



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO.  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS.  
“DR. IGNACIO CHÁVEZ.”  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. N° 80.**

**“EVALUACIÓN DE LOS DICTÁMENES DE INVALIDEZ.”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:  
SERGIO OBED SILVA FARFÁN.  
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO.**

**ASESOR:  
DR. JORGE LUIS VANEGAS ROJAS.**

**COASESOR  
DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO  
MAESTRO EN PEDAGOGÍA**

**COASESOR ESTADÍSTICO  
MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO.  
ANALISTA COORDINADOR “A”**

**MORELIA, MICHOACÁN. MÉXICO. MARZO 2009.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO.  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ.  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

**DR. JAVIER RUÍZ GARCÍA.  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
U.M.F N° 80**

**DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ.  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.  
U.M.F N° 80**

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ.  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR.IGNACIO CHÁVEZ”**

**DR. RAFAEL VILLA BARAJAS.  
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR.IGNACIO CHÁVEZ”**

Este trabajo se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social; Unidad de Medicina Familiar N° 80 Morelia, Michoacán. México. Servicio de Salud en el Trabajo.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**SERGIO OBED SILVA FARFÁN**

Médico Residente del Curso de Especialidad en Medicina Familiar.

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 80

Morelia, Michoacán. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

**ASESOR**

**JORGE LUIS VANEGAS ROJAS**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

**COASESOR**

**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO**  
MAESTRO EN PEDAGOGÍA

**COASESOR ESTADÍSTICO**

**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO.**  
ANALISTA COORDINADOR "A"

## **COLABORADORES**

**DR. JAVIER RUÍZ GARCÍA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

## **AGRADECIMIENTO**

### **A LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE ESTE TRABAJO**

Dr. Eduardo C. Pastrana Huanaco.

Dr. Benigno Figueroa Núñez.

Dr. Víctor Manuel Farías Rodríguez.

Dr. Rafael Villa Barajas.

Dr. Jorge Luis Vanegas Rojas.

Dr. Javier Ruíz García.

Dra. Olivia Mejía Rodríguez.

Dr. Valentín Roa Sánchez.

Dra. María del Socorro Uribe Díaz.

C. Blanca Estela Caballero Sánchez.

Mat. Carlos Gómez Alonso.

## **DEDICATORIA**

A Dios por la vida y salud.

A María por la fortaleza que demostró hasta el final.

A mi Hermano Amalec, por la lucha que enfrenta cada día.

A mi Esposa Estela y a mis Hijos Yael y Kevin por su apoyo, amor y paciencia.

A mis Amigos Juan Carlos, Manuel, Alejandra por su amistad, gracias.

# I. ÍNDICE GENERAL

## CONTENIDO.

	<b>Páginas.</b>
I. Índice general.....	<b>1</b>
II. Relación de cuadros.....	<b>2</b>
III. Resumen.....	<b>3</b>
IV. Abstract.....	<b>4</b>
V. Abreviaturas.....	<b>5</b>
VI. Glosario.....	<b>6</b>
VII. Introducción.....	<b>8</b>
VIII. Antecedentes.....	<b>9</b>
IX Planteamiento del problema.....	<b>13</b>
X. Justificación.....	<b>14</b>
XI. Objetivos.....	<b>15</b>
XII. Material y métodos.....	<b>16</b>
XIII. Análisis estadístico.....	<b>17</b>
XIV. Resultados.....	<b>19</b>
XV. Discusión.....	<b>24</b>
XVI. Conclusiones.....	<b>26</b>
XVII. Sugerencias.....	<b>29</b>
XVIII. Bibliografía.....	<b>30</b>
XIX. Relación anexos.....	<b>32</b>
<b>Total de páginas</b>	<b>34</b>

## II. RELACIÓN DE CUADROS

### CONTENIDO.

	<b>Páginas.</b>
<b>Cuadro I</b>	Distribución de dictámenes emitidos según unidad de procedencia... 19
<b>Cuadro II</b>	Características demográficas de los dictámenes de invalidez..... 19
<b>Cuadro III</b>	Características socioeconómicas de los dictámenes de invalidez..... 20
<b>Cuadro IV</b>	Principales diagnósticos de los dictámenes de invalidez..... 21
<b>Cuadro V</b>	Carácter de la invalidez..... 22
<b>Cuadro VI</b>	Promedio de días de incapacidad por enfermedad general en trabajadores de empresas afiliadas..... 22
<b>Cuadro VII</b>	Dictámenes de invalidez con aplicación de Artículo 123 fracción III de la Ley del Seguro Social..... 23

### III. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El estado de invalidez, tiene múltiples factores determinantes en su causalidad, derivados de condiciones biológicas, culturales, sociales y económicas.

**OBJETIVO.** Identificar el perfil epidemiológico de los dictámenes de invalidez por enfermedad general ocurridos en la población trabajadora asegurada en el ramo de invalidez y vida, dentro de un periodo de tiempo definido.

**MATERIAL Y METODOS.** Se revisaron 123 dictámenes de invalidez, en la U.M.F. 80 Zona Morelia, durante el periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2007, en el Servicio de Salud en el Trabajo. Se utilizó estadística descriptiva, presentado resultados en frecuencias y porcentajes.

**RESULTADOS.** Tasa de invalidez 1.1, relación masculino: femenino 3:1, grupo más afectado 50 a 54 años para el masculino y de 55 a 59 para el femenino, categoría ocupacional más afectada: actividades agrícolas 16.3 %, patología más frecuente: artropatías 17.4 %, dorsopatías 17.4 %, temporalidad: definitivos 78 %, temporales 22 %, promedio de días por incapacidad por enfermedad general 54.5, dictámenes improcedentes: 5.

**CONCLUSIONES:** La evaluación de los dictámenes de invalidez genera información para definir modelos preventivos tendientes a limitar la ocurrencia de los estados de invalidez.

**Palabras clave:** Seguridad Social, Evaluación de la Discapacidad, Medicina del Trabajo, Perfil Epidemiológico,

#### IV. ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The invalidity state has manifolds determining factors in its causality, derivatives of biological, cultural, social and economic conditions.

**OBJECTIVE.** To identify the health profile of the disability evaluation by general disease happened in the population worker assured in the invalidity branch and life, within a period of defined time.

**MATERIAL AND METHODS.** 123 disability evaluation were reviewed, in the U.M.F. 80 Morelia Zone, during the period of the 01 of january to the 31 of december of 2007, in the occupational medicine Descriptive statistic was used, presented results in frequencies and percentage.

**RESULTS.** Rate of invalidity 1,1, masculine relation: feminine 3:1, affected group more: 50 to 54 years for the masculine one and from 55 to 59 for the feminine one, affected occupational category more: agricultural activities 16,3%, more frequent pathology: artropatías 17,4%, dorsopatías 17,4%, character: definitive 78%, weathers 22%, average of days by incapacity by disease general: 54.5..

**CONCLUSIONS.** The Disability evaluation generates information to define tending preventive models to limit the occurrence of the invalidity states

**Key words:** Social Security, Disability Evaluation, Occupational Medicine, Health Profile

## V. ABREVIATURAS

- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- CIUO:** Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.
- DOF:** Diario Oficial de la Federación.
- DIST:** División de Salud en el Trabajo.
- INPC:** Índice Nacional de Precios al Consumidor.
- IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IVCM:** Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte.
- LGS:** Ley General de Salud.
- LSS:** Ley del Seguro Social.
- NOM:** Norma Oficial Mexicana.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- OIT:** Organización Internacional del Trabajo.
- UMF:** Unidad de Medicina Familiar.

