

RETRO-INFORMACIÓN A MÉDICOS FAMILIARES PARA OPTIMIZAR LA PRESCRIPCIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN UNA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR

FEEDBACK FOR PHYSICIANS TO OPTIMIZE CERTIFICATES OF TEMPORARY DISABILITY PRESCRIBED THROUGH THEIR PRACTICE IN A DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE

Jorge Esteban Lanz Cota ¹
María Elena Haro Acosta ²
Karla Quiñones Montelongo ³
Darío de Jesús Rivera Jaime ⁴
Gloria Elena Ayala López ⁵

RESUMEN

El certificado de incapacidad temporal para el trabajo (Citt) es un documento legal y 'canjeable' por dinero; en él confluyen aspectos de salud, uso razonado de recursos, así como tiempo laborable, salario y productividad del binomio trabajador-empresa. Determinar el efecto de la retro-información en médicos familiares para optimizar la prescripción de certificados de incapacidad temporal es de suma importancia para optimizar el recurso. A través de la estadística generada por la misma unidad de medicina familiar de forma continua y actual, se obtuvo información de costos, días otorgados, patologías generadas y metas propuestas de forma semanal durante el trimestre marzo-mayo de 2016. Se dio a conocer la retroinformación obtenida en 13 sesiones de 5-10 minutos previos a la sesión general del personal médico familiar, y finalmente se comparó el efecto logrado con el año anterior. Se observó una disminución de 42,83 días y 5 Citt prescritos en abril de 2016 comparado con 2015; así mismo, en mayo hubo una disminución estadísticamente significativa de 44,5 y 3,58, respectivamente, en promedio ($p=0,04$; $0,02$). La retroinformación continua y de seguimiento estrecho es capaz de modificar la conducta prescriptiva de los certificados de incapacidad por parte del personal médico familiar.

Palabras clave: certificado de incapacidad laboral, auditoría, retro-información

ABSTRACT

The certificate of temporary disability is a legal document which is 'exchangeable' for money. It represents a merging of health and the rational use of resources such as workable hours, salaries, and employer-employee productivity. It is of vital importance to determine the effect of feedback on family practitioners to optimize prescription of certificate of temporary disability. Through statistics generated by the same Department of Family Medicine, current and continual

information regarding cost, sick days given, pathologies identified and weekly goals proposed was obtained during the March-May 2016 trimester. Feedback obtained was disseminated through thirteen 5-10 minute sessions prior to the department general session, and the effects were compared to the previous year. We observed a reduction of 42.83 days and 5 certificates prescribed in April 2016 compared to 2015, as well as a statistically significant reduction of 44.5 days and 3.58 certificates in May ($p=0.04$, 0.02). Continuous feedback and close follow-up has the capacity to modify certificate prescribing behavior of physicians.

Keywords: certificate of temporary disability, audit, feedback information

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las sociedades industrializadas del mundo existe algún tipo de seguro público o privado destinado a cubrir eventualidades en salud que suelen requerir certificaciones médicas que corroboren la incapacidad producida por enfermedad o accidente que limite al empleado para llevar a cabo sus actividades laborales habituales ¹. La seguridad social nace en Alemania en 1843 como una alternativa para la creciente clase trabajadora; es hasta 1943 que tiene cabida en México con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (Imss) ². La incapacidad temporal para el trabajo (ITT) surge con la fundación del Imss y se encuentra prevista en el ramo de riesgo de trabajo (RT), enfermedad general (EG) y maternidad ^{2,3}. Mientras los riesgos de trabajo

¹ Médico residente de 3^{er} año de Medicina del Trabajo y Ambiental, HGZ N° 30 Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México

² Coordinador auxiliar médico en investigación. Delegación Mexicali, B.C. Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México

³ Profesora Titular de la Residencia de Medicina del Trabajo. Auxiliar de la División de Salud en el Trabajo (DIST). Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México

⁴ Médico especialista en Medicina del Trabajo. Operativo en la Unidad Médico Familiar (UMF) N° 40, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México

⁵ Médico residente de 2^o año de Medicina del Trabajo y Ambiental, HGZ N° 30 Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México

Correspondencia:

Dr. Jorge Esteban Lanz Cota

Mati 3062, Residencial Casa Maya 2, Mexicali, B.C., México, CP 21255

E-mail: doctorlanz@yahoo.com.mx

son financiados por aportaciones patronales, la EG y maternidad provienen de aportaciones tripartitas entre el trabajador, el Estado y el empleador¹. Lo anterior trae como consecuencia que se generen diversos intereses y dificultades tanto en la relación médico-paciente como en la relación médico-patrón, y que se comprometa el principio de justicia y beneficencia, donde sabemos que éticamente debería imperar la equidad⁴.

La certificación médica está sujeta a dos conceptos básicos dentro de la sociología médica. El primero de ellos tiene que ver con el '*comportamiento durante la enfermedad*'. Este explica cómo los pacientes interpretan o reaccionan ante los síntomas de cualquier enfermedad. Lo que en ciertas sociedades puede requerir de incapacidad, en otras no se requerirá ninguna, por lo que se deberá seguir trabajando a pesar de que la enfermedad y los síntomas sean los mismos. El segundo concepto sociológico a destacar es el '*rol de la enfermedad*', sobre el cual se espera que el paciente busque ayuda médica y que el médico asuma la responsabilidad de una certificación legítima⁵.

En México, en 2009, se realizó un estudio donde se corrobora que los certificados de incapacidad temporal para el trabajo (Citt) se prescriben con mayor frecuencia en el primer nivel de atención hospitalaria (56,2 %), decrecen en el segundo nivel (35,4 %) y es menor en el tercer nivel (9,4 %). De estos, los que se prescriben con más frecuencia son por EG, y en promedio representan periodos de 10 días, a diferencia de los accidentes de trabajo (AT), que representan periodos de hasta 27 días en promedio. En 2007 representó un gasto de 8,1 mil millones de pesos¹.

En dos estudios realizados en España, el gasto erogado por incapacidades temporales equiparó al gasto farmacéutico en algunos centros de atención primaria, en otros duplicó el gasto farmacéutico, y en otros más triplicó los salarios del personal adscrito al centro de salud. Además, se reconoce que existe un abuso en la prescripción de Citt porque no se percibe una relación entre la enfermedad y la incapacidad que esta produce, o bien, porque se prolonga en exceso. De igual manera, se puede constatar que 16 % de incapacidades determinadas como de origen no laboral, si lo fueron, lo que da lugar a un subregistro y carga de subsidios al proveedor de salud que deberían ser subsanados por la empresa^{6,4}.

