



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 32 “Dr. Mario Madrazo Navarro”

**“EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ESTRUCTURA DEL EXPEDIENTE
CLÍNICO DE SALUD EN EL TRABAJO PARA LA DICTAMINACION DE
INVALIDEZ”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

ELABORÓ:

.Dra. Marisela Isalia Rodríguez González

ASESOR:

Dra. Lilia Araceli Aguilar Acevedo

Médico Especialista en Medicina del Trabajo

Profesora Titular de la Especialidad de Medicina del Trabajo

Hospital General de zona No.32 “Dr. Mario Madrazo Navarro”

México, DF, Febrero 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*Dr. Juan Jesús Villegas Cortes
Especialista en Calidad en la Atención Clínica
Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey*

*Lic. Ricardo Porto Ortiz
Licenciado en Derecho
Universidad Nacional Autónoma de México*

*Dra. Lilia Araceli Aguilar Acevedo
Profesora titular de la Especialidad de Medicina del Trabajo
Hospital General de Zona No.32*

*Dr. Carlos Emiliano Medina Vázquez
Especialista en Medicina del Trabajo
Unidad de Medicina Familiar No. 31*

No tengo palabras para agradecerles el apoyo brindado para la realización de este trabajo. Sin su ayuda jamás hubiera sido posible.

DEDICATORIA

A Dios, por estar siempre conmigo.

A Tadeo, que es lo más hermoso que tengo en la vida.

A mi madre, por ser mi más grande apoyo.

INDICE

1. Resumen Ejecutivo:	5
2. Planteamiento del Problema.....	6
3. Marco Teórico.....	7
3.1. Expediente Clínico.....	7
3.2. Marco Jurídico en la Información en Materia de Salud en México.....	10
3.3. Calidad.....	19
3.3.1. Definición.....	19
3.3.2. Métodos de Evaluación.....	20
4. Justificación.....	21
5. Objetivos.....	22
5.1. General.....	22
5.2. Específicos.....	22
6. Hipótesis.....	23
6.1. Alterna.....	23
6.2. Nula.....	23
7. Aspectos Éticos.....	24
7.1. Clasificación de la Investigación.....	24
7.2. Riesgos Previsibles y Probables.....	24
7.3. Protección frente al Riesgo Físico y/o emocional.....	24
7.4. Archivo confidencial de la Investigación.....	24
8. Diseño del Estudio.....	25
8.1. Clasificación del Estudio.....	25
8.2. Clasificación del Estudio.....	25
8.3. Características del Estudio.....	25
8.4. Tipos de Análisis.....	25
8.5. Temporalidad.....	25
9. Metodología.....	26

9.1. Lugar del Estudio.....	27
9.2. Unidad de Análisis.....	27
9.3. Fuente de Información.....	27
9.4. Universo.....	27
9.5. Muestra.....	27
9.6. Método de Selección de Pacientes.....	28
9.7. Criterios de Inclusión.....	28
9.8. Criterios de exclusión.....	28
9.9. Criterios de Eliminación.....	28
9.10. Definición de Variables.....	29
10. Resultados.....	50
11. Discusión.....	64
12. Conclusiones.....	70
13. Bibliografía.....	72
14. Anexos.....	75

1. RESUMEN EJECUTIVO

En este estudio se presenta una evaluación de la calidad en la integración del expediente de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez de una unidad de medicina familiar, en él se incluyó además la evaluación de la integración de la historia clínica y la evaluación del archivo.

Para determinar la correcta integración del expediente se utilizaron los requisitos del procedimiento 2330-003-001 del IMSS para la dictaminación de invalidez, así como las variables aplicables del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico de Calidad del programa SICALIDAD de la Secretaría de Salud Federal. Para la evaluación del archivo se utilizó el apartado ECIC 001 del mismo programa. Los apartados de la historia clínica a evaluar se tomaron de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico.

Como resultado se encontró un porcentaje de cumplimiento de 25% de las variables de evaluación del archivo clínico, para el caso de la integración del expediente el cumplimiento de las variables fue de 65.89% y los apartados de la historia clínica mostraron un cumplimiento del 59.31%.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El expediente médico de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez cumple con los criterios de calidad en su estructura requeridos por el procedimiento para la dictaminación de la invalidez?

3. MARCO TEORICO

3.1 Expediente Clínico

3.1.1 Definición

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables²⁵.

3.1.2 Elementos que lo constituyen

Base científica y humana. Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, el expediente clínico hace parte del conocimiento científico, porque, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos y los expresa con claridad para evitar errores. La ciencia, es pues, una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como válidas. Es en el expediente clínico donde se plasman estas observaciones que permiten conocer el proceso salud-enfermedad de un paciente para realizar intervenciones oportunas para el mantenimiento y mejora de su estado de salud.

Por otro lado, el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. A través de ella se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo investigativo. Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo (sus afirmaciones pueden ser reformadas); es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo. Es en el expediente clínico donde se materializan los resultados de la aplicación del método científico para el diagnóstico y tratamiento médico.

Claridad. Claridad es sinónimo de luz, transparencia y distinción. Constituye una característica de perfección intelectual y formal que se traduce en coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas del expediente y lo que esté ocurriendo con el enfermo; a esto se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente¹¹.

Integridad y Composición Interna. No puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia entre las diferentes partes del expediente. No solamente debe ser completo, sino articulado en sus partes.

Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano. Por definición, el expediente clínico es la relación de eventos en el proceso salud-enfermedad de la vida de una persona. En él se registran datos de extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio.

Intenta encuadrar el problema del paciente. De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar sus síntomas, signos, intervenciones del personal de salud y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa del padecimiento y las formas de combatirlo en sus mismas raíces.

3.1.3 Alcances del Expediente Clínico

Orienta la terapéutica. El individuo que acude en busca de consejo y alivio a sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella disponer un tratamiento es el médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico. En el expediente queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

Posee un contenido científico investigativo. La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. Ciertamente, en el campo terapéutico el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes y los códigos de ética. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos de acuerdo a las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y las ciencias médicas¹¹.

Adquiere carácter docente. En el expediente se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de participación de todo el equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, constituye también una fuente de información importante en las revisiones de casos clínicos y en proyectos de investigación¹¹.

Elemento legal y administrativo. El expediente clínico es la parte más importante para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada paciente⁶.

3.2 El marco jurídico de la información en materia de salud en México

En México el derecho a la salud encuentra su máxima garantía en el artículo 4 de la Constitución Mexicana en donde se establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” conforme a las bases y modalidades que deberán ser establecidas por leyes del congreso¹⁸.

En este sentido, el derecho a la salud debe ser considerado tanto desde una perspectiva individual; como de desde una perspectiva colectiva, que es justamente el tema de la salud pública⁶.

Así, en este capítulo del trabajo habré de referirme al tratamiento jurídico de la información en materia de salud tanto desde una perspectiva individual, como desde una perspectiva colectiva. Enfocando el primero de estos aspectos a partir del estudio del marco jurídico del expediente clínico, considerado como fuente primaria, concreta y personal en materia de salud, y el segundo, desde la perspectiva del manejo estadístico de la información en materia de salud, en cuanto fuente derivada, abstracta e impersonal de la información generada en el ámbito de la salud por una determinada colectividad.

Aunque la práctica médica de llevar expedientes clínicos es casi tan antigua como la medicina misma, en México esta práctica había carecido de un sustento jurídico que la normara estableciendo los límites de su obligatoriedad y de su contenido, y que uniformara los criterios para su elaboración, así como las implicaciones de su inobservancia; y no fue, si no hasta que fechas muy recientes cuando se publicó la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, la cual se ha convertido en el principal instrumento jurídico que enmarca la obligación de elaborarlos, que señala

el contenido que deben cubrir los expedientes clínicos y que provee algunas medidas legales para apuntalar la implementación y observancia de la práctica estandarizada de llevar expediente clínicos.

Pero si la Norma Oficial del Expediente Clínico es el instrumento jurídico que sustenta la obligatoriedad de llevar este tipo de registros (expedientes clínicos), que como he dicho son la fuente primaria de la información clínica en materia de salud; en México, el instrumento jurídico que establece los lineamientos fundamentales para compilar, organizar, sistematizar y difundir la información estadística en materia de salud está consagrado en la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en Materia de Información en Salud (Norma Oficial de Información en Salud).

Así, este apartado tiene como propósito analizar el contenido y alcance jurídico de la normatividad establecida en estas dos normas oficiales mexicanas.

Con este fin, primeramente ubicaré el valor relativo de este tipo de ordenamientos las normas oficiales mexicanas en el contexto general del sistema jurídico mexicano; y luego procederé a comentar las particularidades de cada una estas normas oficiales mexicanas desde la perspectiva de su contenido sustantivo.

Visto lo anterior de acuerdo a la jerarquía de las norma indicaremos el fundamento legal y naturaleza jurídica de las normas oficiales mexicanas que dan sustento al expediente clínico de un paciente.

En primer término como Ley Suprema de toda la Unión, tenemos a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la que manifiesta en su Artículo 4º lo siguiente:

“... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la

conurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...”

(Adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de febrero de 1983)

En seguida tenemos la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la que manifiesta en su Artículo 39 lo siguiente:

Artículo 39.- A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I.- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;

XVII.- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo y;

XXIV.- Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.

