

ESTABLECER LA CALIDAD DE LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO REALIZADOS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL EN LAS CIUDADES DE TUNJA E IBAGUÉ DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2009.

Miguel Ángel Barrios R, Germán Darío Gómez A,
Jhon Jairo Leal L, Luis Eduardo Vila B
Trabajo de grado para optar por el título de especialistas en salud ocupacional
Dirigido por el Doctor Francisco José Tafur Sacipa.

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
COLEGIO MAYOR NUETRA SEÑORA DEL ROSARIO
ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL
BOGOTA 2.010.

RESUMEN

La vigilancia de la salud de los trabajadores es una estrategia fundamental para protegerlos de los posibles efectos dañinos que puede ocasionar la exposición a factores de riesgo ocupacionales; el valor de hacer un diagnóstico o identificar un riesgo a través del examen médico ocupacional de ingreso tiene importantes implicaciones en salud pública, sociales y económicas. Una actividad fundamental de la vigilancia es la realización de los exámenes médico ocupacionales de ingreso. Este proyecto se planteo dar respuesta al siguiente problema: ¿Las instituciones prestadoras de servicios de salud ocupacional de las ciudades de Ibagué y Tunja realizan el examen ocupacional de ingreso cumpliendo con los requisitos mínimos de calidad establecidos en el marco jurídico vigente? Se procedió a crear y ajustar un instrumento que evaluara los requerimientos de calidad para la realización y de la gestión de la historia clínica laboral, se aplico a una muestra representativa de historias clínicas elaboradas en las IPS SO de Ibagué y Tunja entre Junio y Diciembre de 2009. Se evidencio para las dos ciudades falta de registro de los datos de la historia clínica en un 36,2% de los casos, con un 45% de incumpliendo en Ibagué y 26,7% de incumplimiento en Tunja. De los criterios evaluados: 37 en Ibagué y 20 en Tunja tuvieron más del 50% de falta de registro en la historia clínica, encontrándose que información fundamental en la historia clínica ocupacional de ingreso como el perfil del cargo no se registra en el 90,6% de los casos, la actividad económica de la empresa no se registra en el 91,5% de los casos, en el 99,9% no se registra examen mental, tampoco se registran los signos vitales completos y en mas del 50% de los casos no hay un diagnóstico adecuado acorde con los hallazgos del examen en correlación con el perfil del cargo. Esperamos que este trabajo tenga el impacto para que se tenga historias clínicas laborales que cumplan con los requerimientos legales y que puedan ser utilizadas para definir un concepto de aptitud basado en criterios claros para no exponer al trabajador a riesgos generados en el ámbito laboral.

Palabras clave: Historia Clínica. Calidad en la atención, Auditoria Medica, Evaluación de Historia clínica. Calidad en salud ocupacional.

Correspondencia. Dr. Luis Eduardo Vila Barrios

Dirección: Carrera 8 N° 66^a-48

Teléfonos: 3162232072

Mail: vibaluse@yahoo.es

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL DE FACULTAD DE SALUD

1. INTRODUCCION.

La noción de la enfermedad profesional y el accidente de trabajo se originan con la necesidad de distinguir las enfermedades y los accidentes que son propios de los trabajadores, de aquellas que se dan en la población común, porque las primeras generan dentro del sistema de seguridad social unas condiciones de manejo diferente. Además de esta diferenciación es indispensable realizar promoción y prevención del Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP) y para esto la primera herramienta es el examen médico ocupacional de ingreso, donde se da un concepto médico de la probabilidad de adquirir una enfermedad profesional o sufrir un accidente de trabajo basado en su condición de salud actual confrontada con los factores de riesgo a los que se va a exponer.

Según estadística del DANE a diciembre del 2009 la población trabajadora ocupada en el país era de 19.246.000 y de este total 6.7 millones pertenecían al sistema general de riesgos profesionales. De esta población según FASECOLDA ⁽¹⁾ para el 2009 se diagnosticaron 6.891 enfermedades profesionales y 410,410 accidentes de trabajo.

2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES.

Uno de los aportes más importantes al estudio de la calidad asistencial se debe a Donabedian, quien identifica una serie de elementos que facilitan su análisis:

Componente técnico. Como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.

Componente interpersonal. Expresión de la importancia, históricamente consensuada de la relación paciente-profesional de salud.

Componente correspondiente al entorno. Como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla, lo que se ha denominado "las amenidades".

Las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentalmente el rediseño o reingeniería de proceso (método que consiste en la revisión y rediseño radical de procesos para que la organización restablezca la manera de cubrir objetivos a niveles de costo, calidad, servicio y rapidez adecuados) y la orientación al paciente garantizando la continuidad de los niveles asistenciales. Para ello las decisiones clínicas se basarán en la evidencia científica en lo posible y la calidad formará parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles y áreas de atención.

El abordaje más sistemático para el análisis de la calidad asistencia se debe a Donabedian, autor que formuló la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

Análisis de la calidad de los medios: *evaluación de la estructura.*

Análisis de la calidad de los métodos: *evaluación del proceso.*

Análisis de la calidad de los resultados: *evaluación de los resultados.*

Se trata de una clasificación esencialmente didáctica que no supone en modo alguno una secuencia temporal de análisis. Es decir, cuando evaluamos la calidad de la asistencia, contemplaremos a un tiempo elementos de la estructura, del proceso y de los resultados.

Los tres enfoques de evaluación son complementarios y combinando la información de la estructura, el proceso y el resultado se obtiene mayor confiabilidad en los juicios que se emiten respecto de la calidad de la atención médica. Este estudio se enfoca en el análisis del proceso de gestión de la historia clínica ocupacional de ingreso verificando el cumplimiento de los procedimientos documentados adoptados por la normatividad como requisitos mínimos de diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas.

Entendiendo la calidad como la satisfacción de las necesidades y expectativas de aquellos a quienes van dirigidos los productos y servicios. Según este concepto, la principal implicación para que un producto o servicio sea de calidad, es preciso que quien lo provea conozca cuales son las necesidades y expectativas de sus clientes potenciales y sea capaz de diseñar ese producto y servicio de acuerdo con esas necesidades y expectativas.

En Colombia, La ley 100 de 1993 en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Al reconocer esta necesidad en 1996 inicia la realización de los estudios necesarios para formular el diseño de un sistema de calidad en salud, a través del programa de apoyo a la reforma, que condujeron a la proposición de un conjunto de acciones integradas para mejorar la calidad de la atención en salud en el país y que concluyo con la aparición de un %Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad . SOGC+a través de un acto legislativo ley 715 de 2.001 y reglamentación posterior principalmente por:

El decreto numero 1011 del 3 de abril del 2.006 por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1046 del 2006 (sistema único de acreditación)

La resolución 1043 del 2.006 y 2680 del 2007 estableció las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones+

En este contexto, la Historia Clínica es el soporte registrado de la atención a un paciente, (*como bien lo consigno Hipócrates hace 25 siglos*). Es un documento privado, obligatorio en la atención y sometido a

reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.⁽²⁾

La estructura u orden en que se registran los datos dentro del documento varía según los diferentes autores. Pero la mayoría coincide en que se compone de:

Anamnesis: Que es el interrogatorio que se realiza acerca de los datos personales, enfermedad actual, revisión por sistemas y antecedentes. Es la base de la relación medico paciente, debe realizarse de manera ordenada para evitar olvidos de preguntas relevantes y en ocasiones como en pacientes pediátricos, ancianos o dependientes del cuidado de terceros debe realizarse en compañía de los familiares o cuidadores más cercanos debe teniendo en cuenta que todo lo que se escriba en la historia es útil para la correlación entre las partes de la misma.

