



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

FACTORES ASOCIADOS EN FALLA DE REINCORPORACIÓN
LABORAL POR CAUSAS MÉDICAS Y NO MÉDICAS EN
TRABAJADORES CON INCAPACIDADES MAYORES A 200 DÍAS

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN MEDICINA DEL TRABAJO Y AMBIENTAL

Presenta:

Alma Yadira Flores Hernández

Dirigido por:

Dr. Luis Eduardo Pérez Peña

Co-Director

Dr. José Juan García González

Querétaro, Qro. Diciembre 2025

ALMA YADIRA
FLORES HERNÁNDEZ

2025 FACTORES ASOCIADOS EN FALLA DE REINCORPORACIÓN LABORAL
POR CAUSAS MÉDICAS Y NO MÉDICAS EN TRABAJADORES CON
INCAPACIDADES MAYORES A 200 DÍAS

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

**“FACTORES ASOCIADOS EN FALLA DE REINCORPORACIÓN LABORAL POR
CAUSAS MÉDICAS Y NO MÉDICAS EN TRABAJADORES CON
INCAPACIDADES MAYORES A 200 DÍAS”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DEL TRABAJO Y AMBIENTAL

Presenta:

ALMA YADIRA FLORES HERNÁNDEZ

Dirigido por:

Dr. Luis Eduardo Pérez Peña

Co-dirigido por:

Dr. José Juan García González

Dr. Luis Eduardo Pérez Peña

Presidente

Dr. José Juan García González

Secretario

Dr. Pablo Pérez Quintanilla

Vocal

Dr. Omar Rangel Villicaña

Suplente

Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (abril 2026).
México.

RESUMEN

Introducción: La incapacidad temporal para el trabajo constituye un mecanismo esencial de protección social; sin embargo, cuando se prolonga más allá de los tiempos clínicamente esperados, genera repercusiones negativas a nivel individual, institucional y social. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, representan un reto relevante por su impacto en los costos y la calidad de vida de los trabajadores. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la falla en la reincorporación laboral por causas médicas y no médicas en trabajadores con incapacidades mayores a 200 días. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, exploratorio, observacional y retrolectivo. La población estuvo conformada por trabajadores asegurados al IMSS con incapacidad temporal mayor a 200 días, atendidos en el HGR No. 1 de Querétaro, entre junio y diciembre de 2024. La muestra incluyó 152 casos, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se analizaron variables sociodemográficas, laborales, clínicas, administrativas y económicas, así como tiempos de espera en atención especializada, estudios diagnósticos, intervención quirúrgica y rehabilitación. La información se obtuvo de expedientes clínicos y bases de datos institucionales. El análisis estadístico fue descriptivo, utilizando medidas de tendencia central, dispersión e intervalos de confianza al 95%, con apoyo del programa SPSS versión 25. Consideraciones éticas: De acuerdo con la Ley General de Salud, el estudio se clasificó como investigación sin riesgo. No se requirió consentimiento informado, garantizándose la confidencialidad y el manejo anónimo de la información, previa autorización del Comité de Ética e Investigación. **Resultados:** Predominaron hombres en edad productiva, con padecimientos musculoesqueléticos, principalmente radiculopatías y traumatismos. Se identificaron tiempos de espera prolongados para atención especializada, estudios diagnósticos, cirugía y rehabilitación. La presencia de comorbilidades y complicaciones influyó negativamente en la reincorporación laboral. **Conclusiones:** La falla en la reincorporación laboral es multifactorial y no depende únicamente de la gravedad del padecimiento, sino también de la oportunidad y continuidad de los servicios de salud. Optimizar los procesos de atención y asignación de recursos resulta fundamental para reducir la duración de las incapacidades prolongadas y su impacto institucional.

Palabras clave: incapacidad prolongada; reincorporación laboral; tiempos de espera; factores médicos; IMSS.

SUMMARY

Introduction: Temporary work disability constitutes an essential mechanism of social protection; however, when it extends beyond clinically expected timeframes, it generates negative repercussions at the individual, institutional, and social levels. At the Mexican Institute of Social Security (IMSS), prolonged disability represents a significant challenge due to its impact on costs and workers' quality of life.

Objective: To determine the factors associated with failure to return to work due to medical and non-medical causes in workers with disability periods exceeding 200 days.

Materials and Methods: A cross-sectional, descriptive, exploratory, observational, and retrospective study was conducted. The study population consisted of workers insured by the IMSS with temporary work disability lasting more than 200 days, treated at General Regional Hospital No. 1 in Querétaro between June and December 2024. The sample included 152 cases, selected through non-probabilistic convenience sampling. Sociodemographic, occupational, clinical, administrative, and economic variables were analyzed, as well as waiting times for specialized care, diagnostic studies, surgical intervention, and rehabilitation. Data were obtained from clinical records and institutional databases. Descriptive statistical analysis was performed using measures of central tendency, dispersion, and 95% confidence intervals, with support from SPSS version 25.

Ethical Considerations: In accordance with the General Health Law, the study was classified as research without risk. Informed consent was not required, and confidentiality and anonymous data handling were guaranteed, with prior approval from the Research and Ethics Committee.

Results: The study population was predominantly composed of men of working age, with musculoskeletal disorders, mainly radiculopathies and traumatic injuries. Prolonged waiting times were identified for specialized care, diagnostic studies, surgery, and rehabilitation. The presence of comorbidities and complications negatively influenced return to work.

Conclusions: Failure to return to work is multifactorial and does not depend solely on the severity of the condition, but also on the timeliness and continuity of health care services. Optimizing care processes and resource allocation is essential to reduce the duration of prolonged disability and its institutional impact.

Keywords: prolonged disability; return to work; waiting times; medical factors; IMSS.

DEDICATORIAS

Este trabajo es el reflejo de un largo camino de esfuerzo, aprendizaje y perseverancia, y lo dedico con todo mi corazón a las personas que han sido mi mayor fortaleza.

A mi madre, Alma, y a mi padre, Luis, quienes con su amor, apoyo incondicional y ejemplo de vida han sido el pilar fundamental de mi formación personal y profesional. Gracias por inculcarme valores como la responsabilidad, la disciplina y la constancia, y por acompañarme en cada paso de este camino.

A mi hermano, Daniel, por su apoyo sincero, comprensión y motivación constante, de quien quiero ser siempre un buen ejemplo para seguir adelante.

A mi amado compañero, por su paciencia y confianza en mí, incluso en los momentos más difíciles de este proceso. Su apoyo fue fundamental para lograr este objetivo.

Este logro no es solo mío, sino de todos ustedes, porque cada página escrita lleva un poco de su amor, sacrificio y confianza. Gracias por ser mi motor y mi inspiración.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por brindarme la fortaleza, la paciencia y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa de mi formación profesional.

A mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión y acompañamiento constante a lo largo de este proceso. Su confianza y aliento fueron fundamentales para seguir adelante incluso en los momentos de mayor dificultad.

A mí, por no rendirme cuando el cansancio fue mayor que la motivación; por seguir adelante aun con dudas, miedos y momentos de agotamiento. Por la disciplina en los días difíciles, por la constancia cuando el tiempo parecía insuficiente y por la fortaleza para equilibrar las exigencias personales, profesionales y académicas. Por aprender de los errores y transformar cada obstáculo en una oportunidad de crecimiento. Este trabajo es reflejo del esfuerzo, la perseverancia y el compromiso que he cultivado a lo largo de este camino.

De manera especial, expreso mi agradecimiento a mis asesores y docentes, por su orientación, conocimientos y acompañamiento a lo largo de este proceso, por su paciencia y por las valiosas observaciones que fortalecieron la calidad académica de este trabajo.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Índice de gráficos	ix
Abreviaturas y siglas	x
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
II.1 Panorama internacional de la incapacidad laboral.	3
II.2 Estrategias institucionales para el control de la incapacidad prolongada.	4
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Incapacidad temporal para el trabajo	5
III.2 Incapacidad médica prolongada	5
III.3 Reincorporación laboral	6
III.4 Factores asociados a la incapacidad temporal para el trabajo.	7
III.5 Factores médicos y no médicos asociados a la incapacidad prolongada.	8
IV. Hipótesis	11
V. Objetivos	12
V.1 General	12
V.2 Específicos	12
VI. Material y métodos	13
VI.1 Tipo de investigación	13
VI.2 Población	13
VI.3 Muestra y tipo de muestra	13

VI.3.1 Criterios de selección	13
VI.3.2 Variables estudiadas	14
VI.4 Técnicas e instrumentos	18
VI.5 Procedimientos	18
VI.5.1 Análisis estadístico	19
VI.5.2 Consideraciones éticas	19
VII. Resultados	22
VIII. Discusión	43
IX. Conclusiones	52
X. Propuestas	54
XI. Bibliografía	56
XII. Anexos	61

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
VII.1	Distribución por puesto de trabajo.	25
VII.2.	Distribución por giro de la empresa.	26
VII.3	Distribución por diagnóstico.	27
VII.4.	Distribución según sistema.	28
VII.5	Distribución por región anatómica.	28
VII.6	Distribución por año de inicio de incapacidad prolongada.	30
VII.7	Distribución por mes de inicio de la incapacidad prolongada.	30
VII.8	Distribución por grupos de días de incapacidad prolongada.	31
VII.9	Distribución del costo institucional por tipo de incapacidad temporal para el trabajo.	32
VII.10	Distribución del costo institucional por paciente en un día de incapacidad.	32
VII.11	Distribución según presentación de una comorbilidad	33
VII.12	Distribución por presentación de una segunda comorbilidad.	33
VII.13	Distribución según días de espera para primera consulta por médico no familiar.	34
VII.14	Distribución de especialidades con tiempo de espera prolongado.	34
VII.15	Distribución según tiempo de espera para estudios	35
VII.16	Distribución por estudios con tiempo de espera prolongado.	35
VII.17	Distribución según tiempo de espera para la intervención quirúrgica.	36
VII.18	Distribución por causas de espera prolongada para la intervención quirúrgica.	37
VII.19	Distribución según una complicación por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico	38
VII.20	Distribución de segunda complicación por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico	38
VII.21	Distribución según días de espera para la primera consulta de medicina física y rehabilitación.	39
VII.22	Estadísticos descriptivos de la variable edad (n = 152)	40

VII.23	Estadísticos descriptivos de la variable días de incapacidad prolongada (n = 152).	40
VII.24	Estadísticos descriptivos de la variable costo institucional (n = 152).	40
VII.25	Estadísticos descriptivos de la variable tiempo de espera para la ejecución de estudios (n = 72).	41
VII.26	Estadísticos descriptivos de la variable tiempo de espera para recibir la primera consulta por médico no familiar (n = 67).	41
VII.27	Estadísticos descriptivos de la variable tiempo de espera para la intervención quirúrgica (n = 101)	42
VII.28	Estadísticos descriptivos de la variable días de espera para la rehabilitación (n = 113)	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Página
VII.1	Distribución por UMF.	22
VII.2.	Distribución por grupos de edad.	23
VII.3	Distribución por sexo.	24
VII.4.	Distribución por tipo de incapacidad temporal para el trabajo	29

ABREVIATURAS Y SIGLAS

- **COCOITT:** Comité para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo
- **HGR:** Hospital General Regional
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- **INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- **ITT:** Incapacidad Temporal para el Trabajo.
- **MXN:** código de divisa internacional para el peso mexicano
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajo
- **OOAD:** Oficina de Operación Administrativa Desconcentrada
- **PAM:** Programa de Evaluación de la Atención Médica mediante el Control de Casos con Incapacidad Prolongada
- **RMN:** Resonancia Magnética Nuclear
- **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences
- **TAC:** Tomografía Axial Computarizada
- **UMF:** Unidad de Medicina Familiar

I. INTRODUCCIÓN

La Incapacidad Temporal para el Trabajo (ITT) constituye uno de los principales mecanismos de protección, al permitir que personas trabajadoras cuenten con respaldo médico y económico durante los periodos que, por motivos de salud, se ven imposibilitadas para desempeñar sus actividades laborales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el principal encargado de otorgar las incapacidades para el trabajo, tan solo en el año 2022 se expidieron más de 10 millones de certificados de incapacidad temporal a causa de enfermedades o accidentes de carácter general, los cuales se asociaron con más de 60 millones de días cubiertos por incapacidades y el incremento del 7% más del gasto total. En el ramo de riesgos de trabajo se alcanzó la expedición de 2 millones de certificados a nivel nacional, que cubrieron 15 millones de días subsidiados. Aunque los costos pueden ser elevados, siempre y cuando estén debidamente justificados, se consideran una inversión necesaria para favorecer la recuperación del estado óptimo de salud del trabajador (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2023).

Cuando la duración de estas incapacidades se prolonga más allá de los tiempos clínicamente esperados, se generan repercusiones significativas a nivel individual, institucional y social, particularmente en términos de pérdida de productividad, incremento en los costos de atención médica y deterioro de la calidad de vida de los trabajadores (Benavides et al., 2001).

