



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



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

TESIS

QUE PRESENTA

FRANCISCO ARIAS CHÁVEZ
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TITULO

**EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA
PARTICIPATIVA EN LA APTITUD DE LA PRESCRIPCIÓN
ADECUADA DE INCAPACIDADES EN ENFERMEDAD GENERAL.**

ASESOR: DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL.

COASESOR: EDUARDO C. PASTRANA HUANACO
MAESTRO EN PEDAGOGÍA

MORELIA MICHOACÁN MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2011.

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 RUIZ GARCÍA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

DR. VALENTÍN ROA SÁNCHEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DR. VÍCTOR MANUEL FARIAS

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

COLABORADORES:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO
ANALISTA COORD. "A"
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN

J. JESÚS EQUIHUA MARTÍNEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80.

OSCAR A. DE LA FUENTE SÁNCHEZ
MAESTRO EN CIENCIAS
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA.

MELCHOR SALGADO RIVAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DE LA U.M.F. N° 80. TURNO MATUTINO.

FERNANDO PEÑALOZA DUARTE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DE LA U.M.F. N° 80 TURNO MATUTINO.

ARMANDO ALEJANDRO CASAS VIDALES
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

BENJAMÍN VALDEZ PÉREZ
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Este trabajo se realizo en las aulas 1 y 2 y consultorios de la Unidad de Medicina Familiar N° 80 del Turno Matutino. Ubicada en la Av. Madero N° 1200, col. Centro en Morelia Michoacán, México.

Asesor:

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL.

Coasesor:

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

DEDICATORIA:

A mi esposa Rocío, por su gran amor apoyo y comprensión durante toda mi formación como medico especialista.

A mis hijos Leonardo y Sebastián a quienes quiero con todas mis fuerzas y no pude estar con ellos todos los días durante mi formación.

A mis padres, por su gran apoyo durante toda mi educación y formaron de mi una persona de provecho.

A mis hermanos, por aguantarme en el mismo techo, durante los tres años de mi formación en la especialidad.

A mis amigos, Alejandro, Sergio, Juan, Benjamín, Carlos, Mariana, Martha, Salvador por su gran amistad incondicional.

A mis maestros, por ser siempre nuestra guía durante nuestra formación como medico especialista.

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINAS
I Relación de Tablas y Figuras.....	02
II Resumen.....	03
III Summary.....	04
IV Introducción.....	05
V Antecedentes.....	08
VI Justificación.....	14
VII Planteamiento del problema.....	17
VIII Objetivos e Hipótesis.....	19
IX Material y Métodos.....	21
X Resultados.....	28
XI Discusión.....	32
XII Conclusiones.....	36
XIII Sugerencias.....	38
XIV Referencias.....	40
XV Relación de Anexos.....	44

Total de páginas: 56

I. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

	Paginas
TABLA I.- Escala de calificación obtenida por los médicos familiares posterior a la estrategia educativa.....	29
TABLA II.- Puntuación de las medianas globales obtenidas por el grupo control y el grupo experimental antes y después de la estrategia educativa en de la aptitud de la prescripción de incapacidades en Enfermedad General.	30
TABLA III.- Tendencia del cambio posterior la estrategia educativa en grupos de médicos familiares, en la prescripción adecuada de incapacidades por enfermedad general.	30
TABLA IV.- Comparación de medianas entre los cinco indicadores (Uso de recursos terapéuticos, integración diagnostica, factores pronósticos, identificación de signos y síntomas e identificación de factores de riesgo) en el grupo control y experimental antes y después de la estrategia educativa.....	31

II. RESUMEN

EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE INCAPACIDADES EN ENFERMEDAD GENERAL.

Introducción: Las incapacidades que no cumplen con los criterios normativos de la norma oficial mexicana constituyen un problema económico a nivel nacional.

Desde el enfoque de la educación para la participación, el papel del docente es encauzar al alumno en la elaboración del conocimiento mediante la crítica.

Objetivo: evaluar el impacto de una estrategia educativa participativa, dirigida a médicos familiares en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 80, en la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general con cinco indicadores.

Material y Métodos: Diseño: Cuasiexperimental. Para las mediciones iniciales y final de ambos grupos se elaboró, validó y estimó la consistencia de un instrumento que exploraba aptitud de la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general.

Se conformaron dos grupos: grupo control (n=6) y grupo experimental (n = 6). Se realiza una preevaluación en ambos grupos y se aplicó la maniobra educativa participativa la cual consistió en 4 casos clínicos reales problematizados, tomados de los expedientes médicos de pacientes incapacitados por enfermedad general, El profesor intervino solo en los casos que no se presentó una argumentación o crítica adecuada a la respuesta referida. Posteriormente se realizó una pos-evaluación.

Resultados: La consistencia del instrumento presentó un coeficiente de confiabilidad 0.96 (Kuder Richardson). Las calificaciones obtenidas por efecto del azar que fue de 18. En el grupo control no hubo diferencia significativa posterior a la estrategia en los cinco indicadores, pero el grupo experimental presentó una diferencia significativa $P = < 0.05$. Al evaluar la magnitud del cambio también se observó diferencia en el grupo experimental ($p < 0.05$).

Conclusiones: Una intervención educativa participativa en medicina familiar desarrolla grandes aptitudes clínicas para la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general.

III.SUMMARY

EVALUATION OF AN EDUCATIONAL STRATEGY PARTICIPATIVE IN THE APPROPRIATE PRESCRIPTION OF INABILITIES IN GENERAL ILLNESS.

Introduction: The inabilities that don't fulfill the normative approaches of the Mexican official norm constitute an economic problem at national level.

From the focus of the education for the participation, the paper of the educational one is to channel the student in the elaboration of the knowledge by means of the critic.

Objective: to evaluate the impact of a strategy educational participative, directed to family doctors in the external consultation of the Unit of Family Medicine No. 80, in the appropriate prescription of inabilities in general illness with five indicators.

Material and Methods: I Design: Cuasiexperimental. For the initial and final mensurations of both groups it was elaborated, it validated and it estimated the consistency of an instrument that explored aptitude of the appropriate prescription of inabilities in general illness.

They conformed to two groups: group control (n=6) and experimental group (n = 6). He/she is carried out a pre-evaluation in both groups and the maneuver educational participative the one was applied which consisted in 4 cases clinical real problematized, taken of the medical files of patients disabled by general illness, The professor intervened alone in the cases that it was not presented an argument or appropriate critic to the referred answer. Later on one carries out a search-evaluation.

Results: The consistency of the instrument presents a coefficient of dependability 0.96 (Kuder Richardson). The qualifications obtained by effect of the chance that was of 18. In the group control there was not later significant difference to the strategy in the five indicators, but the experimental group I present a significant difference $P = < 0.05$. When evaluating the magnitude of the change difference it was also observed in the experimental group ($p < 0.05$).

Conclusions: An intervention educational participative in family medicine develops big clinical aptitudes for the appropriate prescription of inabilities in general illness.

IV.INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La educación es un reflejo de aquello que los cambios históricos nos han legado, y cuando se piensa en ésta suelen acudir a nuestra conciencia algunas de las diferentes maneras cómo un educador pretende influir en los educandos, ya sea que se trate de: transmitir, instruir, inculcar, adoctrinar, informar, adiestrar, capacitar o formar. Bajo cierta perspectiva en todas estas acciones subyace una idea pasiva, receptiva, dócil y aquiescente del educando, complemento necesario para que la empresa educativa, así concebida, alcance sus propósitos. (1)

La educación tradicional que se presenta en el panorama educativo básico permea también a las instituciones encargadas de formar personal para la salud, donde sus egresados son el producto de profesores con una visión, en la gran mayoría fragmentada o reduccionista de la realidad, sustentados en un enfoque biologicista más que ambientalista, lo que ocasiona un círculo vicioso al nutrir a la sociedad de profesionales desprovistos de actitudes anticipatorios hacia el futuro al ser poco críticos, reflexivos, conformistas y rutinarios en su actuar. (2)

Las incapacidades que no cumplen con los criterios normativos de la norma oficial mexicana constituyen un problema a nivel nacional, que repercuten directamente en la economía familiar, y esta a su vez en la economía de los sistemas de salud nacional por los costos adicionales que le generan. (3,4).

