

# Propuesta de criterios para evaluar la calidad de la historia clínico-laboral

Tejedor, J.M.

---

## RESUMEN

El presente trabajo pretende aportar, con el diseño de una serie de criterios, un instrumento técnico y objetivo que permita evaluar la calidad formal y de cumplimentación de la historia clínico-laboral. Una vez realizada la evaluación podrá, o bien diagnosticarse una situación que sirva de referencia a programas específicos de mejora, o bien monitorizarse aspectos concretos de la realidad cotidiana de los servicios de prevención.

La construcción de los criterios está sometida a una metodología importada de los procesos de acreditación americanos y cuyo único fin es que el criterio reúna una serie de atributos de carácter científico: validez, fiabilidad y sensibilidad.

## PALABRAS CLAVE

Historia clínico-laboral, evaluación, calidad, criterios.

---

## PROPOSED CRITERIA FOR EVALUATING THE QUALITY OF A CLINICAL-OCCUPATIONAL HISTORY

### SUMMARY

A series of criteria were designed to be used as an objective technical instrument for evaluating the formal quality and completeness of the clinical-occupational history. Once the evaluation is made, it can be used either to diagnose a situation as a reference for specific improvement programs or to monitor specific aspects the day-to-day operation of prevention services.

The development of criteria is subject to a method imported from American accreditation processes, the aim of which is to ensure that the criterion meets a series of scientific: validity, reliability and sensitivity.

### KEY WORDS

Clinical-occupational history, evaluation, quality, criteria.

---

La promoción de la seguridad y de la salud de los trabajadores, objeto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales<sup>1</sup>, constituye un esfuerzo complejo donde la información tiene un papel fundamental en la ayuda a la toma de decisiones. Los servicios de prevención deben determinar sus necesidades y establecer la adecuada estructura en su sistema de gestión de la información tal que facilite la integración de los datos y permita conocer cualquier alteración de la salud de los trabajadores; al tiempo que evaluar las actividades preventivas; las de vigilancia de la salud y las situaciones de riesgo. A dicho fin, el Servicio de Prevención debe de disponer y utilizar registro sanitarios, siendo el principal de ellos la historia clínico-laboral.

La historia clínico-laboral, al contener toda la información sobre el proceso preventivo-asistencial prestado a cada trabajador, se convierte en una herramienta indispensable para la planificación y gestión de los sistemas de información<sup>2</sup>, no agotándose su utilidad en la decisiva e indispensable colaboración que presta a la prevención de los riesgos laborales en el trabajador, sino que protagoniza, así mismo, una serie de papeles cruciales<sup>3</sup> que se extienden desde constituir la fuente más importante de renovación científica, al recoger datos que pueden ser utilizados con fines docentes e investigadores, hasta representar un testimonio documental válido desde la perspectiva jurídica<sup>4</sup>, prestar una garantía de calidad cuando las actividades de evaluación son fiel reflejo de la atención prestada y ser un buen registro de datos para análisis epidemiológicos que permitan avanzar en el conocimiento de los factores de riesgo y en su prevención.

La seguridad de los trabajadores en el desempeño

---

#### Correspondencia:

Jesús Miguel Tejedor Muñoz  
Área de Sanidad. Delegación del Gobierno de Castilla y León. Av José Luis Arrese, s/n. 47014 Valladolid.

Trabajo recibido el 15-XII-98. Aceptado el 26-IV-99.

de tareas constituye el objetivo nuclear sobre el que convergen todas las actividades preventivas en el ámbito de la salud laboral<sup>5</sup>. Por ello, en la medida en que el desarrollo de las funciones de un Servicio de Prevención se lleve a cabo, alcanzando niveles elevados de calidad, el logro de los objetivos de seguridad quedará plenamente garantizado.

La calidad de un servicio de prevención integra un conjunto de variables o dimensiones de su actividad que de forma multifactorial determinan el resultado final. Por ello, el Servicio ha de planificar de manera apropiada el desarrollo de actividades de evaluación de la calidad a través del diseño de planes y programas específicos y mediante la utilización de protocolos de evaluación que midan el nivel de calidad a través de criterios y escalas de valoración apropiadas<sup>6</sup>.

En el sector sanitario se definen clásicamente, desde Donabedian<sup>7</sup>, tres modalidades de control de calidad: el análisis de la estructura, el análisis del proceso y el análisis de los resultados. En estas modalidades se utiliza el procedimiento de evaluación, definido éste como aquella sistemática de valoración y análisis comparativo del grado de cumplimiento real de un centro o servicio con respecto a un modelo o patrón de referencia con la finalidad de obtener juicios de valor orientados a la mejora continua de la calidad asistencial<sup>8</sup>.

La intención es producir resultados constantes o cuando se apliquen de forma repetitiva, aunque por diferentes observadores (fiabilidad), y con la capacidad de medir lo que realmente deben medir, sin introducir variables de confusión (validez), detectando fácilmente diferencias en la variable estudiada (sensibilidad). De acuerdo cómo se realice el proceso de valoración y el tipo de modelo o patrón de referencia, la evaluación puede ser interna, revisión por pares y externa.

El análisis de calidad de proceso asistencial se realiza básicamente a través de la documentación clínica, especialmente analizando la calidad formal y la calidad de contenido de las historias clínicas<sup>3</sup>. Las escasas aportaciones sobre qué requerimientos deben contemplarse en la elaboración, gestión y cumplimentación de la historia clínico-laboral, salvo la referencia del artículo 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>9</sup> y la notable aportación de la Sociedad Científica Carpe Dimen<sup>10</sup>, dificultan el análisis de la documentación clínico-laboral desde la óptima de una mejora continua de la calidad, habida cuenta que no está establecido, como en la historia clínica asistencial, qué documentos la integran, qué parámetros deben consignarse y qué sistemas de normalización deben aplicarse, así como los datos mínimos que deben constar desde el punto de vista epidemiológico.

