



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



EVALUACIÓN DEL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO ST 4-30-8 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MEDICINA FAMILIAR N° 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SAN LUIS POTOSÍ.

**TESINA
PARA OBTENER EL TÍTULO
DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

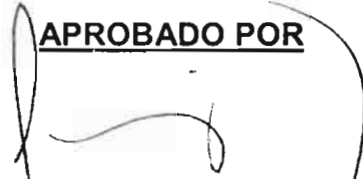
DR. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ VICTORIA

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2005



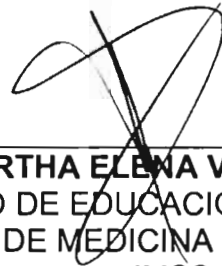
APROBADO POR



DR PEDRO GUADALUPE BARRIOS SANTIAGO
JEFE DELEGACIONAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
IMSS, SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.



DR. GUILLERMO E. STEVENS AMARO
SECRETARIO DE POSTGRADO FACULTAD DE MEDICINA UASLP
SECRETARIA DE POSTGRADO



DRA. MARTHA ELENA VIDALES RANGEL
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
IMSS.



DR. FLORENCIO RODRIGUEZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
IMSS. SEDE SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.



DRA. ZAIDE KETTELSON ABUD
PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
IMSS. SEDE SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

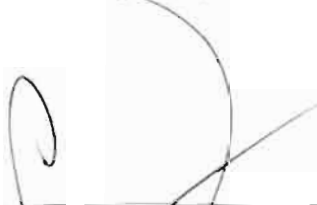
ASESORES:



DR. WILFRIDO BUCIO JURADO

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL TRABAJO
DEL IMSS HGZ C/MF NO.1. S.L.P.

ASESOR CLÍNICO




DRA. SILVIA JUANA MARIA ZAVALA MATA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF NO. 45

DEL IMSS S.L.P.

ASESOR CLÍNICO



DR. ENRIQUE ALBARRÁN FERNÁNDEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS DEL HGZ
C/MF NO.1.

IMSS S.L.P.

ASESOR METODOLÓGICO

TITULO

EVALUACIÓN DEL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO ST 4-30-8 EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MEDICINA
FAMILIAR
N° 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SAN LUIS
POTOSÍ.

AUTOR

DR. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ VICTORIA*

ASESORES

DR. WILFRIDO BUCIO JURADO **

DRA. SILVIA JUANA MARIA ZAVALA MATA***

DR. ENRIQUE ALBARRÁN FERNÁNDEZ****

INSTITUCION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MEDICINA FAMILIAR No. 1
SAN LUIS POTOSÍ.

*Residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar.

**Coordinador Del Departamento De Salud En El Trabajo
Del IMSS HGZ C/MF No.1. S.L.P.

***Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 45 Del
IMSS S.L.P.

****Jefe del departamento de epidemiología y estadísticas del HGZ C/MF No.1.
IMSS S.L.P.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a mis padres el haberme formado con buenos principios, la base de una buena cimentación que un ingeniero puede realizar; la maestra de veinticuatro horas, que a pesar de su ardua jornada de trabajo dispuesta siempre con cariño a encausar por el camino del éxito a sus hijos.

A mi esposa e hija con amor, por estar a mi lado en los momentos difíciles y haber tenido a ese regalo de vida, han sido mis pilares más importantes durante la especialidad; a pesar de los sacrificios que me han privado de ver su primer sonrisa, escuchar su primer palabra, durante su primer año de vida; Finalmente logramos subir un escalón más de los muchos que nos faltan por recorrer.

A mis profesores, coordinadores y asesores de tesis que han sembrado en mí la semilla del buen médico familiar, en especial a la Dra. Zavala, Dr. Bucio, Dr. Albarran que con personas como ustedes siempre dispuestos a dar su tiempo, para compartir sus conocimientos, a nosotros sus alumnos, y esperando solo como recompensa nuestra superación, muchas gracias.

INDICE

TEMA	No. DE PÁGINA
Antecedentes	1
Justificación	9
Planteamiento del problema	10
Objetivos	11
Material y Métodos	12
Tamaño de muestra	13
Aspectos éticos	14
Análisis estadístico	14
Operacionalización de variables	15
Resultados	16
Conclusiones	18
Bibliografía	19
Anexos	23

ANTECEDENTES

En México a finales del siglo XIX las necesidades y demandas populares se hicieron cada vez más apremiantes hasta culminar con el movimiento armado de 1910, la revolución mexicana sintetizó la aspiración de los trabajadores por su seguridad y por la reglamentación justa de sus condiciones de trabajo, el Artículo 123 Constitucional en su Fracción 29 señala la necesidad de establecer un seguro social para resolver razonablemente los problemas derivados de los riesgos de trabajo a que están sujetos los trabajadores y la necesidad inaplazable de encontrar un sustituto del salario cuando por razones de invalidez o vejez los trabajadores dejaran de ser útiles.