3.2.1 Norma Oficial de Información en Salud

Mi primera impresión al leer la Norma Oficial de Información en Salud es que el título de la misma no describe adecuadamente su contenido, ya que ésta no se refiere ampliamente a todos los aspectos relacionadas con el derecho a la información en materia de salud, y es por ello que considero que el nombre la misma debería ser más explícito e indicar que únicamente se refiere a la “información estadística en materia de salud” pues efectivamente este instrumento se refiere casi exclusivamente a fijar “los criterios para obtener, integrar, organizar procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud.”²⁴

Asimismo, habidas las consideraciones anteriores, lo primero que observamos es que en el sistema legal mexicano la Norma Oficial de Información en Salud es un instrumento jurídico. Además de que desde el punto de vista de su redacción, ésta se presenta como un híbrido, que por un lado tiene la naturaleza de una ley en sentido material (en cuanto contiene normas jurídicas de carácter general, abstractas e impersonales) y que por el otro, también presenta algunas de las características que son propias de las actuaciones administrativas individualizadas.

La motivación de esta norma queda explicada en la parte introductiva de la misma en donde se señala que tradicionalmente la generación de información en salud en nuestro país se había venido incorporando a través de por lo menos diez sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y períodos de levantamiento que respondían a objetivos e intereses diferentes entre sí, por lo que ha existido vacíos de información que han generado información incompleta y

deficiente, en razón de lo cual la norma de referencia, según se consagra en la sección 1.1 de la misma “tiene por objeto establecer los criterios para obtener, integrar, organizar procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud.”

Por lo demás, la Norma Oficial de Información en Salud es eminentemente operativa, y aunque no se establece expresamente en su texto, toda la información que se recaba, compile y sistematice conforme a la misma, también queda sujeta a las modalidades y limitaciones a las que se hará referencia en la norma oficial del expediente clínico con respecto a los derechos a la intimidad, a la privacidad y la protección de datos personales.

3.2.2 Norma Oficial del Expediente Clínico en el Sistema Mexicano

Al igual que la Norma Oficial de Información en Salud, la Norma Oficial del Expediente Clínico también se encuentra dentro del marco legal y de la misma manera también desde la perspectiva de su redacción ésta se presenta como un híbrido que combina la naturaleza de una ley en sentido material y por el otro también tiene características que son propias de las normas individualizadas.

La motivación de esta Norma queda explicada en la parte introductiva de la misma en donde se señala que dicho instrumento está “dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.”, de tal suerte que la misma representa “el instrumento para la

regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.²⁵”

Ahora, procederé a mencionar y comentar en mayor detalle varios aspectos cuyo contenido trasciende la disciplina médica y que desarrollan el contenido de las obligaciones jurídicas establecidas en la Norma Oficial del Expediente Clínico.

Las normas oficiales mexicanas son obligatorias y consistentemente con este mandato legal la Norma Oficial del Expediente Clínico señala que la misma “establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.”

Asimismo, consistentemente con el espíritu y el articulado de la Ley General de Salud, la sección 2 de la Norma Oficial del Expediente Clínico establece que la misma “es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.”

Por otra parte, la Sección 5.5 de la Norma Oficial del Expediente Clínico establece que “Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicha persona.”

Conviene señalar que la naturaleza material del expediente clínico, no es otra que la de servir de instrumento para el registro de los servicios médicos o de salud prestados en beneficio de los pacientes, y que en consecuencia, el Expediente

Clínico no es sino un resultado marginal y secundario obtenido como resultado de la prestación de servicios en materia de salud. Los expedientes clínicos son el registro de datos e información sobre los pacientes obtenida como resultado de la prestación de servicios profesionales.

Ahora bien toda vez que se ha estudiado el expediente clínico desde sus inicios es pertinente terminar el análisis con la presentación y discusión de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-ssa3-2012 del expediente clínico y que consiste básicamente en:

“...La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud²⁵.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico

a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Su objetivo principal es: Establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Su campo de acción y aplicación es: De observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Por lo que podemos señalar que desde el punto de vista jurídico el expediente clínico es un instrumento de suma importancia por su aporte probatorio que tiene por objeto acreditar la atención médica que ha recibido un paciente, saber si el tratamiento es o fue el adecuado y de ahí si fuera el caso poder desprender una responsabilidad médica profesional de carácter legal del médico responsable o de su personal.

Asimismo podemos señalar también desde el punto de vista procesal: se dice que el expediente clínico es una prueba documental, con esto nos referimos a que el mismo se encuentra elaborado de y conformado con documentos escritos ya sea información general del paciente, acompañado de estudios de laboratorio realizados y en si el cumulo de información de cualquier medio que albergue y se concentre en el expediente, se dice que es una prueba pre constituida, se le llama así a la prueba que existe antes de la apertura del proceso judicial, y que está a disposición de juez en cualquier momento. Es sobre todo la prueba documental, que hace constar en actas los hechos que podrán ser agregados a la causa una vez iniciada y es una prueba científica ya que se encuentra sustentada por el

método científico, misma que puede ser comprobada por este método.

Para el campo del Derecho es importante como ya se dijo el Expediente Clínico en razón de la rama que pueda intervenir y como ya se dijo en concreto para el Derecho Penal, para la determinación de una responsabilidad medica profesional es decir una negligencia médica por acción u omisión, para el Derecho Civil, se puede Considerar la reparación del daño y el daño moral como consecuencia del cumplimiento de una obligación moral y para el caso de Derecho Laboral, sirve de sustento para determinar un estado de invalidez, un accidente de trabajo o bien una enfermedad laboral con incapacidad permanente o parcial.

3.3 Calidad

3.3.1 Definición

La International Organization for Standardization (ISO) define que la calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetos para los que fue creado⁹.

Desde el punto de vista asistencial la calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar al proceso en todas sus partes⁹.

3.3.2 Métodos de evaluación

En él ámbito médico existen tres métodos para evaluar la calidad y pueden ser enfocados a nivel de la estructura, del proceso o de los resultados obtenidos.

Estructura: Engloba todo lo relativo a los atributos estables en los que se da la asistencia tanto materiales como organizativos.

Proceso: Comprende todo lo que los médicos y otros sanitarios hacen por los pacientes y la habilidad con la que lo hacen.

Resultado: Se refiere a lo que beneficia a los pacientes, mas específicamente si el resultado es un cambio en la salud que pueda ser atribuido a la asistencia recibida.

3.3.2.1 Herramientas de evaluación

En México, la Secretaria de Salud Federal a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, crea el programa denominado SICALIDAD donde se pretende estandarizar los criterios de calidad en la atención médica, para el caso de la evaluación del expediente clínico se crea una herramienta denominada Modelo de Evaluación del Expediente Clínico de Calidad que es un instrumento diseñado para evaluar los registros en el expediente clínico, ayuda a identificar áreas de oportunidad y puntos críticos que afectan la calidad, con la finalidad de implementar acciones a favor de la mejora continua y de lograr un Expediente Clínico Integrado y de Calidad¹².

Pretende cubrir tanto el cumplimiento de la norma oficial mexicana del expediente clínico, como otros aspectos de notable importancia que afectan a la integración, custodia y archivo del expediente clínico.

Los dominios que deberán ser considerados para la evaluación y revisión de la calidad del expediente clínico y el área de archivo en el MECIC son los siguientes:

- I. Custodia, conservación y archivo del expediente clínico
- II. Integración del expediente clínico
- III. Calidad de los registros y cumplimiento normativo

4. JUSTIFICACIÓN

El expediente clínico es de suma importancia para el paciente, tan así que la legislación mexicana se ha ocupado de diseñar todo un marco jurídico para su regulación, estableciendo los criterios mínimos que debe contener el mismo. Esta aseveración tiene sustento en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico y como tal, es de observancia general y de aplicación obligatoria para el sector salud y un derecho para el paciente. Es necesario evaluar el cumplimiento en la elaboración del expediente clínico como parte de la calificación de la calidad de los servicios médicos prestados y como parte del cumplimiento normativo obligatorio.

El expediente clínico refleja el resultado de los procesos de atención médica, está constituido por los documentos que dan cuenta de las intervenciones del personal de salud, así como por los métodos, técnicas y procedimientos empleados en el diagnóstico y tratamiento del paciente, mismos elementos que dan la motivación y el sustento para fundamentar con base a la legislación los dictámenes emitidos en el servicio de Salud en el Trabajo.

En México, la principal institución de seguridad social es el Instituto Mexicano del Seguro Social con el mayor número de afiliados, en el ramo de de invalidez y vida en 2011 contaba con un total de 15 039 772 asegurados¹⁶. En ese mismo año se contaban con 332 199 pensionados por invalidez¹⁶. Al ser una institución tan importante, su compromiso en el cumplimiento de la normativa vigente del expediente clínico es trascendental, más aún, en los procesos que conllevan a la dictaminación, pues éstos tienen que tener una motivación sólida por todos los efectos legales que ejercen.

5. OBJETIVOS

5.1 General

Conocer la calidad en la estructura del expediente clínico para la dictaminación de la invalidez en el servicio de Salud en el Trabajo.

5.2 Específicos

Determinar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en la custodia, conservación y archivo del expediente de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez.

Identificar el cumplimiento en la integración del expediente de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez de acuerdo al procedimiento para la dictaminación de la invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Determinar el cumplimiento en la integración del expediente de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez de acuerdo a las variables aplicables del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico de Calidad de la Secretaría de Salud.

Analizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico en la elaboración de la Historia Clínica del expediente de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez.

6. HIPOTESIS

6.1 Alterna

El cumplimiento en la integración del expediente para la dictaminación de la invalidez en el servicio de Salud en el Trabajo es inferior al 80%.

6.2 Nula

El cumplimiento en la integración del expediente para la dictaminación de la invalidez en el servicio de Salud en el Trabajo es superior al 80%.