## Características del diseño del protocolo técnico

Desde esta perspectiva se pretende hacer una aportación al proceso de mejora continua de la calidad mediante la evaluación de la historia clínico-laboral, que si bien tiene sus limitaciones en tanto que la realidad de la práctica preventiva no siempre se corresponde con los contenidos de los registros servirá, al menos, como punto de inicio para diseñar un plan de calidad, monitorizar aspectos de interés y efectuar un seguimiento de las medidas de mejora propuestas para elevar la salud de los trabajadores.

A tal fin se ha diseñado un instrumento técnico objetivo que haga posible la evaluación de la historia clínico-laboral. Para ello se han definido una serie de criterios que como instrumentos de medida establecen el marco de referencia que debe reunir una historia de calidad. El criterio es toda característica medible y observable que identifica un aspecto de la actividad, permitiéndonos juzgar si se cumple o no la norma fijada para el mismo. Los criterios propuestos se han establecido de forma empírica en función de una evidencia de índole práctica razonable, son de sencilla aplicación y su número aunque dentro de un espectro reducido, permite sin embargo acercarse a la evaluación global de la calidad de la historia.

Las diferentes actividades del Servicio de Prevención relacionadas con la historia clínico-laboral se han plasmado en 14 criterios. Cada criterio consta de un enunciado que recoge aquellos aspectos de la estructura, organización o actividad requeridos para obtener un resultado de calidad: este enunciado se desarrolla con requisitos más específicos o aclaratorios en los requerimientos<sup>11</sup>. El criterio contiene unas escalas de valoración progresivas que miden el grado de su cumplimiento, oscilando éstas desde la puntuación mínima de uno a la máxima de cinco, estableciéndose como el nivel adecuado o aceptable de cumplimiento el grado tres. Para finalizar, se indica cuál es la intención que justifica la inclusión de dicho criterio, y cuáles son las fuentes y herramientas de verificación.

A diferencia del proceso de acreditación no se ha considerado ningún criterio crítico, o sea, que su incumplimiento por sí mismo supusiera una calificación global de las historias como inaceptables.

Los criterios incluidos comprenden desde aspectos correspondientes a la gestión actual de la historia clínica hasta los parámetros que deben incluirse en los diferentes apartados recogidos (ver tabla 1).

## Aplicación del protocolo

Elaborado el protocolo, aspecto fundamental para medir la calidad, su aplicación se realizará por una serie de profesionales (externos, internos o equipos

**Tabla 1.** Criterios y requerimientos relacionados con la organización de la historia clínico-laboral.

Criterios	Requerimientos
1. Se inicia y mantiene una historia clínico-laboral para cada trabajador	Dossier único Sistema de identificación Sistema de clasificación Sistema de registro
2. Dispone de un Reglamento que facilita la confección y manejo de la documentación clínica	Dispone de una serie de apartados El reglamento de uso se da a conocer Existe un ejemplar a disposición permanente Hay procedimientos para solucionar conflictos Se revisa el Reglamento de uso
3. Anotaciones realizadas sólo por personas autorizadas y de acuerdo a normas aprobadas	Hay normas y procedimientos para designar Revisión periódica de las normas y procedimientos Anotaciones sólo por personas autorizadas Existe relación actualizada de personas autorizadas
4. Todas las anotaciones están fechadas, firmadas y son legibles	Suficientemente legibles y claras Terminología normalizada por práctica profesional Abreviaturas de uso común Anotaciones fechadas Identificación de la autoría de las anotaciones
5. Manejo y acceso a los datos según criterios de seguridad, confidencialidad e integridad	Existen mecanismos de garantía Hay niveles de acceso a la información Tratamiento automatizado conforme a la normativa Evaluación periódica de la seguridad en el acceso Definición de la información sensible Procedimientos extraordinarios para protección Se considera pérdidas por accidentes, robos y otros Hay sistemática a seguir en caso de vulneración El personal conoce las sistemáticas
6. Revisa de forma periódica, siguiendo procedimientos fijados al efecto, las historias clínico-laborales	Se determina el nivel de calidad Revisión por Comité Dispone de procedimiento en el Reglamento El procedimiento se somete a discusión Se realiza una revisión periódica de historias Se efectúa en una muestra aleatoria Se confecciona y difunde un informe de resultados
7. La historia clínico-laboral permite obtener una serie de datos mínimos por trabajador	Contenido mínimo Sistema de información básica actualizada
8. Dispone de los datos de identificación del trabajador	
9. Contiene los antecedentes médicos.	Enfermedades familiares más relevantes Antecedentes personales Procesos crónicos
10. Tiene información sobre hábitos personales e inmunizaciones	Secuelas Descripción de los principales hábitos de salud Inmunización del adulto
11. Recoge antecedentes laborales y descripción del puesto de trabajo	Descripción de ocupaciones anteriores Descripción del puesto de trabajo actual Evaluación de los riesgos laborales Requerimientos físicos y psíquicos
12. Contiene los resultados de los reconocimientos médicos	Medidas de prevención adoptadas Define el perfil de reconocimiento Consentimiento del trabajador Anamnesis por aparatos o sistemas Datos de la exploración física Pruebas diagnósticas
13. Recoge los datos sobre contingencias sufridas por el trabajador.	Juicio clínico, aptitud y recomendaciones Traslado de las conclusiones a la empresa Accidentes de trabajo Enfermedades profesionales. Bajas laborales.
14. Contiene información sobre las consultas efectuadas por el trabajador	Alteraciones de salud sin baja laboral. Motivo de consulta. Resumen de las exploraciones. Conclusiones y recomendaciones efectuadas

mixtos), que inspeccionarán y verificarán el cumplimiento de los criterios, utilizando para ello una metodología de trabajo basada fundamentalmente en el uso de tres herramientas básicas: la entrevista con los responsables de las distintas áreas implicadas, la observación directa de la infraestructura física y organizativa y el análisis de una muestra representativa de las historias<sup>12,13</sup>.

Los evaluadores procederán al análisis individualizado de toda la información recogida y aplicarán la escala de valoración correspondiente a cada criterio. El resultado global vendrá integrado por la suma de la calificación de cada uno de los criterios. Los evaluadores procederán, asimismo, a emitir una opinión fundada acerca del grado de cumplimiento por el Servicio de Prevención de los criterios establecidos, redactando un informe que analiza las distintas áreas reflejando los aspectos positivos y las deficiencias encontradas, así como las recomendaciones y mejoras que se deben llevar a cabo.

