5.5)
Decide la duración de ITT por otros procedimientos administrativos	52	14 (26.92)	38 (73.08)
Para solucionar dudas se apoya de Salud en el Trabajo	93	59 (63.44)	34 (36.56)
Se apoya de otros colegas	88	50 (56.82)	38 (43.18)
Se apoya de los Comités de incapacidades	81	20 (24.69)	61 (75.31)
Conoce las actividades de los puestos de trabajo	97	69 (71.13)	28 (28.87)
Conoce los requerimientos físicos de los puestos de trabajo	99	53 (83.54)	46 (46.46)
Recibió capacitación para expedir incapacidades	100	33 (33.00)	67 (67.0)
Piensa que los trabajadores IMSS demandan más ITT	83	44 (53.01)	39 (46.99)
Considera que las ITTs prolongadas también son su responsabilidad	98	69 (70.41)	29 (29.59)
ITT: Incapacidad temporal para el trabajo			

Cuadro III.

PERCEPCION DE LA PRÁCTICA DE EXPEDICION DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO POR LOS MEDICOS EVALUADOS

¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE...?	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
		Muy Frecuentemente	Frecuentemente	Casi Nunca	Nunca
Encuentra problemático expedir ITT	107	4 (3.74)	29 (27.10)	53 (49.53)	21 (19.63)
La expedición de ITTs incrementan su carga de trabajo	107	14 (13.08)	45 (42.06)	28 (26.17)	20 (18.69)
Atiende ITT prolongada	102	6 (5.88)	34 (33.33)	56 (54.90)	6 (5.8)
El paciente le solicita la ITT antes que usted lo mencione	107	6 (5.61)	62 (57.94)	32 (29.91)	7 (6.54)
El paciente pide la ITT por razones ajenas a su enfermedad	106	12 (11.32)	27 (25.47)	40 (37.74)	27 (25.47)
Siente que la no expedición de ITT afecte la relación MP	106	4 (3.77)	22 (20.75)	38 (35.85)	42 (39.62)
Duda sobre expedir ITT	107	1 (0.93)	6 (5.61)	49 (45.79)	51 (47.66)
El paciente presiona por su ITT	106	16 (15.09)	44 (41.51)	34 (32.08)	12 (11.32)
Le preocupan las repercusiones legales	105	17 (16.19)	31 (29.52)	37 (35.24)	20 (19.05)
LAS ITTS DEBEN DARSE DEPENDIENDO DE...	n	Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente En Desacuerdo
El Sexo del paciente	103	4 (3.88)	4 (3.88)	24 (23.30)	71 (68.93)
Su tipo de trabajo	103	40 (38.83)	38 (36.89)	13 (12.62)	12 (11.65)
La relación médico-paciente	101	5 (4.95)	9 (8.91)	31 (30.69)	56 (55.45)
La capacidad para trabajar del paciente	104	47 (45.19)	39 (37.50)	10 (9.62)	8 (7.69)
El esquema de 7,14,28 días	97	14 (14.43)	14 (14.43)	30 (30.93)	39 (40.21)
CONSIDERA QUE...					
Las ITTs por RT son más importantes que por EG	105	3 (2.86)	12 (11.43)	43 (40.95)	47 (44.76)
Las expedición de ITTs son más justificadas en 2º nivel	106	3 (2.83)	12 (11.32)	37 (34.91)	54 (50.94)
Es mejor expedir ITT a IMSS para evitar problemas sindicales	105	1 (0.95)	4 (3.81)	29 (27.62)	71 (67.62)
Una Incapacidad de 7 días puede ser <i>prolongada</i>	102	6 (5.88)	23 (22.55)	35 (34.31)	38 (37.25)
¿QUÉ TAN PROBLEMÁTICO CONSIDERA...?	n	Muy Problemático	Problemático	Poco Problemático	Nada Problemático
Manejar ITT por EG	103	1 (0.97)	12 (11.65)	46 (44.66)	44(42.72)
Manejar ITTs por RT	103	8 (7.77)	32 (31.07)	38 (36.89)	25(24.27)
Manejar ITTs por maternidad	103	2 (1.94)	14 (13.59)	30 (29.13)	57 (55.34)

