



**ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
OCUPACIONAL SISTEMATIZADA EN EL HOSPITAL PABLO VI
BOSA I NIVEL E.S.E.**

**ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
OCUPACIONAL SISTEMATIZADA EN EL HOSPITAL PABLO VI BOSA I
NIVEL E.S.E.**

AUTOR:

JHONNATAN ORTEGA GOMEZ

ESCUELA COLOMBIANA DE CARRERAS INDUSTRIALES

FACULTAD DE POSGRADOS

ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SEGURIDAD

Y SALUD EN EL TRABAJO

BOGOTÁ, D.C.

2015

**ESTUDIO PARA LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL SISTEMATIZADA EN EL HOSPITAL PABLO VI BOSA I
NIVEL E.S.E.**

AUTOR:

JHONNATAN ORTEGA GOMEZ

MONOGRAFÍA:

**COMO OPCIÓN DE GRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**

TUTORA:

JENNY ALEXANDRA TRIANA

**ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES**

ESCUELA COLOMBIANA DE CARRERAS INDUSTRIALES

FACULTAD DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SEGURIDAD

Y SALUD EN EL TRABAJO

BOGOTÁ, D.C.

2015

DEDICADA A:

DIOS

“EL TODO DE MI TODO”

A MI MADRE

Quién me ha obsequiado el mayor ejemplo de verdadero AMOR

A JOHANNA

Por enseñarme a amar y al amarla encontrar la esencia de la vida

A mis hijos SOFÍA ISABELLA y ANDRÉS FELIPE

Quiénes se convirtieron en la esperanza durante el camino

A mi Familia

Quienes durante todo este camino de mi vida, han avivado en mí la tenacidad por lograr los objetivos, el respeto a los demás y la solidaridad.

AGRADECIMIENTOS

A mis Directores de Tesis

Dr. BERNARDO CASTIBLANCO TORRES.

Quién con su conocimiento, paciencia y abnegación me ha impulsado a darle, feliz término a esta parte de mi proyecto de vida profesional.

A todos los colaboradores del Hospital Pablo VI Bosa (Bogotá, Colombia).

Por su comprensión, apoyo y acompañamiento en las largas jornadas diarias dedicadas a este proyecto.

A todas aquellas personas que de una u otra forma han colaborado para el desarrollo de este con fines desinteresados en busca del apoyo por el aporte y el avance.



**ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
OCUPACIONAL SISTEMATIZADA EN EL HOSPITAL PABLO VI
BOSA I NIVEL E.S.E.**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Bogotá, Abril de 2015

TABLA DE CONTENIDO

	LISTA DE TABLAS	8
	TABLA DE ILUSTRACIONES	9
1.	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	1
2.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
2.1.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
2.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
3.	OBJETIVOS	3
3.1.	OBJETIVO GENERAL	3
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
4.	JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
4.1.	JUSTIFICACIÓN	4
4.2.	DELIMITACIÓN	5
4.3.	LIMITACIONES	6
4.4.	MARCO TEÓRICO	6
4.4.1.	Accidente de trabajo	6
4.4.2.	Ergonomía	7
4.4.3.	Evaluación de riesgos	7
4.4.4.	Higiene industrial	7
4.4.5.	OHSAS 18001	8
4.4.6.	Peligro	8
4.4.7.	Riesgo biológico	9
4.4.8.	Riesgo biomecánico	9
4.4.9.	Riesgos laborales	10
4.4.10.	Riesgo psicolaboral	10
4.4.11.	Salud en el trabajo	11
4.4.12.	Seguridad industrial	11
4.5.	MARCO CONCEPTUAL	12
4.6.	MARCO LEGAL	14
4.7.	MARCO HISTORICO	20

4.7.1.	Evolución de la historia clínica ocupacional	20
4.7.2.	Aspectos de la historia clínica ocupacional	20
4.7.3.	Reconocimiento de la historia clínica ocupacional.....	22
4.7.4.	Interpretación de la historia clínica ocupacional	22
4.7.5.	Estandarización de la historia clínica ocupacional	23
4.7.6.	La historia clínica ocupacional generando evaluación integral	24
4.7.7.	Historia clínica ocupacional informática	24
4.7.8.	Historia clínica ocupacional en la actualidad.....	25
4.7.9.	Importancia de la historia clínica ocupacional.....	32
4.7.10.	Finalidad de la historia clínica ocupacional sistematizada.	33
5.	ESTADO DEL ARTE	35
6.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
7.	MARCO METODOLÓGICO	44
8.	RESULTADOS	46
8.3.	ORGANIGRAMA	54
8.4.	MATRIZ DE COMPETENCIAS.....	55
9.	CONCLUSIONES:	56
10.	RECOMENDACIONES:	57
11.	FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	58
11.1.	FUENTES PRIMARIAS	58
11.2.	FUENTES SECUNDARIAS	58
12.	RECURSOS.	58
13.	CRONOGRAMA.....	61
14.	REFERENCIAS	62

6.1 LISTA DE TABLAS

TABLA 1. TABLA COMPARATIVA DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD	2
TABLA 2. NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA	14
TABLA 3. MATRIZ DE COMPETENCIAS	55
TABLA 4. RECURSO PARA LA EJECUCIÓN.....	59
TABLA 5. RECURSOS PARA EL DESARROLLO	59
TABLA 6. RECURSOS PARA EL DESARROLLO	60
TABLA 7. DESCRIPCIÓN INFORMÁTICA.....	60

6.2 TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 MATRIZ DE ACCIDENTALIDAD PARTE 2	50
Ilustración 2 MATRIZ DE ACCIDENTALIDAD PARTE 3	50
Ilustración 3 BASE DE DATOS EXAMENES OCUPACIONALES PARTE 1	51
Ilustración 4 BASE DE DATOS EXAMENES OCUPACIONALES PARTE 2	51
Ilustración 5 BASE DE DATOS EXAMENES OCUPACIONALES PARTE 3	51
Ilustración 6 BASE DE DATOS VALORACIONES PARTE 1	52
Ilustración 7 BASE DE DATOS VALORACIONES PARTE 2	52
Ilustración 8 BASE DE DATOS VALORACIONES PARTE 3	52
Ilustración 9 BASE DE DATOS AUSENTISMO LABORAL PARTE 1	53
Ilustración 10 BASE DE DATOS AUSENTISMO LABORAL PARTE 2	53
Ilustración 11 INFORME DE COLABORADORES.....	53
Ilustración 12 DIAGRAMA DE FLUJO.....	54
Ilustración 13 ORGANIGRAMA.....	54
Ilustración 14. CRONOGRAMA	61

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio para la elaboración de historias clínicas ocupacionales sistematizadas en el Hospital Pablo VI Bosa.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital Pablo VI Bosa es una entidad que presta servicios a la comunidad a través de un modelo de atención en salud de bajo nivel de complejidad en servicios básicos ofrecidos en una (1) sede asistencial, servicios de atención en consulta externa y atención primaria en salud en diecisiete (17) puntos de atención que se encuentran distribuidos en la localidad de Bosa, estos puntos de atención primaria a su vez garantizan cobertura del servicio de salud mediante atención domiciliaria.

En consecuencia sus colaboradores se encuentran expuestos a diversos riesgos como: biológico por manejo de fluidos corporales, exposición a pinchazos con elementos corto punzantes y puntiagudos, exposición a lesiones por la comunidad, exposiciones a mordeduras o lesiones por animales, riesgo psicosocial, lesiones musculo-esqueléticas, entre otros.

Como resultado de ello se evidencia una tasa de accidentalidad ascendente de sus colaboradores, como lo muestra la tabla 1. En este sentido, el equipo de seguridad y salud en el trabajo debe realizar acciones necesarias e inmediatas frente a los eventos acontecidos (accidentes) y adicionalmente debe reportar el evento en seis (6) hojas de cálculo de Excel y en el formato requerido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), con el propósito de realizar la investigación e intervención respectiva. No obstante lo anterior, dependiendo del lugar donde suceda el accidente previo al diligenciamiento de las hojas de cálculo mencionadas anteriormente, se registra la información en formatos físicos que son almacenados en unidades de conservación sin mantener una trazabilidad de la historia, generando barreras para posteriores consultas y análisis de información

requerida por la institución, por entes de vigilancia y control el seguridad y salud en trabajo y por las partes interesadas.

Tabla 1. TABLA COMPARATIVA DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

INDICADORES ACCIDENTALIDAD 2009 - 2014 HOSPITAL PABLO VI BOSA							
SERVICIO	VARIABLE	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL INSTITUCIONAL	Nº Accidentes	160,00	150,00	210,00	180,00	270,00	305,00
	Nº trabajadores	1.051,00	1.139,00	1.113,00	1.400,00	1.791,00	1.888,75
	Horas hombre contratadas	2.562.000,00	2.713.800,00	2.650.200,00	3.820.658,00	3.865.407,34	4.029.038,90
	Horas trabajo suplementario	7.390,00	5.196,00	5.197,00	5.891,00	6.396,00	5.767,40
	Ausentismo	28.849,00	22.236,00	29.765,00	24.854,00	40.585,00	43.437,40
	Horas hombre trabajadas	2.540.541	2.696.760	2.625.632	3.801.695	3.831.218,34	4.383.669,00
	días pérdidas AT	247,00	212,00	170,00	177,00	237,00	356,00
	IF	15,11	13,35	19,20	11,36	16,91	16,70
	IS	23,33	18,87	15,54	11,17	14,85	19,49

Elaborado por Sandra Muñoz R. Profesional apoyo Salud Ocupacional, Febrero 2014, Dora Echeverri Referente Salud Ocupacional 2013.

Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2014

De persistir esta situación, el hospital Pablo VI Bosa I Nivel incurriría en sanciones legales y monetarias, ya que como se evidencia en la tabla anterior, se mantiene una constante en la accidentalidad laboral la cual no depende del incremento de colaboradores, evidenciándose la necesidad de implementar un sistema que permita evaluar el trasfondo de la problemática y darle una solución oportuna, actuando directamente sobre la problemática presentada, la cual se evidencia a través de los índices de accidentalidad, los cuales generan que se presente perdida de la productividad debido a las incapacidades.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La falta de orden, trazabilidad y oportunidad de consulta de la historia clínica ocupacional conlleva a plantearse la siguiente pregunta: ¿Sería una herramienta ofimática (software) la solución efectiva para la organización y disponibilidad de la información, como fuente para toma de decisiones oportunas en seguridad y salud en el trabajo en el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las condiciones necesarias para el desarrollo de una herramienta ofimática “software” que permita registrar los datos clínicos y valoraciones ocupacionales de los colaboradores en el Hospital Pablo VI Bosa.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras de acceso para la atención de manera oportuna y efectiva de los colaboradores frente a eventos de seguridad y salud en el trabajo.
- Revisar la legislación colombiana que reglamenta el contexto de la historia clínica ocupacional y la importancia de que presente información clara, concisa y que permita accesibilidad, sin dejar de lado la integralidad y confidencialidad de los datos que en esta reposan.
- Adquirir y analizar la información necesaria para establecer las necesidades del área de seguridad y salud en el trabajo que permita generar un documento que contenga los datos asociados y encaminados para generar cobertura a los requerimientos y plasmarlos en el diseño del contenido de la herramienta ofimática.

4. JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Pablo VI Bosa con certificación de acreditación ante el Icontec, requiere generar valor agregado a cada uno de sus procesos tiene la necesidad de implementar sistemas que generen un good will, siendo referencia de esto la excelencia en la atención al cliente externo, pero sin dejar de lado el cliente interno quien es la persona que se encarga de ofertar los servicios, y a quien se le debe implementar sistemas de bienestar, fortaleciendo los procesos y disminuyendo la ausencia por incapacidades, aportando a la integralidad del colaborador y generando beneficios propios que se encargan de eliminar riesgos financieros y demandas, generando valor agregado con la institución y responsabilidad social.

Frente a la problemática encontrada y la factibilidad de aportar a la institución el desarrollo de sus actividades de manera organizada generando la disminución de reprocesos y obteniendo la información de manera oportuna, así como la factibilidad de efectuar una toma de decisiones puntual y objetiva en el área de seguridad y salud en trabajo del Hospital Pablo VI Bosa, es necesario generar un estudio detallado para el desarrollo de software y para esto se hace necesario identificar y diseñar procedimientos, metodologías y herramientas que permitan una estandarización en la ingeniería de software, logrando transmitir la información de una manera concisa y lógica, brindando un aporte frente al manejo de herramientas informáticas de fácil acceso y aplicabilidad, la cual permitirá desarrollar las actividades de manera secuencial, para desarrollar las evaluaciones a los colaboradores frente a los eventos presentados.

Estos son algunos de los beneficios que genera el estudio de la elaboración de una historia clínica ocupacional sistematizada:

- Contar con un mejor entendimiento del riesgo del proyecto antes de construir el sistema.

- Especificar la estructura y el comportamiento del sistema y comunicarlo a todos los integrantes del proyecto.
- Documentar las decisiones de la arquitectura del proyecto.
- Obtener el “plano” del sistema.
- Soporte a la planeación y al control del proyecto.
- Aumento en la calidad del desarrollo.
- Reducción en los costos económicos.

El estudio generado será de utilidad para el equipo de seguridad y salud en el trabajo de la institución ya que permitirá un manejo de la información en tiempo real, disminuyendo tiempo de diligenciamiento, claridad y veracidad en los datos, aportando al análisis de los eventos que se presenten centrándose en el colaborador y en acciones a abordar, basándose en el punto central y dedicando el tiempo necesario al que haya lugar en la investigación.

4.2. DELIMITACIÓN

Este trabajo se desarrollará en el Hospital Pablo VI Bosa, en un tiempo de nueve (9) meses planteado por cronograma el cual se evidencia en el ilustración 1 basado en un diagrama de gantt, con la finalidad de evidenciar los procesos y su desarrollo de manera objetiva y detallada en comparación a la producción necesaria para el desarrollo del mismo, se tomó la ruta crítica, con el fin de evidenciar el proyecto de manera extensa ante la diversidad de eventualidades que puedan llegar a presentarse.

El diseño, validación y puesta en producción de la herramienta dependerán de la decisión de aplicación por parte del hospital.

La evaluación financiera frente a los costos que generan el desarrollo de la herramienta y su implementación, ya que se debe contar con una evaluación que se realiza a principio de año por tratarse de rubros monetarios los cuales tiene que entrar a disponer y a justificar ante entes de regulación.

4.3. LIMITACIONES

La posición de los colaboradores frente al cambio de o reestructuración de proceso genera que el desarrollo se limite, ya que cuando se mantiene aferrado al manejo de herramientas constantemente, como lo son las hojas de cálculo y la transcripción de información dificulta la adaptabilidad a la implementación de nuevas herramientas ofimáticas.

4.4. MARCO TEÓRICO

Se entiende por seguridad y salud en el trabajo a las condiciones y factores que afectan, o podrían afectar a la salud y la seguridad de los empleados o de otros trabajadores (incluyendo a los trabajadores temporales y personal contratado), visitantes o cualquier otra persona en el lugar de trabajo de manera que se incluye bajo dicha denominación a todo lo que pueda perturbar el normal desarrollo de las actividades productivas dentro de una organización, abarcando a colaboradores de la empresa y otras personas que se encuentren dentro de las instalaciones de la misma (trabajadores de terceros, visitas, etc.).

4.4.1. Accidente de trabajo

Se especifica como accidente a todo “acontecimiento no deseado que resulta en daño físico a las personas, daño a la propiedad y/o pérdida en los procesos, que resulta del contacto con una sustancia o fuente de energía por sobre la resistencia del cuerpo o estructura. En el mismo sentido un casi accidente, también llamado incidente, es definido como todo “acontecimiento no deseado que bajo condiciones levemente diferentes que pudo haber resultado en daño físico a las personas, daño a la propiedad y/o pérdida en los procesos”.