En Inglaterra, en 2006, se perdieron 175 millones de días laborables por incapacidad, lo que se tradujo en un gasto promedio de 100 billones de libras, que equivalen aproximadamente a 2 529 billones de pesos mexicanos⁷. Por consiguiente, la incapacidad temporal corta previene incapacidades prolongadas, por lo que un pronto retorno a la actividad laboral mejora el pronóstico de salud del trabajador y evita incapacidades subsecuentes; sin embargo, esto es independiente del desempleo temporal y de incapacidades permanentes o invalidez. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de poner atención a las

incapacidades temporales cortas para reducirlas y no sobrepasar la fina línea entre la incapacidad benéfica y la dañina⁸.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (Ocde), a la que México se incorporó desde 1994, estima que en 2007 el gasto en incapacidades temporales y prolongadas se ha incrementado en los países industrializados, llegando a ser usado por el 5,8 % de la población en edad productiva, lo que representa, solamente en el rubro de incapacidad temporal para el trabajo (ITT), un gasto promedio de 0,8 % del producto interno bruto (PIB) de los países miembros de la Ocde. Lo anterior sin contar el 1,2 % del PIB por invalidez e incapacidades prolongadas. Además, la Ocde estima que solo el 2 % de los trabajadores con pensión por RT o EG se reincorporan a la vida laboral⁷.

Los médicos del primer nivel de atención tienen un papel determinante en la expedición de certificados de Citt en la mayoría de los servicios de seguridad social de muchos países⁹. En México, el Imss, a través del Reglamento de Prestaciones Médicas (RPM) en su anexo I, establece los procedimientos en la certificación de ITT, resumiéndolos en la confrontación del paciente con las limitaciones y sus requerimientos laborales, pago de subsidios, vigilancia en los límites según el ramo de incapacidad, entre otros¹⁰.

Los médicos familiares y los cirujanos ortopedistas suelen estar expuestos con mayor frecuencia a la realización de certificaciones médicas por ITT; de estos, los médicos familiares de primer nivel certifican más pacientes incapacitados tomando en cuenta la variabilidad de su consulta. Una de las dificultades que enfrenta el médico familiar al certificar, es la pobre información con la que cuenta respecto de las actividades específicas del trabajador en su puesto; esto último es de suma importancia para la certificación y debe confiarse del interrogatorio al trabajador únicamente para la toma de decisiones. Las diferencias de opinión y, en general, la relación médico-paciente, se ve fuertemente afectada; además, el tiempo que toma el estudio integral del paciente prolonga los días de incapacidad dada la falta de un diagnóstico de certeza, lo que genera ausentismo laboral, consumo de recursos, entre otros¹¹.

El título sexto del RPM del Imss se encarga de regular la expedición y el pago oportuno de los Citt. Este especifica que el médico familiar y el no familiar pueden expedir hasta 28 días de incapacidad, situación que difiere de médicos adscritos a urgencias (1-3 días) y estomatólogos (1-7 días)³. En él se determina también que el facultativo del medio privado no es competente para la prescripción de Citt, quedando así restringida la prescripción a médicos institucionales durante sus horas de trabajo solamente^{1,17}. El Citt es un documento legal y '*canjeable*' por dinero; en él confluyen aspectos de salud, impacto económico por la atención médica y uso

de recursos como tiempo laborable, salario y productividad¹⁰.

Los principales factores administrativos asociados a una mala práctica prescriptiva en cuanto a la duración de las incapacidades se hallan relacionados al sector salud debido a nuevos tratamientos o investigaciones, citas diferidas por saturación de agenda, entre otras. Dentro de las causas médicas es conocido que el médico prescribe más días de los necesarios para evitar enfrentamientos con el paciente o, en otras ocasiones, por la falta de tiempo para discutir alternativas^{12,6}. Otro de los aspectos poco estudiados y que puede llegar a representar un problema es la variabilidad en la toma de decisiones, ya que el mismo problema puede ser abordado de distintas formas. A este efecto se le conoce como '*variabilidad entre médicos*'. Diferentes estudios apuntan a que los factores que determinan la actitud del médico dependen de su práctica personal, la influencia de colegas o líderes de opinión¹³, la incertidumbre en cuanto a su práctica médica y la manera en que el médico maneja esta incertidumbre. Este último es uno de los aspectos que con mayor frecuencia ha demostrado ser un punto álgido en la '*variabilidad entre médicos*' en cuanto a la toma de decisiones terapéuticas; por lo anterior, es de suma importancia crear métodos objetivos que disminuyan la '*variabilidad entre médicos*'¹⁴.

Otros factores que influyen en la toma de decisiones incluyen: la capacidad del paciente de evocar simpatía con el médico examinador al contarle su padecimiento, la propia experiencia del médico como paciente, el previo conocimiento del paciente por el médico y la tendencia del médico a evitar enfrentamientos con el paciente. En la certificación de incapacidad temporal influyen de manera determinante aquellos pacientes que tienen la capacidad de manejar a su antojo y llevar de la mano al médico en su toma de decisiones^{14,15}.

Una contribución importante desde el punto de vista económico al campo de la salud puede resumirse en el concepto de escasez; sin embargo, este tema no es aceptado fácilmente por los profesionales de la salud, ya que entre ellos prevalece una perspectiva idealista-humanista que consiste en rehusarse a aceptar que los recursos son inherentemente escasos. La utilización del recurso debe ser mediada entre las necesidades que demanda el paciente y las carencias que presenta el instituto, por lo que siempre se debe estar consciente de que para maximizar los recursos debe producirse un gasto moderado del mismo, sin dejar de beneficiar al derechohabiente que merece la más alta calidad en el servicio que se le proporciona^{10,13}.

La seguridad social amortigua el impacto económico que genera la enfermedad en el desempeño laboral y en la capacidad física o mental del individuo, lo que genera ausencia temporal o definitiva del empleo. Estas pérdidas económicas y las derivadas de la atención médica pueden repercutir en gastos catastróficos que el trabaja-

dor quizá no podría cubrir si no fuese por la seguridad social que lo protege^{1,10}. Prescribir CITT conlleva tomar decisiones basadas en evidencia científica. En general, el médico considera el estado de salud sin las repercusiones económicas del hogar y la empresa por la ausencia del trabajador. Sólo cuando el directivo revisa casos con incapacidad prolongada o estadísticas, señala al médico la importancia de la prescripción razonada y reflexiva de CITT. Además de la evidencia médica que sustente la certificación del médico prescriptor, este último debe tomar en cuenta y conocer a cabalidad el marco legal y normativo que rige a los CITT¹⁰.

El principal reto en economía de la salud es poder establecer medidas eficientes que contengan los recursos médicos sin dejar de cumplir con los objetivos éticos de la medicina. El diseño de programas académicos enfocados a modificar específicamente algún tipo de comportamiento han demostrado ser eficaces en la práctica médica; así mismo, guías clínicas difundidas e implementadas por '*líderes de opinión*' (personas en quien sus colegas confían como fuentes de información veraz) han impactado favorablemente en la práctica médica¹³. Lo anterior debe ser respaldado por el servicio de salud en el trabajo como lo señalan la Organización Mundial del Trabajo (OIT), la Ley Federal del Trabajo (LFT) a través del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (Stps)¹⁶.