Evaluar la capacidad física para el trabajo	103	2 (1.94)	15 (14.56)	53 (51.46)	33 (32.04)
Confiar en la veracidad del paciente	104	12 (11.54)	44 (42.31)	35 (33.65)	13 (12.50)
El tiempo para dar una consulta	103	11 (10.68)	28 (27.18)	36 (34.95)	28 (27.18)
El llenado del CITT	102	3 (2.94)	13 (12.75)	43 (42.16)	43 (42.16)
El manejo del block de CITTs	103	7 (6.80)	15 (14.56)	30 (29.13)	51 (49.51)
Extender el periodo de ITT	102	4 (3.92)	26 (25.49)	39 (38.24)	33 (32.35)
Suspender la ITT	101	2 (1.98)	23 (22.77)	42 (41.58)	34 (33.66)
Conocer la normatividad	101	2 (1.98)	21 (20.79)	41 (40.59)	37 (36.63)
Que un médico de otro nivel indique periodos distintos	103	21 (20.39)	39 (37.86)	34 (33.01)	9 (8.74)
El tiempo de espera por estudios de L/G	102	44 (43.14)	38 (37.25)	15 (14.71)	5 (4.90)
El tiempo de interconsultas terapéuticas	100	60 (60.00)	28 (28.00)	8 (8.00)	4 (4.00)

MP: Médico-Paciente, EMC: Educación médica continua RT: Riesgos de Trabajo, EG: Enfermedad General,

CITT: Certificado de incapacidad temporal para el trabajo, L/G: laboratorio o gabinete.

Cuadro IV

PROBLEMÁTICA DE PRACTICA DE EXPEDICION DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO MÁS FRECUENTEMENTE REPORTADA POR MEDICOS POR DIMENSIONES

<i>DIMENSION Y EJEMPLO DE PROBLEMA FRECUENTEMENTE REPORTADO</i>	<i>Más menciones n (%)</i>	<i>Total de Menciones (N=113) n (%)</i>	<i>P*</i>
<i>General</i>		34 (30.08)	-
Ej. El paciente solicita de forma injustificada la ITT y simula estar enfermo.	14 (12.38)		
<i>Organizacional</i>		32 (28.31)	0.85
Ej. Expedición de retroactividad a) el paciente no se presenta a tiempo b) documentación necesaria incompleta c) limitación electrónica por número de días.	16 (14.15)		
<i>Desempeño</i>		24 (21.23)	0.44
Ej. Falta de información por especialista de otro nivel sobre a) continuidad de ITT y b) pronóstico.	12 (10.61)		
<i>Recursos y Acceso</i>		23 (20.35)	0.39
Ej. Diferimiento importante en interconsultas y estudios complementarios.	17 (15.04)		

*Grupo de referencia: Dimensión General

Cuadro V

ASOCIACION ENTRE CARACTERISTICAS MEDICAS Y ORGANIZACIONALES Y LA PERCEPCIÓN DE PROBLEMÁTICA EN LA EXPEDICION DE INCAPACIDADES