Existen pocos estudios sobre prevalencia y factores relacionados que permitan proponer estrategias para disminuir este problema. (5)

Se sabe que el desfinanciamiento de la seguridad social ha sido generado, entre otras causas, por el impacto del pago de las incapacidades. (3,5)

Nuestro país no escapa a esta crisis; en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las incapacidades inadecuadas o mal otorgadas en enfermedad general representan un problema, al destinar parte de los recursos a la atención de daños a la salud y a la prestación económica correspondiente. (5)

Desde hace ya tiempo una de las grandes preocupaciones del IMSS ha sido atender y costear los grandes gastos que representa el pago de incapacidades, porque representan enormes costos y desfalcos en los recursos; estos se podrían utilizar en la compra de

medicamento e infraestructura. Lo anterior de ninguna manera atenta contra el derecho del trabajador para incapacitarse por alguna enfermedad real, se busca las causas por las cuales el trabajador se incapacita.

El ramo de enfermedades generales, enfrenta una seria problemática en su situación financiera por el alto costo de la atención médica del asegurado y el pago de las incapacidades, lo cual requiere de un reordenamiento (6). Una medida a considerar sería disminuir o abatir el otorgamiento inadecuado de la incapacidad. (7)

El otorgamiento de incapacidades es responsabilidad del Instituto, quien tiene la facultad exclusiva de la expedición de certificados con base en la Ley del Seguro Social (8) y en la estricta aplicación del Reglamento para la Expedición de Incapacidades a los Asegurados del Régimen Obligatorio del Seguro Social (9), y del Programa de Atención Prioritaria al Trabajador. (10)

La Ley del Seguro Social (8) menciona en su sección tercera de las prestaciones en dinero:

Artículo 96. En caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas.

Si al concluir dicho período el asegurado continuare incapacitado, previo dictamen del Instituto, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más.

Artículo 97. El asegurado sólo percibirá el subsidio que se establece en el artículo anterior, cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad.

Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

Artículo 98. El subsidio en dinero que se otorgue a los asegurados será igual al sesenta por ciento del último salario diario de cotización. El subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana, directamente al asegurado o a su representante debidamente acreditado

V. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

Algunos autores han considerado la lectura crítica como parte de la medicina basada en evidencias, proceso integrado por cuatro etapas:

- Formular de manera precisa una pregunta a partir de un problema clínico.
- Buscar las mejores evidencias disponibles en las bases de datos bibliográficos.
- Evaluar críticamente la información, considerando su validez y aplicabilidad a través de guías preestablecidas para dicho fin, dando prioridad a los ensayos aleatorizados y los meta análisis.
- Aplicar las conclusiones a la práctica clínica. (11,12)

Desde el enfoque de la educación para la participación, el papel del docente es encauzar al alumno en la elaboración del conocimiento mediante la crítica. En esta propuesta, por lectura crítica se entiende la capacidad del lector para hacer consciente una postura propia sobre lo expresado en el texto, descubriendo los supuestos implícitos, la idea directriz, los puntos fuertes y débiles de los argumentos y proponer otros planteamientos que superen los del autor, para así reafirmar o modificar su propia postura. (13) La lectura crítica presenta varios componentes: interpretar, enjuiciar y proponer. Interpretar (en informes médicos) se refiere a descifrar una tabla, una grafica, etcétera; enjuiciar es tratar de diferenciar lo pertinente, fuerte o débil, de lo que no lo es; proponer es formular alternativas para mejorar el artículo. (14)

Cuando la crítica se aplica a los artículos de investigación, esta actividad cuestionadora permite aclarar lo metodológicamente bien hecho y lo útil para resolver problemas del entorno; se elabora el conocimiento en lugar de consumir información, lo cual permite avanzar en el aprendizaje autónomo. Lo anterior se documenta en los hallazgos de diversas investigaciones que comparan dos estrategias educativas: transmisión de información y la lectura crítica de informes de investigación factual, con resultados que favorecen a esta última a plazo inmediato y mediano. (13,14)

Desde una propuesta alternativa, el enfoque participativo, la lectura crítica de textos teóricos o de investigación factual es una de las herramientas o aptitudes necesarias por desarrollar. La lectura crítica se ha definido como una capacidad que supone en el lector

una predisposición de hacer consciente una postura propia sobre el tema, la cual confronta con lo expresado en el texto; de tal forma se descubren los supuestos implícitos, la idea directriz, los puntos fuertes y débiles de los principales argumentos del escrito, para poder proponer otros planteamientos que superen los del autor, y reafirmar o modificar una postura previa. (14)

Hay investigaciones en las que se han instrumentado estrategias educativas promotoras de la participación, en la que se destaca la superioridad de los resultados sobre las estrategias pasivas, incluso a mediano plazo. (15,16)

Desde 1981 el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad de McMaster (Ontario, Canadá), publicó una serie de artículos que describen un conjunto de criterios para identificar los diferentes tipos de estudios clínico-epidemiológicos y estimar su validez, para que el médico o el estudiante sea capaz de seleccionar aquellos artículos que le sean útiles para su práctica profesional. (17)

En México, desde hace aproximadamente 12 años se han realizado diversos estudios que abordan la lectura crítica de investigación factual, comparando la estrategia educativa promotora de la participación y la tradicional pasiva, encontrando que grupos de alumnos a los cuales el sistema educativo consideraba irrecuperables debido a su bajo promedio escolar, fueron capaces de avanzar en la lectura crítica con estrategias educativas que promueven la participación. (18)

En otros trabajos se observó que con las actuales estrategias educativas (pasivas), la capacidad de lectura crítica de artículos de investigación clínica no se modifica por los años de experiencia en la práctica diaria. Investigaciones donde se ha comparado una estrategia promotora de la participación con una estrategia tradicional y la persistencia de la aptitud de lectura crítica a través del tiempo, han mostrado mayores alcances y persistencia del aprendizaje con la primera, en cuanto a la lectura crítica de informes de investigación clínica. (19,20)

A pesar de estos resultados, la mayoría de los hospitales formadores de médicos especialistas de nuestro país continúa con metodologías educativas predominantemente

pasivas, que promueven sólo el recuerdo con un rápido olvido de los conceptos enseñados, por lo mismo se reduce a consumo de la información que es considerada como verdad revelada. (21)

En el binomio profesor-alumno, numerosos factores influyen en los alcances de una estrategia educativa promotora de la participación. Uno de ellos, al parecer de gran relevancia, es la experiencia del profesor en esta estrategia educativa relacionada con el avance en el camino de la crítica. Se han efectuado diversos estudios comparando los dos tipos de estrategias: tradicional versus promotora de la participación, sin tomar en cuenta cómo influye el grado de experiencia del profesor en propiciar la participación de los alumnos para el desarrollo, específicamente, de la aptitud de lectura crítica de artículos de investigación factual. (21)

Desde el punto de vista participativo, la elaboración del conocimiento requiere de una actitud reflexiva del sujeto a partir de su propia experiencia, para que a través del debate y la confrontación de diversos enfoques epistemológicos, históricos, sociales, metodológicos, técnicos y observacionales del conocimiento, desarrolle y posteriormente consolide una postura que le permita diferenciar lo esclarecedor, relevante, válido, pertinente o fuerte de las realizaciones en cualquier campo del conocimiento, de aquello que no lo es; además de formular y proponer alternativas, producir obras o emprender acciones que superen el objeto de la crítica. (22)

En cuanto a la expedición de incapacidades existen algunos factores de los servicios de salud como el amiguismo y la mala capacitación que se han asociado con las incapacidades prolongadas e inadecuadas, en los que se involucra tanto al médico como al asegurado y se contempla la existencia de provecho propio, o rentabilidad económica, en el asegurado (ganancia secundaria) ;(23) pero de manera específica, los factores relacionados al otorgamiento inadecuado no se han estudiado.