El resultado de estas necesidades se concretó en 1943 con la promulgación de la Ley del Seguro Social y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros antecedentes legislativos en México, que consideraron a los riesgos de trabajo desde el punto de vista de la integridad física de los obreros fueron las leyes de Vicente Villada en el Estado de México 1901 y de Bernardo Reyes en el Estado de Nuevo León en 1906.⁽¹⁾

Para 1915 se formuló un proyecto de ley de accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.⁽¹⁾

Posteriormente en la Constitución de 1917, dentro del Artículo 123 fue plasmado el concepto de la Previsión Social, como una serie de medidas tendientes a salvaguardar el bienestar y la seguridad de los trabajadores, buscando disminuir las alteraciones sociales que ocasionan los Riesgos de Trabajo. ⁽¹⁾

En 1919 en el tratado de paz en Versalles se estableció la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con objeto de promover la justicia social y mejorar las condiciones de trabajo, en cuanto a jornada, condiciones físicas del medio ambiente del trabajo, higiene, ventilación, iluminación, ruido, prevención de accidentes, seguridad, satisfacción laboral, salario y calidad de vida para los trabajadores. ⁽¹⁾

A finales de Octubre de 1996, la población derechohabiente ascendía a 36 millones 553 mil personas. El total de asegurados permanentes llegó a 10 millones 729 mil y el total de pensionados 1 millón 579 mil. ⁽¹⁾

En el año 2002: había un total de 46 198 689 derechohabientes; de los cuales eran asegurados: 33.6%; y familiares de asegurados: 58.2%; pensionados: 4.4% familiares de pensionados: 3.8%. Para el año 2003 ya existían un total de 41 850 888 derechohabientes; de los cuales son asegurados: 37.6%; y familiares de asegurados: 52.9%; pensionados: 5.1%; familiares de pensionados: 4.4%. En San Luis Potosí en este mismo año había un total de 933 439 derechohabientes de los cuales son asegurados: 31.1%; y familiares de asegurados: 60.5%; pensionados: 4.6%; familiares de pensionados: 3.8%. ⁽²⁾

Es importante mencionar que los accidentes de trabajo representan actualmente el 99 % de los Riesgos de Trabajo ocurridos en México en el medio ambiente de trabajo y en trayecto, el 1 % restante lo ocupan las enfermedades de trabajo. Los Riesgos de Trabajo constituyen uno de los problemas contemporáneos más importante para la salud de los trabajadores en todo el mundo. Particularmente en México las tasas de frecuencia de la presentación de este tipo de eventos son significativamente elevadas en comparación con otros países. ⁽³⁾

Actualmente en varios países de Europa y norte América, se registran más de 3 millones de accidentes de trabajo por año y aunque no se publican cifras, la OIT, estima que en el mundo ocurren más de 15 millones de accidentes laborales por año. ⁽³⁾

Varios organismos internacionales, publican actualmente, cuadros, datos y estadísticas sobre las incidencias o frecuencias de accidentes, en varios países. Pero a la fecha la falta de índices homogéneos a problemas económicos y situaciones de carácter político no se tienen datos actualizados. ⁽³⁾

Las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado seriamente la situación financiera, y por consiguiente, operativa del instituto. Durante todo el año de 1995 se realizó un profundo proceso de auto examen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo. ⁽⁴⁾

Los costos directos e indirectos en general son relativamente fáciles de medir, cuantificando el monto económico de las erogaciones que hemos mencionado. Sin embargo, existen múltiples efectos adicionales causados por los riesgos de trabajo que son mucho más complejos, abarcan varias áreas y son difíciles de cuantificar o ponderar. ⁽⁴⁾

Estos efectos que generalmente pasan desapercibidos y no son evaluados en su justa magnitud, los denominaremos genéricamente como el impacto social de los Riesgos de Trabajo. Evidentemente este impacto social se deriva de la suma de los costos directos más los efectos indirectos originados por los accidentes de trabajo y las enfermedades de trabajo. ⁽⁴⁾

Se han mencionado múltiples fenómenos adicionales cuya magnitud es muy difícil de precisar, pero que deben ser considerados y ponderados por su gran relevancia. Estos son a saber: Para el trabajador las afectaciones directas a su persona, a sus capacidades personales y a sus expectativas de desarrollo individual, tales como: El sufrimiento físico y moral, La disminución o pérdida de sus capacidades físicas, disminución de su vida productiva, restricción de su ingreso económico y presupuesto personal, disminución de sus expectativas de desarrollo personal, disminución de su esperanza y calidad de vida. ⁽⁴⁾

Para la familia: La disminución de las expectativas de desarrollo de los miembros del núcleo familiar que dependen del trabajador, así como aparición de fenómenos

de alteración de la dinámica familiar en relación con: La disminución del ingreso y presupuesto familiar y la presencia de disfunción familiar. ⁽⁴⁾