## VI. GLOSARIO

**Dictamen:** Opinión o juicio por el perito en la materia, formulado por escrito, respecto del estado físico funcional, social y laboral de un individuo, que debe de estar motivado y fundamentado con el estudio médico integral actualizado.

**Estudio médico actualizado:** Conjunto de estudios médicos, valoración especializada, estudios de laboratorio y gabinete que realizan los Servicios de Atención Médica, al asegurado o trabajador dado de baja en conservación de derechos con motivo del estudio y tratamiento de las (s) patología(s) que motivan el envío a los Servicios de Salud en el Trabajo, para determinar la existencia o no de estado de invalidez temporal o definitivo.

**Estudio médico integral:** Conjunto de estudios médicos de laboratorio y gabinete y técnicos (realizados por el médico familiar y no familiar; trabajadoras sociales y/o técnicos o especialistas en seguridad e higiene); que practican a un asegurado para emitir una conclusión diagnóstica, pronóstico para la vida y el trabajo (incluye historia clínica y resumen clínico del caso), que sirve para fundar y fundamentar el “Dictamen de invalidez ST-42330-009-004”.

**Fundamentar:** Acción de señalar con precisión los preceptos legales aplicables al asegurado dictaminado.

**Indicador:** En el campo de la salud los indicadores representan “medidas-resumen” que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones relacionadas con la salud de las poblaciones

**Imposibilidad:** Limitación(es) físico funcional(es) que impiden desempeñar un trabajo o actividad remunerada.

**Invalidez definitiva:** Cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional, no susceptible de recuperación una vez agotados todos los tratamiento médicos y de rehabilitación disponibles en la institución.

**Invalidez temporal:** Cuando el asegurado presente una enfermedad no profesional que lo imposibilite para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo; pero que tenga la posibilidad de mejoría o recuperación de las capacidades par el trabajo remunerado.

**Invalidez anterior al aseguramiento:** Cuando el asegurado padezca invalidez anterior a su afiliación al régimen obligatorio del IMSS o , que el estado de invalidez se haya presentado entre la extinción del periodo de conservación de derechos y reafiliación .Es necesario no confundir el estado de invalidez anterior al aseguramiento , con la enfermedad que genera el estado de invalidez , ya que esta última puede existir anterior a la afiliación del asegurado y agravarse con el tiempo hasta impedirle desempeñar sus actividades laborales. Para determinar que un asegurado padecía de invalidez anterior a su aseguramiento debe sustentarse, fehacientemente, que el asegurado debido a su enfermedad no pudo haber

desempeñado trabajo remunerado alguno, por encontrarse imposibilitado para hacerlo y por lo tanto no debería tener derecho a las prestaciones de este seguro.

**No invalidez:** Trabajador asegurado con padecimiento de orden general crónico degenerativo o accidente de no de trabajo que no lo imposibilita para la realización de su oficio o profesión con disminución de sus capacidades de 1 a 49 %. Con tratamiento médico existe la posibilidad de recuperación de capacidades físico funcionales para el trabajo.

**Resumen de salud en el trabajo:** Descripción de los signos y síntomas del o de los padecimientos, así como los resultados de laboratorio y gabinete que motivan la emisión de dictamen de invalidez correspondiente.

## VII. INTRODUCCIÓN

La seguridad social tiene como fin garantizar a los mexicanos el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que sea garantizada por el estado.

El seguro de invalidez y vida, contenido en la Ley del Seguro Social, cubre los riesgos a los que está expuesto un trabajador durante su vida laboral activa, como son los accidentes o enfermedades no profesionales.

De acuerdo a la Ley del Seguro Social existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales. La declaración de invalidez deberá ser realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere que al declararse ésta el asegurado tenga acreditado el pago de doscientas cincuenta semanas de cotización. En el caso que el dictamen respectivo determine el setenta y cinco por ciento o más de invalidez sólo se requerirá que tenga acreditadas ciento cincuenta semanas de cotización.

El artículo 123 de la Ley del Seguro Social fracción III, menciona que no se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez, cuando el asegurado padezca un estado de invalidez anterior a su afiliación al régimen obligatorio.

El estado de invalidez, tiene múltiples factores determinantes en su causalidad, derivados de condiciones biológicas, culturales, sociales y económicas.

La evaluación de los estados de invalidez es una herramienta que nos sirve para definir modelos tendientes a limitar las enfermedades que provocan estados de invalidez.

## VIII. ANTECEDENTES

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 123 establece que: “Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley”. En la fracción XXIX de dicho artículo, se expresa: “Es de utilidad pública la Ley Del Seguro Social y en ella comprenderán seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y de accidentes, de servicio de guardería y de cualquier otro encaminado a la protección y cuidado de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.<sup>1</sup>

Por lo antes señalado, la ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su capítulo V artículo 119 establece, lo que se entiende por invalidez de la manera siguiente: “Para los efectos de esta ley existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales. La declaración de la invalidez deberá ser realizada por el IMSS. El artículo 120 menciona: el estado de invalidez da derecho al asegurado, en los términos de la ley y sus reglamentos, al otorgamiento de una pensión temporal o pensión definitiva. Entendiéndose la primera cuando existe posibilidad de recuperación y la segunda cuando es de naturaleza permanente, esto de acuerdo al artículo 121. Así mismo el artículo 122 menciona que para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere que al declararse ésta, el asegurado tenga acreditado el pago de doscientas cincuenta semanas de cotización. En el caso que el dictamen respectivo determine el setenta y cinco por ciento o más de invalidez sólo se requerirá que tenga acreditadas ciento cincuenta semanas de cotización. El artículo 123 fracción III establece que no se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez, cuando el asegurado padezca un estado de invalidez anterior a su afiliación al régimen obligatorio”.<sup>2</sup>

El término invalidez proviene del latín *invaliduz*, que significa sin fuerza ni vigor, aplicado en la antigüedad a soldados con grandes lesiones orgánicas y funcionales a quienes habiendo sobrevivido a las guerras se les honraba y remuneraba económicamente.<sup>3</sup>

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) establece que “es inválido un individuo cuyas posibilidades para lograr y conservar un empleo están sustancialmente disminuidas como resultado de una alteración física o mental”.<sup>4</sup>

Mientras que para la Ley General de Salud (LGS) en su artículo 173: “Se entiende por invalidez la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social”.<sup>5</sup>

La invalidez es un problema individual y social, tiene múltiples factores derivados de condiciones culturales, sociales, económicas y biológicas de los hombres.<sup>6</sup>

En el trabajador el estado de invalidez, significa una lesión orgánica y psíquica, que le impide realizar sus labores habituales, así pues la valoración del mismo tiene gran

importancia en el área de la salud, por que permite la reestructuración de las acciones curativas, preventivas y rehabilitadoras, actuando sobre el resultado final de las mismas.<sup>7</sup>