Los tipos de accidentes que puedan ocurrir son muy variados, se

les considera como los “diversos resultados dentro de la secuencia del accidente, con base en varios factores. Ejemplos: golpeado por, contra, cogido en o entre, caída a un mismo nivel, a diferente nivel; resbaladura, sobreesfuerzo, contacto, inclinación, etc.”. Para el presente caso de estudio también se pueden considerar accidentes como heridas cortantes, quemaduras, contusiones, luxaciones, fracturas, entre otros.

4.4.2. Ergonomía

Es el conjunto de disciplinas y técnicas orientadas a lograr la adaptación de los elementos y medios de trabajo al hombre, que tiene como finalidad hacer más efectiva las acciones humanas, evitando la posible fatiga, lesiones, enfermedades ocupacionales y accidentes laborales; según lo cual se puede afirmar que los medios de trabajo (herramientas, máquinas, equipos) deben ser los que se adecuen a la forma de trabajo del hombre, previniendo probables consecuencias perjudiciales.

4.4.3. Evaluación de riesgos

Es el proceso de valoración del riesgo que entraña para la salud y seguridad de los trabajadores la posibilidad de que se verifique un determinado peligro en el lugar de trabajo.

4.4.4. Higiene industrial

Se puede entender como objeto de la Higiene industrial a la prevención de enfermedades profesionales causadas por los contaminantes físicos, químicos o biológicos que actúan sobre los trabajadores. La metodología de aplicación de la Higiene Industrial está basada en la identificación, medición, evaluación y control de los contaminantes

presentes en el ambiente de trabajo.

La definición realizada por la American Industrial Hygienst Association (AIHA): “La Higiene Industrial es la ciencia y arte dedicados al reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores ambientales o tensiones emanadas o provocadas por el lugar de trabajo y que pueden ocasionar enfermedades, destruir la salud y bienestar, o crear algún malestar significativo entre los trabajadores o ciudadanos de la comunidad”.

4.4.5. OHSAS 18001

La Norma OHSAS 18001 ha sido diseñada en los mismos parámetros y como herramienta de gestión y mejora; toman como base para su elaboración las normas 8800 de la British Standard, basada en el ciclo de mejora continua”.

A la fecha la última actualización de esta norma corresponde a la versión del año 2007, se trata de un sistema de gestión desarrollado por la British Standard Institution (BSI) junto con las principales certificadoras del mundo, el cual brinda directrices y requisitos para controlar los riesgos laborales que se puedan presentar, evitando los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

4.4.6. Peligro

Se puede definir el peligro como “cualquier condición de la que se pueda esperar con certeza que cause lesiones o daños a la propiedad y/o al medio ambiente y es inherente a las cosas materiales, está relacionado directamente con una condición insegura”.

Según esta definición, se entiende que la situación de peligro

establece una alta probabilidad de causar daño y/o accidentes, por lo que debe identificarse claramente la condición insegura que origina dicho peligro, con la finalidad de aplicar las mejoras necesarias para reducir su probabilidad de ocurrencia y el riesgo asociado.

4.4.7. Riesgo biológico

Se considera dentro de éste grupo a los riesgos generados por agentes orgánicos, animados o inanimados (como los hongos, virus, bacterias, parásitos, pelos, plumas, polen) presentes en determinados ambientes laborales, que pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas o intoxicaciones al ingresar al organismo; la misma entidad detalla además que “la proliferación microbiana se favorece en ambientes cerrados, calientes y húmedos” como pueden ser las plantas industriales y almacenes. En el mismo sentido, se debe considerar como factor críticamente desfavorable la falta de buenos hábitos higiénicos en las personas.

4.4.8. Riesgo biomecánico

Se les considera a aquellos que afectan las posturas normales de funcionamiento de alguna de las partes del cuerpo humano, por lo que se propone que las herramientas, las máquinas, el equipo de trabajo y la infraestructura física del ambiente de trabajo deben ser por lo general diseñados y construidos considerando a las personas que lo usarán, en este sentido se debe optar por adaptar las herramientas e infraestructura del puesto de trabajo, antes de permitir que el personal realice operaciones que afecten su correcta postura.

Por otro lado, también se considera como riesgo ergonómico a los

objetos, puestos de trabajo, máquinas, equipos y herramientas cuyo peso, tamaño, forma y diseño pueden provocar sobre-esfuerzo, así como posturas y movimientos inadecuados que traen como consecuencia fatiga física y lesiones osteomusculares.

4.4.9. Riesgos laborales

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el riesgo es “una combinación de la probabilidad de que ocurra un suceso peligroso con la gravedad de las lesiones o daños para la salud que pueda causar tal suceso” en caso ésta definición se ajuste a un ambiente laboral se deben considerar los peligros que puedan presentarse (riesgos químicos, físicos, biológicos, ergonómicos, etc.), así como sus probables consecuencias (enfermedades profesionales o accidentes de trabajo).

4.4.10. Riesgo psicolaboral

Este tipo de riesgo se puede manifestar por condiciones presentes en una situación laboral, está directamente relacionado con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, que afectan el bienestar o la salud (física, psíquica y social) del trabajador, así como al normal y adecuado desarrollo del trabajo.

Se entiende que cada individuo tiene una personalidad distinta y única, por lo que ante determinada condición psicosocial laboral adversa, es altamente probable que no todos reaccionarán de la misma forma. Entre los principales problemas que se pueden presentar por este tipo de riesgo se encuentran: Cambios y alteraciones radicales en el comportamiento del trabajador. Estrés laboral, baja motivación, fatiga, etc. Ausentismo, accidentes de trabajo por mal comportamiento del trabajador.

4.4.11. Salud en el trabajo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud en el trabajo como una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo.

La salud en el trabajo no se limita a cuidar las condiciones físicas del trabajador, sino que también se ocupa de la cuestión psicológica. Para los empleadores, la salud en el trabajo supone un apoyo al perfeccionamiento del trabajador y al mantenimiento de su capacidad de trabajo.

Los problemas más usuales de los que debe ocuparse la salud en el trabajo son las fracturas, cortaduras y distensiones por accidentes laborales, los trastornos por movimientos repetitivos, los problemas de la vista o el oído y las enfermedades causadas por la exposición a sustancias antihigiénicas, por ejemplo. También puede encargarse del estrés causado por el trabajo o por las relaciones laborales.

4.4.12. Seguridad industrial

Seguridad industrial, es el área de estudio que comprende un conjunto de actividades de orden técnico, legal, humano y económico, para la protección del trabajador, la propiedad física de la empresa mediante la prevención y el control de las acciones del hombre, de las máquinas y del medio ambiente de trabajo, con la finalidad de prevenir y corregir las condiciones y actos inseguros que pueden causar accidentes”

Otra definición de Seguridad industrial es: La técnica no médica de prevención cuya finalidad se centra en la lucha contra los accidentes de trabajo, evitando y controlando sus consecuencias encargándose de todo lo relacionado con la prevención de los accidentes de trabajo, para lo cual actúa de dos formas: preventiva y protectora.

4.5. MARCO CONCEPTUAL

En la literatura existe una gran cantidad de definiciones acerca de la historia clínica, presentando características documentales, sociales, pedagógicas, culturales, archivísticas, judiciales, periciales, entre otras, pero que permite prever el fundamento de su práctica que es la de dejar un registro de lo que sucede en determinada etapa de un proceso de salud-enfermedad para posteriormente constituirse en la base de las consideraciones finales que se hagan sobre un caso.

La historia clínica también es llamada expediente sanitario, ficha médica, registro clínico, health history o medical history y es considerada actualmente como el conjunto de documentos ordenados y detallados que recopilan cronológicamente todos los aspectos de la salud del usuario y que sirve de base para conocer las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados.

Se conoce como historia clínica aquel registro obligatorio de las condiciones de salud del usuario. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del usuario o en los casos previstos por la Ley.

Actualmente al referenciar la historia clínica es necesario también referirse a los procesos de calidad que la envuelven dentro de marcos de legalidad y satisfacción, por lo tanto, la evolución del concepto de calidad en los servicios de salud, ha estado unida al avance de los conocimientos científicos.

La auditoría clínica profesional centra su atención en el proceso individual de atención en los registros, en la aplicación de las guías o protocolos de manejo en la aplicación de la metodología basada en la evidencia conllevando un juicio científico de una acción, por lo tanto requiere preparación en este campo del auditor, además que es una constante exigida por los profesionales auditados de la salud.

En este sentido, se refiere a ella como: “la constancia escrita de las comprobaciones realizadas, como también de todas las efectuadas en el curso de la evolución y de los tratamientos instituidos, aun por terceros. Tiene por objeto documentarse para posteriores comparaciones, como también para elaborar estadísticas vitales y enfermedad, y si el caso se presenta, para la confrontación necropsia.

La historia clínica ocupacional forma parte de la historia clínica general, por lo tanto esta se encuentra ligada a sus orígenes históricos, siendo esta la que se encuentra estipulada para realizar evaluaciones en los colaboradores determinando su estado de salud frente a las actividades desarrolladas.

La principal meta cuando se analizan datos es la de extraer información valiosa que permita establecer conclusiones que determinen cambios.

4.6. MARCO LEGAL

La historia clínica ocupacional constituye un medio de prueba de suma importancia en los juicios por responsabilidad, a tal grado que la sola imposibilidad por parte de una institución para suministrarla incluso por extravío, puede llegar a ser entendida como una conducta negligente y generadora de culpa. Lo que es más, si se concibe la historia clínica como parte integrante del acto, la falla en el registro constituye por sí una falla del acto, eventualmente culpable, lo que hace necesario la aplicabilidad de herramientas que brinden respaldo y que contribuyan al fortalecimiento y la seguridad basada en la normatividad vigente con la finalidad de tener como respaldo un documento que preste disponibilidad, confiabilidad y acceso solo al personal autorizado, con un manejo ético y responsable.

Tabla 2 NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA

NORMA	REFERENCIA DE LA NORMA
Ley 594 de 2000	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. (Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4124 de 2004).
Ley 599 de 2000	Por la cual se expide el Código Penal.
Ley 906 de 2004	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Corregida de conformidad con el Decreto 2770 de 2004. Detalle

Ley 1164 de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
Resolución 1995 de 1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.
Ley 23 de 1981	<p>En el Código de Ética Colombiano sobresalen los siguientes artículos:</p> <p>“Art. 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.”</p> <p>“Art. 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.”</p> <p>“Art. 36. En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad.”</p>
RESOLUCIÓN 1995 DE 1999	<p>Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Sobresalen los siguientes artículos:</p> <p>Art. 3. Características de la historia clínica. Algunas de las características básicas son:</p> <p>Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.</p>

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

Racionalidad científica: es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

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

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

Art. 5. Generalidades. La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

	<p>Art. 8. Componentes. Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.</p> <p>Art. 9. Identificación del usuario. Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.</p> <p>Art. 11. Anexos. Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.</p> <p>Art 18. Los prestadores de servicios de salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.</p>
<p>LEY 1438 DE 2011.</p>	<p>Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</p>

	<p>Parágrafo transitorio. La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá plena validez probatoria.</p>
<p>Código Sustantivo del Trabajo.</p>	<p>Art 348 Decreto 614 de 1984 art 30. En materia de salud ocupacional y para efecto de establecer el estado de salud de los trabajadores al iniciar una labor, desempeñar un cargo o función determinada, se hace necesario en el desarrollo de la gestión para identificación y control del riesgo, practicar los exámenes médicos ocupacionales de ingreso periódicos y de retiro, los cuales son a cargo y por cuenta del empleador.</p> <p>Art 348. Modificado Decreto 13 de 1967, Artículo 10. Todo patrono y empresa están obligados a suministrar y acondicionar locales y equipos de trabajo, que garanticen la seguridad y salud de los trabajadores; a hacer garanticen la seguridad y salud de los trabajadores; a hacer practicar los exámenes médicos a su personal y adoptar las medidas de higiene y seguridad indispensables para la protección de la vida, la salud y la moralidad de los trabajadores a su servicio de conformidad con la reglamentación que sobre el particular establezca el ministerio de trabajo.</p> <p>Decreto 614, 14 de marzo de 1984. El subprograma de medicina del trabajo de las empresas deberá: Realizar exámenes médicos, clínicos y paraclínicos para admisión, selección de personal, ubicación según aptitudes, cambios de ocupación, reingreso al trabajo, y otras</p>



**ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
OCUPACIONAL SISTEMATIZADA EN EL HOSPITAL PABLO VI
BOSA I NIVEL E.S.E.**

relacionadas con los riesgos para la salud de los operarios. Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica de enfermedades Laborales, patología relacionada con el trabajo y ausentismo por tales casusas.

4.7. MARCO HISTORICO

4.7.1. Evolución de la historia clínica ocupacional

La historia clínica es un producto de la evolución, por ende está sujeta a constantes cambios que tratan de responder a las necesidades y los descubrimientos que suceden en todas las áreas del conocimiento y más precisamente en medicina, no obstante, para llegar hasta este punto se ha necesitado de varios ajustes a lo largo de la historia universal, aportes que han sido valiosos no sólo para la comprensión de los mecanismos por los cuales se produce una enfermedad sino también para reconocer la importancia de la individualización de cada proceso y de cada persona.

4.7.2. Aspectos de la historia clínica ocupacional

Por supuesto es de resaltar que la literatura médica predominantemente de orientación ortodoxa se ha inclinado en referenciar los aspectos históricos que enmarcan el inicio de las escuelas occidentales y deja a un lado los progresos que se originaron en otras latitudes.

El recorrido histórico se origina en África, entre los textos que tratan sobre medicina se destacan el papiro de Kahun, que describe problemas ginecológicos; el papiro de Chester-Beatty trata sobre las afecciones del recto; el papiro de Edwin Smith (1600 a. C), copia de un trabajo del 3000 a. C, cuyo autor posiblemente fuera Imhotep, describe casos clínicos sobre el cuerpo humano, el diagnóstico y el tratamiento de cada caso. Además se resaltan otros documentos como el papiro de Carlsberg, el de Londres, de Brugh o Berlín y el de Hearst.

El papiro de Ebers es el primero y el más extenso documento médico del antiguo Egipto, data aproximadamente de la XVIII dinastía.

En el código de Hammurabi, (1660-1750 a.C) que es considerado como el primer código de ética y de honorarios médicos, ya se preveían penas para aquellos que cometieran lesiones personales o mataran a un hombre libre o esclavo.

En documentos alusivos al emperador Chen Nung (3000 a.C.) y posteriores, se reconoce la responsabilidad del médico ante el enfermo. Cuando fracasaba por ejemplo, podría correr con la suerte del famoso cirujano Hua To quien fue decapitado al intentar una trepanación craneal con objeto de curar al emperador.

En la india sobresalen los Vedas o libros del conocimiento que fueron escritos entre los años 1500 y 1200 a. C., consideradas como las escrituras más antiguas de esta región.

Lain Entralgo realiza una clara descripción de los cambios que ha tenido la historia clínica a través del tiempo, diferenciándola en historia clínica hipocrática, los consilia, historia clínica renacentista, historia clínica sydenhamiana, historia clínica del siglo XVIII de Boerhaave, historia clínica del siglo XIX, historia clínica anatomoclínica, historia clínica fisiopatológica, historia clínica etiológica, historia clínica del siglo XX, historia clínica biopatológica e historia clínica antropopatológica.

Las primeras historias bien caracterizadas se encuentran contenidas en el Corpus Hippocraticum, “en este caso los Asclepiades hipocráticos se sintieron en la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia de médicos ante la individual enfermedad de algunos de sus pacientes. Nació así el documento que llamamos historia clínica, de ese empeño queda una muestra en las cuarenta y dos que contienen los libros I y III de las Epidemias Hipocráticas” (LAIN, P., 1991. p 3- 630).

Posteriormente se realizan historias clínicas propiamente dichas, las llamadas consilias, que eran las recopilaciones a manera de consejos de quienes ya practicaban la medicina; las dos primeras colecciones de que se tiene noticia son las del florentino Taddeo

Alderotti (1260-1303), tras ellos, el más importante monumento del género consiliar: La Consilia medica de Bartolomeo Montagnana.