La retro-información y supervisión constante han reportado resultados favorables en la optimización de prácticas prescriptivas farmacológicas; si lo anterior fue logrado con una prescripción de fármacos y considerando que la incapacidad laboral actúa como medio terapéutico restaurando la salud del trabajador, es esperable que con iguales estrategias, una implícita dentro de la otra (retro-información y supervisión), se logre optimizar la prescripción de CITT con la consecuente reducción del gasto en subsidios del instituto⁵.

Los CITT representan un gasto considerable para el Imss, por lo que la posibilidad de crear estrategias específicas que ayuden a disminuir su prescripción representará miles o quizá millones de pesos menos en el gasto de subsidios¹⁰. Por todo lo anterior, el propósito del estudio fue determinar el efecto de la retro-información en médicos familiares para optimizar la prescripción de certificados de incapacidad temporal en la UMF N° 40 Mexicali.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, ambispectivo, comparativo de las estadísticas de ITT antes y después de un esquema de retro-información programado. La población en estudio fue todo el personal médico familiar de base adscrito a la consulta externa de la UMF N° 40 del Imss, turnos matutino y vespertino. El periodo de captura y presenta-

ción de datos fue de marzo a mayo de 2016. El muestreo fue no probabilística; se realizó un análisis comparativo de la práctica prescriptiva del personal médico antes (marzo a mayo de 2015) y después de una estrategia de retro-información (marzo a mayo de 2016).

Previa aceptación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación 201 y autorización del director de la unidad, se presentó una sesión retro-informativa inicial, en la cual se tomó como base la información recabada de la práctica prescriptiva de CITT de los médicos familiares de marzo a mayo de 2015 en una sesión por turno de 5-10 minutos. Posteriormente se llevaron a cabo 24 sesiones retro-informativas semanales, 12 por turno, sobre la práctica prescriptiva actualizada semanalmente y se midió su efecto de manera continua y comparativa.

El estudio se dividió en 3 fases:

1. Se recabó información en forma anónima mediante un estudio descriptivo transversal de la práctica prescriptiva del trimestre marzo-mayo de 2015, analizando los indicadores individuales y de grupo. La información fue recabada del reporte de información estadística de los subsidios para el control del gasto de trabajadores no Imss o reporte de casos, días e importes con pago de subsidio (CDI), estadística que el Instituto recaba anualmente. Una vez obtenida la información, se presentó en una primera sesión retro-informativa a los médicos familiares durante la sesión clínica general hospitalaria, tomándose solo 5-10 minutos de la misma.
2. Una semana posterior a la presentación inicial en marzo, se procedió a recolectar la información de forma semanal hasta mayo de 2016, la cual, a su vez, se presentó la semana siguiente al personal objeto del estudio. La información fue tomada del registro semanal que recaba el departamento de prestaciones económicas semanalmente para el pago y control del gasto de incapacidades, que a su vez es reportado a la delegación para la integración del CDI anual.
3. Finalmente, a través de un análisis estadístico se comparó la práctica prescriptiva de los médicos familiares con productividad en el trimestre marzo-mayo de 2015 y de 2016, tomando en cuenta para este comparativo solo a los médicos que acudieron a más del 75 % de las 13 sesiones impartidas. De esta manera se evitaron sesgos en la comparación de diferencia de medias para muestras relacionadas con el método estadístico *t* de Student en el análisis de comparación de medias.

En cuanto a costos, se determinó el monto mensual de los días de incapacidad promedio por médico en recabado del CDI de la unidad, considerando el costo por cada mes de manera individual para enfermedad general y riesgo de trabajo, así como el promedio de los

mismos para la evaluación del costo total. Por último, gracias a la estadística recabada en el Sistema de Información y Atención Integral a la Salud (Siais) se determinaron las 10 causas más frecuentes de prescripción de incapacidades para el año 2015, y se compararon los resultados con los presentados en el trimestre en cuestión de 2016; con lo anterior se logró comparar la distribución de morbilidad anual para disminuir la posibilidad de un sesgo por distribución atípica.

El material de retro-información abordó:

1. Diagnóstico situacional de la prescripción de CITT semanal en los tiempos descritos, que incluyó el número de días otorgados por médico, especificando el diagnóstico y cotejándolo con la Guía de duración de incapacidades por patología (Gdip).
2. La estadística incluyó EG y RT. Posteriormente, se evaluó el comportamiento de las intervenciones con la estrategia de retro-información determinada a optimizar la práctica prescriptiva de CITT y la contención del gasto en subsidios de la UMF N° 40 del Imss en Mexicali.

Criterios de inclusión

- Médicos familiares de base de la consulta externa de ambos turnos de la UMF N° 40 del Imss, en Mexicali B.C.
- Certificados de ITT de empleados no Imss por RT y EG.

Criterios de exclusión

- Médicos familiares de base asignados como trabajadores sustitutos.
- Médicos no familiares y estomatólogos.
- Médicos familiares adscritos al programa DiabetImss.
- Médicos familiares que no cumplan con al menos el 75 % de asistencia a las sesiones retro-informativas.
- Médicos familiares que no cuenten con productividad prescriptiva de CITT en ambos años de comparación del estudio.

Criterios de eliminación

- Médicos familiares que por razones diversas no se encuentren laborando más de 20 días durante el trimestre del estudio.
- Médicos familiares de base adscritos al servicio de urgencias.
- Certificados de ITT otorgados en atención médica continua.
- Certificados de incapacidad por maternidad y de enlace.

- Certificados de ITT de empleados del Imss.
- Certificados de ITT expedidas por médicos no familiares y generales.

Plan de análisis

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, y proporciones para cualitativas, así como comparación de medias con el método estadístico *t* de Student. Se analizaron datos con el programa estadístico de Excel y el programa estadístico SPSS versión 21.

Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolló en apego a la Declaración de Helsinki de 1975 y siguiendo los lineamientos establecidos en el Artículo 98 de la Ley General de Salud en relación a la investigación en seres humanos, así como los lineamientos del Manual de procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación en salud que se realizan en el Imss. Fue sometido a aprobación por el Comité Local de Investigación 201 del Imss y de las autoridades de la unidad. Se tomó en cuenta el Contrato colectivo de trabajo de

los médicos familiares, donde no se especifica impedimento alguno que contravenga los derechos u obligaciones del médico familiar durante el estudio.