Muchas veces esta ganancia secundaria del asegurado se obtiene bajo presión implícita o explícita, conciente o inconsciente, hacia el médico, en la que juegan un papel importante los aspectos socioculturales y psicosociales. En la literatura española a esto último se le considera “fraude”, (23)

El trabajador en forma masiva busca la protección del IMSS, para sus males económicos, busca con ello fingir una enfermedad o incrementar su incapacidad, para permanecer incapacitado, el mayor tiempo posible o hasta agotar posibilidades de obtener una pensión, que lo proteja a el y a toda su familia. (24,25).

Los costos y días o años perdidos para la nación es objeto de análisis y de interés que deben ser estudiados no solo en una unidad, sino que debería y debe ser analizado en todas y cada una de las unidades administrativas del IMSS en el ámbito nacional y dar a conocer y difundir a toda la nación. (26, 27,28).

En la década de 1978-1988, se incrementaron los riesgos de trabajo, y los estados de invalidez e incapacidad donde trascienden sus consecuencias y repercusiones en la integridad física y mental de los trabajadores, con impacto en su economía, productividad de las empresas y en las diversas erogaciones que el dinero y especie otorga el Instituto de acuerdo a la ley. El impacto es mayor en los casos de trabajadores que sin presentar riesgo de trabajo o padecimientos invalidantes reales somatizan o presentan rasgos ficticios. (29)

En la UMF No. 80 en el año 2003 los certificados de incapacidad por riesgo de trabajo, enfermedad general y maternidad representaron el 9%, 86% y 5% respectivamente, en cuanto a días expedidos fueron un 10%, 76% y 14% respectivamente.

En 1989 se crearon las clínicas de salud en el trabajo ahora divisiones de salud en el trabajo, integradas por un equipo multidisciplinario del cual forma parte el trabajador social, quien a través de la investigación social participa en la evaluación integral del trabajador, se estudia las principales causas numéricas que permiten precisar la relación causa efecto de los riesgos de trabajo y enfermedades no invalidantes. (30).

Se considera incapacidad inadecuada cuando no se apega a la normatividad de los programas de mejora continua.

En donde el total de días de incapacidad temporal por riesgos de trabajo fue de 3'440,611 para el primer semestre de 2003, y para el primer semestre de 2004 de 3'350,193 con un decremento de 90,418 días. Para enfermedad general el total de días de incapacidad

temporal subsidiados fue de 15'109,517 en el primer semestre de 2003 y se prescribieron 15'127,334 días para el mismo periodo en el 2004. En los ramos de seguro de riesgos de trabajo y enfermedad general, el promedio de días de incapacidad por trabajador IMSS durante 2004 muestra una disminución de 7.3% en riesgos de trabajo y de 9 % en enfermedad general, al compararlos con los otorgados en el mismo periodo del año 2003. (31)

Como herramienta de apoyo para la prescripción razonada de la incapacidad temporal para el trabajo, los médicos tratantes de 105 Unidades de Medicina Familiar disponen desde el mes de noviembre de 2003 del software denominado “Consejero Médico de Incapacidades” (MDA versión 4). El cual fue de gran utilidad en el presente estudio.

Aun con la implantación en 1989 del Programa de Atención Médica (PAM) (32) que pretende abatir las incapacidades de más de 90 días, dicho problema persiste en el IMSS. Así para 1994 se informaron 18814 casos de incapacidades en el país, muchos de los cuales quedaron sin resolver al término del año (33). En la literatura, existen algunos informes acerca de la relación de la calidad de la atención médica con la incapacidad, y de las características del asegurado y tipo de padecimiento. (33,34).

El IMSS ha implementado estrategias de mejora para la reincorporación oportuna de sus trabajadores tales como: Consejero de incapacidades, Prescripción razonada, Programa de 3x3, Supervisión efectiva y eficiente, Control y vigilancia.

En México, existen trabajos de investigación en los que se representa, cómo influye la experiencia del profesor en una metodología promotora de la participación en el desarrollo de lectura crítica de artículos de investigación factual, en dos grupos de residentes de la especialidad de medicina interna, en las que se desarrolló habilidades para interpretar, enjuiciar y proponer. El grupo de residentes manejado por el profesor con un diplomado en investigación educativa -el cual fue el grupo experimental- presento marcada diferencia posterior a la estrategia educativa. Lo que apoya la hipótesis de que los alcances de este tipo de estrategia dependen de la preparación y experiencia del profesor para facilitar la participación de los alumnos (35).

VI. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

Dentro de la unidad médica familiar numero ochenta (UMF No. 80), se cuenta con un programa adecuado en donde se incorporen el 100% de los médicos adscritos en cursos de capacitación y actualización para el llenado correcto del formato certificado de incapacidad.

Las capacitaciones que se realizan en cuanto a las normas institucionales y los temas médicos de actualización del medico familiar se realizan en ambientes educativos tradicionales donde prevalece la educación denominada pasivo-receptiva, centrada en el profesor, con énfasis en los contenidos y técnicas, en lugar de ser una educación de tipo participativa, donde el papel del docente es encauzar al alumno en la elaboración del conocimiento mediante la crítica.

La capacitación del medico en el llenado adecuado del certificado de incapacidades evitaría errores que pudieran repercutir inadecuadamente en el individuo, así, como en la empresa y por consiguiente en la nación, o en su caso contrario beneficiar al individuo o a la empresa en forma inadecuada. De igual manera la relación medico-paciente tan fundamental para una buena practica medica, puede verse afectada por un mal otorgamiento o una negación inadecuada del certificado de incapacidad, es por eso que la relación de confianza mutua que debe existir entre él medico y el paciente debe de estar respaldada con una capacitación adecuada a la altura de las circunstancias que lo están demandando.

La responsabilidad final del otorgamiento de la incapacidad es del medico que es el profesional que mejor puede valorar la repercusión de la perdida de la salud y la capacidad productiva de un paciente, en donde debe aplicar criterios de confidencialidad, neutralidad y conocimiento clínico del mismo. Por eso el apoyo fundamental para él medico es la información adecuada que modifique los criterios del otorgamiento del certificado de incapacidad.

Actualmente los modelos diseñados en los formatos de los certificados de incapacidad están siendo modificados constantemente para llevar un mejor control de las mismas, así, como de los motivos de los otorgamientos, esto aunque parece ser motivo de un proceso de

mejoramiento no es así, ya que al no capacitar al medico en forma adecuada en base a los reglamentos que lo rigen y si en una forma inadecuada de aprendizaje, ya que actualmente se dan en forma tradicional.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con las actuales estrategias educativas (pasivas), la capacidad de lectura crítica de temas médicos y de actualización así como de artículos de investigación clínica no se modifica por los años de experiencia en la práctica médica. Investigaciones donde se ha comparado una estrategia promotora de la participación con una estrategia tradicional y la persistencia de la aptitud de lectura crítica a través del tiempo, han mostrado mayores alcances y persistencia del aprendizaje con la primera. A pesar de estos resultados, la mayoría de los hospitales formadores de médicos especialistas de nuestro país y la actualización y capacitación a médicos familiares de base continúa con metodologías educativas predominantemente pasivas, que promueven solo el recuerdo con un rápido olvido de los conceptos enseñados.