La valoración de la invalidez representa una autentica especialidad, por las decisiones que de ella aman, ya que deben de ser imparciales y justas. En Colombia, se utiliza como método, el manual único de clasificación de invalidez, metodología que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido para evaluar consecuencias de enfermedades o accidentes, deficiencias un 50 %, discapacidad un 20 % y minusvalía un 30 %<sup>8</sup> y lo hace a través de la institución prestadora de salud y administradora de riesgos profesionales, que constituye la junta calificadora de invalidez. En Argentina utilizan el método de tabla de evaluación de capacidades a través de comisiones. En Costa Rica usan la tabla de porcentaje y la evaluación la realiza el médico tratante. En México también utiliza la tabla de evaluación de capacidades con un mínimo y un máximo.<sup>9</sup>

Para la determinación del porcentaje de invalidez el IMSS utiliza baremos, los cuales son unas tablas que evalúan las deficiencias corporales y que se combinan con los aspectos socio demográfico y las capacidades para el trabajo de quienes sufren una enfermedad y se ven frente a la contingencia de una enfermedad que les prive de realizar un trabajo igual. De acuerdo a esto se clasifica el estado de invalidez de los trabajadores afiliados IMSS como sigue: 0 % no discapacidad, 1 a 49 % discapacidad leve a moderada que no lleva a la invalidez, 50 a 74 % invalidez temporal, 75 y más invalidez definitiva.<sup>10</sup>

Una vez establecido el estado de invalidez, la cuantía de la pensión por invalidez, será igual a una cuantía básica del treinta y cinco por ciento del promedio de los salarios correspondientes a las últimas quinientas semanas de cotización anteriores al otorgamiento de la misma, o las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho, en los términos del Artículo 122 de esta Ley, actualizadas conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), más las asignaciones familiares y ayudas asistenciales. En el caso de que la cuantía de la pensión sea inferior a la pensión garantizada el Estado aportará la diferencia a fin de que el trabajador pueda adquirir una pensión vitalicia. En ningún caso la pensión de invalidez, incluyendo las asignaciones familiares y ayudas asistenciales, podrá ser inferior a la pensión garantizada establecida en el Artículo 170 de esta Ley. El monto así determinado servirá de base para calcular las pensiones que se deriven de la muerte, tanto del pensionado como del asegurado, al igual que para fijar la cuantía del aguinaldo anual. La pensión que se otorgue por invalidez, incluyendo el importe de las asignaciones familiares y ayudas asistenciales que se concedan, no excederá del 100% del salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía de la pensión.<sup>11</sup>

La transición demográfica, epidemiológica y económica ha impactado en las finanzas del IMSS ya que los gastos se han incrementado y los ingresos han permanecido casi fijos.

Transición Demográfica: La disminución de la natalidad y el incremento de la esperanza de vida, da como resultado el aumento en el gasto para el instituto, por concepto de mayores pensiones, por más tiempo y mayor costo de atención médica a la gente de edad avanzada.

Transición epidemiológica: La disminución de las enfermedades infecciosas y el incremento de las enfermedades crónico degenerativas, traen como resultado un incremento en los gastos de atención médica, ya que estas tienen una mayor duración y costo en su tratamiento.

Transición económica: La apertura de la economía trajo como consecuencia mayor competitividad. Se han incrementado las cuotas de seguridad social de los obreros y patrones, por lo que ha existido mayor evasión de la ley, y la de su declaración, generando desprotección en los trabajadores. Al competir con productos importados, los empresarios

no pueden repercutir el monto de las cuotas en los precios de sus productos, ya que al hacerlo los consumidores elegirían el bien producido en el exterior, por razones de precio. La incongruencia de los incrementos en proporción con la cuota correspondiente genero problemas financieros al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM), ya que las reservas que generaba esta rama se destinaron a construir patrimonio inmobiliario y solventar otros seguros, de manera particular el de Enfermedades y Maternidad, y Guarderías.<sup>12</sup>

Los gastos en el cuidado de la salud en los Estados Unidos de Norteamérica se basan en la prevención de enfermedades, desarrollo de nuevas tecnologías y en las expectativas epidemiológicas de la población y representan en promedio el 15 por ciento de su producto interno bruto.<sup>13</sup>

En México, el IMSS tuvo ingresos en el 2005 del 2.2 por ciento del producto interno bruto. Uno de los principales retos que enfrenta el sistema de seguridad social, es la relación entre el número de los trabajadores activos cotizantes y jubilados, el cual ha disminuido gradualmente, pasando (el cociente trabajadores activos/ jubilados) de 6.7 en 2000 a 5.1 en 2005. Se espera que la relación disminuya hasta 1.5 activos por pensionado en los próximos 40 años, por lo tanto, cada año será necesario destinar un mayor porcentaje de la masa salarial de los trabajadores en activo para cubrir las obligaciones de gastos médicos de pensionados, y de no darse un incremento en el salario real se prevé que los recursos serán insuficientes para cumplir con las obligaciones contraídas.<sup>14</sup>

En relación con el perfil epidemiológico de la invalidez en el mundo, en Cuba el comportamiento en cuando edad y sexo no se observan diferencias significativas entre ambos sexos, a pesar que en el femenino, en virtud a sus funciones fisiológicas y de la conjugación del rol productivo con sus funciones domesticas, ha sido más susceptible de enfermar.<sup>15</sup> El grupo de edad más representativo, es el de 51-55 para ambos sexos, seguido por el de 41-50, donde ya comienzan a observarse cambios en el desempeño físico, psicológico y psicomotor como resultado del envejecimiento.<sup>16</sup>

Las enfermedades cardiovasculares en primer lugar y las enfermedades neoplásicas en segundo lugar, son las que producen mayor mortalidad en los países industrializados. Por ello, cada vez son más los estudios que tienen como objetivo el realizar un análisis socioeconómico de los costes de dichas patologías.<sup>17</sup>

En Cádiz las enfermedades que producen invalidez son en primer lugar las enfermedades osteomusculares, precedidas de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades mentales.<sup>18</sup>

En Cuba las principales patología invalidantes son las enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo seguidas de las enfermedades cardiovasculares, las del sistema nervioso y órgano de los sentidos desplazando a los trastornos mentales.<sup>19</sup>

En México las principales causas de invalidez en trabajadores afiliados al IMSS durante el 2006, se encontró en primer lugar la Diabetes Mellitus, le siguen los Tumores (Neoplasias), Dorsopatías, Artropatías, Insuficiencia renal crónica, Enfermedades del ojo y sus anexos, Enfermedades isquémicas del corazón, Enfermedades cerebro vasculares, Enfermedades por VIH y otros. A nivel nacional durante el 2006 se emitieron 11 682 dictámenes de invalidez correspondiendo a una tasa de 0.9 por cada 1 000 asegurados. En Michoacán se emitieron 305

dictámenes de invalidez correspondiendo a una tasa de 1.1. La relación de dictámenes emitidos en hombres y mujeres fue 2:1, el rango de edad más afectado fue de 33 a 59 años correspondiendo a un 76,6 % del total. La patología que generó más invalidez fue las complicaciones de la Diabetes Mellitus con un 11 %, le siguieron las neoplasias con un 10 %, las dorsopatías con un 9 % . La ocupación más frecuente que se vio afectada fueron los peones de carga, en segundo lugar los limpiadores de oficina y la tercera los vendedores .Los gastos generados por pago de pensión por estado de invalidez a nivel nacional sobrepasan los 110 millones de pesos.<sup>20</sup>