7. ASPECTOS ÉTICOS

7.1 Clasificación de la investigación.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17 en: Investigación sin riesgo.

7.2 Riesgos previsibles y probables

No se identifican riesgos físicos ni emocionales.

7.3 Protección frente al riesgo físico y/o emocional

La investigación no conlleva riesgos físicos ni emocionales.

7.4 Archivo confidencial de la investigación

La información derivada de la presente investigación se manejará con absoluta confidencialidad por parte del investigador.

8. DISEÑO DEL ESTUDIO

8.1 Clasificación del estudio

Replicativo

8.2 Tipo de investigación

Observacional

8.3 Características del Estudio

Transversal

8.4 Tipo de Análisis

Descriptivo

8.5 Temporalidad

Retrospectivo

9. METODOLOGIA

Para la definición de las variables a estudiar se consideraron 3 dominos de la estructura del expediente clínico:

1.- La custodia, conservación y archivo del expediente. Misma que se encuentra regulada por la NOM-004-SSA3-2012 vigente al día de hoy. Para su análisis se utiliza el Modelo de Evaluación del Archivo Clínico (ECIC.001) derivado del proyecto Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC) del programa SICALIDAD de la Secretaria de Salud Federal.

2.- Integración. La cual se encuentra normada por el procedimiento para la dictaminación de la invalidez 2330-003-001 con fecha del 9 de septiembre de 2011, vigente al momento de elaboración del expediente. Para su evaluación se utilizan los requisitos del procedimiento 2330-003-001 y las variables aplicables al expediente de Salud en el Trabajo del apartado D1(que van del número 1 al 6) del modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC), derivado del programa SICALIDAD de la Secretaria de Salud Federal.

3.- Historia clínica. Bajo cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998 vigente al momento de su realización. Para su evaluación se utilizará el apartado D2 del modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC), derivado del programa SICALIDAD de la Secretaria de Salud Federal.

Para la evaluación de la custodia, conservación y archivo del expediente, el investigador mediante la técnica de inspección visual hizo un reconocimiento de las variables a evaluar, los datos se registraron en la hoja de recolección de datos del anexo 1.

El investigador realizó la recolección de los datos de las dimensiones de Integración e Historia clínica mediante la técnica de revisión documental, mismos

que se recopilaron en las hojas de recolección de datos del anexo 2 y 4. El índice guía que se usó para la recolección de datos se agrega en el anexo 3.

Para el almacenamiento de la información se utilizó el software de Microsoft Excel 2007. El análisis de resultados se llevó a cabo utilizando el programa SPSS 20 IBM Statistics.

La presentación de los resultados se realiza a través de gráficos y tablas elaborados con las herramientas de Microsoft Excel 2007 y Microsoft Word 2007.

9.1 Lugar del estudio: Unidad de Medicina Familiar número 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

9.2 Unidad de análisis: Contenido del expediente clínico de Salud en el Trabajo para la dictaminación de invalidez.

9.3 Fuente de información: Expediente clínico de Salud en el Trabajo.

9.4 Universo: El total de expedientes clínicos integrados en el servicio de Salud en el Trabajo para la dictaminación de invalidez en el periodo comprendido del 1 de Enero al 18 de Octubre de 2012.

9.5 Muestra: No se realiza cálculo de muestra pues se hace una evaluación del total de los expedientes.

9.6 Método de selección de participantes: Participaran en el estudio todos los expedientes de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez.

9.7 Criterios de Inclusión:

- Todos los expedientes clínicos de Salud en el Trabajo para la dictaminación de invalidez de la unidad de medicina familiar numero 31 elaborados en el periodo comprendido del 1 de Enero al 17 de Octubre de 2012 que se encuentren disponibles en el archivo clínico al momento del estudio.

9.8 Criterios de Exclusión:

- Expedientes que no se encuentren en el archivo disponibles al momento del estudio.
- Expedientes que no correspondan a la dictaminación de la invalidez.
- Expedientes que no pertenezcan al periodo de estudio.
- Expedientes que dictaminen invalidez por laudo.

9.9 Criterios de Eliminación:

- Expedientes extraviados en el momento del estudio.
- Que a solicitud de los interesados requieran el expediente al momento de la revisión.

9.10. Definición de Variables

9.10.1 Variables demográficas

Variable: Edad

Tipo: Independiente, cualitativa, ordinal, discreta.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operacional: Número de años transcurridos desde el nacimiento del paciente.

Escala de Medición: 1-100.

Variable: Sexo

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Es el conjunto de características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que distinguen a los seres humanos en dos grupos: femenino y masculino.

Definición operacional: Sexo al que pertenecen los pacientes.

Escala de Medición: 1. Masculino
 2. Femenino

9.10.2 Variables del dominio: Custodia, conservación y archivo del expediente

Variable: Archivo clínico.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica

Definición conceptual: Existencia de un lugar dentro del establecimiento médico asignada para el almacenamiento de los expedientes clínicos.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia dentro del establecimiento médico de un lugar asignado para el almacenamiento de los expedientes de salud en el trabajo para la dictaminación de la invalidez.

Escala de medición: 1. No cumple

2. Cumple

Variable: Conservación, guarda y manejo del expediente.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Existencia de un espacio destinado para el correcto almacenamiento y manejo del expediente clínico.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia de un espacio destinado para la conservación, guarda y manejo del expediente clínico de Salud en el Trabajo para la dictaminación de la invalidez.

Escala de Medición: 1. No cumple

2. Cumple

Variable: Condiciones de seguridad del Archivo Clínico

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Existencia de condiciones apropiadas en la construcción y mobiliario del archivo clínico así como medidas de protección contra incendios.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia de infraestructura necesaria para la guarda de expedientes clínicos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Identificación del expediente en el archivo.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Existencia de un sistema de señalización dentro del archivo para la identificación de los expedientes.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia de un sistema de señalización para la identificación de los expedientes.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Sistema de almacenamiento.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Existencia de un método que permite la clasificación y almacenamiento de los expedientes de tal manera que éstos se encuentren ordenados y sean de fácil localización.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia de un método para la clasificación y almacenamiento de expedientes clínicos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Registro del tránsito de expedientes.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Existencia de un documento en donde se registren las entradas y salidas de los expedientes al archivo clínico.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia de un registro de entrada y salida de expedientes clínicos del archivo.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Estado de conservación del expediente.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Condiciones en las cuales se encuentra el expediente clínico.

Definición operacional: Cumplimiento o no en el mantenimiento del buen estado de conservación del expediente clínico.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Registro numérico consecutivo.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Asignación a cada expediente clínico de un número ascendente para su almacenamiento que impida la duplicidad de los mismos.

Definición operacional: Existencia de un número para el registro consecutivo de los expedientes clínicos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Formatos para la integración del expediente

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Existencia y disponibilidad de papelería y carpeta para la integración de un nuevo expediente al archivo.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia de materiales para la elaboración de un nuevo expediente.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Actas de extravío de expedientes.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Documento en el que se da aviso de la pérdida de un expediente del archivo.

Definición operacional: Existencia del documento donde se acredita la falta de un expediente, así como la estadística de dichos eventos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Personal de custodia del archivo clínico.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Sujeto que se encarga de la custodia, vigilancia y resguardo del archivo clínico.

Definición operacional: Existencia de una o más personas encargadas de la custodia de los expedientes clínicos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Control de la vigencia de los expedientes en el archivo.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Sistema que permita determinar el tiempo de permanencia de los expedientes en el archivo clínico (5 años)

Definición operacional: Existencia de un registro que determine la vigencia de los expedientes en el archivo.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

8.10.3 Variables del dominio: Integración

Variable: Existencia del expediente.

Tipo: Independiente, Cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Presencia o registro de salida del expediente clínico solicitado en el archivo.

Definición operacional: Cumplimiento en la existencia del expediente dentro del archivo o en su caso el registro correspondiente de la salida del mismo.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Identificación del expediente.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Señalización que permite el reconocimiento del expediente clínico, su archivo y distinción de entre los demás.

Definición operacional: Presencia de un número único para cada caso en el exterior del expediente con fines de identificación.

Escala de medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Escritura y lenguaje técnico.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: El expediente se encuentra escrito con letra legible en lenguaje técnico-médico.

Definición operacional: Cumplimiento en la escritura del expediente con letra legible y en lenguaje técnico-médico.

Escala de Medición: 1. No Cumple
 2. Cumple

Variable: Alteraciones en el expediente.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: La presencia de abreviaturas, tachaduras o enmendaduras en los documentos del expediente.

Definición operacional: Ausencia en el expediente de abreviaturas, tachaduras o enmendaduras en los documentos.

Escala de medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Historia Clínica

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Documento donde se recogen datos a través del propio paciente y de otras fuentes con respecto a su estado físico y sus funciones psíquicas, sociales y sexuales. Constituye una base de información sobre la cual se planifica el diagnóstico, tratamiento, medidas adicionales y evolución del paciente.

Definición operacional: Presencia de la historia clínica en el expediente médico.

Escala de medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Valoración médica especializada por el servicio tratante.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Nota de atención o resumen clínico del servicio de especialidad tratante del paciente.

Definición operacional: Presencia en el expediente de la nota del servicio de especialidad tratante del paciente.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Resultados de estudios de laboratorio.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, policotómica .

Definición conceptual: Documento donde se encuentran plasmados los resultados de los estudios de diagnóstico realizados por el laboratorio clínico de las muestras obtenidas al paciente.

