
CARTAS AL EDITOR

La calidad de la atención de las fracturas de fémur por accidente de trabajo no sólo se puede inferir de los cuidados médicos en el tercer nivel de atención

Señor editor: quisiera referirme al artículo de Santiago Salinas-Tovar y colaboradores: *Effect of the quality of health care on permanent inability secondary to femoral fractures due to occupational accidents*,¹ el cual hace interesantes señalamientos sobre la calidad de los servicios de una institución de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que se otorgan a trabajadores que presentan fractura de fémur como consecuencia de su actividad laboral. La recomendación final del estudio alienta a reorientar ciertas acciones con el fin de que esta asistencia transcurra bajo ciertos estándares de calidad, y con ello el efecto sobre la incapacidad permanente parcial (IPP) para el trabajo se vea sensiblemente impactada. No obstante la aparente pertinencia del tópico que en materia de salud ocupacional el artículo trata, me parece importante destacar lo siguiente:

El estudio contempla la aplicación de un instrumento –principalmente dirigido a explorar aspectos clínicos de la fractura de fémur– que se asume midió calidad de la atención, y el cual seguramente cumplió con la validez requerida en razón del grupo de expertos en traumatología que lo estructuraron. Sin embargo, surgen ciertas dudas sobre la

validez externa del instrumento, debido a que se ocupó indistintamente del nivel de atención médica en donde fue atendido el trabajador con fractura de fémur, del entorno y de la estructura laboral en los cuales sucedió el accidente, de la región del país en donde acontecieron los hechos, y también debido a que el instrumento fue construido sólo por expertos en traumatología de tercer nivel de atención. En este sentido, es sabido que para la conformación de dichos instrumentos es recomendable incluir a otros expertos, en este caso, no sólo traumatólogos que se desempeñan en otros niveles de atención o en otras regiones del país, sino también a médicos de otras disciplinas, tales como fisiatras, los de urgencias médico-quirúrgicas, familiares, generales, e incluso especialistas en medicina ocupacional que participen, en un momento dado, en el proceso de atención del trabajador fracturado. Además, se ha demostrado que cuando son incluidas las diferentes instancias que intervienen en determinado proceso de atención a la salud en el establecimiento de estrategias para su reorganización, éstas muestran mayor apego cuando son puestas en operación.²⁻⁶

Los resultados que presenta el estudio son contundentes y hasta lógicamente esperados, lo que hace difícil pensar en la necesidad de endurecer ciertos puntos, pero sus conclusiones sobre la calidad de la atención parecen ser inferidas a partir de aspectos básicamente clínicos (con excepción quizás de la que

denominaron los autores como oportunidad de la atención, la que por cierto puede interpretarse como una variable prácticamente no asociada a fracturas de fémur en trabajadores y que desenlazan en IPP, al obtenerse una razón de momios (RM) puntual de 1.08, por ejemplo: tipo de fractura, clasificación de la fractura en abierta o cerrada y tiempo de rehabilitación, y no de aspectos que se antojaría haber explorado tal y como lo refieren en la misma introducción de su artículo, por ejemplo: ¿qué tanto contribuye la escasez de personal de salud en la atención de la fractura de fémur en trabajadores para que ésta tuviera como consecuencia la emisión de una IPP para el trabajo?, o bien: ¿cuál es el nivel de competencia del personal médico que atendió a los trabajadores que a final de cuentas presentó una complicación traumatológica, y en consecuencia fue necesario determinar la presencia de una IPP para el trabajo? Estas preguntas cobran importancia si se relacionan con los resultados del manejo inadecuado del trabajador con fractura de fémur, en el preoperatorio y en el operatorio, que se observan en el cuadro II del mismo artículo. Por otro lado, hubiera sido deseable analizar la calidad de la atención de manera estratificada por los diferentes niveles que la otorgaron, y con ello se daría, además, una idea de la disponibilidad de recursos de los servicios de atención médica y cómo están éstos distribuidos en el ámbito nacional de este sistema institucional de seguridad social.^{7,8}

Por otra parte, los resultados también corren el riesgo de haber sido sobrestimados en razón de que no se consideró parear por tipo de fractura, ya que la prevalencia de fracturas expuestas, en el contingente de trabajadores que seleccionaron los autores para conformar el grupo de los casos (26.8%), los colocó en seria desventaja respecto a la prevalencia identificada en el grupo que se seleccionó como controles (8.5%). La condición de estar ante una fractura expuesta habla de la seriedad y gravedad del accidente al que estuvo sujeto el trabajador, por lo que sus oportunidades bajo este escenario parecen lógicamente mayores para desembocar en IPP para el trabajo; de esta manera es posible el no poder atribuir, por lo menos no del todo, la aparición de ésta como consecuencia de un manejo médico de pobre calidad.⁹

Otro punto a considerar en este estudio es tomar la emisión o no de la IPP para el trabajo como el *end point* para determinar la calidad en la atención del trabajador con fractura de fémur, cuando quizás este proceso hubiera sido precisamente el que debió ser más agudamente evaluado por los autores, en términos de calidad de la atención, por ser del campo de acción específico de los servicios de salud ocupacional en un sistema de atención a la salud; con ello se pudo haber garantizado la exclusión de trabajadores con IPP por fractura de fémur otorgada bajo estándares ambiguos o aplicados de manera diferente; el no haberlo previsto así, hace que el estudio corra el riesgo de haber incurrido en mala clasificación o bien poseer errores en las mediciones que se establecieron. Los autores parecen asumir que la emisión de IPP se da naturalmente y bajo los mismos criterios en cualquier unidad médica donde pueda ser calificada. Este proceso de calificación —el cual es determinante para emitir si médicamente existe o no la conservación de la capacidad e integridad físicas para desarrollar a plenitud la ocupación que desempeñaba el trabajador antes de presentar la fractura de fémur— también debió haber