En nuestra opinión se consideran los siguientes niveles de calidad:

Óptimo, el cual supondrá el mejor nivel de evaluación o nivel excelente. La puntuación fijada para alcanzarle debe ser superior a los 58 puntos. Implica lograr unas puntuaciones de cuatro o cinco puntos en todos y cada uno de los criterios. Ello supone recomendaciones mínimas para alcanzar la excelencia.

Aceptable, este nivel de calidad podría considerarse como razonable de acuerdo con la opinión de los profesionales del sector. Supondría totalizar entre 32 y 58 puntos. Implica alcanzar al menos unas puntuaciones mínimas por criterio que fluctúan entre los dos y tres puntos según la exigencia de la experiencia y la buena práctica. Las recomendaciones van dirigidas a incrementar los niveles de cumplimiento de los criterios.

Básico, que se situaría en el nivel imprescindible para considerar que se ha logrado una evaluación positiva mínima. Conlleva la obtención de una puntuación global entre los 25 y 31 puntos. Las recomendaciones van encaminadas a corregir deficiencias relevantes para el logro de niveles de calidad aceptables.

No aceptable, cuando existen graves incumplimientos de aspectos claves en la práctica profesional. Supone puntuaciones globales inferiores a los 25 puntos. Las recomendaciones tienen por objetivo subsanar mediante la adopción de medidas correctoras aspectos contemplados como mínimos por la normativa legal o por la práctica profesional.

## CRITERIO 1

El Servicio de Prevención, y dentro del mismo la

Unidad de Vigilancia de la Salud, inicia y mantiene, para cada trabajador, una historia clínico-laboral que incorpora la información de los sucesivos episodios o contactos de éste con el servicio.

## Requerimientos

- a) Existirá un único dossier clínico-laboral para cada trabajador.
- b) El sistema de identificación de la historia será único para cada trabajador.
- c) Tendrá definido una modalidad de clasificación de la historia clínico-laboral que contribuya a minimizar los errores de identificación y localización.
- d) Dispone de un sistema de registro que permite conocer a tiempo real y por diferentes tipos de entradas el censo de las historias clínicas existentes y su localización.

## Objetivos

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales debe garantizar un seguimiento adecuado de la salud de los trabajadores, constituyendo la historia clínico-laboral el imprescindible soporte a los procedimientos aplicados para esta vigilancia. La propia normativa legal establece la existencia de una historia clínico-laboral en la que se hará constar una serie de daos (art. 37.3. c. del Reglamento de los Servicios de Prevención).

La oportuna identificación, clasificación y localización de las historias clínico-laborales redundará en una adecuada y rápida accesibilidad a las mismas, permitiendo la obtención de toda la información generada exclusivamente por cada trabajador. El almacenamiento conjunto en un mismo dossier de las sucesivas evaluaciones y exámenes de salud del interesado facilitará las funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores.

## Escala de valoración

5. Existe un dossier único para cada trabajador, adecuadamente identificado, siendo segura la sistemática clasificación empleada y estando garantizada su localización.
4. La documentación se integra en un historial único, adecuadamente identificado y clasificado, pero no existe un censo que permita conocer la localización a tiempo real.
3. La información se integra en un único soporte documental, con identificación singularizada por

trabajador, si bien el sistema de clasificación de la documentación puede dar lugar a dificultades en la obtención de los historiales.

2. La atención prestada al trabajador en sus diferentes facetas no se recoge en un único soporte documental, aunque se utiliza como nexo de unión el mismo sistema de identificación.

1. La atención prestada al trabajador en sus diferentes facetas no se recoge en un único soporte documental y cada actividad prestada tiene su propio sistema de identificación.

### Verificación

Entrevista con el responsable de la Unidad de Vigilancia de la Salud a fin de conocer la sistemática seguida al respecto.

Consulta de las normas del Servicio y de la Unidad de Vigilancia referentes al criterio.

Comprobación de los sistemas que se emplean para conocer el censo de las historias clínicas y su localización.

Comprobación de la sistemática que se sigue para la apertura de una historia clínica, el archivo de una historia clínico-laboral, y la remisión de toda la información existente sobre un trabajador.

Valoración del sistema de identificación, almacenaje y localización de una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

### CRITERIO 2

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales dispondrá de un Reglamento de uso de las historias clínico-laborales que facilite la confección y manejo de la documentación clínica.

### Requerimientos

1. Dispondrá de los siguientes apartados:

a) Normas generales de uso y cumplimentación de la historia clínico-laboral.

b) Normas de acceso, confidencialidad y custodia de la historia.

c) Normas de identificación de la documentación clínica.

d) Regulación específica sobre el consentimiento de los trabajadores para la realización de los reconocimientos.

e) Normas de confección, ordenación y sistemas de estandarización.

f) Normas para la circulación y conservación de las historias.

2. El Reglamento de uso se dará a conocer a todos los miembros de la Unidad de Vigilancia en el momento de su ingreso en la misma.

3. Un ejemplar actualizado del Reglamento de uso estará a disposición permanente de los miembros de la unidad de vigilancia.

4. Se tendrá establecido el procedimiento para solucionar los aspectos conflictivos que en el desarrollo cotidiano de la actividad preventiva pudieran surgir a propósito del uso de las historias clínico-laborales.

5. Se tendrá establecida la sistemática y periodicidad para revisión del Reglamento de uso, contando con la opinión de los miembros de la unidad de vigilancia.

### Objetivos

La correcta utilización de la historia clínico-laboral permite obtener una información fiable y homogénea de la actividad asistencial, constituyéndose en la base de los sistemas de información. La existencia de un Reglamento de uso facilitará el trabajo diario de todos los profesionales que participan en las tareas de vigilancia de la salud de los trabajadores.

La accesibilidad y la difusión de su contenido a los profesionales de la unidad les permitirá dotarse de una guía que, al establecer claramente las normas de uso y los niveles de responsabilidad, facilitará el logro de unos resultados eficaces. Su concreción y evaluación periódica permitirá determinar la mejor práctica para el Servicio de Prevención.

