

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UN MODELO ADMINISTRATIVO PARA DISMINUIR LOS DÍAS DE INCAPACIDAD POR RIESGO DE TRABAJO EN UNA INSTITUCIÓN MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA ZONA DEL BAJÍO

DEVELOPMENT AND APPLICATION OF AN ADMINISTRATIVE MODEL TO DECREASE DAYS OF INCAPACITY FOR WORK RISK IN A MEXICAN SOCIAL SECURITY INSTITUTION IN THE BAJIO ZONE

*Tania Reus González*¹
*Sergio Adalberto Franco Chávez*²
*Fernando González Sandoval*³

RESUMEN

Las incapacidades constituyen un problema a nivel mundial por los altos costos en la atención médica, y se relacionan con afectaciones y mermas financieras de instituciones de seguridad social. El análisis de éstas, según los tiempos aproximados de curación, ofrece una aproximación a su distribución y frecuencia. La presente investigación es cuantitativa y se caracteriza por ser descriptiva y retrospectiva. Ubicándola en tiempo, espacio y persona; la población objeto de estudio la constituyen todos aquellos trabajadores que laboran en un hospital de seguridad social en la Zona del Bajío con incapacidad por accidente de trabajo y de trayecto. La intervención consiste en un proceso administrativo de las incapacidades por accidente de trabajo y de trayecto, mediante el desarrollo y aplicación de un modelo administrativo en una zona médica elegida. Los principales resultados muestran una disminución significativa de los días de incapacidad.

Palabras clave: modelo administrativo, accidentes de trabajo, accidentes de trayecto, días de incapacidad

ABSTRACT

Due to the high costs of medical care, disability days are a worldwide issue directly related to negative impacts and financial losses in social security institutions. The analysis of these disabilities -according to their approximate recovery times- provides an approximation to their distribution and frequency. This is a quantitative research characterized as descriptive-retrospective -time and space location, and individuals. The target population for this study was workers of a social security hospital in El Bajío area (Central Mexico) with disabilities resulting from occupational accidents and commuting accidents. The study consisted on an administrative processing of disabilities due to occupational accidents and commuting accidents, developing and applying the administrative model in a chosen medical area. The main results show a decrease in the number of disability days.

Key words: administrative model, occupational accidents, commuting accidents, disability days

INTRODUCCIÓN

La administración de los procesos consiste en la planeación y administración de las actividades neces-

rias para lograr un elevado nivel de desempeño en un proceso, en la identificación de oportunidades para mejorar la calidad y el desempeño operacional, y, finalmente, en la satisfacción del cliente¹.

Los riesgos de trabajo son los causantes de accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo; también pueden ser en trayecto, de su hogar a su trabajo o viceversa.

Se considera accidente de trabajo a toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste. También se considera accidente de trabajo el que se produce al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél.

Por enfermedad de trabajo se entiende todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios².

En México, el otorgamiento de incapacidades es responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quien tiene la facultad exclusiva de la expedición de certificados con base en la Ley del Seguro Social y en la estricta aplicación del reglamento para la expedición de incapacidades a los asegurados del régimen obligatorio del seguro social, y del programa de atención prioritaria al trabajador, en los que se establece la responsabilidad del médico tratante para definir el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del asegurado en un término de siete días hábiles³.

La incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo; la incapacidad permanente parcial es la dismi-

¹ Maestra en Ciencias, Profesora Investigador Asociado B

² Doctor en Ciencias, Investigador Titular C. Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, Jalisco, México

³ Maestro en Ciencias, Investigador Asociado C

Correspondencia:

DrC Sergio Adalberto Franco Chávez

Dr. Manuel R. Alatorre N° 252, Colonia Genera Real, CP 44400, Guadalajara, Jalisco, México

E-mail: sergiof@redudg.udg.mx

nación de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar; y la incapacidad permanente total, es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida⁴.

Las incapacidades constituyen un problema a nivel mundial por los altos costos en la atención médica; se relacionan con afectaciones y mermas financieras de instituciones de seguridad social⁵⁻⁷. El análisis de éstas según los tiempos aproximados de curación, ofrece una aproximación a su distribución y frecuencia⁸.

MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación es cuantitativa y se caracteriza por ser descriptiva y retrospectiva. En cuanto a la ubicación en tiempo, espacio y persona la población objeto de estudio son todos aquellos trabajadores que laboran en un hospital de seguridad social en la Zona del Bajío, que son catalogados con incapacidad por accidente de trabajo y de trayecto. Se incluyen todos los trabajadores que laboran en el hospital y que hayan tenido accidente de trabajo o de trayecto con incapacidad. Se excluyen los que sufrieron accidentes de trabajo caracterizados por cambio a otro hospital.

Las variables de estudio son: categoría, áreas donde ocurrieron los riesgos de trabajo, actividades realizadas cuando ocurrió el accidente, turno, meses del año, región anatómica, tipo de accidente, causas y agente de la lesión.

Los datos se obtienen de los formatos que maneja el hospital de seguridad social (reporte de accidentes de trabajo).