Hacia mediados del siglo XVI hay un nuevo modelo de historia clínica, “*la observatio*”. (GLICK, T; STEVEN, J; FAITH, W. 2005. p 143-144.) Lo cual implicaba volver al modelo individual de cada enfermo y no a la manera general que se recreaba en las consilias.

4.7.3. Reconocimiento de la historia clínica ocupacional

En el siglo XVII se produce la ruptura definitiva con la tradición galénica para dar paso a la revolución científica. Aparece una nueva nosología inductiva que originó que la historia clínica empezara a ser reconocida en todo el mundo como el elemento básico de descripción de la enfermedad de un paciente y como el documento principal en el ejercicio médico. Aquí se destaca Thomas Sydenham quien formula el concepto de especie morbosa; basándose en esto, Boerhaave realizó un modelo de historia clínica que se considera canónico, estableciendo que el examen clínico se debería dividir en inspección, anamnesis y exploración.

Boerhaave define a la lesión como la clave en el proceso diagnóstico. Lancisi y Thomas Willis (1622- 1675) son los que convierten la lesión en el fundamento de la patología y de la clínica. Por su parte Bayle y Laennec desarrollaron la mentalidad anatomoclínica aunque quien lo había formulado fue Bichat (1771- 1802).

4.7.4. Interpretación de la historia clínica ocupacional

En la historia clínica fisiopatológica la enfermedad era una alteración de las funciones del organismo provocada por procesos materiales o energéticos que indicaban el trastorno funcional, mientras que en la historia clínica etiológica las causas de la enfermedad eran lo más importante, llegando a considerarla como el resultado de la lucha del organismo humano por vencer al agente causal.

En la historia clínica biopatológica la descripción del hombre adquiere un rango especial, se incluyen pruebas funcionales que estudian la adecuación del ser vivo a su nuevo estado. Por otro lado en la historia clínica antropopatológica se piensa que como la constitución del hombre no resuelve el problema de la personalidad del mismo, la historia clínica se convertirá en la biografía de la enfermedad de un paciente.

4.7.5. Estandarización de la historia clínica ocupacional

Desde entonces y a pesar del auge en el estudio de la medicina en Europa, los cambios en la historia clínica no son tan notorios, puesto que ya cuentan con esquemas más ordenados de identificación de pacientes, descripción de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, pero lo que en este punto se debe resaltar es la gran cantidad de patologías descritas, caracterizadas y que obligaban al médico a reconocerlas y darles un específico tratamiento aún si no existiera un diagnóstico definido o se trataran de síntomas desconocidos o difíciles de clasificar, cuestiones que aún en nuestros días no han logrado una aceptable explicación.

Desde finales del siglo pasado y la primera mitad del presente, existieron intentos de organizar la información procedente de los pacientes. Así, Codman creó la historia llamada "de resultado final", que estableció las raíces de la auditoría y supervisión actuales, pues se trataba de definir si un mal resultado quirúrgico se debía a fallas diagnósticas, terapéuticas o al curso de la enfermedad.

Es este mismo proceso el que impulsa al Doctor Lawrence Weed al desarrollo de un modelo diferenciado de historia clínica al que denominó "historia clínica orientada al problema" (SINCHE, E. 2008. p39-47).

4.7.6. La historia clínica ocupacional generando evaluación integral

Dentro de esta variante particular que cada vez es más acogida se puede decir que, en general, “problema es todo aquello que requiere o puede requerir una acción del equipo de salud, motivando un plan de intervención. Así, puede considerarse problema a cualquier queja, observación, necesidad de salud o condición individual, familiar o socialmente percibida como una desviación de la normalidad. Igualmente lo son algunos hechos pasados que afectaron, afectan o puedan afectar la capacidad funcional o calidad de vida del paciente, así como situaciones o estados que requieren ser intervenidos para incidir en el manejo de otros problemas por ejemplo desempleo, aislamiento, pérdida de la vivienda” (SINCHE, E. 2008. p39-47).

La estructura básica que Weed presenta en este tipo de historia se orienta en cuatro partes: la base de datos del paciente, una lista de problemas, el plan inicial y las notas de evolución.

4.7.7. Historia clínica ocupacional informática

Afortunadamente el advenimiento de la tecnología informática ha sido clave en el establecimiento de los nuevos modelos sistematizados de historia clínica, Pedraza describe: “La tendencia de la automatización a la estandarización de las ciencias de la salud está implícita en su estructura científica. Desde este punto de vista (se podría afirmar que desde siempre), la medicina y todas las ciencias de la salud han manejado la informática como: “Una disciplina que estudia la información desde su origen, su proceso y transformación hasta su presentación y distribución” (PEDRAZA. 1998. p 10).

La informática formalmente aplicada a las ciencias de la salud tienen sus orígenes en La Federación Internacional para el Procesamiento de la información conocida como IFIP (*International Federation for Information Processing*). En 1969 se crea la IMIA

(*The International Medical Informatics Association*) que ha formado grupos especializados entre ellos los del expediente clínico computarizado y la codificación de la información médica, siendo la única organización internacional en el campo profesional y científico de la informática en salud.

Poco tiempo después, con el notable desarrollo de los sistemas de análisis por computadora muchas empresas comienzan a abordar el tema de crear bases de datos informáticos, por ejemplo “en 1986 la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, comenzó una investigación para construir un sistema de lenguaje médico unificado cuyo propósito fue contribuir al desarrollo de sistemas que ayudaran a los profesionales de la salud y a los investigadores a recuperar e integrar la información biomédica electrónica de distintas fuentes y facilitar a los usuarios la unión de información de sistemas completamente diferentes, incluyendo registros computados de pacientes (historias clínicas), bases de datos bibliográficas y sistemas expertos”(SERNA, A; ORTIZ, O. 2005.).

Desde el surgimiento de estos sistemas de información, y la competencia empresarial a través calidad, eficiencia y oportunidad son cada vez más las empresas que se vinculan a crear la llamada historia clínica electrónica que según el concepto de múltiples estudios permiten concluir que el uso de este tipo de documento sistematizado no afecta la satisfacción en la atención del paciente y del médico, favoreciendo la implementación del sistema tecnológico con una adecuada planeación que logre motivar y concientizar a los profesionales sobre las ventajas que tiene, conclusiones que se reflejan en varios estudios.

4.7.8. Historia clínica ocupacional en la actualidad

En la actualidad existe una amplia legislación al respecto de las historias clínicas que van desde la forma en que se debe diligenciar hasta la manera de realizar el proceso de gestión de la documentación clínica que de acuerdo con Curiel y Estévez ha evolucionado en siete fases progresivas en los últimos 20 años iniciando desde la fase de anamnesis

documental y mini archivos periféricos hasta la fase de gestión integrada de la historia clínica, la cual puede ser realidad en este comienzo del siglo XXI.

La resolución 1995 de julio 8 de 1999, emitida por el Ministerio de Salud de Colombia, en relación con la historia clínica menciona: “La Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios de salud por parte del paciente.” (Normas para el manejo de la historia clínica. , 2015) Las características básicas son:

- **Integralidad:** debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las

acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

- Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma

accidental o provocada. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

El registro médico electrónico será el núcleo de un sistema de salud informatizado en un futuro próximo. El almacenamiento electrónico de información clínica dará lugar a la aparición de herramientas informáticas para ayudar a mejorar en forma significativa la calidad de la atención médica y aumentar la eficiencia de la práctica médica.

Los registros médicos electrónicos actuales, en su mayoría, son un conjunto de documentos de texto almacenados en un computador, es decir, una historia clínica del paciente realizada mediante un procesador de palabra. Para lograr un soporte inteligente y de utilidad el registro médico electrónico debe tener un modelo sistemático interno de la información que contiene y debe ser compatible con la captura eficiente de la información clínica de una manera consistente con este modelo.

Aunque están apareciendo en el mercado sistemas de registro médico electrónico que tienen estas características, aún deben hacerse muchas mejoras en el diseño para lograr mayor agilidad y beneficios con la informatización. El registro en papel ha perdido espacio frente a las nuevas opciones digitales. Una Historia Clínica Electrónica es un software que permite crear, guardar, organizar y editar la información clínica de un paciente. Es mucho más que el equivalente electrónico del papel. Mejoran la eficiencia, calidad y seguridad en el cuidado de la salud. Se considera como una base de datos relacional, enfocada alrededor del paciente y estructurada por procesos, que cumple los requisitos legales y permite prescindir del soporte físico (papel o placa) en la prácticamente la totalidad de las situaciones

La adopción a nivel mundial de la historia clínica electrónica ha demostrado beneficios que incluyen la disminución de errores en medicina, mejoras a nivel de

costo-efectividad, aumento de la eficiencia y posibilidad de brindar un rol activo a los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Son el centro de cualquier sistema de información en salud.

La historia clínica electrónica se considera una herramienta novedosa en Colombia ya que en los últimos años se ha estado implementando en algunos prestadores de servicios de salud. La adopción de esta herramienta, por todos ellos, hará de su uso una necesidad para permanecer en el sistema en el corto plazo. Esta tendrá plena validez probatoria.

La implantación de la historia clínica electrónica es costosa en un principio (construcción de la infraestructura, equipos, entrenamiento, etc.) pero una vez lograda, su manejo es más económico y eficiente. Es susceptible de mejoras continuas y de fácil incorporación en la medida en que se evidencien desventajas en su desarrollo, para lograr un instrumento más confiable y eficiente.

No hay, hasta el momento, una legislación específica acerca de la Historia Electrónica pero la legislación vigente sobre la historia clínica estándar puede aplicarse en parte a la Historia Electrónica. Los anexos de la Historia Electrónica que requieran revisión y aprobación o firma del paciente (consentimientos informados, admisión, egreso, inventarios, etc.) son una parte del desarrollo futuro de la Historia Electrónica.

La Ley 1438 de 2011, que reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, capítulo VII, artículo 112, parágrafo transitorio, estableció que la Historia Clínica Única Electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013. Esta tendrá plena validez probatoria.

Los sistemas avanzados de historia clínica electrónica automatizan muchas tareas cotidianas, que tienen lugar en un consultorio médico, ya sea particular o dentro de un hospital y que consumen una gran cantidad de tiempo. Permiten realizar prescripciones electrónicas (si existe una base de conocimiento subyacente puede

generar alertas de posibles interacciones medicamentosas), realizar el pedido a una farmacia, solicitar órdenes de laboratorio o de imágenes. Las opciones son múltiples y están siempre reinventándose y mejorando, por ejemplo, actualmente en los estados unidos, varios estados comparten cierta información clínica de los pacientes, permitiendo que ésta esté disponible en casos de emergencias en diferentes lugares. La historia clínica electrónica mostró hasta un 78% de satisfacción por parte de los médicos que la usaron y 100% de los pacientes atendidos por médicos que utilizaron este tipo de registro la consideraron una herramienta útil por favorecer la disponibilidad de toda la información en el momento de la atención médica. Un 86% de los pacientes se sintieron satisfechos con que el medico usara el registro clínico electrónico.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la historia clínica, como son:

Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones (patologías, tipos de tratamiento, publicaciones, etc.).
Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad.

Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

Administrativa: La historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones de salud.

Médico-legal: Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado. Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.

Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes como por ejemplo: Ley General de Salud, Derechos de los Usuarios, Código de ética médica, Normas Internacionales.

Es un elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional:

tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

Es testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional. Es instrumento de dictamen pericial como elemento clave en la elaboración de informes médico legales sobre responsabilidad médica profesional.

El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc. El incumplimiento o la no realización de la historia clínica pueden tener las siguientes repercusiones: Malpraxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normatividad legal; defecto de gestión de los servicios clínicos; riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración y riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mal praxis médica

Como evidencia no se logra obtener estudios sobre la historia clínica laboral ya que esta se encuentra basada en la historia clínica que se conoce regularmente, pero para el desarrollo de esta se deben tener en cuenta los mismo datos, pero siendo puntuales en los requerimientos necesarios y útiles para el desarrollo y la funcionalidad de la misma.

4.7.9. Importancia de la historia clínica ocupacional

Inferencia científica: si la historia clínica cumple con los objetivos señalados se puede considerar como un documento de trascendental importancia para el colaborador, el profesional que desarrolla las actividades e institucional.

Una verdadera historia clínica es un documento importante en los siguientes aspectos:

- **Científico:** el valor científico de la historia clínica está en proporción directa con el cuidado con que ha sido compilada.
- **Epidemiológico:** es una fuente de datos que sirve para realizar estudios epidemiológicos de tipo descriptivo, analítico y experimental.
- **Institucional:** las instituciones cuentan con un sólido respaldo administrativo, científico, legal, académico, cuando tiene una excelente historia clínica.
- **Legal:** Ante la ley la historia clínica es un documento de inocultable valor jurídico, del cual dependen decisiones para calificar o tipificar la comisión de los delitos por mala atención, o en su defecto, para refrendar una adecuada acción profesional.
- **Estadístico:** la historia clínica es una reserva inagotable de datos que permite obtener tazas, razones, proporciones e índices, para a su vez sustentar estudios de cualquier índole.
- **Administrativo:** La historia clínica es un documento que permite visualizar y calificar los servicios finales que presta una institución.
- **Académico:** (docente-asistencial). La historia clínica se convierte en un verdadero texto de enseñanza-aprendizaje.

- **Sociológico:** la historia clínica es un instrumento sociológico porque permite medir y evaluar el comportamiento socio-económico, político y biológico del individuo ante los eventos de salud y enfermedad.
- **Personal:** es un verdadero diario interno de las personas; que relata pormenorizadamente actitudes, respuestas, procesos y hechos del individuo ante la enfermedad o la salud.
- **Profesional:** la historia clínica retrata además las verdaderas condiciones y calidades académicas, científicas y personales del profesional que la ejecuta.

4.7.10. Finalidad de la historia clínica ocupacional sistematizada.

La historia clínica ha adquirido con el transcurso del tiempo funciones en el ámbito administrativo y dentro de éste el de la planeación en el campo docente, investigativo, epidemiológico y legal, entre otros.

Componentes. Cuando se habla de historia clínica se suponen cuatro momentos teóricos distintos:

- La recolección de datos.
- La selección significativa de los mismos.
- La interpretación de los datos.
- La conclusión.

La estructura de la historia clínica diseñada, se caracteriza por un enfoque modular, que permite configurar la historia con un número variable de formularios de acuerdo con el estado de salud del colaborador, condicionada por los recursos disponibles y el tipo de atención brindada, de tal forma que a mayor complejidad del riesgo corresponderá un número mayor de formularios para incorporarlos en la historia.

Es necesario realizar un mayor análisis en cuanto a los diferentes ítems que pueden plantearse en un formato.

Identificación del usuario. Indudablemente que la primera forma de individualizar cada caso es por medio de la identificación de los datos personales, sin olvidar los propios del Hospital Pablo VI Bosa.

5. ESTADO DEL ARTE

Las investigaciones sobre estados del arte son consideradas como “investigación documental o estado del conocimiento, porque tiene como fin dar cuenta de la investigación que se ha realizado sobre un tema central” (Hoyos C. 2000). De igual forma hay definiciones que consideran que “un estado del arte es una investigación enfocada a hacer un análisis del saber construido sobre un tema en particular” (Quintero F, Piñeros S. 2010). Así mismo Manjarrés en 1998 entiende esta investigación como “una investigación de carácter bibliográfico que se realiza con el objetivo de inventariar y sistematizar la producción en determinada área del conocimiento”. Resulta evidente que este tipo de estudios tienen como propósito dar una visión del tratamiento dado a un tema específico. En esta investigación particularmente se quiere dar razón del abordaje que ha tenido la investigación en seguridad y salud en el trabajo en entidades del sector salud u otras. La seguridad y salud en el trabajo es uno de los temas que ha tenido mayor importancia en el área laboral, ya que es la encargada de garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población trabajadora; para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la seguridad y salud en el trabajo es aquella que: “Trata de promover y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones, prevenir todo daño causado a la salud de estos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud, colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus actividades fisiológicas y psicológicas, en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo”.