Para la sociedad desde el punto de vista social, de acuerdo a la magnitud de las secuelas de los Riesgos de Trabajo y en forma inversamente proporcional a la efectividad de la rehabilitación se presentan habitualmente fenómenos tales como: Discriminación laboral, segregación social, conductas antisociales, sicopatología, Mortalidad prematura. ⁽⁴⁾

El panorama de incapacidades expedidas por RT a nivel nacional durante el año 2003 es el siguiente: total Nacional en nuestro país existen 804 389 empresas incorporadas al Instituto Mexicano del Seguro Social, de las cuales hay un total de 12 088 468 Trabajadores bajo seguro de Riesgos de Trabajo, los cuales han representado 358 784 Casos de Riesgos de Trabajo reclamados. ⁽⁵⁾

En el Estado de San Luis Potosí existen un total de 17 532 Numero de empresas y 226 135 Trabajadores bajo seguro de Riesgos de Trabajo, los cuales han representado 5 810 Casos de Riesgos de Trabajo. ⁽⁵⁾

En San Luis Potosí durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2003 se expidieron un total de 86 281 certificados de incapacidad, que representaron un total de 955 928 días subsidiados, lo que equivale a un gasto de \$106 120 802.22 por concepto de pago de incapacidades. De los cuales para el rubro de Riesgo de

Trabajo fue de 14 606 certificados de incapacidad, 143 099 días subsidiados, lo que representa un total de \$25 653 522.50 de gastos por este concepto. ⁽⁶⁾

En un estudio sobre lumbalgias los formatos ST- 4-30-8 de referencia y contrarreferencia son reportados en general deficientemente, siendo el parámetro de signos y síntomas el que presenta mayor grado de deficiencias en ambas. ⁽⁷⁾

Otro estudio de diagnóstico situacional de los tiempos prolongados de incapacidad se encontró que los tiempos de espera de consulta con especialidades de 2º y 3er nivel presentan un periodo de tiempo prolongado. De los 226 casos, 77 correspondieron a riesgos de trabajo (34.0%) y 139 a enfermedad general (61.50%), 10 casos no se identificó el tipo de incapacidad. Sólo 154 casos (68.14%) recibieron consulta con el médico familiar dando un promedio entre una y otra consulta de 12 días; 175 pacientes recibieron consulta en el segundo nivel de atención con un promedio de 7 consultas por paciente, con una periodicidad de 18 días entre una y otra consulta, 33 pacientes fueron canalizados al tercer nivel de atención con 4 consultas en promedio y una periodicidad de 24 días entre una y otra. Y de estos sólo en 26 casos se reportó que no existió congruencia diagnóstico terapéutico de los 154 casos vistos. ⁽⁸⁾

La participación del Servicio de Salud en el Trabajo con relación al cumplimiento de alta por riesgo de trabajo por el Médico tratante, a través del control del formato de ST-2 foliadas es significativa ya que la diferencia es del 15% entre la unidad médica en la que se llevó el control y en la que no se llevó, se propone además que

al utilizar la hoja de registro permite monitorizar la calidad de atención médica en pacientes que han sufrido un riesgo de trabajo favoreciendo su reincorporación temprana a su vida laboral con el documento médico legal que sustente su aptitud para desempeñar las actividades para las cuales fue contratado así como permitirle al Instituto a través del servicio de Salud en el Trabajo llevar un control estadístico y proporcionar asesoría en materia de prevención de riesgos de trabajo en empresas de alta siniestralidad, con la finalidad de abatir el porcentaje de no-cumplimiento, así mismo diseñar e implementar un instrumento de medición que no permita identificar las causas de no-cumplimiento en la elaboración de ST-2, incluyendo en dicha evaluación a médicos tratantes ⁽⁹⁾

Los casos que no continúan la reclamación de sus lesiones como accidente de trabajo, generan costos en el seguro de riesgos por concepto de atención médica inicial, y por concepto de formatos específicos que consumen los asegurados y que son: formato ST-4-30-8 y ST-1 al no calificarse estos accidentes laborales, las prestaciones económicas y los costos se cargan al seguro de enfermedad y maternidad. Las empresas afiliadas al IMSS no están aportando la prima real al seguro de riesgos de trabajo, ya que por alguna razón no permiten que los trabajadores continúen la reclamación de sus lesiones como accidente de trabajo a pesar de que en la consulta médica inicial así lo manifestaron ⁽¹⁰⁾

No se cumple con la obligación patronal de dar aviso a las autoridades del trabajo y al Instituto Mexicano del Seguro Social de los accidentes de trabajo ocurridos en su empresa a sus trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo. La no-

conclusión en el trámite de calificación de riesgos de trabajo incide en las estadísticas delegacionales de accidentes de trabajo. Las empresas con elevada tasa de incidencia de riesgos de trabajo recurren a este tipo de tácticas dilatorias o de omisión, con la finalidad de disminuir su índice de siniestralidad. Las reformas a la ley del Seguro Social basadas en las propuestas, en relación a la disminución al pago del grado de siniestralidad de acuerdo a la incidencia individual de riesgos de trabajo, y como incentivo a la inversión en programas preventivos en dicho sentido, está propiciando entre los mismos una estrategia dilatoria en el llenado de los avisos para calificar probable riesgo de trabajo ST-1. ⁽¹¹⁾

