

GLOSARIO

ARP: aseguradora de Riesgos Profesionales ó Administradora de Riesgos Profesionales, son compañías de seguros, oficiales ó privadas que cubren el riesgo de accidentes de trabajo de los empleados de las empresas.

AATEP: hace alusión a los accidentes de trabajo o a las enfermedades de origen profesional.

CLINISANITAS: institución Prestadora de Servicios de salud, perteneciente a La Organización Sanitas internacional.

EVENTOS AATEP: son todos los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se presentan en la atención de salud.

EPS: es una empresa privada ó pública que administra sistemas de salud. Su nombre la define: empresa promotora de salud; las hay públicas y privadas. Las Públicas administran recursos del estado para proteger a los funcionarios y empleados del Estado colombiano.

INTRASANITAS: es la intranet de la organización Sanitas, es un medio de comunicación donde se puede encontrar información importante sobre guías de manejo y protocolos de atención.

IPS: son Instituciones Prestadoras de Salud, son la red de clínicas, hospitales, institutos, etc, que suministran servicios de salud. Las hay públicas, identificadas con las iniciales E.S:E: (Empresas Social del Estado) y privadas con su nombre comercial con que se identifican (Ltda, S.A., E.U, etc.).

RIPS: registro individual de la prestación de servicios de salud. ASPECTOS GENERALES, La Resolución 3374/00 define el RIPS como el conjunto de datos que identifican una a una las actividades de salud que se realizan a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud. LOS PRESTADORES UTILIZAN EL RIPS PARA: Soportar el valor cobrado por las actividades de salud prestadas a las personas ante la entidad pagadora de los servicios de salud. Informar sobre actividades de salud prestadas en las modalidades de contratación por paquete, per cápita o servicios integrales. Conocer las causas que generan la demanda de servicios de salud.

SGSSS: es el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y se encuentra contemplado en el marco de la Ley 100 de 1993.

SGRP: es el sistema general de riesgos profesionales, el cual es el conjunto de entidades públicas y privadas destinadas a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con causa u ocasión del trabajo.

SUBREGISTRO: es el no registro oportuno, pertinente y eficaz de la información que debe ser consignada en la historia clínica.

TRIAGE: es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.

INTRODUCCIÓN

El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo.” (Ley 789 de 2002).

En este contexto, vale decir que el sistema de Seguridad Social debe promover el derecho a la salud en el trabajo. Esto quiere decir que todos los entes del sistema deben adelantar acciones en pro de mejorar las condiciones de los trabajadores, para esto existe una normatividad en el tema de Salud Ocupacional.

Teniendo en cuenta lo anterior y lo encontrado en la ley, un trabajador que presenta un Accidente de Trabajo puede acudir a su EPS para que le preste la atención médica que requiera y el médico que atiende el evento está en la obligación de reportarlo tanto a la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la cual se encuentra afiliado el usuario, como a la Aseguradora de Riesgos Profesionales (ARP), dicha responsabilidad esta descrita en la Resolución 2569 de 1999.

La EPS debe hacer el recobro a la ARP por la atención brindada al trabajador, si desde un comienzo no se hace una adecuada clasificación del evento ATEP, la EPS estaría asumiendo el costo por dicha atención y el usuario estaría renunciando a sus derechos como trabajador, cuando por ley le compete a la Aseguradora de Riesgos Profesionales responder y velar por la estabilidad y el bienestar de los trabajadores.

De aquí nace la importancia de revisar el conocimiento que tienen los médicos en este tema y evaluar si se realiza la clasificación y el reporte exigido por la ley, esta fue la principal motivación para la realización de este trabajo, al ver la relevancia que este aspecto tiene.

Este estudio se llevó a cabo en el área de urgencias de una institución de salud de la ciudad de Santiago de Cali. Fue realizado con los médicos de urgencias de esta entidad, a quienes se les aplicaron los instrumentos previamente diseñados.

La metodología empleada corresponde a la de un Estudio Descriptivo. Esta investigación tuvo una duración de ocho meses contados desde la presentación del anteproyecto y finalizando con la entrega del informe final. Fue ejecutado teniendo en cuenta los principios éticos propios de los procesos investigativos, buscando el beneficio y la justicia en la información para las instituciones,

aplicando principios de confidencialidad y respeto. La información aquí consignada será de utilidad para la toma de decisiones que contribuyan al fortalecimiento de estrategias y la elaboración de un plan de mejoramiento con relación al conocimiento, adecuada clasificación y reporte oportuno de eventos ATEP en esta organización.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Organización Sanitas Internacional en la ciudad de Cali, cuenta con dos Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) propias, donde principalmente se brinda la atención de urgencias a los usuarios de la EPS Sanitas. Estas IPS son el Clinicentro Tequendama y la Clínica Sebastián de Belacazar.

El Clinicentro Tequendama está ubicado al sur de la ciudad en el barrio Tequendama, está dotado con infraestructura para atender urgencias de baja complejidad, tiene un grupo de médicos generales, de enfermería y personal administrativo, que cuenta con entrenamiento en lo que atañe a la atención de urgencias.

La Clínica Sebastián de Belacazar está ubicada al oeste de la ciudad en el barrio Centenario, cuenta con dotación e infraestructura para realizar atención de urgencias de mediana complejidad, conformada también por un grupo de profesionales capacitado en la atención de urgencias.

Las dos IPS brindan atención las 24 horas del día, es importante destacar que son los médicos generales quienes realizan el triage y prestan la atención inicial de urgencias a los usuarios que vienen a la consulta.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante aclarar que es en la atención inicial de urgencias, donde se hace la clasificación del tipo de evento que presentan los usuarios y en las IPS de la Organización Sanitas en la actualidad, es el médico general el responsable de hacerlo.

Es decir que en el caso que se presente un evento ATEP (Accidente de trabajo o enfermedad profesional) es el médico de urgencias quien debe definirlo, clasificarlo y reportarlo. Recordemos que el decreto Ley 1295 de 1994 en el Artículo 6° que habla sobre las Prestaciones de servicios de salud, relata igualmente que para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), las Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP), deberán suscribir los convenios correspondientes con las EPS. Es decir que las EPS atenderán los eventos de origen profesional, las ARP reembolsarán a las EPS, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la EPS y la IPS, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo.

Por lo anterior, es claro que cuando un trabajador presenta un Accidente de Trabajo puede acudir a su EPS para que le preste la atención médica que requiera y el médico que atiende el evento está en la obligación de reportarlo a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentra afiliado el usuario, responsabilidad descrita igualmente en la normatividad actual vigente, más específicamente en la Resolución 2569 de 1999, donde establece como responsabilidad de las I.P.S:

Remisión del caso a la E.P.S. y A.R.P. a las cuales se encuentre afiliado el paciente.

Y en el Decreto 1295 de 1994 donde determina que las IPS deben:

- ✓ Atender al afiliado del sistema general de riesgos profesionales.
- ✓ Deberá informar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, a la EPS y a la ARP a las cuales aquel se encuentre afiliado.

Al hacer una revisión de cómo es el reporte de eventos ATEP que hace la EPS Sanitas al ministerio, nos damos cuenta que esta presenta una de las tasas más bajas a nivel nacional en la identificación de Accidentes de Trabajo.

Por lo anterior, nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Los médicos de las IPS que prestan la atención inicial de urgencias desconocen el papel que desarrolla la EPS, frente al Sistema General de Riesgos profesionales?, ¿Existe la posibilidad que se presenten dificultades para realizar oportunamente la clasificación y los reportes de los eventos ATEP que llegan a la consulta de urgencias?

2. ANTECEDENTES

Para comenzar a integrar la revisión de este tema, es indispensable dar una mirada a lo que define la Ley 100 de 1993, ya que con esta se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, definiéndolo como: “El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”¹ De aquí nacen sus tres componentes principales:

El Sistema General de Pensiones (SGP), El Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) y el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), cada uno con sus funciones específicas dentro del sistema. En cuanto a la prestación de servicios de salud a los usuarios del régimen contributivo según el SGSSS, describe que esta debe ser suministradas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) independiente del tipo de contingencia y en lo descrito en el SGRP se describe que: “las prestaciones Médico-Asistenciales. Los servicios de salud derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud de que trata la presente Ley, quienes repetirán contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo trabajador.”²

El Decreto Ley 1295 de 1994 en el Artículo 6° que habla sobre las Prestaciones de servicios de salud, relata igualmente que para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al SGRP, las ARP deberán suscribir los convenios correspondientes con las EPS. Es decir que las EPS atenderán los eventos de origen profesional, las ARP reembolsarán a las EPS las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la EPS y la IPS, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo.

Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que cuando un trabajador presenta un Accidente de Trabajo puede acudir a su EPS para que le preste la atención médica que requiera y el médico que atiende el evento está en la obligación de

¹COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 100. (23, de Diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C,1993. No 41148. p.1-168

² Ibíd. Libro tercero, capítulo 1, art. 254

reportarlo a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentra afiliado el usuario, responsabilidad descrita igualmente en la normatividad actual vigente, más específicamente en la Resolución 2569 de 1999 donde establece como responsabilidad de las I.P.S.:

- ✓ Remisión del caso a la E.P.S. y A.R.P. a las cuales se encuentre afiliado el paciente.

El Decreto 1295 de 1994 determina que las IPS deben:

- ✓ Atender al afiliado del sistema general de riesgos profesionales.
- ✓ Deberá informar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, a la EPS y a la ARP a las cuales aquel se encuentre afiliado.

Adicionalmente, para cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad (SOGC) donde se describen los criterios que deben efectuar las IPS para poder ser habilitadas: Allí se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; las IPS deberán tener establecidos los protocolos de identificación del origen enfermedad y Accidente de trabajo.³

La normatividad que rige en materia de Riesgos profesionales es muy clara, pero pese a esto se registra una tasa baja de identificación de accidentes de Trabajo en Colombia. Es frecuente encontrar que los usuarios del sistema probablemente desconocen la participación de las EPS en el asunto y las ARP tampoco direccionan al usuario, por lo tanto muchas personas no realizan la reclamación posterior al SGRP.

De aquí nace la necesidad de verificar si los médicos de atención de urgencias en realidad conocen el papel que desempeñan las EPS frente a la cobertura de eventos de origen profesional que permiten al usuario afiliado al SGRP acceder a los beneficios del mismo cuando se presenta un siniestro de origen profesional, Recordemos que la adecuada y oportuna identificación de los eventos que se atienden en las entidades, es un requisito de habilitación, revisaremos en la Tabla 1 las disposiciones del Anexo técnico de la Resolución 1043 y en la Tabla 2 Estadísticas del Sistema General de Riesgos Profesionales donde se evidencian las bajas tasas de eventos ATEP en el año 2009.

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 (3, Abril, 2006). Anexo Técnico No 1, Procesos prioritarios asistenciales, Cód. 5.2

Tabla 1: Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACION	MODO DE VERIFICACION
5.2	Todos los servicios	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos, bajo la metodología de medicina basada en la evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en el criterio del estándar de procesos y procedimientos. Para los servicios de consulta externa y de urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.					*Que se aplican los procedimientos o guías de atención suministradas por el prestador. *Durante la revisión de documentos y el recorrido Utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. *En caso de incumplimiento anote con precisión el procedimiento o guía clínica ausente o que no se aplica y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. *solicite los listados de las patologías que constituyen las 10 primeras causas de consulta y egreso.

Fuente: Anexo Técnico de la Resolución 1043 de Abril 3 de 2006. Página 139 de 238.

Tabla 2: Estadísticas del Sistema General de Riesgos Profesionales Año 2009

ESTADÍSTICAS SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES AÑO 2009								
CONCEPTO	TOTAL 2008	ENERO DE 2009	FEBRERO DE 2009	MARZO DE 2009	ABRIL DE 2009	MAYO DE 2009	JUNIO DE 2009	TOTAL 2009
TRABAJADORES AFILIADOS	6.188.317	6.269.036	6.478.917	6.603.203	6.732.464	6.825.024	6.796.459	6.796.459
EMPRESAS AFILIADAS	780.446	448.452	452.132	456.354	452.833	456.841	459.224	459.224
PENSIONES DE INVALIDEZ PAGADAS	728	30	22	21	30	27	38	168
MUERTES CALIFICADAS COMO PROFESIONALES	743	26	32	35	39	44	54	230
MUERTES OCURRIDAS	947	72	71	97	74	80	84	478
INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES PAGADAS	8.010	657	652	772	639	677	851	4248
ENFERMEDADES CALIFICADAS COMO PROFESIONALES	6.145	443	529	464	404	393	546	2779
ACCIDENTES CALIFICADOS COMO PROFESIONALES	360.800	24.775	27.759	30.784	27.875	28.048	28.806	168047
PRESUNTOS ACCIDENTES DE TRABAJO	512.908	34.622	39.781	43.520	40.705	41.353	40.281	240262
TASA DE ACCIDENTES CALIFICADOS COMO PROFESIONALES X 100	5,83	0,40	0,43	0,47	0,41	0,41	0,42	2,47
TASA DE ENFERMEDADES CALIFICADAS COMO PROFESIONALES X 100.000	99,30	7,07	8,16	7,03	6,00	5,76	8,03	40,89
TASA DE MUERTES CALIFICADAS X 100.000	12,01	0,41	0,49	0,53	0,58	0,64	0,79	3,38

Fuente: Administradora de Riesgos Profesionales Fiduciaria La Previsora S.A.

Al seguir avanzando en esta temática, se encuentra que uno de los principales problemas del Sistema General de Riesgos Profesionales es el subregistro de Accidentes de trabajo y/o Enfermedad profesional, pero esta situación no se presenta solamente en Colombia, así lo confirman varios estudios desarrollados en diferentes países. Uno de estos es el artículo publicado en 2005 por Héctor Upegi García,⁴ "Cifras en el mundo de la salud y seguridad en el trabajo: ¿Ver para creer?" en este documento se hace una comparación de 3 estudios realizados en Argentina, México y Colombia, de cada uno de ellos se concluye que existe subregistro o por lo menos potencial subregistro de enfermedad profesional y/o accidente de trabajo.

⁴ UPEGUI GARCIA, Héctor. Máster Europeo en Seguridad Social, Investigador y Consultor para la unidad de seguro de Accidente de Trabajo y Enfermedad profesional. Compañía reaseguradora. Múnich Re. Revista CES Medicina volumen 19 N°2 Julio- Diciembre de 2005.

El primero de estos compara la realidad de Argentina con la de Alemania y fue publicado en 2004 en una revista alemana,⁵ donde se evidencia una baja cuota de Enfermedades Profesionales. Los hallazgos fueron los siguientes: "... según la estadística oficial de la autoridad competente, la Superintendencia de Riesgos de trabajo de los 344.045 casos de lesiones en salud en ocasión del trabajo correspondiente al año 2002, el porcentaje de enfermedades profesionales fue del 1.54%; conforme a lo cual, un 81,81% corresponde a verdaderos accidentes de trabajo, 10,95% a accidentes en el trayecto desde y hacia el trabajo (in itinere) y un 4,13% a las llamadas reagravaciones. En el año 2001 el porcentaje de enfermedades profesionales fue del 7%, en el año 2000 del 1.3% y en 1999 solo de 0,9%"...⁶

El segundo estudio fue publicado en una revista de Salud Pública Mexicana, en donde se concluye que en México existe subregistro de por lo menos 26%. Fue un estudio transversal, llevado a cabo en este país, con información a escala nacional, proveniente de 27 Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.⁷

El tercer artículo fue presentado en Colombia en un congreso de Salud y Seguridad en el trabajo, en este se planteó que Colombia se encuentra en niveles medios de accidentalidad, 7% aproximadamente, estando mejor ubicada que otros países que llevan más tiempo trabajando en el tema, como Chile.⁸

El autor del artículo que recoge estos tres estudios, propone a manera de conclusión: "El análisis de la situación de la Enfermedad Profesional y Accidentes de Trabajo, debe avanzar en la construcción de escenarios que logren evaluar el aspecto multifactorial que influye en el diagnóstico, notificación y registro de la enfermedad profesional y de Accidente de trabajo. Este aspecto multifactorial incluye por ejemplo variables que influyen en la problemática pero igualmente en las soluciones, solo por mencionar algunas: modelos de Aseguramiento de riesgos profesionales, la falta de capacitación del sector salud, las políticas de empleo, la mayor o menor presencia de políticas públicas"⁹

⁵ Zimmer S. El Milagro de la desaparición de las Enfermedades profesionales. DieBG. Revista de la federación Alemana de Mutualidades del seguro para Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales (HVBG). Octubre 2004.