La prolongación de la incapacidad no depende exclusivamente de la gravedad del padecimiento que la origina. Diversos autores han señalado que este fenómeno es multifactorial y responde a la interacción entre factores médicos — como el diagnóstico, la presencia de comorbilidades y complicaciones clínicas— y factores no médicos, entre los que destacan los tiempos prolongados de espera para la atención especializada, la realización de estudios diagnósticos, la intervención quirúrgica y el inicio oportuno de rehabilitación (García Moreno, 2005).

Los trastornos musculoesqueléticos y los traumatismos se han identificado como principales causas y representan entre el 60% y 80% de los periodos de incapacidad, y que su duración incrementa conforme aumenta la edad del trabajador y la exposición a condiciones laborales adversas (Cancelliere et al., 2016). Asimismo, la presencia de enfermedades crónicas se asocia con una recuperación más lenta y mayores dificultades para el retorno al trabajo.

La presente investigación tiene relevancia social, ya que las incapacidades prolongadas afectan directamente el bienestar físico, emocional y económico de los trabajadores y sus familias, al generar dependencia funcional, disminución de ingresos y afectación en la calidad de vida (Benavides et al., 2001).

Desde el punto de vista institucional, este estudio aporta evidencia sobre el impacto económico de las incapacidades prolongadas y permite identificar áreas críticas en los procesos de atención médica, diagnóstica, quirúrgica y de rehabilitación. Esta información resulta fundamental para la toma de decisiones administrativas y para el fortalecimiento de las políticas de salud laboral institucionales (Franco Chávez et al., 2003).

A pesar de la relevancia del problema, en el ámbito local no se cuenta con estudios sistemáticos que analicen simultáneamente los aspectos clínicos, administrativos y organizacionales, lo que limita el diseño de estrategias dirigidas a optimizar la atención médica, favorecer una recuperación más oportuna y reducir los tiempos de incapacidad, además de generar evidencia susceptible de comparación con estudios nacionales e internacionales, lo que fortalece el conocimiento existente y abre nuevas líneas de investigación en salud ocupacional.

Ante este panorama, resulta necesario analizar los factores médicos y no médicos asociados a la falla en la reincorporación laboral en trabajadores con incapacidades mayores a 200 días, atendidos en el Hospital General Regional Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Querétaro.

II. ANTECEDENTES

La enfermedad impacta de manera significativa en la vida social y en el rendimiento laboral de las personas al provocar la suspensión temporal o permanente de su actividad laboral. Esta situación genera pérdidas económicas, que pueden representar cargas financieras considerables (Constantino et al., 2007).

II.1 Panorama internacional de la incapacidad laboral

La seguridad social comprende un conjunto de medidas de carácter público cuyo objetivo es proteger a los trabajadores y a los ingresos derivados de su actividad laboral frente a enfermedad y accidentes no laborales, así como de riesgos de trabajo. (Vingård, Alexanderson, & Norlund, 2004).

Este sistema tuvo su origen en Alemania en 1883 como estrategia de protección para la población trabajadora. En los últimos 25 años, las tasas de incapacidad laboral han aumentado más del 30% en los países industrializados, a pesar de las mejoras en el acceso a la atención médica y en las condiciones socioeconómicas (Tatamuez-Tarapues et al., 2018). En la última década, los gastos se han incrementado más del 10% a nivel mundial, particularmente en países europeos, donde se destinan anualmente aproximadamente 8,000 millones de euros considerando tanto las prestaciones económicas como las pérdidas derivadas de las horas no laboradas y la disminución de la productividad. Convirtiéndose en un motivo de preocupación para los sistemas de seguridad social y el sector empresarial (Alba Ramírez, 2009).

En México, la seguridad social se consolidó a partir de 1940 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El subsidio por incapacidad para el trabajo se calcula con base en el salario del trabajador y se clasifica en incapacidades por riesgos de trabajo, las cuales cubren el 100% del salario desde el primer día, y en incapacidades por enfermedades o accidentes no laborales, denominadas enfermedades generales, que corresponden al 60% del salario y se otorgan a partir del cuarto día de incapacidad (Álvarez Theurer et al., 2008)

El gasto total en días subsidiados ha experimentado modificaciones significativas a lo largo del tiempo. En 1997 el IMSS destinó más de 2.5 mil millones de pesos al pago de incapacidades; en los últimos 10 años, se ha incrementado en cerca de 11 millones de pesos, principalmente debido al aumento en el número de trabajadores registrados ante el Instituto y a las modificaciones en el salario base de cotización. Durante el 2022, se registraron más de 10 millones de certificados de incapacidad temporal derivados de enfermedades generales, los cuales se asociaron con más de 60 millones de días cubiertos por incapacidad y un incremento del 7% más del gasto total institucional. En el ramo de riesgos de trabajo, se expidieron alrededor de 2 millones de certificados a nivel nacional, que cubrieron cerca de 15 millones de días subsidiados (IMSS, 2023).

Los costos de estas prestaciones, cuando se ven incrementados por la prolongación de la incapacidad, generan preocupación para el sistema de salud, ya que complica la forma en la que subsiste el instituto (Zamarripa Segovia, 2018).

II.2 Estrategias institucionales para el control de la incapacidad prolongada

En 1982 se creó el Programa de Evaluación de la Atención Médica mediante el Control de Casos con Incapacidad Prolongada (PAM), el cual fue fortalecido en 1989 mediante el Programa Institucional de Atención Médica Prioritaria a los Trabajadores. Estas estrategias tuvieron como objetivo favorecer la reincorporación laboral oportuna y en condiciones adecuadas de salud, reduciendo los tiempos de espera en la atención médica y mejorando la calidad de los servicios.

Posteriormente, en el año 2007 se estableció el Comité para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo (COCOITT) y en 2008 se publicó el manual para su implementación y funcionamiento, actualizado por última vez en 2017. No obstante, a pesar de estas estrategias, persiste un número significativo de incapacidades temporales superiores a 90 días (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2017).

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La presente investigación se sustenta en el enfoque de la salud ocupacional y la seguridad social, disciplinas que analizan la relación entre el trabajo, la salud y la capacidad funcional de las personas trabajadoras, así como los mecanismos institucionales destinados a protegerlas frente a la pérdida temporal o permanente de su capacidad laboral. Desde esta perspectiva, la incapacidad temporal para el trabajo y su prolongación se entienden como fenómenos multifactoriales en los que intervienen elementos clínicos, laborales, sociales y organizacionales.

III.1 Incapacidad temporal para el trabajo.

Desde una perspectiva conceptual, Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la incapacidad temporal como la pérdida parcial o total de las facultades físicas o mentales que imposibilitan al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual durante un periodo determinado, con la expectativa de recuperación y retorno al trabajo. Este concepto implica la valoración integral del estado clínico del trabajador, considerando la naturaleza y gravedad del padecimiento, el tiempo de evolución, la respuesta al tratamiento, así como las características del puesto de trabajo y los riesgos asociados a su desempeño.

Por lo tanto, se configura como una medida dinámica, sujeta a reevaluaciones periódicas y a criterios tanto médicos como administrativos cuyo objetivo principal es favorecer la recuperación funcional y el retorno seguro a la actividad laboral (IMSS, 2023).

III.2 Incapacidad médica prolongada.

Cuando la duración de la incapacidad temporal supera el tiempo considerado clínicamente esperado para un diagnóstico específico o para el curso natural de la enfermedad, se habla de incapacidad médica prolongada. Este tipo de incapacidad suele asociarse con procesos de recuperación más complejos, presencia de secuelas, complicaciones clínicas o dificultades para lograr una

reincorporación laboral efectiva. En muchos casos, estos periodos extensos de incapacidad representan una antesala para la transición hacia estados de discapacidad permanente, especialmente cuando no se logra una intervención oportuna y coordinada (Cancelliere et al., 2016).

El Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS establece, en su Título Sexto, los lineamientos para la expedición de incapacidades laborales, fijando un límite de hasta 52 semanas en casos de riesgo de trabajo y hasta 78 semanas en las enfermedades generales, considerando una duración inicial de 52 semanas con la posibilidad de una prórroga adicional de 26 semanas cuando el caso lo amerite (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2024).

Desde una perspectiva administrativa, la definición de incapacidad prolongada puede variar según los lineamientos institucionales. No obstante, para fines de investigación, su delimitación temporal permite identificar a una población con mayor carga de enfermedad, mayor consumo de recursos y mayor riesgo de exclusión laboral, lo que justifica su análisis específico.

III. 3 Reincorporación laboral.

La reincorporación laboral se define como el proceso mediante el cual el trabajador retoma sus actividades laborales habituales o adaptadas, una vez que su condición de salud lo permite. Este proceso no se limita al alta médica, sino que implica la recuperación funcional suficiente para desempeñar el trabajo sin riesgo para la salud del trabajador ni para terceros.

La reincorporación laboral exitosa depende de múltiples factores, entre los que se incluyen la recuperación clínica, la capacidad funcional residual, la adecuación del puesto de trabajo y la existencia de apoyos institucionales que faciliten el retorno. La falta de una reincorporación oportuna puede favorecer la cronificación del padecimiento, el deterioro de las habilidades laborales y el distanciamiento progresivo del trabajador de su entorno laboral.

En este sentido, la reincorporación laboral es considerada un indicador clave de la efectividad de los procesos de atención médica, rehabilitación y gestión de la incapacidad, así como de la capacidad del sistema de salud para responder de manera integral a las necesidades del trabajador.

III.4 Factores asociados a la incapacidad temporal para el trabajo.

Ocupación y condiciones laborales.

La ocupación desempeña un papel determinante, ya que las actividades laborales, las condiciones en las que se realizan y los riesgos inherentes al puesto influyen directamente en la probabilidad de sufrir padecimientos que generen incapacidades laborales significativas.

De acuerdo con el modelo teórico de Benavides, las condiciones laborales se relacionan con la incapacidad de dos maneras: cuando la enfermedad o el accidente se originan directamente de la actividad de trabajo, y cuando el entorno o las condiciones de trabajo favorecen o precipitan la aparición de enfermedades comunes que también generan ausentismo laboral (Benavides et al., 2001).

Los factores intralaborales se vinculan con la organización del trabajo dentro de las empresas, incluyendo la división de tareas, los procesos operativos, las medidas de seguridad, la supervisión, la asignación de espacios, los horarios y la capacitación. Un liderazgo inadecuado, la mala distribución del trabajo o la falta de descansos adecuados pueden desencadenar riesgos laborales o exacerbar enfermedades generales, incrementando la probabilidad de incapacidades prolongadas (Álvarez, 1999).

Los habitantes económicamente activos durante el 2020, de Querétaro, los puestos de trabajo que ocuparon con mayor frecuencia fueron los empleados de ventas, Comerciantes en Establecimientos y Trabajadores Domésticos, seguidos de albañiles, mamposteros, trabajadores en apoyo de la construcción, choferes de camiones pesados, ensambladores, trabajadores de limpieza, comida rápida,

mecánicos y mantenimiento, operadores de maquinaria industrial y almacenistas (Secretaría de Economía, s. f.).

Sexo y edad.

El sexo constituye un factor social relevante en el ámbito laboral. Históricamente, las mujeres han enfrentado desigualdades relacionadas con salarios, tipo de tareas asignadas y jornadas parciales, asociadas en gran medida a su participación en actividades domésticas y de cuidado (Sharp & Watt, 1995).

Se ha observado que existe un mayor porcentaje de incapacidad temporal en mujeres en edad fértil, particularmente entre los 26 y 35 años, mientras que los hombres presentan con mayor frecuencia periodos de incapacidad superiores a un día (Zamarripa Segovia, 2018; López Bonilla, 2002).

Esta división de ocupaciones basada en el género determina exigencias laborales diferenciadas, siendo los factores ergonómicos y psicosociales los más relevantes. Por su parte, la edad influye de manera significativa en la duración de la incapacidad laboral. A partir de los 18 años, la duración de la incapacidad se incrementa aproximadamente 1.5 días por cada año adicional de edad, observándose una disminución relevante después de los 60 años (Álvarez Theurer, 2008; Antonio Valdiviezo, 2011).

III.5 Factores médicos y no médicos asociados a la incapacidad prolongada.

Factores médicos

Los factores médicos representan uno de los principales determinantes de la duración de la incapacidad laboral. Entre ellos destaca la gravedad inicial del padecimiento, la presencia de comorbilidades, particularmente enfermedades crónico-degenerativas, que pueden retrasar la recuperación y aumentar el riesgo de complicaciones. Asimismo, una evolución clínica desfavorable, la aparición de complicaciones y la respuesta inadecuada a los tratamientos farmacológicos o

quirúrgicos, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones, hospitalizaciones, secuelas y mayores costos de atención.

Las condiciones laborales adversas generan carga alostática y estrés crónico, favoreciendo el desarrollo de trastornos musculoesqueléticos, infecciones y otros padecimientos, que suelen requerir tiempos de recuperación más prolongados y presentan mayor riesgo de secuelas funcionales. Se ha reportado que entre el 60% y el 80% de las incapacidades corresponden a trastornos musculoesqueléticos y lesiones traumáticas. (McEwen, 1998).

Los diagnósticos más frecuentes incluyen lumbalgias, procesos artrósicos, enfermedades respiratorias y lesiones traumáticas, lo que representa un 52% de los casos de incapacidad temporal (Campos-Nonato et al., 2023).