El procedimiento de estudio para la dictaminación de invalidez: El responsable es el director de la unidad de medicina familiar, Recibe la solicitud de estudio para determinar un posible estado de invalidez, de parte del trabajador o beneficiario. Turna al área de Afiliación Vigencia para los trámites administrativos que correspondan. Recibe la solicitud con la verificación de conservación de derechos y adscripción a la unidad y la envía al archivo clínico para asignación de médico familiar en caso que no se tenga, en caso contrario, se turna al médico familiar para elaborar estudio médico integral. El médico familiar Recibe solicitud de estudio médico integral del asegurado, beneficiario o trabajador dado de baja. Efectúa estudio médico integral de acuerdo a la normatividad institucional, solicita valoraciones especializadas, emite diagnósticos nosológicos, etiológico y anatómico funcional, así como pronóstico órgano-funcional. Integra al expediente clínico la solicitud y los resultados del estudio médico integral. Elabora resumen médico actualizado, sin emitir juicios sobre la existencia o no del estado de invalidez, ya sea escrito o verbal e indica al solicitante acudir al Servicio de Salud en el Trabajo para otorgamiento de cita. Salud en el trabajo: Recibe al asegurado o beneficiario y otorga cita para elaboración del dictamen que proceda dentro de las primeras 24 horas. Integra expediente de Salud en el Trabajo y conserva el resumen médico. Solicita expediente(s) clínico(s) para la fecha de la cita. Recibe al asegurado o beneficiario, revisa el expediente clínico, ratifica que los diagnósticos emitidos fundamenten el pronóstico físico-funcional del paciente y que el estudio médico sea completo. De no estar completo el estudio y/o resumen clínico, elabora nota médica en el expediente clínico, con la solicitud de complementar estudios que se requieran para su integración y elaboración del dictamen. Envía al asegurado y devuelve el expediente clínico al médico tratante para que complemente el estudio. Elabora proyecto de SI o NO invalidez; en todos los dictámenes reclamados, deberá anotar el porcentaje de invalidez de acuerdo al criterio enunciado en el artículo 87 fracción II, Capítulo IV del Reglamento de Servicios Médicos, en el espacio correspondiente al inciso 50 de la ST-4. la procedencia del artículo 123 fracción III de la Ley del Seguro Social, después de la fecha. Al decidir la aplicación de este artículo determina con precisión a partir de cuándo existe imposibilidad para el desempeño de un trabajo, lo cual no es igual a la fecha de inicio del padecimiento. En caso de que el asegurado se encuentre incapacitado, NO debe anotar la fecha de inicio de pensión a fin de evitar duplicidad en el pago de incapacidad y pensión. Elabora nota médica en el expediente clínico del asegurado, con copia en el expediente de salud en el Trabajo, donde especifique el carácter del dictamen, la fecha de declaración del estado de invalidez. En caso de dictámenes con carácter temporal, especifica la fecha de nueva valoración acorde con lo estipulado en el artículo 88 del Reglamento de Servicios Médicos.

El presente trabajo identificó el perfil epidemiológico de los dictámenes de invalidez emitidos en la U.M.F. 80 de Morelia, Michoacán, México, durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 2007, el cual generó información para definir modelos preventivos tendientes a limitar la ocurrencia de los estados de invalidez.

## **IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El estado de invalidez, tiene múltiples factores determinantes en su causalidad derivados de condiciones biológicas, culturales, sociales y económicas.

Con base en el informe mensual de población derechohabiente a nivel nacional en el periodo de enero - diciembre de 2006, se reportaron 13 625 711 asegurados, de estos 11 682 se dictaminaron como invalidez correspondiendo a una tasa de 0,9 por 1,000 asegurados.

La población total derechohabiente durante el año 2007 de la U.M.F. 80 Zona Morelia, fue de 217 882 de los cuales 110 697 son trabajadores con derecho al goce de pensión por estado de invalidez.

La evaluación de los procesos de dictaminación, se realiza a través de indicadores de desempeño contenidos en el manual metodológico de la dirección de prestaciones médicas.

Durante el año 2006 se emitieron en Michoacán 305 dictámenes de invalidez correspondiendo a una tasa de 1.1 sobrepasando la meta estratégica a nivel nacional que fue de 1.0 dictámenes por cada 1000 asegurados.

Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

**¿Cuál es el perfil epidemiológico de los dictámenes de invalidez por enfermedad general ocurridos en la población asegurada en el ramo de invalidez y vida en la UMF 80 Zona Morelia?**

## X. JUSTIFICACIÓN

Durante el año 2006 se emitieron en Michoacán 305 dictámenes de invalidez correspondiendo a una tasa de 1.1, sobrepasando la meta estratégica a nivel nacional que fue de 1.0 dictámenes por cada 1000 asegurados.

El deterioro de la salud de los trabajadores implica una reducción de las aptitudes y capacidades funcionales y una merma de la actividad laboral, lo cual significa una lesión orgánica y psíquica que impide al trabajador realizar sus labores habituales. Por tal razón, la valoración de la incapacidad laboral constituye una de las funciones más trascendentes de la actividad médica; ésta tiene gran importancia en el campo de la salud, ya que permite la reestructuración de las acciones curativas, preventivas y rehabilitadoras, actuando sobre el resultado final de las mismas.

Con el paso del tiempo se han gestado cambios importantes tanto en el interior de la sociedad mexicana como en el contexto internacional. Estos cambios han impactado en las finanzas del IMSS, ya que los gastos del instituto se han incrementado significativamente y los ingresos han permanecido prácticamente fijos.

Transición Demográfica: La población mexicana ha alcanzado 103.1 millones y la estructura de su pirámide poblacional ha experimentado cambios importantes por la disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida. Como resultado, los pensionados han aumentado en número y los costos para el instituto se han inflado por concepto de mayores pensiones por más tiempo y mayores costos por la atención médica a la gente de edad avanzada.

Transición epidemiológica: Actualmente se presentan más casos de enfermedades crónico degenerativas, la cuales tienen mayor duración y son, más costosas en su tratamiento.

Transición económica: La economía abierta en la que vivimos se ha convertido en un tope a las cuotas de seguridad social. Mayores cuotas también motivan la evasión de la ley, y su declaración, generando desprotección de los trabajadores.

Desde sus inicios, el IMSS ha realizado incrementos frecuentes en las prestaciones económicas que ofrece, sin embargo en ocasiones dichos aumentos se han hecho sin actualizar de manera congruente la cuota correspondiente. Esto genero problemas financieros al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM), puesto que desde su inicio, las reservas que generaba esta rama se destinaron a construir patrimonio inmobiliario y solventar otros seguros.

El estado de invalidez, tiene múltiples factores determinantes en su causalidad derivados de condiciones biológicas, culturales, sociales y económicas.

El presente trabajo identifica los perfiles epidemiológicos de los dictámenes de invalidez, emitidos en la U.M.F. 80 Zona Morelia durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2007. El cual genera información para definir modelos preventivos tendientes a limitar la ocurrencia de enfermedades y sus complicaciones que generan estados de invalidez.

## **XI. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar el perfil epidemiológico de los dictámenes de invalidez por enfermedad general ocurridos en la población trabajadora asegurada en el ramo de invalidez y vida, dentro de un periodo de tiempo definido en la U.M.F. 80 Zona Morelia.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir el indicador de prevención aplicado a los dictámenes de invalidez.
- Describir las características demográficas de los dictámenes de invalidez.
- Describir las características socioeconómicas de los dictámenes de invalidez.
- Describir los diagnósticos de los dictámenes de invalidez.
- Describir el carácter de la invalidez.
- Describir el indicador de eficacia en el promedio de días de incapacidad.
- Describir el indicador de impacto en la aplicación del Artículo 123 fracción III.