Los instrumentos para recolección de información se caracterizan por ser estructurados y codificados incluyendo la totalidad de las variables de estudio. El manejo de este instrumento es responsabilidad del investigador y su aplicación a la totalidad de la población en estudio, así como su validación.

La recolección de la información es directa y estructurada con la identificación de variables de estudio en el expediente clínico.

La concentración e interpretación de la información es por computadora personal utilizando los programas necesarios.

En cuanto a consideraciones éticas, se tomó en cuenta el reglamento sobre investigación en la Ley General de Salud. El presente proyecto es catalogado como de riesgo mínimo, identificando mayores beneficios sin violar los derechos humanos del trabajador. El proyecto de investigación fue sustentado ante comité legal.

El proceso tradicional médico-administrativo para el manejo de los trabajadores con accidentes de trabajo y de trayecto, es el siguiente:

- El trabajador accidentado acude al servicio de urgencias donde el médico extiende incapacidad de

uno a tres días y formula un diagnóstico o probable diagnóstico.

- El accidentado o paciente es canalizado a su unidad médica correspondiente con el médico de salud en el trabajo para que califique el riesgo.
- El médico de salud en el trabajo deriva al paciente con el médico familiar, quien prescribe tratamiento y otorga más incapacidad si es necesario.
- El paciente evoluciona de manera tórpida, el médico familiar lo envía al segundo o tercer nivel de atención médica.
- El médico especialista canaliza al paciente para que se le realice exámenes clínicos y de gabinete; concluye con un diagnóstico final y otorga incapacidad hasta que el paciente pueda volver a su trabajo.
- Si el accidentado o paciente requiere más días de incapacidad, es citado al comité de evaluación de la atención médica, para realizar una evaluación objetiva y concreta el caso, de tal forma que se proceda a:

1. Continuar con la incapacidad porque así sea necesario.
2. Alta a laborar, cuando el paciente se encuentra en condiciones óptimas para desarrollar su trabajo.
3. Elaborar incapacidad parcial permanente cuando el paciente tiene disminución de las facultades o aptitudes requeridas para trabajar.

Esta información se envía al comité de evaluación a la atención médica de la unidad de medicina familiar para su conocimiento y tramite.

RESULTADOS

Antes de la intervención

En la categoría del trabajador, la enfermera general ocupó el primer lugar con 35,43% (45 casos); la auxiliar de enfermería con 21,26% (27 casos); la auxiliar de intendencia con un 20,47% (26 casos); la enfermera especialista con un 9,45% (12 casos); la laboratorista y el asistente médico con 3,4%, respectivamente (4 casos); el médico no familiar, el ingeniero y el auxiliar de almacén 1,58%, respectivamente (2 casos); y el auxiliar de farmacia, el psicólogo y el técnicos de equipo 0,79%, respectivamente (1 caso) (figura 1).

En relación con las áreas donde ocurrieron los accidentes, en hospitalización 37,79% (48 caso); en la vía pública 36,23% (46 casos); en los pasillos del hospital 7,88% (10 casos); en el quirófano 4,72% (6 casos), urgencias médicas 3,93% (5 casos), en los vestidores 3,14% (4 casos), en el laboratorio 2,36% (3 casos); en el consultorio, en la casa de máquinas, en el sub-almacén, en la farmacia y en la planta principal, respectivamente, con 1 caso (figura 2).

Figura 1
Distribución de los accidentes según la categoría del trabajador

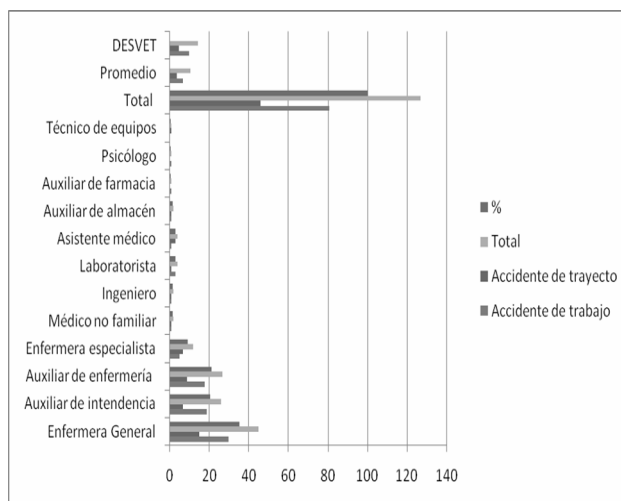
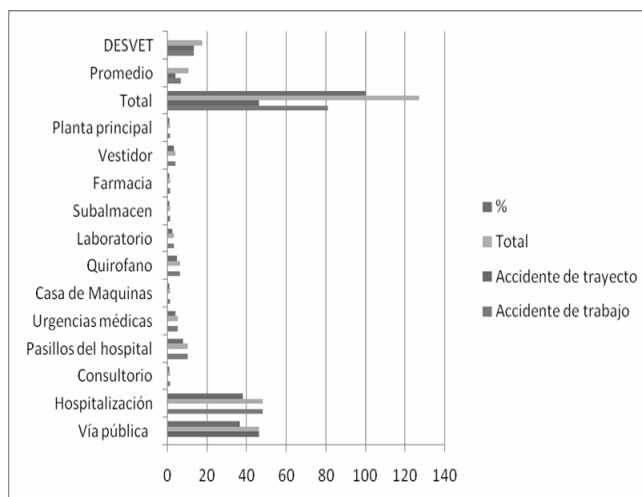