Factores no médicos

Además de los factores clínicos, la literatura reconoce la influencia de factores no médicos en la duración de la incapacidad laboral. Esto se relaciona con la organización del sistema de salud, los aspectos administrativos y la disponibilidad de recursos, los cuales inciden en la oportunidad y continuidad de la atención.

Entre los factores no médicos más relevantes se encuentran los tiempos de espera prolongados para la realización de estudios diagnósticos, el diferimiento de consultas con especialistas, la demora en la programación de procedimientos quirúrgicos y el envío tardío a servicios de rehabilitación. La interacción de estas condiciones genera demoras en el diagnóstico y tratamientos oportunos, prolongando innecesariamente la incapacidad (García Moreno, 2005).

Asimismo, la disponibilidad de personal de salud, la coordinación entre niveles de atención y la carga administrativa influyen de manera significativa en el seguimiento del trabajador incapacitado, generando barreras para una recuperación oportuna y una reincorporación laboral efectiva.

Diversos estudios han señalado que, si bien la mayoría de las incapacidades los servicios de urgencias prescriben el mayor número de certificados (40%), seguidos de traumatología y ortopedia (28%), mientras que medicina interna y cirugía otorgan menos incapacidades. Las causas no médicas se relacionan principalmente con fallas administrativas y organizacionales del sistema de salud. En una investigación realizada en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) en Veracruz, se identificaron como principales causas la deficiencia en los procesos de referencia, retrasos en interconsultas con tercer nivel, diferimiento de cirugías, fallas en el equipo médico (equipo dañado u obsoleto, falta de equipo o instrumental y deficiencia en el mantenimiento de este) y saturación de servicios (García Moreno, 2005).

Un aplazamiento de apenas una semana en la obtención de un análisis clínico implica un coste estimado de 246 euros. Cuando la espera para acceder a una consulta de atención especializada se prolonga a 6 semanas, la repercusión económica asciende a 1,600 euros. Si el retraso para la realización de un estudio diagnóstico alcanza los cuatro meses, el gasto asociado se eleva a 4,199 euros. Si una intervención quirúrgica se pospone hasta un año el costo asociado sería aproximadamente 12,800 euros, lo que resalta la importancia de tomar en cuenta estos factores (Álvarez Theurer et al., 2008).

En síntesis, la fundamentación teórica de este estudio permite comprender la incapacidad prolongada como un proceso dinámico y multifactorial, en el que interactúan factores médicos y no médicos que condicionan la duración de la incapacidad y la reincorporación laboral. Este marco conceptual sustenta el análisis de los factores asociados a la falla en la reincorporación laboral y orienta la interpretación de los resultados obtenidos.

IV. HIPÓTESIS

Este estudio es de carácter exploratorio por lo cual no se plantean hipótesis.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados en falla de reincorporación laboral por causas médicas y no médicas en trabajadores con incapacidades mayores a 200 días.

V.2 Objetivos específicos

Objetivos específicos relacionados con factores no médicos

Identificar los factores asociados en falla de reincorporación laboral en trabajadores con incapacidades mayores a 200 días, tales como:

- Tiempo de espera prolongado para la realización de estudios de estudios diagnósticos, incluyendo resonancia magnética, electromiografía y tomografía.
- Tiempo de espera prolongado para la primera consulta por médico no familiar y especialidades con mayor demora en la atención.
- Tiempo de espera prolongado para la intervención quirúrgica asociado a la falta de donadores, retrasos en estudios diagnósticos o disponibilidad limitada de fechas quirúrgicas.
- Tiempo de espera prolongado para la primera consulta en los servicios de rehabilitación.

Objetivos específicos relacionados con factores médicos

Identificar los factores asociados en falla de reincorporación laboral en trabajadores con incapacidades mayores a 200 días como:

- Edad en que las incapacidades se prolongan más.
- Sexo asociado con mayor frecuencia de incapacidades prolongadas.
- Diagnósticos médicos más frecuentes.
- Sistemas mayormente afectados.
- Regiones anatómicas con mayor frecuencia de afectación.
- Presencia de comorbilidades.
- Aparición de complicaciones derivadas de una respuesta inadecuada al tratamiento médico o quirúrgico.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de investigación

Transversal descriptivo exploratorio, observacional y retrolectivo.

VI.2 Población

Trabajadores asegurados al Instituto Mexicano del Seguro Social que presentaron incapacidad temporal para el trabajo mayor a 200 días, atendidos en el Hospital General Regional Número 1 del IMSS, Querétaro. Los casos se identificaron a partir del registro institucional (Anexo 5) correspondiente al periodo comprendido del 1 de junio a 31 de diciembre del 2024.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Debido a que se trata de un estudio de carácter descriptivo y exploratorio, no se realizó cálculo de tamaño de muestra. Se incluyó el total de la población contenida en la base de datos de junio a diciembre del 2024, conformada por aproximadamente 200 casos, por lo que se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo censal.

VI.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Trabajadores asegurados al IMSS mayores de 18 años.
- De cualquier sexo
- Incluidos en la base de datos de la Coordinación de Salud en el Trabajo de HGR Número 1 del IMSS, Querétaro, durante el periodo del 1 junio al 31 de diciembre 2024.
- Con incapacidad temporal para el trabajo mayor a 200 días.

Criterios de exclusión

- Casos con 200 días o menos de incapacidad.
- Casos correspondientes a UMF de adscripción distinta al Hospital General Regional Número 1, Querétaro.

Criterios de eliminación

- Casos con más de 200 días de incapacidad expedidas en una Oficina de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) distinta a la de Querétaro.
- Casos en los que se haya aplicado el acuerdo 295/2000 dictado por el H. Consejo Técnico emitido el 3 de mayo del año 2000.
- Casos en los que el trabajador acudía únicamente por la expedición de incapacidades, por seguimiento médico extrainstitucional.
- Casos que, al momento de la recolección de datos, continuaban con incapacidad activa por el mismo diagnóstico.
- Casos que tuvieron cambio de ramo de Riesgo de Trabajo a Enfermedad General durante el periodo de la incapacidad prolongada.

VI.3.2 Variables estudiadas

Variables descriptivas de la población de estudio.

- UMF de adscripción
- Edad
- Sexo
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico por sistema
- Región anatómica específica afectada
- Puesto de trabajo
- Giro de la empresa
- Tipo de incapacidad temporal para el trabajo (enfermedad general o riesgo de trabajo).
- Número total días de incapacidad prolongada
- Fecha de inicio de la incapacidad

Variables de estudio relacionadas con causas no médicas

- Tiempo de espera para la realización de estudios diagnósticas.
- Tipos de estudios diagnósticos con tiempo de espera prolongado.

- Tiempo de espera para recibir la primera consulta con médico no familiar.
- Especialidad médica con tiempo de espera prolongado.
- Tiempo de espera para la intervención quirúrgica.
- Causas de espera prolongado para la intervención quirúrgica.
- Tiempo de espera para la primera consulta en el servicio de rehabilitación.

Variables de estudio de causas médicas

- Presencia de comorbilidades
- Presencia de complicaciones por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico.

VI.3.2.1 Definición conceptual de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variables
Variables que describen a la población de estudio			
UMF	Unidad de Medicina Familiar del IMSS en donde los derechohabientes acuden por atención médica.	Unidad de Medicina Familiar en donde el trabajador este adscrito y que recibe atención en el HGR 1.	Cualitativa nominal
Edad	Tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento de un individuo.	Edad en sistema ECE al iniciar la incapacidad que se prolongó.	Cuantitativa discreta
Sexo	Característica biológica, anatómica, fisiológica y cromosómica.	Sexo registrado en el expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica
Diagnostico	Identificación de una enfermedad, condición o problema de salud	Diagnostico por el que se prolongó la incapacidad.	Cualitativa nominal
Diagnóstico por sistema	Evaluación de los diferentes sistemas corporales.	Categoría	Cualitativa nominal
Región anatómica	Localización de las áreas del cuerpo humano.	Categoría	Cualitativa nominal

Puesto de trabajo	Tareas y responsabilidades que asume un trabajador dentro de una empresa.	Puesto de trabajo acorde con el SIST	Cualitativa nominal, politómica
Giro de la empresa	Actividades que lleva a cabo una empresa	Giro de acuerdo con el SIST	Cualitativa nominal, politómica
Tipo de incapacidad temporal para el trabajo	Derecho laboral para justificar inasistencias laborales por cuestiones de salud por enfermedad general o riesgo de trabajo, cubiertas por el sistema de seguridad social	Pacientes que su diagnóstico deriva de actividades laborales o no relacionada a actividades laborales	Nominal
Días de incapacidad prolongada	Incapacidad temporal para el trabajo que ha superado el tiempo estimado a lo establecido para el diagnóstico presentado.	Incapacidad temporal para el trabajo que ha superado los 200 días acumulados. Reportados en la base de datos del servicio de Medicina del Trabajo	Numérica
Fecha de inicio de la incapacidad	Fecha en que se otorga una incapacidad como inicial.	Fecha en la que se otorgó la incapacidad inicial reportada en el sistema de subsidios.	Nominal
Variables de estudio de causas médicas			
Comorbilidad	Dos o más trastornos o enfermedades que ocurren al mismo tiempo en la misma persona.	Comorbilidad	Cualitativa
Complicaciones por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico.	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.	Se obtendrá del expediente clínico electrónico	Nominal
Variables de causas no medicas			

Tiempo de espera prolongado para la ejecución de estudios.	Es el tiempo de espera para que se realice uno o más estudios para establecer un diagnóstico de certeza o tratamiento.	Se revisará el expediente clínico electrónico	Numeral
Estudios con tiempo de espera prolongado.	Uno o más estudios para establecer un diagnóstico de certeza o tratamiento.	Se revisará el expediente clínico electrónico	Nominal
Tiempo de espera para recibir la primera consulta con el médico no familiar	Es el tiempo de espera para recibir la primera cita con el médico no familiar a partir de la referencia.	Se revisará el expediente clínico electrónico	Numeral
Especialidad con tiempo de espera prolongado.	Son las causas no médicas que influyen en que una incapacidad se prolongue.	Especialidad que se tarda en otorgar la primera consulta a partir de la referencia.	Nominal
Tiempo de espera para la intervención quirúrgica.	Son las causas no médicas que influyen en que una incapacidad se prolongue.	Se revisará el expediente clínico electrónico	Nominal
Causas de espera prolongado para la intervención quirúrgica.	Son las causas no médicas que influyen en que una incapacidad se prolongue	Causas por las que se prolonga la ejecución de cirugía.	
Tiempo de espera para la primera consulta de rehabilitación.	Son las causas no médicas que influyen en que una incapacidad se prolongue	Se revisará el expediente clínico electrónico	Numeral
Costo institucional	Recursos económicos que consume el hospital para brindar el subsidio de incapacidades temporales	Se obtendrá el promedio de la multiplicación de los días acumulados de incapacidad por el salario registrado.	Nominal

VI.4 Técnicas e instrumentos

Selección consecutiva de todos los casos que cumplieron con los criterios de selección durante el periodo de estudio.

La técnica de recolección de datos consistió en la revisión documental de registros institucionales y expedientes clínico-administrativos. Como instrumento se empleó una cédula de recolección de datos diseñada ex profeso para el estudio, la cual incluyó las variables sociodemográficas, clínicas, administrativas y organizacionales previamente definidas. La información obtenida fue registrada en una base de datos electrónica para su posterior análisis.

VI.5 Procedimientos

1. Se obtuvo la autorización del protocolo de investigación por del Comité de investigación y de ética en investigación del HGR Número 1, en Querétaro. Posteriormente se solicitó el registro del proyecto ante el posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.
2. Se acudió a la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo del Hospital General Regional Número 1 de Querétaro, en un horario de lunes a sábado durante los meses de octubre y noviembre 2025.
3. Se solicitó al Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo, el reporte mensual de los casos con más de 200 días de incapacidad temporal para el trabajo (Anexo 5), se eliminaron los casos duplicados y se aplicaron los criterios de selección establecidos.
4. Una vez identificados los expedientes de los trabajadores con incapacidad prolongada, se procedió a la revisión de los mismos y a la recolección de la información correspondiente a las variables de estudio.
5. La información obtenida fue registrada en una base de datos electrónica elaborada en el programa Microsoft Excel®, diseñada específicamente para el estudio.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables incluidas en el estudio mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25. Para las variables cuantitativas, se evaluó la distribución de datos mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Aquellas variables que presentaron una distribución normal, se describieron utilizando media y desviación estándar. En caso de distribución no normal, se emplearon mediana y rangos intercuartiles.

Las variables cualitativas, se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se presentaron de forma organizada a través de tablas, con el fin de facilitar su interpretación y análisis.

VI.5.2 Consideraciones éticas

De conformidad con lo establecido en el Reglamento en materia de investigación de la Ley General de Salud, en su artículo 17, categoría I, el presente protocolo se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que la información se obtiene a partir de la revisión de expedientes clínicos y del “Registro de casos con más de 200 días de incapacidad temporal para el trabajo”, sin intervención o modificación intencional de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes.