sido sujeto a evaluación con el mismo rigor.¹⁰⁻¹²

Por extraño que parezca, el contenido, perspectiva y forma en que fue conducido el estudio, orilla a hacer una seria reflexión sobre lo que considero parte esencial de la calidad de la atención en un sistema de salud, y que es la participación de sus servicios del área de salud ocupacional ya que éstas deben contribuir con importantes acciones preventivas en las empresas. La presencia de fracturas de fémur en trabajadores, y la frecuencia que ésta presenta a escala nacional en México, hablan de la necesidad de establecer acciones de orden preventivo específicamente en este problema de salud; o bien, ser cuestionables en su efectividad, si es que éstas actualmente se promueven, y por ello deben ser igualmente evaluadas con el mismo modelo que propusieron los autores para las acciones que proporcionan las áreas asistenciales del mismo sistema para el mismo problema, independientemente que pueda argumentarse que dichas acciones preventivas sean responsabilidad del empleador, de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo.¹³ La ausencia, insuficiencia o defectos en la aplicación de medidas de salud y seguridad en el trabajo, indudablemente también es posible que contribuyan a la presencia de fracturas de fémur que desembocan en IPP, lo que se traduce en necesidad de investigar factores de riesgo en el trabajador y en el ambiente ocupacional de las empresas que concurren para la presencia de este tipo de evento.

Como puede apreciarse, el terreno a explorar en términos de calidad de la atención a la salud en el trabajador con fractura de fémur como consecuencia del trabajo, tan sólo en términos de salud ocupacional, es muy diverso. Tópicos relacionados con la satisfacción del trabajador sobre los servicios de salud otorgados, cambios en su rendimiento laboral con IPP o sin ella, reacomodos laborales, demandas médico-legales que interpone, cambios de conducta ante el trabajo después de sufrir un accidente,

o los efectos sobre los costos por su atención son contenidos de primer orden que merecen ser investigados.^{7,8,10,14,15}

A pesar de estos señalamientos, la aportación del artículo de Santiago Salinas-Tovar y sus colaboradores, aunque marginal, deja al descubierto la imperiosa necesidad de dar mayor consistencia, y consecuentemente calidad, a las acciones que ofrece la estructura institucional responsable de la atención médica y clínica de la fractura de fémur derivada de un accidente de trabajo.

Dr. Luis Haro-García,
Tutor de la Maestría de Salud en el Trabajo,
Facultad de Medicina,
División de Estudios de Posgrado e Investigación,
Universidad Nacional Autónoma de México.
Coordinador Adjunto del Proyecto
de Especialidad en Medicina del Trabajo,
Escuela Superior de Medicina,
Instituto Politécnico Nacional.
Correo electrónico: hag15311@prodigy.net.mx

REFERENCIAS

- Salinas-Tovar S, Reyes-Frausto S, Aguilar-Salinas A, López-Rojas P. Effect of the quality of health care on permanent inability secondary to femoral fractures due to occupational accidents. *Salud Publica Mex* 2001;43(2):108-112.
- Fajardo-Gutiérrez A, Yamamoto-Kimura LT, Garduño-Espinoza J, Hernández-Hernández DM, Martínez-García MC. Consistencia y validez de una medición en la investigación clínica pediátrica. Definición, evaluación y su interpretación. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1991;48(5):367.
- Mino LD, Castellanos OA, Wacher RNH. ¿Cómo evaluar la consistencia de mis datos? *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 1994;32:473.
- Chain CTJ, Corbalá FC, Félix ER, Barrón AR, Haro GL. Cómo elaborar una guía clínica para tratamiento de fractura en dedos de la mano. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2000;38(3):243.
- Corbalá FC, Benítez CF, Reyna AJA, Moises CD, Múgica HJJ, Haro GL. ¿Qué es una guía clínica? *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2000;38(2):113.
- Harris JS. Development, Use and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. *J Occup Environ Med* 1977;39(1):23.
- Suen LK. Occupation and risk of hip fracture. *J Public Health Med* 1998;20(24):428.
- Dubey A, Koval KJ, Zuckerman JD. Hip fracture epidemiology: A review. *Am J Orthop* 1999;28(9):497-506.
- Abramson JH. Appraising the results of a case control study. En: *Making Sense of Data*. Nueva York (NY): Oxford University Press, 1994:277.

10. Islam SS, Biswas RS, Nambiar AM, Syamlal G, Velilla AM, Ducatman AM *et al.* Incidence and risk of work-related fracture injuries: Experience of a state-managed workers' compensation system. *J Occup Environ Med* 2001 Feb;43(2):140-146.
11. Lundeen C. Factors affecting workers' compensation claims activity. *J Occup Med* 1989;31(8): 653-656.
12. Gehlbach SH. Making measurements. En: *Interpreting The Medical Literature, Practical Epidemiology for Clinicians*. Nueva York (NY): Macmillan Publishing Company, 1990:93.
13. Ley Federal del Trabajo. Título Cuarto: Derecho y obligaciones de los trabajadores y patrones. Capítulo I: Obligaciones de los patrones. México, D.F.: Editorial PAC, 2001:58.
14. Frazee V. Workers believe they're entitled to merit pay. *Personnel* 1996;75(12):27.
15. Heckman JD, Sarasohn-Kahn J. The economics of treating tibia fractures. The cost of delayed unions. *Bull Hosp Jt Dis* 1997;56(1):63.