Se aplicó una encuesta al 100% de los médicos en activo que brindan la atención inicial a asegurados con probable riesgo de trabajo, ya que por cada riesgo que se reclama, prácticamente otro no se reclama en la Zona de Los Cabos Baja California Sur y se observó que el 60% de los médicos encuestados conocen generalidades de salud en el trabajo, pero únicamente el 49% saben los procedimientos en la materia, el 67% de los médicos que brindan la atención inicial a asegurados con probable riesgo de trabajo están realizando actividades preventivas encaminadas a evitar secuelas, solamente el 33% demostraron estar orientando al trabajador que reclama probable riesgo de trabajo en la atención médica inicial para que lo haga formalmente ante el IMSS a través del servicio de Salud en el Trabajo. ⁽¹²⁾

JUSTIFICACIÓN

No existen estadísticas actuales sobre el adecuado llenado del Formato ST 4 30 8, y debido a que es un formato oficial necesario en la calificación de los riesgos de trabajo es conveniente su correcto llenado, ya que es un instrumento que sirve de respaldo para el manejo médico legal que refleja las condiciones de las lesiones en ese momento de la atención, y esto sirva de referencia para el seguimiento, otorgamiento de la atención médica y de prestaciones económicas por la patología derivada del accidente de trabajo.

Es necesario darle la importancia que amerita a este fenómeno, que es un problema de la salud pública en México por lo que se deben impulsar los estudios de este en todos los ámbitos y comenzar desde el principio, conociendo la Prevalencia actual en San Luis Potosí y los factores asociados. Después difundir los resultados, para promover que se siga el estudio de estos eventos y lograr un mejor control de los mismos.

Los casos nuevos que se reportan en los boletines de morbilidad del IMSS, son pocos para éste estado, probablemente hay un subregistro importante y la Prevalencia es alta por las características que tiene.

Con base a lo anterior, es un problema de salud pública que tiene factores potencialmente modificables.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención médica de primer contacto otorgada por el IMSS en los casos de riesgos de trabajo reclamados con atención inicial en los servicios de Urgencias adultos y en Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ c/ MF N°1 por Médicos Familiares y no Familiares debe de plasmarse adecuadamente en el formato ST-4 30 8 permitiendo una intervención oportuna y adecuada, contribuyendo al otorgamiento razonado de la incapacidad temporal para el trabajo, de acuerdo al puesto específico de trabajo del asegurado. Así mismo este formato ya llenado nos es útil para el conocimiento de las características de las lesiones y manejo al momento de la primera atención médica.

Por lo que es indispensable un llenado correcto acorde con el interrogatorio, exploración física realizada y en caso de ser necesario estudios de laboratorio y gabinete solicitados para realizar un diagnóstico adecuado favoreciendo así la incorporación temprana del trabajador a sus actividades de trabajo minimizando el daño y limitando secuelas, lo que redundara en beneficio del trabajador, empresa, sociedad y de la institución.

Con base en todo lo anterior es necesario actualizar el estudio del correcto llenado de la ST 4-30-8, para poder implementar medidas de prevención y poder tener así un mejor control de la enfermedad. Éste estudio será punta de lanza para realizar otros más grandes.

Dada ésta situación surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Es adecuado el llenado de la ST 4-30-8 en el primer nivel de atención?

¿Existe congruencia clínico diagnóstica en el llenado de la ST 4-30-8 y ST-1 en el primer nivel de Atención?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el porcentaje del correcto llenado de la ST 4-30-8 y la correlación clínico-diagnóstica de los formatos ST 4-30-8 y ST 1 de Medicina del Trabajo en la población derechohabiente del HGZ c/MF No1 del IMSS, en San Luis Potosí.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio, transversal.

PERIODO DE ESTUDIO

Se realizará del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2003.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todas las ST 4-30-8 y ST 1 llenadas con motivo de reclamación de riesgo de trabajo (accidente) y enviadas al servicio de Salud en el Trabajo del HGZ c/MF No1 del IMSS en San Luis Potosí.

TIPO DE MUESTREO

No Probalistico, Se considero a partir de un muestreo por conveniencia considerando una cohorte de pacientes incluidos en los censos nominales con motivo de reclamación de riesgo de trabajo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

ST 4 30 8 calificadas como riesgo de trabajo (Accidente en trayecto y en el trabajo).

ST- 4 30 8 elaboradas por médicos adscritos al HGZ c/ MF N° 1 (familiares y no familiares).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

ST- 4-30-8 Calificados como enfermedad profesional.