A continuación se relacionan estudios que fueron realizados, con el propósito de construir un elemento que genere aporte y contribución al fortalecimiento de los procesos en la institución encaminados en el bienestar del colaborador desde diversas perspectivas.

5.1. LOCAL.

- **Computacional:** desarrollo de un crm demo modular para gestión de información de hojas de vida de la empresa human biomédica ¿proyecto canguro? A través de la programación se logra generar vinculación con el personal que se postula, obteniendo la clasificación e integración de la hoja de vida, obteniendo una fácil acceso a la información allí agregada, permite agilizar los procesos, lo cual permite que se tenga como base y se evidencie las facilidades que prestan el desarrollo de herramientas informáticas, aportando a la seguridad, e inmediatez en la obtención de los recursos necesarios. ECCI. Colombia, 2015. autores: Juan Diego López Vargas,
- **Computacional:** sistema de clasificación de la deserción en instituciones de educación superior (SISCLADIES). A través de la programación se logran desarrollar herramientas que permiten realizar cuantificación y análisis de múltiples variables, según la necesidad de los usuarios, con la

finalidad de evidenciar la problemática que se está generando basándose en el punto de afección central, permitiendo desarrollar acciones de mejora o correctivas según la necesidad del evento presentado. Colombia, 2014. Autores: Luz Stella García Monsalve.

- **Computacional:** software de ubicación espacial en la Universidad ECCI. El desarrollo del software para ubicar espacialmente a la comunidad de la Universidad ECCI integra herramientas de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones con elementos de inclusión que beneficia a los estudiantes, docentes y empleados de la institución a pesar de la diferencia de lengua. Las diferentes etapas de la construcción de la herramienta están enmarcadas en las fases del ciclo de vida de un sistema de información; se trabajará de manera conjunta con la comunidad sorda y oyente para lograr un producto que tenga accesibilidad y usabilidad por parte de cualquier usuario del sistema. Como se evidencia en la investigación desarrollada y citada, las herramientas informáticas buscan generar el avance y la facilidad en la obtención de los datos, de manera oportuna y según la necesidad y el alcance que se requiera permitiendo el desarrollo y mejoramiento continuo de la misma, aportando al crecimiento y desarrollo tecnológico de la institución. Colombia, 2014. Autores: Luz Stella García Monsalve.
- **Computacional:** estado de la telemedicina en Colombia. como se logra evidenciar en el trabajo investigativo desarrollado, Colombia genera fortalezas en las acciones encaminadas al sector salud buscando el beneficio del usuario a través de medios informáticos, generando retroalimentaciones en tiempo real y por especialistas, disminuyendo los costos de movilización y pérdida de tiempo, al dedicarle mayor trascendencia a los factores administrativos o a las problemáticas de transporte, dando una base para evidenciar las facilidades que ofertan los recursos informáticos y la importancia de disfrutar de sus aportes. Colombia, 2014. Autores: José Arturo Lagos Sandoval.
- Desarrollo de competencias sociolingüísticas a través del Software Sistema de Ubicación Espacial en la Escuela Colombiana de Carreras, por medio de las herramientas generadas, logramos generar su fortalecimiento y aprovechar la utilidad que estas ofrecen destinándola para el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías asociadas al avance y al desarrollo de elementos que permitan aportar a las personas y a su desarrollo. Industriales (ECCI), 2014. Autores: Luz Stella García Monsalve.

5.2. NACIONAL

- Lugo Rúgeles, Fabio (2013) Propuesta de un modelo de historia clínica sistematizada para osteopatía. A través de la investigación desarrollada como soporte a una necesidad generada por patologías de nivel óseo, logramos evidenciar la funcionalidad de las herramientas ofimáticas, las cuales se basan en dar soluciones de manera efectiva ante una necesidad, tomando como base la historia clínica general y desarrollando un complemento para esta de manera sistemática aportando a la avance, pero como punto centralizado el paciente, permitiendo tomar como guía un estudio que va encaminado hacia la parte de la ortopedia pero acogiéndolo a la aplicabilidad en los colaboradores a través de un sistema de Historia clínica Sistematizada enfocada en los colaboradores de la entidad Hospitalaria. Maestría tesis, Universidad Nacional de Colombia.
- Antolínez Palencia, Jaime (2009) Herramienta para la auditoria de calidad del registro en las Historias Clínicas. Se requiere realizar la evaluación y la socialización de los eventos generados y las implicaciones legales en las que se incurre por omitir o generar elementos que puedan dar nulidad o que limiten los datos que se encuentren registrados en las historias clínicas, nos ayuda a visualizar a futuro la necesidad de aplicar evaluaciones periódicas a las herramientas generadas y su debido diligenciamiento, con la finalidad de no incurrir en problemáticas de origen legal. Posgrado en Auditoria en Salud. Universidad CES Medellín.
- López Gutiérrez, Diego. De la cruz Esparza, Edgar (2012) Arquitectura de Referencia para Historia Clínica Electrónica Compartida en Colombia. Maestría en Ingeniería Telemática. El intercambio electrónico de información entre instituciones y organizaciones vinculadas al sector salud se ha convertido en un tema de gran relevancia en los últimos años. Según el informe de la multinacional IBM, se estima que para el año 2015 la cantidad de información de salud intercambiada por medios electrónicos en el mundo, superará el flujo de información de los sectores financiero, industrial, de comercio y de gobierno. En Colombia, la transformación tecnológica del sector salud se enfrenta a cuatro retos principales en la actualidad, relacionados con:
El surgimiento de nuevas necesidades para la gestión de la información.
La meta de conectividad de las instituciones vinculadas con el sector contemplada en el Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones.
La obligatoria aplicación de la historia clínica única electrónica antes del 31 de diciembre de 2013 (LEY 1438 DE 2011) Universidad del Cauca.
Por lo tanto se hace necesario la vinculación de herramientas informáticas y adoptar los cambios tecnológicos permitiendo realizar la unificación y veracidad de los documentos según necesidad e integralidad, contribuyendo al sistema integrado de gestión.

- Gomez Rojas, Diana. Vargas Uribe, María. Torres Casiano, Paola (2009) Evaluación y actualización de los protocolos de procedimientos clínicos de la I.P.S. clínica de optometría de la universidad de la Salle. Conforme a la estructura de un Protocolo de Procedimientos Clínicos se observó que los protocolos existentes en la I.P.S Clínica de Optometría no estaban soportados en Ciencias de la Salud Basada en la Evidencia. De acuerdo con la normatividad administrativa para la obtención de la calidad en lo relacionado a documentos (Manuales de Procedimientos Clínicos), se realizó una actualización que permite a la I.P.S. Clínica de Optometría obtener un producto-insumo de manera sistematizada, vital para los procesos de Habilitación y acreditación mediante la autoevaluación que redundará en seguir brindando servicios de alta calidad. Los procesos que se están estructurando en entidades que buscan obtener un alto grado de satisfacción en el usuario pero sin dejar de lado a los colaboradores o clientes internos busca generar herramientas que fortalezcan los procesos y brinden datos asertivos y confiables de manera oportuna y eficaz. Universidad de la SALLE.
- Chávez Sánchez, Rodolfo. (2010). Diseño de un sistema de información HCE HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA. En el trabajo investigativo desarrollado fueron estudiadas las variables que aplicarían para el desarrollo de una herramienta informática que lograra desarrollar una valoración médica por completo permitiendo el remplazo de los elementos físicos por los informáticos, mostrando las ventajas que tiene el uso de la información a través de medios magnéticos y la garantía de su confidencialidad y agilidad en la obtención de la información, brindando herramientas de soporte las cuales son metodología de estudio, pero sobre las cuales hay bases que aportan a la continuidad del proyecto a desarrollar y las falencias que tienen necesidad de suplir y abordar para fortalecerlas. Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

5.3. INTERNACIONAL

- ARBAIZA, Lydia; RIVAS, Alexis; LLERENA, Carlos; MONGGÓ, Víctor; PALOMINO, Carmen. Modelo de seguridad y salud ocupacional para los sectores joyería y bisutería. La base del logro de este objetivo ha sido la identificación de riesgos por proceso con base en el análisis teórico-práctico de cada uno de los macro procesos definidos y de sus respectivos procesos. Como resultado se han generado lineamientos enfocados directamente a los sectores estudiados que permiten prevenir y controlar los riesgos que afectan al colaborador en su actividad diaria, en la interacción con máquinas e instalaciones, y al entorno en el que se desempeña. Por otro lado, el modelo, a través de sus lineamientos, ha logrado establecer medidas de prevención y control dirigidas hacia las

personas que viven en las zonas aledañas y al medio ambiente con el que interactúan las empresas de los sectores en estudio. Del anterior estudio se logró obtener información de la aplicabilidad del sistema de seguridad y salud en el trabajo y los puntos críticos que se pueden generar así como el modo de ser abordados y la necesidad de que este sistema de seguridad y salud en el trabajo se desarrolle de manera oportuna y en tiempo real generando la satisfacción y la salud de los colaboradores siendo este el centro de atención. Lima: Universidad ESAN, 2012. JOYERÍA / SEGURIDAD

- Riquelme Huerta, José. (2012). Factibilidad de un servicio colaborativo y on-line de historial de salud electrónico. La solución propuesta resuelve la ubicuidad de la información de cada paciente, requerida para su atención, a través de un servicio de intermediación integral que incluye un diseño de interoperabilidad organizado con bases de datos federativas y estándares de intercambio de información en salud. Todo esto enmarcado en dos conceptos paradigmáticos como son la Historia Clínica Electrónica (HCE) y el Historial de Salud Electrónico (HSE), existe la oportunidad única de resolver una problemática de salud pública, a través de la innovación en el servicio al sector salud, focalizado en el paciente, aprovechando las inversiones en tecnologías ya realizadas. Todos ganan, los pacientes, los profesionales de la salud y la sociedad, haciendo más eficiente y eficaz la atención en salud centrada en el paciente. Se evidencia un planteamiento que busca suplir necesidades y centrarse en la atención integral, acogiéndose esta serie de conceptos, se logran adoptar a los colaboradores buscando el beneficio de los mismos a través del manejo e instauración de medios electrónicos en busca de la oportunidad y la atención en tiempo real. Universidad de Chile.
- Hernández Salvador, Carlos. (2004). Modelo de Historia Clínica Electrónica para tele consulta médica. Un nuevo sistema de información que pretende ahorrar tiempo en movilidad y disminuir el error médico para la intervención desde la expedición de un documento hasta la intervención del médico. La proyección que tiene este sistema de Historia Clínica Electrónica es retroalimentable con las nuevas tecnologías que se dan a conocer, en este caso, en el mundo de la medicina; saldrá un nuevo enfoque y un nuevo inbox al cual asignar una tarea, es un sistema de analizar, experimentar y resolver inconformidades en el centro médico. Este enfoque vendrá con nuevas herramientas administrativas y plataformas, donde el médico se conecta a través de un tablet pc a cada habitación, y pueda encontrar toda la información necesaria de cada uno de los miembros de la habitación y de esa manera no depender de otras áreas. En el estudio realizado se pueden evidenciar las facilidades que pueden ofrecer las herramientas informáticas y por lo tanto genera que cualquier tipo de herramienta pueda contar con su desarrollo vinculándolo a través de plataformas de red, generando integración de información y

accesibilidad sin limitaciones para los profesionales del área de seguridad y salud en el trabajo. VIII. METODOLOGÍA Universidad Politécnica de Madrid.

- Sabartes fortunay, Richard. (2013). Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción: Desarrollo e implementación, factores clave. La Historia Clínica ha ido evolucionando y adaptándose a cada momento histórico. En los últimos años hemos asistido a grandes cambios en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Como es lógico la medicina no ha escapado a esta revolución tecnológica. Uno de los instrumentos clave de esta revolución tecnológica en medicina es la Historia Clínica Electrónica. La presente Tesis analiza el contexto histórico, legal y sanitario de la Historia Clínica Electrónica. Se continúa con una presentación más específica a nivel de conceptos, barreras, funciones y beneficios de la Historia Clínica Electrónica. Se abordan aspectos como los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, la seguridad de la información clínica, los sistemas de información, las tecnologías de la información y comunicación y la interoperabilidad. Se presenta la necesidad de aplicar una metodología determinada para el desarrollo e implementación de una Historia Clínica Electrónica siendo la identificación de factores clave fundamental para asegurar la correcta implantación. Asimismo se describen los objetivos principales de analizar, diseñar, desarrollar e implementar una Historia Clínica Electrónica en un Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, a través de una correcta metodología, así como conocer los factores clave de un proceso de implementación. Se presenta el modelo de gestión de proyecto con todos sus procesos de definición, planificación, ejecución, seguimiento y control y cierre. Se tratan los instrumentos específicos: Comisión de Historia Clínica y Comité Técnico. Se abordan las distintas áreas en las que debe ser aplicado: pruebas diagnósticas, peticiones clínicas, informes de alta, documentación clínica interna, prescripción electrónica, unidad de digitalización e informes de monitorización. Se exponen las distintas fases del proyecto de la Historia Clínica Electrónica: análisis, diseño, desarrollo, pruebas y transición, implantación, aceptación, mantenimiento y soporte. Se revisan aspectos generales sobre codificación clínica, seguridad e investigación y docencia. Los resultados obtenidos se presentan a nivel de cada una de las áreas en las que ha sido aplicada, con especial énfasis en los dos años de experiencia de uso y los factores clave. Se muestra una Historia Clínica Electrónica estructurada, con distintas utilidades y posibilidad de explotación de la información. Se describen las versiones realizadas y el alto nivel de satisfacción en la encuesta de valoración. Se analizan el crecimiento y las mejoras experimentadas en cada una de las áreas. Se abordan aspectos de accesibilidad, disponibilidad, seguridad y confidencialidad, así como su impacto estructural. Como se muestra en el anterior estudio las ventajas que tiene son formidables por lo tanto se trata de acogernos a un sistema

que brinde fortalezas y elimine reprocesos permitiendo actuar de manera idónea y segura, siendo el objetivo en común el bienestar en este caso para los colaboradores. Universidad Autónoma de Barcelona.

- Riondet, Beatriz. (2007). Evaluación estadística de la calidad de la Historia clínica en un servicio de clínica Médica del hospital interzonal general De agudos general. La evaluación de la calidad de la atención médica es desde hace tiempo una preocupación de muchos autores e instituciones y es indudable que cualquier establecimiento debe esforzarse por elevar la calidad de la atención a sus pacientes. Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las Historias Clínicas (HC). Desde hace muchos años los médicos y las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la HC. Se le pide al médico tratante la mejor calidad de ese documento que, es la única forma que hay para analizar la evolución de una enfermedad, además de las ventajas administrativa y médico legales que tiene. Quién lee una HC puede evaluar qué clase de atención recibe el paciente. De ahí que el primer comité que se ha creado en la mayoría de los establecimientos ha sido el que examina las historias clínicas. La gestión de calidad debe ser encarada con criterio de equidad y de justicia. Existe una innumerable variedad de métodos que se emplean para la auditoria. Muchos de estos son correctos, pero deben ser utilizados con rigor científico y ético, dejando de lado otras consideraciones, para tender al mejoramiento de la calidad de atención médica. Hay muchos modelos de historia clínica pero lo fundamental es que esté correctamente elaborada, contenga los datos que realmente son utilizados en el transcurso de la internación y después del egreso, consigne correctamente la atención de enfermería y otros departamentos técnicos, que esté escrita con letra legible y si fuera posible con computadora. A sí elaboradas son útiles y sirven al establecimiento y a los profesionales que en él trabajan, como servirán a la justicia toda vez que sea requerida su intervención. La Historia Clínica es el elemento clave para el ejercicio profesional del personal sanitario, tanto desde el punto de vista asistencial –pues actúa como guía en el manejo clínico del paciente- como desde el investigador y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios. La HC se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un enfermo y donde se resumen todos los procesos a que ha sido sometido. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un conjunto de formularios normativos, gráficos y de ambas formas en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y permiten su evaluación. A pesar del alto valor que tiene en todos los aspectos (vg. asistencial, sanitario, docente, investigador, jurídico), no existen disposiciones legales sobre la forma en que deben confeccionarse las HC. En el anterior estudio se hace

una descripción detallada de los elementos de vital importancia que la historia clínica debe contener y la necesidad de ejecutarse, evidenciando la importancia de mantener los registros de manera completa y segura dando criterios para la elaboración de la misma y la necesidad de la integralidad de la misma. San Martín de la plata. Universidad nacional de la plata.

6. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio descriptivo – cualitativo ya que referencia la ocurrencia de los hechos y registro de la información.

Por las características de la investigación se divide en cuatro fases, la primera fase se basa en investigar la normatividad, que aplica a la historia clínica laboral sistematizada, la segunda fase en evidenciar las necesidades que se presentan por reprocesos para la recolección de la información en el área de seguridad y salud en el trabajo, la tercera fase, estudiar las herramientas que son necesarias para el desarrollo de una herramienta ofimática, la cuarta fase la identificación de la capacidad en hardware de los equipos de cómputo para la instalación de la herramienta ofimática.

7. MARCO METODOLÓGICO

Este trabajo contiene fases claramente establecidas que consisten en el estudio de las necesidades requeridas para el desarrollo de una historia clínica laboral orientada a la seguridad y salud en el trabajo de los colaboradores del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel.

En consecuencia, se desarrolló un tipo de estudio descriptivo, permitiendo en primer término un abordaje cualitativo gracias a la aproximación al análisis de contenido en donde se reconocieron diversos marcos conceptuales para alcanzar el objetivo general del trabajo. Estos conceptos se encuentran insertos en diferentes paradigmas los cuales pasaron a través de un proceso de organización, recolección y procesamiento. En segunda instancia, los datos recolectados en esta fase permitieron evidenciar la viabilidad de dar continuidad con el proyecto, frente a las necesidades evidenciadas.

El estudio para la elaboración del software incluirá las siguientes etapas:

Primera Fase: Descripción teórica de la fundamentación legal de la historia clínica en Colombia. En esta descripción se tomaron en cuenta cada una de las normas que regulan el proceso de la elaboración de contenidos, manejo y seguridad de los registros específicos de cada persona que solicita los servicios de salud, especialmente los referidos en la resolución 1995 de 1999, teniendo en cuenta además los conceptos emitidos en la Constitución Nacional, así como las leyes, decretos y resoluciones que se encuentran relacionados para tal efecto.

Segunda Fase: Descripción teórica de la evolución a través del tiempo de la historia clínica laboral sistematizada. Se hizo una investigación descriptiva y teórica de las diferentes formas en que se realiza la consignación de datos provenientes de los estados de salud de las personas a través del tiempo y como han evolucionado siendo específicos y apuntando a la evaluación de los usuarios desde diversas perspectivas siendo la laboral fundamental en el proceso de conservación de su salud.

Análisis de Requisitos: En esta etapa se analiza toda la información disponible sobre formatos y protocolos de atención que son empleados en los colaboradores, al igual que las tablas relacionadas disponibles sobre zonas, niveles de lesión, planes de tratamiento, diagnósticos, etc. Adicionalmente se recoge información sobre el proceso que se llevará para el registro de la historia clínica laboral.

Diseño y Arquitectura: Se determina cómo funcionará el programa de forma general minimizando los detalles. Se incorporan consideraciones de la implementación tecnológica, como el hardware, la red, plataforma de desarrollo, base de datos a utilizar, etc.

8. RESULTADOS

Con base en la investigación de tipo descriptivo y en la aplicación de la metodología descrita en el numeral anterior, se obtuvo un estudio que permite justificar la implementación de un modelo de historia clínica ocupacional, permitiendo su aplicabilidad en el área de seguridad y salud en el trabajo brindando un mecanismo ágil, cómodo y seguro, el cual facilita el desarrollo de las actividades y fijar objetivos claros siendo el eje de este el colaborador, brindando beneficios como lo son el orden, secuencialidad, parametrización, e indagar e investigar las causas que generan mayor grado de accidentalidad en el hospital, en busca de la mitigación de los riesgos, el avance, el beneficio económico y sobre todo dar continuidad al proceso de reconocimiento como institución acreditada, tratándose de un elemento que se encuentra por segmentos en el diseño permitirá realizar investigaciones de diferentes tipos, obteniendo datos directos que permitan un tipo de estudio cuantitativo, de la misma manera se realiza la descripción de datos subjetivos incluido el proceso de interpretación mediante un estudio cualitativo, identificando los datos referidos por el colaborador, garantizando el reconocimiento a su individualidad y confidencialidad en el manejo de la información.

El diseño de la historia clínica permite dar seguridad al colaborador, al profesional de seguridad y salud en el trabajo y a las entidades supervisoras acerca del proceso desarrollado en el acto del profesional que presta la atención al tener en cuenta los principios de la Bioética como la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. El registro de los datos originados brinda seguridad acerca de los criterios que se tuvieron en cuenta para realizar un procedimiento, teniendo como objetivo el desarrollo de la herramienta ofimática que pueda garantizar el cumplimiento de la reglamentación colombiana, el diseño no pretende juzgar las normas que le rigen puesto que no es uno de los objetivos del trabajo, en cambio se adapta a ellas para brindar seguridad y confianza a cada uno de los participantes de la consulta.

La utilidad del estudio del diseño de la historia clínica laboral es una respuesta a las necesidades que plantea el equipo de seguridad y salud en el trabajo, conforme a la interrelación de cada uno de los datos registrados entendidos como parte de un proceso

emergente. Este pensamiento se logrará a lo largo de la descripción de los eventos narrados por el colaborador y tendrán su mayor importancia en el espacio dado para la interpretación del proceso desarrollado, se evidenciaron los ítems que debe llevar la historia clínica ocupacional sistematizada tomando como base los formatos que son diligenciados diariamente en el área de seguridad y salud en trabajo relacionados en las ilustraciones (1-12) denominadas como formatos de accidentalidad, exámenes ocupacionales, valoraciones ocupacionales, ausentismo y novedades, donde se evidencia que en todas las bases requieren datos similares para la identificación del colaborador pero que son diligenciadas de manera individual y como si fuesen parte de un proceso independiente, generando reprocesos, transcripciones, errores de digitación y pérdidas de tiempo innecesarias, como se logra observar hay matrices que cuentan hasta con cincuenta y cuatro (54) variables, sin programación, por lo tanto todas las actividades son desarrolladas de manera manual generando desperdicios de los recursos informáticos por falencias del conocimiento de programación, evidenciando en el análisis los siguientes ítems para la herramienta informática a desarrollar:

Módulo de Configuración

Opciones para la administración de la siguiente información:

- Datos Generales
- Hospital Pablo VI Bosa
- Diagnósticos ocupacionales

Módulo de Seguridad

- Control de Usuarios
- Cambio de Clave
- Log de actividades de usuarios

Módulo de Historia Clínica Laboral

Incluye la siguiente información:

- Nombres
- Apellidos
- Tipo y Número de Documento de Identificación
- Fecha de Nacimiento y la edad, que es calculada por el sistema en forma automática.
- País, Departamento y Ciudad/Municipio de nacimiento
- Tipo y Número de Documento de Identificación
- Estado Civil
- Sexo
- Tipo de Usuario
- Tipo de Afiliación
- Empresa Aseguradora
- Examen Físico

En esta parte de la historia se debe poder registrar la siguiente información:

- Signos Vitales
- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal que el sistema calcula automáticamente.
- Temperatura

Esquema de Vacunación

Según las necesidades del cargo o área en la cual se van a desarrollar actividades cumplir con el esquema de vacunación solicitado con las dosis completas.

Accidentes o eventos presentados ocupacionalmente:

Se realizará el registro de los datos de manera minuciosa de tal manera que se tenga información precisa sobre la eventualidad presentada:

- Lugar
- Fecha y hora
- Actividad que se encontraba desarrollando
- Tipo de lesión
- Relato descriptivo del evento ocurrido
- Direccionamiento
- Reporte de accidente
- Responsable del colaborador
- Lugar de direccionamiento
- Fecha de investigación
- Investigación del evento
- Responsable de investigación
- Reporte de investigación.

Medios y Materiales a utilizar:

- Hardware
- Computador con procesador Core bajo interfaz Windows 7.
- Software Adobe Dream Weaver CS6

Los datos relacionados permiten evidenciar las variables a manejar en la herramienta ofimática para su desarrollo y los requerimientos que son necesarios tanto para su creación como para su ejecución, en el hospital Pablo VI Bosa cuentan con la tecnología suficiente para que la herramienta informática pueda ejecutarse, ya que cuentan con servidores de gran capacidad, los cuales se encargan de correr la interfaz de la programación, la cual sería enlazada a la página virtual que la entidad maneja, permitiendo que se cuente con acceso desde cualquier equipo de la institución, así mismo fueron verificados los computadores los cuales cuentan con la capacidad descrita en la tabla (7) Descripción Informática, brindando tranquilidad en el desarrollo del proyecto y su debida ejecución.

De esta manera se hace necesario generar un cronograma que permita establecer el desarrollo del proyecto para su debida ejecución y verificar la presencia de contratiempos y de correcciones a establecer el cual se encuentra propuesto en la ilustración (15) Cronograma, así como el equipo que debe denominarse para establecer las actividades de manera coherente contando con las capacidades para el desarrollo de las mismas, como se evidencia en la tabla (3) Matriz de competencias y su debido orden jerárquico propuesto para el desarrollo de las actividades ilustración (14) Organigrama.

8.1. ILUSTRACIONES DE BASES DESARROLLADAS EN EL HOSPITAL PABLO VI BOSA AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

1	INGRESO A HOSPITAL	CONDICIONES BÁSICAS (FACTOR)	CONDICIONES BÁSICAS (FACTOR)	CONDICIONES BÁSICAS (FACTOR)	CONDICIONES BÁSICAS (FACTOR)	CONDICIONES BÁSICAS (FACTOR)	CONDICIONES BÁSICAS (FACTOR)	CONDICIONES INMEDIATAS (FACTOR)	CONDICIONES INMEDIATAS (FACTOR)	CONDICIONES INMEDIATAS (FACTOR)	CONDICIONES INMEDIATAS (CONDICIÓN)	CONDICIONES INMEDIATAS (CONDICIÓN)	CONDICIONES INMEDIATAS (CONDICIÓN)	RECOMENDACIÓN 1	RESPONSABLE recomendación 1	Estado Recomendación	RECOMENDACIÓN 2
2	20-may-12	107. Falta de Coordinación	108. Reacción inadecuada y lenta	301. Sobre carga emocional				300. operar a velocidad inadecuado			300. Espacio limitado para desenvolverse	pisos lizo		tomar medidas de preventivos, caminar por piso lizo	colaboradora		uso de zapatos carra con suela antideslizante
3	16-abr-12										100. no señalar, no advertir			poner un tornamartín en el que pueda llevar cómodamente el equipo de trabajo, uso de zapatos y ropa cómoda y adecuada	colaboradora		
4	05-nov-12		304. rutin, monotonía, labor sin novedad, desgano, falta de confianza		401. fallas en evaluación de necesidades y riesgos			200. falla en asignar adecuadamente						no realizaq la actividad, si no tiene acceso a la vivienda	colaboradora		evitar desplazamiento individuales y colocar demarcia
5	15-feb-12				007. Instrucción, orientación y entrenamiento inadecuado	103. criterios inadecuados de diseño especificaciones y normas	401. fallas en la evaluación de necesidades y riesgos	herramientas insuficientes			100. equipos de protección inadecuado o insuficientes			definir una persona que realice el cuidado de las diferentes huertas	interventor del contrato, talento humano		la persona encargada de huertas debe cumplir con todos los elementos de protección.
6	11-jun-11		108. reacciones inadecuadas o lentas		trabajo en vehículo en movimiento			200. falla en asegurar adecuadamente			300. espacio limitado para desenvolverse			visualizar el área y estar pendiente de presencia de animales	colaboradora		estar alerta, evitar andar detrás de vehículos
7	12-mar-08		001. Limitación de estatura, peso y tamaño, fuerza, alcance	401. Falta de experiencia				200. falla en asignar adecuadamente	1000. adaptar una posición inadecuada para hacer la tarea				verificar los pasos a seguir para realizar la practica	colaboradora		Asegurar todos los elementos que se van utilizar en la practica.	

Ilustración 1 MATRIZ DE ACCIDENTALIDAD PARTE 2

Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

1	Estado Recomendación 2	RECOMENDACIÓN 2	RESPONSABLE recomendación 2	Estado Recomendación 3	RECOMENDACIÓN 3	RESPONSABLE recomendación 3	Estado Recomendación 4	RECOMENDACIÓN 4	RESPONSABLE recomendación 4	OBSERVACION DEL SEGUIMIENTO
2		uso de zapatos cerrado con suela antideslizante	colaboradora y lider		se hablara con la señora de Servicios generales					Refiere que termino terapis y el control, refiere dolor ocasional, pero refiere que ya se encuentra bien.
3										CASO CERRADO ya no trabaja en el hospital
4		evitar desplazamiento individuales y colocar la demarcia	colaboradora		evitar realizar procedimiento que ponga en riesgo en seguridad e integridad					refiere que ocasionalmente presenta dolor en el tobillo izquierdo, pero no se le empuja, se le dan recomendaciones solicitar un control en el post medico, evitar uso de tacones tener zapatos cómodos. 3. notificar inmediatamente.
5		la persona encargada de huertas debe cumplir con todos los elementos de protección.	interventor del contrato, talento humano							Fue a cita medica a la EPS, le dieron gotitas, para los ojos, ha disminuido la bolita, es como una especie de cavaño y se siente bien.
6		estar alerta, evitar andar detrás de vehículos	colaboradora		uso de elementos de protección, normas de tránsito, breve inspección del área					CASO CERRADO Refiere colaborador que no presenta secuelas por el accidente de trabajo.
7		Asegurar todos los elementos que se van utilizar en la practica.	colaboradora		Adoptar una posición adecuada para hacer la tarea	colaboradora				CIERRE DEL CASO. Refiere sentirse bien del accidente sin secuelas.