Figura 2
Distribución de los accidentes por áreas donde ocurrieron



Teniendo en cuenta las actividades que se realizaban cuando ocurrieron los accidentes, preparando medicamentos 20,48% (26 casos); al conducir vehículos 14,17% con (18 casos); al realizar limpieza y al asear pacientes 11,03%, respectivamente, (14 casos); bajando del carro y caminando a marcar la entrada para empezar a trabajar, 8,66% (11 casos); caminando hacia el trabajo 7,87% (10 casos); al ir bajando las escaleras 6,29% (8 casos); al salir de su casa para ir a laborar 5,51% (7 casos); al refundar aguja 4,72% con (4,72%) con (6 casos), levantando objetos diversos, al cerrar puerta de los vestidores 3,16% respectivamente (4 casos); al tomar muestra de sangre 2,36% (3 casos); manipular objetos diversos y al transportar medicamentos 0,78%, respectivamente, con un caso (figura 3).

Referente al turno de trabajo que ocurrió el accidente, en el matutino 66,14% (84 casos), en el vespertino 22,04% (28 casos) y en el nocturno 11,82% (15 casos) (figura 4).

Según el mes del año en que ocurrió el accidente, en enero 15,75% (20 casos), en septiembre 14,18%

(18 casos), en abril 11,81% (15 casos), en diciembre 9,45% (12 casos), en febrero 8,67% (11 casos), en agosto 7,87% (10 casos); en marzo, junio, julio, octubre y noviembre 5,51%, respectivamente (7 casos); y en mayo 4,72% (6 casos) (figura 5).

En lo referente a la región anatómica, las manos 25,99% (33 casos), en la región lumbar 22,84% (29 casos), en los tobillos 18,90% (24 casos), en los brazos 11,82% (15 casos), en los pies y sus partes 7,88% (10 casos), en las piernas 4,72% (6 casos), en los hombros 3,93% (5 casos), en las rodillas 3,14% (4 casos), y en el dorso 0,78% (un caso) (figura 6).

Según el tipo de accidente, por movimientos bruscos 40,16% (51 casos), por exceso físico 14,18% (18 casos), por contragolpe 12,60% (16 casos), heridas 11,02% (14 casos), por pinchadura o movimientos repetidos 6,30%, respectivamente, (8 casos), y por contacto con sustancias químicas 3,94% (5 casos) (figura 7).

Figura 3
Distribución de los accidentes según actividades realizadas cuando se produjo