Definición operacional: Presencia de resultados de laboratorio en el expediente.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple
 NA. No aplica

Variable: Resultados de estudios de gabinete

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, policotómica.

Definición conceptual: Presencia física o interpretación escrita de los resultados de los estudios realizados al paciente en instalaciones médicas.

Definición operacional: Presencia en el expediente de los estudios de gabinete practicados al paciente o el documento donde se reportaron los resultados de los mismos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple
 NA. No aplica

Variable: Nota médica de evaluación de Salud en el Trabajo

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Nota elaborada por el médico de Salud en el Trabajo donde documenta la atención brindada al derechohabiente en el momento de evaluación del posible estado de invalidez del paciente

Definición operacional: Presencia en el expediente clínico de la nota médica de salud en el trabajo al momento de evaluar el posible estado de invalidez.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Nota de referencia de Salud en el Trabajo al servicio tratante.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Documento elaborado por el médico de salud en el trabajo, dirigido al servicio médico tratante donde se informa la conclusión de la valoración del estado de invalidez

Definición operacional: Presencia en el expediente de nota de referencia de Salud en el Trabajo donde se informa al médico tratante el sentido de la resolución del dictamen.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Cédula para evaluar el porcentaje de la pérdida de la capacidad para el trabajo,

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Herramienta auxiliar en la dictaminación del estado de invalidez que se utiliza para determinar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo en trabajadores afiliados al IMSS, y en los propios trabajadores del Instituto, que consta de tres apartados: evaluación de la deficiencia corporal y funcionalidad general; evaluación de los factores de contexto y evaluación de la capacidad para el trabajo.

Definición operacional: Presencia en el expediente del documento del resultado de la aplicación de la cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo.

Escala de Medición: 1. No cumple

2. Cumple

Variable: Dictamen de invalidez ST4

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Formato que se utiliza en el Servicio de Salud en el Trabajo donde el médico emite su opinión y juicio, formulado por escrito respecto del estado psíquico, físico, funcional, social y laboral de un individuo que debe estar motivada y fundamentada con el estudio médico integral actualizado.

Definición operacional: Presencia en el expediente del formato ST4 requisitado.

Escala de Medición: 1. No cumple

2. Cumple

8.10.4 Variables del dominio: Historia Clínica

Variable: Ficha de identificación.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Apartado de la historia clínica donde se plasman los datos para la identificación del paciente. Incluye los rubros de nombre, afiliación, sexo, edad, escolaridad, estado civil, religión y grupo étnico en su caso.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de Ficha de identificación.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Antecedentes Heredo-Familiares

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Apartado de la historia clínica donde se describen los datos relevantes de las patologías de los integrantes de la familia del paciente.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de Antecedentes Heredo-Familiares

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Antecedentes personales no patológicos.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Apartado de la historia clínica que describe hábitos y costumbres del paciente que pueden influir de manera directa o indirecta en su estado de salud. Incluye antecedentes laborales, alimentación, inmunizaciones y deportes o actividades recreativas.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado antecedentes personales no patológicos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Antecedentes personales patológicos.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Apartado de la historia clínica que describe las patologías previas del paciente, el diagnóstico, terapéutica empleada y resultados obtenidos. Incluye alergias y abuso y dependencia de sustancias.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de antecedentes personales patológicos que especifique el abuso y dependencia de sustancias.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Antecedentes Gineco-obstétricos

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, policotómica.

Definición conceptual: Apartado de la historia clínica donde se describen los aspectos de reproducción, vida sexual, prevención y patologías ginecológicas de las pacientes del sexo femenino.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de antecedentes gineco-obstetricos.

Escala de Medición:

- 1. No cumple
- 2. Cumple
- NA. No aplica

Variable: Padecimiento Actual

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Apartado del expediente donde se describe el motivo de consulta, el inicio, evolución y estado actual del problema o cuestión médica consultada.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de Padecimiento Actual.

Escala de Medición:

- 1. No cumple
- 2. Cumple

Variable: Interrogatorio por aparatos y sistemas

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Apartado de la historia clínica donde se describen los síntomas del paciente de cada sistema que integra el cuerpo.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de interrogatorio por aparatos y sistemas.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Exploración física.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con ayuda de técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción.

Definición operacional: Presencia del apartado de exploración física en la historia clínica que incluya habitus exterior, signos vitales, antropometría, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y neurológica.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Resultados de estudios de laboratorio y gabinete.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Apartado de la historia clínica donde se plasman las mediciones o conclusiones obtenidas de los procedimientos diagnósticos realizados a los pacientes.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado donde se describen los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Terapeutica empleada.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Tratamiento de la enfermedad o proceso morboso.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de terapéutica que incluya medicamento, vía, dosis y periodicidad, así como los resultados obtenidos.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Diagnóstico.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, síntomas, historia clínica, resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de diagnóstico que incluya diagnóstico nosológico, etiológico y anatomofuncional.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Pronóstico.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Predicción del resultado de una enfermedad basándose en el estado de la persona y el curso habitual del trastorno en circunstancias similares.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del apartado de pronóstico.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

Variable: Datos de identificación del médico que elaboró.

Tipo: Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición conceptual: Nombre completo, cedula profesional y firma.

Definición operacional: Presencia en la historia clínica del nombre completo del médico que elabora la historia clínica, su cédula profesional y firma autógrafa del mismo.

Escala de Medición: 1. No cumple
 2. Cumple

10.RESULTADOS

En la evaluación del dominio de custodia, conservación y archivo del expediente, encontramos que sí existe dentro de la clínica un lugar para la guarda de los expedientes de salud en el trabajo (tabla 1), éste se encuentra ubicado en el primer piso, cabe destacar que está detrás del modulo para el canje de recetarios y blocks de incapacidades en un lugar totalmente independiente de los consultorios de medicina del trabajo.

El archivo cuenta con 12 estantes y un archivero para la colocación de los expedientes (tabla1). El piso es de concreto, cubierto con loseta cerámica, las paredes son de cemento recubiertas de pintura de base aceite, el techo es de concreto con recubierta de tabla roca, los estantes y archiveros son metálicos, dentro del archivo y fuera de éste no se cuenta con equipo de protección contra incendios (tabla1).

La identificación de los expedientes es difícil dentro del archivo, ya que algunas carpetas no cuentan con números visibles en las pestañas, además de que no se cumple con el orden de almacenamiento en el que se supone están dispuestos los expedientes, ya que muchas de las carpetas que se encontraron durante la evaluación no correspondían al año en donde estaban guardadas y varios de los expedientes de la investigación se encontraron en otros estantes (tabla 1).

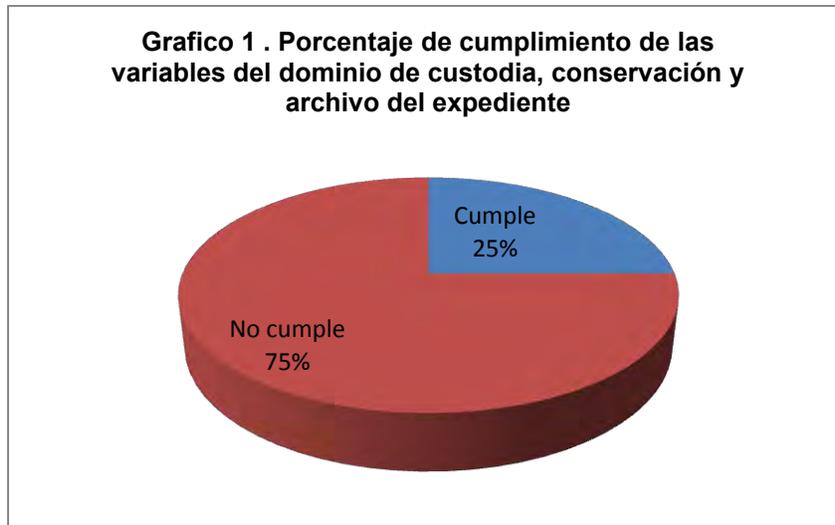
No se cuenta con un registro numérico consecutivo para los expedientes, por lo que un paciente puede tener duplicidad del mismo (tabla 1). Aunque los estantes cuentan con una identificación del año de elaboración de los expedientes que guardan, éstos se encuentran en desorden y el año del expediente en muchas ocasiones no coincide con el año donde está guardado, por lo que su sistema para determinar la vigencia de los mismos no es funcional (tabla 1). Los expedientes en general se encuentran en buen estado, durante la evaluación no se encontraron expedientes rotos o maltratados (tabla 1). No existe una persona encargada de la custodia del archivo, únicamente el personal auxiliar de oficina del servicio de

salud en el trabajo es quien se encarga de almacenar los expedientes, pero al estar en un lugar remoto al área no se puede tener un adecuado control de éstos, por lo que no existe un registro de entradas y salidas de las carpetas y tampoco se levantan actas administrativas ante el extravío de alguno (tabla 1).

El porcentaje de cumplimiento global de este dominio fue de tan solo 25% (gráfico 1).

Tabla 1. Resultados de la evaluación del dominio custodia, conservación y archivo del expediente	
VARIABLE	CUMPLIMIENTO
Se tiene un área específica dentro del establecimiento médico asignada para el archivo clínico	Si
El archivo clínico tiene espacios tributarios para la conservación, guarda y manejo de los expedientes clínicos	Si
Existen condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliario, protección contra incendios)	No
Los expedientes clínicos se encuentran debidamente identificados dentro del archivo	No
Se tiene un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización	No
Existe un registro de entradas y salidas de expedientes clínicos	No
Los expedientes clínicos se encuentran en buen estado	Si
Existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad	No
Se tienen formatos suficientes para integrar un expediente clínico nuevo cada vez que se solicita	No
Se elaboran y se registran las actas administrativas ante el extravío de expedientes clínicos	No
Existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos	No
Existe control para determinar la vigencia en el archivo (5 años) de los expedientes clínicos	No
Porcentaje de cumplimiento	25%

Fuente: Revisión del archivo clínico de salud en el trabajo de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS, febrero 2013.