⁶ UPEGUI GARCIA, Héctor. Cifras en el mundo de la Salud y la Seguridad en el trabajo: ¿Ver para creer?. Rev. Ces Med 2005; 19(2): p.64

⁷ SALINAS TOVAR JS, et al. El Subregistro potencial de accidentes de trabajo en el Instituto Mexicano de Seguro Social. Salud Pública, México 2004; 46: 204-209.

⁸ CONGRESO DE SEGURIDAD, SALUD Y AMBIENTE. (37. Bogotá. 2004) Conocimientos de Salud Ocupacional con énfasis en la enfermedad profesional en los estudiantes de medicina de Décimo semestre, en la ciudad de Bogotá.

⁹ UPEGUI GARCÍA. OP. cit. P. 63-71.

Como menciona este autor existen varios factores que influyen en el oportuno diagnóstico, notificación, registro y seguimiento de Accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Uno de los aspectos que más llaman la atención y que se considera importante resaltar es la falta de capacitación de los profesionales del área de la salud en este tema.

En el Informe de Enfermedad Profesional en Colombia año 2003-2005,¹⁰ el Ministerio de la Protección Social hace un análisis de la situación en salud ocupacional en el país, tomando como base estudios anteriores. En este se logra identificar tendencias con respecto a las patologías más frecuentes, además de algunas patologías que emergen durante los últimos dos años como causas importantes de morbilidad profesional.

Una de las conclusiones que este documento presenta, es que a pesar del incremento en el número de diagnósticos y en la tasa de enfermedad profesional que se viene presentando en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud, sigue siendo alto el subregistro de enfermedad profesional en el país. Lo anterior se deduce al comparar las tasas registradas durante el cuatrienio de referencia con la estimación realizada por la OMS de 300 a 500 casos por cada cien mil trabajadores.¹¹

Esto quiere decir que para los afiliados cotizantes a régimen contributivo en el año 2004 se debieron esperar entre 16 mil y 27 mil casos de enfermedad profesional, mientras que para los trabajadores afiliados al SGRP durante el mismo año se debieron esperar entre 13 mil y 23 mil diagnósticos. Lo anterior es reiterado por Idrovo en su trabajo Estimación de las enfermedades ocupacionales en Colombia, 1985–2000, quien con base en la metodología de Leigh y colaboradores, y con las estimaciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) calculó indirectamente la incidencia anual de enfermedades profesionales en Colombia entre los años 1985 y 2000.¹²

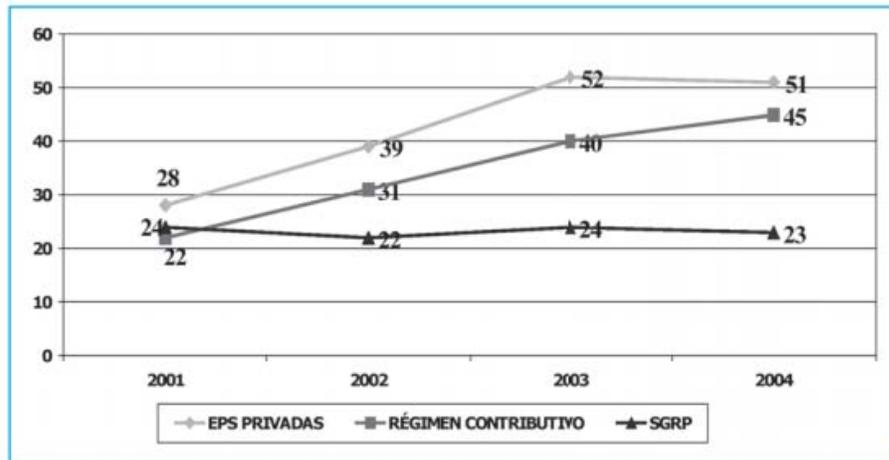
Los resultados de este estudio mostraron un incremento en la incidencia de enfermedades ocupacionales de 68.063 casos en el año 1985 a 101.646 en el año 2000.

¹⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe de Enfermedad Profesional 2003-2005. Publicado (febrero. 2007)

¹¹ *Ibíd.* P.63

¹² *Ibíd.* P. 64-65

Figura 1: Tasas de incidencia de enfermedad profesional en EPS privadas, Régimen Contributivo y SGRP. 2001–2004



Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales

Resulta interesante comparar las tasas de incidencia de los departamentos del país con mayores tasas, con las cifras presentadas en el régimen contributivo y el SGRP. La figura 1 y la Tabla 3 permiten observar las diferencias que existen en el país en términos de tasas de incidencia de enfermedad profesional. Todas las tasas de incidencia, excepto la del SGRP, han sido calculadas con base en la información suministrada por las EPS.

Tabla 3: Tasas de incidencia de enfermedad profesional en algunos departamentos, en algunas ARP, en el Régimen Contributivo y en el SGRP. Año 2004

	TASA DE EP POR CIEN MIL
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS	163
COLSEGUROS ARP	95
ALFA ARP	89
CUNDINAMARCA	69
LIBERTY ARP	64
RISARALDA	61
VALLE DEL CAUCA	58
SURATEP ARP	54
PREVISORA ARP	52
EPS PRIVADAS	51
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	45
SGR	23

Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales. Ministerio de la Protección Social. 2004

En promedio el 68% de los casos se encontraba en trámite ante la ARP al momento del reporte durante el cuatrienio 2001–2004, lo que reafirma la necesidad de reglamentar los procesos técnico–administrativos para el recobro entre EPS y ARP, con el objetivo de garantizar la oportunidad en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas a los trabajadores que han sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.¹³

Al hacer la revisión de los Avances del Plan de Trabajo para el Fomento del Registro, el Reporte y la Prevención de las Enfermedades Profesionales que se planteo en el informe de enfermedad profesional de los años 2001 y 2002, encontramos que la Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social publicó el plan de trabajo para prevenir las enfermedades profesionales e incrementar su diagnóstico, registró y reporte.

Dicho plan de trabajo fue incluido en el Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003–2007, refrendando de esta manera el compromiso del Ministerio frente al tema de la prevención de las enfermedades profesionales.¹⁴

El primer objetivo que plantea este plan de trabajo fue: “fortalecer la consolidación de la información de enfermedad profesional en el país, de tal manera que constituya un insumo para la definición de políticas”, desde ese entonces se han ejecutado tres actividades. Se formuló la Resolución 156 de 2005, por la cual se actualizan los Formatos de Reporte de Enfermedad Profesional (Furep) y de Accidentes de Trabajo (Furat). Se formuló la Resolución 1570 de 2005, por la cual se establecen las variables del Subsistema de Información de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales. Finalmente se diseñó e implantó el Subsistema de Información de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales, el cual está funcionando desde septiembre de 2005.

Es importante mencionar que una de las fuentes de alimentación del mencionado subsistema son las Empresas Promotoras de Salud (EPS), logrando de esta manera incorporar toda la información de enfermedad profesional originada por las EPS. Se espera de esta manera mejorar la calidad de dicha información y mejorar la frecuencia del reporte de algunas variables”.

El segundo objetivo plantea “fortalecer el conocimiento de los trabajadores sobre sus deberes y derechos con relación a las enfermedades profesionales”. Pero lamentablemente vemos como en la actualidad muchos trabajadores desconocen la normatividad.

El tercer objetivo define “incrementar las competencias técnicas de los médicos para el diagnóstico, registro y reporte de las enfermedades profesionales.” El

¹³ Ibid. 64-65

¹⁴ Ibid. P. 59-60

Ministerio suscribió la orden de prestación de servicios 273 de 2004 con la Universidad del Rosario, a través de la cual se desarrolló la capacitación de 687 médicos en 10 ciudades del país: Pasto, Pereira, Ibagué, Cúcuta, Bucaramanga, Villavicencio, Cartagena, Cali, Medellín y Bogotá. Esta capacitación fue dirigida a los médicos de la red de prestadores de servicios de salud pública y privada, quienes son los que tienen el primer contacto con el trabajador enfermo, ya que estos son el filtro inicial para clasificar los eventos ATEP.

En el Documento en mención se plantearon en total siete objetivos, pero solo hacemos énfasis especial en los tres primeros, por la relevancia que estos tienen en el tema que estamos revisando.

En la actualidad este Plan de Trabajo continua vigente y todos los actores del sistema tenemos la responsabilidad de cumplir con la normatividad, las estrategias y planes propuestos por el Ministerio de La Protección Social en lo concerniente a salud Ocupacional.

3. SUPUESTO TEÓRICO

Se puede presentar Subregistro de eventos ATEP en la EPS Sanitas, porque los médicos generales que hacen la atención inicial de urgencias en las IPS, desconocen los protocolos establecidos y no reportan adecuada y oportunamente dichos eventos a la EPS.

4. JUSTIFICACIÓN

A través de este estudio se pretende identificar si en las IPS de infraestructura de la EPS Sanitas, los médicos tienen el conocimiento para una adecuada clasificación e identificación de los eventos ATEP, de los casos que son atendidos en urgencias. Por lo anterior se aplicaran herramientas dirigidas al personal médico con el ánimo de obtener un diagnóstico situacional, al igual se verificara si se cumplen los protocolos instaurados por la organización y que tan oportuno y pertinente es el registro de estos eventos en el sistema y en la historia clínica.

Se debe tener en cuenta que son los médicos de las IPS quienes hacen el filtro inicial de los pacientes y posteriormente son los que realizan la clasificación de los eventos en el sistema y/o en la historia clínica. Estos reportes son claves para la EPS, ya que a través de estos se definen los eventos ATEP y la EPS puede efectuar el recobro correspondiente a la ARP a la cual está afiliado el usuario.

Es de vital importancia comprender que cuando no se hace la identificación oportuna del evento ATEP, la EPS no puede hacer el recobro respectivo a la ARP y por ende asume el costo de la atención del usuario, cuando por normatividad y por ley le compete a otro ente, que es el Sistema General de Riesgos Profesionales, representando esto pérdidas económicas para la EPS.

De acuerdo a los resultados obtenidos hemos elaborado unas sugerencias que servirán de base para la construcción futura de un plan de mejoramiento, que permita fortalecer y superar los puntos críticos encontrados.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de conocimiento del personal médico de urgencias de las IPS de infraestructura y si este grado influye en la baja tasa de eventos ATEP que se registra en la EPS Sanitas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio.
- Evaluar el conocimiento actual de los médicos que laboran en el área de urgencias, con respecto al papel que cumplen las EPS, frente al sistema General de Riesgos Profesionales.
- Comprobar el cumplimiento de los protocolos establecidos en la Organización Sanitas, para la identificación de origen de la enfermedad y de accidente de trabajo.
- Identificar si existen dificultades para realizar los reportes de los eventos ATEP, ya sea en la historia clínica o en el aplicativo Sophia, que impidan al médico hacer los respectivos reportes.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Cali (oficialmente, Santiago de Cali) es la capital del departamento de Valle del Cauca en Colombia y la tercera ciudad más poblada del país, después de Bogotá y Medellín. Como capital departamental, alberga las sedes de la Gobernación del Valle del Cauca, la Asamblea Departamental, el Tribunal Departamental, la Fiscalía General, Instituciones y Organismos del Estado.

Santiago de Cali fue fundada en 1536 y aunque es una de las ciudades más antiguas de América, solamente hasta la década de 1930 se aceleró su desarrollo hasta convertirse en uno de los principales centros económicos e industriales del país y el principal centro urbano, cultural, económico, industrial y agrario del suroccidente colombiano.¹⁵

El municipio de Cali limita al norte con Yumbo y la Cumbre, al nororiente con Palmira y al oriente con Candelaria. Al sur se encuentra el municipio de Jamundí, el área rural de Buenaventura al suroccidente y Dagua al noroccidente.

La ciudad es plana con una elevación promedio de 1.000 mts nivel del mar. Cali se sitúa además en un punto neurálgico y estratégico: hacia el occidente (aproximadamente 100 km) se conecta con el puerto de Buenaventura sobre el litoral pacífico, y al noreste el centro industrial de Yumbo con el que conforma el Área Metropolitana de Cali. La ciudad es paso además de la Vía Panamericana y por ende paso obligado desde Colombia hacia el Ecuador.

El clima es de sabana tropical. La Cordillera Occidental bloquea los frentes de aire húmedo provenientes del Océano Pacífico aunque es notable que la brisa marina llega a la ciudad. La Cordillera Occidental tiene 2.000 m de altitud promedio en el norte de la ciudad y alcanza los 4.000 m en el sur, esto hace que en la ciudad la región suroccidental sea más lluviosa que la noroccidental.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS: Cali no escapa a la tendencia colombiana de crecimiento de las áreas urbanas en detrimento de la población rural, tanto así que la ciudad (y su área metropolitana) duplicó su participación en la población vallecaucana y del país, hoy en día más del 60% de la población del Valle del Cauca habita en Cali y su área metropolitana. Para detalles ver la tabla.

¹⁵ COLOMBIA. GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA. (Citado Agosto. 2011). de internet.
<http://www.valledelcauca.gov.co/educacion/>

En cuanto a la distribución de la población, Cali es una ciudad habitada por gente joven según estadísticas del DANE.¹⁶ El grueso de la población es menor de 40 años. También se observa una mayor población de mujeres en casi todos los rangos de edad, excepto entre la población más joven, igualmente se ve como la edad promedio de las mujeres es mayor que la de los hombres.

El incremento de la línea de pobreza en Cali muestra lo crítica que es la situación de ciudad. Según la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, el 67,5% de los habitantes de la ciudad se pueden considerar pobres (2004). Mediciones de expertos en el tema, indican que este porcentaje fue 29,8% en 1994 y 39,0% en 1998. Este incremento se debe en gran parte a la crisis económica que empezó en 1998, pero también a la falta de respuesta de las políticas públicas para superar dichas situaciones por parte de las administraciones municipales precedentes.

De acuerdo con la Consultoría para los Derechos Humanos, Codhes, en el período 1999-2005 llegaron a Cali más de 55.000 personas como resultado de desplazamientos, de los cuales casi 20.000 llegaron solo en el 2005. La mayoría de esta población desplazada se establece en el sureste de la ciudad en el Distrito de Aguablanca.

Un aspecto destacado de la demografía caleña, y en general del occidente colombiano, es el alto porcentaje de población afro-colombiana, aproximadamente un 24%, lo que hace de Cali una de las urbes latinoamericanas con mayor población de raza negra. La influencia afro-colombiana en la cultura caleña es evidente en los aspectos musicales, por ejemplo, la ciudad es reconocida por sus orquestas de música salsa.

¹⁶ VALLE DEL CAUCA. Departamento administrativo nacional de estadística. (citado. Agosto. 2011). De internet.
www.dane.gov.co/index.php?Itemid=683&id=241&option=com_content§ionid=42&task=category

6.2 CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DE ESTUDIO

Colsanitas fue creada en 1.980 como una empresa de asistencia médica integral en Colombia, la **Organización Sanitas Internacional - OSI** - fue estructurándose con el nacimiento de empresas de infraestructura clínica, de servicios complementarios al usuario y paralelamente empresas comerciales e industriales, con función social y empresas de consultoría, las cuales surgieron para apoyar el trabajo de Colsanitas y posteriormente ofrecer sus servicios a terceros.