Los hallazgos positivos y su registro son importantes porque señalan una situación concreta que puede estar relacionada con la enfermedad actual. Debe tenerse en cuenta la no utilización de lenguaje técnico médico al escribir la historia y este no debe transmitirse a el paciente. Se debe en lo posible no realizar interrupciones ni sugerencias durante el tiempo de consulta y al final buscar la mayor cantidad de referencias sobre los hallazgos encontrados.

Es la parte más importante de la historia clínica permitiendo hacer el diagnóstico en más del 50% de los casos. Hoy en Colombia este parámetro debe tenerse muy presente teniendo en cuenta que las instituciones prestadoras de servicios de Salud exigen a sus Galenos 4 consultas por hora afectando de manera importante el desarrollo de esta parte de la historia clínica.

Datos personales: Estos datos pueden orientar sobre la relación del género, nacionalidad, procedencia, (o lo que nos compete a este estudio) el trabajo con determinadas patologías.

Motivo de consulta: Entrega una orientación sobre el sistema u órgano que puede estar comprometido o en continuidad valora la evolución de una patología su tratamiento y rehabilitación. Incluso determina el destino de un paciente en el momento de la consulta por ejemplo cuando acude a una cirugía programada.

Enfermedad actual: Se recomienda la redacción precisa y el orden cronológico luego se realiza un interrogatorio dirigido con el fin de ordenar y completar la información.

Antecedentes personales: Se debe interrogar todos los antecedentes en orden cronológico personales patológicos, quirúrgicos, traumáticos, tóxicos enfatizando en hábitos, farmacológicos, hospitalarios, alérgicos, inmunológicos. En la mujer embarazada se hará énfasis en los antecedentes Gineco obstétricos.

Antecedentes familiares: Se intentara enfatizar en enfermedades hereditarias en particular las metabólicas, cardiovasculares y mentales. Enfatizando sobre padres hermanos y cónyuge.

Examen físico: Es la profundización de la anamnesis explorando el organismo por sistemas mediante la realización de técnicas semiológicas adecuadas mediante la observación, auscultación, inspección, palpación, percusión; el examen se practica de lo general a lo particular con criterio topográfico teniendo especial cuidado con el registro de los signos vitales e índice de masa corporal.

Impresión diagnóstica: Debe o deben originarse de la racionalidad científica producto de la correlación de los hallazgos de la anamnesis y el examen físico.

Tratamiento y solicitud de ayudas diagnósticas: Se deben correlacionar estos dos parámetros también dentro del concepto de racionalidad científica.

Ahora bien, la Historia Clínica tiene valor desde diferentes áreas del conocimiento al servir como soporte documentado del acto médico.

Como documento médico: refiere las características de las condiciones de salud desde un punto de vista médico, descripción de los hallazgos semiológicos, confirmación de síndromes, medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas implementadas, etc. De su lectura debe surgir con claridad el razonamiento médico, sin preconceptos ni desviaciones. El orden y la buena letra, en caso de historias manuscritas son aportes necesarios para la comprensión del documento escrito.⁽³⁾

Como documento científico: La descripción de los hallazgos y de las manifestaciones evolutivas debe servir para el mejor conocimiento de las condiciones de salud de una población y del riesgo de padecer una enfermedad. La patología médica como ciencia surge de la síntesis de diferentes observaciones de una enfermedad referidas en una historia clínica.⁽³⁾

Como documento Legal; en efecto, todos los datos consignados pueden emplearse como testimonios de las condiciones de salud de un paciente y de las estrategias diagnósticas y terapéuticas implementadas, en el sentido de su adecuación a las normas de buenas prácticas clínicas.⁽³⁾

Como documento económico: el conjunto de medidas tomadas tiene un costo que deberá ser cancelado por la institución, el paciente, el sistema de salud, etc.⁽³⁾

Como documento Humano: Que debe reflejar la relación establecida entre el médico y paciente con el objetivo fundamental de la atención integral del paciente. Comienza con el establecimiento de una relación de confianza desde el primer contacto físico, se observa el aspecto general del paciente requiriendo la máxima atención del médico para no pasar por alto ningún detalle que pueda servir para un mejor conocimiento de su paciente.⁽³⁾

La Resolución 1995 de julio 8 de 1999, Considerando que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector determino que se deben implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud y expide las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989+.

En este contexto la historia clínica es un documento que refleja la atención y organización institucional, convirtiéndose en un elemento clave para la evaluación de la calidad de los servicios de salud: el sistema único de habilitación en la resolución 1043 anexo técnico 1 al respecto de la Gestión de la Historia clínica establece estándares sobre: contenidos mínimos, custodia, conservación y confidencialidad.

Las características de calidad de la historia clínica según la resolución 1995/1999 son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.⁽²⁾

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.⁽²⁾.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie

en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.⁽²⁾

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.⁽²⁾

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

También define estándares del manual único de acreditación para la gestión de la historia clínica teniendo en cuenta:

La revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica.

Evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.

Evaluación interna de historias clínicas por pares para los casos de eventos adversos.

Mecanismo para retroalimentar a los profesionales sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas.

Los principios de calidad referidos que utiliza la industria son aplicables a cualquier otra actividad y específicamente a los servicios que se prestan para el desarrollo del programa de salud ocupacional. Se vale de los mismos principios del ciclo PHVA y de los establecidos por Donabedian para la Calidad de los servicios de salud.

Al mejorar la calidad se obtiene muchos beneficios. Los servicios son mucho más seguros, oportunos y eficaces, la información es más accesible, los clientes pueden tomar decisiones con una mejor información y se encuentran más satisfechos. Los profesionales encuentran más satisfacción en su trabajo. El público en general tiene un punto de vista y un sentimiento más positivo respecto a los servicios que ofrecen tanto la empresa como el proveedor.

La atención en salud ocupacional comprende el conjunto de servicios que se brindan a trabajadores y empresas en el marco propio de los procesos de aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones en las fases de promoción y prevención de la salud del trabajador, mejoramiento de condiciones de trabajo y rehabilitación integral de los trabajadores que han sufrido daños a su salud.

Las evaluaciones médicas ocupacionales que debe realizar el empleador público y privado, dándoles la particularidad de obligatoriedad, siendo como mínimo las siguientes:⁽⁴⁾

Evaluación médica pre -ocupacional o de pre-ingreso.

Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas (programadas o por cambios de ocupación).