Por tratarse de un estudio retrospectivo basado en el análisis de fuentes secundarias de información, no se requirió la obtención de consentimiento informado. No obstante, se solicitó formalmente la exención del consentimiento informado al Comité de investigación y ética del HGR Número 1, IMSS, Querétaro.

En la base final de recolección de datos no se incluyó ningún dato que permitiera la identificación directa o indirecta de los participantes. La información obtenida fue utilizada exclusivamente para el cumplimiento de los objetivos del estudio, garantizando en todo momento la confidencialidad y el uso responsable de los datos.

Principios éticos

Autonomía

No fue necesario obtener consentimiento informado, dado que se trata de una investigación retrospectiva basada en el análisis de expedientes clínicos y bases de datos institucionales y base de datos institucionales. La responsabilidad de garantizar la confidencialidad y el resguardo de la información recabada recae en el investigador responsable del proyecto.

El instrumento de recopilación de datos descargará una base de datos que contendrá únicamente un número de folio, sin incluir nombres u otra información que permita la identificación de los participantes. Una vez concluida la captura y verificada la integridad de la información, el instrumento de recopilación será eliminado. La base de datos final quedó resguardada por el investigador responsable en una computadora institucional asignada, la cual cuenta con los protocolos de seguridad informática vigentes.

Beneficencia

No hay un beneficio directo para los participantes; sin embargo, aporta beneficios potenciales a la sociedad en general a mediano y largo plazo. La generación de este conocimiento permitirá fortalecer la comprensión de los factores asociados a la incapacidad prolongada y la falla en la reincorporación laboral, lo que puede contribuir al diseño de estrategias orientadas a promover entornos laborales saludables, prevenir riesgos laborales y optimizar los procesos de atención médica y administrativa. Asimismo, los resultados podrán servir como insumo para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud y laborales, así como para la formulación o modificación de políticas públicas en materia de salud ocupacional.

No maleficencia

Durante el desarrollo de la investigación no se expuso a los participantes a riesgos físicos, psicológicos, sociales o legales, dado que no existió contacto directo con ellos ni intervención alguna sobre su estado de salud o condiciones laborales.

Justicia

La selección de los participantes se realizó de manera equitativa, sin discriminación por edad, sexo, religión, preferencias sexuales, filiación política o cualquier otra condición social. Todos los casos que cumplieron con los criterios de selección establecidos tuvieron la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio.

VII. RESULTADOS

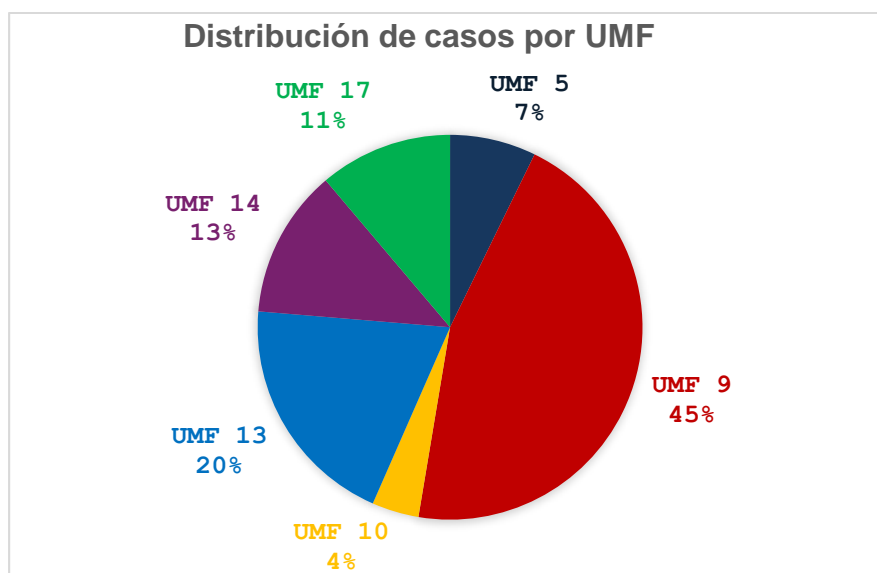
Para el presente estudio se identificaron inicialmente 184 casos con incapacidades mayores a 200 días del “Informe de casos con más de 200 días de incapacidad temporal para el trabajo” correspondiente al periodo de junio a diciembre 2024, proporcionado por la Coordinación Clínica de Salud en el Trabajo adscrita al Hospital General Regional Número 1 del IMSS, Querétaro.

Del total de casos identificados, algunos fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión principalmente por encontrarse adscritos a una UMF que no pertenece a la unidad médica de estudio o porque, al momento de la recolección de datos continuaban con incapacidad por el mismo diagnóstico. Finalmente, se analizaron fueron 152, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión.

Unidad de medicina familiar de adscripción

La UMF con mayor frecuencia de casos fue la 9, con 69 casos (45.4%). Le siguió la UMF 13 con 30 casos (19.7%) y la UMF 14 con 19 casos (12.5%). En la UMF 17 se reportaron 17 casos (11.2%), mientras que en la UMF 5 fueron 11 casos (7.2%) y en la UMF 10 se contabilizaron 6 casos (3.9%). (Gráfico VII.1).

Gráfico VII.1. Distribución por UMF.



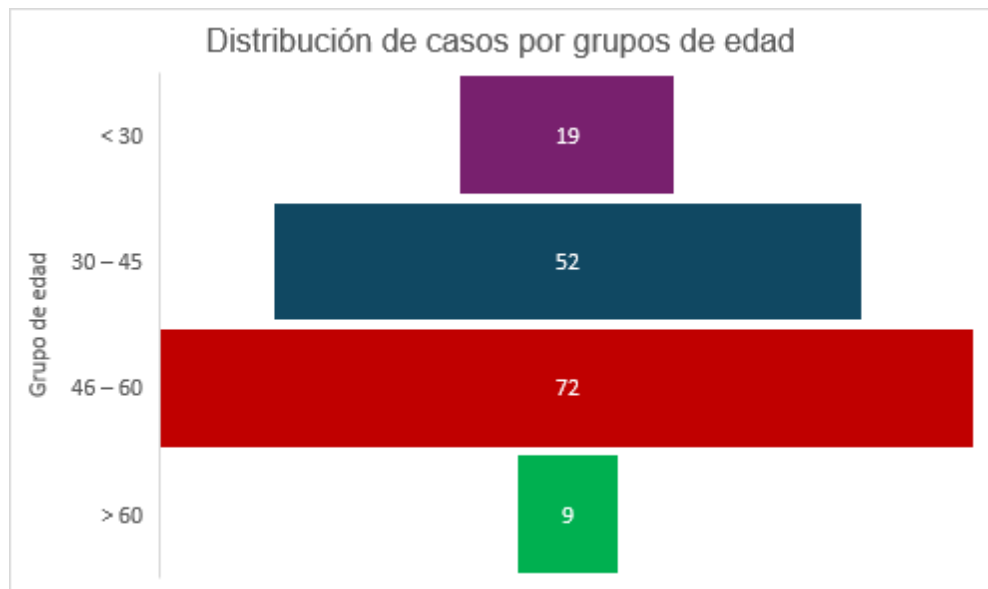
Fuente: Hoja de recolección de datos.

Grupos por edad.

Los 152 casos analizados se agruparon en cuatro categorías etarias. El grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 46 a 60 años, con 72 casos (47.4%). Dentro de este grupo, la edad que se presentó con mayor frecuencia fue de 47 años, con 12 casos (7.9%).

En segundo lugar, se encontró el grupo de 30 a 45 años, con 52 casos (34.2%). El grupo de menores de 30 años estuvo conformado por 19 casos (12.5%), mientras que el grupo de mayores de 60 años fue el menos representado, con 9 casos (5.9%). (Gráfico VII.2).

Gráfico VII.2. Distribución por grupos de edad.

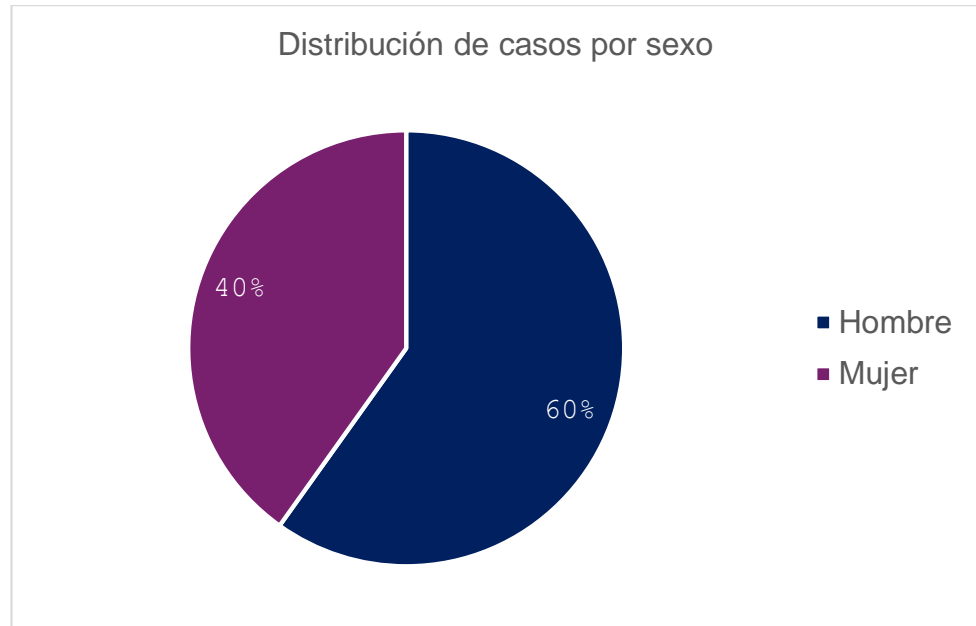


Fuente: Hoja de recolección de datos.

Distribución por sexo.

Del total de 152 casos analizados, 91 correspondieron a hombres lo que representa el 59.9% de la muestra, mientras que 61 casos correspondieron a mujeres, equivalentes al 40.1%. (Gráfico VII.3)

Gráfico VII.3. Distribución por sexo.



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Puesto de trabajo.

Los casos distribuidos por puestos laborales, la mayor frecuencia correspondió a operadores de maquinaria industrial, ensambladores y ayudantes generales, con 54 casos (35.5%), seguidos de trabajadores en actividades administrativas y ejecutivos telefónicos, con 20 casos (13.2%) posteriormente de conductores de camiones, camionetas de carga y automóviles de personal; y de comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas, cada uno con 17 casos (11.2%). El resto de los puestos de trabajo presentó frecuencias menores al 10%. (Cuadro VII.1).

Cuadro VII.1. Distribución por puesto de trabajo.

Puesto de trabajo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Operadores de maquinaria industrial, ensambladores y ayudantes generales	54	35.5
Trabajadores en actividades administrativas y ejecutivos técnico-profesionales	20	13.2
Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	17	11.2
Conductores de camiones, camionetas de carga y de personal	17	11.2
Trabajadores en control de almacén y bodegas	10	6.6
Profesionistas y técnicos	7	4.6
Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios	7	4.6
Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	6	3.9
Barrenderos y trabajadores de limpieza	5	3.3
Cocineros	5	3.3
Personal de salud	4	2.6

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Giro de la empresa.

En la distribución por giro de empresa, la mayor proporción correspondió a industrias manufactureras, con 48 casos (31.6%), seguida de comercio y de comunicaciones, transportes, correos y almacenamiento, cada uno con 22 casos (14.5%). Otras categorías con frecuencia destacable fueron industria alimentaria con 17 casos (11.2%). El resto de los giros empresariales presentó frecuencias individuales inferiores al 6%. (Cuadro VII.2).

Cuadro VII.2. Distribución por giro de la empresa.

Giro de la empresa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Industrias manufactureras	48	31.6
Comunicaciones, transportes, correos y almacenamiento	22	14.5
Comercio	22	14.5
Industria alimentaria	17	11.2
Actividades legislativas, gubernamentales y de impartición de justicia y organismos internacionales y extraterritoriales	9	5.9
Servicios de salud y de asistencia social	8	5.3
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	6	3.9
Servicios educativos	5	3.3
Construcción	4	2.6
Servicios financieros y de seguros	4	2.6
Industria química	4	2.6
Servicios de reparación y mantenimiento	3	2

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Diagnóstico.

La mayor proporción de diagnósticos correspondió a radiculopatía por lesiones del disco intervertebral, con 48 casos (31.6%). En segundo lugar, se identificaron los traumatismos en el hombro o la parte superior del brazo con 20 casos (13.2%), seguidos de los traumatismos en la rodilla o en la parte inferior de la pierna con 13 casos (8.6%). Asimismo, la fractura de fémur se presentó en 10 casos (6.6%). El resto de los diagnósticos presentó frecuencias individuales inferiores al 7%. (Cuadro VII.3).