Por lo anterior, el otorgamiento no adecuado de la incapacidad en el IMSS es un problema que trasciende de manera negativa. Al IMSS le ha afectado financieramente de manera importante, lo que se ha incrementado en los últimos años. La prescripción de incapacidades es un proceso que en el médico que otorga la prestación requiere el conocimiento y correcta aplicación, del Instructivo de Llenado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo por el Personal Médico, al Reglamento de Servicios Médicos, la Ley Federal del Trabajo, Guías de Práctica Clínica, Consejero Médico de Incapacidades (MDA), Guía para la Clasificación del Trabajo.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿CUÁLES SON LOS ALCANCES DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS MÉDICOS FAMILIARES, EN EL DESARROLLO DE LA APTITUD PARA LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD GENERAL?

VIII. OBJETIVOS E HIPOTESIS.

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el impacto de una estrategia educativa participativa, dirigida a médicos familiares de la consulta externa de la UMF No. 80, en la prescripción adecuada de incapacidades por enfermedad general.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Identificar el grado de aptitud de los alumnos en la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general.

2.- Valorar el grado de aptitud en indicadores clínicos específicos:

- Uso de recursos terapéuticos.
- Integración diagnóstica.
- Factores pronósticos.
- Identificación de signos y síntomas.
- Identificación de factores de riesgo.

HIPOTESIS

Una estrategia educativa promotora de la participación de los médicos familiares, permite desarrollar una mayor aptitud en la prescripción adecuada de incapacidades por enfermedad general.

IX. MATERIAL Y METODOS

DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

DISEÑO: Cuasiexperimental.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Tipo de muestreo no probabilístico fue por invitación de 12 Médicos familiares adscritos al Instituto Mexicano Del Seguro Social de la UMF No. 80, Delegación Michoacán, a los que se les aplico la estrategia educativa.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN:

- 1.- Médicos familiares adscritos a la UMF No. 80
- 2.- Que aceptaron participar voluntariamente.

ELIMINACIÓN:

- 1.- Médicos familiares no adscritos a UMF No. 80.
- 2.- Médicos no familiares.

EXCLUSION:

- 1.- Médicos familiares adscritos a la UMF No. 80 que no desearon continuar en el estudio.

DESCRIPCION DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Estrategia educativa.

VARIABLES DEPENDIENTE:

Aptitud clínica en la expedición de incapacidades.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	ESCALA DE MEDIDA
DEPENDIENTE APTITUD CLINICA	Es la capacidad del educando de recuperar su experiencia clínica ante situaciones problematizadas en los distintos espacios clínicos	ORDINAL
INDEPENDIENTE ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA	Considera actividades orientadas a que el alumno deje de ser un espectador para convertirse en protagonista de la construcción de su conocimiento, mediante el análisis y crítica de documentos, el debate y confrontación de diferentes opiniones y puntos de vista. Un aspecto fundamental es la actividad extraclase , donde por medio de guías de lectura se solicita al alumno la identificación de la idea directriz del texto por estudiar, al confrontar la información con su experiencia, debe pronunciarse si esta o no de acuerdo con las ideas, argumentos y propuestas del autor y el porque de sus opiniones.	DICOTOMICA
ESTRATEGIA EDUCATIVA TRADICIONAL	Consiste en un conjunto de actividades que se llevan a cabo con predominio del enfoque pasivo de la educación a través de técnicas grupales (talleres, lectura comentada, trabajo en equipo y discusión dirigida) y expositivas por parte de los docentes.	

METODOLOGIA

Se realizó una conformación de dos grupos el grupo experimental con seis médicos y seis del grupo control, se les aplicó el cuestionario de 100 ítem como pre-evaluación, al grupo experimental se le aplicó una estrategia educativa participativa y al grupo control estrategia educativa tradicional, posteriormente se realizó la pos-evaluación en ambos grupos.

Todos los datos se recolectan en una hoja de cálculo del programa Excel y se procesan.

El análisis estadístico se realiza en el programa SPSS.

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Para explorar la aptitud clínica de los Médicos Familiares se recopilamos 4 casos clínicos reales problematizados, tomados de los expedientes clínicos de pacientes incapacitados por enfermedad general, se seleccionamos los más representativos en cuanto a la práctica diaria y se incluyó lo inconsistente y contradictorio, desde la perspectiva de ciertas hipótesis diagnósticas.

Los cuales se realizaron con enfoque al: instructivo de llenado del certificado de incapacidad temporal para el trabajo por el personal médico, al reglamento de servicios médicos, la ley federal del trabajo, Guías de práctica clínica, Consejero Médico de Incapacidades MDA, Guía para la clasificación del trabajo. Construyendo un instrumento a base de enunciados que exploraron los siguientes indicadores de evaluación:

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Reconocimiento de condiciones, hábitos y/o características presentes como antecedentes, más frecuentes en los individuos que sin formar parte de la enfermedad hacen más posible el incremento en la recuperación del paciente.

IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SINTOMAS

Reconocimiento de síntomas signos y datos paraclínicos como parte de una enfermedad.

INTEGRACION DIAGNOSTICA

Reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos que en conjunto integran con alta probabilidad una hipótesis diagnóstica sindrómica o nosológica.

USO DE RECURSOS TERAPEUTICOS

Utilización apropiada de las medidas medicamentosas y no medicamentosas, que dada la situación del paciente, potencialmente detienen el curso clínico de la enfermedad y previenen sus complicaciones.

IDENTIFICACION DE FACTORES PRONOSTICOS.

Reconocimiento de características del paciente que permiten anticipar el curso clínico probable de una enfermedad.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Se efectuó a través del criterio de expertos en cuanto al contenido y las respuestas correctas de las preguntas. Los expertos son tres médicos familiares, dos médicos de medicina del trabajo y un médico anestesiólogo con perfil docente, los cuales realizaron dos rondas para llegar a un acuerdo en cuanto a los casos y a una concordancia en cuanto a las respuesta correcta a cada enunciado en cuando menos cuatro de los cinco evaluadores.

CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Las respuestas se clasificaron como correctas, de acuerdo con el consenso de los expertos.

Las respuestas correctas se calificaran como +1 las incorrectas con -1 y las no sé con 0.

Se realizo una prueba piloto para determinar la validez interna del instrumento.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Estuvo a cargo del jefe de departamento clínico de la Unidad de Medicina Familiar N° 80, realizándose antes y después de la estrategia educativa.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

El instrumento elaborado (anexo 1) consta de un instructivo como hoja frontal, un glosario de términos, cuatro casos clínicos reales y 100 enunciados (47 falsos y 53 verdaderos) con los cuales se exploran los siguientes indicadores:

Uso de recursos terapéuticos 30, reactivos.

Integración diagnóstica 13, reactivos.

Factores pronósticos 30, reactivos.

Identificación de signos y síntomas 13, reactivos.

Identificación de factores de riesgo 20, reactivos.

Este instrumento se aplicó al grupo experimental, así como al grupo control antes y después de la aplicación de la estrategia educativa participativa.

GRUPO PILOTO.