Ilustración 2 MATRIZ DE ACCIDENTALIDAD PARTE 3

Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

Consecutivo del Examen	FECHA DE RECIBIDO (DD-MM-AA)	FECHA DE REALIZACIÓN (DD-MM-AA)	No. IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO	IPS	CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS								
								SEXO		EDAD						
								M	F	18-25	26-35	36-45	45-55	> 55		
1	02-ene-15	30-dic-14	52909970	Bautista Rondon	Ingrid Paola	Educadora Fisica	Juan Bautista Salud Ocupacional		1			1				
2	07-ene-15	05-ene-15	1031154204	Diaz Machado	Diana Catherine	Auxiliar de Enfermeria	Juan Bautista Salud Ocupacional		1	1						
3	07-ene-15	29-dic-15	1016032739	Gonzalez Zabaleta	Jaime Alejandro	Medico	Juan Bautista Salud Ocupacional	1								
4	07-ene-15	07-ene-15	1015410984	Sandoval Gutierrez	Cindy Yneth	Auxiliar de Enfermeria	MM Salud Ocupacional Ltad		1	1						
5	07-ene-15	13-dic-14	1123731691	Zabaleta Arias	Andres Felipe	Medico	Juan Bautista Salud Ocupacional	1		1						
6	09-ene-15	07-ene-15	1030619871	Cardenas Avila	Erika marcela	Abogada	Juan Bautista Salud Ocupacional		1	1						
7	08-ene-15	26-dic-14	1010182483	Barreto Hernandez	Angel David	Auxiliar de Enfermeria	Cendiatra	1			1					
8	08-ene-15	08-ene-15	10190395594	Bogota Leon	Maria Camila	Medico	MM Salud Ocupacional Ltad		1	1						
9	09-ene-15	08-ene-15	1013638894	Bejarano Quintero	Gina Stephania	Administradora de Planeacion	MM Salud Ocupacional Ltad		1	1						
10	09-ene-15	09-ene-15	53038881	Mora Sanabria	Lady Diana	Auxiliar de odontologia	MM Salud Ocupacional Ltad		1		1					
11	14-ene-15	09-ene-15	53103992	Gonzalez Martinez	Jaidy Yenid	Medico	MM Salud Ocupacional Ltad		1		1					
12	14-ene-14	13-ene-14	1018405933	Cardozo Angarita	Jennyfer	Medico	Cendiatra		1		1					

Ilustración 3 BASE DE DATOS EXAMENES OCUPACIONALES PARTE 1
Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

TIPO DE EXAMEN	EXÁMENES REALIZADOS											HALLAZGOS POSITIVOS EN EXÁMENES REALIZADOS	CONCEPTO					RECOMENDACIONES	
	I	P	R	GLU	C.H.	P. LIP	P. TIR	P. HEP	OPTO	AUDIO	ESPIRO		OTRO	APTO	APTO CON RECOMENDACIONES	APTO CON RESTRICCIONES	NO APTO		APLAZADO
1													Ninguno	1					Pausa activa, higiene post
1													Uso de correccion Visual	1					Higiene postural y de coli
1													Uso de correccion Visual	1					uso de epp, correccion
1													Ninguno	1					Higiene postural y de coli
1													Ninguno	1					Capacitar en paus
1													Ninguno	1					Capacitar en paus
1													Ninguno	1					Higiene postural y de coli
1													Uso de correccion Visual	1					Higiene postural y de coli
1													Uso de correccion Visual	1					Uso de cor
1													Ninguno	1					Uso de cor
1													Ninguno	1					Continua
1													Sobrepeso	1					Continua
1													Ninguno	1					Continua
1													Ninguno	1					Continua

Ilustración 4 BASE DE DATOS EXAMENES OCUPACIONALES PARTE 2
Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

RECOMENDACIONES	OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO	SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA					
			ERG	AUD	E.I.	CV	VIS	OTRO
Pausa activa, higiene postural y de columna, control ocupacional medico anual.	SVE Ergonomico	Ninguno	1					
Higiene postural y de columna vertebral y estiramiento muscular, uso de epp, correccion visual, control anual por optometria	SVE Ergonomico y Visual	Ninguno	1					1
Higiene postural y de columna vertebral y estiramiento muscular, uso de epp, correccion visual, control anual por optometria	SVE Ergonomico y Visual	Ninguno	1					1
Capacitar en pausas activas e higiene postural.	SVE Ergonomico	Ninguno	1					
Higiene postural y de columna vertebral y estiramiento muscular, uso de epp.	SVE Ergonomico, Biologico	Ninguno	1					
Higiene postural y de columna vertebral y estiramiento muscular,	SVE Ergonomico	Ninguno	1					
Uso de correccion visual permanente	SVE Ergonomico y Visual	Ninguno	1					1
Uso de correccion visual permanente	SVE Ergonomico y Visual	Ninguno	1					1
Continuar tto con medico de eps	SVE Ergonomico	Hipotiroidismo en tto	1					
Continuar tto con medico de eps	SVE Ergonomico y RCV	Ninguno	1				1	
Ninguno	SVE Ergonomico y Biologico	Ninguno	1					
Ninguno	SVE Ergonomico y Biologico	Ninguno	1					

Ilustración 5 BASE DE DATOS EXAMENES OCUPACIONALES PARTE 3
Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

1		NOMBRE	CEDULA	GENERO	EDAD	RANGO DE EDA	TERRITORIO	FECHA	FC REPOSI	FC MAXIM	ANTECEDENTES
2	1	hgik	39644076	MUJER	45	40 - 49	T14	24/03/2014	63	101	TIROIDES HIPO
3	2	MARIA ESPERANZA NAIX	51783020	MUJER	40	40 - 49	14	14/05/2014	85	100	TENDINITIS POPLILEO
4	3	CLARA SANTAMARIA	39643652	MUJER	48	40 - 49	T2	05/03/2014	83	101	SECUELA POLIO, ARTROSIS CADER
5	4	SANDRA CARDENAS	51920050	MUJER	45	40 - 49	14	10/06/2014	72	109	RUPTURA DE LIGAMENT
6	5	ANGIE AMAYA LOZANO	1022949254	MUJER	25	20 - 29	2	09/05/2014	74	112	QUIRURGICOS, CIRUGIA DE APENDICITIS Y QUISTE EN OVAR
7	6	GABRIEL ARTURO BAIMIMA	1013670995	HOMBRE	27	20 - 29	S PUBLICA	25/06/2014	78	157	NINGUNO
8	7	ALEJANDRO CORTES	1026271472	HOMBRE	0		14	24/06/2014	95	121	NINGUNO
9	8	GLORIA STELLA PATAQUIVA	39650499	MUJER	45	40 - 49	14	24/06/2014	90	130	NINGUNO
10	9	OLGA LUCIA GUALDRON	53891502	MUJER	31	30 - 39		24/06/2014	71	125	NINGUNO
11	10	CONSTANZA BERNAL	23306663	MUJER	35	30 - 39	14	24/06/2014	69	105	NINGUNO
12	11	LUZ MIRIAM GUITIERREZ	39654690	MUJER	43	40 - 49	S PUBLICA	24/06/2014	58	104	NINGUNO
13	12	CARLOS ALMANSA	15043790	HOMBRE	44	40 - 49	14	25/06/2014	68	120	NINGUNO
14	13	LUISA FERNANDA PEÑALOZA	53074005	MUJER	30	30 - 39	PIC	25/06/2014	82	116	NINGUNO
15	14	NUBIA YANETH GARZON	52378482	MUJER	36	30 - 39		25/06/2014	66	117	NINGUNO
16	15	MONICA GUZMAN	1011328649	MUJER	27	20 - 29	PIC	25/06/2014	74	144	NINGUNO
17	16	GINNA GUTIERREZ	1012392475	MUJER	21	20 - 29	14 UPA	25/06/2014	96	106	NINGUNO
18	17	MARCELA CADENA NIETO	1016008442	MUJER	26	20 - 29	VSPC	25/06/2014	88	155	NINGUNO
19	18	ELIANA ALVAREZ	39672588	MUJER	33	30 - 39	UPA	23/08/2014	61	154	NINGUNO
20	19	LUIS ERNESTO CHAPARRO	80896118	HOMBRE	29	20 - 29	14	23/08/2014	74	140	NINGUNO
21	20	LADY VILLAMIL	53009828	MUJER	29	20 - 29	14	20/08/2014	66	148	NINGUNO
22	21	LIZETH TRIANA	1072428110	MUJER	20	20 - 29	14	20/08/2014	93	124	NINGUNO
23	22	DIANA CARDOZO	52519188	MUJER	38	30 - 39	2	20/08/2014	71	118	NINGUNO

Ilustración 6 BASE DE DATOS VALORACIONES PARTE 1

Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

1	MARCHA ESTACIONAR	RECOMENDACIONES	OBSERVACIONES
2	1	ACEPTABLE	EJERCICIOS
3	2	REGULAR	EJERCICIOS
4	3	BAJA	EJERCICIOS
5	4	REGULAR	NO HAY ACTIVIDAD
6	5		NO HAY ACTIVIDAD Y RECOMENDACIONES
7	6	REGULAR	NO HAY RECOMENDACIONES Y PRUEBA DE MARCHA
8	7	ACEPTABLE	EJERCICIOS DE 3-4 VECES POR SEMANA
9	8	ACEPTABLE	BAJAR DE PESO, EJERCICIOS DE 3-4 VECES POR SEMANA MANEJO DE HIGIENE POSTURAL
10	9	REGULAR	BAJAR DE PESO, EJERCICIOS DE 3-4 VECES POR SEMANA
11	10	REGULAR	EJERCICIOS DE 3-4 VECES POR SEMANA
12	11	REGULAR	BAJAR DE PASO, EJERCICIOS DE 3-4 VECES POR SEMANA MANEJO DE HIGIENE POSTURAL
13	12	ACEPTABLE	BAJAR % GRASA, PESO TRABAJO C.V. 3 VECES POR SEMANA FORTALECIMIENTO GENERAL Y FLEXIBILIDAD
14	13	REGULAR	NO HAY RECOMENDACIONES
15	14	REGULAR	NO HAY RECOMENDACIONES
16	15	REGULAR	NO HAY RECOMENDACIONES
17	16	REGULAR	NO HAY RECOMENDACIONES
18	17	EXCELENTE	NO HAY RECOMENDACIONES
19	18	ACEPTABLE	NO HAY RECOMENDACIONES
20	19	REGULAR	REDUCIR PESO % GRASA, AUMENTAR H.F, FORTALECIMIENTO Y FEXIBILIDAD GENERAL
21	20	EXCELENTE	BAJAR DE PESO EJERCICIOS DE 3-4 VECES POR SEMANA
22	21	EXCELENTE	SUBIR DE PESO
23	22	REGULAR	EJERCICIOS BAJAR DE PESO

Ilustración 7 BASE DE DATOS VALORACIONES PARTE 2

Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

1	ACTIVIDAD	PESO	TALLA	IMC	VALORACION IMC	P. ABDOMIN	VALORACION P. A	F. DE PIERN	F. ABDOMIN	H. POSTURA	DIAGONAL PC
2	1	GESTOR	65KG	1,68MTS	#VALOR!	#VALOR!	87	NORMAL	DEFICIENTE	ALTERADA	DEFICIE
3	2		57	1,55	23,73	NORMAL	82	NORMAL	ACEPTABLE	BUENO	ALTERADA
4	3	PSICOLOGA	57	1,6	22,27	NORMAL	83	NORMAL	ACEPTABLE	DEFICIENTE	BUENO
5	4		72	1,58	28,84	SOBREPESO	101	ALTO	ACEPTABLE	REGULAR	ALTERADA
6	5	AUX ENFERMERA	64	1,62	24,39	NORMAL	89	ALTO	ACEPTABLE	BUENO	ALTERADA
7	6	IEF INSTITUCIONAL	59	1,63	22,21	NORMAL	83	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
8	7	PSICOLOGO	66	1,62	25,15	SOBREPESO	83	NORMAL	BUENO	REGULAR	ALTERADA
9	8	TEC AD	62	1,53	26,49	SOBREPESO	92	ALTO	BUENO	REGULAR	ALTERADA
10	9	TEC ACTIVO	65	1,63	24,46	NORMAL	84	NORMAL	ACEPTABLE	REGULAR	ALTERADA
11	10	AUX ADMINISTRATIVO	48	1,50	21,33	NORMAL	79	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
12	11	GESTOR COMUNITARIO	64	1,62	24,39	NORMAL	89	ALTO	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
13	12	QUIMICO FAR.	83	1,75	27,10	SOBREPESO	96	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
14	13	VIGILANCIA POBLACIONAL	46	1,51	20,17	NORMAL	73	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
15	14	VIGILANCIA COM	55	1,52	23,81	NORMAL	83	NORMAL	ACEPTABLE	REGULAR	ALTERADA
16	15	UPC	85,2	1,60	33,28	OBESIDAD	103	ALTO	ACEPTABLE	REGULAR	ALTERADA
17	16	G. COMUNITARIA	45	1,55	18,73	NORMAL	70	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
18	17	VSPC	57	1,56	23,42	NORMAL	77	NORMAL	ACEPTABLE	BUENO	ALTERADA
19	18	INFORMADORA	66	1,54	27,83	SOBREPESO	88	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
20	19	ASISTENTE JURIDICO	83,6	1,70	28,93	SOBREPESO	97,5	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
21	20	AUX FARMACIA	65	1,53	27,77	SOBREPESO	98	ALTO	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
22	21	AUX FARMACIA	39	1,56	16,03	BAJO	63	NORMAL	REGULAR	REGULAR	ALTERADA
23	22	ODONTOLOGIA	63	1,58	25,24	SOBREPESO	91	ALTO	ACEPTABLE	REGULAR	ALTERADA

Ilustración 8 BASE DE DATOS VALORACIONES PARTE 3

Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL SISTEMATIZADA EN EL HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.

CONSECUTIVO	MES	CEDULA	NOMBRE	SITIO	CARGO	CAUSA	VINCULACION	SISTEMA	DIAGNOSTICO
1	ENERO	3862295	MIRIA DEL CARMEN PEREA GOMEZ	CAMI	AUXILIAR LABORATORIO	EG	PLANTA	OSTEOMUSCULAR	CONTUSION LUMBOSACRA
2	ENERO	802661846	DIANA ALEJANDRA BARRERO ANGARITA					PIEL Y TEJIDOS	FOLICULITIS DEFRATOSIS PEDI
3	ENERO	3963933	MAPLENY PERALTA	SALUD PUBLICA	AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	EG	PLANTA	RESPIRATORIO	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPEC
4	ENERO	9702027	OLGA ROCIO RINCON FONSECA	ADMINISTRATIVA II	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	EG	PLANTA	REPRODUCTIVO	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA
5	ENERO	9702027	OLGA ROCIO RINCON FONSECA	ADMINISTRATIVA II	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	EG	PLANTA	REPRODUCTIVO	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA
6	ENERO	6102027	OLGA ROCIO RINCON FONSECA	ADMINISTRATIVA II	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	EG	PLANTA	REPRODUCTIVO	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA
7	ENERO	2981068	MARIA OLINDA ROBOYO BELLO	CAMI	AUXILIAR ENFERMERIA	EG	PLANTA	PIEL Y TEJIDOS	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICAS
8	ENERO	9522021	GILDY'S PUAZ HOOGHUALZ	SALUD PUBLICA	AUXILIAR ENFERMERIA	EG	PLANTA	ESTOMATOLÓGICO	FRACTURA DE LOS DIENTES
9	ENERO	3862295	ALBA LUZ PAELLA	LABORATORIO	AUXILIAR ENFERMERIA	EG	PLANTA	REPRODUCTIVO	NA
10	ENERO	3862295	MAPLENY PERALTA	SALUD PUBLICA	AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	EG	PLANTA	OSTEOMUSCULAR	CONTUSION LUMBOSACRA
11	ENERO	4295025	JESSICA JOHANNA MENDEZ GONZALEZ	LABORATORIO	AUXILIAR ENFERMERIA	EG	PLANTA	OSTEOMUSCULAR	CONTUSION LUMBOSACRA
12	ENERO	9182194	LUCY CLAREE GUINEZ CORDERO	PALLARELES	AUXILIAR EXTRAMURAL	EG	PLANTA	OSTEOMUSCULAR	CONTUSION LUMBOSACRA
13	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
14	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
15	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
16	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
17	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
18	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
19	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
20	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
21	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
22	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
23	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
24	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
25	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
26	ENERO	3862295	ALBA LUZ PAELLA	LABORATORIO	AUXILIAR ENFERMERIA	EG	PLANTA	REPRODUCTIVO	NA
27	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
28	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
29	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
30	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
31	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
32	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
33	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
34	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
35	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
36	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
37	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
38	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
39	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
40	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
41	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
42	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
43	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
44	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
45	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
46	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
47	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
48	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
49	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
50	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
51	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
52	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
53	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
54	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
55	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
56	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
57	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
58	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
59	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
60	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
61	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
62	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
63	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
64	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
65	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
66	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
67	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
68	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
69	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
70	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
71	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
72	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
73	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
74	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
75	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
76	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
77	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
78	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
79	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
80	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
81	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
82	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
83	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
84	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
85	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
86	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA
87	ENERO	1019170	LUIS ELIAS ALVARADO BARRAGAN	ADMINISTRATIVO II	TECNICO AREA SALUD	PERMISO MEDICO	PLANTA	NA	NA