El esquema de la Organización, le ha permitido a cada empresa en Colombia y en los países en los que la **OSI** ha estado presente, ser reconocidas por su calidad, seriedad y compromiso; características que han fortalecido la identidad y han logrado unificar una imagen.

La **EPS Sanitas** es la empresa de la Organización Sanitas Internacional creada en 1995, como respuesta al Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar la atención del Plan Obligatorio de Salud (POS - Ley 100 de 1993). Para la prestación de estos servicios contemplados en el POS, la EPS Sanitas cuenta con una extensa red de médicos adscritos, tecnología e infraestructura que conforman su Cuadro Médico distribuidos en todo el territorio nacional.

La organización Sanitas Internacional cuenta con IPS propias para la prestación de los servicios a los usuarios, en varios lugares del país, ejemplo de esto son dos de las IPS de Cali, de las cuales hemos hecho mención en este estudio, La Clínica Sebastián de Belalcázar y el Clinisanitas Tequendama.

La construcción de la Clínica Sebastián de Belalcázar se inició en 1994. Se inauguró el 1 de diciembre de 1995 y abrió sus puertas al público del occidente del país el 2 de febrero de 1996. Además, con esta moderna institución la Organización Sanitas Internacional, OSI, ha revolucionado el concepto de atención personalizada y extendido su infraestructura en beneficio de todos los usuarios.

Actualmente la Clínica Sebastián de Belalcázar se ha constituido como uno de los establecimientos médicos más modernos de Colombia, en ella se combinan la tecnología de punta y la medicina especializada, para prestar a todos sus pacientes un servicio integral de excelente calidad humana.

Entre los servicios que presta se encuentran:

- Urgencias 24 horas
- Hospitalización con servicio hotelero 5 estrellas.
- Unidad de Cuidados Intensivos y de recién nacidos
- Cirugía general y ambulatoria
- Ginecología y obstetricia

- Imágenes diagnósticas. (Radiología general, ultrasonido, tomografía axial computarizada, ecografía, mamografía, TAC y ecocardiografía).
- Unidad de quimioterapia
- Laboratorio clínico.
- Terapia respiratoria.
- Programa especial para cirugía bariátrica.

Los Clinisanitas o Clinicentros son instituciones clínicas que ofrecen una atención médica inmediata, atención prioritaria, terapia respiratoria, laboratorio clínico, exámenes especializados, atención de urgencias de primer nivel de complejidad, entre otros a todos los usuarios de la Organización Sanitas Internacional y a particulares. Ejemplo de estos es el Clinicentro Tequendama.

En el servicio de urgencias de las IPS mencionadas laboran en total 18 médicos de planta, estos son los encargados de realizar el triage y clasificar el tipo de evento que presentan los usuarios.

Recordemos que la palabra triage se deriva del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Su uso se inicio en el campo de batalla; fue el proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran dejados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serias recibían tratamiento. Desde la perspectiva militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla.

En la actualidad este término se incorporo a la atención de urgencias, el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.¹⁷

En algunas entidades el triage es realizado por personal paramédico como profesionales de enfermería, pero según el protocolo de Colsanitas en esta entidad es realizado directamente por los médicos, quienes son los responsables de identificar y clasificar la causa externa en la atención de los pacientes.

Para hacer dicha clasificación existe una herramienta en el aplicativo Sophia, que es el programa utilizado en la institución para llevar el registro de las historias clínicas, este le permite al médico hacer una adecuada clasificación de acuerdo al evento del paciente y a los RIPS.

¹⁷ GÓMEZ JIMÉNEZ. J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. En: Emergencias. 2003, vol. 15, p. 165-174.

7. PROTOCOLO DE MANEJO DE ATEP EN COLSANITAS

Intrasanitas es el nombre que corresponde a la Intranet institucional, en esta se encuentran las guías de manejo y los protocolos de los diferentes procesos de la empresa. Según la información suministrada en esta, se hizo una revisión del Protocolo de manejo de ATEP que está vigente y se encontró lo siguiente:

7.1 OBJETIVO DEL PROTOCOLO DE ATEP EN COLSANITAS

Identificar, documentar y reportar, al área de Medicina Laboral, los casos de atención de usuarios afiliados a alguna de las compañías de la Organización Sanitas Internacional: Colsanitas, Medisanitas o EPS Sanitas, sobre cuya patología o motivo de consulta se detecte que se trata de un accidente de trabajo o sospecha de enfermedad profesional.

7.2 ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El procedimiento inicia cuando en la atención médica se sospecha de una enfermedad profesional o se detecta que se trata de un accidente de trabajo y finaliza:

- ✓ En accidente de trabajo, con la recolección y envío de los documentos soporte a Medicina Laboral requeridos para tramitar el recobro de los costos asistenciales.
- ✓ En sospecha de enfermedad profesional, con la remisión de los casos a Medicina Laboral para tramitar la correspondiente calificación de enfermedad profesional.

Este procedimiento aplica en Clínica Colsanitas, Cecimín, Oftalmosanitas y el Clinicentro Salitre en ámbito nacional por parte de los funcionarios de los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Cirugía y Hospitalización, con énfasis en lo correspondiente a usuarios afiliados a alguna de las compañías de la OSI: Colsanitas, Medisanitas, EPS Sanitas.

7.3 PROCEDIMIENTO

7.3.1 Enfermera Jefe o médico de Triage

- ✓ Dentro del procedimiento de Admisión que corresponda a cada unidad de servicio, si después de indagar el motivo de consulta se establece que se trata de un accidente, indague la actividad que se encontraba realizando el paciente a fin de establecer si puede tratarse de un accidente de trabajo.
- ✓ Si establece que puede tratarse de un accidente de trabajo, registre en la parte superior de los documentos iniciales de la atención (Hoja de Triage, Hoja de Admisión) el sello ATEP y remita al paciente con el funcionario de admisiones del respectivo servicio para que inicie el proceso de admisión.

7.3.2 Funcionario de Admisiones del respectivo servicio

- ✓ Solicite al paciente los documentos necesarios para iniciar el proceso de admisión según sea el caso. Ver procedimientos “ADMISION Y ATENCIÓN EN URGENCIAS” o “ADMISIÓN Y ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO” o “ADMISIÓN EN HOSPITALIZACIÓN” y remítalo con el médico tratante.

7.3.3 Médico Tratante

- ✓ Si determina que se trata de un accidente de trabajo, solicítele al paciente el Formulario Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT), si no lo tiene diligencie el formato “SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO”, en todo caso infórmele al paciente de la obligatoriedad de su empleador de reportar el FURAT a la EPS y a la ARP a la que se encuentra afiliado.
- ✓ Si la consulta es por urgencias, tramite la autorización telefónica con la ARP a la que se encuentra afiliado el paciente.

Si no se pudo establecer a cual ARP está afiliado, y se trata de un usuario de una de las compañías de la OSI: Colsanitas, Medisanitas o EPS Sanitas comuníquese con Medicina Laboral en Bogotá o con el Médico de Licencias Médicas de su regional para que inicien gestiones de documentación con el empleador y consigan la autorización de la respectiva ARP.

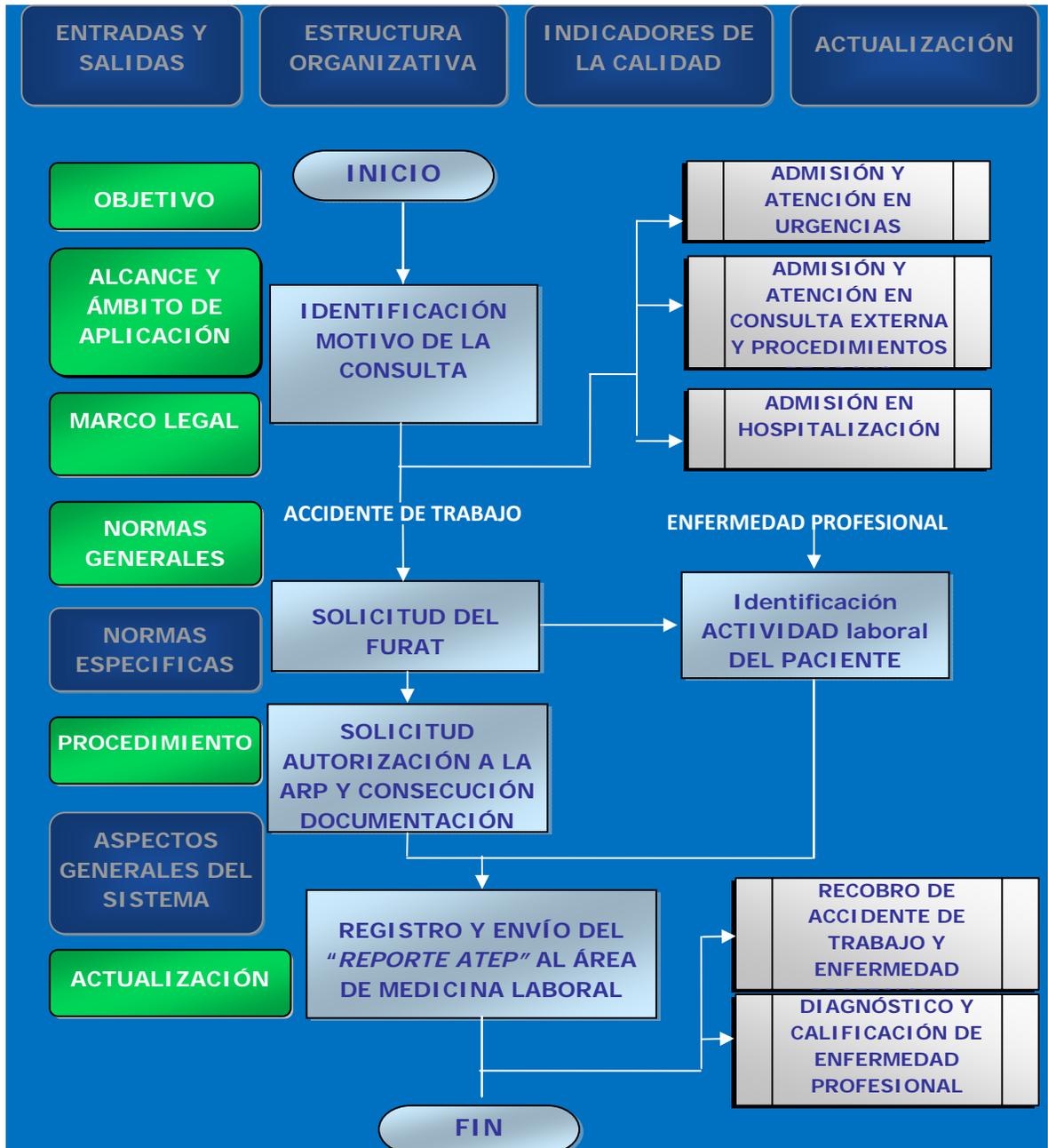
- ✓ Registre el número de autorización dado por la ARP y el nombre de la persona que lo otorgó sobre la “*Hoja de Admisión*” y en el FURAT o formato “SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO”.
- ✓ Si la consulta no es por urgencias, gestione la consecución de toda la documentación del accidente de trabajo y remítala a Medicina Laboral en la ciudad.
- ✓ Si por la patología que presenta el paciente se sospecha que puede tratarse de una enfermedad profesional, indague acerca de la actividad laboral que éste desarrolla y ha desarrollado.
- ✓ Si establece que hay sospecha de enfermedad profesional (Ver Anexo “Tabla de Enfermedades Profesionales y Traumas más Frecuentes”) diligencie el formato “SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO”.
- ✓ En los registros que realice en el Sistema de Información SOPHIA registre la información que permita identificar el accidente de trabajo o la sospecha de enfermedad profesional.
- ✓ Diariamente entregue al Funcionario de Admisiones, Director Administrativo o Director Médico del Clinicentro los FURAT y formatos de “SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO” diligenciados.

7.3.4 Funcionario de Admisiones / Director Administrativo / Director Médico Clinicentro

- ✓ Diariamente registre en el formato “REPORTE ATEP” todos los casos de usuarios de las compañías de la OSI: Colsanitas, Medisanitas o EPS Sanitas que ingresaron por accidente de trabajo o sobre los que se sospechó enfermedad profesional y envíelo en Bogotá al área de Medicina Laboral al correo electrónico medicinalaboral@colsanitas.com o en las demás regionales al correo electrónico del respectivo Médico de Licencias Médicas.
- ✓ Semanalmente envíe por correo interno copia de los documentos soporte de la atención a pacientes usuarios de las compañías de la OSI que ingresaron por accidente de trabajo o con sospecha de enfermedad profesional en Bogotá al área de Medicina Laboral o en las demás regionales al respectivo Médico de Licencias Médicas, con el fin de que ellos inicien los procesos de “DIAGNÓSTICO Y CALIFICACIÓN DE

ENFERMEDAD PROFESIONAL” o “RECOBRO DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL” según corresponda.

Figura 2: Diagrama de procesos protocolo ATEP Colsanitas



Fuente: Intrasanitas, 2011.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

Área Geográfica e Institucional. La investigación se llevó a cabo en el servicio de urgencias de las IPS de la EPS Sanitas, Clínica Sebastián de Belalcazar y Clinicentro Tequendama ubicadas en la ciudad de Santiago de Cali.

Actores del proceso. Los estudiantes de la especialización de administración en salud de la Universidad Católica de Manizales, el personal médico que labora en el área de urgencias de ambas IPS, en total veinte a quienes se les aplico el instrumento de evaluación.

Población objeto de intervención. Médicos que laboran en las IPS de infraestructura de la EPS Sanitas, en el servicio de urgencias.

Enfoque investigativo – El Tipo de Estudio es Descriptivo

Técnicas e Instrumentos. Para adelantar la investigación se aplicaron tres instrumentos, tipo encuesta a los médicos que participaron en el estudio.

Componente Ético. Se solicitó autorización a la Dirección Médica de ambas IPS y a la Central de Desarrollo Humano de la Organización Sanitas Internacional.

Variables. Todas las relacionadas con la caracterización de la población y las relacionadas con la evaluación del conocimiento de protocolos.

9. COMPONENTE ÉTICO

Para la realización y la ejecución de este estudio, se tuvo en cuenta los principios éticos propios de los procesos investigativos, buscando el beneficio y la justicia en la información manejada. Para la Organización Sanitas se diseñó una solicitud al área de Desarrollo Humano, al Director Médico de Clínica Sebastián de Belalcázar y del Clinicentro Tequendama y al subgerente administrativo de la EPS Sanitas con el fin de obtener autorización para aplicar los instrumentos en el personal médico que labora en estas dos IPS. En los sujetos evaluados se ha aplicado principios de confidencialidad y respeto.

10. VARIABLES

A continuación se hace la identificación de las variables utilizadas en el estudio:

Tabla 4: Caracterización de la población

Caracterización de la población						
<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Forma de registro</i>	<i>Indicador</i>
Sexo		Conjunto de características propias del sistema reproductor que diferencia el macho de la hembra	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	Porcentaje
Edad		Tiempo que una persona ha vivido contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Numérica	Años	Rango
Experiencia Laboral	Tiempo laborado desde el momento de ingreso a la institución		Cuantitativa	Numérico	Meses	Rango

Fuente: propia.

