

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD OCUPACIONAL
PARA TRABAJADORES DE INSTITUCIONES DE SALUD
DEL PRIMER NIVEL

JOSE ANGEL BENAVIDES MENDOZA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
POSTGRADO EN SALUD OCUPACIONAL
CARTAGENA D.T. y C.

1997

TE
361.0072
B456

2

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD OCUPACIONAL
PARA TRABAJADORES DE INSTITUCIONES DE SALUD
DEL PRIMER NIVEL

JOSE ANGEL BENAVIDES MENDOZA

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al
título de especialista en Salud Ocupacional

Asesores

ANA CRISTINA GUZMAN DE PEREZ
Magister en Administración
Especialista en Salud Ocupacional

NURY TORRES GARCIA
M/S en Investigación y Tecnología Educativa

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
POSTGRADO EN SALUD OCUPACIONAL
CARTAGENA D.T. y C.

1997

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
ADQUISICION

Compra _____ Donación _____ Canje _____ U. de C. X
Precio \$ 25.000 Proveedor U. de C.
N° de Acceso 100165 N° de Ej. _____
Fecha de Ingreso: DD _____ MM _____ AA _____

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	1
2. PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA TRABAJADORES DE INSTITUCIONES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL	10
2.1 GESTION ADMINISTRATIVA	16
2.2 GESTION EN SALUD OCUPACIONAL	22
3. METODOLOGIA	45
3.1 FASE DE PREPARACION	45
3.2 FASE DE EJECUCION	46
4. RECURSOS	54
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	60



1. INTRODUCCION

Los trabajadores estan expuestos en sus ambientes laborales a diferentes factores de riesgo que pueden poner en peligro su salud, por ello, surge la Salud Ocupacional cuyo objetivo fundamental es preservar y mejorar su salud mediante el control o eliminación de dichos factores.

En el caso del personal sanitario son más relevantes los de tipo biológico, pudiendo adquirir infecciones ocupacionales tales como tuberculosis (TBC) pulmonar, meningococia, hepatitis B (HB) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Su vulnerabilidad depende de las precauciones que adopte, de su estado inmunológico y de las condiciones higiénicas imperantes en su área de trabajo.

La TBC pulmonar era la enfermedad profesional por excelencia pero hoy el riesgo de adquirirla es bajo en

un hospital general y el contagio se produce por inhalación de los microbios que se encuentran en el polvo o en gotitas de saliva, provenientes de enfermos sintomáticos o no. La meningococia se transmite de una manera similar, por inhalación de gotitas orofaríngeas infectadas.

La HB se adquiere generalmente en los primeros años de trabajo, teniendo los médicos y el personal auxiliar una incidencia tres a seis veces mayor que en cualquier otra ocupación. Su agente se encuentra en muchos fluidos corporales pero solo se ha demostrado que son infectantes el suero, el semen y la saliva. Puede ser adquirida por vía percutánea o por exposición de mucosas a líquidos infectados. El virus del VIH-SIDA se transmite fundamentalmente de la misma manera pero con una contagiosidad 60 a 300 veces menor.

En la adquisición de infecciones ocupacionales son muy importantes los accidentes de trabajo que representan riesgo biológico, sobre todo en lo que a HB y VIH-SIDA se refiere, existiendo tres clases de exposición orientadas al manejo y seguimiento de los accidentados. La clase I incluye las exposiciones a líquidos de precaución universal (sangre o sus derivados, semen,

secreciones vaginales, líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal y amniótico), tejidos y secreciones contaminados con sangre a través de la vía percutánea o de las mucosas. La clase II son las exposiciones, por las mismas vías a líquidos que no son de precaución universal y que no tienen sangre visible y la clase III son las exposiciones de piel intacta a líquidos de precaución universal o con sangre visible.

La exposición clase I conlleva un riesgo real de adquirir una infección, se conozca o no el estado infeccioso del paciente. En la clase II y III el riesgo infeccioso es menos probable.

Para proteger al trabajador o minimizar el riesgo de infección existen barreras que pueden ser: Físicas, químicas, educacionales, biológicas y farmacológicas. Las tres primeras constituyen las medidas o normas de bioseguridad, las cuales deben ponerse en práctica en todo momento pero muchos no lo hacen, por diversas razones, aumentando su vulnerabilidad.

Curiosamente, mientras que en otras actividades económicas los principios de salud y seguridad forman

parte integrante de las organizaciones en muchos hospitales, sobre todo en los de menor complejidad, esto recibe poca o inadecuada atención, como sucede en el Hospital Santa Catalina de Sena de Sucre (Sucre).

Este hospital está catalogado como del primer nivel de atención pero por su ubicación geográfica en él se atienden patologías del segundo y tercer nivel, inclusive. Tiene un área administrativa, una de hospitalización y una de servicios ambulatorios; incluyendo esta última el servicio de urgencias y servicios complementarios como el de laboratorio clínico. El área de hospitalización tiene un quirófano y ocho salas, distribuidas de tal forma que las patologías médicas y quirúrgicas se hospitalizan en la misma sala.

De sus 93 empleados, 52 están expuestos a factores de riesgo biológico y de ellos solamente los profesionales han sido preparados formalmente para desempeñar su oficio. No tiene programas de inducción ni de entrenamiento periódico y en cada uno de los grupos se observaron actos y actitudes que los exponen al contagio.

En dicho hospital se realizó un estudio descriptivo prospectivo en un período de cinco meses, trabajando con una población de 50 personas expuestas a riesgos biológicos cuyos objetivos fueron:

GENERAL

Detectar si la no utilización de medidas adecuadas de bioseguridad estaba afectando las condiciones de salud de los trabajadores del Hospital Santa Catalina de Sena de Sucre (Sucre) para establecer estrategias de intervención tendientes a mejorar y preservar su salud.

ESPECIFICOS

Conocer, mediante una encuesta, el nivel de estudios, la experiencia en el oficio y el grado de conocimiento que tenían los trabajadores sobre las infecciones y sus medidas preventivas.

Detectar, mediante una encuesta y observación directa la disponibilidad y el uso de los materiales y elementos de protección personal (EPP) necesarios para la bioseguridad.

Detectar, mediante registros, la incidencia de

accidentes con riesgo biológico y la incidencia o prevalencia de infecciones (Meningococemia, HB, TBC pulmonar) en los trabajadores en un período de tres meses.

Conocer, mediante una encuesta, el nivel de riesgo psicosocial de los trabajadores que sufrieran accidentes.

Determinar cuantos trabajadores estaban infectados por el virus de la HB, mediante una encuesta serológica practicada al personal expuesto no vacunado.

Conocer la relación entre la experiencia, el nivel de estudios y el grado de conocimiento sobre las infecciones con la ocurrencia de accidentes con riesgo biológico y las infecciones ocupacionales.

Se estudiaron las siguientes variables: Experiencia del trabajador, accidentes con riesgo biológico (exposición clase I, II, y III), nivel de estudios, grado de conocimiento sobre las infecciones, infecciones ocupacionales (HB, TBC pulmonar, Meningococia), y nivel de riesgo psicosocial. No se realizó la encuesta serológica para HB por problemas logísticos en el nivel

seccional.

Se realizaron encuestas para evaluar el grado de conocimiento sobre las infecciones, conocer su experiencia, su nivel de estudios y el uso de los EPP y de los materiales para bioseguridad. Se hizo observación directa para detectar la disponibilidad de los EPP y de los materiales para bioseguridad y se registraron los accidentes que representaban riesgo biológico. A los trabajadores accidentados se les aplicó una encuesta para medir el nivel de riesgo psicosocial a que estaban expuestos.

El nivel de estudios fue muy heterogéneo y en su mayoría bajo (68% cursaron secundaria incompleta o menos), la experiencia era mayor de 10 años en el 46% del personal y el nivel de conocimiento sobre las infecciones era alto (75%), posiblemente por laborar en un medio hospitalario.

En los puestos de trabajo no existía lo necesario para practicar cabalmente la bioseguridad pero un 6% de los encuestados creía que sí y un 14% nunca los usaba, así los tuviera.

Se registraron 256 accidentes de los cuales 31 fueron exposiciones clase I y el resto clase II. La mayoría de las exposiciones clase I se presentaron en el quirófano, sala de partos y urgencias, siendo el pinchazo con aguja sucia de sangre el evento más frecuente. Los más afectados fueron los médicos y el personal de enfermería tal como lo refiere la literatura.