### Escala de valoración

5. Dispone de un reglamento con todos los requisitos establecidos que es actualizado con participación de todo el personal y con periodicidad bianual. El Reglamento es conocido por todos los miembros de la Unidad de Vigilancia de la Salud. Existe un ejemplar a disposición del personal. El responsable de la Unidad tiene establecida la sistemática para atender las situaciones problemáticas que pudieran surgir en su aplicación cotidiana.

3. Existe un Reglamento que no reúne la totalidad de los requerimientos indicados, aunque sí, al menos, los aspectos esenciales: normas de acceso y confidencialidad; regulación del consentimiento informado, y normas de identificación de la documentación. Se revisa y actualiza con periodicidad entre dos y tres años.

1. No dispone de Reglamento o éste carece de alguno de los requerimientos considerados como esenciales. Su revisión y actualización supera los tres años y/o no existe una participación activa del personal de la Unidad de Vigilancia. No existe un procedimiento para solucionar los conflictos que pudieran ir surgiendo.

## Verificación

Consulta de las normas del Servicio y de la Unidad de Vigilancia referentes al Reglamento de uso de las historias clínicas.

Entrevista con el responsable de la Unidad de Vigilancia de la Salud a fin de conocer la sistemática seguida para dar a conocer el Reglamento, vigilar su aplicación y proceder a su oportuna revisión.

Entrevista con miembros del personal sanitario y no sanitario de la Unidad de Vigilancia, para valorar cuándo y cómo se les dio a conocer el Reglamento de uso; la accesibilidad al mismo; la sistemática para solucionar aspectos problemáticos que puedan surgir en el desarrollo de la actividad de la Unidad, y el procedimiento, periodicidad y grado de participación en el proceso de actualización.

## CRITERIO 3

Las anotaciones en las historias clínico-laborales se realizan sólo por personas debidamente autorizadas y de acuerdo con normas y procedimientos escritos aprobados por la dirección del Servicio.

## Requerimientos

a) Existen normas y procedimientos que especifican qué profesionales están autorizados a efectuar anotaciones en las historias clínico-laborales.

b) Estas normas y procedimientos se revisan y actualizan con la periodicidad debida, siendo aprobados por la Dirección de la Unidad de Vigilancia.

c) Las anotaciones en las historias clínico-laborales se realizan exclusivamente por las personas debidamente autorizadas.

d) Existe una relación actualizada de las personas autorizadas para efectuar anotaciones en las historias clínico-laborales.

## Objetivos

El establecimiento, en forma clara, de las personas con privilegios para realizar anotaciones en las historias clínico-laborales facilitará la cumplimentación de las mismas y contribuirá a un mejor nivel de atención y servicio a las necesidades de los trabajadores.

## Escala de valoración

5. Existen normas y procedimientos escritos, aprobados por la Dirección de la Unidad, que regulan quién debe realizar las anotaciones en las

historias. Dichas normas se revisan con una periodicidad bianual. Todas las anotaciones en las historias clínico-laborales son realizadas por las personas debidamente autorizadas. Las personas autorizadas para realizar las anotaciones figuran en una relación permanentemente actualizada.

4. Las normas y procedimientos que regulan quién debe realizar las anotaciones se revisan con periodicidad superior a la bianual.

3. No existen procedimientos por escrito que regulen qué profesionales pueden efectuar anotaciones, aunque sí existe una relación de personas autorizadas y la totalidad de las anotaciones corresponden a personal autorizado.

2. Aunque las anotaciones se realizan exclusivamente por el personal con titulación sanitaria, no existe un procedimiento expreso de autorización ni relación de individuos con capacidad para anotar datos en la documentación clínico-laboral.

1. Existen anotaciones en las historias clínico-laborales por personas no vinculadas en calidad de profesionales sanitarios a la Unidad de Vigilancia de la Salud.

## Verificación

Consulta de las normas y procedimientos del Servicio de Prevención y de la Unidad de Vigilancia referentes al criterio.

Entrevista con el responsable de la Unidad de Vigilancia a fin de conocer la sistemática seguida al respecto.

Entrevista con miembros de la Unidad de Vigilancia para valorar el conocimiento de las normas al respecto.

Valoración del sistema de anotación de una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

## CRITERIO 4

Todas las anotaciones, en las historias clínico-laborales, de los profesionales sanitarios están fechadas, firmadas y son legibles.

## Requerimientos

a) Las anotaciones son suficientemente legibles y claras.

b) La terminología ha de ser la universalmente normalizada por la práctica profesional.

c) En el caso de empleo de abreviaturas, éstas han de ser las de uso común o, si no es así, la primera vez que aparezcan en el texto irán acompañadas de su significado completo entre paréntesis.

d) Las anotaciones están debidamente

fechadas.

e) Se identifica la autoría de las anotaciones, tanto de médicos como de personal de enfermería.

### Objetivos

La utilidad que para la prevención de los riesgos laborales va a tener la historia clínico-laboral no podrá ser efectiva si las sucesivas anotaciones de las actividades relacionadas con la vigilancia de la salud de los trabajadores no pueden ser interpretadas por cualquiera de los profesionales que utilicen los dosieres.

El correcto fechado y autoría de la persona que realiza la anotación, permitirá establecer la responsabilidad de la misma a los efectos que se estimaran oportunos.

Las abreviaturas que pudieran ser utilizadas en la descripción de los hallazgos o procedimientos seguidos no deben dar lugar a problemas interpretativos.

### Escala de valoración

5. En general (en más del 90% de las historias), las anotaciones registradas son legibles, están fechadas, firmadas y permiten la identificación de su autor.

4. En más de un 10% de las historias, no es posible identificar al autor de las anotaciones.

3. En parte (entre un 10 y 25% de las historias), las anotaciones registradas carecen de fecha y/o firma. De forma generalizada se emplean abreviaturas de uso propio aunque se logra una interpretación adecuada en todos los casos.