Se aplicó el instrumento a un grupo piloto constituido por 10 estudiantes de segundo año de la facultad de medicina para determinar el número de respuestas de no se y establecer las puntuaciones obtenidas por efecto del azar y con base a ello construir una escala de cinco niveles : muy alto, alto, medio, bajo, y muy bajo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

- 1.- Prueba de Wilcoxon para comparar los resultados obtenidos de las medianas globales, antes y después de la intervención educativa intragrupo.
- 2.- Prueba de U de Mann Witney para comparar medianas globales, intergrupos.
- 3.- Prueba de Mc Nemar para comparar la magnitud del cambio al final de la estrategia educativa.
- 4.- Formula de Kuder Richardson para determinar la confiabilidad del instrumento.
- 5.- Formula de Pérez-Padilla y Viniegra para calcular los resultados explicables por el azar en las calificaciones.

PROGRAMA EDUCATIVO

GRUPO EXPERIMENTAL

Consistió en 4 sesiones de 1.30 hrs. cada tercer día en donde el profesor otorgo un caso clínico para su resolución así como los componentes de apoyo informativo, Consejero Medico de incapacidades (MDA), Instructivo de llenado del certificado de incapacidad temporal para el trabajo por el personal medico, La ley del seguro social, El reglamento de servicios médicos, la Ley federal del trabajo y los cuatro temas tomados del MDA. El día de la sesión los alumnos presentaron su argumentación a las respuestas referidas en el documento del caso clínico, determinando las respuestas correctas.

El profesor intervino solo en los casos que no se presentó una argumentación o crítica adecuada a la respuesta referida.

GRUPO CONTROL.

Se les otorgó el material de apoyo informativo, para su lectura y análisis en forma individual.

El profesor no tuvo ninguna intervención.

X. RESULTADOS

RESULTADOS

Se estimó la consistencia del instrumento después de aplicarlo a una población piloto conformada por estudiantes de medicina de 2° años no incluidos en el estudio, mediante la fórmula de Kuder-Richardson; se obtuvo un coeficiente de confiabilidad 0.96.

Y se utilizó la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra con el fin de establecer las calificaciones obtenidas por efecto del azar que fue de 18.

Al clasificar la aptitud en la evaluación de una estrategia educativa participativa, en la prescripción adecuada de incapacidades en Enfermedad General, posterior a la estrategia educativa el grupo control presentó cinco médicos con baja y uno en la clasificación muy baja, mientras que el grupo experimental presentó cinco médicos en alto y uno en medio.

TABLA I, Escala de calificación obtenida por los médicos familiares posterior a la estrategia educativa

		GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
		POS-EVALUACION	POS-EVALUACION
MUY ALTO	86 - 100		
ALTO	69 - 85		5
MEDIO	52 - 68		1
BAJO	35 - 51	5	
MUY BAJO	18 - 34	1	

A continuación se presenta en la Tabla II la evaluación de la aptitud, donde no encontramos diferencias significativas en el grupo control, en la prueba de Wilcoxon intragrupo posterior a la estrategia educativa. Y el grupo experimental con un valor de $P < 0.05$.

Al aplicar la prueba de U de Mann Whitney para comparar la mediana global intergrupos, no se encontraron diferencias significativas antes de la estrategia educativa, pero posterior a la estrategia, se encontró significancia de $P < 0.05$

TABLA II. Puntuación de medianas globales obtenidos por el grupo control y el grupo experimental antes y después de la estrategia educativa en de la aptitud de la prescripción de incapacidades en Enfermedad General.

	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL	P**
ANTES	37	36	NS
DESPUÉS	39	72	P=<0.05
P*	NS	P=<0.05	

* Prueba de pares igualados de Wilcoxon.

**Prueba de U de Mann-Whitney.

NS = No Significativa.

Al evaluar la magnitud del cambio hubo una diferencia significativa en el grupo experimental (Tabla III).

TABLA III Tendencia del cambio posterior la estrategia educativa en grupos de médicos familiares, en la prescripción adecuada de incapacidades por enfermedad general.

	SUBIERON	BAJARON	SIN CAMBIO	P*
GRUPO CONTROL	0	0	6	P=<0.05
GRUPO EXPERIMENTAL	6	0	0	P=<0.05

*Prueba de Mc Nemar.

La puntuación de aptitud clínica por indicadores en los grupos control y experimental antes y después de la estrategia educativa, se presenta en la Tabla IV. Donde observamos que en el grupo control no hubo diferencia significativa posterior a la estrategia en los cinco indicadores, pero en el grupo experimental si hubo diferencia significativa $P = < 0.05$ en los indicadores de: Uso de recursos terapéuticos, Integración diagnóstica y Factores pronósticos.

TABLA. IV Comparación de medianas entre los cinco indicadores (uso de recursos terapéuticos, integración diagnóstica, factores pronósticos, identificación de signos y síntomas e identificación de factores de riesgo) en el grupo control y experimental antes y después de la estrategia educativa.

	REACTI- VOS 100	Grupo Control		P	Grupo Experimental		P
		MEDIANAS			MEDIANAS		
		Antes	Después		Antes	Después	
Uso de recursos terapéuticos	30	7	8	0.157 **	9	25	0.027*
Integración diagnostica	13	3	3	0.317 **	3	9	0.026*
Factores pronósticos	30	10	10	1.0 **	11	22	0.024*
Identificación de signos y síntomas	13	7	7	0.317 **	7	8	0.276 **
Identificación de factores de riesgo	14	7	7	0.655 **	7	9	0.334 **

* $P = < 0.05$

** No Significativo

XI. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos una diferencia significativa en el grupo experimental de médicos a los que se les aplicó la estrategia educativa participativa que se reflejó en la aptitud de la prescripción adecuada de incapacidades por enfermedad general. Esto a pesar de que el profesor que aplicó la estrategia educativa no cuenta con un diplomado en investigación en educación, como se menciona en otro estudio realizado en México en residentes de medicina Interna, donde también evalúan la experiencia del profesor. (15)

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con otro estudio realizado entre internos de pregrado a los que se les aplicó una estrategia educativa para el desarrollo de lectura crítica de informes de investigación clínica, en la cual el avance más importante se observó cuando se utilizó una estrategia promotora de la participación, mencionan que las limitantes en este estudio fue la corta duración de la estrategia, porque el desarrollo de la lectura crítica requiere de un proceso de maduración y un ambiente propicio para la participación del alumno (21).

La duración de la estrategia educativa en nuestro estudio parece que fue suficiente, por los resultados obtenidos en el grupo experimental, en la que observamos un aumento considerable al observar las medianas en la pre y pos evaluación en la prueba de Wilcoxon y U de Mann-Whitney. Consideramos también que esta significancia está supeditada a que los médicos en el estudio cuentan con una antigüedad y experiencia en su trabajo de entre diez y veinte años, además de que están integrados a programas de actualización continua, que favorece el cambio en la aptitud en la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general. (35)

Los alcances de la estrategia educativa participativa en nuestro estudio, parecen depender en gran medida de la disponibilidad que tengan los médicos para su capacitación continua en el desarrollo de sus actividades diarias, en el manejo de fuentes de información como herramientas para mejorar la expedición de certificados de incapacidad por enfermedad general en forma razonada y la capacidad del profesor para motivar a los alumnos, facilitando su participación en la elaboración de su conocimiento.(35)

En el presente estudio se observó que se tienen poco o nulo conocimiento de herramientas que ayudan al médico familiar en la expedición de incapacidades en enfermedad general, herramientas de apoyo como el Consejero Médico de Incapacidades (MDA), la cual puede ser de gran ayuda en padecimientos que más problemas se presentan al momento de generar una incapacidad, no sin olvidar que son solo guías y no normas, donde el criterio médico clínico de cada médico es lo que prevalece al final. (32)

El diseñar este instrumento para evaluar la aptitud en la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general, debe reunir ciertas características que permitan explorar la capacidad del médico para reconocer situaciones clínicas variadas. Este instrumento fue elaborado con casos reales de la práctica diaria del médico familiar, así como el resultado de su consistencia que le confiere fortaleza para tener una aproximación al aprendizaje adquirido.