ST- 4-30-8 Calificados como enfermedad no Profesional.

ST- 4-30-8 Negados.

TAMAÑO MÍNIMO DE MUESTRA (TMM)

No se calculo tamaño de muestra debido a que tomo todo el universo del 2003.

(todas las ST-4-30-8 llenadas en el tiempo antes mencionado).

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se elegirán el total de ST 4 30 8 enviadas y recabadas en el servicio de salud en el trabajo, durante el periodo 2003.

FUENTES PRIMARIAS

Formatos ST 4 30 8 y ST 1 recabados en el área de Salud en el Trabajo

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Cuestionario.

ASPECTOS ÉTICOS

Se considero una investigación sin riesgo, ya que no se realizo ninguna intervención clínica, terapéutica o paraclinica. Se obtuvieron solamente datos estadísticos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

ANÁLISIS UNIVARIADO

Se midieron frecuencias simples y proporciones.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA	INDICADOR
Llenado de la ST 4-30-8	Ocupar por completo según las especificaciones un espacio vacío	Llenado Adecuado de los Datos que se solicitan	Nominal	1)correcto 2)incorrecto
Lesión	Cualquier alteración local visible de los tejidos corporales.	Cualquier alteración local visible de los tejidos corporales.	Nominal	1)Si 2)No
Diagnostico Nosológico:	da el nombre a la patología que se presenta en el caso a estudiar	da el nombre a la patología que se presenta en el caso a estudiar	Nominal	1)Si 2)No
Diagnostico etiológico	Señala la causa de la enfermedad	Se tomo del formato oficial	Nominal	1)Si 2)No
Diagnostico anatomo-funcional	Descripción de la lesión y repercusiones funcionales	Se tomo del formato oficial	Nominal	1)Si 2)No
Congruencia Diagnostica:	Conformidad de extensión, concepto y alcance entre el fallo y las pretensiones de las partes formuladas en el juicio.	Dx iguales o similares de la ST-4-30-8 y la ST-1	Nominal	1)Si 2)No
Diagnostico clínico:	diagnostico realizado con la ayuda exclusiva de la historia clínica y la exploración física	diagnostico realizado con la ayuda exclusiva de la historia clínica y la exploración física	Nominal	1)Si 2)No

RESULTADOS

En base a lo observado durante el periodo de estudio se identificaron 623 casos del formato ST 4-30-8 con diagnóstico de Accidente de Trabajo

Se codificó y verificó cada uno de los cuestionarios, se revisaron las frecuencias simples de todas las variables y cuando se encontraron inconsistencias se revisó la fuente original para posteriormente corregir los errores de los datos.

A continuación se presenta una descripción de los datos obtenidos; con relación a la distribución de la población estudiada según sus características.

En el total de la población estudiada (n =623), se encontró que 432 ST 4-30-8 fueron llenados adecuadamente por los médicos (69.34%), en comparación con el llenado inadecuado que fueron 191(30.66%). (Gráfica 1).

En cuanto a la adecuada descripción de lesiones, se encontró que 421 si fueron correctas (67.6%) y 202 incorrectas (32.4%). (Grafica 2).

En la Gráfica 3 se puede observar que solo el 77.8% (485), de los médicos integran un diagnostico nosológico el 22.2% (138) no lo realiza.

Con relación a la integración del diagnóstico etiológico se identificó que la mayor proporción de los médicos no lo integra 74.4% (464), solo el 26.6% (159) si lo hace. (Gráfica 4).

Al analizar la integración del diagnóstico anatómico-funcional, se encontró que la mayor proporción no lo realiza 92.1% (n =574) como los que si 7.9% (n =49), como puede verse en la Gráfica número 5.

Cuando se investigó la confronta de perfiles, esta fue analizada de acuerdo a los diagnósticos totales de estudio, tomando en cuenta si estaba completa o incompleta. (Cuadro 1).

CONCLUSIONES

En el inciso 14 de la ST-4-30-8 solicita principales manifestaciones clínicas de la lesión o enfermedad (descripción adecuada de lesiones) se manifiesta confusión, sugiriéndose cambiar lo solicitado por descripción de manifestaciones clínicas y exploración física correspondiente.

El diagnóstico nosológico que pareciera no tener dificultades en su integración, en el 22.2% de los casos estudiados no se logra, con frecuencia se integran diagnósticos sintomáticos como artralgia de, contractura muscular, cefalea, dolor etc. Quizás sea de utilidad un lineamiento para los jefes de urgencias y coordinadores de medicina familiar a efecto se supervise y se difunda entre los médicos que otorgan la atención médica de primer contacto.

Es de llamar la atención del enorme porcentaje que no entiende lo que significa el diagnóstico etiológico (74.4%) y su importancia en la calificación donde debe establecerse una relación de causa-efecto, concretándose a describir las palabras "el mismo" o ya descrito, se sugiere integrar este también en un lineamiento normativo.