Tabla 5. Registro individual de prestación de servicios de salud RIPS

Registro individual de prestación de servicios de salud RIPS						
<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Forma de registro</i>	<i>Indicador</i>
Conocimiento acerca de lo RIPS	Capacidad de identificar el Registro Individual de Prestación de Servicios	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje	Cuantitativa	Nominal	SI NO	Porcentaje
Grado de Conocimiento de Utilidad de los RIPS	Capacidad de definir la utilidad de el Registro Individual de Prestación de Servicios	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje	Cuantitativa	Nominal	Para clasificar los eventos según su origen. Para determinar a qué ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido Todas las anteriores No sabe	Porcentaje
Capacitación en el manejo del aplicativo Sophia para una adecuada aplicación de los RIPS	Conocimiento en general por parte de los médicos de urgencias de la herramienta informática para el manejo de historias clínicas		Cuantitativa	Nominal	SI NO	Total personas capacitadas
Requerimientos administrativos para determinar la causa externa de los eventos traumáticos en los servicios de urgencias	Requisitos que se deben cumplir para una adecuada clasificación de la causa externa		Cualitativa	Nominal	Indagar sobre el mecanismo del trauma donde, cómo y cuándo ocurrió Validar afiliación al SGSSS Todas las anteriores No sabe	Porcentaje
Conocimiento acerca de la Entidad del SGSSS encargada de la asistencia en Salud de los eventos ATEP	Aseguradora del Sistema General de seguridad social en Salud que tiene a cargo los eventos derivados en Riesgos Profesionales	Asegurador que tiene a cargo los eventos de origen profesional, Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales	Cualitativa	Nominal	ARP EPS AFP	Nº personas con el conocimiento adecuado
		Asegurador al cual se deben reportar los eventos derivados de un Accidente de Trabajo o una Enfermedad Profesional	Cualitativa	Nominal	ARP EPS SOAT NO SABE	Porcentaje

Fuente: propia.

Tabla 6: Aplicación del Protocolo para la identificación y reporte de eventos ATEP en la Institución

Aplicación del Protocolo para la identificación y reporte de eventos ATEP en la Institución						
<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Forma de registro</i>	<i>Indicador</i>
Procedimiento aplicado al atender paciente con sospecha de Enfermedad Profesional	Conocimiento en general por parte de los médicos de urgencias del protocolo aplicado para la identificación de eventos ATEP en la institución	Capacidad de asimilar y aplicar los procedimientos institucionales	Cualitativa	Nominal	Ampliar información en H. C. y relación con actividad laboral Remisión del paciente a medicina laboral EPS Reporte a admisiones para autorización con la ARP Todas las anteriores	Porcentaje
Procedimiento aplicado en la identificación de un accidente			Cualitativa	Nominal	Lugar de ocurrencia y actividad que realizaba Preguntar dónde, cómo fue y la hora de ocurrencia Ocupación y horario laboral	Porcentaje
Registro de la información en la historia clínica			Cualitativa	Nominal	SI NO	Porcentaje
Conocimiento de la existencia y ubicación del Sello ATEP			Cualitativa	Nominal	SI NO	Porcentaje
Aplicación del Sello ATEP en Urgencias			Cualitativa	Nominal	SI NO	Porcentaje
Responsable de la identificación de la Admisión con el sello ATEP			Cualitativa	Nominal	Médico Personal de Admisiones No sabe	Porcentaje
Reporte de casos Sospecha ATEP			Cualitativa	Nominal	EPS ARP Funcionario de Admisiones NO SABE	Porcentaje

Fuente: propia.

Tabla 7: Posibles dificultades e impedimentos generados al realizar los reportes de los eventos ATEP

Posibles dificultades e impedimentos generados al realizar los reportes de los eventos ATEP						
<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Forma de registro</i>	<i>Indicador</i>
conocimiento de los protocolos establecidos para el cumplimiento de los procesos de habilitación para la identificación de ATEP	Es la cualidad de adherir, un adjetivo que se refiere a aquello, que es de fácil unión, trato o comprensión	Capacidad de asimilar y aplicar los procedimientos institucionales	Cualitativa	Nominal	SI NO	Número de personas capacitadas
Tiempo programado para la atención de un paciente con evento traumático			Cuantitativa	Ordinal	Menos de 30 minutos De 30 minutos a 1 hora Más de una hora	Porcentaje
Diligenciamiento de la Historia Clínica alternado con la atención del paciente			Cualitativa	Nominal	SI NO	Porcentaje

Fuente: propia.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CONTEMPLADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Figura 3: Cronograma de Actividades desarrolladas durante el Estudio

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																
ACTIVIDAD	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación anteproyecto	■	■	■	■																												
Revisión y ajustes					■	■	■	■																					■	■	■	■
Análisis de instrumentos									■	■	■	■	■	■	■	■																
Aplicación de instrumentos																	■	■	■	■												
Análisis de la información																					■	■	■	■								
Elaboración del informe final													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Presentación informe final																													■	■	■	■
Socialización informe final																																■

Fuente: propia.

12.RESULTADOS Y ANÁLISIS

Este proyecto se desarrolló con los siguientes parámetros:

- La población seleccionada para este estudio fueron todos los médicos del servicio de urgencias de la Clínica Sebastián del Belalcázar y el Clinisanitas Tequendama, principales IPS de la EPS Sanitas.
- Se aplicaron 3 instrumentos a todo el personal médico del servicio de urgencias de las dos IPS distribuidas así:

Clinisanitas Tequendama: 9 médicos de planta

Clínica Sebastián de Belalcázar: 9 médicos de planta.

Una vez efectuada la aplicación de las encuestas al personal médico de urgencias de la Clínica Sebastián de Belalcázar y del Clinisanitas Tequendama, se procesaron y graficaron los resultados obtenidos lo cual reflejo el grado de conocimiento actual con respecto al reporte e identificación de eventos ATEP y los resultados fueron los siguientes:

13. ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

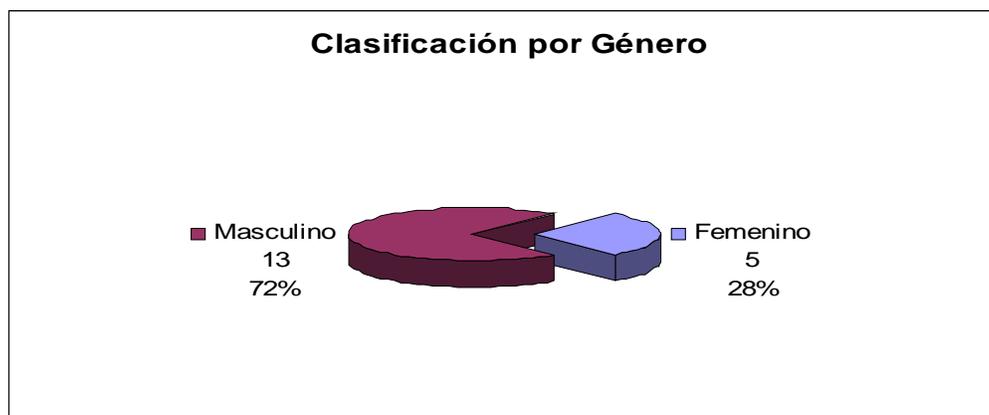
13.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Tabla 8: Porcentaje de trabajadores por sexo del personal médico de la CSB y del CST

SEXO	Nº DE PERSONAS	%
Femenino	5	28%
Masculino	13	72%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia

Figura 4: Porcentaje de trabajadores por sexo del personal médico de la CSB y del CST



Fuente: propia

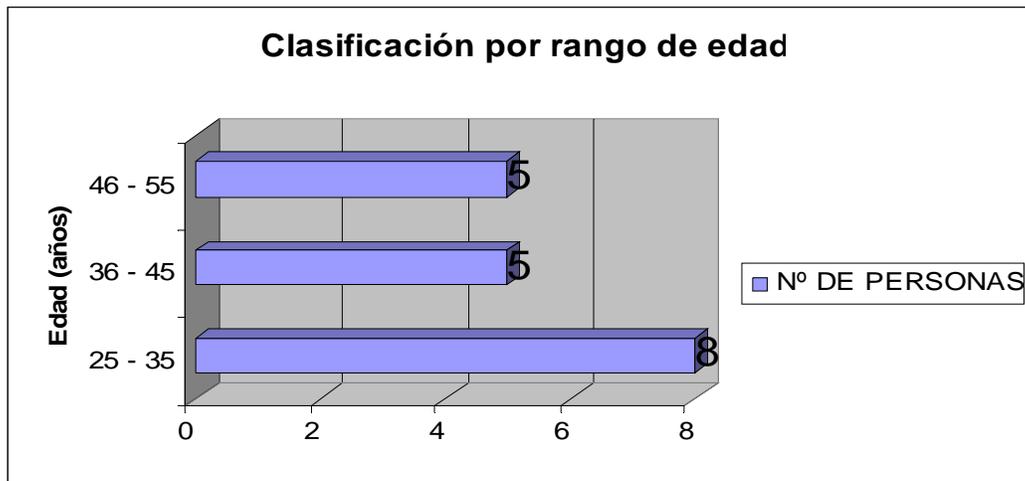
La figura muestra que predomina el sexo masculino con un 72% correspondiente a 13 personas del total de la población, el sexo femenino se ve representado en un 28% correspondiente a 5 personas del total de la población.

Tabla 9: Rango de edad del personal médico de urgencias de la CSB y del CST

EDAD	Nº DE PERSONAS	%
25 - 35	8	44%
36 - 45	5	28%
46 - 55	5	28%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 1 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 5: Rango de edad del personal médico de urgencias de la CSB y del CST



Fuente: propia

Se puede observar en el gráfico que la población a estudio está comprendida entre las edades de 25 a 55 años. Población económicamente activa. Ocho (8)

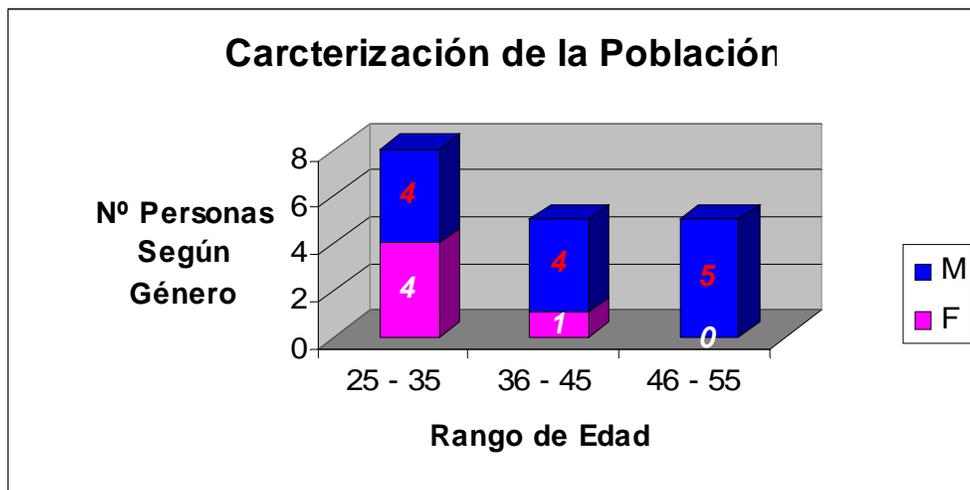
personas del total de la población se encuentran entre las edades de 25 a 35 años.

Tabla 10: Número de personas según género y Rango de Edad

GENERO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
RANGO DE EDAD			
25 – 35	4	4	8
36 – 45	4	1	5
46 – 55	5	0	5
TOTAL	13	5	18

Fuente: propia (instrumento 1 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 6: Número de personas según género y Rango de Edad



Fuente: propia

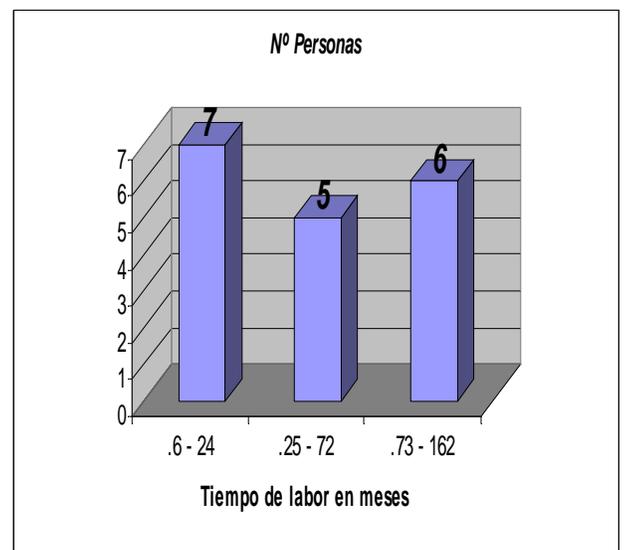
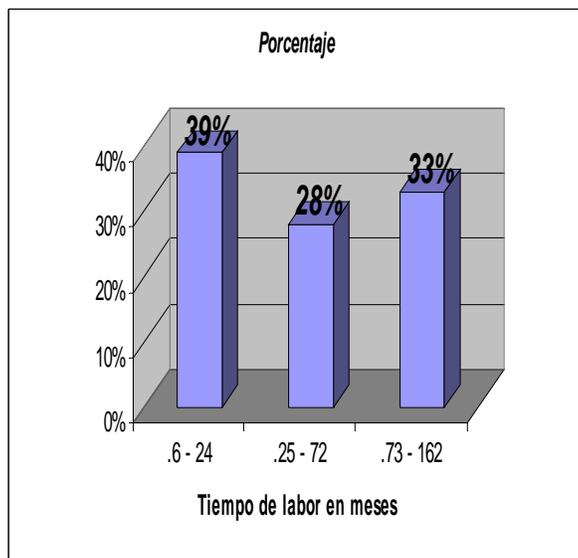
La figura muestra que dentro del rango de edad de 25 a 35 años hay cuatro (4) hombres y cuatro (4) mujeres, en el rango de 36 a 45 años hay cuatro (4) hombres y una (1) mujer y en el rango de 46 a 55 años hay cinco (5) hombres.

Tabla 11: Rango de tiempo de labor en la institución del personal médico del servicio de urgencias de la CSB y del CST

Rango de tiempo de labor en meses	Nº Personas	Porcentaje
6 - 24	7	39%
25 - 72	5	28%
73 - 162	6	33%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 1 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 7: Rango de tiempo de labor en la institución del personal médico del servicio de urgencias de la CSB y del CST



Fuente: propia

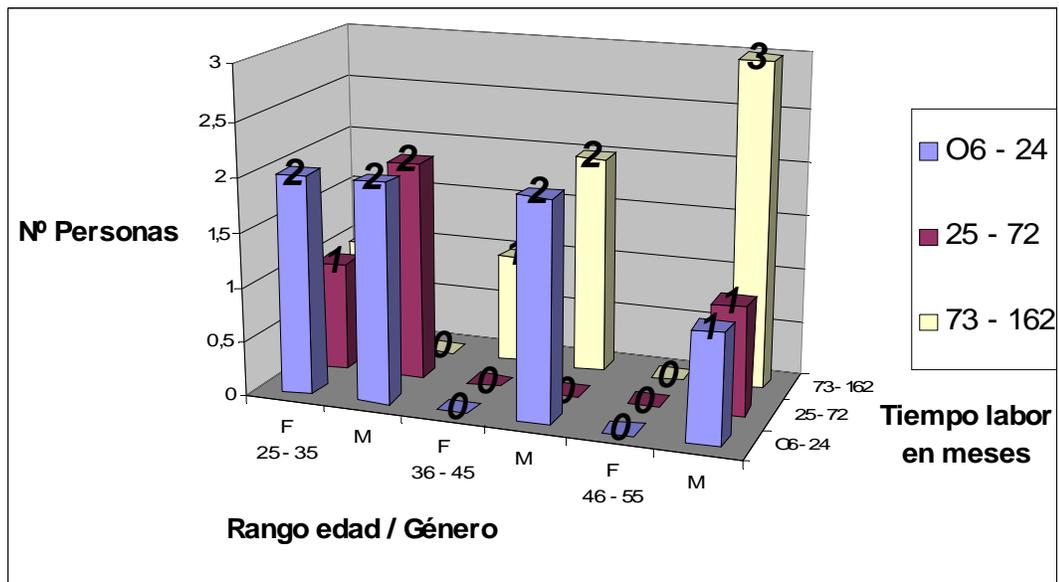
El 39% de la población, es decir siete (7) personas llevan laborando en la institución entre 6 a 24 meses, el 28% (5 personas) de 25 a 72 meses y el 33% (6 personas) de la población lleva laborando en la institución de 73 a 162 meses.