En este estudio no encontramos diferencias significativas en el grupo control, en el cual se desarrolló una estrategia educativa tradicional en la que los alumnos son receptores de información, la cual por su experiencia laboral consideran conocer, lo que los lleva a la falta de análisis y reflexión y la utilización de guías y normas institucionales para su trabajo.

El grupo experimental posterior al desarrollo de una estrategia educativa participativa presentó una marcada diferencia al incrementar sustancialmente la mediana global.

En el grupo control la escala de calificación obtenida no fue significativa, pero la calificación del grupo experimental fue alta, lo que consideramos un buen aprovechamiento de la estrategia educativa participativa.

En la evaluación de la magnitud del cambio, también fue significativo en el grupo experimental en los seis médicos a los que se les aplicó la estrategia educativa participativa. En la comparación de las medianas de los cinco indicadores: Uso de recursos terapéuticos, Integración diagnóstica, Factores pronósticos, Identificación de signos y síntomas e

Identificación de factores de riesgo, prácticamente no se presentaron cambios, no hubo significancia en el grupo control.

En el grupo experimental si hubo significancia en los tres primeros indicadores, y los últimos dos indicadores sin cambio, por lo que consideramos que los médicos familiares no tienen deficiencias en lo que respecta a la identificación de signos y síntomas así como en la identificación de factores de riesgo. Recordando que estos médicos cuentan con gran experiencia y los mas importante que es su criterio clínico.

De acuerdo con los resultados de este estudio podemos inferir que la aplicación de una estrategia educativa participativa en médicos familiares mejora notablemente la aptitud en la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general. Esto depende en gran medida de una postura abierta hacia los cambios en la forma de enseñanza - aprendizaje, que permita la participación de los alumnos y que les permita formar un ambiente propicio para la crítica, la reflexión y desarrollar la capacidad del aprendizaje autónomo.

Consideramos que este incremento esta supeditado a la discusión de los casos clínicos, presentados a los médicos familiares, favoreciendo la reflexión, el análisis y la argumentación en el debate de los propios actores en el acto médico, en nuestro estudio, el facilitador (docente), fue el jefe de departamento clínico de la Unidad de Medicina Familiar N° 80, sin conocimientos de fondo en metodologías educativas participativas, no así en cambio los que participaron en el diseño de los casos clínicos que se presentaron en la discusión, son profesores que cursan los diferentes niveles de un diplomado en investigación educativa, por lo que consideramos que los casos clínicos de discusión bien diseñados, en un ambiente propicio para la reflexión permiten desarrollar en los alumnos capacidades para el aprendizaje autónomo. (35)

XII. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En este estudio observamos que una estrategia educativa participativa desarrolla aptitudes clínicas para la prescripción adecuada de incapacidades en enfermedad general. Construyendo así el medico, un conocimiento mas critico en los padecimientos que con mayor dificultad tiene para otorgar los días adecuados de incapacidad al trabajador. Y no así las limitaciones que presenta la educación tradicional, cuando sólo se imparte en un aula o salón de clases sin la participación activa del alumno, limitando su formación para ser crítico, y elaborar su conocimiento.

En cuanto a los indicadores clínicos específicos que se valoraron se observo, gran desarrollo en la aptitud para: Uso de recursos terapéuticos, integración diagnostica, factores pronósticos. Lo que se reflejara en un mayor reconocimiento por parte del medico, en la utilización de medidas medicas y no medicas que modifican el curso clínico de la enfermedad y previenen sus complicaciones, disminuyendo así los días de incapacidad. Reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos que integran un diagnostico sindromatico y nosologico. Y el reconocimiento de características del paciente que le permiten anticipar el curso clínico probable de una enfermedad.

En este modelo de clase el lugar del docente ya no es aquél que mostraba los últimos avances de la ciencia, sino que su función es ahora la de acompañar y facilitar al alumno en su camino de aprendizaje con instrumentos que permitan la reflexión y el debate. Un camino que deberá ser transitado al mismo tiempo que construido por cada individuo. La tarea del docente será estimular dicha construcción, y no esperar al otro lado del camino, o alzar en brazos al alumno y caminar por él.

XIII. SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

Se requiere aplicar las estrategias educativas participativas en la capacitación a médicos familiares de las unidades de medicina familiar del IMSS, principalmente en la prescripción adecuada de incapacidades por enfermedad general, ya que es uno de los rubros que más a golpeado económicamente al IMSS.

Esta capacitación enfocada en los temas que mayor problema tiene el medico para indicar los días correctos de incapacidad que un trabajador requiere como parte de su tratamiento. Utilizando documentos normativos y material de apoyo como son:

Consejero medico de Incapacidades (MDA)

Instructivo de Llenado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo por el Personal Medico.

Reglamento de Servicios Médicos.

Guías de Práctica Clínica.

Guía para la Clasificación del Trabajo.

XIV. REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Viniegra VL. Materiales para una crítica de la educación. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1999. p. 42.
- 2.- López LNR, Matus MR, Aptitud para la lectura crítica de textos teóricos en estudiantes de Licenciatura en enfermería. Escuela de Enfermería del IMSS, Hermosillo Sonora, Coordinación de Educación en Salud, IMSS. México, DF.2000.
3. - Webster BS, Snook SH. The cost of 1989 workers compensation low back pain claims. Liberty Mutual Insurance Company. Spine 1994;19:1111.
- 4.- Cheadle A, Franklin G, Savarino J, Lui PY, Dalley C, Weaver M. Factors Influencing the Duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. Am J Public Health. 1994; 84:190.
- 5.- Maldonado IG, Sandoval PA, Rosales EJ, Mantilla MA, Hernández GJ. Incapacidades prolongadas inadecuadas ¿un problema del asegurado, del medico o de los servicios de salud? Rev.Med IMSS (Méx.)1996;34(5):379-384.
6. - Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of work disability United States, 1990 JAMA 1993; 270:1921.
- 7.-Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnostico 1995. Presentación. México: Coordinación de comunicación Social del IMSS, 1994:25.
- 8.-Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglamento para la Expedición de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo de los Asegurados del Régimen Obligatorio del Seguro Social. México, 1993.
- 9.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. México: Coordinación de comunicación Social del IMSS, 1993.
- 10.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional de Atención Médica Prioritaria a los Trabajadores. México: Subdirección General Medica, 1989.
11. - Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425.
12. - Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
- 13.- Viniegra VL. El camino de la crítica y la educación. Rev Invest Clin 1996;48:139-158.
- 14.- Espinosa AP, Viniegra VL. Lectura crítica en grupos escogidos de estudiantes de medicina. Rev Invest Clin 1994;46:407-415.