## **XII. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

El total de dictámenes emitidos por enfermedad general a trabajadores asegurado en el ramo de invalidez y vida, en el servicio de salud en el trabajo de la U.M.F. 80 Zona Morelia, durante el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2007.

.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Inclusión**

- Dictámenes de invalidez de trabajadores asegurados en el ramo e invalidez y vida pertenecientes a la U.M.F. 80 Zona Morelia.

#### **No inclusión**

- Dictámenes de invalidez en trámite.
- Dictámenes que no pertenecen a la U.M.F. 80 Zona Morelia.

## METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el Servicio de Salud en el Trabajo de la U.M.F. 80. del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelia, Michoacán, México. En donde se revisó el archivo clínico de los pacientes atendidos por dictamen de invalidez (formato S-T4) que reunieron los criterios de inclusión, durante el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2007, se estudiaron el total de dictámenes emitidos durante el periodo establecido , los cuales fueron 123.

Se revisaron los siguientes datos: unidad de adscripción, edad, sexo, ocupación, carácter de la invalidez, diagnostico nosológico, días acumulados de incapacidad y aplicación del artículo 123 Fracción III.

Para evaluar los dictámenes de invalidez emitidos, se tomo en cuenta los indicadores de desempeño contenidos manual metodológico de la coordinación de salud en el trabajo.<sup>21</sup>

El indicador de prevención aplicado a los dictámenes de invalidez se realizó a través de la fórmula asignada para ello, en dónde se calcula el total de los dictámenes aceptados de asegurados, por el promedio de asegurados en Invalidez y Vida, por 1000.

Para describir las características demográficas de los trabajadores se analizó la edad y sexo.

Para las características socioeconómicas se tomo en cuenta la ocupación del trabajador dictaminado utilizando la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO).<sup>22</sup>

Para dar homogeneidad a la información, sé utilizo la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).<sup>23</sup>

Para describir el carácter de la invalidez se tomo en cuenta la valuación por parte del médico responsable.

El indicador de eficacia en el promedio de días de incapacidad, se realizo a través de la fórmula asignada para tal fin, el cual se toman en cuenta el número de días de incapacidad entre el número de casos de enfermedad general.

El indicador de impacto en la aplicación del Artículo 123 fracción III, se realizó a través de la fórmula asignada para ello, que toma en cuenta total de dictámenes con aplicación de dicho artículo, entre el total de dictámenes de invalidez emitidos por 1000.

### **XIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos obtenidos de cada uno de los dictámenes de invalidez ST-4, fueron concentrados en un formato previamente estructurado (anexo 1).

El procesamiento de los datos se hizo con el software estadístico para las ciencias sociales (SPSS ver. 15.0).

Para el análisis de resultados se llevo a cabo con estadística descriptiva, presentado resultados en frecuencias y porcentajes.

#### XIV. RESULTADOS

Se revisó un total de 123 dictámenes de Invalidez emitidos durante el periodo 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2007, con los siguientes resultados:

En cuanto al indicador de prevención, (Cuadro I) la distribución de dictámenes emitidos fue de 79 (64.2 %) para la U.M.F. 80, 13 (10.6 %) para la U.M.F. 2 y 10 (8.1 %) para la U.M.F. 24 correspondiendo a una tasa de 1.1 por 1000 trabajadores asegurados en el ramo de invalidez y vida

Cuadro I. Distribución de dictámenes emitidos según unidad de procedencia. Año 2007. Zona Morelia.

Adscripción	Nº	%	Tasa x 1 000 trabajadores
U.M.F. 80 Morelia	79	64.2	
U.M.F. 2 Zacapu	13	10.6	
U.M.F. 24 Pedernales	10	8.1	
U.M.F. 25 Tacámbaro	8	6.5	
U.M.F. 20 Pátzcuaro	8	6.5	
U.M.F. 64 Puruándiro	5	4.1	
Total	123	100	1.1

Fuente: Servicio de Salud en el Trabajo, Formato ST-4

Las características demográficas de los dictámenes (Cuadro II) fue: grupo más afectado de 50 a 54 años para el masculino con 18 casos (14.4 %) y de 55 a 59 años para el femenino con 7 casos (5.6 %). El grupo que se vio menos afectado fue el de 65 a 69 años con 1 caso (0.8%) y el de 20 a 24 para el femenino con 0 %. La relación masculino: femenino fue 3:1.

Cuadro II. Características demográficas de los dictámenes de invalidez. Año 2007. Zona Morelia.

Grupo de Edades	Nº	Sexo				Total	
		Masculino		Femenino		Nº	%
		%	Nº	%			
20 a 24	2	1.6	0	0	2	1.6	
25 a 29	6	4.8	2	1.6	8	6.5	
30 a 34	7	5.6	1	0.8	8	6.5	
35 a 39	11	8.8	5	4	16	13.0	
40 a 44	13	10.4	4	3.2	17	13.8	
45 a 49	13	10.4	6	4.8	19	15.4	
50 a 54	18	14.4	4	3.2	22	17.9	
55 a 59	12	9.8	7	5.6	19	15.4	
60 a 64	8	6.4	1	0.8	9	7.3	
65 a 69	1	0.8	2	1.6	3	2.4	
Total	91	73	32	27	123	100.0	

Fuente: Servicio de Salud en el Trabajo, Formato ST-4.

Las características socioeconómicas (cuadro III) de los dictámenes fue: categoría ocupacional más afectada: Trabajadores en actividades agrícolas con 20 casos (16.3 %), Trabajadores en servicios personales en establecimientos 18 casos (14.6%), Ayudantes, peones y similares 16 casos (13 %). Se observó que la categoría menos afectada con un .8 % fueron los supervisores, técnicos, vendedores ambulantes y trabajadores domésticos.

Cuadro III. Características socioeconómicas de los dictámenes de invalidez Año 2007. Zona Morelia.

Ocupación	Nº	%
Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, avícolas y de caza y pesca.	20	16.3
Trabajadores en servicios personales en establecimientos.	18	14.6
Ayudantes, peones y similares en el proceso de fabricación artesanal y en actividades de reparación y mantenimiento.	16	13.0
Artesanos y trabajadores fabriles en la industria de la transformación y trabajadores en actividades de reparación y mantenimiento.	13	10.6
Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas.	11	8.9
Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte.	10	8.1
Trabajadores de apoyo en actividades administrativas y de servicios.	8	6.5
Trabajadores en servicios de protección y vigilancia y fuerzas armadas.	8	6.5
Profesionista.	8	6.5
Operadores de maquinaria fina de movimiento continuo y equipos en proceso de producción industrial.	4	3.3
Jefes de departamentos, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios	3	2.4
Jefes, supervisores y otros trabajadores de control en la fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento	1	.8
Técnico	1	.8
Vendedores ambulantes y trabajadores ambulantes en servicios	1	.8
Trabajadores en servicios domésticos	1	.8
Total	123	100.0

Fuente: Servicio de Salud en el Trabajo, Formato ST-4.