Tabla 12: Número de personas según Rango de edad, Género y Tiempo de labor

RANGO DE EDAD/ GENERO	25 - 35		36 - 45		46 - 55		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	
06 – 24	2	2	0	2	0	1	7
25 – 72	1	2	0	0	0	1	4
73 – 162	1	0	1	2	0	3	7
TOTAL	4	4	1	4	0	5	18

Fuente: Instrumento 1 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.

Figura 8: Número de personas según Rango de edad, Género y Tiempo de labor



Fuente: propia

La figura muestra que dentro del rango de edad de 25 a 35 años las personas de sexo femenino, dos (2) llevan de 6 a 24 meses en la institución, Una (1) de 25 a 72 meses y una (1) entre 73 y 162 meses; las personas del sexo masculino dentro de este rango de edad, dos (2) llevan de 6 a 24 meses en la institución y dos (2) llevan en la institución de 25 a 72 meses. En el rango de edad de 36 a 45 años dentro de las personas de sexo femenino, Una (1) lleva de 73 y 162 meses en la institución; las personas del sexo masculino dentro de este rango de edad, dos (2) llevan de 6 a 24 meses en la institución y dos (2) llevan de 73 a 162 meses. En el rango de edad de 46 a 55 años se hayan únicamente las personas del sexo masculino, Uno (1) lleva de 6 a 24 meses en la institución, Uno (1) lleva de 25 a 72 meses de antigüedad y tres (3) llevan de 73 a 162 meses.

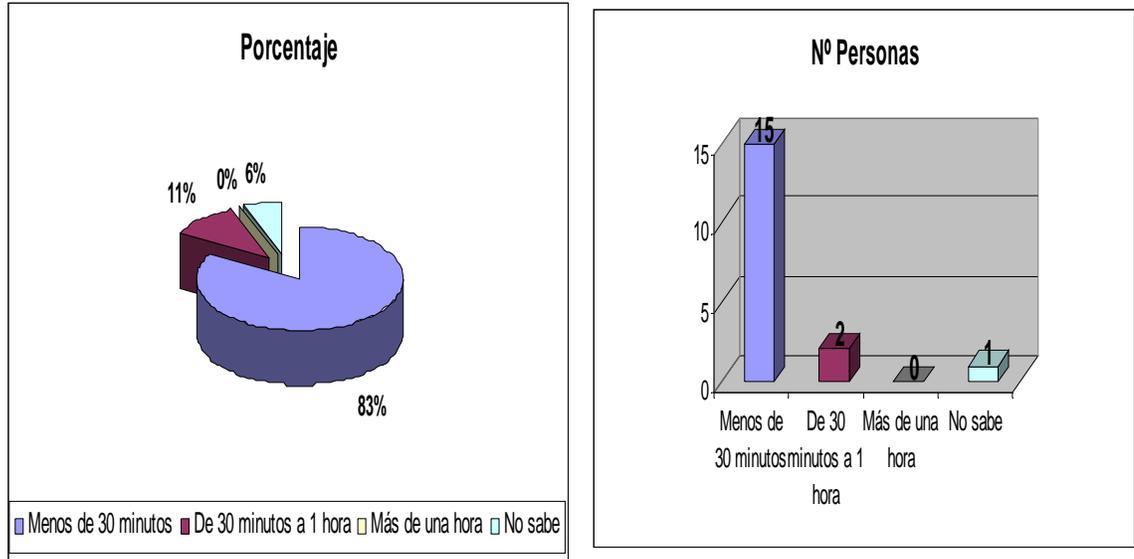
13.2 IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES DIFICULTADES E IMPEDIMENTOS GENERADOS A LA HORA DE REALIZAR LOS REPORTES DE LOS EVENTOS ATEP, POR LOS DIFERENTES MEDIOS DEFINIDOS POR LA CLÍNICA COLSANITAS S.A. POR PARTE DEL MÉDICO DE URGENCIAS

Tabla 13: Tiempo programado para la atención de un paciente que consulta por un evento traumático o agudo

Cuanto tiempo tiene programado para la atención de un paciente que consulta por un evento traumático o agudo?	Nº Personas	Porcentaje
Menos de 30 minutos	15	83%
De 30 minutos a 1 hora	2	11%
Más de una hora	0	0%
No sabe	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Instrumento 1 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.

Figura 9: Tiempo programado para la atención de un paciente que consulta por un evento traumático o agudo



Fuente: propia

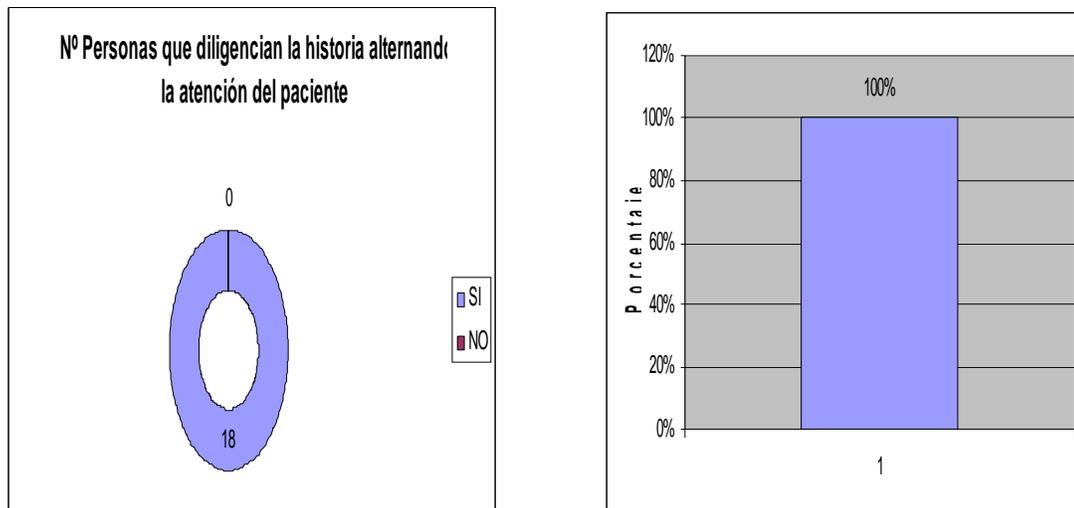
La figura arroja que el 83% de los médicos de urgencias (15 personas) tardan menos de 30 minutos atendiendo un paciente que sufre un accidente o un evento traumático el 11% (2 personas) tarda de 30 minutos a 1 hora y el 6% (1 persona) no sabe cuánto demora atendiendo un paciente que sufre un accidente o evento traumático.

Tabla 14: Diligenciamiento de la Historia Clínica alternado con la atención del paciente

Diligencia la historia clínica en Sophia alternando la atención del paciente?	Nº Personas	Porcentaje
SI	18	100%
NO	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 1 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 10: Diligenciamiento de la Historia Clínica alternado con la atención del paciente



Fuente: propia

El gráfico muestra que el 100% de la población encuestada (18 personas) diligencia la historia una vez va atendiendo al paciente.

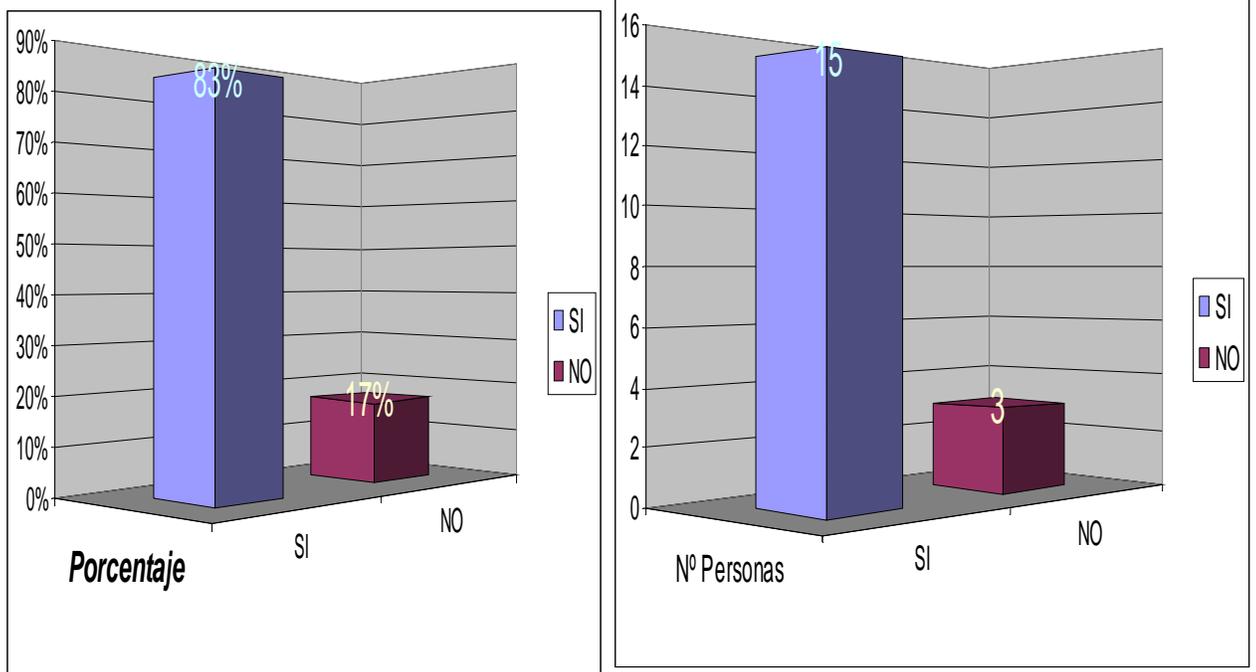
13.3 REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS)

Tabla 15: Porcentaje de conocimiento de los médicos de urgencias de CSB y CST acerca de los RIPS

Sabe que son los RIPS?	Nº Personas	Porcentaje
SI	15	83%
NO	3	17%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 11: Porcentaje de conocimiento de los médicos de urgencias de la CSB y del CST acerca de los RIPS



Fuente: propia

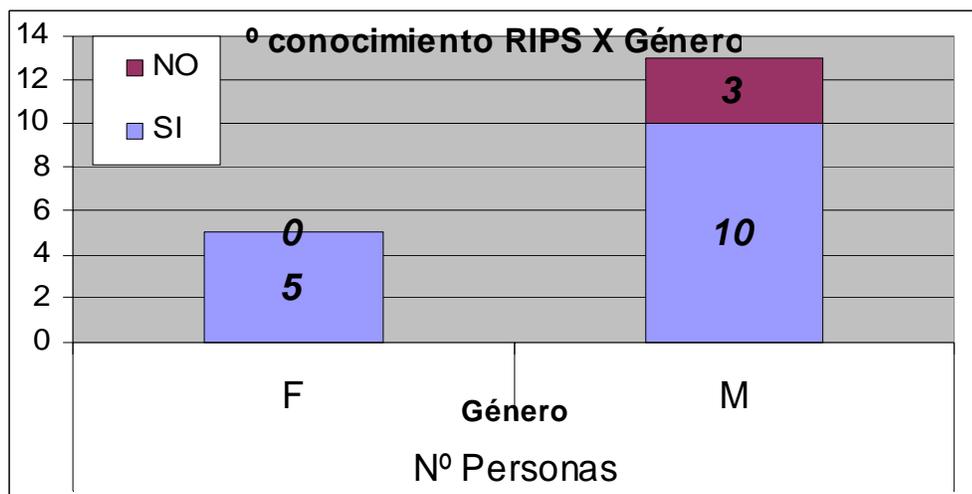
La figura muestra que el 83% de los médicos de urgencias del CST y de la CSB (15 personas) contestó que SI sabía que eran los RIPS. El 17% restante (3 personas) contestó que no sabían que eran los RIPS.

Tabla 16: Grado de Conocimiento de RIPS en la población encuestada por Género

Sabe que son los RIPS?	Nº Personas por género	
	F	M
SI	5	10
NO	0	3
TOTAL	5	13

Fuente: Instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.

Figura 12. Grado de Conocimiento de RIPS en la población encuestada por Género



Fuente: propia

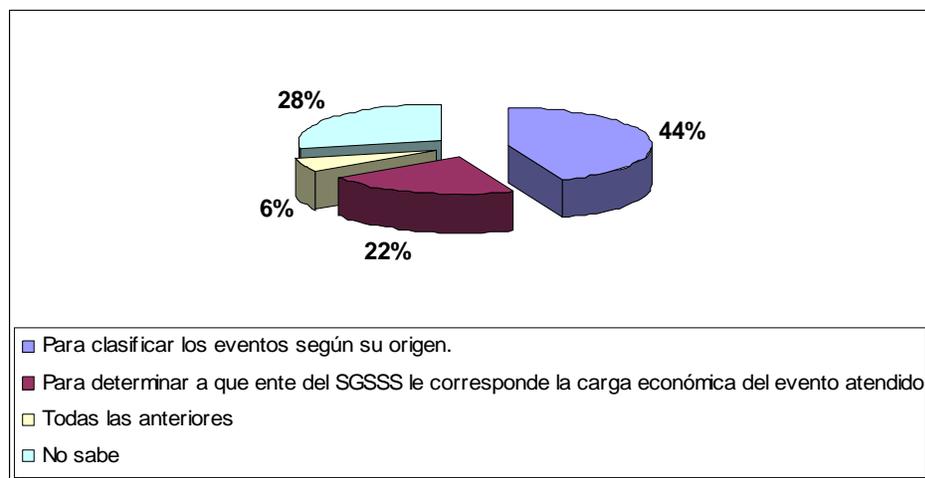
Muestra que de la Población encuestada tres (3) personas del género Masculino contestaron que no sabían que eran los RIPS, Diez (10) personas del mismo género contestaron que sí sabía que eran y toda la población de género femenino contestó de manera afirmativa la pregunta.

Tabla 17: Porcentaje del grado de conocimiento de la utilidad de los RIPS por parte de los médicos de urgencias de la CSB y del CST

Para qué se utilizan los RIPS?	Nº de Personas	Porcentaje
Para clasificar los eventos según su origen.	8	44%
Para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido	4	22%
Todas las anteriores	1	6%
No sabe	5	28%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 13: Porcentaje del grado de conocimiento de la utilidad de los RIPS por parte de los médicos de urgencias de la CSB y del CST



Fuente: propia

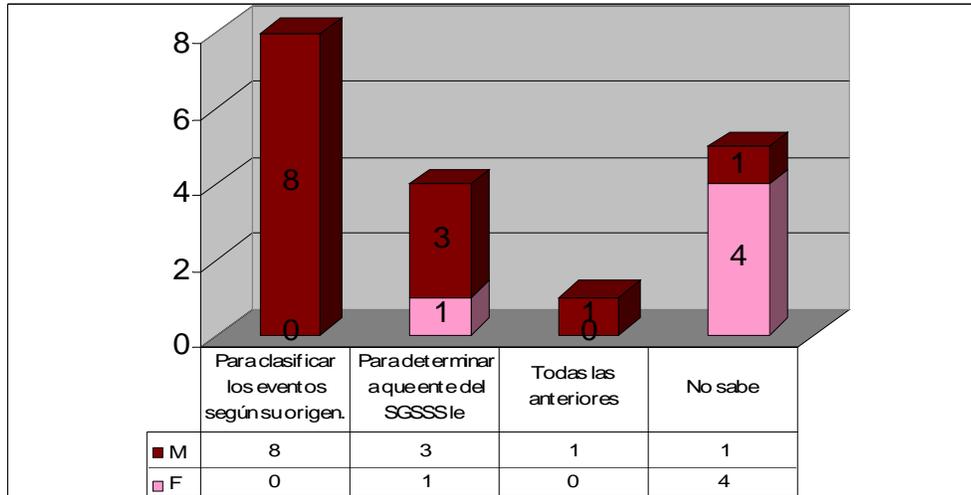
Se observa que el 44% (8 personas) refieren que los RIPS se utilizan para clasificar los eventos según su origen. El 28% de la población encuestada (5 personas) no conoce la utilidad final que se le dan a los RIPS cuando se clasifican adecuadamente, el 22% (4 personas) describió que son para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido y solo el 6% de la población (1 persona) definió que los RIPS son para clasificar los eventos según su origen y para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido.