El diagnóstico anatomo-funcional, no encontrado como tal en referencias bibliográficas genera enorme dificultad, siendo esencial para establecer si existen limitaciones para la realización de un trabajo, sugerencia cambiar la redacción a

alteraciones anatómicas de tipo orgánico funcional y limitantes para ejercer su trabajo. Ya que el 92.1% de los casos estudiados no lograron su integración.

En cuanto a la confronta de perfiles, de suma importancia para la prescripción o no de incapacidad temporal para el trabajo, (no existe en la ST 4 30 8 un inciso específico que lo solicite) solamente en el 5.6% de los casos estudiados suele existir algún esbozo de la tarea o actividad que realiza el asegurado, se sugiere implementar este renglón con descripción de las actividades que realiza el asegurado y la pregunta ¿ con las lesiones actuales cuales son la limitantes para no poder efectuarlas?

Es importante reafirmar como Materia dentro del Currículo del Medico Familiar un curso sobre salud en el trabajo, para efectuar una buena Prevención, Diagnostico y orientación oportuna al trabajador sobre su accidente de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía aquí mencionada corresponde a memorias de congresos de Medicina del trabajo y paginas de Internet, ya que no se encontró ninguna otra fuente de consulta.

1. Bohórquez A. Salud en el trabajo conferencia interamericana de seguridad social. México: 1999: 37-63
2. México. Instituto nacional de estadística Geografía e Informática (INEGI)
3. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/ent.asp?t=mso04&c=1882>
4. <http://www.monografias.com/trabajos12/higie/higie.shtml>
5. http://www.medspain.com/ant/n4_abr99/costo.html
6. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Estatal en san Luis Potosí. División Técnica de Información Estadística en Salud. ST-5. Con Informe Mensual de Población Derechohabiente, enero - diciembre del 2003. cuadro No. 9

7. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Estatal en san Luis Potosí. División Técnica de Información Estadística en Salud -Información Básica de Servicios Técnicos (IBST) 2003.
8. Gómez RR, Vázquez A, Sánchez L y col. Evaluación de las formas 4-30-8 de referencia y contrarreferencia de pacientes derivados por lumbalgia a la UMFRRRC. Memorias I reunión nacional de investigación en salud en el trabajo CMN SIGLO XXI 22 Enero México: 1997: 149
9. México. Secretaria del Trabajo y Previsión Social(STPS) [http://www.stps.gob .mx/312/publica/sistemas](http://www.stps.gob.mx/312/publica/sistemas).
10. Jaramillo A, Saldaña A, Miranda C. Utilidad de la ST-2 foliada en el grado de cumplimiento en el dictamen de alta por riesgo de trabajo, Baja California Sur México: Memorias V reunión nacional de investigación en salud en el trabajo CMN SIGLO XXI 18 Y 19 Enero: 2001:129 (Resumen nº 99).
11. Acosta F, Sánchez G, Riesgos de trabajo no reclamados en la delegación guerrero del IMSS zona Acapulco, Gro II reunión nacional de investigación en salud en el trabajo, CMN SIGLO XXI 22 Y 23 Enero 1998 : (resumen nº 40).
12. Colunga J, Cervantes M, Fuentes A, Inconcluso trámite administrativo del reclamo de riesgos de trabajo. Chetumal, Quintana Roo Coordinación

Delegacional de Salud en el Trabajo IMSS II reunión nacional de investigación en salud en el trabajo, CMN SIGLO XXI 22 Y 23 Enero 1998 : (Resumen 41).

	No. AFILIACION	NOMBRE	CONGRUENCIA lesiones Dx.				Congruencia Diagnostico-Terapéutica			
			requisitado completo de la ST-4-30-8	descripcion adecuada de lesiones	Nosologico	Etiológico	Anatomofuncional.	referencia oportuna	contrarreferencia	Envio no necesario
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

AVISO PARA CALIFICAR
IMMOBABLE RIESGO DE TRABAJO ST-1

1) NOMBRE O RAZON SOCIAL

2) REGISTRO PATRONAL

PARA DENEGAR FICHA POR LA EMPRESA DATOS DEL PATRON

1) TELEFONO

3) VARIACION DEL SALARIO
CERTIFICACION DE SALARIO DEL TRABAJADOR

4) SEXO 5) TIPO DE ACCIDENTE

6) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO SUS LABORES POR CAUSA DEL ACCIDENTE

7) TIPO DE RIESGO DE TRABAJO

8) ANTIGUEDAD EN LA MISMA

14) SALARIO DIARIO

9) EN CASO DE ENFERMEDAD
14) DIA DE DESCANSO POR ACCIDENTE

15) DIA DE DESCANSO POR ACCIDENTE

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

ACCIDENTE

ENFERMEDAD

16) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO SUS LABORES POR CAUSA DEL ACCIDENTE