Globalmente se presentaron más accidentes entre los que cursaron estudios universitarios (46.1%), tenían menos de 10 años de experiencia (66%) y un alto grado de conocimiento sobre las infecciones.

Teniendo en cuenta solamente si el sujeto se accidentó o no, se encontró diferencia estadísticamente significativa en lo referente al nivel de estudios pero no en lo referente al grado de conocimientos y a la experiencia, accidentándose más los que solo cursaron estudios primarios.

La mayoría de los accidentados (77.8%) tenían un nivel global de riesgo psicosocial medio, identificándose como área crítica la de gestión de personal donde el 77.8% tenían un nivel alto.

Durante el lapso estudiado no se registraron casos de las infecciones estudiadas.

La alta incidencia de exposiciones, clase I y clase II, demostró que la no adopción de medidas adecuadas de bioseguridad estaba poniendo en peligro la salud de los trabajadores.

Por todo lo anterior se hicieron unas recomendaciones entre las cuales se destaca la elaboración de un protocolo de atención integral en Salud Ocupacional para trabajadores de instituciones de salud del primer nivel, lo cual es el motivo del presente informe.

2. PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD OCUPACIONAL
PARA TRABAJADORES DE INSTITUCIONES DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL

El trabajo es fundamental para el desarrollo de todo ser humano y de la sociedad, sea cual sea su modelo económico, pero también puede tener efectos nocivos en la salud del trabajador si los factores de riesgo existentes en el ambiente laboral no se erradican o controlan. Con el objeto de evitar o minimizar estos efectos nocivos surge la Salud Ocupacional enmarcada dentro de una conceptualización integral de la salud que mira al trabajador como un ser que debe mantener en equilibrio bio-sico-social-espiritual y que maneja una serie de relaciones intra y extralaborales interactuantes entre sí. Por eso se encarga no solo del estudio y control de las condiciones de trabajo, la prevención de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales sino también de la prevención de algunas enfermedades comunes, del mejoramiento de la calidad de

vida del trabajador y su grupo familiar, y de la optimización, en poca o en gran medida, de los bienes o servicios que su empresa ofrezca.

En el medio hospitalario se encuentran riesgos de todo tipo pero son mas notorios los biológicos y en menor medida los psicosociales, los químicos y los físicos. Los biológicos existen en todas las áreas pero el peligro de contagio es mayor en los servicios de urgencias, laboratorio clínico, quirófano, sala de partos, odontología y lavandería, estando más expuesto el personal de enfermería, los médicos, el personal de odontología y el personal de lavandería; pudiendo adquirir Infecciones Ocupacionales como TBC pulmonar, HB, Sida y Meningococia. Los otros factores de riesgo también pueden generar accidentes o enfermedades como eczemas alérgicos, traumatismos, heridas, lumbalgia y otras afecciones musculoesqueléticas, depresión, farmacodependencia, enfermedades psicosomáticas, etc; potenciando los psicosociales el riesgo de accidentalidad.

Es sorprendente que aquellos encargados de preservar y restaurar la salud de sus semejantes aún no le presten suficiente atención a la propia, a pesar de todos las

cargas laborales, obligaciones y riesgo que conllevan estas profesiones y que solo hasta ahora las empresas prestadoras de servicios de salud, sobre todo las de menor complejidad, esten comenzando a prestarle interés a la Salud Ocupacional, motivados fundamentalmente por la legislación que ha ido saliendo en ese sentido y el miedo generado por la posibilidad de adquirir infecciones incurables como el sida.

En Colombia, en el año 1945 aparece la primera ley relativa a normas de Salud Ocupacional (ley 6ª de 1945). En 1946, con la ley 90, se crea y organiza el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales para cubrir los riesgos de enfermedad general y maternidad de los afiliados y dentro del mismo se crea en 1964 la Sección de Salud Ocupacional que al año siguiente asume los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

El Código Sustantivo del Trabajo de 1950 contempla lo relacionado con la higiene y seguridad en el trabajo y establece obligaciones para trabajadores y patronos.

En 1979 es expedida la ley 9ª que se refiere al saneamiento ambiental y regula la prevención y

mejoramiento de la salud de los trabajadores.

La resolución 2400 de 1979 del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (MT y SS), Estatuto de Seguridad Industrial, establece las normas para manejo y control de los riesgos físicos, químicos y biológicos, elementos de protección personal (EPP), formación de brigadas contra incendios y señalización de seguridad.

El Decreto 614 de 1984 determina las bases para la organización y administración de la salud ocupacional en las empresas.

La Resolución 2013 de 1986, de los Ministerios de Trabajo y de Salud, reglamenta la organización, y funcionamiento de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial; conocidos hoy como Comités Paritarios de Salud Ocupacional.

La resolución 2810 de 1986 del Ministerio de Salud trata sobre las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

La resolución 1016 de 1989 de los Ministerios de Trabajo y de Salud, reglamenta la organización, funcionamiento y

formas de los programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los empleados.

La ley 100 de 1983 enmarca la salud dentro de un gran Sistema de Seguridad Social Integral, sistema que cobija a toda la población pero tiene especial aplicación en empleados y trabajadores vinculados por una relación laboral.

El Decreto ley 1295 de 1994 determina la nueva organización y administración del Sistema de Riesgos Profesionales, aplicable a todas las empresas y a todos los trabajadores de los sectores público y privado.

El Decreto 1772 de 1994 del MT y SS, reglamenta la afiliación y las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales.

El Decreto 1882 de 1994 del MT y SS adopta la tabla de enfermedades profesionales.

El Decreto 2100 de 1995 del MT y SS adopta la tabla de clasificación de actividades económicas para el Sistema de Riesgos Profesionales.

Para disminuir o evitar los efectos deletéreos de los factores de riesgo a que estan expuestos los trabajadores hospitalarios se propone un Protocolo de Atención Integral en Salud Ocupacional que sea aplicable en instituciones hospitalarias del primer nivel de atención, tanto públicas como privadas, con los ajustes necesarios para cada empresa particular de acuerdo a sus recursos, políticas y desarrollo organizacional. Se basa en la normatividad ya descrita, en los principios de gestión administrativa y en salud ocupacional, y es el resultado de integrar las acciones de un protocolo para riesgos biológicos al Programa de Salud Ocupacional.

OBJETIVO GENERAL

Preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los trabajadores mediante la integración de acciones administrativas y de salud ocupacional dirigidas a promover el autocuidado y a fomentar una cultura de la salud.

ESPECIFICOS

Elaborar un plan que sirva de marco general para el desarrollo de todas las actividades.

Motivar a trabajadores y directivos para conseguir cambios de actitud y lograr su participación activa.

Establecer un soporte administrativo y organizativo que garantice el desarrollo de las actividades preventivas.

Recomendar acciones específicas para preservar o restaurar la salud de los trabajadores y evitar daño a las instalaciones y al medio ambiente.

Fomentar en los trabajadores sanitarios la adopción de una conducta higiénica y saludable, tanto en el ambiente hospitalario como en la atención de la población general.

2.1. GESTION ADMINISTRATIVA

Debe haber un compromiso y una participación activa y decidida de quienes tienen en sus manos el poder decisorio y la autoridad formal necesaria para garantizar el cabal cumplimiento de cada una de las actividades a desarrollar. Son funciones administrativas las siguientes:

Formulación de políticas en Salud Ocupacional.

Estas deben servir como guía o derrotero para toda la organización.

Vinculación de Personal.

Mediante este proceso se provee el talento humano necesario para el cumplimiento de los fines institucionales y su ejecución depende del subsector a que pertenezca la empresa (oficial o privada). En líneas generales se dan tres etapas: Reclutamiento, selección y nombramiento o contratación.

El reclutamiento es la etapa en la cual se tratará de atraer posibles candidatos, externos o internos, mediante la divulgación de las oportunidades de empleo y de los requisitos necesarios. En la selección se escogerá entre varios aspirantes al mejor calificado para desempeñar el cargo. Mediante el nombramiento o la contratación se formalizará la vinculación a la empresa.

Si la institución es privada cada una puede tener sus pautas de reclutamiento y selección pero generalmente esta última se hace de acuerdo al perfil del cargo y la



vinculación se protocoliza por contrato de trabajo.