Fuente: Revisión del archivo clínico de salud en el trabajo de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS, febrero 2013.

En cuanto a las variables de edad y sexo de los pacientes de los expedientes evaluados, 22 corresponden al sexo masculino que representa el 57.89% y 16 al sexo femenino con un 42.10% (tabla 2).

Del total de expedientes evaluados, los grupos etarios con mayor número de pacientes fueron de 35 a 39 años, de 50 a 54 y de 55 a 59 con el 18.42% del total de pacientes cada uno (tabla 2). Los grupos de edad con mayor número de pacientes fueron para el sexo masculino de 50 a 54 años con un 15.78% del total de pacientes, seguido del grupo de 55 a 59 años con un 13.15% (tabla 1). En el caso del sexo femenino el grupo con mayor número de pacientes fue de 35 a 39 años con el 13.15% del total de pacientes, seguido de los grupos de 40 a 44 y 45 a 49 años con el 7.89% cada uno (tabla 2).

Tabla 2. Edad y sexo de los pacientes de los expedientes evaluados

Edad	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Num Total	% Total
- 20						
20-24	0	0	0	0	0	0
25-29	2	5.26%	1	2.63%	3	7.89%
30-34	2	5.26%	0	0	2	5.26%
35-39	2	5.26%	5	13.15%	7	18.42%
40-44	2	5.26%	3	7.89%	5	13.15%
45-49	2	5.26%	3	7.89%	5	13.15%
50-54	6	15.78	1	2.63%	7	18.42%
55-59	5	13.15%	2	5.26%	7	18.42%
60-64	0	0	1	2.63%	1	2.63%
65-69	1	2.63%	0	0	1	2.63%
Total	22	57.89%	16	42.10%	38	100%

Fuente: Revisión del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de invalidez 1° enero- 17 octubre 2012, de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS.

En cuanto a las variables del dominio de integración de los expedientes, encontramos que de los 140 que se deberían tener según información preliminar de las estadísticas de 2012 de la coordinación zonal de salud en el trabajo del HGZ 47, se encontraron únicamente 38, lo que corresponde al 27.14% del universo de estudio (tabla 3).

Tabla 3. Cumplimiento de las variables del dominio de integración de los expedientes evaluados

Variable	Expedientes que cumplen		Expedientes que no cumplen		No aplica		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Existe el expediente clínico solicitado	38	27.14%	102	72.85%			140	100%

Fuente: Revisión del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de invalidez 1° enero- 17 octubre 2012, de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS.

Ya que únicamente se encontraron y por ende pudieron evaluar 38 expedientes para hacer el análisis de resultados de las variables, y en lo sucesivo se consideró este número como el número total de expedientes (tabla 4).

De los expedientes evaluados, 38, que es el 100% tiene un número único de identificación que corresponde al número de afiliación del asegurado, en todos los casos este número se encuentra al exterior de las carpetas (tabla 4).

Ninguno de los expedientes (0%) cuenta con un índice guía de los documentos que lo integran y ninguno de ellos (0%) se encontró en orden (tabla 4).

Se encontró que 37 expedientes (97.3%) cuentan con las notas de salud en el trabajo escritas con letra legible ya que están elaboradas en computadora y con lenguaje técnico-médico. Un expediente (2.63%) tiene notas de salud en el trabajo elaboradas a mano y la escritura no es del todo legible (tabla 4).

De los expedientes evaluados, 37 (97.3%) presenta abreviaturas y solo uno (2.63%) no las presenta. Ninguno se encontró con tachaduras o enmendaduras siendo el cumplimiento o no cumplimiento de esta variable dado por las abreviaturas únicamente (tabla 4).

Se encontró que 28 expedientes que equivale al (73.68%) cuenta con historia clínica, mientras que 10 (26.31%) no cuentan con este documento (tabla 4).

El 97.3% de los expedientes (37) cuenta con por lo menos una valoración del servicio de especialidad tratante de acuerdo al padecimiento del paciente o con resumen médico del especialista, en el 2.63% de los casos (1), el expediente no cuenta con este requisito (tabla 4).

De los 38 expedientes evaluados, 32 (84.21%) cuenta con resultados de estudios de laboratorio, en 2 casos (5.26%) no se cumple con este requisito (tabla 4) y en 4 (10.52%) no se encontraron debido a que no son necesarios para evaluar el padecimiento del paciente y se catalogaron como “no aplica”.

En cuanto a los resultados de estudios de gabinete 25 expedientes cuentan con ellos (65.78%), 1 no cumple con el requisito (2.63%) y en 12 casos (31.57%) no son necesarios para la evaluación del paciente por lo que se catalogaron como “no aplica” (tabla 4).

La nota de salud en el trabajo resultado de la evaluación del paciente se encontró en 17 casos (44.73%) y en 21 (55.26%) no se cumplió con este requisito (tabla 4). En cuanto a la nota de referencia donde se informa al médico tratante la conclusión de la evaluación del estado de invalidez del paciente, se encontró presente en 20 casos (52.63%) no cumpliendo el requisito 18 (47.63%) (tabla 4). Es importante mencionar que en ningún expediente (0%) el formato de esta nota correspondía al formato de referencia. Esta variable se consideró como cumplida si se contaba con una nota de salud en el trabajo donde se informara el sentido de la resolución del dictamen, independientemente del formato utilizado.

En 32 casos (84.21%) se encontró la cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo, en 6 expedientes (15.78%) no se cumplió con el requisito (tabla 4).

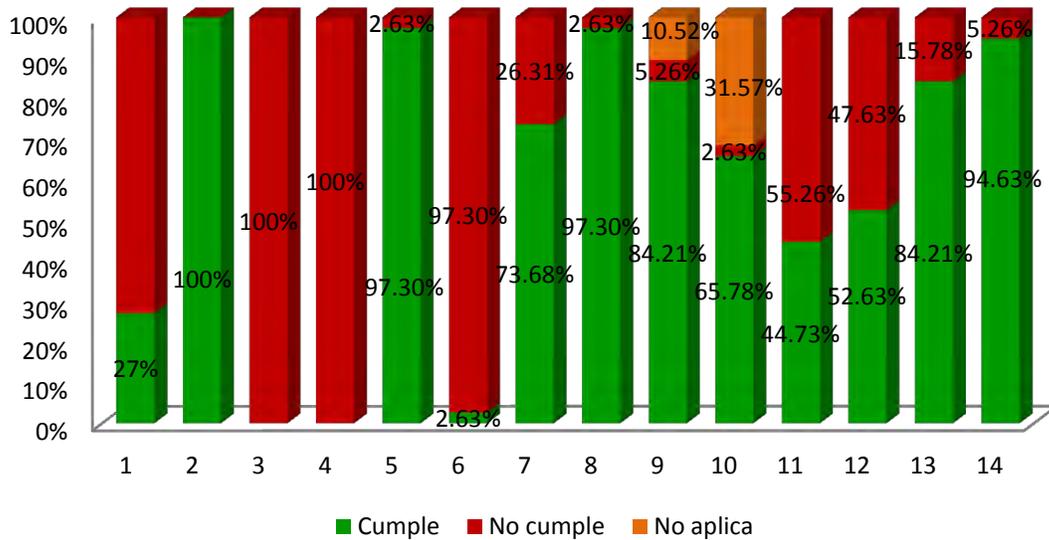
El dictamen de invalidez (formato ST4), se encontró en 36 casos (94.63%) y en 2 (5.26%) no se cumplió con el requisito (tabla 4).

Tabla 4. Cumplimiento de las variables del dominio de integración de los expedientes evaluados

Variable	Expedientes que cumplen		Expedientes que no cumplen		No aplica		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
El expediente clínico tiene número único de identificación	38	100%	0	0%			38	100%
Se incorpora un índice guía en las carpetas del expediente clínico de los documentos que lo integran	0	0%	38	100%			38	100%
Los documentos que integran el expediente clínico están secuencialmente ordenados y completos	0	0%	38	100%			38	100%
Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico	37	97.3%	1	2.63%			38	100%
Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras	1	2.63%	37	97.3%			38	100%
El expediente cuenta con historia clínica	28	73.68%	10	26.31%			38	100%
Cuenta con valoración médica especializada por el servicio tratante	37	97.3%	1	2.63%			38	100%
Cuenta con resultados de estudios de laboratorio	32	84.21%	2	5.26%	4	10.52%	38	100%
Cuenta con resultados de estudios de gabinete	25	65.78%	1	2.63%	12	31.57%	38	100%
Cuenta con nota médica de ST de la evaluación integral del paciente	17	44.73%	21	55.26%			38	100%
Cuenta con nota de referencia de ST donde se informa el sentido de resolución del dictamen	20	52.63%	18	47.63%			38	100%
Cuenta con la cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo	32	84.21%	6	15.78%			38	100%
Cuenta con dictamen de invalidez ST4	36	94.63%	2	5.26%			38	100%

Fuente: Revisión del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de invalidez 1° enero- 17 octubre 2012, de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS.