	SEXO			ANTIGÜEDAD			EDAD			CONOCE MDA			TASA DE ITT/100C		
	H n(%)	M n(%)	RM (IC)	<12 n(%)	>12 n(%)	RM (IC)	<42 n(%)	>42 n(%)	RM (IC)	SI n(%)	NO n(%)	RM (IC)	≤10 n(%)	>10 n(%)	RM (IC)
Frecuentemente...															
Encuentra problemático expedir ITT	8 (21)	22 (35.5)	0.48 (0.16-1.3)	15 (30)	9 (25)	1.28 (0.4-3.9)	19 (25.2)	10 (24.4)	1.68 (0.62-4.7)	16 (29)	14 (37.83)	1.48 (0.55-3.9)	13 (20.31)	15 (50)	3.9 (1.4-11)
Considero problemático...															
Manejar ITT por EG	5 (13.5)	5 (8.4)	1.68 (0.3-7.9)	2 (4.2)	5 (14.2)	0.26 (0.0-1.7)	5 (9.6)	5 (12.8)	0.72 (0.15-3.4)	4 (7.4)	7 (20.5)	3.2 (0.7-16.2)**	5 (8.1)	4 (13.7)	1.7 (0.3-9.6)
Manejar las ITTs por RT	13 (35)	23 (39)	0.84 (0.3-2.1)	20 (42.5)	11 (31.4)	1.6 (0.6-4.5)	22 (42)	13 (33.3)	1.46 (0.5-3.8)	21 (38.8)	15 (44)	1.24 (0.4-3.2)	23 (37.7)	12 (41.4)	1.16 (0.4-3.1)
Manejar las ITTs por maternidad	5 (13.5)	9 (15)	0.88 (0.2-3.2)	5 (10.4)	5 (14.2)	0.7 (0.1-3.3)	9 (17)	5 (13)	1.4 (0.3-5.7)	8 (14.5)	6 (18)	1.3 (0.3-4.8)	4 (6.4)	10 (34.4)	7.63 (1.8-36.3)
Valorar la capacidad física para el trabajo	4 (10.8)	9 (15)	0.67 (0.1-2.6)	5 (10.4)	6 (17)	0.5 (0.12-2.4)	6 (11)	6 (15)	0.6 (0.16-2.8)	6 (11.1)	9 (26.4)	2.88 (0.8-10.9)**	5 (8)	8 (27)	4.34 (1-18.5)*
Confiar en la veracidad del paciente	18 (48)	34 (56)	0.7 (0.2-1.7)	14 (40)	29 (60)	2.28 (0.8-6.14)**	32 (60)	18 (46)	1.77 (0.7-4.46)	31 (56)	18 (52)	0.87 (0.3-2.2)	33 (53)	15 (51)	0.94 (0.3-2.5)
El tiempo de consulta	14 (37)	23 (39)	0.95 (0.3-2.4)	24 (51)	10 (28)	2.6 (0.9-7.4)*	28 (53)	8 (20)	4.5 (1.6-13.4)*	25 (46)	9 (26)	0.41 (0.1-1.15)**	26 (42)	11 (38)	0.82 (0.2-2.2)
El llenado de la CITT	4 (11)	10 (17)	0.59 (0.1-2.2)	6 (12)	5 (14)	0.82 (0.1-3.7)	8 (15)	6 (15)	0.9 (0.2-3.6)	5 (9)	10 (29)	4 (1.1-16.7)*	7 (11)	7 (24)	2.5 (0.6-9.3)
El manejo del block de CITT	11 (29)	8 (13)	2.7 (0.85-8.6)*	9 (18)	6 (17)	1 (0.3-4.1)	13 (24)	6 (15)	1.73 (0.5-6.1)	6 (10)	12 (36)	4.66 (1.4-17)	12 (19)	8 (28)	1.6 (0.5-5.2)
Extender el periodo	10 (27)	17 (28)	0.9 (0.3-2.5)	17 (35)	6 (17)	2.5 (0.8-8.9)**	19 (35)	7 (18)	2.55 (0.8-8.12)*	14 (25)	13 (39)	1.9 (0.6-5.2)	9 (31)	17 (27)	1.19 (0.3-3.4)
Suspender ITT	7 (20)	16 (26)	0.6 (0.2-2)	14 (29)	6 (17)	2 (0.6-7.3)	17 (32.6)	6 (15)	2.6 (0.8-9.2)**	14 (26)	11 (33)	1.42 (0.5-4)	14 (23)	8 (27)	1.25 (0.4-3.8)
Conocer la normatividad	5 (14)	15 (26)	0.45 (0.1-1.5)	13 (27)	5 (15)	2.14 (0.6-8.5)	15 (28)	5 (13)	2.6 (0.8-10)**	8 (14)	11 (33)	2.85 (0.9-9.4)*	15 (25)	6 (21)	0.8 (0.2-2.6)
Que otro médico o nivel indique diferente	23 (62)	33 (55)	1.3 (0.5-3.2)	32 (66)	14 (40)	3 (1.1-8.2)*	37 (69)	16 (41)	3.3 (1.2-8.6)*	32 (58)	19 (57)	0.9 (0.3-2.5)	35 (56)	17 (58)	1 (0.4-2.9)
Los tiempos de espera por estudios	27 (72)	50 (87)	0.37 (0.1-1.25)**	44 (91)	24 (72)	4.12 (1-19.9)	46 (86)	28 (75)	2.1 (0.6-7.43)	45 (81)	25 (75)	0.7 (0.2-2.3)	51 (83)	23 (82)	0.9 (0.2-3.7)
El tiempo de interconsultas terapéuticas	31 (88)	53 (91)	0.7 (0.1-3.9)	44 (91)	30 (90)	1.1 (0.1-7)	48 (53)	33 (36)	0.87 (0.12-4.8)	48 (90)	28 (82)	0.4 (0.1-2.12)	57 (93)	22 (78)	0.25 (0.04-1.22)*

Cuadro VI

ASOCIACION ENTRE VARIABLES DEL PROCESO DE EXPEDICION DE INCAPACIDADES QUE EXPLICAN ENCONTRAR PROBLEMÁTICO SU EXPEDICION

Variable	RM	IC95%	Valor p
Manejar ITTs por EG	29.22	2.78-306.4	0.005
Manejar ITTs por RT	4.74	1.38-16.33	0.013
Manejar ITTs por Mat.	5.99	0.96-37.2	0.054
Realizar el llenado de los formatos de ITT	29.6	4.19-209.4	0.001
Tener buena comunicación con el paciente	0.015	0.0005-0.4	0.018
Se siente presionado por sus condiciones de trabajo	3.86	0.94-15.8	0.060