En las instituciones oficiales depende del tipo de empleado: De libre nombramiento y remoción, de período fijo, oficial y de carrera. Los primeros serán nombrados por el funcionario competente, generalmente por recomendación; los segundos de una manera similar pero de ternas suministradas por las juntas estipuladas por la ley. Los oficiales serán vinculados mediante contrato de trabajo a término indefinido de acuerdo a los requisitos establecidos en los manuales de funciones, con o sin un proceso de selección previo. Los empleados de carrera deberán proveerse según lo estipulado en el Estatuto de la Carrera Administrativa y sus normas reglamentarias.

Inicialmente se hará una convocatoria, luego una inscripción de los aspirantes y posteriormente se elaborará una lista de los admitidos y rechazados. Los admitidos serán sometidos a unas pruebas de selección (mínimo dos) y basadas en ellas se elaborará una lista de elegibles en estricto orden de mérito. La provisión de los empleados se hará con las personas que encabezan la lista mediante nombramiento en período de prueba, al cabo del cual se calificará y si esta es satisfactoria

se nombrará en propiedad.

Capacitación.

Consiste en un conjunto de procesos organizados, tanto formales como informales, que prolongan y complementan la educación inicial a través de las cuales los empleados adquieren conocimientos, desarrollan aptitudes, habilidades y destrezas, mejoran sus calificaciones técnicas y logran un cambio de actitudes tendientes al desarrollo personal integral, al eficaz desempeño de su cargo y al cumplimiento de los fines institucionales. Persigue, entre otros fines, la actualización de los conocimientos, la innovación en algunas áreas, solución de problemas y adaptación al medio laboral. Podrá desarrollarse a través de las siguientes modalidades:

Capacitación basada en cursos.

Capacitación basada en la experiencia (entrenamiento en el puesto de trabajo, rotación de puestos, etc.).

Capacitación basada en visitas a otras instituciones.

Para llevarla a cabo deberá realizarse una investigación de necesidades de capacitación, diseñar planes y programas anuales acordes con lo detectado, seleccionar el personal que participará y evaluar los resultados obtenidos (en términos de proceso, resultados e impacto).

Los planes y programas de capacitación deberán cubrir las siguientes áreas: Inducción, reinducción, entrenamiento y reentrenamiento.

La inducción consiste en proporcionarle al trabajador, de una forma clara y oportuna, la información necesaria para conocer sus funciones y las generalidades de la organización, facilitándole así la integración al grupo y la adaptación al trabajo. Debe hacerse a todo trabajador nuevo, al reubicado y al que cambia de oficio antes de comenzar a trabajar mediante las siguientes actividades:

Información sobre las políticas y objetivos globales de la institución.

Información sobre estímulos no salariales y normas disciplinarias de la empresa.

Presentación del trabajador a los miembros de su sección y a los de otras secciones si es posible.

Información sobre su ubicación jerárquica y relación con sus compañeros.

Información sobre las responsabilidades y funciones de su cargo u oficio, dándole copia de lo escrito en los manuales de funciones y de procedimientos, si los hay.

Información general sobre el Programa de Salud Ocupacional con información detallada de los factores de riesgo a que estará expuesto y sus medidas de control, haciéndole énfasis en los de tipo biológico.

La reinducción consiste en brindarle al trabajador antiguo información similar a la suministrada en la inducción buscando ante todo renovar el compromiso institucional actualizándolo en las políticas, planes y programas de la empresa. Se hará anualmente a todo el personal y según la necesidad a todo aquel que muestre indicios de desadaptación.

El entrenamiento consiste en preparar para una actividad u oficio específico teniendo en cuenta las tareas a

realizar y los riesgos inherentes a la misma. Deberá ser periódico (según necesidad), orientarse a la prevención de accidentes y a la protección de la salud en todos sus aspectos y dirigirse al personal de los diferentes servicios.

El reentrenamiento se llevará a cabo cuando se detecten fallas atribuidas al factor humano, cuando haya cambio en la tecnología o cuando se pretenda reafirmar o restablecer conocimientos, habilidades y destrezas que se hayan podido olvidar como resultado de recesos laborales prolongados.

Asignación de presupuesto para la Salud Ocupacional.

La empresa deberá asignar recursos económicos para el desarrollo de las actividades de Salud Ocupacional y de los programas de capacitación. Su monto dependerá del número y complejidad de las actividades y acciones a desarrollar y debe estar incluido en el presupuesto general de la organización como un rubro específico.

2.2. GESTION EN SALUD OCUPACIONAL

Hace referencia a todos los tópicos que deben

desarrollarse en especial los contemplados en el Programa de Salud Ocupacional Empresarial (PSOE).

Diagnóstico General de Salud Ocupacional en la Empresa.

Este diagnóstico se hará teniendo en cuenta:

Panorama de factores de riesgo.

Proceso productivo en cada uno de los servicios o secciones.

Estudio de la morbilidad general y de la accidentabilidad, dentro del cual se deberá proceder a investigar oportunamente, al menos, todos los accidentes relacionados con biológicos que conlleven riesgo para la salud del trabajador, los accidentes de otra índole que causen lesión orgánica o funcional de cualquier tipo y las enfermedades ocupacionales que se diagnostiquen, con el fin de implementar o ajustar los controles, hacer tratamiento y seguimiento de los accidentados.

Análisis DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas) de la institución para esbozar un plan estratégico que permita elaborar o actualizar el PSOE.

Programa de Salud Ocupacional.

Consiste en la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial. Será de funcionamiento permanente y tendrá una persona encargada de dirigir y coordinar su ejecución.

Actividades de Medicina Preventiva y del Trabajo.

Este subprograma tiene como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador.

Con las actividades de promoción se buscará el desarrollo personal, grupal y social de los trabajadores brindándoles información, capacitación y educación en salud, haciendo hincapié en el autocuidado y en la adquisición de estilos de vida saludables. Esto podrá hacerse mediante charlas o conferencias mensuales. Debe fomentarse la práctica deportiva de acuerdo a la afición y aptitud físico-mental de cada uno, resaltando el aspecto recreativo de estas actividades; así como la realización de actividades culturales, sociales y comunitarias que busquen integrar a los trabajadores y a

sus familias.

Teniendo en cuenta los diferentes períodos de la historia natural de la enfermedad las acciones de prevención se dividen en: Primaria, secundaria y terciaria.

En la prevención primaria se buscará evitar la aparición de la enfermedad con acciones de promoción como las descritas y de protección contra los agentes de la enfermedad, teniendo como herramientas principales la educación sanitaria y el uso de elementos de protección personal. Son acciones de prevención primaria las que se describen a continuación:

Exámen médico preocupacional. Debe realizarse a todo trabajador nuevo o que cambie de actividad, con el fin de diagnosticar la existencia de enfermedades contagiosas; valorar la capacidad y aptitud del aspirante para la tarea que va a realizar, precisando si presenta alguna predisposición a enfermedades que pudieran producirse o agravarse en su futuro puesto de trabajo. Debe incluir un reconocimiento psicotécnico elemental tipo cuestionario de personalidad; una anámnesis haciendo hincapié en las enfermedades

sufridas, exposiciones previas a factores de riesgo biológico, antecedentes vacunales y hábitos negativos como tabaquismo y alcoholismo; un examen físico completo (incluyendo medidas antropométricas); pruebas de laboratorio como hemograma, hemoclasificación, VDRL, marcadores de HB y C, citología vaginal, BK exputo a los sintomáticos respiratorios, perfil lipídico y glicemia a los mayores de 40 años, cultivo de uñas, faringe y heces a los que vayan a manipular alimentos, prueba de guayaco a los mayores de 45 años y pruebas especiales en algunos casos (visiometría por ejemplo). Los datos se consignaron en la historia clínica laboral que se abrirá con este primer examen y se le irá añadiendo la información y resultados de los exámenes periódicos posteriores o cualquier otro dato laboral de interés(ver anexo N° 1).

Suministro de elementos de protección personal (EPP) y colectiva y ropa de trabajo. Se seleccionarán de acuerdo a la naturaleza de la tarea y a los riesgos propios del oficio. Las ropas deberán ajustarse bien, no tener partes flexibles que cuelguen, cordones sueltos ni bolsillos demasiado grandes.