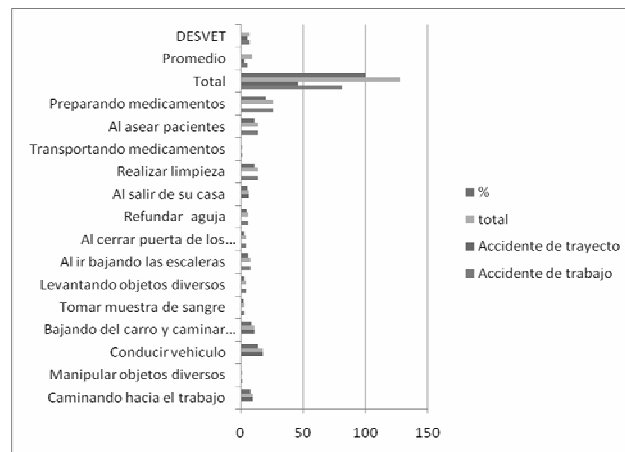


Figura 4
Distribución de los accidentes según el turno de trabajo en que ocurrió

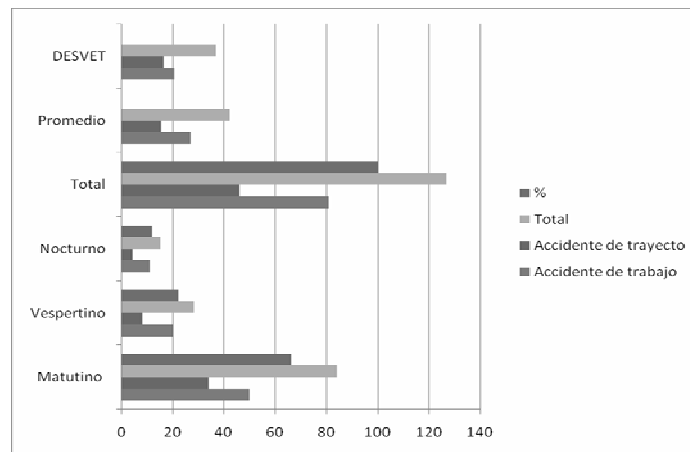


Figura 5
Distribución de los accidentes según el mes del año en que ocurrió

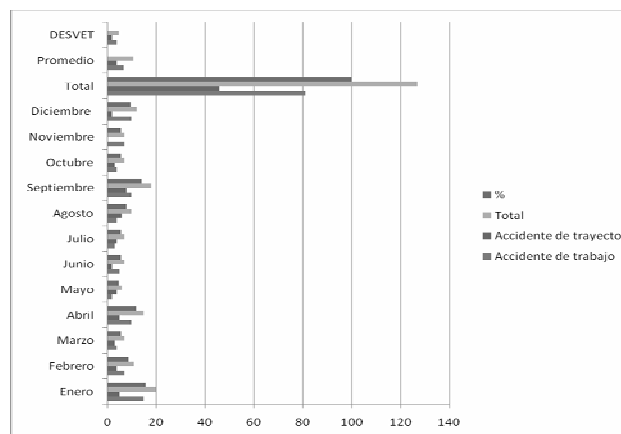


Figura 6
Distribución de los accidentes según la región anatómica afectada

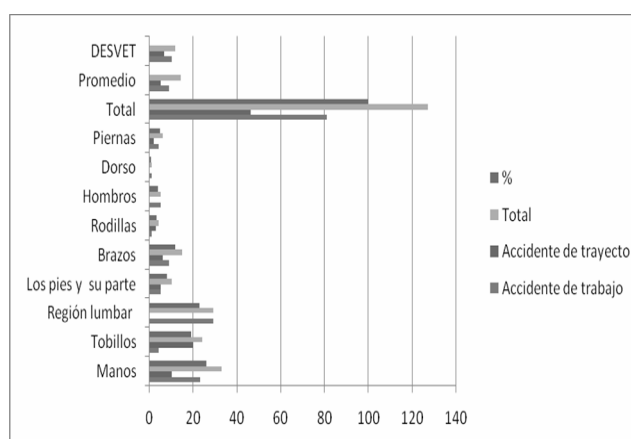
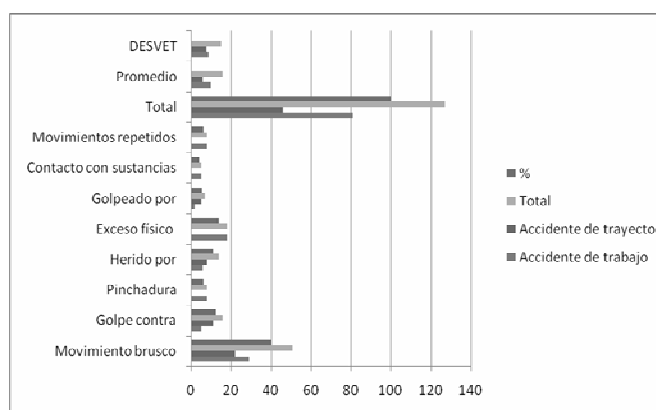
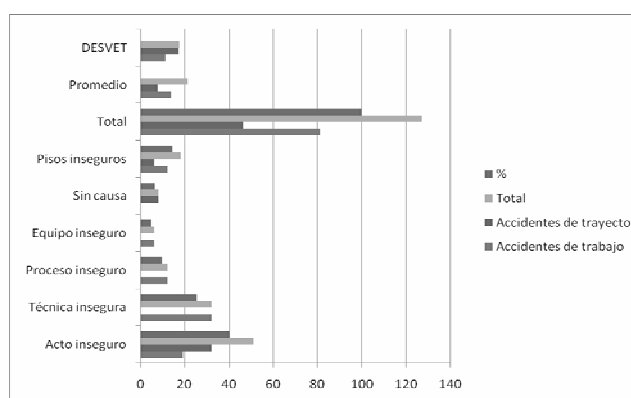


Figura 7
Distribución de los accidentes según el tipo de accidente



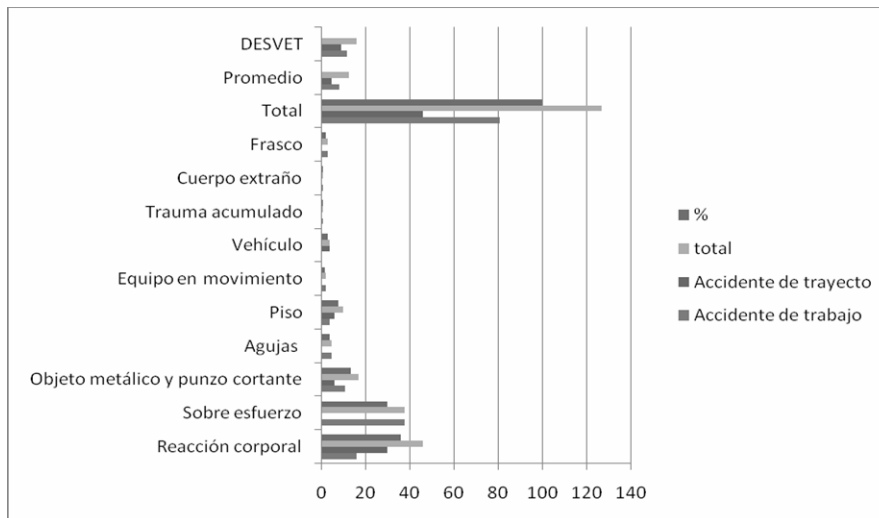
De acuerdo con la causa del accidente, por acto inseguro 40,16% (51 casos), por técnica insegura 25,20% (32 casos), por pisos inseguros 14,17% (18 casos), por proceso inseguro 9,45% (12 casos), sin causa conocida 6,30% (8 casos); y por equipo inseguro 4,72% (6 casos) (figura 8).