RESULTADOS

La muestra final fue de 12 médicos que se encontraron con elementos medibles en los 3 meses de estudio, tanto en el año 2016 como en el 2015. En el trimestre marzo-mayo de 2015, en el rubro de días subsidiados, la UMF 40 de Mexicali generó 20 633 días de ITT, tanto para RT y EG (figura 1). Lo anterior significó la prescripción de 2 937 CITT, de los cuales 1 037 fueron por RT y 1 900 por EG (figura 2), con un total de 1 164 CITT iniciales, 589 para RT y 575 para EG (figura 3). Así mismo, encontramos que las metas planteadas para el ejercicio de ese mismo año fueron rebasadas, encontrándose un diferimiento positivo promedio del 19,97 % (tabla I) durante el trimestre marzo-mayo en los rubros estudiados (RT + EG), resultado congruente con el sobre ejercicio global (RT + EG + maternidad) reportado para ese mismo año del 18,1 %. La variación con la meta propuesta en 2015 alcanzó su máximo de 24,27 % en el mes de abril, y su más bajo 12,72 % en marzo del mismo año, cuando no se realizó ninguna intervención.

Figura 1
Días otorgados de incapacidad por riesgo de trabajo y enfermedad general durante el periodo de marzo a mayo de 2015. Imss UMF N° 40 Mexicali, Baja California

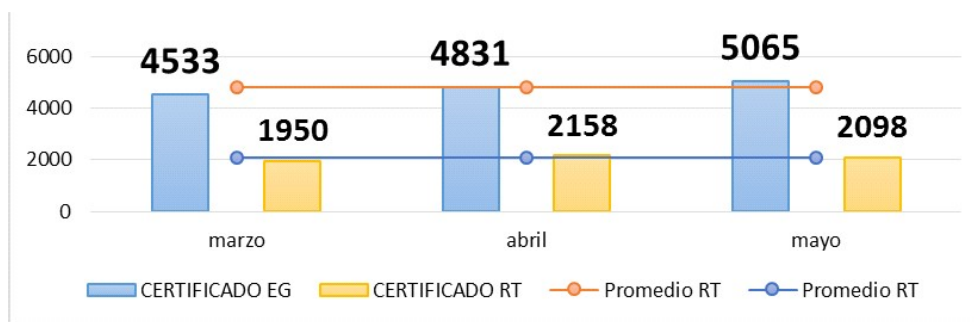


Figura 2
Certificados de incapacidad por riesgo de trabajo y enfermedad general expedidos durante el trimestre en estudio de 2015. Imss UMF N° 40 Mexicali, Baja California

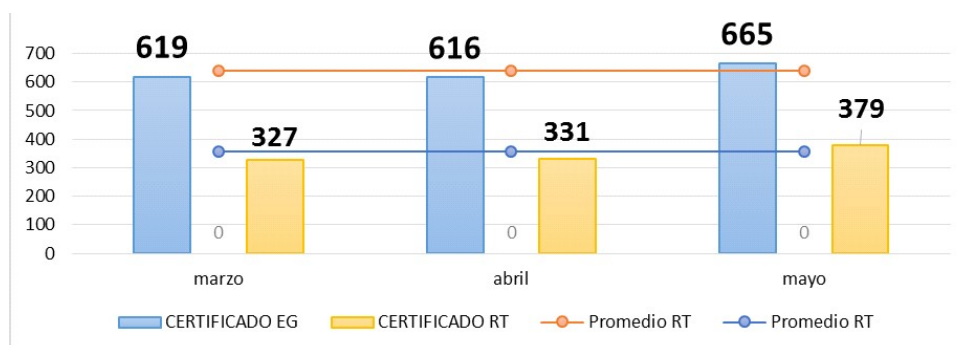


Figura 3
Certificados de incapacidad temporal por riesgo de trabajo y enfermedad general iniciales durante el periodo de marzo a mayo de 2015. Imss UMF N° 40 Mexicali, Baja California

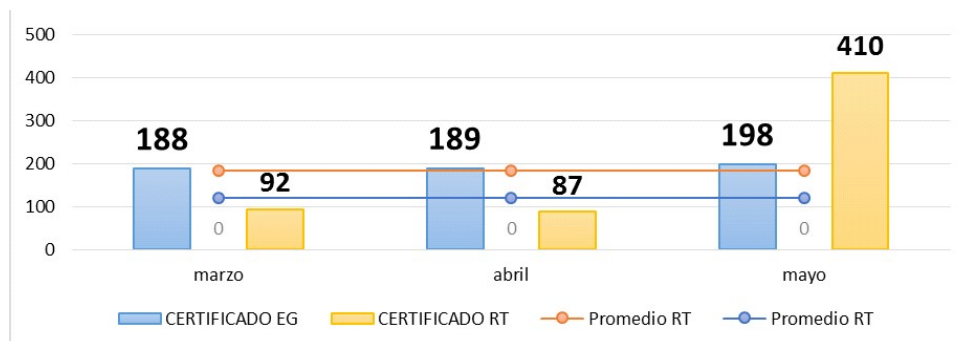


Tabla 1
Análisis de metas propuestas para 2015 y la variación encontrada en el trimestre marzo-mayo 2015

Mes	Meta en días (EG + RT) 2015	Gasto en días 2015	Diferimiento 2015 (%)
Marzo	5 751	6 483	12,72
Abril	5 624	6 989	24,27
Mayo	5 824	7 163	22,99
Total del trimestre 2015	17 199	20 635	19,97

Para el trimestre en estudio de 2016 una vez realizada la intervención semanal, se encontró un diferimiento promedio para los rubros estudiados (RT + EG) negativo del 6,36 %, y una variación mensual promedio que alcanzó su máximo de -9,81 % para el mes de abril, y su nivel más bajo de -3,42 % en marzo, tomando en cuenta el número de días subsidiados por EG y RT, rubros considerados en el estudio (tabla 2). Al realizar el análisis de los instrumentos de recolección en relación a la variable de asistencia a las sesiones de retro-información del trimestre marzo-mayo de 2016, se logró determinar los porcentajes de concurrencia de los médicos adscritos a la UMF N° 40 de Mexicali, Baja California, durante las 26 sesiones otorgadas, encontrando un total de asiduidad a las mismas de 52 % del total de los

médicos adscritos a consulta de medicina familiar, incluyendo turnos matutino y vespertino, siendo en el turno vespertino solo del 55 % en promedio y del turno matutino un 61 % de los médicos (tabla 3).

En relación al análisis de asistencia por cada médico, se determinó que solo el 40 % de los médicos en estudio cumplieron con al menos el 75 % de las asistencias al reporte de retro-información (T. matutino n = 10; T. vespertino n = 4), de los cuales solo el 85 % se logró comparar con las variables de número de incapacidades, días incapacidad y costos de producción por incapacidad, debido a que solo este porcentaje cumplió con el criterio de inclusión en relación a la presencia de productividad, tanto en el año 2015 como para el 2016 (tabla 4).