Grafico 2. Porcentaje de cumplimiento de las variables de integración de los expedientes clínicos evaluados



1. Existencia del expediente, **2.** Identificación del expediente, **3.** Índice guía de la documentación, **4.** Orden y secuencia, **5.** Escritura y lenguaje técnico, **6.** Alteraciones en el expediente **7.** Historia clínica, **8.** Valoración médica especializada por el servicio tratante, **9.** Resultados de estudios de laboratorio, **10.** Resultados de estudios de gabinete, **11.** Nota médica de evaluación de salud en el trabajo, **12.** Nota de referencia de salud en el trabajo al servicio tratante, **13.** Cédula para evaluar el porcentaje de la pérdida de la capacidad para el trabajo, **14.** Dictamen de Invalidez ST4.

Fuente: Revisión del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de invalidez 1° enero- 17 octubre 2012, de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS.

Respecto al dominio de integración de la historia clínica, para hacer la evaluación de estas variables se contaron únicamente los expedientes que sí contaban con este requisito que fueron 28 (73.68%), a los 10 expedientes restantes (26.31%) no se les evaluó el cumplimiento en estas variables por no contar con la historia clínica (tabla 4). En este dominio se tomó como número total el número de historias clínicas que pudieron ser evaluadas (28).

Respecto a la ficha de identificación, ésta se encontró en 19 casos que corresponden al 67.85%, 9 de ellas (32.14%) no contaban con el requisito, teniendo únicamente el nombre y/o número de afiliación del paciente que no se puede considerar como ficha de identificación (tabla 5).

Los antecedentes heredo-familiares se encontraron presentes en 14 casos (50%), en los otros 14 (50%) no se encontró el apartado o se usó la leyenda “sin importancia para el padecimiento actual” (tabla 5).

Los antecedentes personales no patológicos se encontraron completos en 23 historias clínicas que corresponden al 82.14%, en 5 (17.85%) se consideró no cumplían con el requisito ya que el rubro solo contenía los antecedentes laborales (tabla 5). Es importante mencionar que el 100% de las historias evaluadas cumplió con la presencia de antecedentes laborales.

Respecto a los antecedentes personales patológicos éstos se encontraron presentes en 18 casos (64.28%) y en 10 (35.71%) no se cumplió con el requisito (tabla 5) debido a que no se incluyó el apartado de dependencias.

Los antecedentes gineco-obstétricos se excluyeron de 16 historias clínicas (57.14%) debido a que correspondían a pacientes del sexo masculino, 5 historias cumplieron con el requisito (17.85%) y 7 no lo cumplieron (25%).

El padecimiento actual se encontró en 27 casos (96.42%) y en una historia (3.57%) no se incluyó este rubro (tabla 5).

El interrogatorio por aparatos y sistemas no se encontró en ninguna de las historias clínicas evaluadas (tabla 5).

El rubro de exploración física se cumplió en 27 casos (96.42%), mientras que en 1 (3.57%) no se encontró este apartado en la historia clínica (tabla 5).

Los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete se encuentran presentes en 26 historias clínicas (92.85%), mientras que en 2 (7.14%) no se cumple con este requisito (tabla 5).

El apartado de terapéutica empleada sólo se encontró en 1 expediente (3.57%), mientras que en 27 (96.42%) no se encontró este rubro (tabla 5).

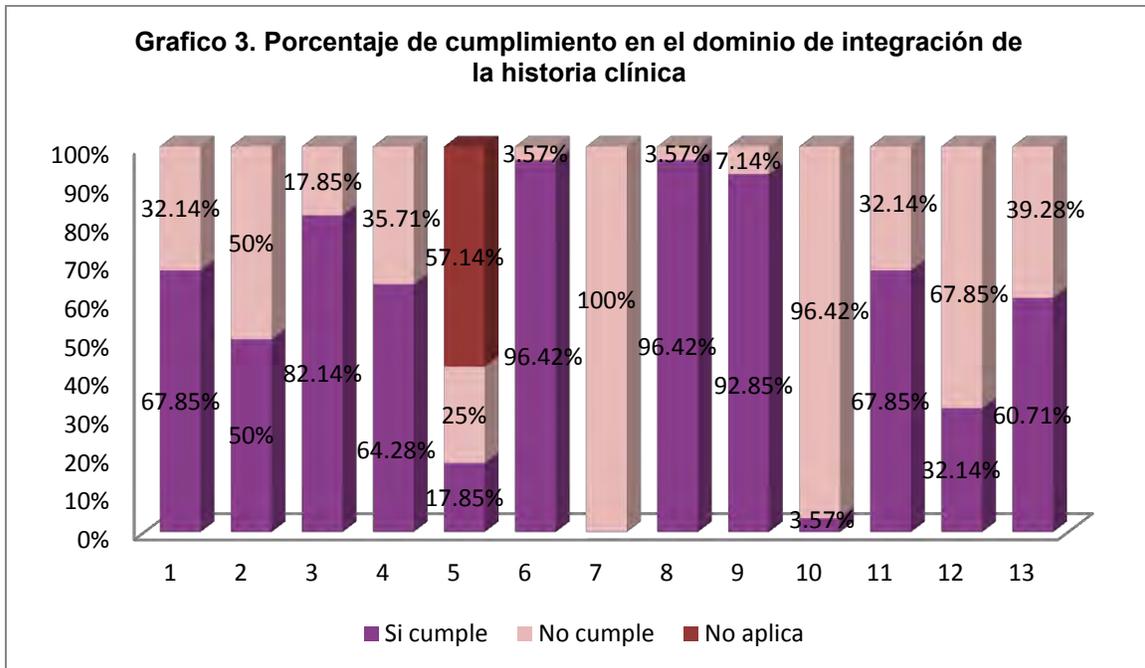
El diagnóstico (nosológico, etiológico y anatomofuncional) se encontró en 19 casos (67.85%), mientras que en 9 (32.14%) no se cumplió con este requisito (tabla 5). El pronóstico solo se encontró en 9 casos (32.14%), en 19 (67.86%) no se contaba con este apartado (tabla 5).

La variable de identificación del médico que elabora la historia clínica se encontró completa en 17 casos (60.71%), mientras que en 11 (59.28%) ésta se encontró incompleta (tabla 5), siendo la falta más común la ausencia de la firma del médico que elabora la historia clínica.

Tabla 5. Cumplimiento de las variables del dominio de Historia Clínica de los expedientes evaluados

Variable	HC que cumplen		HC que no cumplen		No aplica		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Ficha de identificación (en su caso, grupo étnico)	19	67.85%	9	32.14%			28	100%
Antecedentes heredo familiares	14	50%	14	50%			28	100%
Antecedentes personales no patológicos	23	82.14%	5	17.85%			28	100%
Antecedentes personales patológicos (incluido abuso y dependencia)	18	64.28%	10	35.71%			28	100%
Antecedentes Gineco obstétricos	5	17.85%	7	25%	16	57.14%	28	100%
Padecimiento actual	27	96.42%	1	3.57%			28	100%
Interrogatorio por aparatos y sistemas	0	0%	28	100%			28	100%
Exploración física (habitus exterior, signos vitales, antropometría (peso y talla), y por regiones.	27	96.42%	1	3.57%			28	100%
Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros	26	92.85%	2	7.14%			28	100%
Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)	1	3.57%	27	96.42%			28	100%
Diagnóstico (nosológico, etiológico, anatomofuncional)	19	67.85%	9	32.14%			28	100%
Pronóstico	9	32.14%	19	67.85%			28	100%
Nombre completo, cédula profesional y firma del médico	17	60.71%	11	39.28%			28	100%

Fuente: Revisión del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de invalidez 1° enero- 17 octubre 2012, de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS.



1. Ficha de identificación, **2.** Antecedentes heredo-familiares, **3.** Antecedentes personales no patológicos, **4.** Antecedentes personales patológicos, **5.** Antecedentes gineco-obstétricos, **6.** Padecimiento actual, **7.** Interrogatorio por aparatos y sistemas, **8.** Exploración física, **9.** Resultados de estudios de laboratorio y gabinete, **10.** Terapeutica empleada, **11.** Diagnóstico, **12.** Pronóstico, **13.** Identificación del médico que elabora.

Fuente: Revisión del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de invalidez 1° enero- 17 octubre 2012, de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS.

En el dominio de integración del expediente el porcentaje individual de cumplimiento de los rubros evaluados va de un 41.15% con el expediente que menos cumplió con las variables evaluadas al 78.57% con el expediente que cumplió con más de las variables que se evaluaron. El promedio de cumplimiento de las variables de los expedientes fue de 65.89% (tabla 6).

En cuanto a las historias clínicas de las 28 que se evaluaron, la que obtuvo un mayor porcentaje de cumplimiento de las variables evaluadas cumplió con el 84.61% y la que obtuvo el menor porcentaje cumplió con solo el 25% de las variables evaluadas. El cumplimiento promedio en las variables que se evaluaron de la historia clínica fue de 59.31% (tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento por expediente de los dominios de integración e historia clínica

Número de expediente evaluado	Porcentaje de cumplimiento de integración	Porcentaje de cumplimiento de los apartados de la historia clínica
1	57.14%	-----
2	64.28%	75%
3	50%	50%
4	69.23%	50%
5	69.23%	75%
6	71.42%	83.33%
7	78.57%	75%
8	78.57%	84.61%
9	78.57%	75%
10	78.57%	84.61%
11	69.23%	75%
12	78.57%	84.61%
13	61.53%	-----
14	64.28%	-----
15	42.85%	-----
16	71.42%	33.33%
17	57.14%	-----
18	64.28%	75%
19	76.92%	53.84%
20	64.28%	33.33%
21	71.42%	84.61%
22	53.84%	-----
23	76.92%	25%
24	61.53%	-----
25	71.42%	53.84%
26	64.28%	38.46%
27	64.28%	-----
28	61.53%	75%
29	64.28%	-----
30	71.42%	58.33%
31	61.53%	46.15%
32	69.23%	50%
33	61.53%	46.15%
34	61.53%	46.15%
35	71.42%	41.66%
36	69.23%	46.15%
37	61.53%	41.66%
38	41.15%	-----
Promedio	65.89%	59.31%

Fuente: Revisión del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de invalidez 1° enero- 17 octubre 2012, de la unidad de medicina familiar no.31 del IMSS.