Cuadro VII.3. Distribución por diagnóstico.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Radiculopatía por lesiones del disco intervertebral	48	31.6
Traumatismos en el hombro o parte superior del brazo	20	13.2
Traumatismos en la rodilla o parte inferior de la pierna	13	8.6
Fractura de fémur	10	6.6
Otras	10	6.6
Traumatismo en el tobillo o el pie	7	4.6
Complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2	6	4
Traumatismos en la muñeca o la mano	6	3.9
Gonartrosis	6	3.9
Síndrome de manguito rotador	6	3.9
Cáncer	4	2.6
Coxartrosis	4	2.6
Traumatismo craneoencefálico	4	2.6
Fractura de cadera	3	2
Trauma abdominal	3	2
Enfermedades inflamatorias de tendones y nervios de la mano	2	1.3

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Diagnóstico según sistema.

La mayor proporción correspondió al sistema musculoesquelético, con 132 casos (86.8%). En menor frecuencia se presentaron afecciones del sistema nervioso, con 6 casos (3.9%) y el sistema visual, con 5 casos (3.3%). (Cuadro VII.4).

Cuadro VII.4. Distribución según sistema.

Diagnóstico por sistema	Frecuencia	Porcentaje (%)
Musculoesquelético	132	86.8
Sistema nervioso	6	3.9
Sistema visual	5	3.3
Sistema reproductor (cáncer de mama y cáncer de testículo)	4	2.6

Sistema digestivo	3	2
Sistema inmunológico	2	1.3

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Diagnóstico por región anatómica

Según la región anatómica, la mayor frecuencia correspondió a la columna lumbar, con 40 casos (26.3%). En segundo lugar, se identificaron lesiones en el hombro derecho, con 20 casos (13.2%), seguidas de afecciones en una sola rodilla, con 12 casos (7.9%), y en un solo fémur, con 10 casos (6.6%). El resto de las regiones anatómicas presentó frecuencias individuales menores al 5.3%. (Cuadro VII.5)

Cuadro VII.5. Distribución por región anatómica.

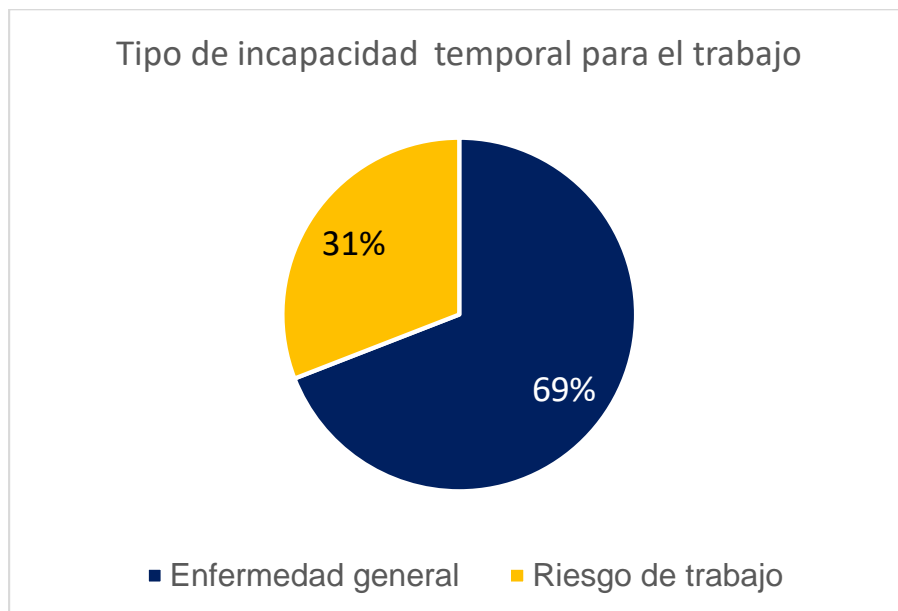
Región anatómica específica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Columna lumbar	40	26.3
Hombro derecho	20	13.2
Rodilla unilateral	12	7.9
Fémur unilateral	10	6.6
Ambas extremidades inferiores	8	5.3
Columna cervical	8	5.3
Extremidad superior derecha excepto hombro	7	4.6
Hombro izquierdo	7	4.6
Cadera unilateral	6	3.9
Tobillo derecho	6	3.9
Otros	6	3.9
Cabeza	4	2.6
Ambos ojos	3	2
Abdomen	3	2
Extremidad superior izquierda excepto hombro	3	2
Pierna derecha	3	2
Reproductor femenino	3	2
Tobillo izquierdo	2	1.3
Reproductor masculino	1	0.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tipo de incapacidad temporal para el trabajo.

De los 152 casos analizados, 105 (69.1%) correspondieron a incapacidades por enfermedad general, mientras que 47 casos a (30.9%) se asociaron con riesgos de trabajo. (Gráfico VII.4).

Gráfico VII.4. Distribución por tipo de incapacidad temporal para el trabajo



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Año de inicio de la incapacidad prolongada.

La mayoría de las incapacidades inició en el año 2023, con 91 casos (59.9%), seguido del año 2024, con 59 casos (38.8%). (Cuadro VII.6).

Cuadro VII.6. Distribución por año de inicio de incapacidad prolongada.

Año de inicio de incapacidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
2022	2	1.3
2023	91	59.9
2024	59	38.8

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Mes de inicio de la incapacidad prolongada.

En mayor proporción las incapacidades prolongadas se iniciaron en los meses de septiembre y diciembre, con 21 casos cada uno (13.8%), seguidos de abril con 19 casos (12.5%). (Cuadro VII.7).

Cuadro VII.7. Distribución por mes de inicio de la incapacidad prolongada.

Mes de inicio de incapacidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Septiembre	21	13.8
Diciembre	21	13.8
Abril	19	12.5
Enero	16	10.5
Mayo	13	8.6
Noviembre	13	8.6
Marzo	10	6.6
Octubre	9	5.9
Febrero	8	5.3
Junio	8	5.3
Julio	8	5.3
Agosto	6	3.9

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Días de incapacidad prolongada.

Los 152 casos se agruparon en seis categorías. El grupo con mayor frecuencia fue el de 201 a 260 días, con 57 casos (37.5%). Le siguió el rango de 261 a 320 días, con 45 casos (29.6%), y de 321 a 380 días, con 28 casos (18.4%). Los demás grupos presentaron porcentajes menores. (Cuadro VII.8).

Cuadro VII.8. Distribución por grupos de días de incapacidad prolongada.

Días de incapacidad prolongada	Frecuencia	Porcentaje (%)
201 a 260	57	37.5
261 a 320	45	29.6
321 a 380	28	18.4
381 a 440	12	7.9
>500	7	4.6
441 a 500	3	2

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Costo institucional por tipo de incapacidad temporal para el trabajo.

Se registró un costo institucional total de \$14,495,927.69 MXN correspondiente a los 152 casos analizados. Del total, las incapacidades por enfermedad general representaron \$9,423,621.61 MXN (65.0%), mientras que las incapacidades derivadas de riesgo de trabajo concentraron \$5,072,306.08 MXN (35.0%).

El costo promedio fue de \$89,748.78 MXN para enfermedad general y de \$107,921.41 MXN para riesgos de trabajo. Los costos mínimos registrados fueron de \$31,606.95 MXN y \$32,680.70 MXN, respectivamente, mientras que los costos máximos alcanzaron \$473,054.44 MXN en enfermedad general y \$445,279.17 MXN en riesgos de trabajo.

En relación con el costo por día por paciente, en los casos clasificados como enfermedad general, con un promedio de 311.86 días de incapacidad, lo que se tradujo en un costo diario promedio de 287.80 MXN. Por su parte, la incapacidad derivada de riesgo de trabajo con un promedio de 295.57 días de incapacidad registraron un costo diario promedio de 365.17 MXN por paciente. Al considerar el total de la población estudiada con un promedio general de 306.83 días de incapacidad, se obtuvo un costo por día por paciente de 310.74 MXN. (Cuadro VII.9, Cuadro VII.10).

Cuadro VII.9. Distribución del costo institucional por tipo de incapacidad temporal para el trabajo.

Tipo de incapacidad temporal para el trabajo	Costo total (MXN)	Porcentaje (%)	Promedio (MXN)	Mínimo (MXN)	Máximo (MXN)	N
Enfermedad general	9,423,622	65	89,749	31,607	473,054	105
Riesgo de trabajo	5,072,306	35	107,921	32,681	445,279	47
Total	14,495,928	100	95,368	31,607	473,054	152

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Cuadro VII.10. Distribución del costo institucional por paciente en un día de incapacidad.

Tipo de incapacidad temporal para el trabajo	Costo total (MXN)	Número de casos	Número de días promedio	Costo por día por paciente (MXN)
Enfermedad general	9,423,622	105	312	288
Riesgo de trabajo	5,072,306	47	296	365
Total	14,495,928	152	307	319

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Comorbilidades.

Del total de 152 casos (100%), 80 casos (52.6%) no presentaron comorbilidades, mientras que 72 casos (47.4%) presentaron al menos una comorbilidad. Entre estas, la más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica, con 33 casos (21.7%), seguida de la diabetes mellitus tipo 2, con 19 casos (12.5%), y la obesidad, con 14 casos (9.2%). (Cuadro VII.11).

En cuanto al número de comorbilidades, 44 casos (28.8%) presentaron una sola comorbilidad, mientras que 28 casos (18.7%) presentaron dos comorbilidades. La segunda comorbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus tipo 2, con 12 casos (7.9%), seguida de la obesidad con 8 casos (5.3%). (Cuadro VII.12).

Cuadro VII.11. Distribución por presentación de una comorbilidad.

1ª Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	80	52.6
Hipertensión arterial sistémica	33	21.7
Diabetes mellitus tipo 2	19	12.5
Obesidad	14	9.2
Gonartrosis bilateral	2	1.3
Hipotiroidismo	2	1.3
Síndrome de túnel del carpo	1	0.7
Insuficiencia venosa periférica	1	0.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Cuadro VII.12. Distribución por presentación de una segunda comorbilidad.

Segunda Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	80	52.6
Una comorbilidad	44	28.8
Diabetes mellitus tipo 2	12	7.9
Obesidad	8	5.3
Hipotiroidismo	3	2
Cáncer de mama	1	0.7
Hipertensión arterial sistémica	1	0.7
Mieloma múltiple	1	0.7
Tenosinovitis de Quervain	1	0.7
Trastorno de ansiedad generalizada	1	0.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para recibir la primera consulta por médico no familiar.

Los 85 casos (55.9%) correspondieron a pacientes que ingresaron por el servicio de urgencias, lo que permitió una atención más rápida por médicos no familiares. En contraste, 67 casos (44.1%), presentaron tiempos de espera prolongados para la primera consulta con médico no familiar. Dentro de este último grupo, el intervalo de espera más frecuente fue de 31 a 90 días. (Cuadro VII.13).

Cuadro VII.13. Distribución según días de espera para primera consulta por médico no familiar.

Tiempo de espera para recibir la primera consulta por médico no familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 31 días	24	15.8
31 a 90 días	29	19.1
> 90	14	9.2
Atención inicial en urgencias	85	55.9

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Especialidades con tiempo de espera prolongado.

De los 67 casos (44.1%) la especialidad que más se tardó en tener la primera consulta correspondió a la especialidad de traumatología y ortopedia, con 41 casos (27%), es decir más de la mitad de los casos, seguida de su subespecialidad en columna con 9 casos (5.9%). Las demás categorías presentaron porcentajes menores al 5%. (Cuadro VII.14).

Cuadro VII.14. Distribución de especialidades con tiempo de espera prolongado.

Especialidad con tiempo de espera prolongado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Atención inicial en urgencias	85	55.9
Traumatología y Ortopedia	41	27
Columna	9	5.9
Traumatología y Ortopedia 3er Nivel	6	3.9
Cirugía Plástica	3	2
Neurocirugía	3	2
Neurología	3	2
Cirugía General	1	0.7
Oncología	1	0.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para la realización de estudios diagnósticos.

En 80 casos (52.6%) no se les realizó estudios de gabinete de los incluidos en este estudio. De los 72 casos (47.4%) a los que se les solicitó electromiografía, Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o ultrasonido el intervalo de espera más frecuente para la realización de estudios, fue de 31 a 90 días, con 27 casos (17.8%), seguido del intervalo 91 a 180 días, con 23 casos (15.1%). Solo en 15 casos (9.9%) los estudios se realizaron antes de los 31 días. (Cuadro VII.15).

Cuadro VII.15. Distribución según tiempo de espera para estudios

Tiempo de espera para estudios	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 31 días	15	9.9
31 a 90 días	27	17.8
91 a 180 días	23	15.1
> 180 días	7	4.6
No se les realizó estudios de gabinete de los estudiados.	80	52.6

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Estudios con tiempo de espera prolongado.

El estudio con mayor que con mayor frecuencia tiene tiempo de espera prolongado para realizarse fue la RMN, con 38 casos (25%), seguida de la TAC con 17 casos (11.2%). (Cuadro VII.16).

Cuadro VII.16. Distribución por estudios con tiempo de espera prolongado.