Tabla 2
Análisis de metas propuestas para 2016 y diferimiento encontrado en el trimestre marzo-mayo de 2016

Mes	Asignado días EG + RT 2016	Gasto en días 2016	Diferimiento 2016 (%)
Marzo	5 964	5 760	-3,42
Abril	6 124	5 523	-9,81
Mayo	6 244	5 883	-5,78
Total del trimestre	18 332	17 166	-6,36

Tabla 3

Análisis de asistencia a las sesiones de retro-información sobre la productividad por número y días de incapacidad del trimestre marzo-mayo de 2016

	Datos en valores porcentuales													Total
	02-mar	09-mar	16-mar	23-mar	30-mar	06-abr	13-abr	20-abr	27-abr	04-may	11-may	18-may	25-may	
Matutino	69	63	69	56	63	63	69	56	56	63	63	50	56	61
Vespertino	42	58	63	53	58	47	63	53	53	58	58	47	47	55
Total	53	47	61	44	53	28	67	53	56	58	61	50	47	52

Tabla 4

Relación de médicos y asistencias a las sesiones de retro-información sobre la productividad en la prescripción de incapacidades, UMF N° 40 Mexicali, Baja California

Médico N°	Turno**	Asistencias	Porcentaje	Médico N°	Turno**	Asistencias	Porcentaje
1	M	13	100	19	V	10	62
2	V	12	92	20	V	10	54
3	M	12	92	21	V	9	54
4	M	11	92	22	V	9	46
5	M	11	85	23	V	8	46
6	M	11	85	24	V	8	46
7	M	10	85	25	M	7	31
8	V	10	77	26	V	7	31
9	V	10	77	27	V	6	31
10	M	10	77	28	M	6	15
11*	M	9	77	29	M	6	15
12	M	4	77	30	V	4	8
13*	V	2	77	31	M	4	0
14	M	2	77	32	M	1	0
15	M	0	69	33	V	0	0
16	V	0	69	34	V	0	0
17	V	12	69	35	V	0	0
18	V	10	62				

* Médicos que no cumplieron con datos de prescripción de incapacidad en ambos años de la revisión del estudio

** Turnos matutino (M) y vespertino (V)

De lo anterior, considerando una $n = 12$ médicos con posibilidad de comparación entre los años 2015-2016, 8 del turno matutino y 4 para el turno vespertino, se determinó mediante el análisis t de Student para el rubro de EG, que durante el mes de marzo el total de prescripciones de incapacidad en el año 2016 respecto del 2015, se observó un aumento en el número de certificados de incapacidad prescritos por la muestra de médicos, siendo una media de 7,5 incapacidades más que el año previo, y 17,66 días más de prescripción que en el 2015; observamos entonces que para el mes de abril posterior a las sesiones de retro-información hubo una disminución de 33,58 menos días de incapacidad prescritos y 3,0 incapacidades menos otorgadas por los médicos de la misma muestra ($p = 0,05$); así mismo en el mes de mayo se presentó una disminución de 20 días de incapacidad promedio ($p =$

0,04), lo que resultó en una reducción significativa en relación a las incapacidades de mayo en comparación 2015-2016 ($p = 0,03$) (tabla 5).

En el rubro de riesgo de trabajo, durante el mes de abril, que contempla el total de prescripciones de incapacidad en el año 2016 respecto del 2015, se observó que al igual que en el rubro enfermedad general, se encontró una disminución tanto en el número de incapacidades como en el número de días de incapacidad prescritas por los médicos de la muestra, con 2,0 y 9,25 más bajos, respectivamente, y en relación al mes de mayo, 24,50 y 3,91 más bajos, respectivamente, en número de incapacidades y días de incapacidad en mayo, encontrando significación estadística para mayo en el rubro de días de incapacidad otorgados ($p = 0,036$) (tabla 6).

Tabla 5

Análisis de resultados: comparativo de diferencia de medias entre la prescripción para incapacidad generados en el trimestre marzo-mayo de 2015 y de 2016 con el método estadístico *t* de Student

	Media	Diferencia de medias	p
Días de incapacidad marzo 2016	103,42		
Días de incapacidad marzo 2015	85,75	17,66	0,21
Incapacidades (número de certificados) marzo 2016	23,33		
Incapacidades (número de certificados) marzo 2015	15,83	7,50	0,47
Días de incapacidad abril 2016	82,67		
Días de incapacidad abril 2015	116,25	-33,58	0,36
Incapacidades (número de certificados) abril 2016	20,00		
Incapacidades (número de certificados) abril 2015	23,00	-3,00	0,05
Días de incapacidad mayo 2016	91,83		
Días de incapacidad mayo 2015	111,83	-20,00	0,04
Incapacidades (número de certificados) mayo 2016	22,58		
Incapacidades (número de certificados) mayo 2015	22,25	-0,33	0,03

Nota: Datos observados en la prescripción de incapacidades para enfermedad general

Tabla 6

Análisis de resultados: comparativo de diferencia de medias entre el número de días de incapacidad generados en el trimestre marzo-mayo de 2015 y de 2016 con el método estadístico *t* de Student

	Media	Diferencia de medias	p
Días de incapacidad marzo 2016 riesgo de trabajo	39,92		
Días de incapacidad marzo 2015 riesgo de trabajo	43,50	-3,58	0,130
Incapacidades (número de certificados) marzo 2016 riesgo de trabajo	7,92		
Incapacidades (número de certificados) marzo 2015 riesgo de trabajo	7,75	0,16	0,244
Días de incapacidad abril 2016 riesgo de trabajo	33,08		
Días de incapacidad abril 2015 riesgo de trabajo	42,33	-9,25	0,496
Incapacidades (número de certificados) abril 2016 riesgo de trabajo	6,42		
Incapacidades (número de certificados) abril 2015 riesgo de trabajo	8,42	-2,00	0,842
Días de incapacidad mayo 2016 riesgo de trabajo	34,67		
Días de incapacidad mayo 2015 riesgo de trabajo	59,17	-24,50	0,036
Incapacidades (número de certificados) mayo 2016 riesgo de trabajo	7,58		
Incapacidades (número de certificados) mayo 2015 riesgo de trabajo	11,50	-3,91	0,299

Nota: Datos observados en la prescripción de incapacidades para riesgo de trabajo

En un análisis del total de días de incapacidad y el número de incapacidades, tanto por enfermedad general como por riesgo de trabajo, se observó concordante con lo descrito una disminución de 42,83 días menos de incapacidad prescritos en el año 2016 en comparación con el año 2015, y 5,0 incapacidades menos en promedio con relación al año previo analizado en el mes de abril, así mismo del mes de mayo una disminución estadísticamente significativa de 44,5 y 3,58, respectivamente, días de incapacidad e incapacidades menos en promedio ($p = 0,04$ y $p = 0,02$) (tabla 7).