Tabla 18: Conocimiento de Utilidad de los RIPS en población encuestada por Género

Para qué se utilizan los RIPS?	Nº Personas por Género	
	F	M
Para clasificar los eventos según su origen.	0	8
Para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido	1	3
Todas las anteriores	0	1
No sabe	4	1
TOTAL	5	13

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 14: Conocimiento de Utilidad de los RIPS en población encuestada por Género



Fuente: propia

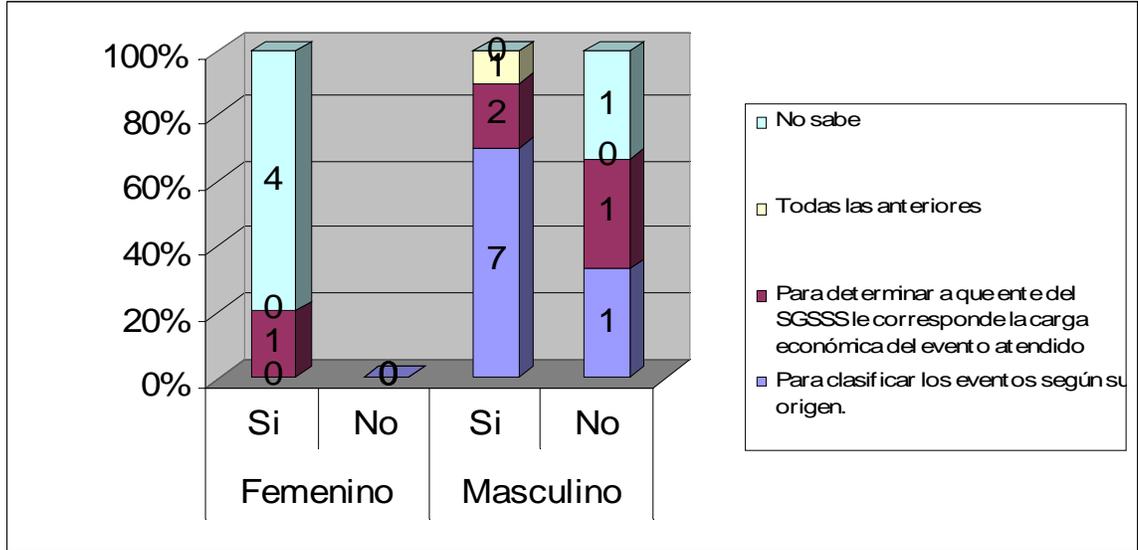
Muestra que de la población de género masculino Ocho (8) personas manifestaron que se utilizaban para clasificar los eventos según su origen, Tres (3) aseguraron que se utilizaban para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido, Uno (1) contestó todas las anteriores y uno (1) no saber su utilidad. En el género femenino Una (1) persona contestó que era ara determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido y cuatro (4) del mismo género manifestaron no conocer su utilidad.

Tabla 19: Comparativo frente al grado de conocimiento de RIPS y su utilidad por género

Para qué se utilizan los RIPS?	Comparativo de conocimientos de RIPS y su utilidad por género			
	Femenino		Masculino	
	Si	No	Si	No
Para clasificar los eventos según su origen.	0	0	7	1
Para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido	1	0	2	1
Todas las anteriores	0	0	1	0
No sabe	4	0	0	1
TOTAL	5	0	10	3

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 15: Comparativo frente al grado de conocimiento de RIPS y su utilidad por género



Fuente: propia

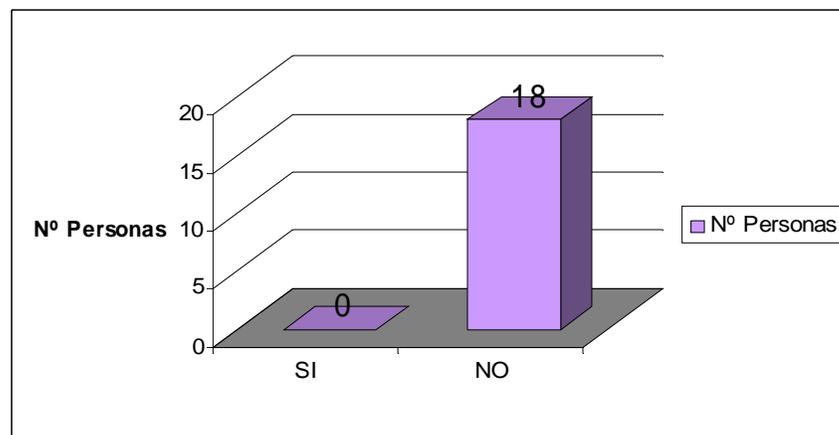
La figura muestra que de la población del género femenino que contestó de manera afirmativa que sabían que eran los RIPS (5 personas – total de la población x género), cuatro (4) de ellas manifestaron no saber su utilidad y una (1) contestó que era utilizada para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido. En cuanto a la Población masculina que contestó de manera afirmativa (10 personas), siete (7) contestaron que eran utilizados para clasificar los eventos según su origen, dos (2) contestaron que eran utilizados para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido y uno definió los dos ITEM como utilidad de los RIPS. Y la población masculina que contestó no saber que eran los RIPS (3 personas), Uno contestó que se utilizaban para clasificar los eventos según su origen, otro (1) contestó que eran utilizados para clasificar los eventos según su origen, otro (1) contestó que eran utilizados para determinar a que ente del SGSSS le corresponde la carga económica del evento atendido y el otro constestó que no sabía.

Tabla 20: Capacitación en el manejo del aplicativo Sophia y todas sus herramientas instauradas para una adecuada selección de la causa externa en el RIPS de la consulta

Ha recibido una capacitación suficiente en Sophia para la clasificación de los RIPS y el reporte adecuado de los eventos ATEP a través del sistema de información	Nº Personas	Porcentaje
SI	0	0%
NO	18	100%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 16: Capacitación en el manejo del aplicativo Sophia y todas sus herramientas instauradas para una correcta selección de la causa externa en el RIPS de la consulta



Fuente: propia

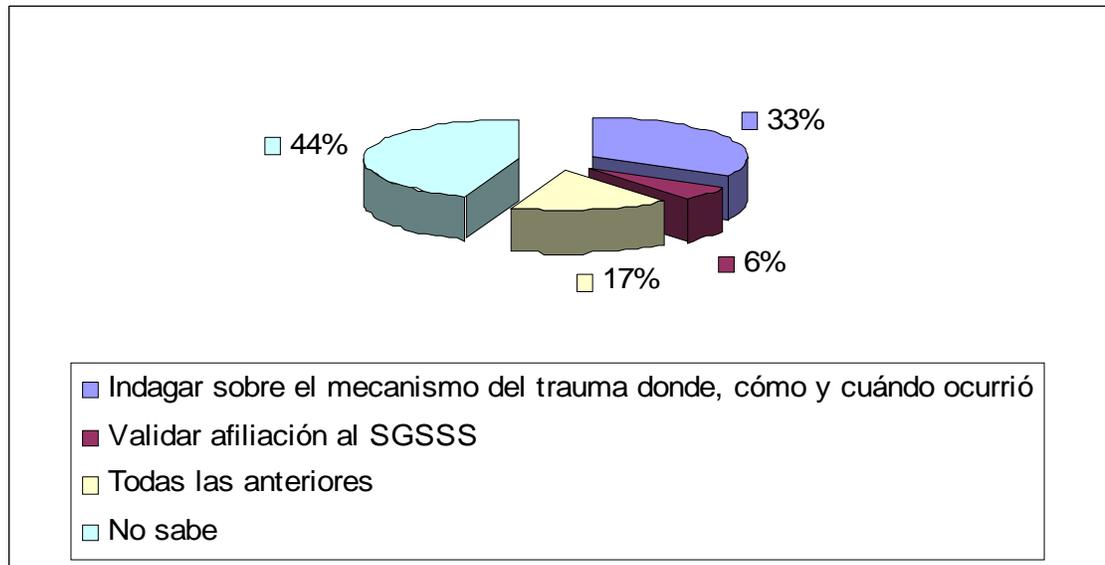
Muestra que el total de la población encuestada NO recibió una suficiente capacitación en Sophía para la clasificación de los RIPS y el reporte adecuado de los eventos ATEP a través del sistema de información.

Tabla 21: Requerimientos administrativos necesarios para validar los derechos y determinar la causa externa de los usuarios con eventos traumáticos en los servicios de urgencias

Cuando llega un usuario con un evento traumático al servicio que se debe hacer desde la parte administrativa para validar sus derechos y determinar la causa externa de la consulta?	Nº Personas	%
Indagar sobre el mecanismo del trauma donde, cómo y cuándo ocurrió	6	33%
Validar afiliación al SGSSS	1	6%
Todas las anteriores	3	17%
No sabe	8	44%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 17: Requerimientos administrativos necesarios para validar los derechos y determinar la causa externa de los usuarios con eventos traumáticos en los servicios de urgencias



Fuente: propia

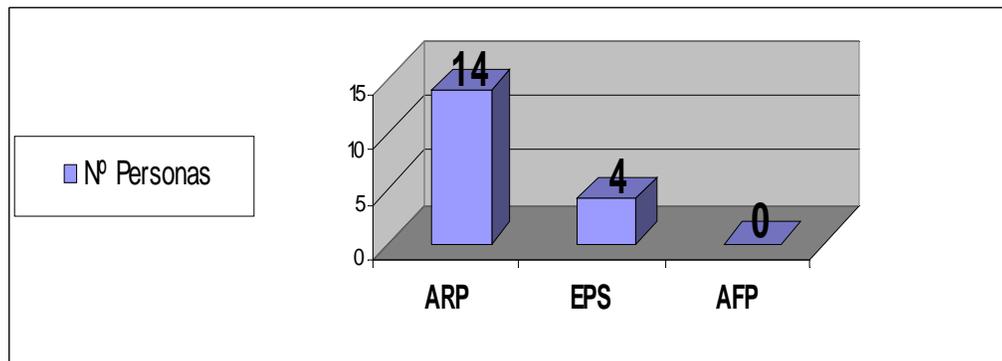
Se puede evidenciar que el 44% del personal médico es decir, seis (6) personas respondió que no sabe, el 33% de los encuestados (6 personas) manifestaron que se debía indagar sobre el mecanismo del trauma, dónde cómo y cuándo, el 17% (3 personas) referenció que se debía indagar sobre el mecanismo del trauma, dónde cómo y cuándo y adicionalmente se debía validar la afiliación al SGSSS. El 6% del personal encuestado es decir, una (1) persona respondió que se debía validar la afiliación al SGSSS únicamente.

Tabla 22: Entidad del SGSSS encargada de la asistencia en Salud de los eventos cuya clasificación de los RIPS se determinó que era el numeral 1 (Accidente de Trabajo) o 14 (Enfermedad profesional) en la causa externa

Entidad del SGSSS encargada de la asistencia en Salud de los eventos de Origen Profesional	Nº Personas	Porcentaje
Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP)	14	78%
Empresas Promotoras de Salud (EPS)	4	22%
Aseguradoras de Fondo de Pensiones (AFP)	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 18: Entidad del SGSSS encargada de la asistencia en Salud de los eventos cuya clasificación de los RIPS se determinó que era el numeral 1 (Accidente de Trabajo) o 14 (Enfermedad profesional) en la causa externa



Fuente: propia

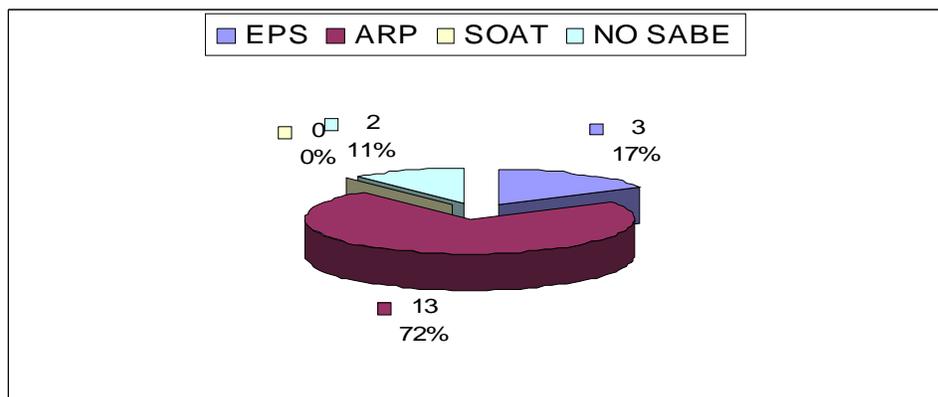
De los 18 médicos de urgencias de la CSB y del CST 14 refirieron que la entidad encargada de la asistencia en salud de los eventos ATEP es la ARP y 4 manifestaron que estaba a cargo de la EPS, ninguno contestó que la AFP tenía participación.

Tabla 23: Asegurador del SGSSS al cual se le deben reportar los eventos de origen profesional

A cual asegurador se debe reportar los eventos ATEP?	Nº Personas	Porcentaje
EPS	3	17%
ARP	13	72%
SOAT	0	0%
NO SABE	2	11%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 2 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 19: Asegurador del SGSSS al cual se le debe reportar los eventos de origen profesional



Fuente: propia

El 72% de la población encuestada (13 personas) respondió que la entidad a la cual se le debía reportar los eventos ATEP era la ARP, el 17% (3 personas) contestó que se debía reportar a la EPS, el 11% (2 personas) no sabía a que entidad se debía reportar.