Figura 8
Distribución de los accidentes según las causas que los propiciaron



Según el agente causante de la lesión, por reacción corporal 36,21% (46 casos), por sobre esfuerzo 29,92% (38 casos), por objeto metálico y punzocortante 13,38% (17 casos), por el piso 7,87% (10 casos), por agujas 3,94% (5 casos), por vehículo 3,15% (4 casos), por frasco 2,36% (3 casos), por equipo en movimiento 1,57% (2 casos), por trauma acumulado y por cuerpo extraño 0,80%, respectivamente, (un caso) (figura 9).

Figura 9
Distribución de los accidentes según el agente causal de la lesión



En cuanto a mejoras necesarias de los procesos, se puede incluir qué hace la organización para:

- Identificar y establecer prioridades para las oportunidades de mejora -y otros cambios- tanto continuos como drásticos.
- Utilizar los resultados del rendimiento operativo y de las percepciones, así como la información procedente de las actividades de aprendizaje, para establecer prioridades y objetivos de mejora, además de métodos mejorados de funcionamiento de las operaciones.
- Estimular el talento creativo e innovador de empleados y clientes, y hacer que repercuta sobre las mejoras continuas y drásticas.
- Descubrir y utilizar nuevos diseños de procesos, filosofías operativas y tecnologías que faciliten las operaciones.
- Establecer los métodos idóneos para llevar a efecto el cambio.
- Establecer pruebas piloto y controlar la implantación de procesos nuevos o alterados.
- Comunicar los cambios introducidos en los procesos a todos los grupos de interés pertinentes.
- Asegurarse de que las personas de la organización reciban la formación pertinente para operar procesos nuevos o alterados antes de su implantación.
- Asegurar que los cambios de los procesos alcanzan los resultados previstos.

Una vez definidos los procesos en el seno de una organización, es necesario gestionarlos de manera que la mejora continua en los mismos sea un hecho. La mejora permanente en dichos procesos no debe producirse únicamente como consecuencia de niveles de calidad por debajo de los esperados, sino que en muchas ocasiones las acciones de mejora en los procesos se hacen necesarias para acomodarse a los cambios

acaecidos en el entorno a la organización o en el seno de la misma

Entre los cambios del entorno más frecuentes nos encontramos con los cambios en las necesidades y expectativas de los clientes, los relacionados con la evolución de la competencia y los tecnológicos, que afectan a la forma en que la organización puede ejecutar sus procesos o a los propios productos que ésta ofrece. Los cambios internos pueden ser de muy diversa índole, como por ejemplo los relativos a la formación y motivación de los empleados, en los proveedores o la propia evolución natural de las actividades y procesos internos.

Si bien las necesidades de mejora afecta a todos los procesos, será siempre necesario identificar qué procesos necesitan ser mejorados en primer lugar o con mayor intensidad. Para ello, la organización cuenta con una herramienta excepcional como los indicadores de calidad, eficacia y eficiencia del proceso. A través de ellos y mediante la comparación de los objetivos marcados, el propietario del proceso y la alta dirección podrán entender dónde se encuentran las prioridades reales de mejora. Es conveniente que los indicadores clave del proceso sean revisados a nivel de la alta dirección, como modo de mantenerla informada de los resultados de esos procesos y para obtener su apoyo y total compromiso con las necesidades de mejora identificadas a través del análisis de dichos indicadores.

Así pues, la asignación de objetivos a los indicadores de los procesos es el elemento clave para que las prioridades de mejora de procesos sean correctas. Los objetivos de los indicadores deben sacar a la luz las oportunidades de mejora de los procesos, para lo que deben estar basados en información objetiva procedente del interior de la organización y también del entorno.

Una vez identificado un proceso como susceptible de ser mejorado y conociendo el objetivo a alcanzar, es responsabilidad del propietario coordinar las activi-

dades de todas las personas implicadas para lograr la mejora del proceso. En general, la mejora podrá producirse de dos formas, de manera continua mediante reingeniería de procesos, que optimiza los procesos existentes mediante mejoras incrementales, y la eliminación de operaciones que no aportan valor añadido.