17) TIPO DE RIESGO DE TRABAJO

18) DESCRIPCION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD

21) PERSONA DE LA EMPRESA QUE REALIZO EL PRIMER ATENDIMIENTO DEL ACCIDENTE

FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL IMSS

22) SI LA EMPRESA O TRABAJADOR NO LA PROPORCIONA EL IMSS ANOTAR QUIEN LO HIZO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO

23) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA

24) OBSERVACIONES

25) NOMBRE DEL REPRESENTANTE

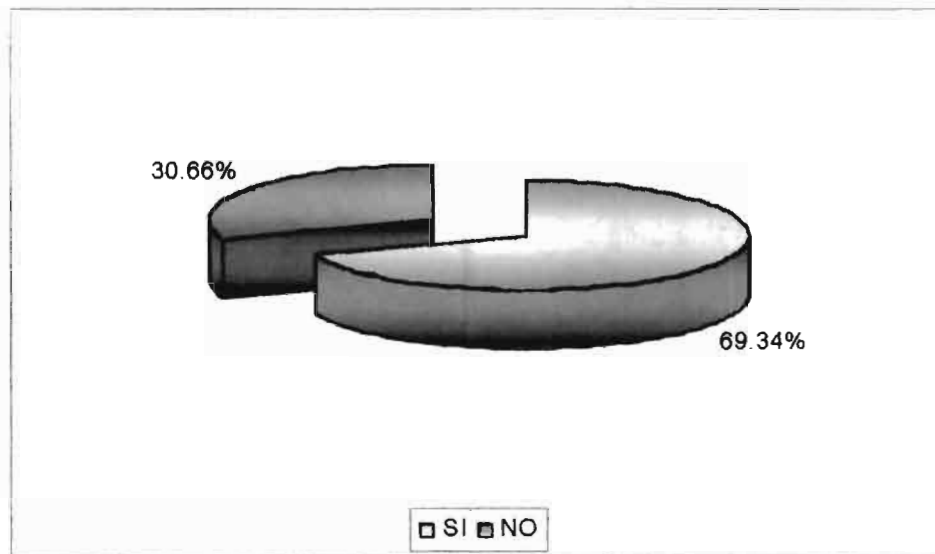
26) LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL PATRON O DE SU REPRESENTANTE

26) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA

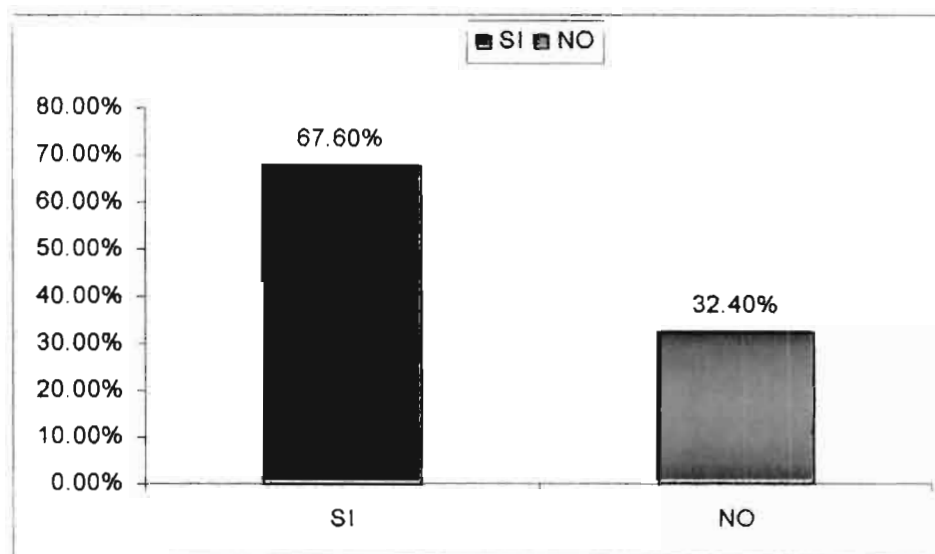
ANEXOS

GRAFICO 1. CORRECTO LLENADO DEL FORMATO ST 4-30-8



Fuente: Cuestionario para evaluar el correcto llenado de ST 430 8 año 2003

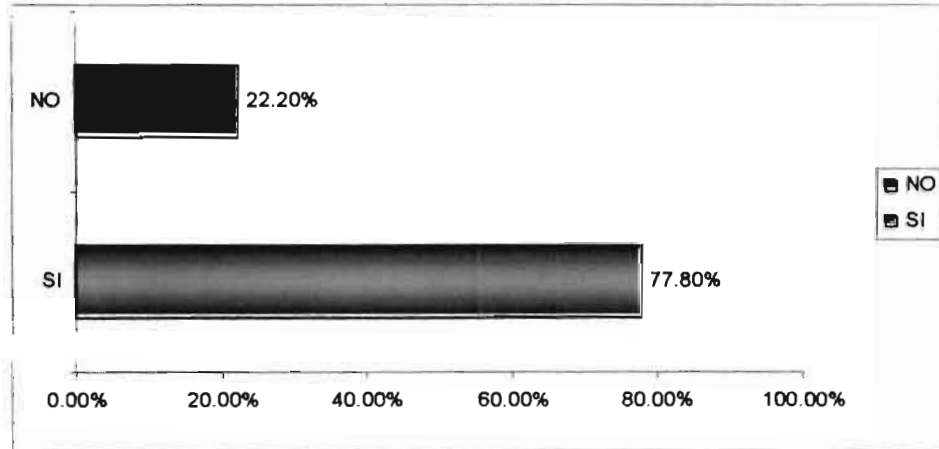
GRAFICO 2. ADECUADA DESCRIPCIÓN DE LESIONES