Evaluación médica post-ocupacional o de egreso.

Para realizar las evaluaciones médicas ocupacionales, el empleador deberá suministrar la siguiente información básica:⁽⁴⁾

Indicadores epidemiológicos sobre el comportamiento del factor de riesgo y condiciones de salud de los trabajadores, en relación con su exposición.

Estudios de higiene industrial específicos, sobre los correspondientes factores de riesgo.

Indicadores biológicos específicos con respecto al factor de riesgo.

Toda evaluación médica ocupacional debe ser firmada por el trabajador y por el médico evaluador, con indicación de los números de registro médico y de la licencia en salud ocupacional, indicando el tipo de evaluación (pre-ocupacional, periódica, de egreso o específica realizada).⁽⁴⁾

Tanto en las evaluaciones médicas pre-ocupacionales como en las periódicas programadas, se deberán anexar los conceptos sobre restricciones existentes, describiendo cuáles son, ante qué condiciones, funciones, factores o agentes de riesgo se producen, indicando si son temporales o permanentes y las recomendaciones que sean pertinentes.⁽⁴⁾

La información mínima que debe quedar registrada en las diferentes evaluaciones Médicas ocupacionales, debe ser la siguiente:⁽⁴⁾

1. Fecha, departamento, ciudad en donde se realiza la evaluación médica.
2. Persona que realiza la evaluación médica.
3. Datos de identificación del empleador. Cuando se trate de empresas de servicios temporales y el examen se practique a un trabajador en misión, se deben suministrar además, los datos de la empresa usuaria.
4. Actividad económica del empleador.
5. Nombre de las correspondientes administradoras de pensiones, salud y riesgos profesionales a las cuales está afiliada la persona.
6. Datos de identificación y socio demográficos del trabajador.
7. Datos correspondientes al diligenciamiento de la anamnesis, haciendo énfasis en la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales y su atención, así como en antecedentes ocupacionales, indicando nombre de la empresa, actividad económica, sección, cargo u oficio, descripción de tareas o funciones y anexando todo documento, soporte o fundamento aportado por la persona evaluada, en especial, lo correspondiente al desarrollo de tareas y funciones.

Igualmente, procederá a complementar la información existente en la historia clínica cuando hubiere sido registrada con anterioridad.

8. Tiempo en años y meses de antigüedad en cada cargo u oficio desempeñado por el evaluado.
9. Listado de factores de riesgo a los que haya estado expuesto, anotando niveles de exposición y valores límites permisibles a la fecha de la medición, si los hay, en cada oficio realizado, según lo referido por el trabajador y la información que se suministre como parte de los antecedentes laborales. Se deberá incluir en el listado, el tiempo en años y meses de exposición a cada agente y factor de riesgo y las medidas de control implementadas.
10. Datos resultantes del examen físico.
11. Impresión diagnóstica o diagnóstico confirmado, que puede incluir la presunción de origen profesional, cuando la hubiere, caso en el cual se deberá fundamentar brevemente.

En este contexto, las evaluaciones médicas ocupacionales constituyen un instrumento importante en la elaboración de los diagnósticos de las condiciones de salud de los trabajadores para el diseño de programas de prevención de enfermedades, cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida. Que el seguimiento estandarizado de las condiciones de salud de los trabajadores en los lugares de trabajo y la unificación de criterios en la aplicación de evaluaciones médicas ocupacionales, permite que sus resultados sean aplicados en la recolección y análisis de información estadística, desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica, programas de rehabilitación integral y proceso de calificación de origen y pérdida de capacidad laboral.

El análisis de calidad de proceso asistencial se realiza básicamente a través de la documentación clínica, especialmente analizando la calidad formal y la calidad de contenido de las historias clínicas según lo revisado en el artículo de Tejedor, J.M. llamado Propuesta de criterios para evaluar la calidad de la historia clínico-laboral ⁽⁵⁾ donde propone un instrumento técnico y objetivo que permite evaluar la calidad formal y de complementación de la historia clínica laboral. Para este definió una serie de criterios que

como instrumentos de medida establecen el marco de referencia que debe reunir una historia de calidad. El criterio es toda característica medible y observable que identifica un aspecto de la actividad, permitiendo juzgar si se cumple o no el instrumento fijado para el mismo. Los criterios propuestos se han establecido de forma empírica en función de una evidencia de índole práctica razonable.

3. JUSTIFICACION

El valor de hacer un diagnóstico o identificar un riesgo a través del examen médico ocupacional de ingreso tiene importantes implicaciones en salud pública, sociales y económicas. Además es indispensable el aporte que da a la prevención de los riesgos laborales en el trabajador un examen médico ocupacional de ingreso de calidad que proporcione los siguientes resultados:

Un documento médico confiable. El orden custodia y la letra legible, en caso de historias manuscritas y la no posibilidad de modificación en la historia clínica electrónica son aportes necesarios para la comprensión del documento escrito. Un adecuado examen médico ocupacional debe proveer la información completa de lo hallado en el trabajador convirtiéndose en una herramienta indispensable para la planificación y gestión de los sistemas de información.

Un documento científicamente válido. La descripción de los hallazgos y de las manifestaciones evolutivas debe servir para el mejor conocimiento de las condiciones de salud de una población trabajadora e identificar el riesgo de enfermar. La patología médica como ciencia surge de la síntesis de diferentes observaciones de una enfermedad referidas en una historia clínica. En especial las evaluaciones ocupacionales deben perseguir fines específicos como son:

- a) Relacionar el estado de salud del trabajador con las exigencias del cargo.

- b) Tener en cuenta todos los riesgos ocupacionales detectados, contando con los factores inherentes al cargo a desempeñar.
- c) Conservar la buena salud del trabajador en relación a la labor a desempeñar.
- d) Ser la base de análisis epidemiológicos que permiten avanzar en el conocimiento de los factores de riesgo y en su prevención.

Un documento legal. En efecto, todos los datos consignados pueden emplearse como testimonio documental de las condiciones de salud de un trabajador, de la aptitud para desempeñar un cargo y de las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación implementadas, en el sentido de su adecuación a las normas de buenas prácticas clínicas. A la luz de lo anterior y de la medicina misma, es innegable que las evaluaciones son actos médicos y, como tales, deben y tienen la obligación de cumplir con los requisitos que la ley esboza a su alrededor. La confidencialidad, el decoro, el consentimiento informado, la prudencia, la integridad científica y todos los parámetros que dicta la ley. Además los exámenes deben ser realizados en Centros Médicos habilitados por la autoridad sanitaria y bajo la responsabilidad de un Médico del Trabajo habilitado ante la autoridad correspondiente, y no por otro que no cuente con esta especialidad.

Como documento económico. Tiene un costo para el empleador que se le retribuirá a favor si ingresa un trabajador con el perfil adecuado para el cargo a se esperan bajos índices de incapacidad, ausentismo y accidentalidad; con mejor rendimiento laboral lo que se refleja en mejor productividad. Para el SGSSS el beneficio de una menor accidentalidad o enfermedad profesional dará una mejor utilización de los recursos.