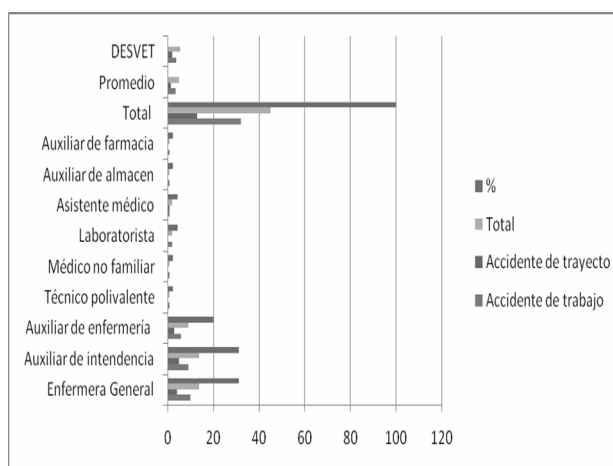
Su aplicación es de abajo-arriba; por ejemplo, propuesta por un equipo de mejora y aprobada por la dirección. La reingeniería, por el contrario, se aplica en un espacio de tiempo limitado y el objetivo es conseguir un cambio radical del proceso sin respetar nada de lo existente. Es una solución puntual que cambia por completo el proceso. La reingeniería se aplica de arriba-abajo, surge de una propuesta de la dirección

que a continuación un grupo de empleados se encarga de desarrollar.

Post-intervención

En lo referente a las categorías profesionales; en la enfermera general y en la auxiliar de intendencia, respectivamente, se produjo el 31,11% de los accidentes (14 casos); en la auxiliar de enfermería el 20,00% (9 casos); en la laboratorista y en la asistente médico, respectivamente, 4,44% (2 casos); y en el técnico polivalente, en el médico no familiar, en el auxiliar de almacén y en el auxiliar de farmacia, respectivamente con un caso (figura 10).

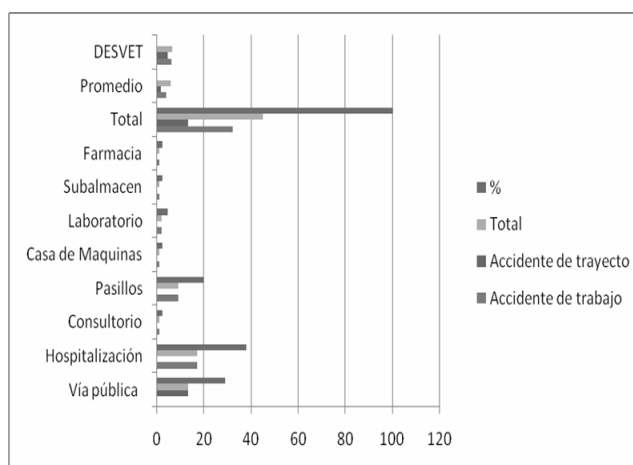
Figura 10
Distribución de los accidentes según la categoría laboral del afectado



Según las áreas donde ocurrieron los accidentes; 37,78% fueron en hospitalización (17 casos), en la vía pública 28,89% (13 casos), en pasillos del hospital 20,00% (9 casos), en el laboratorio 4,44% (2 casos),

en el consultorio, en la casa de máquinas, en su almacén y en farmacia, respectivamente, 2,22% (un caso) (figura 11).

Figura 11
Distribución de los accidentes según las áreas en que ocurrieron



Según las actividades que realizaban cuando ocurrió el hecho, 17,78% fueron caminando hacia el trabajo y

realizando limpieza, respectivamente (8 casos); preparando medicamentos 15,56% (7 casos); refundando las

agujas 13,33% (6 casos); al conducir vehículo y al asear pacientes, respectivamente, 11,11% (5 casos); al tomar muestras de sangre 6,67% (3 casos); levantando objetos diversos 4,44% (2 casos); y al manipular objetos diversos 2,22% (un caso) (figura 12).

De acuerdo con el turno de trabajo en que ocurrió el accidente; el 64,44% (29 casos) fue en el matutino, y en el vespertino 35,56% (16 casos) (figura 13).

40,00% de los accidentes (18 casos) ocurrieron en el mes de octubre, en enero 15,66% (7 casos), en diciembre 13,33% (6 casos), en junio 8,89% (4 casos), en abril 6,67% (3 casos), en febrero y mayo, respectivamente, 4,44% (2 casos), y en marzo, julio y agosto, respectivamente, 2,22% (un caso) (figura 14).

En cuanto a la región anatómica afectada, 22,22% de los accidentes fueron en las rodillas (10 casos), en las manos y hombros, respectivamente, 20,00% (9 casos), en la región lumbar 17,78% (8 casos), en los tobillos 11,11% (5 casos), y en las piernas 8,89% (4 casos) (figura 15).

Según el tipo de accidente, 33,33% fueron por caída al mismo nivel (15 casos), por pinchadura 20,00% (9 casos), por exceso físico 15,56% (7 casos), por golpe contra y por golpeado, respectivamente, 13,33% (6 casos), por movimiento brusco y por herida, respectivamente, 2,22% (un caso) (figura 16).

Teniendo en cuenta las causas que originaron el accidente, 42,22% se produjeron sin causa conocida (19 casos), por pisos inseguros 33,33% (15 casos), por actos inseguros 11,11% (5 casos), por técnica insegura 8,89% (4 casos), y por proceso inseguro 4,44% (2 casos) (figura 17).

Según el agente causal de la lesión, por el piso fue el 35,56% (16 casos), por agujas 20,00% (9 casos), por sobre esfuerzo 15,56% (7 casos), por reacción corporal y por vehículo, respectivamente, 11,11% (5 casos), por cuerpo extraño 4,44% (2 casos), y por objeto metálico y punzocortante 2,22% (un caso) (figura 18).