2. En un 25-50% de las historias, las anotaciones carecen de fecha y/o firma. La terminología utilizada no se adecua a los estándares habituales de la práctica profesional no resultando posible en todos los casos una interpretación inequívoca.

1. En una mayoría (más del 50% de las historias), las anotaciones carecen de fecha y/o firma de los profesionales sanitarios del Servicio.

### Verificación

Valoración de la legibilidad, fechado e identificación personal de las anotaciones en una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

Comprobación de la existencia de un registro actualizado de identificación de los profesionales a partir de su firma.

Comprobación de la existencia de un registro de identificación de las abreviaturas de uso más corriente.

### CRITERIO 5

El Servicio de Prevención garantiza que el manejo y acceso a los datos de las historias clínico-laborales se realiza de acuerdo con criterios de seguridad, confidencialidad e integridad.

### Requerimientos

a) Cuenta con mecanismos efectivos para garantizar la seguridad y la confidencialidad en el acceso y manejo de los datos y de la información disponible en las historias clínico-laborales.

b) Los sistemas de seguridad tienen determinados los niveles de acceso a la información según cometidos profesionales, habiéndose definido ¿quién tiene acceso a la información?, ¿a qué información tendrá acceso cada individuo?, ¿qué circunstancias permitirán revelar información?

c) Si se realiza un tratamiento automatizado de los datos deberá ser conforme a la normativa vigente.

d) Periódicamente se procede a evaluar la seguridad en el acceso.

e) Tiene definida la información identificada como sensible.

f) Aplica procedimientos extraordinarios para proteger de forma efectiva la información identificada como sensible.

g) Los mecanismos de protección consideran, para cada uno de los puntos de la red del sistema, las situaciones de pérdidas por accidentes, robo, daño, destrucción, manipulación y el acceso o uso no autorizado.

h) Se ha fijado la sistemática a seguir cuando se vulnera la confidencialidad y la seguridad.

i) El personal de la Unidad de Vigilancia conoce las sistemáticas establecidas.

### Objetivos

Las anotaciones contenidas en las historias clínico-laborales exigen el establecimiento de unas medidas de control que garanticen con efectividad el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con el estado de salud de los trabajadores. La propia normativa legal establece limitaciones en el acceso a la información médica de carácter personal (art. 22.4. de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

### Escala de valoración

5. Se cumplen la totalidad de los requerimientos. Se ha fijado, para la totalidad de las personas, su nivel de privilegios en cuanto a acceso a la información. La sistemática establecida permite

su eficaz cumplimiento. Se revisa, con periodicidad anual, el nivel de privilegios de todo el sistema. Se han fijado los sistemas dirigidos a proteger y garantizar la información frente a los diversos avatares señalados. La efectividad de estas medidas se comprueba periódicamente, al menos, con carácter semestral.

4. El nivel de privilegios para el acceso a la información sólo se ha realizado a nivel de categoría profesional. El nivel de privilegios personalizado se revisa con periodicidad entre uno y dos años. Los sistemas de protección se comprueban sistemáticamente con periodicidad, al menos, anual.

3. Se revisa el nivel de privilegios con periodicidad superior a los dos años. Los sistemas de protección se comprueban esporádicamente.

2. Los sistemas de protección establecidos no son comprobados.

1. Se incumple la normativa vigente sobre tratamiento informatizado de datos. No se ha establecido sistemática alguna sobre la accesibilidad a los datos y/o información. No se dispone de ningún sistema de protección.

### Verificación

Entrevista con el responsable de la Unidad de Vigilancia a propósito de los requerimientos señalados en el criterio.

Consulta de las normas del Servicio y de la Unidad de Vigilancia referentes al criterio.

Entrevistas con miembros del personal de la Unidad de Vigilancia para establecer el grado de conocimiento de las normas al respecto.

Consulta de los resultados de las últimas evaluaciones realizadas sobre seguridad en el acceso a los datos de las historias clínico-laborales.

Valoración de la conformidad con la normativa vigente en el tratamiento automatizado de los datos.

### CRITERIO 6

El Servicio de Prevención, y en su caso la Unidad de Vigilancia de la Salud, revisa de forma periódica, siguiendo el procedimiento fijado al efecto, las historias clínico-laborales a fin de velar por una atención de calidad a sus trabajadores.

### Requerimientos

a) La revisión determina el nivel de calidad en la cumplimentación y el contenido de las historias clínico-laborales.

b) La revisión se realiza por un Comité, Comisión o Equipo integrado, al menos, por

médicos y personal de enfermería.

c) Dispone de un procedimiento, fijado al efecto en el Reglamento de uso de la historia clínico-laboral, aprobado por la Dirección del Servicio.

d) Este procedimiento de revisión se somete a discusión periódica participando activamente el personal de la Unidad de Vigilancia de la Salud.

e) Realiza periódicamente una revisión de historias clínico-laborales.

f) Se efectúa sobre una muestra aleatoria y apropiada en número.

g) Se confecciona y difunde un informe con los resultados de la evaluación.

### Objetivos

La Unidad de Vigilancia debe realizar un esfuerzo continuado para determinar el nivel de calidad en la cumplimentación y contenido de las historias, lo que redundará en una mejora continuada de las actividades dirigidas a la protección de la salud de los trabajadores.

La planificación de las medidas de mejora de la actuación, en lo referente a la confección de las historias, requiere de una sistematización en la evaluación de los resultados. La medición y evaluación del servicio prestado debe realizarse atendiendo a un plan diseñado en el que se contempla la sistemática, la periodicidad y los aspectos de interés.

### Escala de valoración

5. Dispone de un Manual de procedimientos para la revisión de historias clínico-laborales que se revisa, al menos, con periodicidad bianual y en cuya elaboración participa activamente el personal de la Unidad de Vigilancia de la Salud. Se procede a una revisión semestral tanto de la calidad formal como de los contenidos. Realiza informes de resultados y difunde sus conclusiones y recomendaciones a los diversos responsables implicados. La muestra obtenida es representativa. El tamaño muestral permite estimaciones con una confianza en torno al 95%.

4. Realiza revisiones anuales de calidad formal y de contenidos. El tamaño no es adecuado para estimaciones con una confianza en torno al 95%.