En relación a los costos observados por la prescripción de incapacidades, el gasto promedio mensual para el tri-

mestre en estudio ascendió a 699 455,16 pesos, tanto por RT y EG, representando un gasto total de 2 098 365 50 pesos, siendo 509 111,95 pesos por RT y 1 589 253,55 por EG durante el trimestre estudiado (figura 4). Durante el mes de marzo, tanto para los rubros de EG como de RT, y el total de ambas variables, se mantuvo un gasto uniforme de costos con un aumento de los mismos en el año 2016 de hasta 3 063,08 pesos en el rubro RT en la diferencia de promedios por médico por mes, en relación a lo presentado en el año 2015, considerando que el mes de marzo se inició la intervención con la retro-información planteada en la metodología; pudiera ser este dato lo habitual esperado para

la unidad. Sin embargo, para el mes de abril en el análisis de costos promedio se observó una reducción de 3 320,50 pesos (EG), 1 481,33 pesos (RT) y 4 801,50 pesos (RT+EG) en relación al año 2015 respecto del 2016; de

igual manera, se observó una disminución del costo promedio en los rubros de mayo con 3 193,25 pesos (EG), 3 600,16 pesos (RT) y 6 793,41 pesos (RT+EG), respectivamente, menor entre la comparación 2015 a 2016 (tabla 8).

Tabla 7

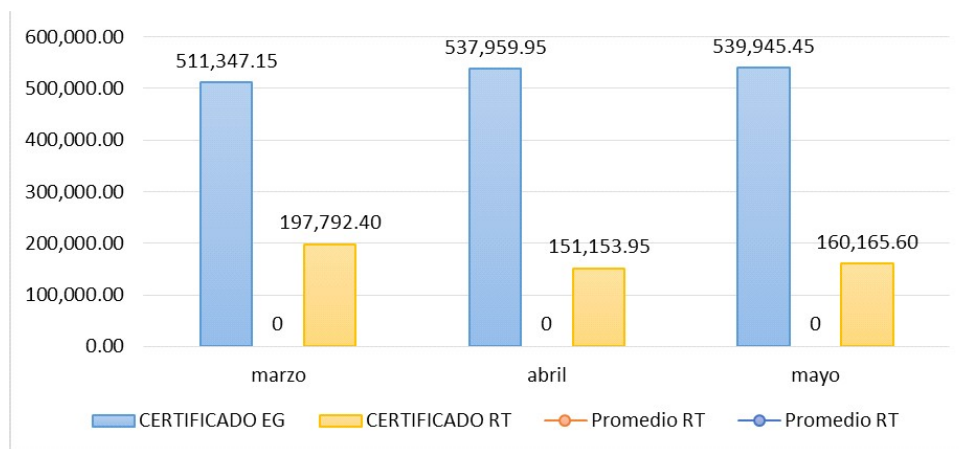
Análisis de resultados: comparativo de diferencia de medias entre el total de los días prescritos de incapacidad y el número de días de incapacidad generados en el trimestre marzo-mayo de 2015 y de 2016 con el método estadístico *t* de Student

	Media	Diferencia de medias	p
Días de incapacidad marzo 2016 total	143,33		
Días de incapacidad marzo 2015 total	129,25	14,08	0,11
Incapacidades (número de certificados) marzo 2016 total	31,25		
Incapacidades (número de certificados) marzo 2015 total	23,58	7,66	0,26
Días de incapacidad abril 2016 total	115,75		
Días de incapacidad abril 2015 total	158,58	-42,83	0,43
Incapacidades (número de certificados) abril 2016 total	26,42		
Incapacidades (número de certificados) abril 2015 total	31,42	-5,00	0,29
Días de incapacidad mayo 2016 total	126,50		
Días de incapacidad mayo 2015 total	171,00	-44,50	0,04
Incapacidades (número de certificados) mayo 2016 total	30,17		
Incapacidades (número de certificados) mayo 2015 total	33,75	-3,58	0,02

Nota: Valores de suma total, enfermedad general y riesgo de trabajo

Figura 4

Importe generado de los CITT por riesgo de trabajo y enfermedad general del periodo marzo-mayo de 2016, Imss UMF N° 40, Mexicali, Baja California



Los diagnósticos que requirieron mayor número de días de ITT coincidieron para ambos trimestres 2015-2016, siendo convalecencia consecutiva a cirugía el principal diagnóstico, siguiéndole dorsalgia y lumbago no especificado, para finalmente ubicarse al esguince y torceduras de columna cervical como las patologías más incapacitantes en cuanto al número de días. En todos los

meses analizados se observó una distribución similar de la prescripción en relación al 90 % de las causas, encontrándose solo en el mes de marzo un aumento en lo correspondiente al diagnóstico de diabetes mellitus no insulino dependiente, y en los meses de abril y mayo un aumento en la prescripción para el diagnóstico de fractura del antebrazo (figuras 5-8).

Tabla 8

Análisis de resultados: comparativo de diferencia de medias entre los días prescritos de incapacidad, el número de días de incapacidad y los costos generados en el trimestre marzo-mayo de 2015 y de 2016 con el método estadístico *t* de Student

	Media*	Diferencia de medias**	p
Costo mensual por número de días incapacidad marzo 2016 enfermedad general	17 035,83	2 448,91	0,42
Costo mensual por número de días incapacidad marzo 2015 enfermedad general	14 818,08		
Costo mensual por número de días incapacidad abril 2016 enfermedad general	14 818,08	-3 320,5	0,25
Costo mensual por número de días incapacidad abril 2015 enfermedad general	18 138,58		
Costo mensual por número de días incapacidad mayo 2016 enfermedad general	15 185,50	-3 193,25	0,25
Costo mensual por número de días incapacidad mayo 2015 enfermedad general	18 378,75		
Costo mensual por número de días incapacidad marzo 2016 riesgo de trabajo	27 207,83	1 7650	0,01
Costo mensual por número de días incapacidad marzo 2015 riesgo de trabajo	9 557,83		
Costo mensual por número de días incapacidad abril 2016 riesgo de trabajo	7 416,00	-1 481,33	0,53
Costo mensual por número de días incapacidad abril 2015 riesgo de trabajo	8 897,33		
Costo mensual por número de días incapacidad mayo 2016 riesgo de trabajo	8 242,17	-3 600,16	0,13
Costo mensual por número de días incapacidad mayo 2015 riesgo de trabajo	11 842,33		
Costo mensual por número de días incapacidad marzo 2016 en total	27 207,83	3 063,08	0,53
Costo mensual por número de días incapacidad marzo 2015 en total	24 144,75		
Costo mensual por número de días incapacidad abril 2016 en total	22 234,08	-4 801,50	0,24
Costo mensual por número de días incapacidad abril 2015 en total	27 035,58		
Costo mensual por número de días incapacidad mayo 2016 en total	23 427,42	-6 793,41	0,11
Costo mensual por número de días incapacidad mayo 2015 en total	30 220,83		

* Datos corresponden a valores monetarios en pesos mexicanos

** Diferencia de medias

+ Aumento de costos en 2016 respecto del 2015

- Disminución de costos en 2016 respecto del 2015

Figura 5

Comparativo de días de incapacidad por patología generados en marzo de 2015 y de 2016. Diez causas más frecuentes