Figura 12
Distribución de los accidentes según las actividades que se realizaban al ocurrir los mismos

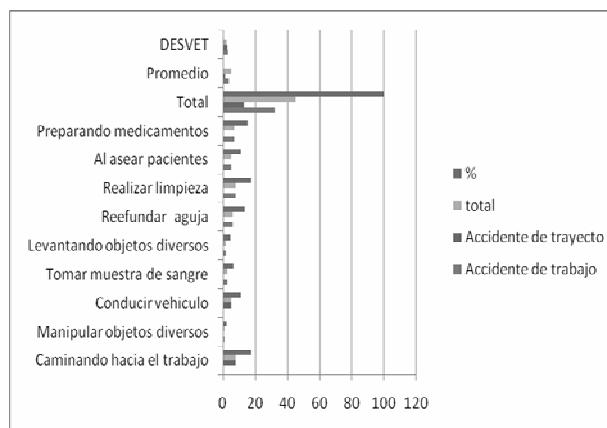


Figura 13
Distribución de los accidentes según el turno de trabajo en que ocurrió

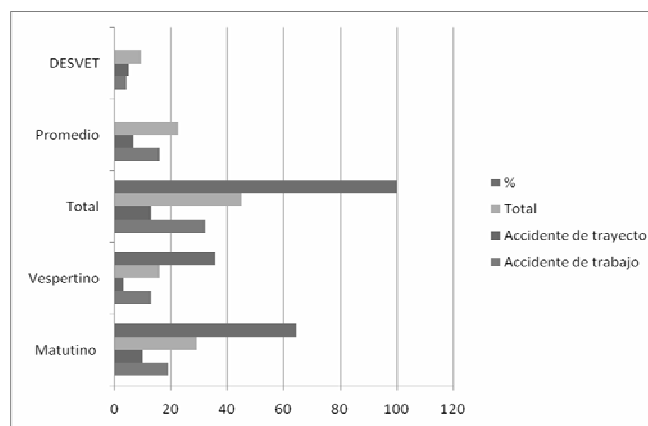


Figura 14
Distribución de los accidentes según el mes del año

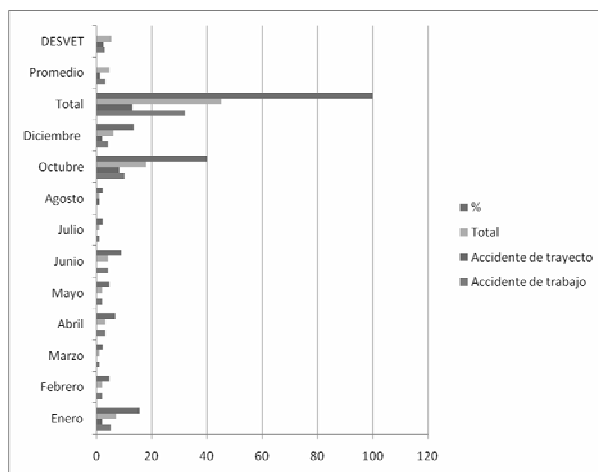


Figura 15
Distribución de los accidentes según la región anatómica afectada

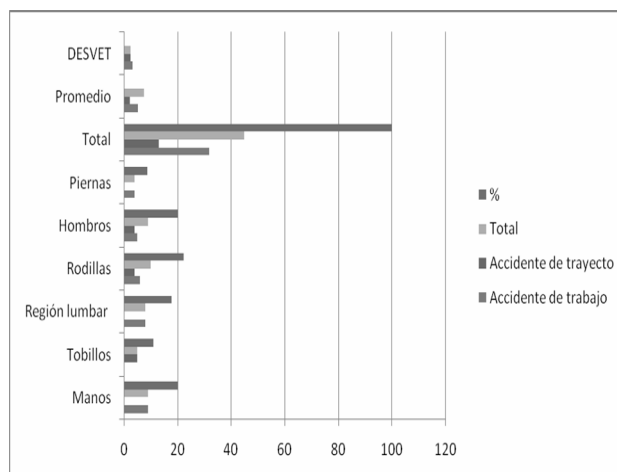


Figura 16
Distribución de los accidentes según el tipo

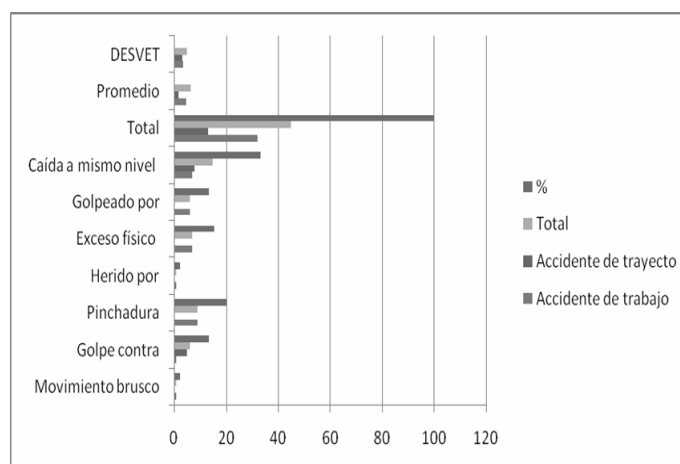


Figura 17
Distribución de los accidentes según las causas que los originaron

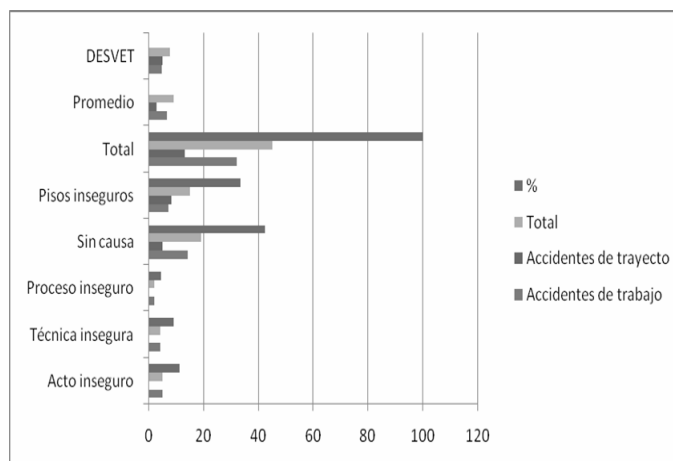
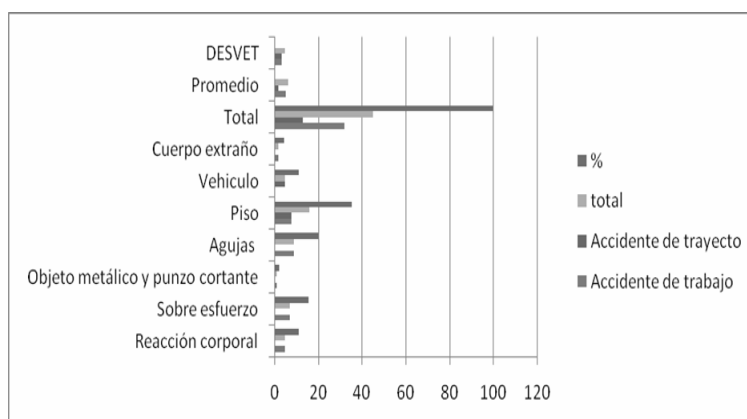


Figura 18
Distribución de los accidentes según el agente causal de la lesión



DISCUSIÓN

Con el desarrollo y aplicación del modelo administrativo para los disminuir días de incapacidad por accidentes laborales en la institución mexicana de seguridad social en la zona del Bajío, se obtuvo lo siguiente:

En la primera fase de la investigación -la pre-intervención-, en el proceso del control de incapacidades por accidente de trabajo y de trayecto en trabajadores de la institución de seguridad social, el análisis nos marca que este proceso se encontraba prolongado en los tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones, según la norma de la institución 8; fueron diferentes a los días otorgados a los accidentados. De los 127 casos que ocurrieron, debieron resolverse en 1,115 días según los tiempos aproximados de curación. Sin embargo, el total de días subsidiados a estos trabajadores fue de 2 275, resultando 1 160 días más de lo esperado.

Con el desarrollo y aplicación del modelo administrativo para disminuir días de incapacidad por ries-