Ilustración 9 BASE DE DATOS AUSENTISMO LABORAL PARTE 1
Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

SISTEMA	DIAGNOSTICO	CDIEMAG	FECHA (MM/DD/AA)	DIAS	HORAS	SALARIO	VALOR DIA	VALOR TOTAL	valor_esp	valor_hosp	valor_admin	valor_empleado
OSTEOMUSCULAR	CONTUSION LUMBOSACRA	NA	10/2014	5	40	\$ 1200,706	\$	208.491,00				
PIEL Y TEJIDOS	FOLICULITIS DEFRATOSA FELICILADA	1084	9/10/2014	1	0	\$ 2180,079	\$	73.627,30				
RESPIRATORIO	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	4039	09/09/2014	2	16	\$ 1000,056	\$	67.352,23				
REPRODUCTIVO	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	C599	9/2/2014	2	16	\$ 2107,772	\$	160.596,10				
REPRODUCTIVO	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	C599	09/02/2014	2	16	\$ 2107,772	\$	160.596,10				
PIEL Y TEJIDOS	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CABEZA	C443	08/07/2014	4	32	\$ 1452,606	\$	185.611,30				
ESTOMATOLÓGICO	FRACTURA DE LOS DIENTES	5028	10/20/2014	2	16	\$ 1142,606	\$	86.608,67				
REPRODUCTIVO	NA	NA	10/02/2014	10	144	\$ 1.500,000,00	\$	600.000,00	REPROMI EL 6			
OSTEOMUSCULAR	SINDROME MANSBITORADOR BIATERAL	M781	9/7/2014	8	64	\$ 1008,856	\$	269.294,93				
OSTEOMUSCULAR	CONTUSION DE LA CADERA	5700	10/20/2014	2	16	\$ 1500,000	\$	100.000,00				
OSTEOMUSCULAR	CONTUSIONES MULTIPLES		10/20/2014	3	24	\$ 1560,000	\$	196.000,00				
NA	NA	NA	10/20/2014	1	8	\$ 1850,293	\$	92.764,43				
NA	NA	NA	10/20/2014	1	8	\$ 1850,293	\$	92.764,43				
NA	NA	NA	10/20/2014	0,5	4	\$ 1850,293	\$	27.692,22				
NA	NA	NA	10/20/2014	0,5	4	\$ 1850,293	\$	27.692,22				
NA	NA	NA	10/20/2014	0,5	4	\$ 1850,293	\$	27.692,22				
NA	NA	NA	10/20/2014	0,5	4	\$ 1850,293	\$	27.692,22				
NA	NA	NA	10/20/2014	0,5	4	\$ 1850,293	\$	27.692,22				
NA	NA	NA	10/20/2014	1	8	\$ 1850,293	\$	92.764,43				
NA	NA	NA	10/20/2014	0,5	4	\$ 1850,293	\$	27.692,22				
NA	NA	NA	10/20/2014	0,5	4	\$ 1850,293	\$	27.692,22				
NA	NA	NA	10/20/2014	1	8	\$ 1850,293	\$	92.764,43				
NA	NA	NA	10/20/2014	1	8	\$ 1850,293	\$	92.764,43				
NA	NA	NA	10/20/2014	2	16	\$ 1500,000	\$	100.000,00				
NA	NA	NA	08/03/2014	4	32	\$ 2167,000	\$	355.680,00				
NA	NA	NA	4/30/2014	4	32	\$ 5100,000	\$	164.168,67				

Ilustración 10 Ilustración 9 BASE DE DATOS AUSENTISMO LABORAL PARTE 2
Fuente: Área de Salud y seguridad en el trabajo. Hospital pablo VI Bosa. 2015

GTH-R05A-DI-F43-343 Página 1 de 1

INFORME MENSUAL DE NOVEDADES DE COLABORADORES Versión: 02

Fecha: 2014-08-08

PROCESO: UNIDAD DE ATENCION / SEDE / ÁREA

MES REPORTADO: feb-15

NOMBRE DE INTERVENITOR (A): **MARTHA LILIANA TUNJO** FIRMA DEL INTERVENITOR

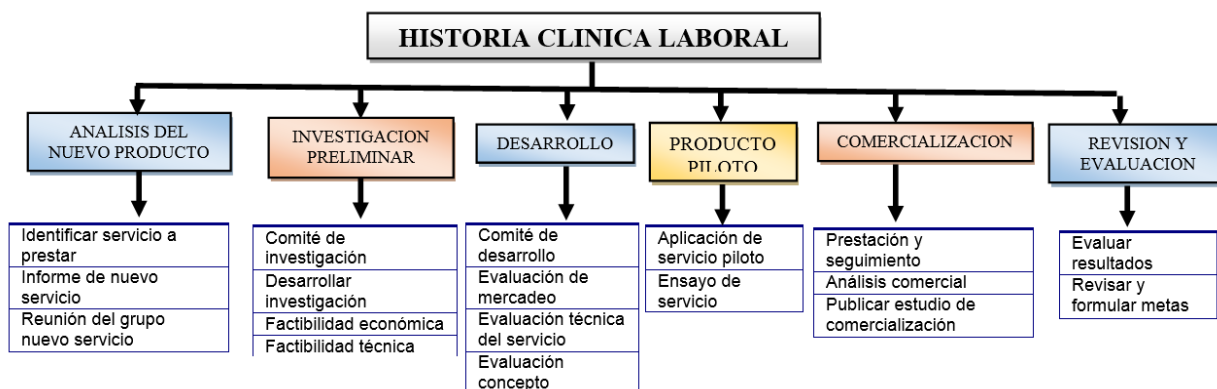
MARTHA LILIANA TUNJO

El personal que NO haya tenido novedades también se debe incluir en este formato. En los campos de novedades se selecciona SIN NOVEDAD, se colocan la Fecha de Inicio y Fecha de Terminación de la Novedad

CEDULA DE CIUDADANÍA	NOMBRE COMPLETO DEL COLABORADOR	TIPO DE CONTRATACION	No. OPS	PERFIL	N HORAS TRABAJO / DIA	TIPO DE NOVEDAD / PLANTA	TIPO DE NOVEDAD / OPS	FECHA INICIO DE LA NOVEDAD (dia/mes/año)	FECHA DE TERMINACION NOVEDAD (dia/mes/año)	CÓDIGO DE 10 INCAPACIDAD	DIAGNOSTICO POR INCAPACIDAD	NUMERO DE DIAS	TIEMPO HORAS	OBSERVACIONES
52833623	LUZ MARINA HERNANDEZ ROJAS	OPS	2											

8.2. RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL SISTEMATIZADA.

El siguiente diagrama de flujo evidencia los procesos y las actividades necesarias para llevar a cabo el desarrollo del proyecto en una fase de implementación el cual realiza la descripción del proceso desde su estudio hasta la fase de implementación y evaluación frente a procesos de mejora continua, en el momento se encuentra plasmado en la fase de investigación preliminar, la cual es de vital importancia, ya que permite desarrollar el proceso y formar las bases para su debida ejecución:



**Ilustración 12 DIAGRAMA DE FLUJO
8.3. ORGANIGRAMA**

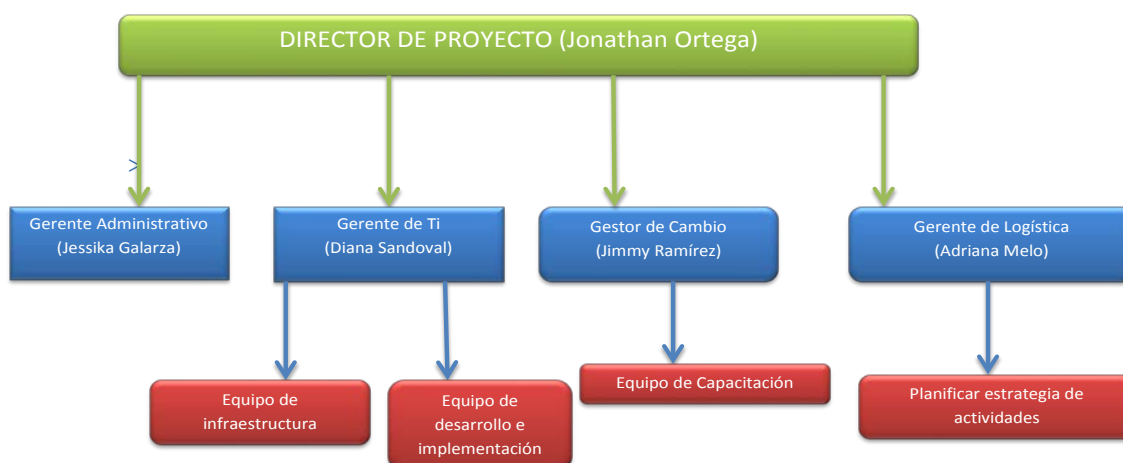



Ilustración 13 ORGANIGRAMA

	ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL SISTEMATIZADA EN EL HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
---	---

8.4. MATRIZ DE COMPETENCIAS

Tabla 3. MATRIZ DE COMPETENCIAS

EQUIPO DE TRABAJO	PERFIL	COMPETENCIAS	% DE PARTICIPACION
Gerente de proyecto	Especialista en Gerencia de Proyectos, Ingenieros industriales, Administradores, Economistas, Contadores y demás profesionales	Requiere de exigencias de responsabilidad y entrega por lo que se hace, a la vez de un conocimiento claro y profundo de lo que es la planeación y control de actividades. Además debe poseer espíritu de investigación y conocimiento general del entorno que lo rodea a él y a la institución que representa. Manejar las técnicas de las relaciones interpersonales dentro de la organización y de los equipos de personas que desarrollan los proyectos	100%
Profesional	Ingeniero Industrial, Administrador, economista	Administrar las estructuras organizacionales derivadas de un proyecto. Establecer objetivos y pautas de desarrollo de los proyectos. Manejar las técnicas operativas para el análisis y toma de decisiones necesarias en el cumplimiento de los objetivos de los proyectos.	100%
Profesional	Ingeniero de Software	Metodologías y técnicas para el desarrollo de software a pequeña y gran escala, tales como desarrollo de requerimientos, interacción humano-computadora, diseño, construcción, evolución, pruebas y aquellos relacionados con la administración, como el aseguramiento de la calidad y la administración de proyectos	100%
Profesional Universitario	Profesional en áreas Administrativas ó Ingenierías	Competente en la gestión organizacional: planea, organiza, dirige y controla los recursos para obtener los resultados previstos de manera eficiente.	100%

9. CONCLUSIONES:

Con el estudio para el desarrollado de un software diseñado para almacenar datos clínicos laborales del colaborador registrando los eventos acontecidos en su labor cotidiana, facilita las actividades para el equipo de seguridad y salud en el trabajo y permite realizar el registro digitalizado de la historia clínica ocupacional, al realizar un seguimiento de manera objetiva y dinámica a la condición de salud de los colaboradores, en tiempo real y supliendo las necesidades que sean percibidas a través del estudio se evidencio que el diseño del software generará mayor organización y confiabilidad garantizando la confidencialidad y el acogimiento de la normativa legal integrándose al sistema de gestión de calidad, eliminando los reprocesos y los costos que estos generan en la institución, evidenciando la necesidad que se encuentra presente la cual busca la estandarización en el manejo de la información, y el aporte al equipo de seguridad y salud en trabajo permitiendo que se centren en la eventualidad y dejen de lado los reprocesos documentales, los cuales se encuentran encaminados en el bienestar del colaborador, y sus necesidades, mitigando los riesgos a los que se encuentra expuesto centrándose en dar respuesta a sus necesidades y a su bienestar.

Un formato uniforme digitalizado permite que la información del colaborador sea integrada en el sistema para generar facilidad, agilidad, accesibilidad y oportunidad de la información, permitiendo darle aplicabilidad y utilidad a las herramientas ofimáticas así como a la actualización y avance informático, convirtiendo las debilidades en fortalezas y los aporte que el desarrollo de esta herramienta en oportunidad de mejora continua encaminados a generar valor agregado en los procesos apuntando a la contribución de la acreditación como ente unificado y capacitado en la atención diferencial con calidad e idoneidad.

10. RECOMENDACIONES:

El software es una herramienta que le permite al gerente de Seguridad y Salud en el trabajo realizar una evaluación continua del sistema, como herramienta para la toma de decisiones en cuanto al desarrollo de programas y estrategias que favorezcan la salud de los colaboradores en condiciones de la actualidad y proyecciones futuras.

Frente al estudio de un software propuesto este aportaría a un gerente de Seguridad y Salud en el trabajo y a su equipo la facilidad de la manipulación de los datos, y sus indicadores permitiendo fortalecer el área con los resultados evidenciados, siendo el beneficiario de este proceso el colaborador, ya que permite obtener información al instante, generar acciones sobre las necesidades que muestre por sistema, manejando un mismo idioma informático, el cual permitirá generar retroalimentación en tiempo real, genera compromiso ambiental al eliminar el uso de documentos impresos, y el espacio que ocupan en su almacenamiento, la disminución de personal encargado para realizar acciones de archivística, así como la disminución de tiempos y movimientos de la ejecución.

El impedir la sistematización de datos sería negar la posibilidad de la cuantificación, prefiriendo únicamente la descripción de procesos, lo que estaría en contra de las características de integralidad y funcionalidad de la historia clínica.

El diseño de la historia clínica es pertinente. El rechazo hacia la sistematización, se consideraría como un rechazo hacia otras formas de pensamiento y análisis, lo cual es contrario a la visión integral u holística de la medicina laboral, la cual a su vez pretende encontrar caminos comunes o complementarios que permitan un abordaje multidisciplinario para cada uno de los colaboradores.

11. FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

11.1. FUENTES PRIMARIAS

Cuestionarios, entrevistas a Personas, las organizaciones, los acontecimientos, el ambiente natural, entre otros.

11.2. FUENTES SECUNDARIAS

Libros, revistas, artículos de revistas, medios magnéticos.

12. RECURSOS.

Tabla 4. Recurso para la ejecución.

Nombre del investigador	Formación Académica	Función dentro del Proyecto	Horas/Semana	Semana	Total Horas	Valor
JHONNATAN ORTEGA	Ing. Industrial	Evaluador	5	48	240	\$ 4 800 000
			Total			\$ 4 800 000

Software	Justificación	Fuentes			Total
		Actividad	Horas / día	Total semanas	
Adobe Dreamweaver	Procesamiento	Creación de bosquejo para profesiograma digitalizado, orientado a la elaboración de software	6	12	\$2 000 000
Total					\$2 000 000

Tabla 5. Recursos para el desarrollo

Materiales	Justificación	Fuentes			Total
		ECCI	Horas/Semana	Total semanas	
Papelería	Informe	Se realiza anteproyecto con asesoría de la docente	4	4	\$ 5 000
Alquiler Video beam	Socialización	Se presenta el anteproyecto generado con el fin de transmitir la idea planteada	4	1	\$ 4 000
Impresión	Documentación	Se realiza impresión de la documentación generada para ser evaluada y conceptualizada.	1	0	\$ 5 000
Total					\$ 14 000

Tabla 6. Recursos para el desarrollo

Profesión	Función básica dentro del proyecto	Duración (meses)	Costo (meses)	Costo Total
Ingeniero Industrial	Coordinar las actividades a implementar y dar a conocer el proyecto y su planeación.	12	\$ 3 000 000	\$ 36 000 000
Médico especialista en S&SO	Realizar las valoraciones e implementar el uso del software así como la detección de mejoras.	12	\$ 4 500 000	\$ 54 000 000
Ingeniero Sistemas	Implementar de manera sistematizada el lenguaje a incorporar y la viabilidad del tipo de programación, así como su implementación.	5	\$ 2 500 000	\$ 12 500 000
Programador	Transcribir el mensaje de manera que sea manipulable mediante codificación.	3	\$ 2 000 000	\$ 6 000 000
Diseñador	Generar una interfaz que sea de fácil manipulación e interacción.	3	\$ 2 000 000	\$ 6 000 000
Total				\$114 500 000

Tabla 7. Descripción Informática

Descripción del equipo	Prospecto fundamental del equipo en el proyecto	Actividades en las cuales se utiliza primordialmente	Costo
(3) * Pc. 4 Gb Ram. Procesador CorI5	Con estos equipos se desarrollara la planeación, desarrollo y ejecución del software, así como su implementación.	Los equipos se utilizaran durante todas las actividades ya que son elemento fundamental e imprescindible en este desarrollo.	\$ 12 000 000
Total			\$ 12 000 000

13. CRONOGRAMA.

A continuación se muestra la tabla del cronograma evidenciando tareas críticas, la cual busca generar actividades que sean ejecutadas en el menor tiempo posible y con la cantidad de recursos mínimos en busca de brindar eficiencia y eficacia en la ejecución del proyecto a desarrollar brindando seguridad y certeza, si se procede a desarrollar su ejecución como se indica en la planeación realizada.