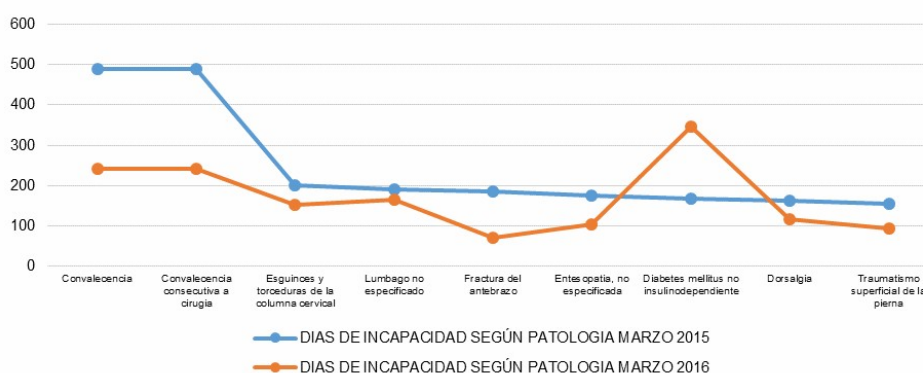


Figura 6
Comparativo de días de incapacidad por diagnóstico otorgados en abril de 2015 y de 2016. Diez causas más frecuentes

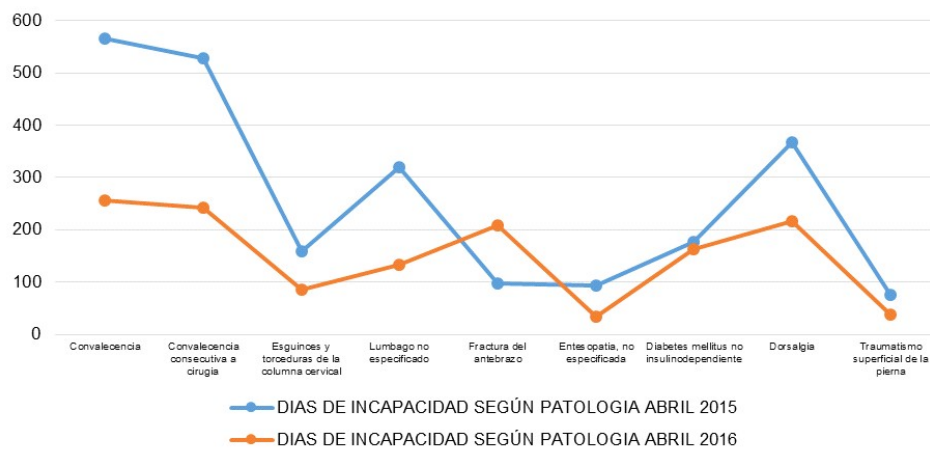


Figura 7
Comparativo de días de incapacidad por patología generados en mayo de 2015 y de 2016. Diez causas más frecuentes

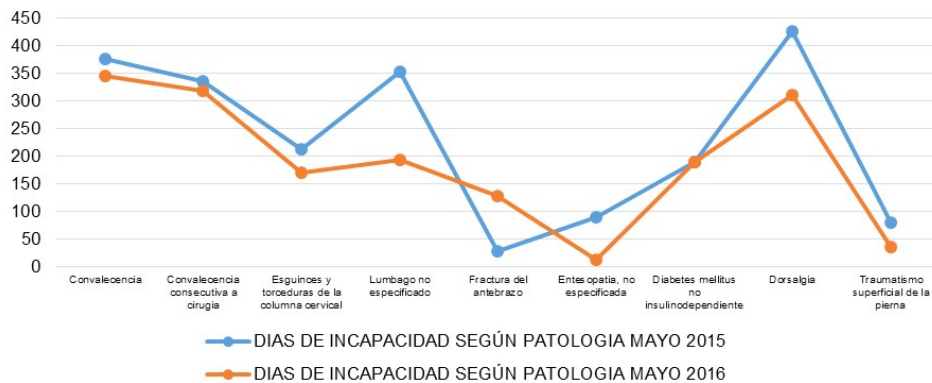
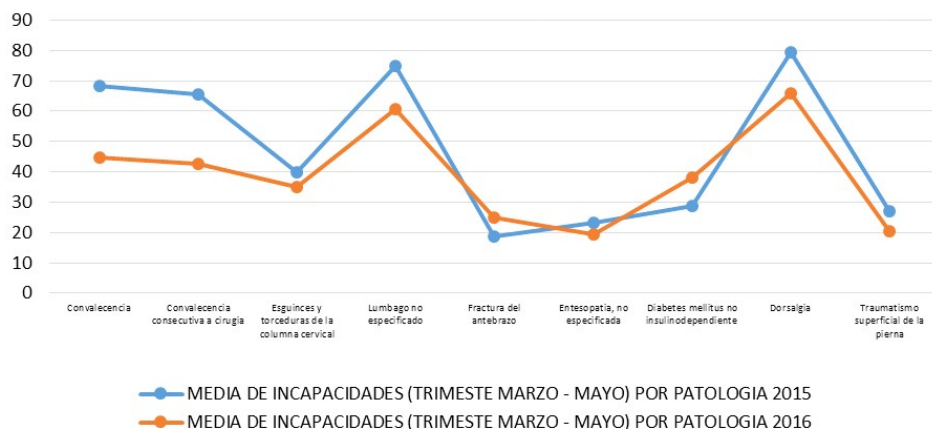


Figura 8
Comparativo de días de incapacidad por diagnóstico otorgados den trimestre en estudio entre 2015 y 2016. Diez causas más frecuentes



DISCUSIÓN

Existen pocas descripciones en relación a las comparaciones de la literatura que pudieran contrastarse con las observaciones del presente estudio. Es probable que en el Imss no se haya realizado una intervención similar a la propuesta en nuestro protocolo; sin embargo, de las referencias que podemos mencionar al respecto, Echeverría-Zuno, en el 2009, en su estudio de la incapacidad temporal, refiere que en el periodo de un año (2007) en México se subsidiaron 8,1 mil millones de pesos en prescripciones de incapacidad en total (EG, RT y maternidad)¹. En nuestro estudio, en un periodo 3 meses de evaluación, se encontró un gasto de 1 589 253,55, lo que equivale a 6 357 014,20 si consideramos una escala en proporción del año 2015, el dato puede ser relacionado con un porcentaje más elevado a lo esperado para los costos de prescripción; sin embargo, hay que considerar que nuestros datos son solamente de una unidad médica y que pertenecen solo al 30 % de los médicos adscritos a la unidad.

Dentro del rubro de nuestro estado, en 2015 la delegación Baja California subsidió 2 081 084 días por EG y RT, lo cual significó un gasto promedio de 375 millones de pesos general y un gasto aproximado de 70 millones de pesos por EG y RT, siendo que nuestra unidad médica aportó en ese mismo año para el trimestre estudiado un gasto equivalente a 2 098 365,50, que se pueden extrapolar a un gasto anual en 2015 de 8 393 462,00 de pesos, un considerable 9 % del gasto total estatal.