go de trabajo (accidentes de trabajo y de trayecto), se logró la disminución de los días de incapacidad.

En la segunda fase de la investigación -la post-intervención-, de los 45 accidentes, de los cuales 32 fueron accidentes de trabajo y 13 accidentes de trayecto, se otorgaron 45 incapacidades, que causaron 775 días de incapacidad, de acuerdo a los tiempos aproximados de curación con atención médica adecuada y sin complicaciones. Deberían haber sido 660 días de incapacidad; por lo tanto, se otorgaron 175 días de más.

BIBLIOGRAFÍA

1. James R, Evans W. Administración de control de calidad. 4ª ed. México DF: Thomson Editorials; 2000. p. 339-93.
2. Trueba A, Trueba J. Ley Federal del Trabajo. 75ª ed. México DF; 1995.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglamento para la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo a los asegurados del régimen obligatorio del seguro Social. México DF: IMSS; 1993.

4. Diario Oficial de la Federación, Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Ley del Seguro Social. México DF: Gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; diciembre de 1995.
5. Webster SH. The cost of 1989 workers' compensation low pain claims. *Libert Mutual Insurance Company, Spine* 1994;19:1111.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico 1995. México DF: Coordinación de Comunicación Social del IMSS; 1995. p. 25.
7. Treviño GMN, Calderón RAF. Salud en el trabajo. Análisis dentro del IMSS. México DF: Coordinación de Comunicación Social IMSS; 1994. p. 73.
8. Legaspi JA. Tiempos aproximados de curación de las lesiones traumáticas con atención médica adecuada y sin complicaciones. México DF: IMSS; 1988. p. 30.

Recibido: 27 de abril de 2009

Aprobado: 1º de julio de 2009