Servirá también Como punto de partida para diseñar un plan de calidad, monitorizar aspectos de interés y efectuar un seguimiento de las medidas de mejora propuestas para elevar la salud de los trabajadores.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vigilancia de la salud de los trabajadores es una estrategia fundamental para protegerlos de los posibles efectos dañinos que puede ocasionar la exposición a factores de riesgo ocupacionales; una actividad fundamental de la vigilancia es la realización de los exámenes medico ocupacionales de ingreso. Por esta razón, es vital garantizar que dichas evaluaciones se realicen cumpliendo con los requisitos mínimos establecidos en el marco jurídico actual. Por las razones mencionadas, este proyecto se plantea dar respuesta al siguiente problema: ¿Las instituciones prestadoras de servicios de salud ocupacional de las ciudades de Ibagué y Tunja realizan el examen ocupacional de ingreso cumpliendo con los requisitos mínimos de calidad establecidos en el marco jurídico vigente?

5. OBJETIVOS

5.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de los exámenes médicos ocupacionales de ingreso realizados en las ciudades de Ibagué y Tunja durante el II semestre del año 2009 en las Instituciones Prestadoras de Salud Ocupacional legalmente constituidas mediante la evaluación de la historia clínica.

5.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Desarrollar un instrumento para evaluar los componentes de calidad de la historia clínica ocupacional que contengan los atributos de calidad enmarcados en las resoluciones 2346/2007, 1918/2009 y la resolución 1995/1999.

Validar el instrumento a través de pruebas piloto en dos ciudades del país.

Tabular los datos y analizar la información para obtener conclusiones.

Generar recomendaciones a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional, para que estas elaboren planes de mejoramiento que aumenten la calidad de los exámenes ocupacionales de ingreso.

6. METODOLOGIA

En este trabajo, se utiliza un diseño descriptivo, retrospectivo y analítico. Se realiza una evaluación de la Historia Clínica Ocupacional de ingreso, como método para evaluar la calidad en atención en salud ocupacional. El universo corresponde al total de las Historias Clínicas Ocupacionales de Ingreso elaboradas en las Instituciones Prestadoras de Salud Ocupacional (IPSSO), legalmente constituidas y

con personería jurídica de las ciudades de Ibagué (Tolima) y Tunja (Boyacá). Con la colaboración de las Secretarías de Salud Departamentales correspondientes, se determinó un total de 16 IPSSO inscritas en Ibagué y 5 en Tunja. El acceso a estas IPS, fue facilitado por las respectivas Secretarías de Salud.

Al iniciar el proceso de acercamiento con estas en Ibagué únicamente se encontraron solo 9 IPS de las inscritas; de estas dos, refirieron no realizar historias clínicas de ingreso, dos no suministraron información; de las 5 restantes a una (IPSSO 6) no facilitó el acceso a las historias clínicas pero si se le aplicó el instrumento de gestión. En la IPSSO 2 solo se aplicó el instrumento de gestión debido a que esta IPS no tiene archivo de historias clínicas; esta IPS manifestó que entregaba todas las historias a los empleadores. En Tunja de las 5 inscritas, 3 no suministraron ningún tipo información y de las 2 restantes una solo se limitó a darnos información del número de sus atenciones pero no suministró el acceso a las historias clínicas ni a la documentación para evaluar la gestión; quedando solo 1 IPSSO que permitió la visita y dio acceso a las historias clínicas. Concluyendo esto el estudio se realizó en 6 IPS distribuida así: 5 en Ibagué y 1 en Tunja. La distribución de la población del universo se puede observar en la tabla 2 y la de la muestra se observa en la Tabla 2.

Tabla 1. DISTRIBUCION DEL UNIVERSO IBAGUE Y TUNJA

CIUDAD	TOTAL HISTORIAS CLINICAS DE INGRESO 2° SEMESTRE DE 2009	DISTRIBUCION DEL UNIVERSO	
		HOMBRES	MUJERES
IBAGUE	7.367	3.962	3.405
TUNJA	2.604	1.915	689
TOTAL	9.971	5.877	4.094

TABLA 2. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA IBAGUE Y TUNJA.

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA		

CIUDAD	MUESTRA HOMBRES	MUESTRA MUJERES	TOTAL
IBAGUE	195	167	362
TUNJA	246	89	335
TOTAL	441	256	697

El instrumento de evaluación utilizado, fue creado por el grupo investigador luego de realizar una búsqueda exhaustiva de trabajos de grado en 5 universidades de Bogotá, (Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario, Universidad Javeriana, Universidad El Bosque, universidad Jorge Tadeo Lozano). También en las bases de Internet, revistas académicas y revisión de la bibliografía virtual en donde se proponen modelos de evaluación de historia clínica o temas similares al presente estudio.

Se elaboraron dos instrumentos de evaluación: uno para valorar la gestión administrativa de las historias clínicas en cada una de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional (IPSSO) y otro para evaluar los contenidos mínimos de la historia clínica ocupacional con base en la ley. La forma de recolección de datos fue mediante la verificación de si se registraban o no cada uno de los contenidos mínimos en la historia.

Se llevo a cabo una prueba piloto y se realizo la modificación de los instrumentos de evaluación para su ejecución, luego se aplicaron a la muestra de historias clínicas definida. Las ciudades elegidas dada la procedencia de los integrantes del grupo investigador fueron Ibagué y Tunja. La selección de las historias evaluadas se realizo mediante números aleatorios.

La tabulación de los datos recolectados muestra porcentajes de cumplimiento por cada uno de los contenidos mínimos de la historia clínica ocupacional de ingreso.

7. RESULTADOS

El promedio de incumplimiento para gestión institucional de la historia clínica fue del 54,9% de los criterios evaluados (Tabla 3): Se observa que ninguna de las instituciones evaluadas, cuentan con un proceso documentado para el consentimiento informado ni con el formato estandarizado para tal consentimiento, además no cuenta con una organización del archivo por número de documento de identificación. En un 83,3% de los casos no se tienen medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma fortuita, y en un 66,7% no cuentan con un proceso de referencia y contra referencia del trabajador cuando el nivel de complejidad para el manejo cambie dentro de la atención y garantice continuidad en su manejo. Tampoco se encuentra documentado el procedimiento de custodia de la historia clínica donde se describan mecanismos que impidan el acceso del personal no autorizado para conocerla que incluye el registro de entrada y salida de las historias del archivo con un porcentaje del 66,7 %. Con el mismo porcentaje no se tiene comités de historias clínicas.

El promedio de cumplimiento de la gestión de la historia clínica (tabla 3) corresponde al 29,4%. Con un 100% de cumplimiento en la existencia del formato de la historia clínica ocupacional, lo que indica que cada institución cuentan con un formato propio que identifica cada IPS en SO en la realización de la evaluación médica ocupacional, y un 66,7% cuentan con un formato de registro de exámenes complementarios, así como la socialización de los procesos documentados, en un 50% cuentan con un proceso institucional que describen los estándares de diligenciamiento de la historia clínica ocupacional de ingreso.