Fuente: Cuestionario para evaluar el correcto llenado de ST 430 8 año 2003

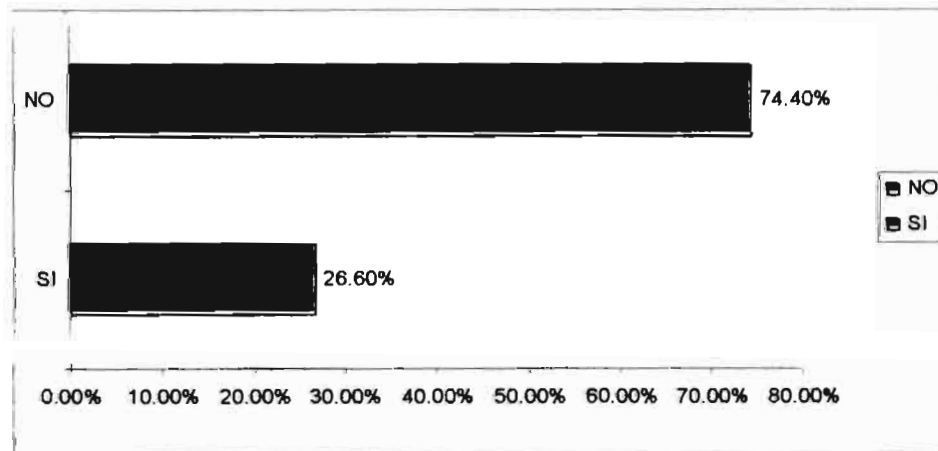
GRAFICO 3

GRAFICA 3. INTEGRACIÓN DEL DIAGNOSTICO NOSOLOGICO POR MEDICOS



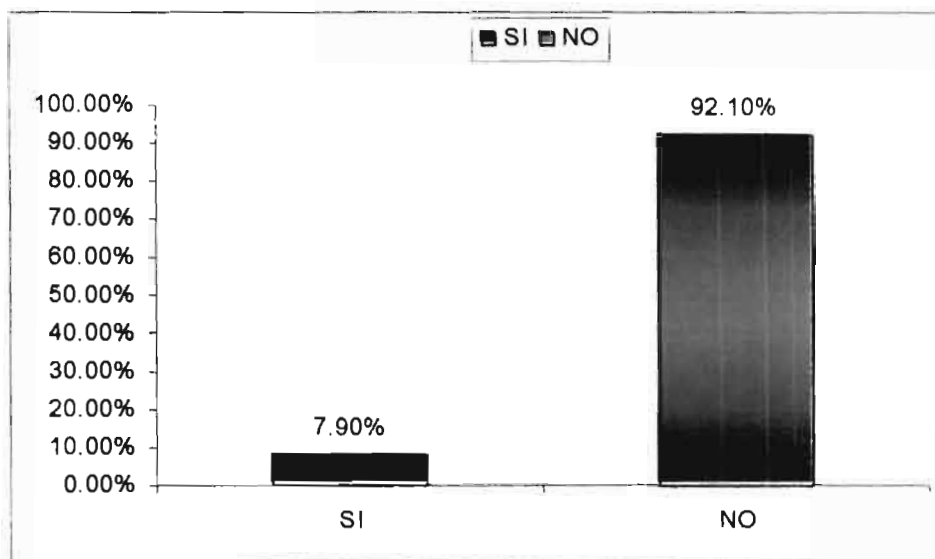
Fuente: Cuestionario para evaluar el correcto llenado de ST 430 8 año 2003

GRAFICA 4. INTEGRACIÓN DEL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO POR MEDICOS



Fuente: Cuestionario para evaluar el correcto llenado de ST 430 8 año 2003

GRAFICA 5. INTEGRACIÓN DEL DIAGNOSTICO ANATOMO-FUNCIONAL



Fuente: Cuestionario para evaluar el correcto llenado de ST 430 8 año 2003

CUADRO 1. CONFRONTA DE PERFILES

VARIABLE	SI		NO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
CONFRONTA DE PERFILES	35	5.6	588	94.4	623	100

Fuente: Cuestionario para evaluar el correcto llenado de ST 430 8 año 2003