3. Evalúan aspectos de calidad formal con periodicidad bianual y de contenidos anualmente. Utiliza como tamaño muestral un porcentaje fijo respecto al total de historias que, al menos, supone el 1%. El Manual para la revisión de procedimientos es reevaluado con periodicidad superior a la bianual por la Comisión. No realiza recomendaciones.

2. Realiza revisiones con periodicidad bianual. El tamaño muestral no supera el 1% del colectivo

total. La revisión no se realiza por equipos pluridisciplinarios. Los protocolos para la revisión se establecen en el momento de la revisión, sin que exista un procedimiento sistemático fijado, valorado y con continuidad. El informe no se difunde a los Servicios Clínicos.

1. No se realizan revisiones o éstas tienen carácter esporádico. El procedimiento de elección de la muestra no permite asegurar una representación aleatoria de las historias clínico-laborales. No se realiza informe de los resultados.

### Verificación

Entrevista con el responsable de la Unidad de Vigilancia al respecto de los requerimientos del criterio.

Consulta de las normas del Servicio y de la Unidad de Vigilancia referentes al criterio.

Consulta de las actas de la Comisión o Equipo sobre calidad de las historias.

Consulta de los últimos informes de revisión de historias clínico-laborales.

## CRITERIO 7

La historia clínico-laboral permitirá obtener una serie de datos mínimos por trabajador que configuren un sistema de información básico en salud laboral, para la toma de decisiones por parte de los Servicios de Prevención.

### Requerimientos

1. El contenido de los datos mínimos será el siguiente:

- a) Fecha del reconocimiento.
- b) Datos de identificación del trabajador y de su puesto de trabajo.
- c) Datos relevantes de la exploración clínica del reconocimiento médico.
- d) Datos relativos a los hábitos y antecedentes del trabajador.
- e) Valoración global, aptitud y limitaciones del trabajador.

2. El sistema de información básica se mantendrá actualizado conforme se realice el programa de Vigilancia de la Salud.

### Objetivos

Al tener establecido un sistema de registro mínimo de datos relativos a la aptitud y limitaciones del trabajador, el Servicio de Vigilancia de la salud

puede planificar adecuadamente las actividades a desarrollar para cada trabajador, al tiempo que diseñar las medidas preventivas que mejor consideren las necesidades del colectivo.

### Escala de valoración

5. Se dispone de cada uno de los datos referenciados y están actualizados según el desarrollo de los diferentes programas.

1. No se dispone de sistema de datos mínimos o éste no comprende la totalidad de los aspectos referenciados. Los datos no reflejan la situación sanitaria real de los trabajadores.

### Verificación

Entrevista con el responsable de la Unidad de Vigilancia de la Salud a fin de conocer la disponibilidad y procedimientos seguidos al respecto.

Consulta del sistema de datos mínimos existentes.

Valoración del sistema de datos mínimos comprobando el reflejo en el mismo de la información de una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

## CRITERIO 8

La historia clínico-laboral dispone de los datos de identificación del trabajador que facilitan la elaboración de informes médicos.

### Requerimientos

El contenido de los datos de identificación es el siguiente:

- a) Nombre y apellidos del trabajador.
- b) Número de afiliación a la seguridad social.
- c) Sexo.
- d) Estado civil.
- e) Fecha de nacimiento.
- f) País de nacimiento.
- g) Dirección de residencia habitual.

### Objetivos

Al disponer de los datos de identificación del trabajador se posibilita la emisión de informes, tanto para el interesado como para otras entidades a las que fuera preciso comunicar determinados aspectos. Así mismo, facilitará la obtención de datos socioculturales de interés médico y los datos mínimos.

### Escala de valoración

5. Un 5% de las historias revisadas no cumple alguno o varios de los requerimientos, pero siempre se dispone del nombre y apellidos del trabajador, número de afiliación a la seguridad social y fecha de nacimiento.

4. En menos de un 10% de las historias revisadas carecen de alguno de los requerimientos, disponiendo siempre del nombre y apellidos del trabajador, número de afiliación a la seguridad social y fecha de nacimiento.

3. En menos de un 20% de las historias revisadas carecen de alguno de los requerimientos, disponiendo siempre del nombre y apellidos del trabajador, número de afiliación a la seguridad social y fecha de nacimiento.

2. En menos de un 30% de las historias revisadas carecen de alguno de los requerimientos, o en más del 5% faltan los datos esenciales para la identificación correcta del trabajador.

1. Más de un 40% de las historias clínicas revisadas carecen de alguno de los requisitos o en más de un 10% faltan los datos esenciales para la identificación correcta del trabajador.

### Verificación

Valoración de los datos de identificación en una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

### CRITERIO 9

La historia clínico-laboral contiene los antecedentes médicos, tanto personales como familiares, al objeto de valorar la predisposición o riesgo para el individuo en relación con su trabajo.

### Requerimientos

- a) Descripción de las enfermedades más relevantes en familiares en línea directa.
- b) Antecedentes personales no activos más relevantes.
- c) Antecedentes personales activos.
- d) Procesos o enfermedades crónicas.
- e) Antecedentes personales de secuelas.

### Objetivos

Conocer las enfermedades con un componente de transmisión genética importante, así como los antecedentes médicos y quirúrgicos del trabajador, facilitará la evaluación de sus necesidades de salud y la adaptación de las condiciones de trabajo.

### Escala de valoración

5. En menos del 5% de las historias revisadas no se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares y personas relativas a enfermedades relevantes.

4. En menos del 10% de las historias revisadas no se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares y personas relativas a enfermedades relevantes.

3. En menos del 20% de las historias revisadas no se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares y personales relativas a enfermedades relevantes.

2. En menos del 30% de las historias revisadas no se reflejan los datos referentes a los antecedentes familiares aunque sí constan los antecedentes personales en, al menos, el 60%.

1. Los antecedentes personales no se reflejan en más del 40%.

### Verificación

Valoración de la existencia de antecedentes familiares y personales en una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

### CRITERIO 10

La historia clínico-laboral tiene información referente a los hábitos personales e inmunizaciones a las que se ha sometido el trabajador y que tienen interés en la valoración de las diferentes situaciones de riesgo.