ITT: Incapacidad temporal para el trabajo / EG: Enfermedad General / RT: Riesgo de Trabajo / Mat: Maternidad

Obs: 97 Prueba de bondad de ajuste: $p=0.316$

Referencias

- ¹Solís-Soberón F, Villagómez AFA. 1. La economía de la seguridad social. En: Solís-Soberón F, Villagómez AFA, compiladores. La seguridad social en México. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 1999.
- ² Reglamento de Servicios Médicos del IMSS. Jueves 30 de noviembre de 2006 DIARIO OFICIAL (Séptima Sección).
- ³ Echeverría-Zuno S, Mar-Obeso AJ, Borja-Aburto VH, Méndez-Bueno FJ, Aguilar-Sánchez L, Rascón-Pacheco RA. La incapacidad temporal para el trabajo desde la perspectiva médica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (5): 565-574
- ⁴ Zarco-Montejo J, Moya-Bernal A, Júdez-Gutiérrez J, Pérez-Domínguez F, Magallón-Botaya R. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin* 2001;117(13): 500-509.
- ⁵ Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med* 2001;58(6):420-424.
- ⁶ Informe de labores 2009-2010 y programa de actividades 2010. Primera Edición 2010. En: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/018184EF-DA59-43B7-8439-CBB8E18AED06/0/InformeLabores2009_2010ProgramaActividades2010.pdf revisado el 14 de Septiembre 2011.
- ⁷ Wahlström R, Alexanderson K. Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health* 2004; 32 (Suppl 63): 222–255
- ⁸ Caldas-Blanco R, Violán-Fors C, García-Fernández JJ, Domínguez FP, Ruiz-Téllez A, Quijano-Terán F, Borrelli-Carrió F. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. *Aten Primaria* 2000;25(2): 112-123.
- ⁹ Joling C, Groot W, Janssen PP. Duration dependence in sickness absence: how can we optimize disability management intervention strategies? *Occup Environ Med* 2006;48(8):803-814.
- ¹⁰ Virtanen P, Nakari R, Ahonen H, Vatera J, Pentti J. Locality and habitus: the origin of sickness absence practices. *Soc Sci Med* 2000; 50: 27-39.
- ¹¹ McKeown KD. Medical, non-medical, or both? *Occup Health*. 1991; 116-7.
- ¹² McEvan IM. Absenteeism and sickness absence. *Postgrad Med J* 1991; 67: 1067-71
- ¹³ Coe J. The physician's role in sickness absence certification: a reconsideration. *J Occup Med* 1975; 17:722-724
- ¹⁴ Virtanen P, Nakari R, Ahonen H, Vatera J, Pentti J. Locality and habitus: the origin of sickness absence practices. *Soc Sci Med* 2000; 50: 27-39.
- ¹⁵ Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. *Fam Pract* 1999; 16(1): 46 – 9.
- ¹⁶ Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R, Trejo y Pérez JA. Guías de práctica clínica para medicina familiar. Manual Moderno 2004. México. Pag. 11.
- ¹⁷ Rutle O, Forsen L. Inter-doctor variation in general practice. Report no.8, 1984, Oslo, National Institute of Public Health, Department of Health Services Research.
- ¹⁸ Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Sand J Prim Health Care* 2000; 1:48-52.

-
- ¹⁹ Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:68-75
- ²⁰ Arrelöv B, Borgquist L, Ljungbert D, Svärdsudd K. Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. *Family Practice* 2001; 18:393-398.
- ²¹ Reed P. *The medical disability advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration*. Fifth edition. Westminster, CO: Reed Group; 2005.
- ²² Arrelöv B. Towards understanding of determinants of Physicians' sick-listing practice and their interrelations. A population-based epidemiological study.
- ²³ Eccles MP, Soutter J, Bateman DN, Campbell M, Smith JM. Influences on prescribing in non-fundholding practices. *Br J Gen Pract*, 1996; 46:287-90
- ²⁴ Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil*. 2002; 24: 727-33.
- ²⁵ Timpka T, Hensing G, Alexandersson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *Eur J Public Health*. 1995;5:215-9.
- ²⁶ Wahlström R, Alexanderson K: Physicians' sick-listing practices. Sickness absence- causes, consequences and physicians' certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Scand J Public Health* 2004, 32(Suppl 63):6-11.
- ²⁷ Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D: Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scan J Prim Health Care* 2006, 24:104-109.
- ²⁸ Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärdsudd K: Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. *J Fam Pract* 2001, 18:393-398
- ²⁹ Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K: Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scan J Prim Health Care* 2000, 18:48-52.
- ³⁰ Willems DL. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 25-29.