Tabla 3. Resultados de evaluación Gestión de la Historia Clínica. 6 IPS SO						
CRITERIO \ IPSSO	Si cumple ó Registra	Porcentaje	No Cumple ó Registra	Porcentaje	No Aplica	Porcentaje
La institución cuenta con un proceso documentado y formato para el diligenciamiento y manejo del consentimiento informado.	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%
se tiene estandarizado un formato para el consentimiento informado.	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%
Se organizan las historias clínicas teniendo en cuenta el documento del paciente.	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%

Las historias clínicas se conservan en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin y se adoptan las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.	1	16,7%	5	83,3%	0	0,0%
La institución cuenta con un proceso documentado para la referencia o contra referencia del trabajador cuando el nivel de complejidad para el manejo cambie dentro de la atención y garantice continuidad en su manejo.	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%
Se encuentra documentado el procedimiento de custodia de la historia clínica donde se describan mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla que incluye el registro de entrada y salida de las historias del archivo.	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%
La institución cuenta con acta de conformación del Comité de Historias Clínicas.	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%
Existe un proceso institucional que describa los estándares de diligenciamiento de la historia clínica ocupacional de ingreso.	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%
Dentro del proceso se establecen formatos de registro de exámenes complementarios.	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%
Existe evidencia documentada de la socialización de estos procedimientos al personal que labora en esta institución.	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%
Dentro del procedimiento de custodia de la historia clínica ocupacional se incluye que la misma estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención. Sin entregar copia al empleador, o al médico ocupacional de la empresa.	1	16,7%	5	83,3%	0	50,0%
Dentro del procedimiento de custodia de la historia clínica se especifican los requisitos indispensables para la entrega al usuario, entidad autorizada o el traslado de la historia clínica entre entidades mediante actas y registros de entrega y devolución.	1	16,7%	5	83,3%	0	50,0%
Se estipula dentro del acta las funciones del comité donde se incluyen las actividades minimas incluidas en el instructivo.	1	16,7%	2	33,3%	3	50,0%
Si la institución tiene más de 10 años de funcionamiento se organizan las historias clínicas en archivos de gestión, central e histórico.	0	0,0%	1	16,7%	5	83,3%
La institución cuenta con las actas de comité de Historias de Historias.	2	33,3%	1	16,7%	3	50,0%
Existe un formato de historia clínica ocupacional institucional.	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Si la institución tiene historias clínicas en medio magnético tiene un procedimiento documentado donde se registren: Los mecanismos para garantizar la custodia.	1	16,7%	0	0,0%	5	100,0%
PROMEDIO COMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTO		29,4%		54,9%		22,5%

En lo referente al contenido mínimo de las historias clínicas ocupacionales se encontró:

El porcentaje global de incumplimiento para las dos ciudades fue el 36,2% con un 45% de incumplimiento en Ibagué y 26,7% de incumplimiento en Tunja.

En Ibagué, 37 de los criterios evaluados tuvieron más del 50% de incumplimiento mientras que en Tunja 20 de los criterios evaluados tuvo más del 50% de incumplimiento.

Los cuatro primeros criterios evaluados relacionan características de diligenciamiento en cuanto a legibilidad, sin espacios en blanco, foliado y sin enmendaduras, observándose no conformidad del 62,6% en Ibagué y 72,9% en Tunja.

Los criterios 7 a 11 se refieren al registro de datos de la empresa: Actividad económica, dirección y características del cargo. El promedio de incumplimiento en Ibagué fue del 59,7% y en Tunja del 72,2%; siendo mas específico para el criterio 10 menciona características del cargo a desempeñar, este refleja un alto y alarmantemente porcentaje de incumplimiento el cual es del 90,4% para la población total estudiada.

Los criterios 12 al 20 se refieren a los datos generales del trabajador: Nombre, edad, género, nivel de estudios, ocupación. Se encontró un promedio de no conformidad del 53,1% en Ibagué y 11,4% en Tunja.

Los criterios 21 al 23 se refieren al aseguramiento del trabajador: EPS, ARP, PENSIONES. No se evidencio registro de la información en el 54,7% en Ibagué y 91% en Tunja. De acuerdo al registro de esta información se puede deducir que las personas que ya contaban con estas afiliaciones eran trabajadores que ya llevaban laborando y este no seria propiamente un examen de ingreso sino que pasaría a ser una valoración periódica o también pueden ser personas con un nivel de subempleo.

Los criterios 25 y 26 hacen referencia al conocimiento del trabajador sobre el trabajo que va a desempeñar y las herramientas de trabajo que va utilizar. En promedio no se registro información en el 76,7% en Ibagué y 26,4% en Tunja.

Los criterios 27 al 40 hacen referencia a antecedentes del trabajador. En promedio no se registro información en el 30,7% en Ibagué y 20,2% en Tunja.

Los criterios 41 a 46 hacen referencia a antecedentes laborales, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, no registrados en el 50,9% de los casos en Ibagué y 22,7% en Tunja.

Los criterios 48 a 72 se refieren al examen físico. En promedio no se registro información en el 45,1% de los casos en Ibagué y 20,26% en Tunja.

El ítem 73 hace referencia a ayudas diagnosticas no registrado en el 14,4% en Ibagué y 2% en Tunja.

Los ítem del 74 al 81 hacen referencia a los estándares de racionalidad científica que incluyen el concepto de aptitud, la correlación de los hallazgos en la evaluación clínica con las recomendaciones, restricciones y el plan médico a seguir. No se evidencio adecuada relación en el 16,2% de los casos en Ibagué y 16,6% en Tunja.

Los criterios 82 al 84 hacen referencia a la legalidad de la historia realizada por personal idóneo y entrega de copia al trabajar, con incumplimiento en el 62,2% de los casos en Ibagué y 1,3% en Tunja.

En tabla 3 se recopila los datos en porcentajes para todos los criterios en la población total estudiada; es de resaltar en este estándar el criterio de contiene la firma del trabajador (83) tiene un porcentaje de incumplimiento del 50,2%.

En tabla 3 se recopila los datos en porcentajes para todos los criterios en la población total estudiada.