- 15.- Cobos AH, Espinosa AP, Viniegra VL. Comparación de dos estrategias educativas en la lectura crítica de médicos residentes. Rev Invest Clin 1996;48:321-335.
- 16.- Cobos AH, Espinosa AP, Viniegra VL. Persistencia del aprendizaje de la lectura crítica en médicos residentes. Rev Invest Clin 1998;50:43-46.
17. - Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. McMaster University Health Science Center. How to read clinical journals. I-V. Can Med Ass J 1981; 124(Suppl).
- 18.- Espinosa AP, Viniegra VL. Efecto de una estrategia educativa sobre la lectura crítica de estudiantes de medicina. Rev Invest Clin 1994; 46:447-456.
- 19.- Leyva GF, Viniegra VL. Lectura crítica en médicos residentes de las especialidades tróncas. Rev Invest Clin 1999;51:31-38.
- 20.- Viniegra VL. La investigación en la educación: Papel de la teoría y de la observación: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1999. p. 35.
- 21.- Vázquez MCA, Infrán SM, Cobos AH. Papel de la experiencia docente, en estrategias educativas promotoras de la participación. Rev Med IMSS 2003; 41 (1): 23-29
- 22.- Viniegra VL. Una nueva estrategia para la educación médica de postgrado. II. Rev Invest Clin 1990;42:152-156.
23. - Buitrago-Ramírez F. Medical responsibility in temporary work incapacity. Aten Primaria 1994; 13:1.
- 24.- Días M. Perfil Epidemiológico de la invalidez en el IMSS, zona Durango de 1991 a 1996. Salud Trabajo. 1997; 120-125.
- 25.- Pérez L, Villegas P, Ortiz M, Méndez M. Frecuencia de pensiones por invalidez. Salud Trabajo. 2001; 153.
- 26.- Pérez C, Escobedo S. Características epidemiológicas, de los asegurados con dictamen de invalidez. VI Reunión nacional de investigación en salud en el trabajo, 17 – 18 Enero del 2002.
- 27.- Amador A, Sánchez N, Cruz T, Sirviere Z, Gómez G. Epidemiología de los Padecimientos, invalidez de la zona sur de Tamaulipas. IV Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo. 12-14. Enero de 1999.
- 28.- Rojas V, Carranza C. Complicación de la Diabetes Mellitus tipo 2 y Años de Vida Laborables potencialmente perdidos. VI Reunión nacional de investigación en salud en el Trabajo, 17-18 de Enero de 2002.

29. - Antsiferov MB, Starostina CG, Galstian GR, Dedov II. Analysis of the quality of the primary therapeutic-preventive care rendered to patients with type I diabetes mellitus. Probl Endocrinology Mosk 1994;40:19.
- 30.- Martínez NF, Características Sociolaborales de los Trabajadores Valorados en la DIST. V Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, Centro Médico Nacional Siglo XXI 18-19 Enero de 2001.
- 31.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Instructivo de Integración y Operación del Comité para la Evaluación Medica de casos con Incapacidad Temporal para el Trabajo. México: Jefatura de Hospitales Generales de Zona, Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo, Jefatura de Organización y Métodos, 2004
- 32.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Control de Casos PAM. Delegación estatal Tlaxcala, Coordinación Delegacional de Salud en el Trabajo, 1994.
- 33.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Casos con Tiempos Prolongados de Incapacidad. Subdirección General Medica, Jefatura de Servicios de Salud en el trabajo, 1994.
34. - Van – Dijk FJ, Prins R. Occupational health care and work incapacity. Recent development in the Netherlands. Occup Med Oxf 1995;45:159.
- 35.- Elizaldi LNE, Insfrán SM, Cobos AH. Lectura crítica de investigación clínica por médicos internos de pregrado. Rev Med IMSS 2003; 41 (4): 281-287

XV. RELACION DE ANEXOS

ANEXO: 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
No. DE REGISTRO DE INVESTIGACION: 20041602-053**

La presente encuesta trata sobre una estrategia educativa promotora de la participación de los médicos familiares, permite desarrollar una mayor aptitud en la expedición de incapacidades por enfermedad general. Es confidencial y se pretende publicar.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER LOS CASOS.

INSTRUCCIONES:

Lea los casos clínicos, cada uno de ellos contiene enunciados que deberá de contestar según las siguientes afirmaciones.

“F” Si considera que la respuesta es falsa.

“V” Si considera que la respuesta es cierta.

“NS” Si desconoce la respuesta.

Recuerde que una respuesta correcta le **suma** un punto, una respuesta incorrecta le **resta** un punto y una respuesta No se (NS) No le resta ni le suma un punto.

TERMINOS EMPLEADOS:

COMPATIBLE.- Se refiere al hecho de que los elementos de un caso clínico concuerdan con la entidad nosológica propuesta como diagnostico.

GRAVEDAD.- Son signos y síntomas clínicos o paraclínicos que indican un estado avanzado o inminencia de muerte.

A FAVOR.- Presencia de un dato clínico de laboratorio o de gabinete que forma parte y es base importante en el diagnostico de la enfermedad en cuestión.

UTIL.- Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnostico que presentan claramente mas beneficios (precisión diagnostica) que perjuicios (molestias innecesarias) en la situación clínica descrita.

APROPIADO.- Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas preventivas o de seguimiento que son las más efectivas en la situación clínica descrita con escasos efectos indeseables y claros beneficios inmediatos o potenciales.

SEGUIMIENTO.- Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas pertinentes para la vigilancia y control del paciente descrito a corto, mediano y largo plazo.

Nombre _____ Tiempo laboral _____

Conteste todas las preguntas:

CASO CLINICO I.

Se trata de paciente del sexo masculino de 24 años de edad, casado, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, trabaja auxiliar de seguridad en operadora comercial mexicana s.a. de c.v. desde hace 2 años. Y derechohabiente del IMSS solamente. Inicia padecimiento en su domicilio, 1 hora antes de acudir a su trabajo al sufrir lesión a nivel de rodilla derecha con objeto romo, presentando dolor a la deambulación, flexión y extensión a nivel de rodilla derecha con ligero aumento de volumen de la misma y equimosis, motivo por el que es atendido en el servicio de urgencias, se le otorgo incapacidad por ese día, en donde por clínica y por radiología se diagnostica contusión leve superficial de rodilla derecha.

En el certificado de incapacidad temporal para el trabajo es apropiado que:

- 1.- _____ en el dato “nombre de los patrones” es: Instituto mexicano del Seguro Social
- 2.- _____ el médico adscrito a los servicios de urgencia podrá expedir certificados, únicamente por el término de un día.
- 3.- _____ en el dato “días probables de recuperación” se registra en el certificado de _____ .
_____ incapacidad subsiguiente

Es compatible con los derechos que tiene el trabajador asegurado.

- 4.- _____ Ser atendido en el servicio de urgencias
- 5.- _____ Derecho a subsidio por riesgo de trabajo.
- 6.- _____ Recibir atención con seguros adicionales
- 7.- _____ Rehabilitación.

Una apropiada incapacidad se otorgara de acuerdo a los siguientes parámetros según el consejero medico de incapacidades:

- 8.- _____ A la categoría de su trabajo
- 9.- _____ A la edad del trabajador
- 10.- _____ A la gravedad de la lesión
- 11.- _____ Al tipo de trabajo que desempeña
- 12.- _____ En la clasificación del trabajo “ligero” la duración de incapacidad óptima es _____ de un día.
- 13.- _____ En la clasificación del trabajo “medio” la duración de incapacidad máxima es _____ de tres días.

Son medidas a favor de la recuperación de este paciente:

- 14.- _____ Levantar o cargar objetos
- 15.- _____ Elevar la extremidad afectada por dos días.
- 16.- _____ Uso de medicamentos
- 17.- _____ requiere de envío a 2º nivel

Son datos a favor para calificarlo como enfermedad general:

- 18.- _____ Haber sufrido el accidente 1 hora antes de acudir a su trabajo
- 19.- _____ Por el tiempo transcurrido desde la lesión hasta que acudió al servicio de urgencias.
- 20.- _____ El tipo de lesión

Son datos útiles para establecer el diagnostico de contusión leve superficial de rodilla

- 21.- _____ Es el mecanismo que se presenta por el golpe contuso con objeto romo.
- 22.- _____ presencia de equimosis
- 23.- _____ la afección de músculo y hueso.
- 24.- _____ limitación en los movimientos
- 25.- _____ conocimiento de padecimientos comorbidos como hemofilia.
- 26.- _____ Requiere mas apoyo de gabinete como un Ultrasonido

Son medidas útiles para el tratamiento

- 27.- _____ Inmovilización temprana
- 28.- _____ Aplicación de hielo en las primeras 24 horas
- 29.- _____ La cirugía es adecuada en este caso
- 30.- _____ El vendaje compresivo durante tres días
- 31.- _____ después de las primeras 24 a 48 horas aplicación de calor en forma de compresas calientes.