Los EPP deben ofrecer adecuada protección



confortables, adaptarse sin impedir los movimientos, ser durables, limpiarse y desinfectarse facilmente y tener grabada la marca de la fábrica. Como mínimo se suministrará:

Guantes. Los quirúrgicos deben ser de vinilo o látex y usarse como lo indique el fabricante. Los de reconocimiento del mismo material pero se usarán una sola vez y los de uso general de plástico y reusables. Los dos primeros deberán ser ceñidos para proteger sin restar habilidad. Están concebidos como suplemento de la práctica higiénica no para sustituir el lavado de manos, reducen la contaminación pero no evitan ciertos accidentes como heridas o pinchazos. Deben usarse siempre que haya riesgo de exposición a sangre, fluidos, excreciones o tejidos contaminados con ellos. En servicios como el de urgencia deben usarse permanentemente guantes de reconocimiento, cambiandolos por los quirúrgicos cuando sea necesario. El personal de aseo y lavandería debe usarlo siempre que esté realizando sus tareas.

Mascarilla buconasal. Pueden ser de tela lavable o material desechable. Sirven para proteger las cavidades nasal y oral de aerosoles y secreciones contaminadas

provenientes de los pacientes y para evitar la contaminación de ciertos ambientes (quirófano por ejemplo).

Batas. Protegen el tronco y la parte superior de los brazos del contacto con fluidos o tejidos. Deben ser de tela acorde con el clima.

Gorro. Evita el contacto con salpicaduras y contribuye a evitar la contaminación de los alimentos y ciertos ambientes.

Polainas. Sirve para proteger del contacto con líquidos o salpicaduras y evitar la contaminación de ciertas áreas asépticas. Deben cubrir por completo el zapato y usarse solo en el área estipulada.

Delantales. Deben ser de tela para el personal de cocina y de plástico para el resto del personal que lo necesite. Los sanitarios deben usarlos para evitar el contacto con líquidos contaminados en procedimientos cruentos, invasivos o con salida explosiva de material.

Braceras. Evitan la contaminación de brazos en procedimientos invasivos. Deben ser de material

resistente.

Gafas protectoras. Se deben usar en todo procedimiento donde haya riesgo de salpicaduras a los ojos.

Mascaras faciales. Deben usarse en aquellos procedimientos cruentos o que generan gran cantidad de salpicaduras. Son complemento no un sustituto, de las mascarillas buconasales.

La ropa debe ser adecuada para cada oficio o tarea y quienes laboran en áreas críticas para riesgos biológico solo deben usarla dentro del recinto de trabajo; por lo tanto deben disponerse de casilleros para guardarla, separada de la ropa de la calle.

Los EPP que deben suministrarse y usarse dependen de cada oficio o actividad, a saber:

Odontólogo y sus auxiliares: Guantes, batas, gorro, mascarilla buconasal, gafas protectoras, o máscara facial y delantal de plomo.

Médico o personal de enfermería: Batas, guantes, mascarilla buconasal, delantal de plástico, braceras,

gafas protectoras, o mascarilla facial, polainas, gorro en algunas ocasiones y zapatos antideslizantes.

Bacteriólogo y auxiliares de laboratorio: Batas (preferiblemente cruzadas), guantes, mascarilla buconasal, delantal de plástico, gafas protectoras o mascara facial, pipeteadores mecánicos y calzado cerrado y antideslizante.

Lavanderas: Botas de caucho con suela antideslizante, mascarilla buconasal, gorro, delantal plástico y guantes.

Aseadoras: Guantes tipo industrial, calzado cerrado y antideslizante. Para ciertas áreas, además, gorro, polainas, bata y mascarilla buconasal.

Personal de cocina: Gorro, guantes de tela recubiertos con asbesto para manipular objetos calientes, guantes de plástico para el lavado de material, guantes desechables para manipular alimentos, delantales de tela y gafas protectoras para algunas tareas como freir.

Otro personal de servicios generales y conductores: Botas antideslizantes. Si van a realizar tareas en las

que manipulen desechos o trasladen pacientes utilizarán guantes, tapabocas etc., si el caso lo requiere.

Campañas educativas sobre enfermedades comunes como hipertensión arterial, enfermedades de transmisión sexual, hiperlipemias, alcoholismo y farmacodependencia, infecciones respiratorias, enfermedad diarreica, etc. Se llevarán a cabo dependiendo de la morbilidad del área geográfica y la instrucción se desarrollará mediante charlas, conferencias, afiches, folletos, videos, etc.

Programas preventivos para cáncer de cuello uterino, mama y prostata. Deberan tener un componente educativo complementado con la realización de exámenes médicos y con la realización de citología cervicovaginal a las mujeres con vida sexual activa y determinación de antígeno prostático a los hombres mayores de 40 años.

Programas educativos sobre manejo del stress, manejo de la mecánica corporal y prevención de infecciones ocupacionales. Este último debe hacer referencia a:

Descripción de la enfermedad.

Areas de riesgo.

Personal en riesgo.

Actividades potenciales de riesgo.

Forma de contagio.

Forma de prevención (Bioseguridad).

Las áreas de riesgo y el personal en riesgo se clasificarán en alto, moderado y bajo.

RIESGO	AREA	PERSONAL
ALTO	URGENCIAS QUIROFANO LABORATORIO CLINICO ODONTOLOGIA SALA DE PARTOS	MEDICOS PERSONAL DE ENFERMERIA, DE LABORATORIO Y DE ODONTOLOGIA
MODERA- DO	HOSPITALIZACION LAVANDERIA	ASEADORAS LAVANDERA
BAJO	CONSULTA EXTERNA MEDICA. COCINA	CONDUCTORES PORTEROS (si no manejan desechos o hacen de camilleros)

Como en este tipo de instituciones el personal rota por todos los servicios el programa debe ir dirigido a todos los expuestos y será de carácter permanente.

Las actividades de todos los programas deben tener en cuenta los niveles profesionales y de conocimiento del personal.

Sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE). Se podrán elaborar para el control del ausentismo y, dependiendo de la endemia local y de la morbilidad hospitalaria, para factores de riesgo biológico (HB, VIH, TBC pulmonar, Meningococia, etc.).

Encuestas seroepidemiológicas. Se debe hacer para HB (ver anexo N° 2.), sirviendo de base para la inmunización, y eventualmente para VIH, en aquellos trabajadores que lo autoricen por escrito.

Programa de inmunizaciones. Debe haber un programa de inmunizaciones para todo el personal, con prioridad para el expuesto a riesgos biológicos. La vacunación será un requisito para los que ingresan y una obligación para los antiguos y debe registrarse en la historia clínica ocupacional de cada uno. Se debe vacunar, como mínimo, contra el tétanos y la HB y dependiendo de la endemia local y la disponibilidad de recursos, contra la difteria, la meningococia y la rubeola. Puede utilizarse el esquema de la página siguiente.

ESQUEMA DE VACUNACION PARA EXPUESTOS A RIESGOS BIOLÓGICOS

VACUNA	D O S I S					OBSERVACION
	PRIMERA***	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	REFUERZO	
TETANO Y DIFTERIA *	AL INGRESO	4 SEMANA	12 MESES	24 MESES		IM.
HEPATITIS B**						
AMERICANA	AL INGRESO	4 SEMANA	6 MESES		5 AÑOS	IM.
FRANCESA	AL INGRESO	4 SEMANA	2 MESES	12 MESES	5 AÑOS	IM.
MENINGOCOCCIA						
FRANCESA	AL INGRESO					PARA GRUPOS A Y C
CUBANA	AL INGRESO	6-8 SEMANAS				PARA GRUPOS B Y C COLOMBIA. IM.
RUBEOLA **	AL INGRESO					PARA MUJERES EMBARAZADAS IM.

* SE APLICA UNA QUINTA DOSIS A LOS 36 MESES.
 *** SE PUEDE EFECTUAR VACUNACION "A CIEGAS" O CON ESTUDIO SEROLOGICO PREVIO.
 **** SI ESTAN VINCULADOS LA PRIMERA DOSIS SE APLICARA EN EL MOMENTO ESCOGIDO.