Tabla 4. Resultados en porcentaje de evaluación Criterios estándares mínimos de la historia clínica ocupacional en la población total (697)

N°	Estándares	CRITERIO \ EVALUACION	Si cumple ó Registra	No Cumple ó Registra	No Aplica
1	PREREQUISITOS	La historia es legible	83,4%	16,6%	0,0%
2		No deben existir tachones, enmendaduras ni siglas	23,5%	76,5%	0,0%
3		No deben existir intercalaciones ni espacios en blanco	11,5%	88,5%	0,0%

4		La historia clínica debe estar foliada completamente	11,5%	88,5%	0,0%
5	DATOS GENERALES DE HISTORIA CLINICA	Fecha de la evaluación médica.	81,6%	18,4%	0,0%
6		Lugar de realización de la evaluación médica.	86,9%	41,8%	0,0%
7	DATOS DEL EMPLEADOR	Nombre de la empresa (en servicios temporales con un trabajador en misión, se deben suministrar además, los datos de la empresa usuaria).	57,4%	42,6%	0,0%
8		Actividad económica	8,5%	91,5%	0,0%
9		Dirección	21,7%	78,3%	0,0%
10	DATOS DEL CARGO	Descripción del perfil del cargo donde se incluyan las funciones a desempeñar con sus respectivas tareas y horarios. Esta es la enviada por el empleador.	9,6%	90,4%	0,0%
11		Lugar del sitio del trabajo	41,5%	58,5%	0,0%
12	DATOS DE TRABAJADOR	Nombre y apellidos	98,1%	1,9%	0,0%
13		Documento de identidad	59,8%	40,2%	0,0%
14		Edad	59,1%	40,9%	0,0%
15		Genero	59,4%	40,6%	0,0%
16		Dirección y teléfono del trabajador.	12,3%	87,7%	0,0%
17		Fecha de Nacimiento	58,7%	41,3%	0,0%
18		Ocupación	96,8%	3,2%	0,0%
19		Nivel de estudios	59,1%	40,9%	0,0%
20		Estado civil	98,9%	1,1%	0,0%
21		Nombre de la EPS	23,4%	76,6%	0,0%
22		Nombre de la ARP	10,2%	89,8%	0,0%
23		Nombre de Fondo Pensiones	49,9%	50,1%	0,0%
24		Convive con la familia	43,8%	56,2%	0,0%
25		Descripción que da el trabajador sobre el conocimiento del cargo que va desempeñar (desarrollo de tareas y Funciones).	63,7%	35,9%	0,4%
26		Indagación al trabajador sobre el conocimiento de las herramientas, materiales y equipos que se utilizan para esta labor.	30,0%	69,2%	0,9%
27	ANTECEDENTES PERSONALES	Patológicos	81,8%	17,6%	0,6%
28		Toxicológicos (Enfatizando sobre el consumo de alcohol, tabaquismo y de psicoactivos).	97,8%	1,6%	0,6%
29		Alérgicos	8,8%	60,4%	30,8%
30		Traumáticos	95,7%	4,3%	0,0%
31		Hospitalarios	43,5%	56,5%	0,0%
32		Quirúrgicos	89,7%	10,3%	0,0%
33	ANTECEDENTES FAMILIARES	Farmacológicos	91,8%	8,2%	0,0%
34		Inmunológicos	79,3%	20,7%	0,0%
36		Metabólicos y Endocrinos	77,2%	22,8%	0,0%
37		Cardiovasculares	82,1%	17,9%	0,0%
38		Cáncer	80,2%	19,8%	0,0%
39		Neurológicos	66,7%	33,3%	0,0%
40		Enfermedades mentales	25,0%	59,0%	16,1%
41	ANTECEDENTES LABORALES	Trabajos desempeñados en orden cronológico. Con sus funciones respectivas.	58,1%	38,3%	3,6%
42		Describe factores de riesgo por cada trabajo desempeñado.	45,8%	50,6%	3,6%
43		Describe el tiempo de exposición por cada factor de riesgo.	32,3%	63,0%	4,7%
44		Uso de elementos de protección personal.	5,5%	64,8%	29,7%
45		Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por cada uno de los trabajos desempeñados, descritos en orden cronológico.	93,0%	3,9%	3,2%
46		Tratamientos a los accidentes de trabajo o enfermedad laboral.	47,2%	3,3%	49,5%
47	REVISION POR SISTEMAS	Se registra la indagación de sintomatología reciente por sistemas.	54,8%	45,2%	0,0%
48		Lateralidad	54,9%	45,1%	0,0%
49	EXAMEN FISICO	Frecuencia Cardiaca	55,8%	44,2%	0,0%
50		Frecuencia Respiratoria	47,8%	52,2%	0,0%

51		Temperatura	0,1%	99,9%	0,0%
52		Tensión Arterial	95,0%	5,0%	0,0%
53		Peso	99,1%	0,9%	0,0%
54		Talla	99,3%	0,7%	0,0%
55		Índice de masa corporal	80,5%	19,5%	0,0%
56		Cabeza	88,1%	11,9%	0,0%
57		Órganos de los sentidos	98,4%	1,6%	0,0%
58		Sistema tegumentario piel y faneras	50,2%	49,8%	0,0%
59		Sistema linfático	61,7%	38,3%	0,0%
60		Sistema Circulatorio	80,2%	19,8%	0,0%
61		Sistema osteoarticular	70,6%	29,4%	0,0%
62		Agudeza visual sin corrección	46,3%	52,7%	1,0%
63		Agudeza visual con corrección	3,6%	55,5%	40,9%
65		Cuello- tiroides	58,5%	41,5%	0,0%
66		Tórax	58,7%	41,3%	0,0%
67		Corazón	58,7%	41,3%	0,0%
68		Abdomen	98,7%	1,3%	0,0%
69		Extremidades	98,0%	2,0%	0,0%
70		Sistema nervioso	58,7%	41,3%	0,0%
71		Genitales	98,6%	1,4%	0,0%
72		Examen mental	0,1%	99,9%	0,0%
73	AYUDAS DIAGNOSTICAS	Mención de revisión de ayudas diagnosticas.	89,2%	8,5%	2,3%
74	DIAGNOSTICO	Hay una impresión diagnostica correcta por cada hallazgo anormal en anamnesis y examen físico.	47,8%	52,2%	0,0%
75		Concepto de aptitud	95,8%	4,2%	0,0%
76		Se realiza examen físico con énfasis en el órgano o sistema blanco expuesto a factores de riesgo según perfil del cargo.	9,6%	90,4%	0,0%
77		Los hallazgos en la anamnesis y examen físico son congruentes con las ayudas diagnosticas solicitadas.	80,3%	13,2%	6,5%
78	CONCEPTO DE APTITUD Y RACIONALIDAD CIENTIFICA	Los hallazgos en la anamnesis y examen físico son congruentes con las interconsultas solicitadas.	79,3%	14,5%	6,2%
79		Los hallazgos en la anamnesis y examen físico se correlacionan con las recomendaciones dadas.	80,6%	13,8%	5,6%
80		Los hallazgos en la anamnesis y examen físico son congruentes con las restricciones dadas.	84,6%	9,5%	5,9%
81		Los hallazgos en la anamnesis y examen físico son congruentes con el concepto de aptitud.	88,4%	10,3%	1,3%
82		Firma del médico evaluador con los números de registro médico y de la licencia en salud ocupacional.	79,2%	20,4%	0,4%
83	FIRMAS	Contiene la firma del trabajador.	48,9%	50,2%	0,9%
84		Se deja registro de la entrega de una copia de la historia clínica al trabajador.	71,2%	28,3%	0,6%

El ítem 35 hace referencia al antecedente ginecoobstetrico. No se registraron en el 8 % de los casos en Ibagué y 2,5 % de los casos en Tunja. El ítem 64 hace referencia al examen de mamas no se registro en el 35,9 de los casos en Ibagué, y en Tunja el 1.1% de casos. Ver tabla 5, que resume los criterios referentes al género femenino en la población total del estudio.