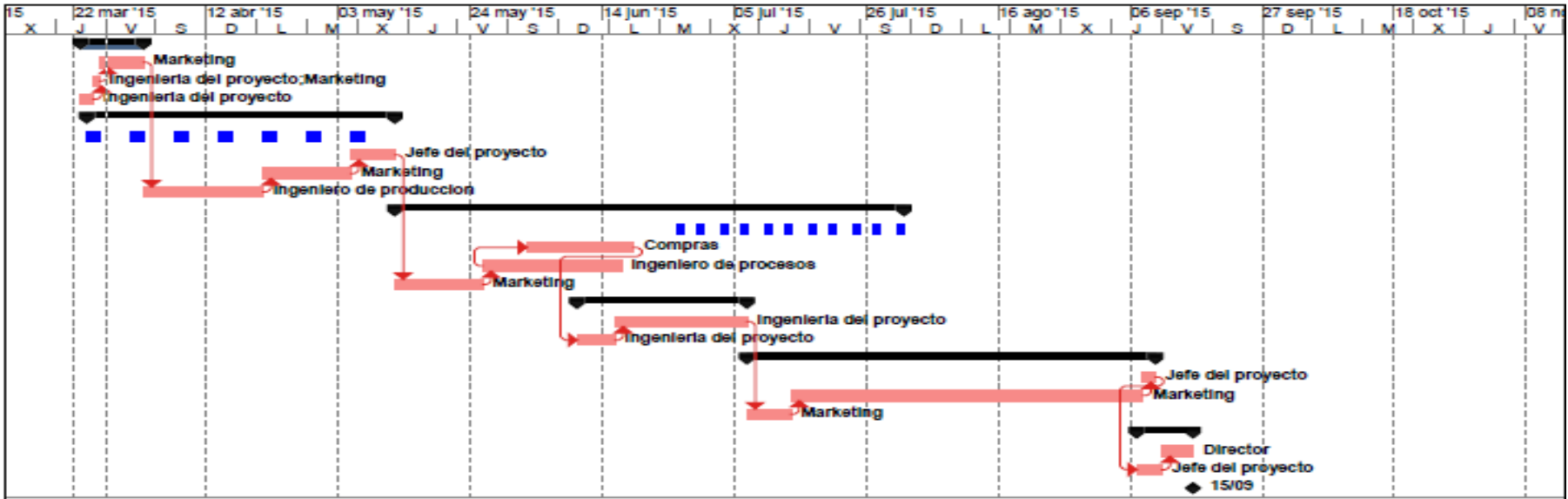


Ilustración 14. Cronograma

14. REFERENCIAS

- AGUILAR G, R. Tratado de derecho médico. 1 ed. Caracas: Legis, 2001. p 18-98.
- ALVAREZ, H. F. Auditoria médica y epidemiológica. 1 ed. Bogotá: Ecoe, 2009. p 22, 226.
- ARES, Y; CAMPO, R; SIERRA, J. *et al.* El consentimiento Informado. Arch Cir GenDig.2005.Ago.08.Disponible en:
- AYDIN, CE; ROSEN, PN; JEWELL, SM; *et al.* Computers in the examining room: the patient's perspective. Proc Annu Symp Comput Appl med Care. 1995; 824-8.
- BASTIAN, W; STALEY, T. Living fully, dying well. 1 ed. Boulder CO. USA: SoundsTrue, 2009. p 253.
- BORREL, F. Manual de entrevista clínica. 1 ed. Barcelona: Doyma, 1989. p 81-93.
- BUDRIS, F. Medicina China tradicional. 1 ed. Buenos Aires: Albatrós, 2004. p 8.
- CEDIEL A, R. Semiología médica. 4 ed. Bogotá: Celsus, 1996. p 4- 90.
- CODMAN, E. A study in hospital efficiency. Boston:Thomas Tood Co. Printers, 1918. En: BARRETO P, J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo, 2000; 1(1):50-5.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2006.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 23 de 1981. Código de ética médica. Bogotá. 1981.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. ⁶²Registros médicos e historia clínica.

- Bogotá. 1983. p 47.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá. 1999.
 - COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud. Bogotá. 2006.
 - COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 3380 de 1981. Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981. Bogotá. 1981.
 - CUMPLIDO, M; GONZALEZ, R. Prevención del riesgo en la práctica médica. 1 ed. Córdoba, Argentina: (Ed. desc), 2005. p 344.
 - DAVID, R. Egyptian Mummies and Modern Science. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. p 187-193.
 - DUQUE F, MARY E. Aspectos legales de la historia clínica: responsabilidad ético-disciplinaria civil y penal del odontólogo. Rev. Odont. Universidad Nacional. 1996. Vol. 20. 1. p 31-35.
 - DUQUE R, L; RUBIO V, H. Semiología médica integral. 1 ed. Medellín: Universidad de Antioquia, 2006. p 16-45.
 - ERRASTI, F. Principios de gestión sanitaria. 1 ed. Madrid: Díaz de Santos S.A, 1997. p 204.
 - ESLAVA, J; GUEVARA; O; GOMEZ, P. (Ed.) Semiología quirúrgica. 3 ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1956. p 21-22.
 - ESTEVEZ L, J; CURIEL H, J. Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: la admisión de enfermos y documentación clínica. 1 ed. Madrid: Médicos, 2003. p 10.
 - ESTRUCH, J. Las otras religiones: Minorías religiosas en Cataluña. 2 ed. Cataluña: Icaria, 2007. p 236.
 - FERGUSSON, G. Esquema crítico de la medicina en Colombia. 1ed. Bogotá:

CIEC, 1979. p 75.

- FOLSTEIN, M; FOLSTEIN, S; MCHUGH, R. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric research* 1975; 12: 189-198.
- FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico*. 1 ed en español. Madrid: Ed. Akal, 2005. p 193.
- FUNDACION VALLE DE LILI. *Historias Clínicas. Reglamento del Cuerpo Médico*. Cap. XI. Cali. 2008. Disponible en: <http://www.valledelili.org> Consultado el 3 de enero de 2015.
- GLICK, T; STEVEN, J; FAITH, W. (Ed). *Medieval science, technology, and medicine*. 1 ed. New York: Taylor and Francis group, 2005. p 143-144.
- GOLDBERG, H. A Scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9:139.
- GOOD, M; SMILKSTEIN G; GOOD, B. *et al*. The Family APGAR index: A study of construct validity. *J Fam Pract* 1979; 8: 1231.
- GUTIERREZ, R. J. Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud. *Revista CES Medicina*. 2003. vol. 17. p 2.
- GUZMAN, F. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. En: GUZMAN, F. El diagnóstico como hipótesis de trabajo. *Rev. Col. Neum*. 1996; 8 (3): 146-150.
- HACHINSKY, V; LLIFF, L; ZILLICA, E. *et al*. Cerebral blood flow in dementia. *Archives of neurology* 1975; 32: 632-637.
- HERAZO, A. B. *Historia clínica única*. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1986. p 32-58.
- [http:// www.cirugest.com/htm/revista/2005/18/2005-08-08.htm](http://www.cirugest.com/htm/revista/2005/18/2005-08-08.htm). Consultado el 18 de abril de 2010.
- HULKA, B. Scale for measurement at attitudes toward physicians and primary

- medical care. Med Care 1970; 8(5): 429-435.
- HUNT, S; MCKENNA S; MCEWEN, J; A quantitative approach to perceived health: Journal of Epidemiology and community Health. 1980; 34: 281-285.
 - IIZASTIGUI, D. F. Nuevo formato de historia clínica para las instituciones hospitalarias del MINSAP. La Habana, 1989. En: BARRETO P, J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo, 2000; 1(1):50-5.
 - IRENTON, H. A personal inventory. J Fam Pract 1980; 11: 137-140.
 - ISIDRO, A; MALGOSA, A. Paleopatología, la enfermedad no escrita. 1 ed. Barcelona: Masson, 2003. p 319.
 - JARAMILLO, A. J. Historia y Filosofía de la Medicina. 1 ed. San José: Universidad de Costa Rica, 2005. p 19-21.
 - JORNET, J. Malpraxis. Aspectos legales en la relación médico-enfermo. Barcelona: Ancora, 1991. 162 p.
 - KERGUELEN B, C. Calidad en salud en Colombia. Los principios. 1 ed. Bogotá: Scripto, 2008. p 39, 223.
 - KOROLKOVAS, A. Compendio esencial de Química farmacéutica. 1 ed. Barcelona: Reverté, 1983. p 376.
 - KRAYTMAN, M. El diagnóstico a través de la historia clínica. 2 ed. Madrid: IDEPSA, 1991. p 53.
 - LAIN, P. La historia clínica, historia y teoría del relato patográfico. 2 ed. Barcelona: Salvat, 1991. p 3- 630.
 - LARA, MI; LOPEZ, E; FLOREZ, T. Análisis, evaluación y diseño del sistema de información de historias clínicas de la Facultad de Odontología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1992. p 286.
 - LEFKOWITZ, M. (Ed). Black athena revisited. 1 ed. North Carolina: The University of North Carolina Press, 1996. p 247.
 - LOPEZ, O. M; GARCIA, T. C; MANRIQUE, B. I. Demandas a los

- médicos, observaciones sobre casos. Rev. Col. Gastr. 2004.19-1.
- MALAGON L. Auditoría en salud. 1 ed. Bogotá: Panamericana, 1998. p 362.
 - MARIETAN, H. La historia clínica: conceptos básicos. Rev. Arg. Clín. Neuropsiq. 1991. V. 3. p 47.
 - MAYLLE A, L. (pub). Valor médico legal de la historia clínica. Julio 17 de 2006. Lima: (Ed. desc.) Disponible en: <http://lincolnmaylleantaurco.blogspot.com/2006/07/valor-mdico-legal-de-la-historia.h> Consultado el 1 de Abril de 2015.
 - MILLON, T; MEAGHER, R. The MBHI: a new inventory for the psycho diagnostician in medical settings. Professional Psychology 1979; 10: 529.
 - MORGAGNI. B. De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Venecia: Tip. Remondiana, 1761. 548 p.
 - MORINSKY, D; GREEN, L; LEVINE, D. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. Medical Care 1986; 24: 67-74.
 - PARDO, M. P. Egipto, de la prehistoria a los faraones. 1 ed. Madrid: Silex, 2004, p 223.
 - PARETS G. J. La responsabilidad penal del médico. Rev. Cub. Der. Vol. 2. Jun. 1991. p 84-94.
 - PARKENSON, G; GEHLBACH, S; WAGNER, E. *et al.* The Duke-UNC health profile. An adult health status instrument for primary care. Med Care 1981; 19: 806-823.
 - PATRIC, L; SITTAMPALAM, Y; SOMERVILLE. *et al.* A cross-cultural comparison of health status values. American Journal of Public Health. 1985; 75(12): 1402-1407.
 - PEDRAZA, L. Informática médica. 1 ed. México: McGraw-Hill, 1998. p 10.

- PERU. COLEGIO MEDICO: Código de ética y deontología. Lima. (n.d).
Disponible en: http://www2.cmp.org.pe/doc_norm/codigo_etica_cmp.pdf
Consultado el 12 de febrero de 2014.
- PIÑEROS C, J. La historia clínica. 1 ed. Bogotá: Impronta Nacional.
Universidad Nacional de Colombia, 1954. p 10-19.
- PLESS, I. A measurement of family functioning and its implication. Soc Sci
Med 1973; 7:613.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. Tomo I.
21 Ed. Madrid. 1.994. p 743.
- RENCORET S, G. Auditoria médica: demandas y responsabilidad por
negligencias medicas. Rev. Chi. Rad. 2003. 9. (3). 157-160.
- REVERTE, J. Las Fronteras de la medicina. Límites éticos, científicos y
jurídicos. 1 ed. Madrid: Díaz de Santos. S.A, 1983. p 2.
- RODRIGUEZ A, H. La historia clínica como medio de prueba en los
juicios por responsabilidad médica. 2003. Disponible en:
http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/la_historia_clinica_como_medio..
Consultado el 23 de octubre de 2014.
- ROSENMAN R, BRAND R, JENKINS C. *et al.* Coronary heart disease in the
western collaborative group study. JAMA 1975.; 233: 872-877.
- RUBIO V. H. Manual de historia clínica. 2 ed. Medellín: Universidad Pontificia
Bolivariana, 2004. p 14, 223-224.
- SANCHEZ, O. G. La historia clínica como requisito y prueba profesional del
médico. En: Primeras jornadas de derecho médico. Cuadernos jurídicos # 2
Universidad Central de Chile. 2000. p 81-84.
- SELZER, M. Michigan alcoholism screening test. (MAST) preliminary report.
U mIch Med Ctr J 1968; 34: 143.

- SERNA, A; ORTIZ, O. Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica. 2005. En: BARRIOS GJ, PEREZ F. La historia clínica electrónica en Andalucía. Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-ventajas.htm>. Consultado el 14 de octubre de 2014.
- SINCHE, E. Historia clínica orientada al problema. MPA e-Journal Med. Fam.
- SOLOMON, GL; DECHTER. M. Are patients pleased with computer use in the examination room? J. Fam. Pract. Sep, 1995; 4 (3): 241-4.
- SOSA, M; OLIVERI, N; GAMBOA, C. *et al.* (Ed). Internet, telematics and health. 1 ed. Burke VA. USA: IOS Press, 1997. p 71.
- SPITZER, R; JANET, B; WILLIAMS, D. Entrevista clínica estructurada según DSM-III-R para los trastornos de personalidad. Research Dep. Nueva York, Biometrics research Dep. 1986.
- STEWART, M; DUNN, B; JANET, M *et al.* Development of the diabetes knowledge (DKN) scales: forms DKNA and DKNC. Diabetes Care 1984; 7: 36-41.
- SUROS B, J; SUROS B, A. Semiología médica y técnica exploratoria. 8 ed. Masson. Barcelona. 2001. p 10-90.
- TAGGESELL G, H. Error médico a la luz de la jurisprudencia comentada. 2 ed. Curitiba: Juruá, 2004. p 24.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Primeros Magister en Medicina Alternativa. Agencia de Noticias. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Marzo 29 de 2015. Disponible en:
<http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co>. Consultado el 12 de octubre de 2009.
- VARGA, A. Guía de series documentales. historias clínicas. documento 2. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004. p 1-10. .Disponible en:
<http://www2.unalmed.edu.co/archivo/documentos/Estudio%20sobre%20Historias%20clínicas%20N%202.doc> Consultado el 12 de Marzo 2015.
- VASQUEZ F, R. La prueba de la culpa ⁶⁸médica. 3 ed. Argentina: Hammurabí,

2009. p 131.

- VASQUEZ, F. Los daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. 1 ed. Argentina: Biblioteca Jurídica, 1993. 223 p.
- WEED, L. Medical records that guide and teach. N. Engl. J. Med. 1968. Mar. 14; 278(11):593-600.