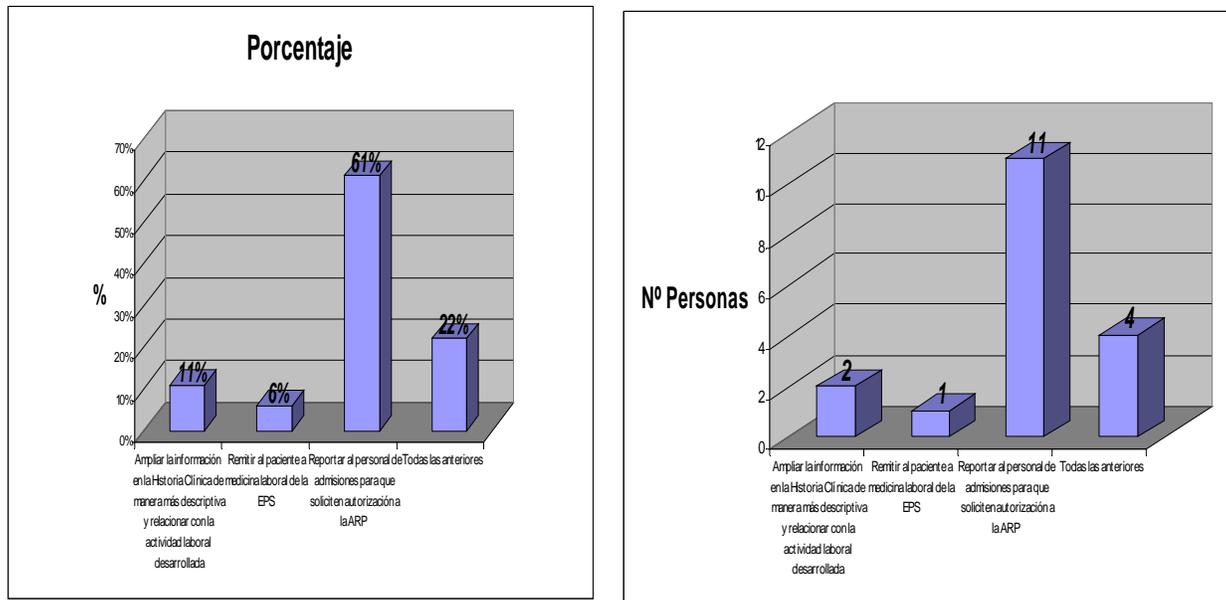
13.4 APLICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS ATEP EN LA INSTITUCIÓN (CLÍNICA COLSANITAS S.A.)

Tabla 24: Procedimiento aplicado cuando se atiende un paciente con sospecha de Enfermedad Profesional en la CSB o el CST

Qué hace usted cuando en la atención médica sospecha de una enfermedad profesional?	Nº Personas	Porcentaje
Ampliar la información en la Historia Clínica de manera más descriptiva y relacionar con la actividad laboral desarrollada	2	11%
Remitir al paciente a medicina laboral de la EPS	1	6%
Reportar al personal de admisiones para que soliciten autorización a la ARP	11	61%
Todas las anteriores	4	22%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 20: Procedimiento aplicado cuando se atiende un paciente con sospecha de Enfermedad Profesional en la CSB o el CST



Fuente: propia

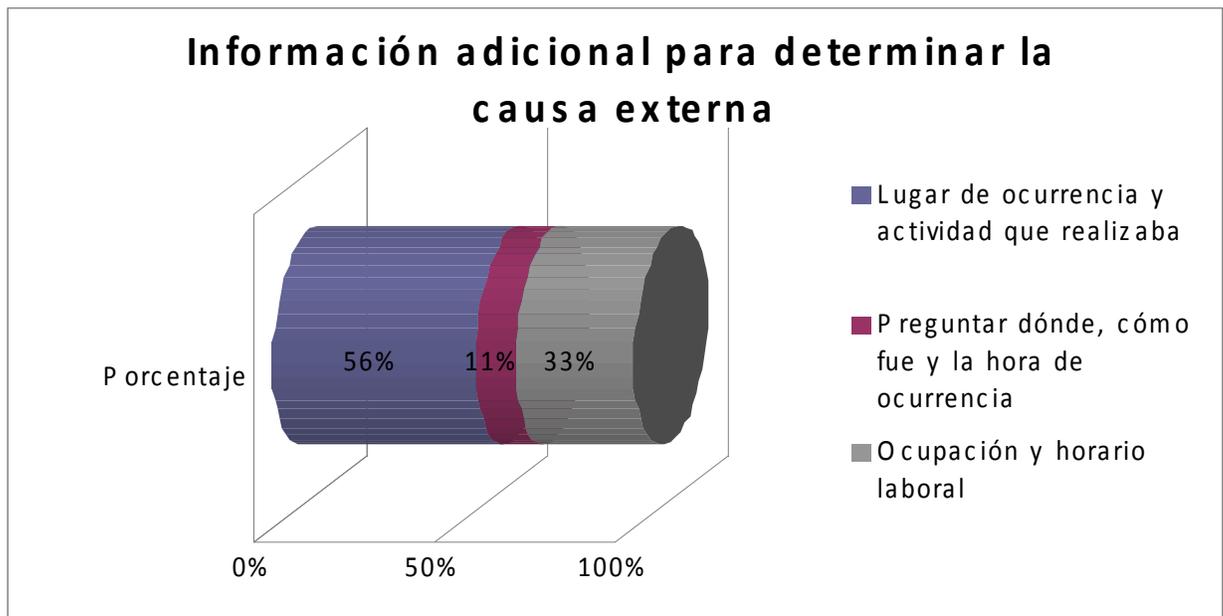
Respecto al procedimiento el 61% (11 personas) reporta al personal de admisiones para que solicite autorización a la ARP el 22% (4 personas) reporta al personal de admisiones para que solicite autorización a la ARP, Amplia la información en la Historia Clínica de manera más descriptiva y relaciona con la actividad laboral desarrollada y Remite al paciente a medicina laboral de la EPS. El 11% (2 personas) únicamente amplía la información en la Historia Clínica de manera más descriptiva y relaciona con la actividad laboral desarrollada y el 6% (1 persona) únicamente remite al paciente a medicina laboral de la EPS

Tabla 25: Procedimiento aplicado en la identificación de un accidente durante la atención del paciente en el servicio de Urgencias para determinar la causa externa de la consulta

Si después de indagar el motivo de consulta establece que se trata de un accidente que información adicional requiere para determinar la causa externa de la misma?	Nº Personas	Porcentaje
Lugar de ocurrencia y actividad que realizaba	10	56%
Preguntar dónde, cómo fue y la hora de ocurrencia	2	11%
Ocupación y horario laboral	6	33%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 21: Procedimiento aplicado en la identificación de un accidente durante la atención del paciente en el servicio de Urgencias para determinar la causa externa de la consulta



Fuente: propia

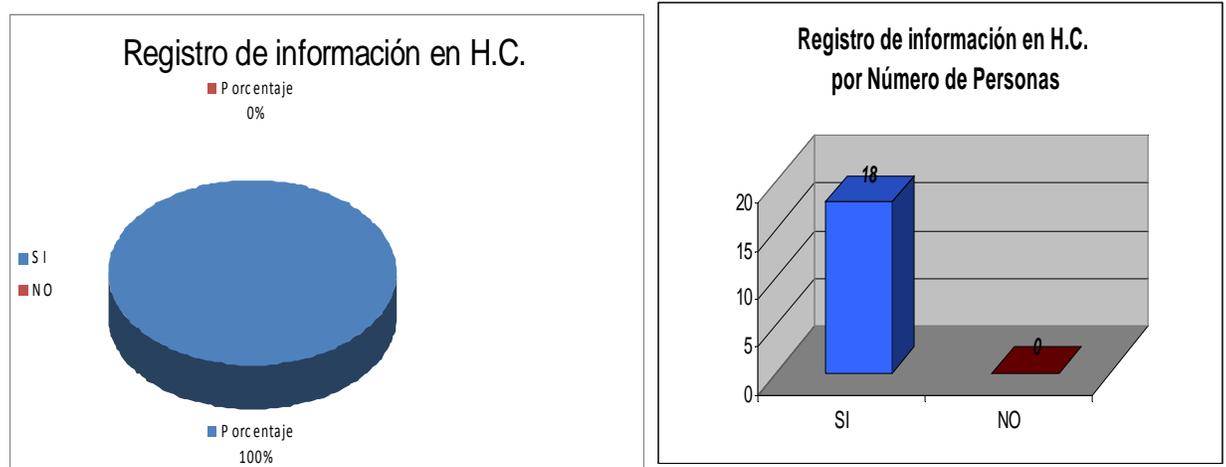
El 56% del personal médico (10 personas) identificó el lugar de ocurrencia y actividad que realizaba como los factores relevantes para determinar el origen del evento. El 33% (6 personas) la ocupación y el horario laboral y el 11% de la población encuestada (2 personas) respondió que debía preguntar dónde, cómo fue y la hora de ocurrencia.

Tabla 26: Registro de la información obtenida para determinar la causa externa en la historia clínica

Registra esta información obtenida de manera ampliada en la historia clínica?	Nº Personas	Porcentaje
SI	18	100%
NO	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 22. Registro de la información obtenida para determinar la causa externa en la historia clínica



Fuente: propia

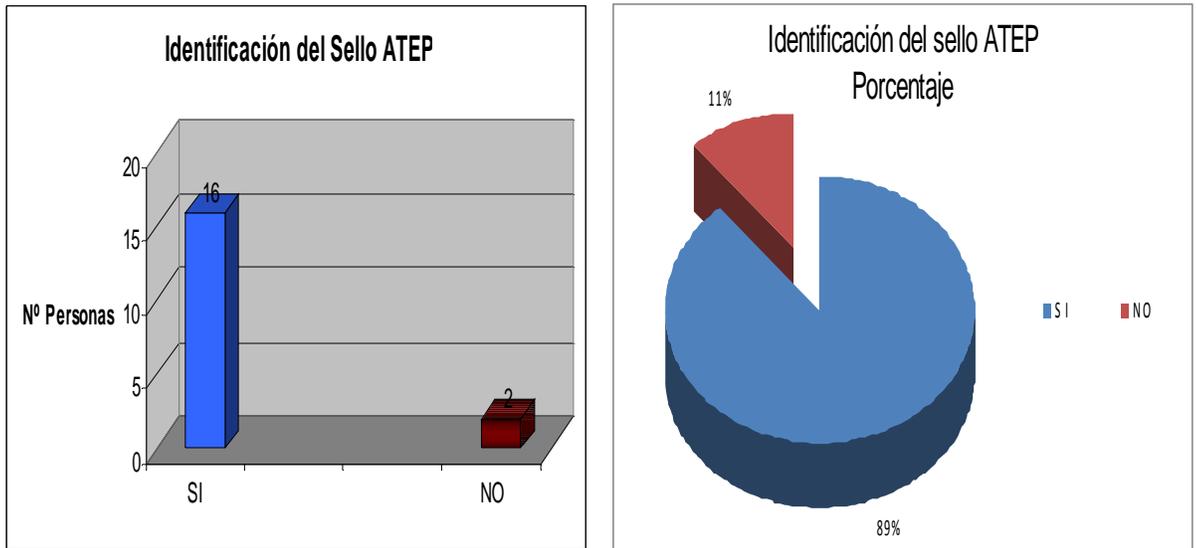
La figura muestra que el 100% (18 personas) de la población encuestada asegura diligenciar los datos obtenidos en la historia clínica.

Tabla 27: Conocimiento de la existencia y ubicación del Sello ATEP

Tiene usted conocimiento del sello ATEP y su aplicación?	Nº Personas	%	Sabe usted donde está ubicado el sello ATEP?	Nº Personas	%
SI	16	89%	En el consultorio	0	0%
			En Observación	1	6%
			En admisiones	15	83%
NO	2	11%	No Sabe	2	11%
TOTAL	18	100%	TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

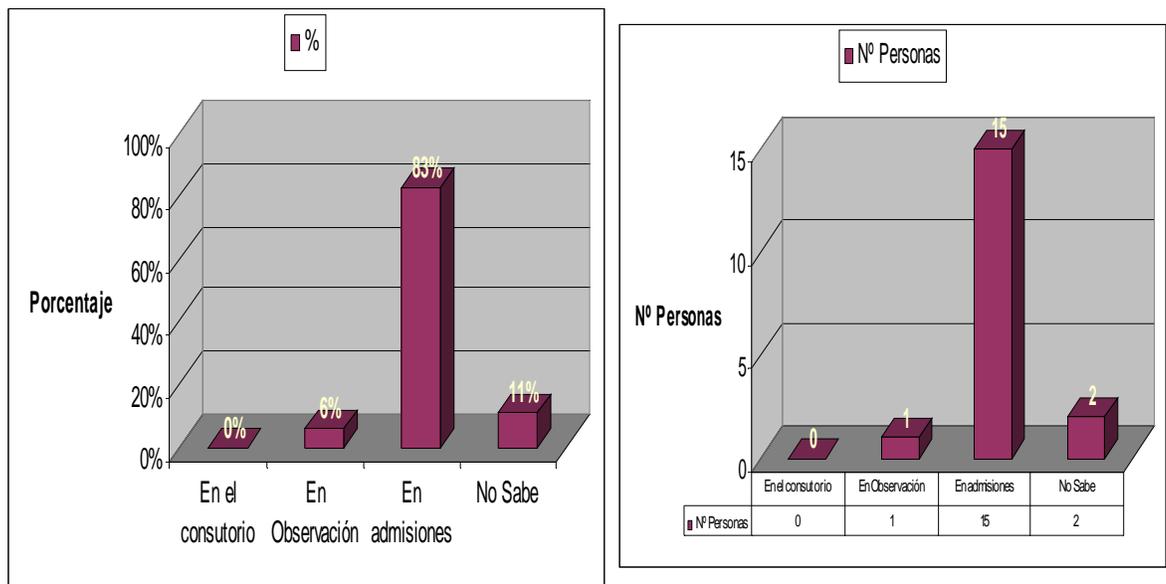
Figura 23: Conocimiento de la existencia del Sello ATEP



Fuente: propia

EL 89% de la población encuestada es decir, 16 personas tiene conocimiento del sello ATEP, el 11% (2 personas) No identifica el sello ATEP en el servicio.

Figura 24. Conocimiento de la ubicación del Sello ATEP



Fuente: propia

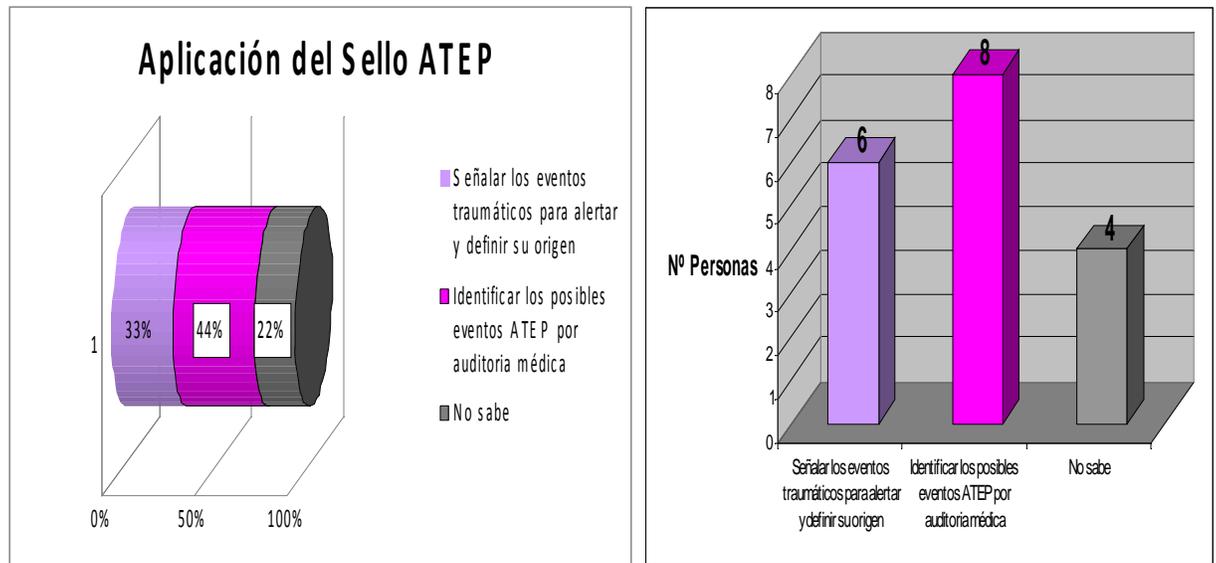
El 83% (11 personas) de la población encuestada manifestaron que el sello ATEP se encontraba en el área de admisiones de la institución, el 11% (2 personas) No saben donde está ubicado y el 6% (1 persona) manifestaron que se encontraba en Observación del área de Urgencias.