Estudios con tiempo de espera prolongado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno de los estudios de gabinete estudiados.	80	52
Resonancia magnética nuclear (RMN)	38	25
Tomografía axial computarizada (TAC)	17	11.2
Electromiografía	10	6.6
Ultrasonido	7	4.8

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica

Del total de los 152 casos (100%), 51 casos (33.6%) no requirieron intervención quirúrgica. En los 101 casos (66.4%) que sí requirieron tratamiento quirúrgico, el intervalo de espera con mayor frecuencia fue de 31 a 90 días, con 46 casos (30.3%), seguido del intervalo de 91 a 150 días con 24 casos (15.8%). Un total de 22 casos (14.5%) presentaron un tiempo de espera de menor a 31 días. (Cuadro VII.17).

Cuadro VII.17. Distribución según tiempo de espera para la intervención quirúrgica.

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 31 días	22	14.5
31 a 90 días	46	30.3
91 a 150 días	24	15.8
151 a 210 días	5	3.2
> 210 días	4	2.6
No requirieron intervención quirúrgica	51	33.6

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Causas de espera prolongada para la intervención quirúrgica.

De los 101 casos (66.4%) que requirieron intervención quirúrgica, la causa más frecuente de espera prolongada, fue la falta de disponibilidad de fecha quirúrgica, con 52 casos (34.2%), seguida de la falta de valoración preoperatoria con 16 casos (10.5%). En 13 casos (8.6), no se encontró una causa de las estudiadas. La falta de estudios de resonancia magnética nuclear o electromiografía, se registró en 6 casos (3.9%). (Cuadro VII.18).

Cuadro VII.18. Distribución por causas de espera prolongada para la intervención quirúrgica.

Causas de espera prolongada para la cirugía	Frecuencia	Porcentaje (%)
Falta de disponibilidad de fecha quirúrgica	52	34.2
No requirieron intervención quirúrgica	51	33.6
Falta de valoración preoperatoria	16	10.5
Sin causa que prolongara	13	8.6
Falta de valoración por columna	7	4.6
Falta de RMN o EMG	6	3.9
Reintervención por no consolidación	4	2.6
Falta de donadores	2	1.3
Espera de primera cita de valoración en tercer nivel	1	0.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Complicaciones por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico.

De los 101 casos (66.4%) que requirieron tratamiento quirúrgico, 15 casos (9.7%) no presentaron complicaciones y 86 casos (56.7%) sí las presentaron. Entre las complicaciones reportadas, las más frecuentes fueron las propias de la gravedad del padecimiento y la rigidez articular, ambas con 20 casos cada una (13.2%), seguidas de la pseudoartrosis con 13 casos (8.6%) y de la capsulitis adhesiva del hombro, con 7 casos (4.6%) al igual que el retraso en la consolidación. El resto de las complicaciones presentó frecuencias menores al 4%. (Cuadro VII.19).

De los 86 casos (56.7%) que presentaron complicaciones, 17 casos (11.3%) presentaron una segunda complicación, volviendo a ser la rigidez articular y pseudoartrosis las más frecuentes con 6 casos cada una (3.9%). (Cuadro VII.20).

Cuadro VII.19. Distribución según una complicación por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico

Una complicación por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje (%)
No requirieron intervención quirúrgica	51	33.6
Propias de la gravedad del padecimiento	20	13.2
Rigidez articular	20	13.2
Sin complicaciones	15	9.7
Pseudoartrosis	13	8.6
Capsulitis adhesiva del hombro	7	4.6
Retraso en la consolidación	7	4.6
Infección postquirúrgica	6	3.9
Rechazo del material de osteosíntesis	4	2.6
Fascitis necrotizante	2	1.3
Fístula	2	1.3
Osteomielitis	2	1.3
Diplopía	1	0.7
Síndrome de dolor regional complejo	1	0.7
Trombosis venosa profunda	1	0.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Cuadro VII.20. Distribución de segunda complicación por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico

Segunda complicación por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Una complicación	69	45.4
No requirieron intervención quirúrgica	51	33.6
Sin complicaciones	15	9.7
Rigidez articular	6	3.9
Pseudoartrosis	6	3.9
Amputación	2	1.4
Retraso en la consolidación	1	.7
Propias de la gravedad del padecimiento	1	.7
Defecto del saco dural postraumático	1	.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para la primera consulta de medicina física y rehabilitación.

Se contabilizaron 39 casos (25.7%), que no fueron enviados al servicio de medicina física y de rehabilitación. De los 113 casos (74.3%) que fueron enviados a valoración por esta especialidad, la mayor proporción correspondió a pacientes que tuvieron un tiempo de espera menor de 30 días, con 67 casos (44.1%), seguido de quienes esperaron entre 30 y 60 días, con 34 casos (22.4%). (Cuadro VII.21).

Cuadro VII.21. Distribución según días de espera para la primera consulta de medicina física y rehabilitación.

Tiempo de espera para la primera consulta de rehabilitación	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 30 días	67	44.1
30 a 60 días	34	22.4
61 a 90 días	8	5.3
> 90 días	4	2.6
No fueron enviados a medicina física	39	25.7

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Posterior al análisis de las variables categóricas, se realizó la descripción de las variables cuantitativas incluidas en el estudio. Para ello se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, así como de intervalos de confianza al 95%, con el propósito de caracterizar de manera general el comportamiento de cada de estas variables en la muestra.

Edad

En la muestra analizada, la variable edad presentó una media de 45.58 años (DE = 11.44). El intervalo de confianza al 95% para la media se ubicó entre 43.75 y 47.41 años. (Cuadro VII.22).

Cuadro VII.22. Estadísticos descriptivos de la variable edad (n = 152)

Variable	Media	Desviación estándar	IC 95% (Límite inferior – Límite superior)
Edad (años)	45.58	11.44	43.75 – 47.41

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Días de incapacidad prolongada.

Presentó una media de 306.83 días (DE = 82.79). El intervalo de confianza al 95% se ubicó entre 293.56 y 320.10 días, lo que indica la dispersión y el rango de variación de los días de incapacidad en la población estudiada. (Cuadro VII.23).

Cuadro VII.23. Estadísticos descriptivos de la variable días de incapacidad prolongada (n = 152).

Variable	Media	Desviación estándar	IC 95% (Límite inferior – Límite superior)
Días de incapacidad prolongada	306.83	82.79	293.56 – 320.10

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Costo institucional

La variable costo institucional presentó una media de 95,367.95 (DE = 77,349.16). El intervalo de confianza al 95% para la media se ubicó entre 82,972.09 y 107,763.80. (Cuadro VII.24).

Cuadro VII.24. Estadísticos descriptivos de la variable costo institucional (n = 152).

Variable	Media	Desviación estándar	IC 95% (Límite inferior – Límite superior)
Costo institucional	95,367.95	77,349.16	82,972.09 – 107,763.80

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para la ejecución de estudios.

En 80 casos no se realizaron estudios de gabinete de los incluidos en este estudio, por lo que se cuentan 72 casos. La variable tiempo de espera para la ejecución de estudios presentó una media de 99.25 días (DE = 60.65). El intervalo de confianza al 95% para la media se ubicó entre 85.00 y 113.50 días. (Cuadro VII.25).

Cuadro VII.25. Estadísticos descriptivos de la variable tiempo de espera para la ejecución de estudios (n = 72).

Variable	Media	Desviación estándar	IC 95% (Límite inferior – Límite superior)
Tiempo de espera para la ejecución de estudios	99.25	60.65	85.00 – 113.50

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para recibir la primera consulta por médico no familiar.

Del total de los casos 85 casos corresponden a aquellos que ingresaron por urgencias, por lo que 67 casos tuvieron tiempos de espera prolongado. La variable

tiempo de espera para la primera consulta por médico no familiar presentó una media de 70.00 días (DE = 41.31). El intervalo de confianza al 95% para la media se ubicó entre 59.92 y 80.08 días. (Cuadro VII.26).

Cuadro VII.26. Estadísticos descriptivos de la variable tiempo de espera para recibir la primera consulta por médico no familiar (n = 67).

Variable	Media	Desviación estándar	IC 95% (Límite inferior – Límite superior)
Tiempo de espera para la primera consulta	70	41.31	59.92 – 80.08

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica.

De los 152 casos, 51 casos no requirieron intervención quirúrgica, por lo que se cuentan 101 casos. La variable tiempo de espera para la intervención quirúrgica presentó una media de 88.02 días (DE = 59.32). El intervalo de confianza al 95% para la media se ubicó entre 76.31 y 99.73 días. (Cuadro VII.27).

Cuadro VII.27. Estadísticos descriptivos de la variable tiempo de espera para la intervención quirúrgica (n = 101)

Variable	Media	Desviación estándar	IC 95% (Límite inferior – Límite superior)
Tiempo de espera para la intervención quirúrgica	88.02	59.32	76.31 – 99.73

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tiempo de espera para la primera consulta de medicina física y rehabilitación.

De los 152 casos, 39 casos no requirieron valoración por el servicio de medicina física y rehabilitación, mientras que 113 casos si lo requirieron. La variable días de espera para la rehabilitación presentó una media de 40.58 días (DE = 25.41). El intervalo de confianza al 95% para la media se ubicó entre 35.82 y 45.34 días. (Cuadro VII.28).

Cuadro VII.28. Estadísticos descriptivos de la variable días de espera para la rehabilitación (n = 113)

Variable	Media	Desviación estándar	IC 95% (Límite inferior – Límite superior)
Tiempo de espera para la rehabilitación	40.58	25.41	35.82 – 45.34

Fuente: Hoja de recolección de datos.

VIII. DISCUSIÓN

En este apartado se analizan los hallazgos obtenidos en el presente estudio. Los resultados se interpretaron considerando su relevancia clínica, social y económica, así como sus implicaciones para la atención de los pacientes y el funcionamiento del IMSS, específicamente en la OOAD Querétaro con sede Hospital General Regional 1. Asimismo, se identifican posibles factores explicativos de las tendencias observadas y se discuten las limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados.

Unidad de Medicina Familiar

Al analizar las características poblacionales, se observó que la UMF 9 concentró el mayor número de casos con incapacidades prolongadas, seguida de la UMF 13. Este hallazgo puede explicarse por el volumen de atención de cada unidad, asociado a su ubicación geográfica céntrica y a la densidad poblacional adscrita, lo que favorece una mayor captación y registro de casos con incapacidades de larga duración. Estos resultados sugieren que la carga asistencial y la distribución territorial influyen de manera relevante en la identificación de este tipo de pacientes.

Edad y sexo

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población económicamente activa se concentra en adultos de 30 a 59 años (64%), seguida de jóvenes de 15 a 29 años (28%) y adultos mayores de 60 años (8%) en el Municipio de Querétaro.

Esta distribución es congruente con los hallazgos del presente estudio, donde el grupo etario con mayor frecuencia fue el de 46 a 60 años, etapa durante la cual incrementa la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, seguido del grupo de 30 a 45 años. La media de edad fue de 45.6 años, con una dispersión moderada, lo que indica la coexistencia de pacientes jóvenes y adultos. Si bien se

ha documentado que los trabajadores jóvenes presentan una mayor frecuencia de accidentes de alto impacto (Besen et al., 2016), estudios previamente comentados señalan que conforme aumenta la edad, se prolonga la duración de la incapacidad y se incrementa el riesgo de recurrencia, lo que concuerda con los resultados observados.

En cuanto al sexo, los resultados fueron similares a los reportados por la Secretaría de Economía del Estado de Querétaro para el año 2023, donde la población económicamente activa estuvo conformada mayoritariamente por hombres (58%) y mujeres el 42% (Municipio de Querétaro, 2025). En este estudio, el sexo masculino predominó con el 60% de los casos, en comparación con el 40% correspondiente al sexo femenino. La literatura señala que los hombres presentan mayor probabilidad de sufrir accidentes laborales y periodos de incapacidad más prolongados, debido a su mayor participación en actividades con alta demanda física y manipulación de cargas.

Puesto laboral y giro empresarial

Los puestos industriales y operativos concentraron la mayor proporción de los casos, destacando operadores de maquinaria industrial, ensambladores y ayudantes generales. Estos resultados se alinean con el modelo teórico de Benavides, el cual plantea que las condiciones laborales influyen en la generación de incapacidades a través de dos mecanismos principales: la ocurrencia directa de accidentes o enfermedades de trabajo, y la precipitación o agravamiento de enfermedades comunes por el entorno laboral.

La alta proporción de casos en ocupaciones industriales, refuerzan el primer mecanismo por dicho modelo, dado que estas actividades conllevan riesgos inherentes que predisponen a lesiones musculoesqueléticas y traumáticas. En segundo lugar, se identificaron puestos administrativos, ejecutivos telefónicos, así como de conductores de camiones, camionetas de carga y de personal, en los que

predominan padecimientos asociados a factores disergonómicos, como posturas prolongadas y movimientos repetitivos.

Asimismo, la presencia de personal de salud, trabajadores de limpieza, artesanos y empleados de almacén evidencia que las incapacidades prolongadas afectan de manera transversal a diversos sectores productivos. Esta distribución se refleja también en el giro empresarial, donde las industrias manufactureras concentraron la mayor proporción de incapacidades prolongadas, seguidas de los sectores de comercio, comunicaciones, transportes y almacenamiento.

Diagnóstico, sistema y región anatómica.