Referencia: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones

Los principales diagnósticos (Cuadro IV) fueron: Artropatías con 22 casos (17.9 %), Dorsopatías 22 casos (17.9 %), complicaciones de la Diabetes Mellitus 19 casos (15.4 %).

Cuadro IV. Diagnósticos de los dictámenes de invalidez. Año 2007.Zona Morelia.

Diagnósticos de invalidez	Nº	%
Artropatías	22	17.9
Dorsopatías	22	17.9
Diabetes mellitus (complicaciones)	19	15.4
Tumores y neoplasias	15	12.2
Enfermedades del sistema nervioso central	10	8.1
Trastornos mentales	7	5.7
Alteraciones de la visión	7	5.7
Insuficiencia renal crónica	5	4.1
Enfermedad isquémica del corazón	2	1.6
Otros	14	11.4
Total	123	100.0

Fuente: Servicio de Salud en el Trabajo, Formato ST-4.

Referencia: Clasificación Internacional de enfermedades.

En relación al carácter de la invalidez (Cuadro V) 88 dictámenes fueron definitivos, lo cual represento el 72 % del total de dictámenes emitidos. 32 dictámenes fueron temporales, lo cual represento el 28 % del total de los dictámenes emitidos.

Cuadro V. Carácter de la invalidez. Año 2007. Zona Morelia.

Carácter de la Invalidez	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Definitiva	64	52.0	24	19.5	88	72
Temporal	27	22.0	8	6.5	35	28

Fuente: Servicio de Salud en el Trabajo, Formato ST-4

Para el indicador de eficacia (Cuadro VI) el promedio de número de días de incapacidad temporal por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas se observo que durante el primer trimestre fue de 85 días en el segundo de 57 en el tercero de 51 y en el cuarto de 25 con un promedio anual de 54.5 días.

Cuadro VI. Promedio de días de incapacidad por enfermedad general en trabajadores de empresas afiliadas. Año 2007. Zona Morelia

Informe trimestral	Nº	Días de incapacidad Totales	Promedio de días de incapacidad
Enero - Marzo	27	2295	85
Abril - Junio	45	4131	57
Julio - Septiembre	30	5270	51
Octubre - Diciembre	10	3095	25
			54.5

Fuente: Servicio de Salud en el Trabajo, Formato ST-4.

En relación con el indicador de impacto (Cuadro VII) en la aplicación de Artículo 123 Fracción III se observó que durante el primer trimestre no se identificó ningún caso, 1 en el segundo, 1 en el tercero y 2 en el cuarto, con un promedio de 5 casos en el año 2007.

Cuadro VII. Dictámenes de invalidez con aplicación de Artículo 123 Fracción III de la Ley del Seguro Social. Año 2007. Zona Morelia.

Trimestre de reporte	Dictámenes de invalidez emitidos	Aplicación del artículo 123 fracción III
Enero - Marzo	27	0
Abril - Junio	45	1
Julio - Septiembre	30	1
Octubre - Diciembre	10	2
Total	123	5

Fuente: Servicio de Salud en el Trabajo, Formato ST-4.

## XV. DISCUSIÓN

La tasa de dictámenes de invalidez en el periodo establecido fue de 1.1 dictámenes por 1000 trabajadores asegurados en el ramo de Invalidez y Vida, permaneciendo por debajo de valor mínimo de referencia nacional para el 2007 que fue  $\leq 1.3$ .

En lo referente a las características demográficas la relación masculino: femenino fue 3:1, el grupo más afectado fue el comprendido de 50 a 54 años para el masculino y el de 45 a 49 para el femenino. En la mayor parte de los estados de invalidez los factores de riesgo están relacionados con la edad y actúan de forma intrínseca afectando probablemente a todas las células. Si se considera que la velocidad de los cambios en el deterioro fisiológico varía de un individuo a otro, resulta evidente que el mayor riesgo para sufrir enfermedades invalidantes también varía con los trastornos propios de la edad. En la mujer influyen sus funciones fisiológicas y la conjugación del rol productivo con el doméstico.

En relación con las características socioeconómicas, la frecuencia de los casos dictaminados según las categorías ocupacionales, el 16.3 % pertenece a trabajadores en actividades agrícolas la cual está relacionada frecuentemente con un bajo nivel cultural, además corresponde a labores que requieren grandes exigencias físicas. La categoría de dirigentes solo representa el 2.4 % y .8 % a pesar que existe la creencia de que los mismos están sometidos a una carga psíquica típica dada por el exceso de trabajo, estrés y la ansiedad. La ocupación es un indicador clásico del nivel socioeconómico debido a que se relaciona con las condiciones de trabajo y el modo de vida. Investigaciones efectuadas en Estados Unidos de América del Norte y Gran Bretaña coinciden en que los individuos con ocupaciones socioeconómicas superiores tienen mortalidad y morbilidad menores. En el primer país, individuos blancos de 25 a 64 años de edad que eran profesionales o técnicos tuvieron tasa de mortalidad 20 % menor a la población promedio; en tanto, los obreros tuvieron tasa de mortalidad 37 % mayor.<sup>24</sup>

Las principales patologías están dadas por las dorsopatías, artropatías con un 17.4 % para cada una de ellas. Estas presentan gran dificultad para llegar al diagnóstico preciso. Hultl<sup>25</sup> formuló una clasificación de dolor lumbar con base en factores etiológicos (mecánicos, infecciosos, inflamatorios, neoplásicos, metabólicos), a los cuales se suman otros con afecciones de la columna dorso lumbar. Troup<sup>26</sup> cita 24 factores relacionados con el trabajo junto con otros 55 de riesgo individual, al menos uno relacionado con dolor lumbar. El último autor concluye que la gran cantidad de datos epidemiológicos y su correlación con dolor dorso lumbar dificultan la interpretación, por lo que existe gran confusión en los diversos estudios realizados sobre este tipo de patología --sin llegar a ser concluyentes--. Por otro lado, es difícil distinguir entre los procesos patológicos propios de la columna dorso lumbar y los debidos a envejecimiento. Riihinaki<sup>27</sup> menciona que la frecuencia de dolor lumbar aumenta conforme la edad cronológica es mayor, principalmente entre los 50 y 60 años, para después declinar; mujeres y hombres afectados con igual frecuencia. El segundo lugar lo ocupa las complicaciones de la Diabetes Mellitus con un 15.4 %, Respecto a ello se ha observado que los principales factores de riesgo para esta patología son intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, adiposidad central y obesidad.<sup>28-29</sup> En tercer lugar encontramos los Tumores y Neoplasias con un 12.2 % los cuales son cada vez más frecuentes.

En relación al carácter de la invalidez se observó que el 72 % no es susceptible de recuperación dictaminándose como definitivos y el 28 % son susceptibles de recuperación por lo cual se dictaminaron como temporales.

El promedio de número de días de incapacidad temporal por enfermedad general por trabajador de empresas afiliadas fue de 54.5 días, siendo el valor de referencia nacional que es < 26.3 días.

En relación con el indicador de impacto en la aplicación de Artículo 123 Fracción III se identificaron 5 casos en el año, considerándose aceptable cuando se identifiquen 3 casos por delegación y relevante cuando se identifiquen más de 3.