Tabla 5.Criterios exclusivos del género Femenino en la población total.

(Población femenina 256)				
EVALUACION / CRITERIO	Si cumple ó Registra	Porcentaje	No Cumple ó Registra	Porcentaje
35. Ginecoobstétricos	240	93,8%	16	6,3%
64.Mamas	195	76,2%	61	23,8%

Las tablas 6 y 7, muestran en detalle los criterios con mayor y menor cumplimiento de registro de datos mínimos de la Historia clínica.

TABLA 6. Criterios de mayor cumplimiento (> 90%) según instrumento de evaluación en la población total del estudio (población total 697)

N°	CRITERIO \ EVALUACION	Si cumple ó Registra	Porcentaje	No Cumple ó No Registra	Porcentaje	No Aplica	Porcentaje
33	Farmacológicos	640	91,8%	57	8,2%	0	0,0%
45	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por cada uno de los trabajos desempeñados, descritos en orden cronológico	648	93,0%	27	3,9%	22	3,2%
52	Tensión Arterial	662	95,0%	35	5,0%	0	0,0%
30	Traumáticos	667	95,7%	30	4,3%	0	0,0%
75	Concepto de aptitud	668	95,8%	29	4,2%	0	0,0%
18	Ocupación	675	96,8%	22	3,2%	0	0,0%
28	Toxicológicos (Enfatizando sobre el consumo de alcohol, tabaquismo y de psicoactivos)	682	97,8%	11	1,6%	4	0,6%
69	Extremidades	683	98,0%	14	2,0%	0	0,0%
12	Nombre y apellidos	684	98,1%	13	1,9%	0	0,0%
57	Órganos de los sentidos	686	98,4%	11	1,6%	0	0,0%
71	Genitales	687	98,6%	10	1,4%	0	0,0%
68	Abdomen	688	98,7%	9	1,3%	0	0,0%
20	Estado civil	689	98,9%	8	1,1%	0	0,0%
53	Peso	691	99,1%	6	0,9%	0	0,0%
54	Talla	692	99,3%	5	0,7%	0	0,0%

TABLA 7. Criterios de mayor incumplimiento (> 50%) según instrumento de evaluación en la población total del estudio (población total 697)

N°	CRITERIO \ EVALUACION	Si cumple ó Registra	Porcentaje	No Cumple ó No Registra	Porcentaje	No Aplica	Porcentaje
51	Temperatura	1	0,10%	696	99,90%	0	0,00%
72	Examen mental	1	0,10%	696	99,90%	0	0,00%

8	Actividad económica	59	8,50%	638	91,50%	0	0,00%
10	Descripción del perfil del cargo donde se incluyan las funciones a desempeñar con sus respectivas tareas y horarios. Esta es la enviada por el empleador.	67	9,60%	630	90,40%	0	0,00%
22	Nombre de la ARP	71	10,20%	626	89,80%	0	0,00%
3	No deben existir intercalaciones ni espacios en blanco	80	11,50%	617	88,50%	0	0,00%
4	La historia clínica debe estar foliada completamente	80	11,50%	617	88,50%	0	0,00%
16	Dirección y teléfono del trabajador	86	12,30%	611	87,70%	0	0,00%
76	Se realiza examen físico con énfasis en el órgano o sistema blanco expuesto a factores de riesgo según perfil del cargo.	67	9,60%	630	90,40%	0	0,00%
9	Dirección	151	21,70%	546	78,30%	0	0,00%
21	Nombre de la EPS	163	23,40%	534	76,60%	0	0,00%
2	No deben existir tachones, enmendaduras ni siglas	164	23,50%	533	76,50%	0	0,00%
26	Indagación al trabajador sobre el conocimiento de las herramientas, materiales y equipos que se utilizan para esta labor	209	30,00%	482	69,20%	6	0,90%
44	Uso de elementos de protección personal	38	5,50%	452	64,80%	207	29,70%
43	Describe el tiempo de exposición por cada factor de riesgo	225	32,30%	439	63,00%	33	4,70%
29	Alérgicos	61	8,80%	421	60,40%	215	30,80%
40	Enfermedades mentales	174	25,00%	411	59,00%	112	16,10%
11	Lugar del sitio del trabajo	289	41,50%	408	58,50%	0	0,00%
31	Hospitalarios	303	43,50%	394	56,50%	0	0,00%
24	Convive con la familia	305	43,80%	392	56,20%	0	0,00%
63	Agudeza visual con corrección	25	3,60%	387	55,50%	285	40,90%
62	Agudeza visual sin corrección	323	46,30%	367	52,70%	7	1,00%
50	Frecuencia Respiratoria	333	47,80%	364	52,20%	0	0,00%
74	Hay una impresión diagnóstica correcta por cada hallazgo anormal en anamnesis y examen físico	333	47,80%	364	52,20%	0	0,00%
42	Describe factores de riesgo por cada trabajo desempeñado	319	45,80%	353	50,60%	25	3,60%
83	Contiene la firma del trabajador	341	48,90%	350	50,20%	6	0,90%
23	Nombre de Fondo Pensiones	348	49,90%	349	50,10%	0	0,00%

8. DISCUSION.

Teniendo como fundamento la importancia de la historia ocupacional de ingreso en la que se registra la información referente al trabajador, su estado de salud, limitaciones, historia laboral, características del puesto de trabajo y características de la empresa; la evaluación hecha en este trabajo, muestra grandes falencias en la realización de la historia clínica ocupacional como herramienta básica en la prevención de riesgos para el trabajador y la empresa. Evidenciándose en el siguiente resultado estadístico. El porcentaje global de incumplimiento para las dos ciudades fue del 36,2% con un 45% de incumpliendo en Ibagué y 26,7% de incumplimiento en Tunja. En Ibagué, 37 de los criterios evaluados tuvieron más del 50% de incumplimiento mientras que en Tunja 20 de los criterios evaluados tuvo más del 50% de incumplimiento, en los requisitos mínimos legales que se deben cumplir para garantizar calidad en las historias ocupacionales.

La gestión de la historia clínica ocupacional también tiene graves y grandes falencias como lo es con respecto a la custodia, archivo y a la firma del trabajador. Los estándares de custodia tienen porcentajes altos del incumplimiento lo que refleja una muy baja confiabilidad de las historias clínicas en estas IPSSO, sumado al hecho de no contar la firma del trabajador. Otro punto a resaltar es el hecho de no tener archivo en una de las IPSSO y de no encontrar en otra IPSSO el 20% de las historias escogidas para la muestra, llevaría a entorpecer el estudio de una patología ocupacional, cuando diera el caso y se necesiten la revisión de estas.