11. DISCUSIÓN

La custodia y conservación del expediente clínico es un proceso muy importante de la atención médica y que en muchas ocasiones no se realiza de manera adecuada. Los resultados del presente estudio indican que en este rubro el archivo de salud en el trabajo tiene grandes deficiencias. El espacio no cuenta con las condiciones adecuadas para el almacenaje de expedientes ya que no se tienen medidas de protección contra incendios y es obligación de los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, el integrar y conservar el expediente clínico. Para garantizar la conservación del expediente es necesario contar con los elementos básicos para proteger a los expedientes en caso de emergencia. Dado el material con el que se elaboran los expedientes (cartón, papel), estos al ser materia orgánica seca son un excelente combustible por lo que se pueden destruir rápidamente con el fuego. De acuerdo a su composición los expedientes suponen un riesgo de fuego tipo A, según la Norma Oficial Mexicana 002 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social se pueden usar varios tipos de agentes extintores, sin embargo, el Polvo Químico Seco tipo ABC es el más recomendable para evitar mayor destrucción del expediente al combatir el incendio.

La identificación y el correcto almacenaje del expediente son también muy importantes ya que éste debe estar disponible cuando se necesite. Una identificación incorrecta en las carpetas y la falta de un sistema que de orden al almacenado son causas de extravío del expediente dentro del archivo. Así como también, estas deficiencias impiden la determinación de la vigencia del archivo (5 años).

Se debe tener un registro de los expedientes que se almacenan, así como de las salidas de los mismos, ya que es fácil el extravío de las carpetas si no se lleva un adecuado inventario y control del tránsito. Es necesario también como parte del inventario llevar un registro de expedientes extraviados, así como elaborar el acta

administrativa correspondiente. En este punto es importante señalar que debe existir una persona encargada de la custodia del archivo que lleve a cabo estos procesos.

La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico dice en su apartado 5.14 que cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención, por lo tanto en cumplimiento a esta disposición el expediente de salud en el trabajo para la dictaminación de la invalidez debería formar parte del expediente de medicina familiar del paciente. Es también de importancia mencionar que el servicio de salud en el trabajo brinda una atención médica diferente por lo que las necesidades de los documentos contenidos en el expediente clínico pueden variar (por ejemplo, en el expediente de salud en el trabajo se incluyen documentos de tipo administrativo que en un expediente normal no se integrarían), sin embargo, el integrar un solo expediente tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana ayuda a conocer de manera más fácil el estado de salud del paciente y facilitar el proceso de dictaminación de invalidez.

Al integrar un solo expediente se facilitaría también el cumplimiento de las variables de custodia, conservación y archivo del expediente ya que como en los hospitales de segundo y tercer nivel se asignaría personal que se encargue del cumplimiento de estos procesos.

El porcentaje de expedientes del sexo masculino fue mayor en los hombres que en las mujeres (tabla 2), lo que coincide con la tendencia nacional según las estadísticas de dictaminación de invalidez en el 2011¹⁶. Los grupos etarios con mayor número de dictámenes fueron de 55 a 59 años y de 50 a 54 (tabla 2), lo cual está en relación también con las estadísticas nacionales del IMSS.

En cuanto a las variables del dominio de integración, la primera que es la existencia del expediente se cumple únicamente en el 27.14% de los casos ya que en el archivo solo se encontraron 38 expedientes de los 140 que se deberían tener aproximadamente según la coordinación zonal de salud en el trabajo (tabla 3).

Esta variable es muy importante ya que denota las deficiencias que existen en el dominio de la custodia, conservación y archivo del expediente. A pesar de que los estantes se encuentran marcados con el año de elaboración del expediente, en la mayoría de casos los expedientes no correspondían a su ubicación y para realizar la búsqueda del universo de estudio se tuvo que realizar una revisión de todos los expedientes de invalidez del archivo, sin embargo a pesar de hacer esta revisión sólo fue posible localizar una parte pequeña de éstos (27.14%), lo que me lleva a la pregunta: ¿Dónde están los restantes? Misma pregunta que es difícil de responder ya que como anteriormente mencioné, en el archivo no se cuenta con un orden adecuado, los expedientes no están bien identificados, no existe un inventario de expedientes existentes, no existe un registro de entradas y salidas de los mismos y no existe personal encargado de la custodia del archivo que nos pueda responder esta interrogante.

Dentro de las variables que considero más importantes para la integración del expediente clínico de salud en el trabajo para la dictaminación de la invalidez esta la presencia de la historia clínica, requisito que no se cumple en el 26.31% de los casos, al igual que la nota de valoración integral de salud en el trabajo que no se encuentra presente en el 55.26% y la cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo que está ausente en el 15.78% de los expedientes (tabla 4), sin estos elementos considero que el médico del trabajo no puede sustentar sus conclusiones vertidas en el dictamen de invalidez ya que para efectos legales lo que no está documentado no fue realizado, no es posible realizar una conclusión médica tan importante como la determinación o no de un estado de invalidez sin la correcta evaluación del paciente o sin las pruebas documentales de que esta valoración se realizó de manera apropiada e integral.

Otros elementos que nos ayudan a la motivación del dictamen son los resultados de laboratorio que no se encontraron en el 5.26% de los expedientes y los resultados de estudios de gabinete, ausentes en el 2.62%, la valoración médica por el servicio de especialidad tratante, la cual no está presente en el 2.63% de los casos (tabla 4). Este último requisito se encuentra establecido en el procedimiento

institucional para la dictaminación de la invalidez, el resultado de la evaluación de su cumplimiento es bueno, mismo que refleja en este punto el apego al procedimiento, sin embargo considero que en la mayoría de los casos esta valoración no es fundamental para la dictaminación si se cuenta con otros elementos como una historia clínica bien elaborada y los resultados de estudios de laboratorio y gabinete, ya que el médico del trabajo tiene los conocimientos necesarios que le permiten la evaluación del padecimiento del paciente para determinar si éste es o no invalidante. En algunos casos y ante la duda del médico del trabajo esta valoración puede requerirse para complementar la evaluación y pronóstico del paciente, sin embargo, no considero que deba ser requisito, ya que de lo contrario pierde su valor real si se toma como un trámite administrativo más que se debe cumplir.

En dos casos, que corresponden al 5.26% el dictamen (formato ST4) no se encontró en el expediente lo cual considero es una falta muy importante ya que el objetivo del expediente es la determinación de un estado de invalidez, conclusión que se encuentra vertida en ese formato que si no se encuentra materializado entonces el expediente mismo deja de tener su razón de ser. Sin embargo, para la autorización de la invalidez es necesario haber llenado dicho formato por lo que su ausencia en el expediente no se debe a que no se elaboró, más bien fue extraviado o nunca se incorporó al mismo.

En cuanto a la escritura de las notas en letra legible y lenguaje técnico médico, la mayoría de los casos cumple con este requisito (tabla 4), esto se debe a que las notas son elaboradas usando la computadora lo que las hace ser legibles y en ningún caso se encontró el uso de lenguaje coloquial, las abreviaturas se encuentran presentes en casi todos los expedientes (tabla 4), esta costumbre se encuentra arraigada en prácticamente todo el personal médico, sin embargo, esta falta no la considero grave ya que todas las abreviaturas que observé son fácilmente identificables.

Dos de las variables del dominio de integración tienen un porcentaje de cumplimiento de cero, mismas que corresponden a la integración de un índice guía de los documentos que contienen los expedientes y que éstos documentos se encuentren ordenados (tabla 4). Si bien es cierto, son requisitos de formalidad que se tienen que cubrir en la elaboración del expediente, el incumplimiento de estos rubros no lo considero tan importante siempre y cuando los documentos que debe contener el expediente estén completos, aunque no exista un índice y aunque éstos se encuentren en desorden.

En cuanto a las variables de la historia clínica, el cumplimiento de sus variables es de 59.31% (tabla 6) éste es un documento cuya elaboración se encuentra regulada por la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico y cuyo contenido también se encuentra descrito en la literatura médica, es por ello que todos los apartados deben estar presentes y en este caso no pueden ser obviados u omitidos de acuerdo a las preferencias del médico que la elabora.

Llama la atención que dos rubros importantes para el servicio de salud en el trabajo tienen porcentajes de cumplimiento bajos, tal es el caso del diagnóstico con un 67.85% y el pronóstico con un 32.14% (tabla 5). Estos dos aspectos son fundamentales para la dictaminación de la invalidez, si no se tiene claro el diagnóstico del paciente no se puede motivar el estado de invalidez, así como si no existe un pronóstico por lo menos en lo referente al ámbito laboral no se puede determinar si el paciente tiene o no posibilidades de recuperación.