La prevención secundaria se dirigirá a la detección precoz y al tratamiento oportuno de las enfermedades para limitar el daño y disminuir la incapacidad. Son actividades de prevención secundaria las que se mencionan a continuación:

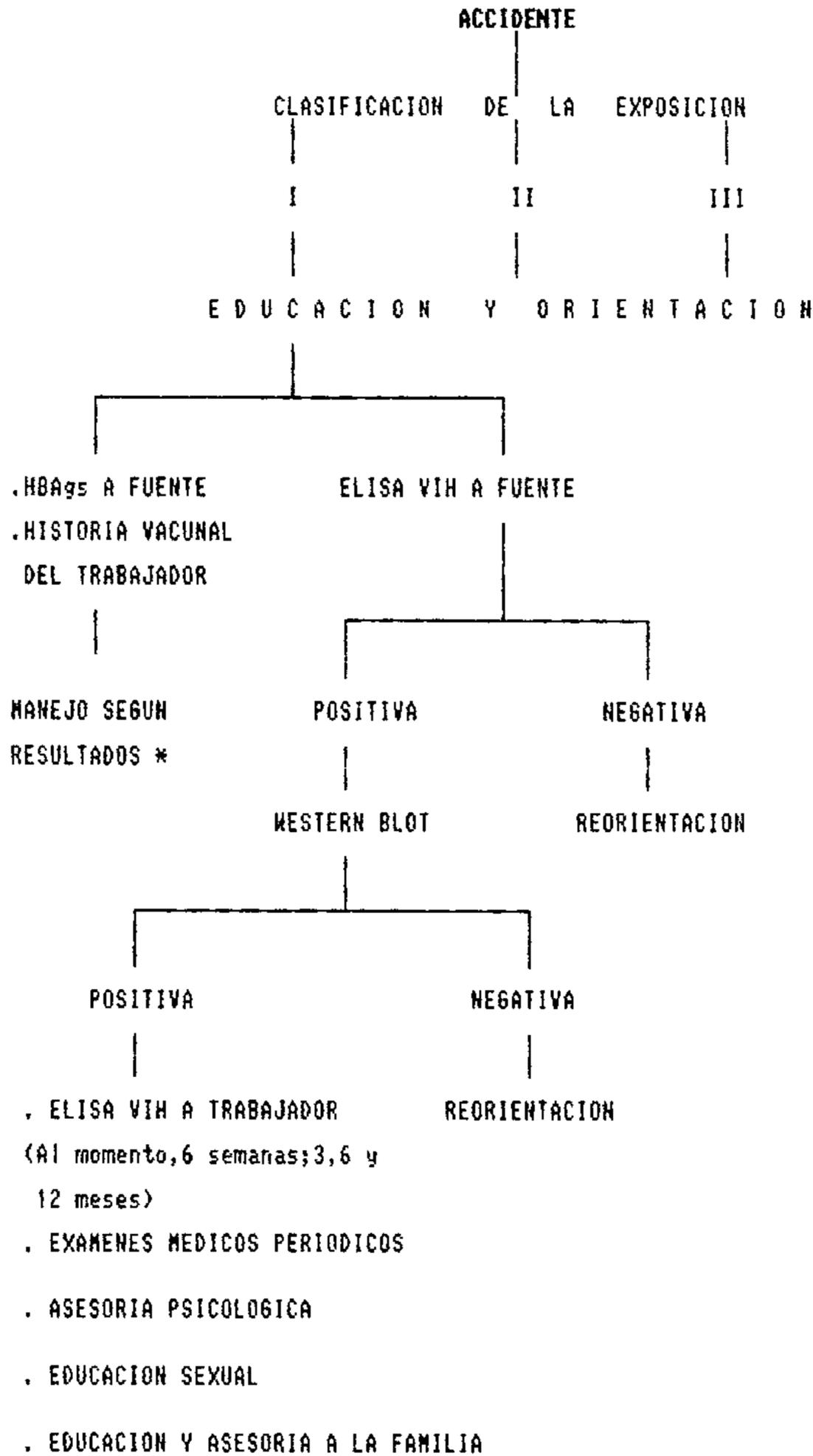
Exámenes médicos ocupacionales. Se harán exámenes de ingreso, periódicos programados, periódicos de seguimiento, por cambio de oficio, de retorno al trabajo después de ausencias superiores a 15 días, por petición justificada del trabajador y de retiro.

Primeros auxilios y atención de urgencias a los accidentados. Se brindará en el servicio de urgencias, donde se estabilizará y luego, si lo amerita se remitirá a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que le corresponda en el sistema de seguridad social.

Si se trata de un accidente con riesgo biológico para HB o VIH/SIDA el manejo se hará como lo muestra el flujograma N° 1. El médico de urgencias realizará el manejo inicial y los remitirá a Salud Ocupacional. Si conlleva riesgo para meningococia (exposición íntima a secreciones nasofaríngeas) se hará quimioprofilaxis con 600 mgs de rifampicina cada 12 horas por dos días.

FLUJOGRAMA No 1

MANEJO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO CON RIESGO BIOLÓGICO PARA HB Y VIH/SIDA



* VER CUADRO PAGINA SIGUIENTE.

MANEJO POSTEXPOSICION CLASE I AL VIRUS DE HB

PERSONA EXPUESTA	FUENTE		
	HBÁGS POSITIVO	HBÁGS NEGATIVO	DESCONOCIDO
NO VACUNADO O CON VACUNACION INCOMPLETA	IGHB e Inician o continuan esquema completo de vacunacion*	Inician o completan esquema de vacunacion*	Inician o completan esquema de vacunacion*
VACUNADO CON RESPUESTA ADECUADA **	Prueba anti HBÁGS*** 1. Positiva: No requiere tratamiento. 2. Negativa: Aplicar un refuerzo de vacuna.	No requiere tratamiento.	No requiere tratamiento.
VACUNADO CON RESPUESTA NO ADECUADA** (no respondedora)	Aplicar IGHB y una dosis de vacuna o aplicar 2 dosis de IGHB (con un mes de intervalo)	No requiere tratamiento.	Si la fuente es de alto riesgo tratar como HBÁGS positivo
VACUNADO CON RESPUESTA DESCONOCIDA	Prueba anti HBÁGS: 1. Positiva: No requiere tratamiento. 2. Negativa: Aplicar IGHB* y esquema completo de vacunacion.	No requiere tratamiento. Se recomienda realizar prueba de anti HBÁGS.	Prueba anti HBÁGS: 1. Positiva: No requiere tratamiento. 2. Negativa: Aplicar IGHB y una dosis de vacuna.

*Aplicar IGHB (globulina hiperimmune anti hepatitis B), 0.06 ml/Kg, M, en las primeras 24 horas y primera dosis de vacuna en los primeros 7 dias, sino hay IGHB usar inmunoglobulina estandar 0.12 ml/Kg, M.

**Respuesta adecuada: Anti HBÁGS positivo en la prueba cualitativa o mayor de 10 mUI/ml en la prueba cuantitativa.

***Puede omitirse si la respuesta adecuada fue documentada hace menos de un año.

Fuente: Tomado de QUICENO, Leonor y SANCHEZ, Yaneth. Prevencion y control de los factores de riesgos biologicos VIH/SIDA y Hepatitis. 1995. p 32 (adaptado de: CENTER FOR DISEASE CONTROL PROTECTION AGAINST VIRAL HEPATITIS. M M W R. 1990. 39(Nº S-2))

Vigilar la calidad y la oportunidad de los servicios que brinda la Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPS). Esto se hará mediante el seguimiento de los trabajadores hospitalizados en las IPS (por enfermedades comunes u ocupacionales y por accidentes de trabajo), el control de citas médicas e incapacidades y la investigación de las irregularidades o anomalías que se denuncien.

La prevención terciaria se dirigirá a la rehabilitación del trabajador con el fin de disminuir la incapacidad y reducir al máximo las secuelas de la enfermedad, para luego reincorporarlo a su puesto de trabajo o reubicarlo en otro. La actividad básica consistirá en coordinar con la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) a que esté afiliada la empresa y/o con la EPS todas las acciones tendientes a la rehabilitación del trabajador.

Actividades de Higiene y Seguridad Industrial.

Este subprograma tiene por objeto la identificación, reconocimiento, evaluación y control de los factores ambientales que se originan en los lugares de trabajo y que puedan afectar la salud de los trabajadores, dirigiendo las acciones hacia la consecución del mayor impacto con la mayor eficiencia posible. Sus

actividades serán:

Mantenimiento preventivo y correctivo. Deberá estar dirigido tanto a la planta física como a los equipos y herramientas.

El diseño y las adecuaciones o remodelaciones de las instalaciones deben cumplir con lo dispuesto en la resolución 2810 de 1986 del Ministerio de Salud y estar dirigidas a la prevención de la accidentabilidad y a la consecución de unas buenas condiciones sanitarias. Anualmente deberá incluirse un rubro con recursos suficientes para el mantenimiento y/o remodelación locativa.