### Requerimientos

1. Descripción de los principales hábitos que repercuten en el estado de salud:

- a) Tabaco.
- b) Alcohol.
- c) Actividad física y/o de ocio.
- d) Medicación.
- e) Consumos ilícitos.
- f) Alimentación.
- g) Habitabilidad del domicilio.

2. Inmunizaciones del adulto:

- a) Tipos de vacunas y/o inmunoglobulinas.
- b) Fechas últimas dosis.

### Objetivos

Conocer los procesos para los que el trabajador se encuentra inmunizado facilitará la planificación y el desarrollo de una pauta de inmunización acorde con las necesidades del interesado.

La implicación sobre un gran número de

patologías de los hábitos señalados hace preciso que se incorporen a la historia clínico-laboral aquellos datos precisos que puedan servir tanto para el desarrollo de ulteriores estudios epidemiológicos como para la adecuada evaluación de los riesgos a los que está expuesto el trabajador.

### Escala de valoración

5. El 95% de las historias evaluadas, contienen información sobre los hábitos personales, positivos o negativos, del trabajador, así como su estado de inmunización.

4. El 90% de las historias evaluadas contienen información sobre los hábitos personales, positivos o negativos, del trabajador, así como su estado de inmunización.

3. El 80% de las historias evaluadas contienen información sobre los hábitos personales negativos del trabajador (alcohol, tabaco, drogas), así como su estado de inmunización.

2. El 70% de las historias evaluadas contienen información sobre los hábitos personales negativos del trabajador. Respecto a su estado de inmunización sólo se recoge los tipos de inmunizaciones, pero no las fechas de las últimas dosis.

1. El 60% de las historias evaluadas no contiene información sobre los hábitos personales ni sobre las inmunizaciones del trabajador.

### Verificación

Valoración de la existencia de hábitos personales y situación inmunológica en una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

### CRITERIO 11

La historia clínico-laboral recoge los antecedentes laborales y la descripción del puesto de trabajo actual que permite definir y controlar el riesgo acumulado y presente.

### Requerimientos

1. Descripción de las ocupaciones anteriores:
  - a) Tiempo de dedicación.
  - b) Espacio laboral.
  - c) Condiciones físicas, químicas y biológicas.
  - d) Turno.
2. Descripción del puesto de trabajo actual:
  - a) Identificación del puesto.

- b) Funciones y requerimientos de conocimientos.
- c) Espacio laboral.
- d) Condiciones físicas, químicas y biológicas.

3. Evaluación del riesgo de accidente y de enfermedad profesional del puesto.

4. Requerimientos físicos y psíquicos para el desempeño del puesto.

5. Medidas de prevención adoptadas.

6. Actividades profesionales complementarias o secundarias.

### Objetivos

Conocer las ocupaciones anteriores del trabajador y el período de tiempo durante el que ha desarrollado dicha ocupación permitirá evaluar los riesgos anteriores a los que ha estado expuesto y establecer así el riesgo acumulado.

La información sobre el puesto de trabajo actual es indispensable para realizar una eficaz prevención y protección del trabajador. Se facilitará, así mismo, la realización de propuestas para mejorar los puestos de trabajo.

### Escala de valoración

5. La totalidad de las historias revisadas cuentan con la descripción con detalle de todas las ocupaciones que el trabajador ha desempeñado en, al menos, los últimos cinco años, la descripción completa del puesto de trabajo actual, se pregunta sobre actividades laborales complementarias, se recogen los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo y constan las medidas de prevención adoptadas.

4. La totalidad de las historias revisadas tienen una descripción completa del puesto de trabajo actual, así como de los riesgos detectados y las medidas de prevención adoptadas. Sin embargo, en no más del 90% de dichas historias se encuentra una descripción genérica (nombre del puesto y tiempo de permanencia) de la última ocupación. No consta o no se recoge la existencia de actividades laborales secundarias.

3. La totalidad de las historias revisadas tienen una descripción completa del puesto de trabajo actual, así como de los riesgos detectados y las medidas de prevención adoptadas. Sin embargo, en no más del 80% de dichas historias se encuentra una descripción genérica (nombre del puesto y tiempo de permanencia) de la última ocupación.

2. Algunas (menos de un 10%) de las historias revisadas no contienen una descripción detallada del puesto de trabajo actual, ni de los riesgos y medidas de prevención existentes.

1. En más de un 10% de las historias revisadas

no hay una descripción detallada del puesto de trabajo actual, ni de los riesgos y medidas de prevención existentes.

### Verificación

Valoración de la existencia de antecedentes laborales y descripción del puesto de trabajo actual en una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

## CRITERIO 12

La historia clínico-laboral contiene los resultados de reconocimientos médicos llevados a cabo en los respectivos programas de vigilancia de la salud.

### Requerimientos

- a) Definición del perfil del reconocimiento en relación al puesto de trabajo.
- b) Consentimiento del trabajador a la realización del reconocimiento o, en caso de riesgo, informe de los representantes de los trabajadores.
- c) Anamnesis por aparatos o sistemas.
- d) Datos de la exploración física.
- e) Pruebas diagnósticas en relación con los riesgos específicos del puesto de trabajo y el cuadro nosológico a descubrir.
- f) Juicio clínico, aptitud y recomendaciones e informe al trabajador.
- g) Traslado de las conclusiones a la empresa y órganos de prevención.

### Objetivos

La existencia de los resultados de los reconocimientos médicos efectuados al trabajador constituye un elemento clave para la toma de decisiones clínicas, valorar la aptitud del trabajador para un puesto determinado, recomendarle hábitos saludables y adoptar las medidas de prevención adecuadas a las situación.

### Escala de valoración

5. La totalidad de las historias clínicas evidencian la aplicación de las pruebas diagnósticas establecidas para los diversos puestos de trabajo. Las historias clínicas reflejan el juicio clínico emitido, así como el estado de salud general, las características de aptitud-limitaciones para el puesto de trabajo, las recomendaciones clínicas y de hábitos de vida. Hay constancia de la comunicación de las conclusiones a la empresa y órganos de prevención.