Tabla 28: Aplicación del Sello ATEP en el área de Urgencias de la CSB y del CST

Cuál es la aplicación del sello ATEP?	Nº Personas	Porcentaje
Señalar los eventos traumáticos para alertar y definir su origen	6	33%
Identificar los posibles eventos ATEP por auditoria médica	8	44%
No sabe	4	22%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 25. Aplicación del Sello ATEP en el área de Urgencias de la CSB y del CST



Fuente: propia

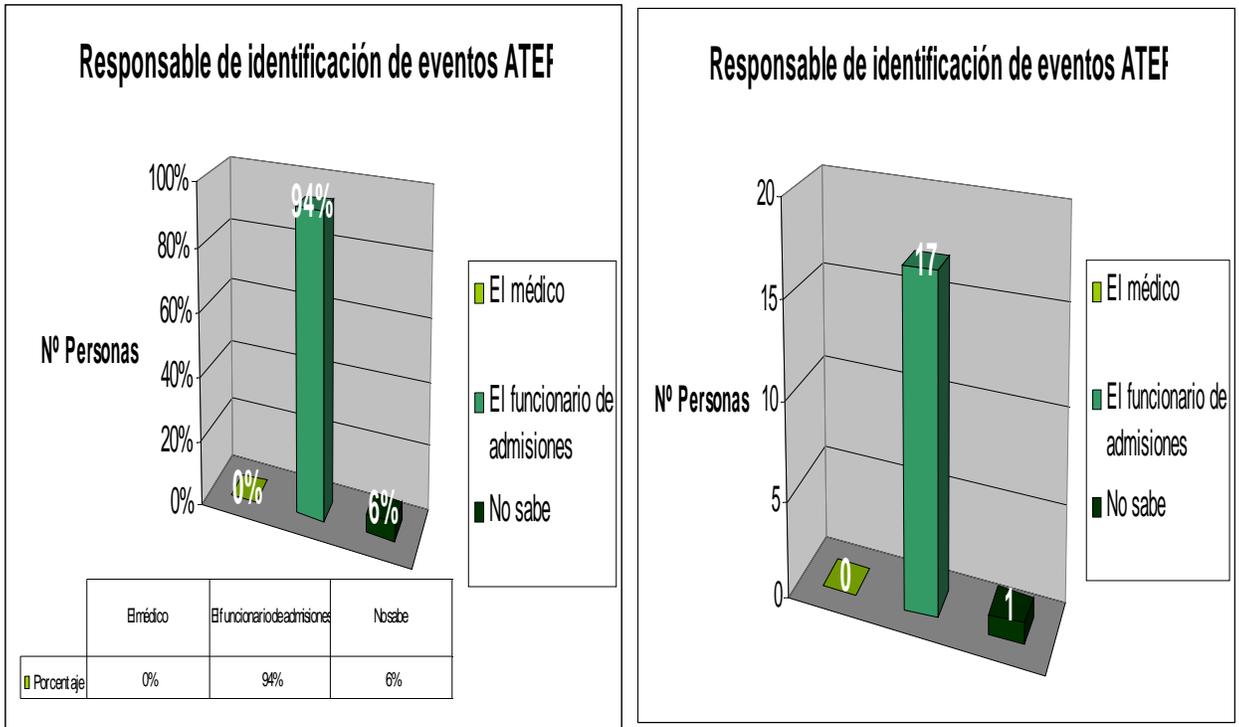
Se puede observar que el 44% de la población encuestada, es decir 8 personas encuestadas refiere que el sello ATEP fue creado para que auditoria identifique los posibles eventos ATEP el 33% (6 personas) respondió que son para Señalar los eventos traumáticos para alertar y definir su origen y el 22% de la población encuestada (4 personas) respondió que no sabía cuál era su aplicación.

Tabla 29: Responsable de la identificación de la Admisión con el sello ATEP según se describe en el manual de normas y procedimientos de Intrasanitas

Quien es el responsable de identificar la admisión con el sello ATEP según se describe en el manual de normas y procedimientos de la Intrasanitas?	Nº Personas	Porcentaje
El médico	0	0%
El funcionario de admisiones	17	94%
No sabe	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 26. Responsable de la identificación de la Admisión con el sello ATEP según se describe en el manual de normas y procedimientos de Intrasanitas



Fuente: propia

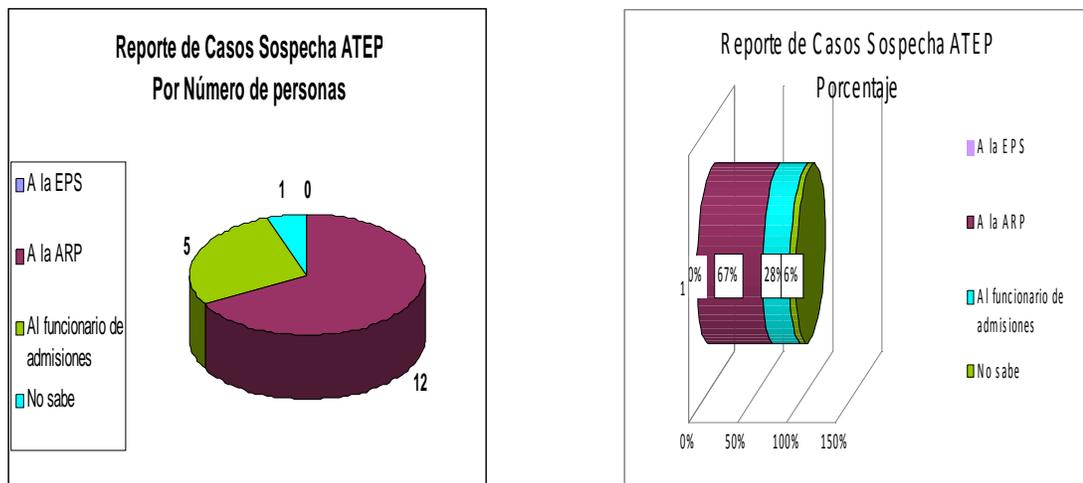
El gráfico muestra que el 94% del personal médico encuestado (17 personas) refiere que el funcionario de admisiones el encargado de esta tarea el 6% restante (1 persona) manifiesta que no sabe.

Tabla 30. Reporte diario de los casos sospecha ATEP detectados en urgencias de la CSB y del CST establecido en el manual de normas y procedimientos de la Clínica Colsanitas S.A.

A quien debe reportar diariamente los casos sospecha ATEP detectados en la consulta según el manual de normas y procedimientos?	Nº Personas	Porcentaje
A la EPS	0	0%
A la ARP	12	67%
Al funcionario de admisiones	5	28%
No sabe	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 27. Reporte diario de los casos sospecha ATEP detectados en urgencias de la CSB y del CST establecido en el manual de normas y procedimientos de la Clínica Colsanitas S.A.



Fuente: propia

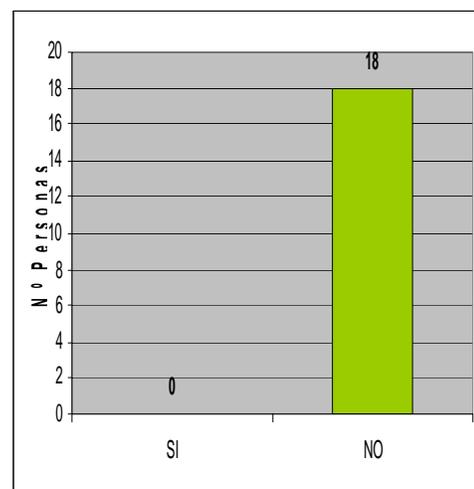
El 67% de la población encuestada, es decir doce (12) personas, refieren que se debe reportar a la ARP, el 28% (5 personas) al funcionario de admisiones y el 8% de la población (1 persona) refirió que no sabe a dónde se debe reportar.

Tabla 31: Conocimiento de los protocolos establecidos por la institución para el cumplimiento de los procesos de habilitación respecto a identificación y reporte de eventos de origen profesional y la aplicación correcta de los RIPS

Conoce los protocolos establecidos por la institución para el cumplimiento de los procesos de habilitación respecto a identificación y reporte de eventos de origen profesional y la aplicación correcta de los RIPS?	Nº Personas	Porcentaje
SI	0	0%
NO	18	100%
TOTAL	18	100%

Fuente: propia (instrumento 3 aplicado a Personal médico de Clínica Colsanitas S.A.)

Figura 28. Conocimiento de los protocolos establecidos por la institución para el cumplimiento de los procesos de habilitación respecto a identificación y reporte de eventos de origen profesional y la aplicación correcta de los RIPS



Fuente: propia

El total de las personas encuestadas (100%) no conocían los protocolos instaurados por la Clínica Colsanitas S.A. Para la identificación de eventos ATEP, para dar cumplimiento a la Normatividad en los procesos de habilitación.

14. CONCLUSIONES

Siguiendo el orden de los objetivos se analizaron los resultados:

14.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

De acuerdo con los resultados descritos anteriormente, se evidenció que la mayoría de profesionales médicos de la Clínica ColSanitas S.A. en las dos instituciones donde se aplicó el estudio el 72% de la población a estudio son de género masculino, y se encuentran en edades laboralmente activas entre los 25 y 55 años de edad; llevan en la empresa más de 3 años de labores lo cual reflejaría que cuentan con una adecuada experiencia y deberían conocer todos los procesos de la institución.

14.2 REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS)

La mayoría de profesionales médicos que atienden en ambas instituciones conocen la estructura del Registro Individual de la Prestación de Servicios (RIPS) y creen utilizarlos adecuadamente al clasificar de manera idónea los eventos que son atendidos en el servicio de urgencias, pero cuando se indaga detalladamente sobre el tema, los resultados arrojan que casi el 28% de la población encuestada no conocen su finalidad y como está contemplado en la Resolución 3374 de 2000. Las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) aunque forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no son identificados por los profesionales como actores del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), en cuanto a lo que se refiere a la identificación y atención de eventos derivados en Riesgos Profesionales (ATEP), los resultados de esta investigación encaminan el reporte de eventos ATEP de manera casi que exclusiva a las Aseguradoras de Riesgos Profesionales (A.R.P.).

Adicionalmente se identificó que el personal médico al ingresar a laborar en la Institución no recibe capacitación detallada para la adecuada identificación y clasificación de eventos de origen profesional en Sophia el sistema de información de Historias clínica con el que cuenta la Institución, tampoco tenían conocimiento del reporte estadístico que arroja Sophia de los eventos clasificados según los RIPS como Accidente de trabajo (Numeral 1) o Enfermedad Profesional (Numeral 14).

14.3 APLICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS ATEP EN LA INSTITUCIÓN.

Durante el desarrollo de esta investigación se detectó que el personal médico de urgencias de la Clínica Sebastián de Belalcázar y del Clinisanitas Tequendama no tenían conocimiento de la existencia de un protocolo establecido con el ánimo de cumplir a cabalidad lo dispuesto en la Resolución 1043 de 2006 donde se determina que *“para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrán establecidos los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.”*

Aunque saben de la existencia del Sello ATEP en el servicio, por desconocimiento general no identifican al responsable del mismo. Según el manual de normas y procedimientos este se encuentra a cargo de la persona asignada al triage; el resultado que arroja el estudio es que el personal médico delegan la responsabilidad de clasificación de los eventos traumáticos mediante el sello, al funcionario de admisiones quien no cuenta con el perfil idóneo para la adecuada clasificación inicial de los eventos de posible origen profesional.

14.4 IDENTIFICACIÓN DE OTRAS POSIBLES DIFICULTADES E IMPEDIMENTOS GENERADOS A LA HORA DE REALIZAR LOS REPORTES DE LOS EVENTOS ATEP, POR LOS DIFERENTES MEDIOS DEFINIDOS POR LA CLÍNICA COLSANITAS POR PARTE DEL MEDICO DE URGENCIAS

En general, el tiempo promedio de atención de eventos traumáticos es menor a 30 minutos y el diligenciamiento de la historia clínica lo realizan alternándolo con la atención del paciente, lo que concluye que estos no serían factores influyentes que desencadenaran el NO reporte de eventos ATEP por las diferentes rutas establecidas según el manual de normas y procedimientos de la institución.

15.RECOMENDACIONES

15.1 PARA LA EMPRESA

- Realizar capacitación e inducción a todo el personal médico nuevo que ingrese a la compañía en los procesos y procedimientos relacionados con la identificación de eventos de origen profesional para su oportuno reporte al área de Medicina laboral del la E.P.S. Sanitas.
- Revisar los protocolos que actualmente están dispuestos en el manual de normas y procedimientos de Intrasanitas y actualizarlo conforme a lo establecido en la legislación actual vigente en relación a la identificación y reporte de los eventos de Origen Profesional a los diferentes actores del sistema.

15.2 PARA EL ÁREA DE MEDICINA LABORAL

- Realizar capacitación al personal médico en general y en especial al que labora en el servicio de urgencias de ambas instituciones acerca del sistema de información de historias clínicas (Sophia) haciendo énfasis en el manejo y clasificación adecuada de los RIPS encaminado a mejorar la identificación y el reporte oportuno de los eventos de posible origen profesional a la E.P.S. Sanitas.
- Dar a conocer la ruta establecida en Intrasanitas donde se ubica el protocolo de identificación de eventos ATEP de la Clínica Colsanitas S.A. al personal médico en general y en especial al que labora en el servicio de urgencias de la CSB y del CST para que sean documentados y enterados del procedimiento que se debe seguir a la hora de identificar eventos de origen profesional y posteriormente evaluar al personal para validar que la información fue recibida y conocida para su posterior aplicación.
- Capacitar periódicamente al personal médico de urgencias de la Clínica Colsanitas S.A. acerca del papel que cumplen las Entidades Promotoras de Salud como Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en especial lo relacionado a los eventos derivados de Riesgos profesionales.

15.3 PARA EL PERSONAL MÉDICO

- Asistir a las capacitaciones programadas por el área de Medicina Laboral de la E.P.S. Sanitas.

- Disponerse a revisar en el manual de normas y procedimientos el protocolo de identificación de eventos ATEP que allí se publica y aplicarlo en su quehacer diario para mejorar la identificación de eventos ATEP en pro de la compañía.
- Aplicar de manera veraz y concienzuda la clasificación de registros de la prestación de servicios en la historia clínica con el ánimo de mejorar el reporte de eventos ATEP al área de Medicina Laboral de la E.P.S. Sanitas.

BIBLIOGRAFÍA

GÓMEZ JIMÉNEZ. J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. En: Emergencias. 2003, vol. 15, p. 165-174.

CONGRESO DE SEGURIDAD, SALUD Y AMBIENTE. (37. Bogotá. 2004) Conocimientos de Salud Ocupacional con énfasis en la enfermedad profesional en los estudiantes de medicina de Decimo semestre, en la ciudad de Bogotá.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 100. (23, de Diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C, 1993. No41148.p.1-168

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe de Enfermedad Profesional 2003-2005. Publicado (febrero. 2007)

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 (3, Abril, 2006). Anexo Técnico No 1, Procesos prioritarios asistenciales, Cód. 5.2

SALINAS TOVAR JS, et al. El Subregistro potencial de accidentes de trabajo en el Instituto Mexicano de Seguro Social. Salud Pública, México 2004; 46: 204-209.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Informe publicado con ocasión del "Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2005". Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud ocupacional para todos. Estrategia Mundial. El camino hacia la salud en el trabajo. Ginebra, 1995.

UPEGUI GARCÍA. Héctor. Cifras en el mundo de la Salud y la Seguridad en el trabajo: ¿Ver para creer?. Rev. Ces Med 2005: 19(2): 63-71.

ZIMMER S. El Milagro de la desaparición de las Enfermedades profesionales. DieBG. Revista de la federación Alemana de Mutualidades del seguro para Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales (HVBG). Octubre 2004.