Aspectos fundamentales tales como la actividad económica de la empresa, descripción del perfil del cargo, lugar del sitio del trabajo, tipo de aseguramiento del trabajador, conocimiento de herramientas y materiales de trabajo, antecedentes alérgicos, antecedentes hospitalarios, antecedentes de enfermedades mentales, descripción de factores de riesgo y tiempo de exposición, uso de EPP, frecuencia respiratoria, toma de temperatura, toma de agudeza visual, en todos los casos y en ambas

ciudades no se registran en más del 50% de las historias clínicas. De igual manera en más del 50% de los casos no hay una impresión diagnóstica correcta acorde con la anamnesis y el examen físico.

Por tal ambigüedad dicho documento se convierte en un elemento estéril dado que no se le presta la importancia real y se toma únicamente como un requisito secundario al que no se le hace seguimiento ni control, perdiéndose la oportunidad de identificación y control del riesgo.

Se evidencia el poco cumplimiento de la normatividad vigente (Res. 2346/2007) en la gestión de la historia clínica ocupacional considerando el hecho que una de las IPSSO evaluadas no tiene custodia de la historia clínica y en otra IPSSO el 20% de las muestra elegida no se hallaron las historias al momento de la evaluación.

La finalidad o conclusión resultante de la realización del examen médico ocupacional de ingreso es el concepto de aptitud con recomendaciones o restricciones para el trabajo a desempeñar el cual solo se puede dar correlacionando el perfil del cargo con el estado actual de salud del trabajador, sin embargo el estudio realizado muestra que hay un 90,3% de no registro del perfil del cargo lo cual dejaría con un soporte débil los conceptos favorables de aptitud.

Las recomendaciones a entregar a las IPSSO evaluadas serían las siguientes:

- Implementar proceso documentado sobre la gestión de la historia clínica ocupacional (en lo referente a custodia, reserva y conservación de la historia clínica ocupacional de ingreso)
- 2. Registrar en la historia clínica los datos completos del empleador que deben incluir dirección de la sede y teléfono)
- 3. Solicitar a los empleadores el perfil del cargo al cual aspira el trabajador como requisito para acceder a la consulta ocupacional de ingreso.

- 4. Se debe verificar que en el registro de la historia clínica ocupacional de ingreso no se dejen espacios en blanco, tachones ni enmendaduras.
- 5. Se debe implementar un proceso de custodia acorde con la normatividad, el cual se debe aplicar y socializar.
- 6. El proceso de archivo de la historia clínica debe ser llevado siguiendo los parámetros de la normatividad vigente, y se le debe hacer verificación, socialización y seguimiento a este proceso.

9. AGRADECIMIENTOS.

Esta mención especial se la queremos dar al Dr. Francisco José Tafur Sacipa, por su orientación paciencia y dedicación con nosotros; al Dr. Leonardo Briceño Ayala por toda su colaboración y orientación; y por ultimo pero no menos importante a nuestras Familias por su comprensión y tolerancia en el desarrollo de esta investigación.

10. REFERENCIAS.

1. FASECOLDA. CTRP-Fasecolda, Encuesta Sistema de Información Gremial, Cálculos CTRP-Fasecolda (publicación en línea) 2010. Se consigue en: URL: http://www.fasecolda.com/fasecolda/BancoConocimiento/R/riesgos_profesionales_-_estadisticas_del_ramofinal/riesgos_profesionales_-_estadisticas_del_ramofinal.asp

2. Regulación de la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias médicas ocupacionales de 2007. Ministerio de la Protección Social. Res. P. No. 2346. (Jul. 11,2007)
3. Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de 2006. Ministro de la Protección Social. Dec. P. No. 1011 (Abr. 3, 2006)
4. Boletín de prensa, principales indicadores del mercado laboral seguridad social trimestre móvil octubre - diciembre de 2009. DANE. Bogotá, febrero 23 de 2010.
5. Tejedor J.M. Propuesta de criterios para evaluar la calidad de la historia clínico-laboral. Revista de la Sociedad catalana de seguridad y Medicina del Trabajo 1999; 2 (3).
6. Ramazzini B. *De Morbis Artificum Diatriba*; 2 ed. Padua;1713.
7. Marulanda N, Olmos ME. Error de Medicación en Profesionales sanitarios afiliados a la Sociedad Colombiana de Anestesiólogos y Reanimación SCARE. Revista médico legal 2004 Diciembre; 13 (1): p. 32.
8. Briceño Ayala L. Vigilancia Médica Ocupacional. Revista Colombiana de Medicina del Trabajo 2005; 8 (1).
9. LaDou Joseph. Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Laboral y Ambiental. 4 ed. México: Manual Moderno; 2007.

10. Tafur Sacipa FJ. Sistema de Garantía de la Calidad de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales del Sistema de Seguridad Social Integral segunda parte. Revista Colombiana de Medicina del Trabajo 2006; 9; 3.
11. Cifuentes ME, Cifuentes JA, Rincón ÁG. Propuesta para la auditoría de la gestión en salud ocupacional desde el modelo de condiciones de trabajo y salud (tesis teórica). Bogotá, Editorial Universidad Nacional de Colombia, 2006.
12. Universidad Nuestra Señora del Rosario. Método para la evaluación de la calidad en el registro de Historia Clínica de primera vez y de la oportunidad de los procesos de asignación de citas y de atención médica de consulta externa en el centro Médico y de servicios de Colseguros Teusaquillo. Bogotá, Editorial Universidad de Nuestra Señora del Rosario, 2000.
13. Normas para el manejo de la historia clínica de 1999. Res. P. No. 1995. Bogotá: Ministerio de Salud. (Jul. 8, 1999)
14. Condiciones de los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de 2006. Ministerio de la Protección Social. Res. P. No. 1043. (modificado por la resolución 2680 del 2007).
15. Modificación artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007. Ministerio de la Protección Social. Res. P. No. 1918. (Jun. 5 de 2009).
16. Saturno PJ. Modelos de calidad asistencial en atención primaria. Murcia: Universidad de Murcia; 2005.

17. Joint Commission On Accreditation Of Health Care Organizations. Modelo JCAHO. Oakbrook terrace, 2005.
18. Departamento de Sanidad del gobierno Vasco. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias utilizando como referencia el Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM. Osakitdeza: Servicio Vasco de Salud; 1999.
19. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Control de la calidad Asistencial. Rev. Calid Asist 1991; 24 (3).
20. Argente H, Álvarez M. Semiología Médica, Fisiopatología, Semiotecnia y propedéutica, enseñanza basada en el paciente. 3ra reimp. 1 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2008.
21. Ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral. L.P. No. 100 de 1993 (Dic.23, 1993).
22. Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de 2006. Ministro de la Protección Social. Dec. P. No. 1011 (Abr. 3, 2006)
23. Definición de funciones de la entidad acreditadora de 2006. Ministerio de la Protección Social. Res. P. No. 1445 (May. 8, 2006)

24. Torres Huertas J. Historia clínica Laboral. Madrid: Editorial Mapfre; 1984.

25. Ministerio de la Protección Social. Manual de estándares y Manual Único de procedimientos para verificar los estándares mínimos del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2006.

26. Rodríguez Correa C. Control de calidad en la prestación de servicios de salud ocupacional. Revista Colombiana de Medicina del Trabajo 2004; 7 (4)