La radiculopatía por lesiones del disco intervertebral fue el diagnóstico más frecuente, siendo todos los casos tratados quirúrgicamente. Los trastornos de la columna representan una de las principales causas de dolor crónico, limitación funcional y pérdida de productividad laboral a nivel mundial (Hincapié et al., 2025), lo que explica su alta carga clínica y económica.

En frecuencia le siguieron las lesiones como fracturas, esguinces y luxaciones en la parte superior del brazo incluyendo el hombro, parte inferior de la pierna incluyendo la rodilla, así como fractura de fémur, asociadas a accidentes de tráfico y caídas de alto impacto, que prolongan los tiempos de recuperación y aumentan el riesgo de complicaciones.

En menor proporción, se registraron casos de cáncer, complicaciones de la diabetes mellitus, entre ellas retinopatía diabética y lesiones cutáneas diabéticas, que representan un reto significativo debido a la necesidad de tratamientos prolongados y alto riesgo de complicaciones. Estos resultados reflejan la tendencia de que las enfermedades musculoesqueléticas, traumáticas y degenerativas, son las que más afectan la capacidad de los trabajadores para reincorporarse a sus actividades laborales.

Las regiones anatómicas más afectadas fueron la columna lumbar y el hombro derecho y la rodilla, estructuras vulnerables por el manejo manual de cargas, posturas forzadas y movimientos repetitivos. En el caso de la rodilla, la progresión a artrosis y la necesidad de cirugía de reemplazo explican su alta carga funcional, congruente con la literatura que menciona que posterior a una artroplastia total el 42% de las personas no mantienen un buen estado físico (Rodríguez-Borlado Díaz et al., 2022).

Aunque con menor frecuencia, las fracturas de fémur se asociaron a incapacidades superiores a 300 días, principalmente debido a complicaciones como la pseudoartrosis. En cuanto al predominio del lado derecho, este puede asociarse a la lateralidad dominante, reportada en hasta el 89% de la población mundial (Pfeifer et al., 2022), lo cual incrementa el uso repetitivo, esfuerzo constante y por lo tanto mayor riesgo de lesión.

Tipo de incapacidad, temporalidad y duración

La incapacidad temporal por enfermedad general fue la más frecuente 69%, representando más de dos terceras partes de los casos, lo que concuerda con lo registrado en las estadísticas del IMSS. Al iniciar el registro en junio 2024, dos casos que contaban con incapacidades mayores a 500 días iniciaron su incapacidad en el año 2022. En el año 2024 se implementaron estrategias institucionales para agilizar la atención de casos con riesgo de prolongar su incapacidad lo que podría la mayor concentración de casos en el año 2023.

La concentración de incapacidades en los meses de septiembre y diciembre se relacionan con periodos de mayor demanda laboral y factores estacionales, que llevan a un incremento de accidentes y padecimientos crónicos descompensados.

El promedio de días de incapacidad prolongada fue de 306 días, con una desviación estándar amplia, lo que refleja una considerable variabilidad de la duración. Más de dos terceras partes de los pacientes presentaron incapacidades

de entre 7 y 11 meses, lo cual es clínicamente relevante, dado que se ha demostrado que una incapacidad superior a 180 días reduce significativamente la probabilidad de reincorporación laboral.

Costo institucional.

En promedio el costo por caso fue de 95,367.9 pesos, y el costo total por los 152 casos superó los 14 millones de pesos. Aunque la enfermedad general fue el tipo de incapacidad más frecuente con un costo promedio de 90 mil pesos, los riesgos de trabajo que representaron una tercera parte, presentaron un mayor costo promedio por caso de casi 108 mil pesos.

La amplia dispersión de los costos observados puede atribuirse a la heterogeneidad en la complejidad clínica de los casos, la duración de las incapacidades y la necesidad de tratamientos especializados, estudios diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, lo que evidencia el impacto económico significativo de las incapacidades prolongadas para la institución.

Comorbilidades.

En México, según los resultados de la encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022, la prevalencia de Hipertensión arterial sistémica fue del 47%, la de obesidad de 37% y la de Diabetes Mellitus de 18% (Basto-Abreu et al., 2023; Campos-Nonato et al., 2023a; Campos-Nonato et al., 2023b).

Estos datos contrastan con los hallazgos del presente estudio, en el que casi la mitad de los pacientes presentó al menos una comorbilidad, siendo la Hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad las más frecuentes. La menor proporción observada de obesidad respecto a los datos nacionales puede explicarse porque, en los casos de incapacidades prolongadas se le da prioridad al diagnóstico que está generando la incapacidad, influyendo en que algunas comorbilidades como esta sean subdiagnosticadas o no registradas en el expediente clínico.

La presencia de una segunda comorbilidad en casi un tercio de los casos, destacaron nuevamente la diabetes y la obesidad, incrementa la complejidad clínica y se asocian con una recuperación más lenta, mayor riesgo de complicaciones, retraso en la consolidación ósea y menor respuesta a los procesos de rehabilitación, lo que contribuye a la prolongación de la incapacidad y al incremento de los costos institucionales.

Tiempos de espera y atención especializada

El 55% de los casos ingresaron por medio de urgencias por accidentes de trabajo o no de trabajo, motivo por el cual el tiempo de espera inicial para la valoración por un médico no familiar tuvo menor impacto en este subgrupo. No obstante, los resultados evidenciaron demoras relevantes en la atención especializada, con un tiempo promedio de 70 días, lo que genera un efecto en cascada que retrasa el tratamiento quirúrgico y la rehabilitación, favoreciendo el desarrollo de complicaciones y secuelas funcionales.

En una población que envejece, con altas tasas de obesidad y lesiones articulares, la prevalencia de osteoartrosis seguirá aumentando incrementando la demanda de atención por un especialista en traumatología y ortopedia. Este fenómeno se traduce en listas de espera prolongadas, como se ha documentado en otros sistemas de salud; por ejemplo, en Australia se reporta un tiempo de espera promedio de 76 días, en casos extremos de hasta 803 días de espera (Tacey et al., 2023).

Estos datos son consistentes con los resultados obtenidos en donde traumatología y ortopedia ya sea en segundo como en tercer nivel de atención, fue la especialidad con mayor frecuencia, así como su subespecialidad de columna que registró un tiempo de espera máximo de hasta 180 días para la primera consulta. Cabe mencionar que, aunque no se tomó en cuenta el tiempo de espera entre consultas subsecuentes también se notó un tiempo prolongado de más de 30 días, lo que contribuye a retrasos adicionales en la toma de decisiones terapéuticas.

Tiempo de espera para la ejecución de estudios y aquellos con tiempo de espera prolongado.

Al 53% de los casos no se les realizó alguno de los estudios de gabinete de los incluidos en este estudio. Para aquellos en los que sí se solicitaron, el tiempo promedio de espera para la ejecución de estudios fue de 99 días, lo cual representa un periodo considerablemente prolongado. A nivel internacional, se recomienda que la realización de estudios diagnósticos no exceda los 30 días (Government of British Columbia, 2020), lo que evidencia una brecha importante en la accesibilidad y oportunidad del servicio. Entre los estudios con mayor frecuencia de espera prolongada destacaron la RMN y la TAC. Este hallazgo debe interpretarse en el contexto de una alta demanda y disponibilidad limitada de recursos, ya que en el IMSS de la OOAD Querétaro solo se cuenta únicamente con un resonador magnético y tres tomógrafos para la atención de la población derechohabiente. En contraste, en 2021 Israel disponía de cinco resonadores magnéticos por cada millón de habitantes, y realizaba hasta 47 resonancias por cada 1000 habitantes (Singer et al., 2025), lo que sugiere una mayor capacidad instalada y eficiencia en el uso de recursos de imagenología.

En el caso de Querétaro, la disponibilidad aproximada de un resonador por cada dos millones de habitantes evidencia una capacidad claramente insuficiente, con impacto directo en los tiempos de espera. Adicionalmente, los tiempos de espera para la electromiografía resultan relevantes, dado que constituye una herramienta diagnóstica fundamental en la evaluación de la radiculopatía. Además de permitir la localización de la lesión, contribuye a determinar su gravedad, evolución temporal y pronóstico, proporcionando información complementaria a la resonancia magnética y al examen clínico, que puede ser determinante para la toma de decisiones terapéuticas, incluidas las opciones quirúrgicas.

En conjunto, estos resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias para optimizar la asignación, disponibilidad y uso de los recursos de

imagenología, con el objetivo de reducir los tiempos de espera y mejorar la continuidad del proceso diagnóstico-terapéutico.

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica y causas de la espera prolongada.

En este estudio la mayoría de los casos requirieron intervención quirúrgica (66%), con un tiempo promedio de espera de 88 días. Al compararse con estándares internacionales, donde se recomienda que los procedimientos electivos no excedan un periodo de 30 a 60 días, los tiempos observados resultan claramente prolongados. La principal causa de espera fue la falta de disponibilidad de fecha quirúrgica, seguida de la falta de valoración preoperatoria. Esta última se identificó, en muchos casos, como un efecto secundario a la falta de fechas quirúrgicas disponibles, ya que, aunque la valoración preoperatoria se realice oportunamente, pierde vigencia cuando el procedimiento no se lleva a cabo en el tiempo previsto, requiriendo su repetición una vez que se asigna una nueva fecha. Estos retrasos tienen un impacto negativo en el pronóstico funcional de los pacientes y favorecen la aparición de complicaciones.

Complicaciones por mala respuesta al tratamiento médico quirúrgico.

Las complicaciones más frecuentes observadas se relacionan con la gravedad del padecimiento de base, particularmente en casos de traumatismos múltiples de alto impacto o enfermedades en etapa avanzada, como complicaciones de diabetes o infección por virus de inmunodeficiencia humana. La rigidez articular fue una de las complicaciones más reportadas en patologías de rodilla, hombro y tobillo. En Estados Unidos de América, este tipo de complicaciones representan el 28% de las readmisiones hospitalarias dentro de los primeros 90 días posteriores a un procedimiento quirúrgico (Haffar et al., 2022), identificándose como principales factores de riesgo un rango de movimiento preoperatorio bajo, la complejidad de la cirugía, antecedentes de cirugía previa, periodos prolongados de inmovilización y retrasos en el inicio de la rehabilitación. Otra complicación relevante fue la

pseudoartrosis, particularmente en fracturas de fémur. Tanto la rigidez como la pseudoartrosis se asociaron con retrasos en el diagnóstico, en la intervención quirúrgica o en el proceso rehabilitador, condicionando limitaciones funcionales importantes, principalmente en la movilidad articular y la deambulaci3n, impactando de manera significativa la calidad de vida y la reintegraci3n laboral.

Tiempo de espera para la primera consulta de medicina f3sica y rehabilitaci3n.

La evidencia cient3fica recomienda iniciar rehabilitaci3n temprana tras la cirug3a manteniendo una buena postura y movilizaci3n progresiva, adem3s se3alan que comenzar un programa estructurado de rehabilitaci3n entre 4 y 6 semanas posteriores al procedimiento quirúrgico contribuye mejorar el estado funcional y facilita el retorno al trabajo a corto plazo (Barbosa et al., 2023). En los casos de incapacidad prolongada atendidos en el Hospital General Regional 1 de Quer3taro, el tiempo promedio de espera para la primera consulta de medicina f3sica y rehabilitaci3n fue de 41 d3as. A este periodo debe sumarse el tiempo de espera para el inicio de las terapias, el cual oscil3 entre 15 y hasta m3s de 60 d3as, lo que implica que un paciente puede esperar m3s de siete semanas para iniciar un programa de rehabilitaci3n formal. Es importante se3alar que en este estudio no se reflejan tiempos de espera m3s prolongados para el servicio de rehabilitaci3n, como suele observarse en la pr3ctica habitual, ya que en los casos de incapacidad prolongada se implementan mecanismos para priorizar y agilizar la atenci3n.

IX. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió identificar que la falla en la reincorporación laboral en trabajadores con incapacidades mayores a 200 días es un fenómeno complejo y multifactorial, resultado de la interacción entre factores médicos propios del estado de salud del trabajador y factores no médicos, relacionados principalmente con la organización, accesibilidad y oportunidad de los servicios de atención médica dentro del sistema de seguridad social.

Dentro de los factores médicos, se concluye que las incapacidades prolongadas se asocian principalmente con padecimientos musculo esqueléticos, de origen traumático o degenerativo, que afectan regiones anatómicas clave para el desempeño laboral, como la columna lumbar, el hombro y la rodilla. La edad, el sexo masculino, la naturaleza física del puesto de trabajo y la presencia de comorbilidades crónico-degenerativas, especialmente la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y obesidad, influyen de manera significativa en la evolución clínica y en la duración de la incapacidad. Asimismo, la presencia de complicaciones derivadas de una respuesta subóptima al tratamiento médico-quirúrgico, como rigidez articular o pseudoartrosis, incrementa la complejidad de los casos y reduce la posibilidad de recuperación funcional y reintegración laboral. Estas condiciones refuerzan la necesidad de un abordaje integral, oportuno y multidisciplinario.