A todos los equipos y herramientas principales se le llevará una hoja de vida donde se estipule: nombre, marca, modelo, fabricante, especificaciones técnicas, fecha de revisión, fecha siguiente revisión, partes reparadas o reemplazadas, recomendaciones, etc. su mantenimiento preventivo deberá hacerse de acuerdo a un cronograma preestablecido y el correctivo cuando se detecte el daño.

Manejo de Desechos. Deberá elaborarse e implementarse

un programa de manejo de desechos hospitalarios el cual debe comprender como mínimo:

Entrenamiento de empleados: Sobre manipulación de residuos.

Clasificación de residuos:

- Infecciosos
- No infecciosos
 - Reciclables
 - No reciclables
 - Ordinarios
 - Alimentos

Empaque y rotulación

- Bolsas plásticas
- Recipientes plásticos y metálicos con bolsas plásticas en su interior
- Código de colores

Almacenamiento

- Temporal
- Final

Características

Transporte

- Manual (caso hospitales nivel I)
- Con carros

Tratamiento

- Desnaturalización y descontaminación (Hipoclorito)
- Triturado (con máquina para agujas, bisturíes, algunos residuos laboratorio, etc, previa descontaminación)
- Incineración

Destino Final

- Alcantarillado
- Relleno Sanitario
- Otros

Si la institución no tiene incinerador deberá contratar el servicio con otra que lo posea.

Capacitación sobre uso adecuado de EPP. Con las pautas mencionadas anteriormente.

Visitas de inspección. Deberán realizarse periódicamente para verificar, principalmente, la disponibilidad y el uso de los EPP y materiales necesarios para la bioseguridad.

Análisis de accidentes de trabajo. Según la legislación vigente, el accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte; el que se produce durante la ejecución de ordenes del superior o del empleador, o durante la ejecución de labores bajo su autoridad, aún fuera del horario o del sitio de trabajo y el que ocurre durante el traslado de los empleados de su residencia al sitio de trabajo o viceversa, si el transporte lo suministra el empleador.

Cuando ocurra un accidente se le prestará la atención

inicial al accidentado en el servicio de urgencias y se notificará al jefe inmediato para diligenciar, por cuadruplicado, el informe patronal de presunto accidente de trabajo, utilizando el formato de la ARP, el cual debe presentarse a la ARP en las siguientes 24 horas hábiles. Se enviará una copia a salud ocupacional, una a la historia clínica y la otra se le entregará al trabajador.

Se deberán analizar prioritariamente, como se dijo antes, los accidentes relacionados con biológicos que conlleven riesgo para la salud y los de otra índole que causen lesiones orgánicas o funcionales.

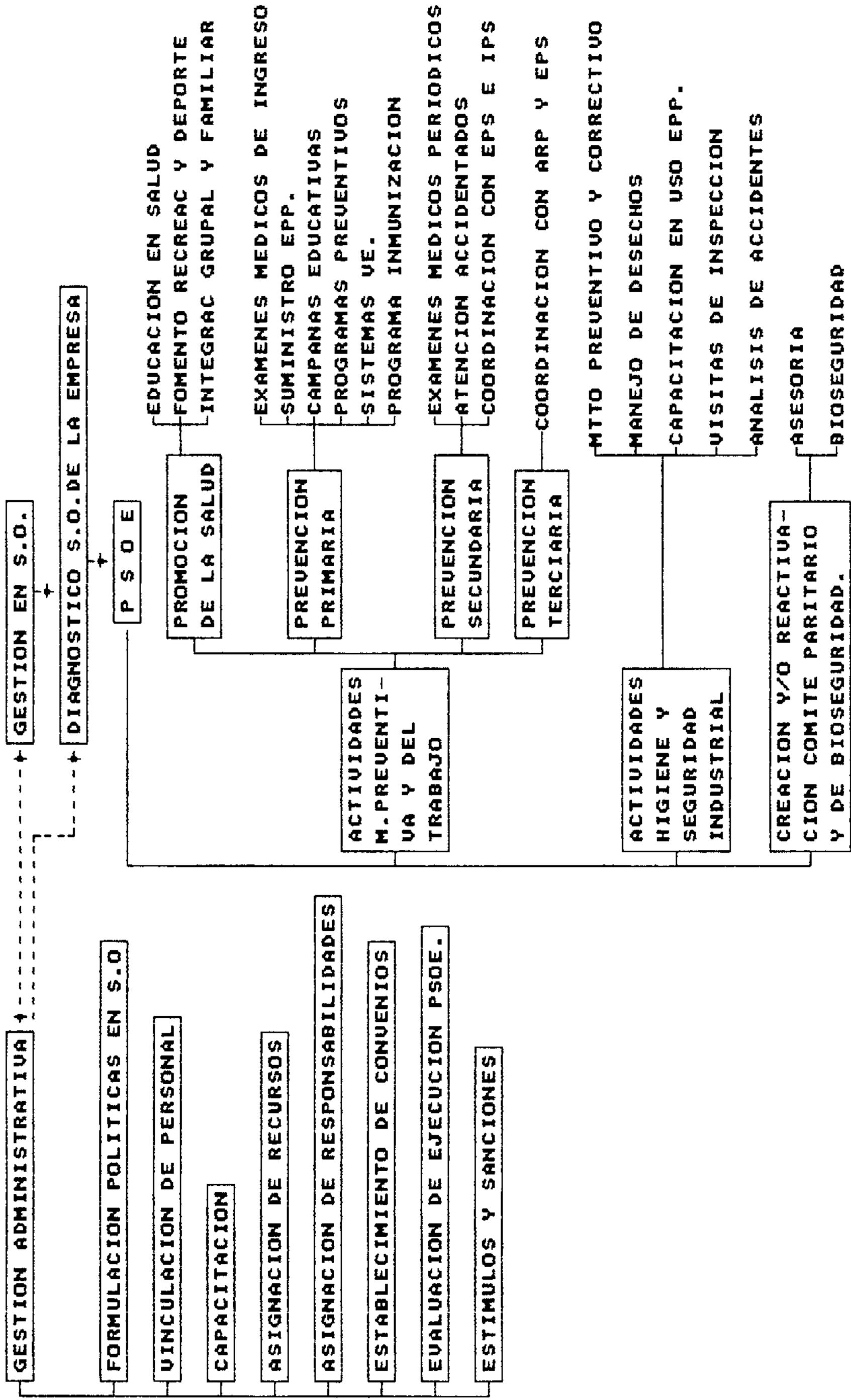
Teniendo en cuenta la multicausalidad de los fenómenos en Salud Ocupacional deberá implementarse un sistema investigativo que permita el perfeccionamiento continuo y oportuno de los controles o acciones preventivas. Deberá llevarse un registro permanente de morbilidad general, accidentes de trabajo, enfermedad profesional y ausentismo, entre otros, que sirva de base para dicho sistema. Las necesidades de investigación dependerán del comportamiento de cada uno de estos eventos en la empresa y un porcentaje del presupuesto anual asignado a Salud Ocupacional será para el

desarrollo de estas actividades.

Creación y/o reactivación de comités.

Deberán crearse y/o reactivarse los comités paritarios de salud ocupacional y de bioseguridad. El paritario estará integrado como lo determinan la Resolución 2013 de 1986 y el Decreto 1295 de 1994 (igual número de representantes del empleador y de los trabajadores con sus respectivos suplentes) y tendrá una vigencia de dos años. El de bioseguridad tendrá la misma vigencia y debe conformarse preferiblemente con personal voluntario, de buenas relaciones interpersonales, cortés y sensible; estará integrado por un representante del sector administrativo, un médico, el responsable de salud ocupacional, un odontólogo, un bacteriólogo, una enfermera, dos auxiliares de enfermería, el jefe de almacén y uno de servicios generales.

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA TRABAJADORES DE INSTITUCIONES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL



EVALUACION E INVESTIGACION

3. METODOLOGIA

El desarrollo del protocolo propuesto contempla dos fases.

3.1. FASE DE PREPARACION

En esta deben darse cuatro procesos: De iniciación, de compromiso, de obtención de recursos necesarios y de entrenamiento.

En el proceso de iniciación el asesor de salud ocupacional presentará a los directivos el protocolo haciendo énfasis en los beneficios productivos y económicos que le traerá a la empresa y secundariamente en el marco legal, con el fin de conseguir su aprobación y la asignación de un responsable.

En el proceso de compromiso se promocionará el protocolo entre los directivos y se fomentará su participación

para comprometerlos a desarrollar el protocolo y a involucrarse en los diferentes comités que se crearán o reactivarán.