De manera general, el cumplimiento en las variables de integración es del 65.89% (tabla 6), por lo que se acepta la hipótesis alterna del estudio. Esto denota que existen faltas en el cumplimiento al procedimiento institucional para la dictaminación de la invalidez al no contar con la documentación mínima que este procedimiento solicita. Es importante mencionar que la evaluación en la estructura del expediente no debe ser tomada como único referente para la evaluación de la calidad en el servicio de salud en el trabajo, una evaluación completa de la calidad del expediente incluiría también la evaluación del contenido de cada uno de los documentos que lo integran. Hacer una evaluación de la atención médica

debe incluir además el análisis del proceso de la atención y de los resultados obtenidos, así como una estimación de la congruencia clínico-diagnóstica, diagnóstica-terapéutica y terapéutica-pronóstico. Sin embargo el conocer el cumplimiento estructural del expediente nos brinda una base para conocer la calidad de este y la calidad en la atención médica prestada, ya que ésta incluye el proceso y los resultados y estos dos se encuentran cimentados en la estructura que nos brinda el expediente.

La evaluación de la calidad en la atención médica es un proceso que cada día cobra más importancia, tanto para detectar áreas de oportunidad en beneficio del paciente y como parte de procedimientos de tipo legal vinculados a la práctica médica.

Es obligación del personal médico el conocimiento y cumplimiento de las normas que regulan la elaboración del expediente clínico, en el caso de Salud en el Trabajo esta obligación es aún mayor dados los efectos legales que ejercen los procedimientos que aquí se llevan a cabo. Aunque es competencia del médico operativo la correcta integración del expediente, no se puede dejar de lado la responsabilidad de las coordinaciones zonales, la división de salud en el trabajo y la coordinación delegacional al aprobar y autorizar dictámenes que no cuentan con una adecuada motivación documental.

12. CONCLUSIONES

La evaluación de la calidad del expediente es un proceso que compete a todas las dependencias de salud tanto públicas como privadas y es obligación de las instituciones implementar mecanismos que aseguren el cumplimiento normativo de la elaboración del expediente clínico.

El expediente clínico es el instrumento fundamental para la evaluación del acto médico, ya que si bien es cierto, existen otras dimensiones para la evaluación de la calidad de la atención médica, el expediente sigue siendo la prueba por excelencia que documenta las intervenciones del personal de salud y refleja por ende el proceso de atención y los resultados obtenidos. Para conocer la calidad del expediente y no solo su estructura se requiere además estudios que evalúen el contenido de los documentos que lo integran y la congruencia clínico-diagnóstica, diagnóstico-terapéutica y terapéutica-pronóstico.

Como medio de prueba ante procesos de tipo legal, es la prueba documental más importante de la atención médica, constituye si está bien elaborado, un medio probatorio de defensa para el personal de salud o de lo contrario las carencias en su estructura y conformación servirán de argumento para la determinación de responsabilidad por acción u omisión del personal médico.

A la par de la importancia de la integración del expediente se encuentra la conservación y custodia del mismo. Un expediente bien elaborado puede ser dañado o extraviado debido a deficiencias en el archivo.

La actividad de la dictaminación del médico de Salud en el Trabajo descansa sobre dos bases fundamentales: la motivación y la fundamentación de las opiniones vertidas en los dictámenes. La primera no se puede llevar a cabo sin la evidencia documental apropiada que aporta un expediente clínico bien elaborado. Si existe una motivación débil o deficiente, carente de los medios probatorios que

la sustenten, ésta motivación fundamentará sobre criterios mal edificados, lo que puede conllevar a responsabilidades de tipo laboral, penal, administrativa o civil.

El archivo de Salud en el Trabajo de la unidad de medicina familiar número 31 del IMSS no cuenta con las condiciones mínimas necesarias para la guarda y custodia de los expedientes clínicos.

La integración de los expedientes de Salud en el Trabajo de la unidad de medicina familiar número 31 del IMSS para la dictaminación de invalidez no cumple con los requisitos mínimos que marca el procedimiento institucional.

13. BIBLIOGRAFIA

- 1. Fernandez H.V., La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico, Rev CONAMED 1997; 1(5): 9-14.
- 2. Navarrete S., López A., Hernández J., Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico, Gac Méd Méx 2000; 136(3) : 207-212
- 3. Hernández M.A., Muñoz Z.G., Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico en estudiantes del área de la salud, Acta Cient Estud 2010; 8(1) : 3-8
- 4. Iriarte S.M., Auditoría médica, Rev Inv e Info Salud 2007; 3(5) : 52-54
- 5. Acuña L. F., El expediente clínico: un patrimonio difuso, un tanto dato personal y un tanto dato institucional. Entre la suficiencia médica y la indefensión del paciente, Rev CONAMED 2007; 12(1) : 35-40
- 6. Tena T.C., Ramírez R.A., Regulación Jurídica de los datos clínicos en México, (Acceso del paciente a su expediente clínico), Rev CONAMED 2006; 11(2) : 4-14
- 7. Rueda C.C., La historia clínica informatizada. Evaluación de los casos colombiano y español , edUNAB 2006; 9(1) : 63-71
- 8. Ruelas B.E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones, Rev Sal Pub, Mex 1992; 34:29-45.

- 9. Donabedian A. La naturaleza y el enfoque de la garantía de calidad. Garantía y monitoria de la calidad de atención médica. México: Instituto nacional de Salud Pública, 1990:20-23.
- 10. Maqueo O.P., Pérez A.J.J., Lee R.A.F., González M.F., Observaciones de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 1976; 18:60-65.
- 11. Olaeta E.R., La importancia del expediente clínico, Rev Hosp Jua Mex, 2001; 68 (2): 95-103.
- 12. Boletín SICALIDAD, No 27, Instrucción 187/2009, Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC).
- 13. Jinich Horacio, Síntomas y signos cardinales de las enfermedades, 3ª. Edición, Manual Moderno, México, 2002.
- 14. Hernández Ávila Mauricio, Epidemiología diseño y análisis de estudios, Editorial Médica Panamericana, México, 2009.
- 15. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Bapista Lucio Pilar, Metodología de la Investigación, quinta edición, Ed. Mc Graw Hill, Perú, 2010.
- 16. Memoria estadística IMSS 2011.
- 17. Procedimiento para la dictaminación de la invalidez 2330-003-001, 9 de septiembre de 2011, IMSS.

LEYES CONSULTADAS.

- 18. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 19. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- 20. Ley Federal del Procedimiento Administrativo.
- 21. Ley Federal de Metrología y Normalización.
- 22. Ley General de Salud.
- 23. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 llamada “Del Expediente Clínico” (Norma Oficial del Expediente Clínico).
- 24. La Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en Materia de Información en Salud (Norma Oficial de Información en Salud).
- 25. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.
- 26. Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010 Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios.

14. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de Recolección de datos del dominio: custodia, conservación y archivo del expediente

Nombre del establecimiento: Unidad de Medicina Familiar no. 31 IMSS	Dirección: Calzada Ermita Iztapalapa
Nombre de quien realiza la revisión: Marisela Isalia Rodríguez González	Medición de las variables: 1. No cumple 2. Cumple

NUM	Variable a evaluar	Calificación
1	Se tiene un área específica dentro del establecimiento médico asignada para el archivo clínico	
2	El archivo clínico tiene espacios tributarios para la conservación, guarda y manejo de los expedientes clínicos	
3	Existen condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliario, protección contra incendios)	
4	Los expedientes clínicos se encuentran debidamente identificados dentro del archivo	
5	Se tiene un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización	
6	Existe un registro de entradas y salidas de expedientes clínicos	
7	Los expedientes clínicos se encuentran en buen estado	
8	Existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad	
9	Se tienen formatos suficientes para integrar un expediente clínico nuevo cada vez que se solicita	
10	Se elaboran y se registran las actas administrativas ante el extravío de expedientes clínicos	
11	Existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos	
12	Existe control para determinar la vigencia en el archivo (5 años) de los expedientes clínicos	

Anexo 2. Hoja de recolección de datos de identificación de los expedientes estudiados.

Nombre del establecimiento: Unidad de Medicina Familiar no. 31 IMSS	Dirección: Calzada Ermita Iztapalapa
Nombre de quien realiza la revisión: Marisela Isalia Rodríguez González	Medición de las variables: Consultar metodología del estudio.

No. Identificación	N.S.S	Edad	Sexo	Diagnostico	Tipo de Dictamen
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Anexo 3. Índice guía para la recolección de datos de las variables de los dominios Integración e Historia Clínica.

No.	Variable
1	Existe el expediente clínico solicitado
2	El expediente clínico tiene número único de identificación
3	Se incorpora un índice guía en las carpetas del expediente clínico de los documentos que lo integran
4	Los documentos que integran el expediente clínico están secuencialmente ordenados y completos
5	Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico
6	Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras
7	El expediente cuenta con historia clínica
8	Cuenta con valoración médica especializada por el servicio tratante
9	Cuenta con resultados de estudios de laboratorio
10	Cuenta con resultados de estudios de gabinete
11	Cuenta con nota médica de ST de la evaluación integral del paciente
12	Cuenta con nota de referencia de ST donde se informa el sentido de resolución del dictamen
13	Cuenta con la cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo
14	Cuenta con dictamen de invalidez ST4
15	Ficha de identificación (en su caso, grupo étnico)
16	Antecedentes heredo familiares
17	Antecedentes personales no patológicos
18	Antecedentes personales patológicos (incluido abuso y dependencia)
19	Antecedentes gineco obstétricos
20	Padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales)
21	Interrogatorio por aparatos y sistemas
22	Exploración física (habitus exterior, signos vitales, antropometría (peso y talla), marcha, postura, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitales y neurológica)
23	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
24	Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
25	Diagnóstico (s) o problemas clínicos (sindromático, etiológico, nosológico y/o de discapacidad)
26	Pronóstico (para la vida y para función)
27	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