4. La totalidad de las historias clínicas recogen los

datos referentes a la anamnesis, exploración física, controles biológicos y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo. En un 10% de las historias clínicas no figura el juicio clínico, la aptitud y/o las recomendaciones.

3. La totalidad de las historias clínicas recogen datos referentes a la anamnesis, exploración física, controles biológicos y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo. En un 20% de las historias clínicas no figura el juicio clínico, la aptitud y/o las recomendaciones.

2. En menos de un 40% de las historias las exploraciones y pruebas diagnósticas aplicadas son genéricas, no teniendo en cuenta los riesgos específicos del puesto de trabajo; y/o en menos de un 30% no figura el juicio clínico, la aptitud y/o las recomendaciones.

1. Carece del consentimiento del trabajador o informe de sus representantes. En más de un 40% de las historias, las exploraciones y pruebas diagnósticas aplicadas son genéricas; y/o en más del 30% no figura el juicio clínico, la aptitud y/o las recomendaciones. No se informa con carácter sistemático al trabajador de los resultados de su reconocimiento, y/o a la empresa y órganos de prevención en los aspectos pertinentes.

### Verificación

Evaluación de una muestra aleatoria de historias clínico-laborales a fin de verificar la existencia de resultados de los correspondientes reconocimientos del trabajador de acuerdo a su perfil de riesgo.

## CRITERIO 13

Las historias clínico-laborales recogen datos referentes a las contingencias profesionales y no profesionales sufridas por el trabajador.

### Requerimientos

- a) Accidentes de trabajo: fecha, día, hora de trabajo y del accidente, causa (lugar y naturaleza de la lesión), duración de la baja, diagnóstico de la lesión y secuelas.
- b) Enfermedades profesionales: tiempo de exposición al riesgo, diagnóstico de la enfermedad, duración de la baja y secuelas.
- c) Bajas laborales por enfermedad o accidente no laboral: motivo de la baja y duración de la baja.
- d) Alteraciones de la salud que no han motivado baja laboral.

### Objetivos

El registro de las contingencias profesionales y no profesionales sufridas por el trabajador constituye

una fuente de información básica para desarrollar una política de protección que minimice los riesgos a los que el trabajador está expuesto.

### Escala de valoración

5. El 95% de las historias clínico-laborales revisadas recogen de manera detallada todas las contingencias profesionales y no profesionales sufridas en los últimos cinco años.

4. El 95% de las historias clínico-laborales recogen de manera detallada todas las contingencias profesionales y no profesionales sufridas en los tres últimos años.

3. El 95% registran todas las enfermedades profesionales y los accidentes laborales que hayan causado una incapacidad laboral superior a un día de trabajo en los últimos tres años y en más del 80% consta datos sobre absentismo por enfermedad y accidente no laboral.

2. Solamente se registran los accidentes y enfermedades laborales de especial gravedad no existiendo datos relativos a las contingencias no profesionales.

1. No se registran la totalidad de los pacientes y enfermedades profesionales sufridas por el trabajador.

### Verificación

Evaluación de una muestra aleatoria de historias clínico-laborales a fin de verificar el registro de las contingencias sufridas por el trabajador.

### CRITERIO 14

La historia clínico-laboral contiene información relativa a las consultas efectuadas por el trabajador.

### Requerimientos

- a) Motivo de la consulta.
- b) Resumen de las exploraciones y pruebas puestas en marcha.
- c) Conclusiones y recomendaciones efectuadas.

### Objetivo

La información obtenida en los diferentes contactos del trabajador con el Servicio de Prevención permite integrar en la historia clínico-laboral aquellas situaciones con posibilidad de incidir en la salud del trabajador, conocer el grado de adaptación y las dificultades para desarrollar las actividades laborales.

### Escala de valoración

5. La totalidad de las consultas efectuadas por los trabajadores se reflejan en la historia clínico-laboral del interesado, de manera que permite interpretar adecuadamente el episodio.

3. Sólo se reflejan en la historia clínico-laboral del trabajador aquellos episodios de consulta con especial gravedad o significado.

1. Las consultas efectuadas a petición del trabajador no se refleja en la historia clínico-laboral del mismo, o bien, las anotaciones no permiten una adecuada interpretación de los motivos ni las actividades desarrolladas.

### Verificación

Consulta de las normas del Servicio y de la Unidad de Vigilancia referentes al criterio.

Comprobación de la sistemática que se sigue al respecto.

Valoración del sistema de registro de las consultas en una muestra aleatoria de historias clínico-laborales.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre.
2. Sañudo-García S, Canga-Villegas E. La historia clínica. En: López-Domínguez O, ed. Gestión de pacientes en el hospital. Madrid: Olalla ediciones; 1997. p. 339-80.
3. Lledó R, Jiménez C, Prat A, Urbano-Márquez A, Grau J, Asenjo MA. Evaluación de la calidad asistencial a través de la historia clínica. *Todo Hospital* 1993;99:61-5.
4. Cantero-Rivas R. La historia clínica; de documento médico a documento médico-legal. *Todo Hospital* 1997;142: 43-9.
5. Aparicio-Tovar J. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales. *Relaciones Laborales* 1996;3:8-29.
6. Carrasco-Prieto A. Propuesta de manual de Acreditación para Servicios de Prevención, 1997.
7. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. *Control de Calidad Asistencial* 1991;6:1-6 y 31-9.
8. Carrasco-Prieto A, González Arias E. Manual Práctico de Acreditación de Hospitales. Valladolid: Ed. Médica Europea, 1993.
9. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prvención. BOE núm. 000, de 24 de abril.
10. Asociación Científica Carpe Diem. Bases para una normalización de la Historia Clínico-Laboral. Madrid: Ciemat, 1993.
11. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Manual de Acreditación para Hospitales. Barcelona: S.G. Editores, 1996.
12. Martínez MC, García M. Evaluación de Historias Clínicas. *Control de Calidad Asistencial* 1990;5:44-8.
13. Pinto M. Análisis documental. Fundamentos y procedimientos. Madrid: Eudema, 1991.