CASO CLINICO II

Se trata de paciente del sexo femenino de 31 años de edad, casada de oficio empleada de piso (intendencia), originaria y residente de Morelia Mich. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, inicia padecimiento al sufrir inversión forzada de pie izquierdo al caminar en la vía publica, provocándole limitación para los movimientos normales y dolor a la deambulaci3n, encontrando a la exploraci3n edema y equimosis en cara externa del tobillo, por lo que es traída al servicio de urgencias, en donde se le diagnostica esguince de primer grado de tobillo izquierdo.

Son datos a favor para considerarlo como factor de riesgo:

- 32.- _____ La ocupaci3n
- 33.- _____ El tipo de lesi3n
- 34.- _____ Lesi3n en la vía publica

Son datos compatibles con el diagnostico de esguince de tobillo de primer grado

- 35.- _____ El edema y equimosis de la cara externa del tobillo
- 36.- _____ La ruptura de algunas fibras ligamentosas.
- 37.- _____ Por el mecanismo de la lesi3n

Son datos compatibles con el pronóstico de la lesión

- 38.- _____ Tendencia al esguince recurrente
- 39.- _____ Tendencia a inestabilidad articular
- 40.- _____ Deformidad permanente

Por la gravedad de la lesión, ocupación y edad del paciente y por la clasificación del trabajo, la incapacidad puede ser:

- 41.- _____ Incapacidad temporal
- 42.- _____ como máximo de 7 días en trabajo medio.
- 43.- _____ como optimo de 3 días en trabajo ligero
- 44.- _____ como mínimo de 3 días en trabajo sedentario.

Son factores útiles que influyen en la duración de la incapacidad

- 45.- _____ Edad
- 46.- _____ Salud general de la persona
- 47.- _____ La movilidad temprana
- 48.- _____ la inmovilidad temprana

Por el tipo de esguince son datos a favor de la lesión

- 49.- _____ Siempre va acompañada de ruptura completa del ligamento
- 50.- _____ Es la lesión más frecuente ocupando el 85 % de los esguinces de tobillo
- 51.- _____ Hay laxitud de la articulación a la tensión manual.
- 52.- _____ En este caso quedan con debilidad e inestabilidad del tobillo.

Son medidas útiles para el tratamiento de esguince de tobillo de primer grado.

- 53.- _____ Reposo
- 54.- _____ Aplicación de hielo
- 55.- _____ Compresión y elevación.
- 56.- _____ Inmovilización protectora con férula posterior.
- 57.- _____ Tratamiento quirúrgico.

Son datos a favor del seguimiento

- 58.- _____ Por la presentación del accidente debe ser calificado como accidente de trabajo.
- 59.- _____ La incapacidad inicial otorgada por el medico de urgencias será de 14 días

CASO CLÍNICO III

Se trata de paciente del sexo femenino de 29 años de edad, de oficio es cajera en farmacias Guadalajara, antecedentes de Diabetes mellitus 2 en control con hipoglucemiantes orales, inicia padecimiento hace 3 días, con dolor, edema, eritema, secreción purulenta a nivel ungueal de primer ortejo izquierdo, así como limitación funcional y marcha claudicante. Motivo por el que acude al servicio de consulta externa, donde se le realiza el diagnostico de onicocriptosis y paroniquia de primer ortejo izquierdo, otorgándole certificado de incapacidad por tres días.

Son factores útiles que influyen en la duración de la incapacidad

- 60.- _____ Desarrollo de complicaciones como infecciones profundas.
- 61.- _____ Tratamiento quirúrgico (exéresis)
- 62.- _____ Edad.
- 63.- _____ El antecedente de Diabetes Mellitus 2.
- 64.- _____ el sexo.

Es apropiado apoyarse en los siguientes documentos para la anotación en los días probables de recuperación

- 65.- _____ Guías de práctica clínica
- 66.- _____ Consejero medico de incapacidades
- 67.- _____ Guía para a la clasificación del trabajo
- 68.- _____ El reglamento de servicios médicos.

Son datos apropiados a favor de la recuperación de la enfermedad.

- 69.- _____ Requiere como máximo 7 días de incapacidad, según clasificación del . trabajo como sedentario.
- 70.- _____ Prescripción de antibióticos tópicos y orales.
- 71.- _____ Sumergir el pie en una solución salina concentrada varias veces al día.
- 72.- _____ En este caso es una infección fácilmente complicable
- 73.- _____ Requiere rehabilitación

Son medidas preventivas a considerar en este caso.

- 74.- _____ Higiene apropiada.
- 75.- _____ Recorte correcto de las uñas.
- 76.- _____ Calzado de la medida adecuada
- 77.- _____ El control adecuado de su Diabetes Mellitus 2.

Son datos de gravedad que se pueden encontrar en este caso

- 78.- _____ Infecciones tejidos profundos (osteomielitis)
- 79.- _____ Artritis postinfección
- 80.- _____ Hemorragia.
- 81.- _____ Microangiopatía y alteraciones en la cicatrización.
- 82.- _____ Paresias

CASO CLINICO IV

Se trata de femenina de 52 años de edad de oficio barrendera municipal sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. La cual refiere padecimiento de cinco días de evolución caracterizado por dolor a nivel lumbo-sacro, que aumenta con la deambulaci3n y a la flexi3n al realizar su trabajo. A la exploraci3n f3sica con dolor a la digito presi3n a nivel lumbar entre L5 – S1 rigidez e hipersensibilidad local, acude al servicio de urgencias donde se le diagnostica lumbalgia mecánica.

Una apropiada incapacidad se otorgara de acuerdo a los siguientes parámetros seg3n el consejero medico de incapacidades:

- 83.- _____ Padecimientos que afecten la columna vertebral (escoliosis, espondilosis)
- 84.- _____ A la edad del trabajador
- 85.- _____ A la gravedad de la lesi3n
- 86.- _____ Al tipo de trabajo que desempeña

Son datos compatibles con el diagnostico de lumbalgia mecánica

- 87.- _____ Rigidez e hipersensibilidad local.
- 88.- _____ Episodios de dolor sin causa aparente
- 89.- _____ Dolor a la deambulaci3n.
- 90.- _____ Arcos de movilidad conservados.

Son medidas a favor de la recuperaci3n del paciente

- 91.- _____ Uso de vendaje elástico o corsé.
- 92.- _____ Cambio a una actividad en el trabajo tolerable.
- 93.- _____ Uso de medicamentos analgésicos simples.
- 94.- _____ Ejercicio Aeróbico
- 95.- _____ Uso de relajantes musculares.
- 96.- _____ Requiere su envi3n a 2º nivel
- 97.- _____ Requiere como m3nimo 14 d3as de incapacidad, seg3n clasificaci3n del trabajo como “medio”
- 98.- _____ Requiere como optimo 28 d3as de incapacidad, seg3n clasificaci3n del trabajo como “pesado”
- 99.- _____ La reducci3n de peso.
- 100.- _____ Aplicaci3n de fri3 a nivel local.