Se ha demostrado que la retro-información constante reporta resultados favorables en la optimización de prácticas prescriptivas en el Instituto, según Rentería-Lara¹³; en nuestra muestra observamos una considerable disminución de prescripción de incapacidad de 4 incapacidades y 43 días menos prescritos de incapacidad en 2016 en comparación con 2015 en el trimestre evaluado, donde se implementó la estrategia de retro-información; esto equivale en promedio a 5 000,00 pesos por médico por mes en la UMF 40, lo que a su vez significa 60 000 pesos mensuales, considerando los 12 médicos incluidos en el presente estudio, esto si se mantuviera la contención del gasto constante.

‘La posibilidad de crear estrategias específicas que ayuden a disminuir su prescripción representará miles o quizá millones de pesos menos en el gasto de subsidios’, menciona Löfgren A en su estudio de 2010⁹, dato que nuestros resultados nos permiten corroborar, encontrando que una disminución discreta en días, número y costos de incapacidades en nuestra población genera significación estadística en la contención del gasto y se demuestra en la descripción de nuestra estadística.

En relación a la presentación de las enfermedades, dato que nos permite analizar la tendencia de la morbilidad entre los años 2015-2016, constatamos que nuestros datos observan significación estadística debido a que

esta tendencia de las patologías más frecuentes observó parámetros similares, lo que nos permite determinar que una intervención de retroalimentación disminuye los costos, días e incapacidades prescritas, no encontrando sesgo en la distribución de las enfermedades.

Uno de los aspectos fundamentales para el efecto logrado es la cercanía en el tiempo de la retro-información pasiva presentada a los clínicos, y la disposición del personal para lograr cambios en la práctica prescriptiva; es por esto que fue de suma importancia el seguimiento semanal y cercano a la toma de decisiones del clínico presentada en el estudio, que generó cambios en el comportamiento prescriptivo desde las primeras cuatro semanas¹⁷.

Finalmente, los resultados obtenidos van en relación a los obtenidos en estudios que específicamente valoran los resultados de una auditoría o retro-información continua para generar un cambio en el comportamiento del personal de salud, en los que se concluye que los resultados positivos son de pequeños a moderados comparado con la no intervención, y que el efecto suele perdurar desde 3 semanas hasta 6 meses¹⁷⁻¹⁹.

Podemos concluir con fundamentos estadísticos y descripción adecuada de las variables del estudio que, efectivamente, una intervención de retro-información de las prescripciones y número de días otorgados a manera de sesiones informativas al personal, genera una modificación de la conducta observada en relación a disminución de la prescripción de las mismas incapacidades y días otorgados por parte del médico al trabajador.

Esta disminución de las incapacidades otorgadas se refleja en la misma disminución de los costos erogados por la unidad del Imss, cifra que ascendió en la comparación de medias por el método estadístico de *t* de Student a 3 865,025 por médico por mes solo en el trimestre marzo mayo de 2016, lo que se puede traducir a 15 460,10 pesos anuales en promedio, que como se refirió previamente, solo se pudo realizar el análisis en base a 12 médicos que cumplieron con las características del estudio, y que si se consideraran a los 36 médicos que realmente laboran en la unidad, la cifra promedio anual de disminución en los costos por prescripción de incapacidad pudiera ascender a 463 803 pesos anuales, considerando solamente la unidad donde se llevó a cabo la investigación.

Consideramos que el estudio debe servir como base a posteriores investigaciones con poblaciones más ampliadas y homogéneas, considerando a la totalidad de los médicos de las unidades de una región, ya que nos permitiría un mejor índice de prescripción adecuada, así como una disminución considerable del gasto generado en el Instituto Mexicano del Seguro Social y la posibilidad de elaboración de herramientas de retro-información que mantengan a la población médica pendiente de sus estadísticas y con la constante de mejora en el apartado

de la prescripción de incapacidades en beneficio de los gastos generados para la institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echeverría S, Mar AJ, Borja VH, Méndez FJ, Aguilar L, Rascón RA. La incapacidad temporal para el trabajo desde la perspectiva médica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(5):565-74.
2. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. 1970. Ley Federal del Trabajo (Revisión del año 2014), México Distrito Federal. Legislación vigente (LFT) [Internet]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/pdf/125.pdf>.
3. Diario Oficial de la Federación (DOF): 30/11/2006. Reglamento de Prestaciones Médicas (RPM) del Instituto Mexicano del Seguro Social (Imss) [Internet]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4939079&fecha=30/11/2006.
4. González FJ, Cadarso C, Valdez L, Lado ME, Bugarin R, Vilariño C, et al. Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Aten Primaria.* 2006;37(8):431-8.
5. Shiels C, Gabbay MB, Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract.* 2004;54:86-91.
6. Anton F, Llorens G, Catalán J.B, Rodríguez M. Características evolutivas de la incapacidad temporal en un Centro de Salud. *SEMERGEN.* 2009;35(6):265-9.
7. Hultin H, Lindholm C, Malfert M, Moller J. Short-term sick leave and future risk of sickness absence and unemployment - the impact of health status. *BMC Public Health.* 2012;12:861.
8. Gabbay MB, Taylor L, Sheppard L, Hillage J, Bamba C, Ford F, et al. NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *Br J Gen Pract.* 2011; DOI: 10.3399/BJGP11x561221.
9. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC Public Health.* 2010;10(61):1471-2458.
10. Constantino P, Torres LP, Posadas JL, Nevárez A, García F. Prescripción de certificados de incapacidad temporal en el Imss. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(1):89-96.
11. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopedic surgeons. *BMC Pub Health.* 2007;7:273.
12. Bränström R, Arrelöv B, Gustavsson C, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson GH, et al. Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC Public Health.* 2013;13:478.
13. Rentería A, Montoya J, Morales A, Torres H, López JL. La retro-información hacia los médicos sobre su práctica prescriptiva disminuye el uso de medicamentos. *Mult Fac Invest en Salud.* 2003;3(12):167-83.
14. Schellart AJM, Mulders H, Steenbeek R, Anema JR, Kroneman H and Besseling J. Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. *BMC Public Health.* 2011;11:864.
15. Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care.* 2011; 29:7-12.
16. López P, Salinas S, Martin IA, Méndez MM, Quezada RM, Martínez E. Impacto de los programas preventivos de accidentes de trabajo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010;48(4):353-60.
17. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA y Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;2:1-83.
18. Soleymani F, Rashidian A, Dinarvand R, Kebriaeezade A, Hosseini M, Abdollahi M. Assessing the effectiveness and cost-effectiveness of audit and feedback on physician's prescribing indicators: study protocol of a randomized controlled trial with economic evaluation. *DARU.* 2012;20(88):1-7.
19. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, et al. Achieving change in primary care-effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review. *BMJ Open.* 2015;5:1-17.

Recibido: 17 de noviembre de 2017

Aprobado: 25 de diciembre de 2017