## XVI. CONCLUSIONES

- Indicador de prevención, la tasa de invalidez permaneció por debajo del promedio nacional a diferencia del año anterior, por lo que conocer lo anterior permite al médico familiar adoptar medidas preventivas para limitar la ocurrencia de enfermedades invalidantes.
- Características demográficas, el estado de invalidez es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, la edad de presentación se situó en los años de mayor productividad, por lo que deben de establecerse medidas de prevención y auto cuidado en los grupos de mayor prevalencia.
- Características socioeconómicas, la ocupación más afectada fue aquella que involucra mayor sobreesfuerzo físico , por lo que el médico familiar debe establecer medidas preventivas a través de modelos institucionales como lo es el PREVENIMSS
- Principales diagnósticos de los dictámenes de invalidez .Se advierte que las enfermedades crónicas no transmisibles son las que más predominan sobre los estados de invalidez , en este rubro las patologías del sistema osteomuscular fueron las que predominaron, probablemente por la dificultad que se tiene para llegar a un diagnostico preciso, con lo cual se retrasa la referencia oportuna al médico especialista, por lo que el médico familiar debe de tomar en cuenta esto para no generar más días de incapacidad establecidos por la Ley del Seguro Social Artículo 96.
- Carácter de la invalidez. La mayor parte de los dictámenes no son susceptibles de recuperación, mas sin embargo aquellos en los que hay posibilidades de recuperación el médico familiar debe utilizar todos los recursos disponibles en el Instituto para la reincorporación laboral de los trabajadores.
- Indicador de eficacia. Se detecto que el promedio de días de incapacidad sobrepasa el establecido a nivel nacional, por lo que el médico familiar debe detectar aquellos casos en los cuales se establezca un mayor número de días para la valoración y rehabilitación apropiada.
- Indicador de impacto. La aplicación del artículo 123 Fracción III es relevante ya que se detectaron un mayor número a los establecidos en forma anual.

## XVII. SUGERENCIAS

Las enfermedades crónicas que padecen los trabajadores representan un importante costo para las empresas a nivel mundial y suponen una amenaza para su sostenibilidad económica, de hecho, el costo que implica para las empresas la caída de la productividad de los trabajadores con este tipo de enfermedades es cinco veces superior al costo que supondría tratar médicamente dichas afecciones. En los próximos 25 años las enfermedades crónicas provocarán efectos negativos en la mano de obra disponible, el ahorro, las inversiones y, por tanto, en el mercado en general.

Actualmente, las muertes provocadas por enfermedades crónicas representan un porcentaje muy alto del total de fallecimientos al año y se espera que se incrementen en las próximas dos décadas. Estas afecciones son, en gran medida, "evitables", por lo que considera imprescindible que las empresas apuesten por políticas y programas que mejoren el bienestar laboral y que haya una colaboración entre lo público y lo privado en las cuestiones relacionadas con la salud.

Las enfermedades crónicas representan la mayor parte de los costo de los sistemas sanitarios y alrededor del 40% del total de la pérdida de tiempo en el trabajo. Su existencia incrementa los gastos de los sistemas.

Es por eso que el Instituto Mexicano del Seguro Social apostado al programa PREVENIMSS, pero esto no es suficiente hay que llevar este programa a la puerta de las empresas, y que sea impulsado por ellas, ya que este reduciría en forma importante los factores de riesgo para la salud que pueden provocar, a corto tiempo, enfermedades crónicas.

Otra razón para que las empresas inviertan en el bienestar de los trabajadores es la productividad. Ya que la recuperación de los años perdidos de trabajo por enfermedades crónicas permitiría la competitividad y su incremento de ganancias y principalmente mejorar su capital humano.

Como vimos en este trabajo las enfermedades crónicas no transmisibles figuran entre las primeras causas de invalidez. Estas enfermedades se caracterizan por la presencia de factores de riesgo que están presentes durante largo tiempo antes de que se desencadene la invalidez.

La vigilancia de estos factores de riesgo por el médico familiar resulta fundamental para conocer su magnitud, tendencia y evaluar el impacto que sobre ellos tengan los programas preventivos. La misma se basa en la realización, en forma periódica, de encuestas poblacionales para determinar la prevalencia de los factores de riesgo que tienen mayor peso en la causalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles como consumo de tabaco, consumo de alcohol, dieta inadecuada, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterinemia entre otras.

La causalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles gira en torno a los factores de riesgo. Algunos factores de riesgo han tenido una enorme expansión en el mundo occidental. Es de sumo interés conocer por el médico familiar la magnitud y evolución de los mismos, en especial de aquellos que son modificables, pues su eliminación forma parte de las estrategias preventivas.

La realización, en forma periódica, de encuestas de factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles será de suma importancia para la vigilancia de las mismas ya que permitirá:

- Conocer la prevalencia de los factores de riesgo en nuestra unidad médica.
- Seguir la dirección y la magnitud de las tendencias en los factores de riesgo.
- Planificar y evaluar programas y campañas preventivas o de promoción de la salud a fin de disminuir la prevalencia de los factores de riesgo y en consecuencia la incidencia de las enfermedades crónicas.
- Recopilar datos a partir de los cuales se puedan predecir probables exigencias futuras para los servicios de salud.
- Definir modelos preventivos tendientes a limitar la ocurrencia de enfermedades y sus complicaciones que generan invalidez.

Otro punto no menos importante que es la recuperación y la rehabilitación es que el médico familiar debe de identificar aquellos casos de incapacidad que rebasen los días promedio y realizar acciones procedentes a mejorar la calidad de la atención como sería la referencia oportuna a otro nivel o al médico de medicina del trabajo, que permitan al paciente el restablecimiento de su salud y la reincorporación laboral.

La patología crónica mantiene una alta prevalencia en nuestra comunidad y constituye un motivo frecuente de consulta. Incluye distintos procesos cada uno de los cuales muestran una amplia variabilidad de presentación y tiene diferentes consecuencias negativas en la salud y la calidad de vida, con restricciones frecuentes en las actividades de la vida diaria, enormes costes personales, familiares y sociales, etc.

Debemos de retomar la educación para la salud, que aunque es una práctica antigua, ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: De un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces.

Así pues, la educación para la salud, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

1. Preventiva
2. De promoción de la salud

Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable.

Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de educación para la salud.

Proponemos la educación para la salud como un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al paciente y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

La educación para la salud constituye una herramienta fundamental en la atención a estos procesos y hace parte del tratamiento. Tras el diagnóstico de una enfermedad crónica las personas presentan siempre necesidades educativas que aun siendo variables y de distinto tipo, generalmente se suelen centrar en torno a: 1) la elaboración del diagnóstico y la aceptación de la enfermedad y 2) los auto cuidados y el control de la enfermedad.

La educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, en ello se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

## XVIII. BIBLIOGRAFIA

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos /1917 de 5 de febrero. (Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación, de 26-09-2008).
2. Ley del Seguro Social. /1995 de 21 de Diciembre. (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, de 11-08-2006).
3. Enciclopedia Universal Ilustrada Europea Americana. 2ª ed. Barcelona: Espasa Calpe. 1980. Tomo XI. p. 836-840.
4. Oficina Internacional del Trabajo. Manual sobre la localización selectiva de los inválidos. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 1974.
5. Ley General de Salud. /1984 de 7 de Febrero. (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, de 14-07-08)
6. McMahon B. Epidemiology. Boston: Little Brown; 1970.
7. Centro Interamericano de Seguridad Social. La seguridad social en Cuba. Conferencia Internacional de Seguridad Social . Serie monográfica 25. México DF: CISS; 1999.
8. World Health Organization. International Classification of impairments. Disabilities and handicaps. Geneva, 1980.
9. Díaz Pinera W. Occupational and medical survey. A historical vision of its results. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2004;5(2):16-21
10. De la Puente Álvarez F. 1998. BAREMOS. Utilizados en valoración medica del daño corporal (www.peritosmedicos.es.vg; consultada 20 Septiembre 2005)
11. Sanchez Gustavo. La reforma a la Ley del IMSS de 1997 en la rama de enfermedades y maternidad: efectos financieros y eficiencia en el cumplimiento de sus objetivos. Ensayos- Volumen XXII, num 2, noviembre 2003, pp 37-90
12. Tomás Irena E, Higuera Ramírez F. Costo beneficio: Algunas experiencias en el Hospital General de México. Revista Mexicana de Cardiología 2001;12(2):94-99.
13. Centro de estudios de finanzas publicas “Informe Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS, 2005 - 2006” notacefp/056/2006. 27 de julio de 2006
14. Sanchez L, Yans L. El abordaje de la salud de los trabajadores en el escenario de reajuste económico, reconversion industrial y cambios tecnológicos. Salud de los Trabajadores 1995;31(3):35-41
15. Organización Mundial de la Salud. El envejecimiento y capacidad de trabajo. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 2000. p. 8-25
16. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Los costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer en las Islas Canarias en 1998. Gaceta Sanitaria 2003; 17. 3
17. Ares Camerino A., Sainz Vera B., Marchena Aparicio J.C., Soto Pino M.L.. Las enfermedades neoplásicas como causa de la incapacidad permanente. Med. segur. trab. [periódico en la Internet]. 2008 Mar [citado 2008 Oct 19] ; 54(210): 57-62. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100008&lng=es&nrm=iso)
18. Reporte abreviado mensual de las Comisiones de Peritaje Medico Laboral. Causas principales de jubilación .Cuba. Año 2003.
19. Linares TM. Evaluación epidemiológica de la incapacidad laboral en trabajadores de la salud. Ciudad de la Habana, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores; 1999.
20. Dirección de Prestaciones Medicas, Memoria Estadística de Salud en el Trabajo 2003. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
21. Dirección de Prestaciones Médicas. Manual Metodológico Indicadores de desempeño 2007. Mexico: Coordinación de Salud en el trabajo.

22. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena revisión. Ginebra, Suiza: OMS/OPS; 1980
23. Oficina Internacional del Trabajo. Clasificación internacional uniforme de ocupaciones. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo; 1984.
24. Kitawa E, Hauser P. Differential mortality in the USA. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1973.
25. Hultl M. The Munkfors investigation. Acta Orthop Scand 1989;16 Suppl:76.
26. Troup JDG. Causes, prediction and prevention of back pain at work. Scand J Work Environ Health 1984;10:419-428.
27. Riihinaki H. Low back pain. Its origin and risk indicator. Scand J Work Environ Health 1991;17:81-90.
28. Krause L, Kablen M, Alin M. Nutrición y dietoterapia. 3<sup>a</sup> Ed. México: InteramericanaMcGraw-Hill; 1995.
29. McKwigue PM. Relationship of glucose intolerance and hyperinsulinemia to body fat patten in south Asians and Europeans. Diabetologia 1992;35:785-791.

**ANEXO I**

<b>DICTAMEN DE INVALIDEZ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>UNIDAD DE PROCEDENCIA</b>				
<b>EDAD</b>				
<b>SEXO</b>				
<b>OCUPACION</b>				
<b>DIAGNOSTICO</b>				
<b>CARÁCTER DE LA INVALIDEZ</b>				
<b>DIAS DE INCAPACIDAD</b>				
<b>APLICACIÓN DEL ARTICULO 123 III</b>				



**DICTAMEN DE  
INVALIDEZ ST-4**

**DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA**

No. de Folio:

(1) NOMBRE O RAZON SOCIAL		(2) REGISTRO PATRONAL I.M.S.S.	
(3) DOMICILIO CALLE, NUMERO, COLONIA Y		(4) ACTIVIDAD O GIRO	
CIUDAD	C. P.	ESTADO	

IDENTIFICACION OFICIAL (TIPO Y NUMERO)

(5) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y		(6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		
(7) CURP				
(8) OCUPACION	(9) TIEMPO DE REALIZARLA	(10) EDAD AÑOS	(11) SEXO	(12) UNIDAD DE ADSCRIPCION
(13) DOMICILIO CALLE,, NUMERO, COLONIA Y TELEFONO				
CIUDAD	C. P.	ESTADO		

**TIPO DE DICTAMEN**

(14)	(15) TRABAJADOR DEL I.M.S.S.	(16) MATRICULA IMSS
------	------------------------------	---------------------

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

(17) DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL, OBTENIDO DEL ESTUDIO MEDICO INTEGRAL Y EXPLORACION FISICA QUE FUNDAMENTE EL ESTADO DE INVALIDEZ	INICIO APROXIMADO DEL PADECIMIENTO	DIA	MES	AÑO
(18) FECHA Y RESULTADO DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE ESTEN EN RELACION DIRECTA CON EL PADECIMIENTO EN ESTUDIO.				

DIAGNOSTICOS	19 NOSOLOGICO (S)				
	20				
	21 ANATOMO FUNCIONAL (LIMITACIONES QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES LABORALES)				
PRONOSTICO	22 PARA DESEMPEÑAR TRABAJO REMUNERADO				
ESTUDIO LABORAL	23 ANTECEDENTES LABORALES, AGENTES A LOS QUE ESTUVO EXPUESTO Y REQUERIMIENTOS DE SUS PUESTOS DE TRABAJO ANTERIORES				
	(PERFIL DEL PUESTO)	24 DESCRIPCION DE LAS LABORES ACTUALES, REQUERIMIENTOS DEL PUESTO DE TRABAJO Y AGENTES A LOS QUE ESTA EXPUESTO.			
EXCLUYENTES	25 SE TRATA DE UN RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	26 PROVOCO INTENCIONALMENTE SU ESTADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	27 ES RESULTADO DE LA COMISION DE UN DELITO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	28 EL ESTADO DE INVALIDEZ ES PREVIO AL ASEGURAMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTRAS PENSIONES	29 CORRESPONDE AL SEGURO DE PENSION POR VEJEZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	30 CORRESPONDE AL SEGURO DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	31 NOMBRE DEL ASEGURADO				
DICTAMEN	32 EXISTE UN ESTADO DE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	33 EL CARACTER DE LA INVALIDEZ DEFINITIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	34 ARTICULO 140 DE LA LEY DEL IMSS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	35 LA PENSION DEBE MEJORARSE CON %				
	36 FECHA DE INICIO DEL ESTADO DE INVALIDEZ				
	37 DIAS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL PREVIOS AL DICTAMEN				
	38 75% O MAS DE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
39 FECHA DE ELABORACION	DIA	MES	AÑO	40 DELEGACION	41 UNIDAD MEDICA
42 RESPONSABLES					
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN				MATRICULA	
APROBACION DEL COORDINADOR MEDICO			AUTORIZACION DEL JEFE DE LA DIVISION DE SALUD EN EL TRABAJO		AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO
43			44		45