Respecto a los factores no médicos, se concluye que los tiempos de espera prolongados para la atención especializada, la ejecución de estudios diagnósticos, la intervención quirúrgica y el inicio de la rehabilitación constituyen elementos determinantes en la prolongación de la incapacidad y en la dificultad para la reincorporación laboral. Estos retrasos generan un efecto en cascada que condiciona el retraso diagnóstico, la progresión del daño funcional y el aumento del riesgo de complicaciones, lo cual limita la recuperación integral del trabajador aun cuando el tratamiento médico sea adecuado. De manera particular, la limitada

disponibilidad de recursos de alta especialidad, como resonancia magnética, tomografía y electromiografía, así como la insuficiencia de fechas quirúrgicas, se identifican como barreras estructurales que impactan negativamente en la continuidad del proceso diagnóstico-terapéutico, lo anterior evidencia que la falla en la reincorporación laboral no siempre obedece a la gravedad del padecimiento, sino también a deficiencias en la capacidad resolutoria del sistema de atención.

En conjunto, los hallazgos de esta investigación demuestran que la reincorporación laboral en trabajadores con incapacidades prolongadas no depende exclusivamente del tratamiento médico, sino de la oportunidad, continuidad y coordinación de los servicios de salud, así como de estrategias institucionales orientadas a la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación precoz.

Finalmente, este estudio aporta evidencia útil para la toma de decisiones en el ámbito institucional, al resaltar la importancia de optimizar los procesos de atención y la asignación de recursos, con el fin de reducir la duración de las incapacidades prolongadas, disminuir el impacto económico social, y favorecer una reincorporación laboral más temprana y sostenible.

X. PROPUESTAS

Con base en los hallazgos del presente estudio, se proponen las siguientes recomendaciones dirigidas al Hospital General Regional Número 1 del IMSS, OAAD Querétaro, con el objetivo de disminuir la duración de las incapacidades prolongadas y favorecer la reincorporación laboral oportuna, segura y sostenible de los trabajadores

1. Optimizar el acceso a la atención especializada, mediante la implementación de estrategias de priorización clínica para pacientes con riesgo de incapacidad prolongada, que permitan reducir los tiempos de espera en especialidades de alta demanda, particularmente traumatología y ortopedia, así como sus subespecialidades

2. Fortalecer la capacidad diagnóstica en estudios de imagenología y neurofisiología, incrementando la disponibilidad y el uso eficiente de recursos como la resonancia magnética, tomografía axial computarizada y electromiografía. Asimismo, se recomienda establecer criterios institucionales claros de priorización clínica para estos estudios en pacientes con incapacidades prolongadas o con alto riesgo de cronificación

3. Mejorar la programación y disponibilidad de intervenciones quirúrgicas, mediante la optimización de las agendas quirúrgicas, el análisis de cuellos de botella administrativos y la asignación estratégica de fechas quirúrgicas, con énfasis en procedimientos cuya demora impacta directamente en la recuperación funcional y la reincorporación laboral.

4. Estandarizar y agilizar los procesos de valoración preoperatoria, evitando la repetición innecesaria de estudios y valoraciones médicas derivadas de retrasos en la programación quirúrgica, lo cual permitiría una mayor eficiencia, continuidad y calidad en la atención del paciente.

5. Garantizar el inicio oportuno de la rehabilitación, promoviendo la referencia temprana a los servicios de medicina física y rehabilitación, así como la reducción de los tiempos de espera para el inicio de las terapias físicas, especialmente en pacientes postquirúrgicos y con patologías musculoesqueléticas de alto impacto funcional.

6. Fortalecer la detección, control y seguimiento de comorbilidades crónico-degenerativas, como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y obesidad, mediante programas de atención integral y control metabólico, con el fin de mejorar la respuesta al tratamiento y reducir el riesgo de complicaciones y prolongación de la incapacidad.

7. Desarrollar e implementar estrategias de prevención y ergonomía laboral, en coordinación con las empresas y las áreas de salud en el trabajo, orientadas a disminuir la incidencia de lesiones musculoesqueléticas, particularmente en puestos con alta demanda física, manejo manual de cargas y movimientos repetitivos.

8. Monitorear de manera sistemática los casos con incapacidades mayores a 200 días, mediante el uso de indicadores institucionales que permitan identificar oportunamente factores de riesgo para la prolongación de la incapacidad y activar intervenciones tempranas dirigidas a la recuperación funcional y la reincorporación laboral.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Alba Ramírez, A. (2009). La incapacidad temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y su duración (Documento F9_07). Secretaría de Estado de la Seguridad Social. https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/f4e8cb57-4ff0-4c03-abbf-3003665f18a3/F9_07.pdf?MOD=AJPERES
- Álvarez, B. (1999). Especificación y validación de modelos de demanda de asistencia sanitaria, absentismo laboral y actitudes de los desempleados: Aplicación al caso español [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=2161>
- Álvarez Theurer, E., Llergo Muñoz, A., & Vaquero Abellán, M. (2008). Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía: Factores asociados. *Medicina Clínica*, 131(7), 387–393.
- Antonio-Valdiviezo, A., Ruiz-Orozco, G., & Martínez-Torres, J. (2011). Factores sociales y clínicos en incapacidad prolongada por accidente de trabajo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 191–196. <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745501016.pdf>
- Barbosa, T. P., Raposo, A. R., Cunha, P. D., Cruz Oliveira, N., Lobarinhas, A., Varanda, P., & Direito-Santos, B. (2023). Rehabilitation after cervical and lumbar spine surgery. *EFORT Open Reviews*, 8(8), 626–638. <https://doi.org/10.1530/EOR-23-0015>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México:

Ensanut 2022. Salud Pública de México, 65, S163–S168.
<https://doi.org/10.21149/14832>

Benavides, F. G., Benach, J., & Moncada, S. (2001). Working conditions and sickness absence: A complex relation. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(5), 368–372. <https://doi.org/10.1136/jech.55.5.368>

Besen, E., Young, A. E., Gaines, B., & Pransky, G. (2016). Relationship between age, tenure, and disability duration in persons with compensated work-related conditions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(2), 140–147. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000623>

Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, Ó., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solís, C., & Barquera, S. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, S238–S247. <https://doi.org/10.21149/14809>

Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Vargas-Meza, J., Ramírez-Villalobos, D., Medina-García, C., Gómez-Álvarez, E., Hernández-Barrera, L., & Barquera, S. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, S169–S180. <https://doi.org/10.21149/14779>

Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>

- Castro Vargas, N. (2023). Causas y factores de riesgo de incapacidad en cotizantes de entidad administradora de plan de beneficios–Risaralda [Tesis de maestría, Universidad Libre Pereira].
<https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/25036>
- Constantino, P., Torres, L., Posadas, J., Névárez, A., & García, F. (2007). Prescripción de certificados de incapacidad temporal en el IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 89–96.
<http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525013.pdf>
- Franco Chávez, S. A., Cabrera Prival, C., Díaz Vega, G., González Machuca, J. de J., & Franco Chávez, J. A. (2003). Reingeniería médico-administrativa aplicada a incapacidad prolongada por riesgo de trabajo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41(3), 221–228.
- García Moreno, S. (2005). Causas no médicas que ocasionan incapacidad prolongada por enfermedad general y riesgo de trabajo [Tesis doctoral, Universidad Veracruzana].
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/31763>
- Government of British Columbia. (2020, September 16). Magnetic resonance imaging (MRI) prioritization.
<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/magnetic-resonance-imaging-mri-prioritization>
- Haffar, A., Goh, G. S., Fillingham, Y. A., Torchia, M. T., & Lonner, J. H. (2022). Treatment of arthrofibrosis and stiffness after total knee arthroplasty: An updated review. *International Orthopaedics*, 46(6), 1253–1279. <https://doi.org/10.1007/s00264-022-05344-x>

- Hincapié, C. A., Kroismayr, D., Hofstetter, L., et al. (2025). Incidence of and risk factors for lumbar disc herniation with radiculopathy in adults: A systematic review. *European Spine Journal*, 34(1), 263–294. <https://doi.org/10.1007/s00586-024-08528-8>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). Manual de integración y funcionamiento de los comités para el control de la incapacidad temporal para el trabajo (COCOITT). IMSS.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2022–2023. <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2024). Reglamento de prestaciones médicas. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045_RPMIMSS.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023, 27 de noviembre). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
- López Bonilla, I. (2002). Factores asociados a las incapacidades laborales por enfermedad de corta duración en profesionales de enfermería en un hospital universitario (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona). <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4585/imlb1de1.pdf?sequence=1>
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>.
- Municipio de Querétaro. (2025). Anuario económico municipal 2025. https://municipiodequeretaro.gob.mx/anuario-economico-2025/pdf/AEM_2025.pdf

- Pfeifer, L. S., Schmitz, J., Papadatou-Pastou, M., Peterburs, J., Paracchini, S., & Ocklenburg, S. (2022). Handedness in twins: Meta-analyses. *BMC Psychology*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00695-3>
- Secretaría de Economía. (s. f.). Perfil geográfico: Querétaro, Querétaro – Data México. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/queretaro-qt>
- Sharp, C., & Watt, S. (1995). A study of absence rates in male and female employees working in occupations of equal status. *Occupational Medicine*, 45(3), 131–136. <https://doi.org/10.1093/occmed/45.3.131>
- Singer, C., Boldor, N., Vaknin, S., Olmer, L., Wilf-Miron, R., & Myers, V. (2025). Scheduling an appointment for MRI: Patient perception of wait time and difficulty. *Israel Journal of Health Policy Research*, 14(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13584-025-00677-5>
- Rodríguez-Borlado Díaz, B., Sanz-Rosa, D., Sanz Pozo, B., Llisterri Caro, J. L., & Herrero Barbero, M. (2022). Dolor, calidad de vida y salud mental en pacientes con gonalgia por gonartrosis: estudio de casos y controles [Pain, quality of life and mental health in patients with gonalgia due to gonarthrosis: Cases and controls study]. *Semergen*, 48(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2021.07.005>
- Tatamuez-Tarapues, R. A., Domínguez, A. M., & Matabanchoy-Tulcán, S. M. (2018). Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina: Revisión sistemática. *Universidad y Salud*, 21(1), 100–112. <https://doi.org/10.22267/rus.192101.143>
- Tacey, A., Behne, J., Patten, R. K., Ngo, M. T., Thomas, R., Ancilleri, J., Bone, C., Paredes Castro, A., McCarthy, H., Harkin, K., Gilmartin-Thomas, J. F., Takla, A., Downie, C., Mulcahy, J., Ball, M., Sharples, J., Dash, S., Lawton, A., Wright, B., Sleeth, P., ...

Pascoe, M. (2023). Development of a digital health intervention to support patients on a waitlist for orthopedic specialist care: Co-design study. *JMIR Formative Research*, 7, e41974. <https://doi.org/10.2196/41974>

Vingård, E., Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). Consequences of being on sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(Suppl. 63), 207–215. <https://doi.org/10.1080/14034950410021899>

Zamarripa Segovia, M. (2018). Percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF no. 1 delegación Aguascalientes (Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Aguascalientes). <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1640/434962.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

XII. ANEXOS

XII.1 Hoja de recolección de datos.


	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	UMF	EDAD	SEXO	PUESTO LABORAL	GIRO	DIAGNÓSTICO QUE GENERÓ LA INCAPACIDAD PROLONGADA	DIAGNÓSTICO POR SISTEMA	REGION	RAMO DE LA INCAPACIDAD	MES DE INICIO DE INCAPACIDAD
2										
3										
4										
5										

	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	AÑO DE INICIO DE LA INCAPACIDAD	DÍAS ITT	IMPORTE TOTAL	COMORBILIDADES	Falla de respuesta al tratamiento médico quirúrgico	COMPLICACIONES	Tiempo de espera prolongado para la ejecución de estudios	ESTUDIOS	Estudio que se ejecuto con tiempo de espera prolongado
2									
3									
4									
5									

	T	U	V	W
1	Tiempo de espera prolongado para la ejecución de estudios.	TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO PARA RECIBIR LA PRIMERA CONSULTA POR MÉDICO NO FAMILIAR	ESPECIALIDAD EN LA QUE EL TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR LA PRIMERA CONSULTA SE PROLONGÓ	Tiempo de espera para recibir la primera consulta con el médico no familiar
2				
3				
4				
5				

	X	Y	Z	AA	AB
1	TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO PARA EJECUCIÓN DE CIRUGÍA	Tiempo de espera para la intervención quirúrgica.	MOTIVO TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO PARA EJECUCIÓN DE CIRUGÍA	TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO PARA LA ATENCIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN	DIAS DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN

XII.2 Otros.

	MANUAL DE INTEGRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ PARA EL CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO (COCOITT), EN LOS ÁMBITOS NORMATIVO, DELEGACIONAL, DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD y OPERATIVO
---	---

Reporte de casos con más de 200 días de Incapacidad Temporal para el Trabajo (EG y RT)
(Para uso exclusivo de los Grupos de Trabajo Médico)

OOAD: 1 _____
 Unidad 2 _____
 Fecha: 3 _____

4
5
6
7
8
9
10
11

N	NSS	Unidad Médica Expedidora	Diagnóstico	Días acumulados	Ramo de seguro	Comentarios	Causas Médicas y/o No Médicas	Acciones Realizadas
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								