En el proceso de obtención de recursos se buscarán dentro de la empresa los necesarios para desarrollar el protocolo; si no son suficientes se vincularán, adquirirán o construirán los que falten. Se conformarán y/o reactivarán los comités paritario, de bioseguridad o de vigilancia epidemiológica y de bienestar social. Además se creará la sección de salud ocupacional si no existe.

El proceso de entrenamiento irá dirigido a todos los que participarán dándoles a conocer el protocolo, sus funciones, manejo de la información, etc, con retroalimentaciones de acuerdo a las evaluaciones periódicas que se hagan. Será realizado por el responsable de la ejecución del protocolo.

3.2. FASE DE EJECUCION

El protocolo estará dirigido a todos los trabajadores de la empresa con acciones predominantes en los expuestos a riesgos biológicos.

3.2.1. Gestión administrativa.

Es responsabilidad de quienes tienen la capacidad decisoria.

Las políticas en salud ocupacional deben ser formuladas por la gerencia.

En las instituciones privadas debe mantenerse una lista de aspirantes a los diferentes cargos con sus respectivas hojas de vida. En las públicas deben conformarse listas de elegibles para los empleados de carrera (con el proceso que se mencionó en la página 18) y un listado de aspirantes, con sus hojas de vida, para los oficiales.

Cuando la jefatura de personal o quien haga sus veces conozca la necesidad de vincular trabajadores lo hará saber a la subdirección administrativa, si la hay, o al gerente. Este procederá a seleccionar y a vincular si la empresa es privada o si se trata de un trabajador oficial. Si el cargo es de carrera se nombrará uno de la lista de elegibles.

La inducción general la hará el jefe de personal y la

concerniente a salud ocupacional el responsable de ésta. Se hará cada vez que ingrese un trabajador y periódicamente (al mes, tres y seis meses).

La reinducción se hará cada dos años y será responsabilidad del jefe de personal. Cuando sea posible, en la inducción y en la reinducción debe participar el gerente.

El entrenamiento se hará cada 12 meses y estará a cargo del jefe inmediato, al igual que el reentrenamiento, pero éste se hará cuando sea necesario en coordinación con el jefe de personal y la sección de salud ocupacional.

En cuanto al presupuesto, la sección de salud ocupacional con la jefatura de personal elaborarán, anualmente, el proyecto que será presentado a la gerencia quien lo aprobará, con o sin modificaciones, y lo incluirá en el presupuesto general de la organización como un rubro independiente.

3.2.2. Gestión en salud ocupacional.

La administración general del PSOE será responsabilidad

de la persona asignada por la gerencia.

Diagnóstico general de salud ocupacional.

Este diagnóstico y la elaboración del PSOE será realizado por la sección de salud ocupacional u otra(s) persona(s) capacitada(s).

Actividades de medicina preventiva y el trabajo. En la promoción la educación en salud será realizada por salud ocupacional mediante charlas o conferencias mensuales y las actividades de fomento (recreación y deporte, integración familiar y grupal) serán responsabilidad de trabajo social en asocio con el comité de bienestar social. Para las últimas se gestionará patrocinio con los proveedores externos de la institución.

Los exámenes médicos deberán ser practicados por un médico especialista en salud ocupacional o con un entrenamiento en el área y consignarse en el formulario indicado. Se realizarán como se mencionó en la página 35, practicandose los periódicos programados cada 12 meses. Para algunos paraclínicos se solicitará apoyo a la ARP y a los Departamentos Administrativos de Seguridad Social en Salud (Dasssalud).

La atención médica se coordinará con las EPS, las IPS y la ARP (en caso de accidentes o enfermedades profesionales) involucradas, siendo el médico de urgencias el responsable de la atención inicial del accidentado y en caso de exposiciones con riesgo para HB lo remitirá a salud ocupacional quien se encargará de su manejo y diligenciará el formulario respectivo (ver anexo N° 3).

La selección y evaluación de los EPP la hará salud ocupacional, los adquirirá la gerencia y los distribuirá el jefe de almacén.

Las campañas y programas educativos se harán según la prioridad particular y pueden llevarse a cabo mediante charlas o conferencias, afiches, talleres, folletos, etc; haciendo una programación anual.

En el programa para prevención de infecciones ocupacionales las actividades serán permanentes, basadas en la bioseguridad y en el entrenamiento práctico en el puesto de trabajo. Se complementará con el programa de inmunizaciones que será responsabilidad de salud ocupacional y por su importancia aparecerá como un programa independiente.

En general las charlas o conferencias serán mensuales y no deben durar más de una hora.

Actividades de higiene y seguridad industrial.

El mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y herramientas será realizado por el técnico de mantenimiento y cuando sea necesario por personal externo (de las compañías vendedoras o contratadas). Las demás actividades serán realizadas por el personal de salud ocupacional con la asesoría de otros profesionales como ingenieros y arquitectos que pueden ser contratados o facilitados por Dasssalud o la gobernación, previa firma de convenios interinstitucionales.

La sección de Salud Ocupacional analizará los accidentes de trabajo utilizando un método participativo que conlleve a la configuración de un árbol de causas. También llevará un registro permanente de morbilidad general, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y ausentismo (ver anexos 4, 5, 6 y 7) que servirá de base para emprender investigaciones futuras.

El Comité Paritario de Salud Ocupacional tendrá

funciones de asesoría y cuatro horas semanales, dentro de la jornada laboral, para realizar sus actividades. El de bioseguridad, además de ente asesor se encargará de todas las actividades relacionadas con este aspecto de la prevención.

Para el desarrollo de las actividades, de cualquiera de los subprogramas, se buscará la colaboración de la ARP a que esté afiliada la empresa para minimizar costos y poder cumplir con los objetivos propuestos.

Se elaborará un cronograma que incluya las actividades de la parte administrativa y de salud ocupacional en todos los subprogramas, el cual servirá para el control y la evaluación. Debe quedar constancia escrita del cumplimiento de las actividades.

En general la evaluación se hará con los siguientes indicadores:

$$\% \text{ Cumplimiento actividades} = \frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programadas}}$$

Comportamiento de la accidentalidad y de las enfermedades profesionales, comparando el Índice de Frecuencia (accidentes y enfermedad profesional), Índice

de Severidad (accidentes), Indice de Lesiones Incapacitantes (accidentes) y las tasas de incidencia (accidentes, ausentismo por diferentes causas), antes, durante y después de implantar el protocolo.

4. RECURSOS

Deben mencionarse dentro de las políticas de salud ocupacional de la empresa. Son necesarios para garantizar el éxito del protocolo. Algunos pertenecen a la empresa y otros podrán conseguirse con las ARP, las IPS, DASSALUD o las gobernaciones.

4.1. HUMANOS

Especialista en salud ocupacional.

Trabajador social.

Bacteriólogo.

Médicos de urgencias.

Auxiliar de enfermería.



Técnico en administración de personal.

Técnico de mantenimiento.

Miembros de comités paritario y de bioseguridad.

Profesionales de la salud de las EPS, IPS y ARP.

Ingeniero o arquitecto (suministrado por Dasssalud o gobernación).

4.2. LOCATIVOS

Consultorio-oficina.

Laboratorio clínico.

Salón de conferencias.

Instalaciones de IPS.

Laboratorio de ARP.

4.3. MATERIALES Y EQUIPOS

Elementos para practicar exámenes médicos.

Equipos de laboratorio clínico.

Reactivos para pruebas serológicas (VHB y VIH).

Vacunas y jeringas para su aplicación.

Máquina de escribir.

Computador (propio o compartido).

4.4. FINANCIEROS

Los costos que demande la implementación del protocolo serán asumidos por la empresa.

Para la realización de exámenes de laboratorio especializados, exámenes médicos y algunas actividades de capacitación se le podrá solicitar colaboración a la ARP y a Dasssalud.

Para las actividades deportivas recreativas y culturales

se gestionará patrocinio con los proveedores externos de la empresa.

BIBLIOGRAFIA

- BARGUIL, Alvaro y otros. Modelo epidemiológico para riesgos biológicos con protocolos para infección ocupacional por HB, Meningococcemia, VIH y TBC. Cartagena. 1994. 122 p.
- GESTAL OTERO, J J. Riesgos del trabajo del personal sanitario. Segunda Edición. Madrid, España: Interamericana. 1993. 539 p.
- GUZMAN DE PEREZ, Ana Cristina. Gestión en salud ocupacional, estructura del programa de salud ocupacional para empresas. Cartagena. 1996. 31 p.
- MALAGON, Gustavo y HERNANDEZ, Gustavo. Infecciones hospitalarias. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional ltda. 1995. 936 p.
- QUICENO, Leonor y SANCHEZ, Yaneth. Prevención y control de los factores de riesgo biológicos VIH/SIDA y Hepatitis. Instituto de Seguros Sociales Seccional Antioquia. Medellín. 1995. 156 p.

ANEXOS

ANEXO 1.

NOMBRE DE LA EMPRESA _____

SECCION SALUD OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Historia Clínica Nº _____ Exámen médico de: preempleo____
Control____
Egreso ____

Fecha de exámen: _____

INFORMACION GENERAL

Nombre y apellido _____

Doc. Identidad _____ de _____ EPS y Nº tarjeta _____

Estado Civil: S ___ V ___ UL ___ Sep ___ Nº hijos _____

Escolaridad: PI ___ PC ___ SI ___ SC ___ UI ___ UC ___ Otros _____

Tiempo en la empresa _____ Cargo _____ desde _____

Residencia(Dir) _____ Tel. _____

Vivienda: Propia ___ Alquilada ___ Vive donde familiares _____

Casa compartida ___ Nº personas habitan Allí ___ Nº
habitaciones de la casa _____.

Tiene sus padres vivos: Padre ___ Madre ___ Dependen
economicamente de ud _____. Que otras personas dependen
economicamente de ud (describa) _____

Hábitos: Cigarrillo: Si ___ No ___ Fuma desde que edad _____

Cuantos/día. Exfumador ___ Lo dejo hace cuanto _____

Licor : Si ___ No ___. Toma desde que edad _____

Periodicidad. Extomador ___ Lo dejo hace cuanto _____

Drogas : Si ___ No ___. Desde que edad _____

Exdrogadicto ___ Las dejo hace cuanto _____

Deportes que practica _____

Pasatiempos _____

Otros u observaciones _____

HISTORIA OCUPACIONAL

OFICIOS ANTERIORES

EMPRESA	OFICIO	TIEMPO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EXPOSICION LABORAL

Exposicion a fact. de riesgo	Si	No	Tipo proteccion	Tiempo Exp.	Observaciones
Ruido					
Vibracion					
Rad ionizantes					
Rad no ionizantes					
Temperaturas extremas					
Plaguicidas					
Material particulado organico					
Material particulado inorganico					
Solventes					
Biologicos					
Gases y vapores					
Sobrecarga fisica					
Causticos					
Otros					

Observaciones: _____

Accidentes de Trabajo

Clase de Accidente	Incapacidad		Duracion de la incapacidad
	Si	No	

Enfermedad profesional

65

Clase de Enfermedad	Incapacidad		Duracion de la incapacidad
	Si	No	

ANTECEDENTES

	Antecedentes familiares				Antecedentes personales			
	Si	No	No sabe	Observaciones	Si	No	No sabe	Observaciones
Hipertension arterial								
Neurologicos, epilepsia								
Diabetes								
Cancer								
Alergias, asma, rinitis								
Transtornos mentales								
Tuberculosis								
Artritis								
Otitis, problemas auditivos								
Enf. Renal								
Enf. Vascular								
Enf. Venereas								
Patologia Lumbar								
Eczemas, Dermatitis								
Hepatitis								
Intoxicacion aguda								
Otros								

Menarca Ciclos G P A Muertos Vivos Dismenorrea
 Planificacion(metodo) Tiempo Curetajes: Si No
 Cirugias previas(ano) Traumas o accidentes(ano)
 Uso de lentes: Si No Causa Tratamiento actual
 Observaciones

VACUNAS

Tetanos Difteria Hepatitis B
 Meningococemia Rubeola Otras

Observaciones:

EXAMEN FISICO

Aspecto General

Constitucion

Deformidades

Mutilaciones

Peso Kg Talla Cms Temperatura °C Pulso /min Presion arteria

Respiracion /min.

	Alteraciones			Alteraciones			Alteraciones	
	Si	No		Si	No		Si	No
Ojos			Torax			Sistema nervioso		
Reflejos			Respiracion			Reflejos		
Motilidad			Pulmones			Sensibilidad		
Conjuntivas			Corazon			Aparato osteomuscular		
Anexos			Ruidos cardiacos			Columna vertebral		
Vision de colores			Mamas, pezones, areolas					
Fondo de ojo			Abdomen-pared					
Oidos			Megalias					
Otoscopia			Masas-adenopatias					
Nariz			Hernias					
Tabique			Genitales					
Boca			Piel y anexos					
Dentadura			Extremidades sup.					
Faringe			Extremidades inf.					
Amigdalas			Pulsos periferico					
Cuello			Varices					

Observaciones: _____

Exámenes Complementarios (especifique la fecha).
 Hemograma _____ Serologia _____ Grupo Sanguineo _____
 Urianalisis _____ Coprologico _____ Marcadores HB y C _____
 Citologia Vaginal _____ BK esputo _____ Otros (glicemia, perfil lipidico, P de guayaco, cultivos, etc) _____

Exámenes especiales

Tipo	Normal	Anormal	Impresion diagnostica
Audiometria			
Espirometria			
Capacidad visual			
Otros			

Conclusiones y recomendaciones: _____

Oficio de ingreso _____

Concepto medico: Apto _____ Temporalmente no apto _____ No apto _____

Declaro que lo anteriormente expuesto es cierto.

Firma del trabajador: _____

Nombre del medico : _____

Firma y IP. del medico _____

CONTROL DE CITAS Y SEGUIMIENTO.

ANEXO 2.
REGISTRO DE ENCUESTA SEROLOGICA PARA MARCADORES HEPATITIS B

FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRE	OFICIO	EDAD	FECHA DE RESULTADO	RESULTADO		LABORATORIO	OBSERVACIONES
					HBsAg	AntiHBsAg		
					+	-	+	
					-	+	-	

ANEXO 3.

HOJA DE REGISTRO DE ACCIDENTES CON BIOLÓGICOS

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___

Area o Sala: _____ Ocupacion: _____

Fecha y hora de la exposicion: _____

Horas que llevaba laborando en ese turno o jornada: _____

Tipo de exposicion:

Pinchazo _____ Corte _____ Contacto con mucosas _____

Contacto con piel no intacta _____ Contacto con piel intacta _____

Liquido, tejido o secrecion con la que ocurrio el contacto: _____

La aguja, el elemento cortante, el liquido, el tejido o la secrecion estaban contaminados con sangre visible: Si ___ No ___.

Descripcion del accidente: _____

Clase de exposicion: I ___ II ___ III ___

ANEXO 5.
HOJA DE REGISTRO DE ACCIDENTALIDAD

FECHA	SECCION	NOMBRE	EDAD	OFICIO	EXPERIENCIA EN EL OFICIO	TIPO DE ACCIDENTE*	EFECTO PRODUCIDO	TIEMPO INCAPACIDAD	OBSERVACIONES

*Si es con riesgo biologico anotar clase de exposicion (I, II o III)

ANEXO 6.
HOJA DE REGISTRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

FECHA	SECCION	NOMBRE	EDAD	OFICIO	EXPERIENCIA EN EL OFICIO	ENFERMEDAD	TIEMPO INCAPACIDAD	OBSERVACIONES

ANEXO 7.
REGISTRO ANUAL DE AUSENTISMO DE LOS EMPLEADOS

NOMBRE: _____
CARGO: _____
SECCION: _____
DIRECCION: _____
AÑO: _____

TIEMPO SERVICIO EMPRESA: _____
TIEMPO SERVICIO CARGO ACTUAL: _____
EDAD: _____
SEXO: _____
Nº DE HIJOS: _____ EDAD HIJOS _____

MES	DIAS DEL MES																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															
JUNIO																															
JULIO																															
AGOSTO																															
SEPTIEMBRE																															
OCTUBRE																															
NOVIEMBRE																															
DICIEMBRE																															

AUSENTISMO MEDICO

AUSENTISMO NO MEDICO: NM.

- EC: ENFERMEDAD COMUN
- AT: ACCIDENTE DE TRABAJO
- EP: ENFERMEDAD PROFESIONAL
- M : MATERNIDAD

NOTA: SI ES INFERIOR A UN DIA ANOTAR LA DURACION (HORAS O MINUTOS)