

**ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL AUSENTISMO POR INCAPACIDADES Y  
ACCIDENTES LABORALES**

**INTEGRANTES:**

**Luz Victoria Arciniegas Arjona**

**Jhon Esneider Hernández Urbano**

**José Hernán Niño Guevara**

**Kelly Johanna Niño Panqueva**

**Angélica Mayerly Pachón Aya**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA  
ESCUELA DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD  
BOGOTA OCTUBRE  
2013**

**ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL AUSENTISMO POR INCAPACIDADES Y  
ACCIDENTES LABORALES**

**INTEGRANTES:**

**Luz Victoria Arciniegas Arjona  
Jhon Esneider Hernández Urbano  
José Hernán Niño Guevara  
Kelly Johanna Niño Panqueva  
Angélica Mayerly Pachón Aya**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

**Tutor Temático:  
Dr. Amadeo Medina**

**Director de la Especialización  
Dr. Gustavo Malagón Londoño  
Codirector de la Especialización  
DR. Jorge Giraldo Vanegas**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA  
ESCUELA DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD  
BOGOTÁ OCTUBRE  
2013**

## CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	11
ABSTRACT .....	13
INTRODUCCIÓN .....	14
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	16
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. OBJETIVOS.....	18
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
5. MARCO TEÓRICO.....	19
5.1 MARCO LEGAL.....	63
6. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN .....	67
7. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	68
8. RESULTADOS.....	69
8.1 TRABAJO DE CAMPO.....	93
8.1.1 Análisis de Encuesta de Riesgo psicosocial.....	94
8.1.2 Análisis de Encuesta de sintomatología Osteomuscular .....	98
9. ESTRATEGIAS.....	100
9.1 DIMENSIONES Y DISTRIBUCION DE PUESTOS DE TRABAJO.....	100
9.2 DEFINICION DE PERFILES DE CARGO, RIESGOS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS LOS COLABORADORES, ASIGNACION DE TAREAS.....	106
9.3 TIPIFICACIÓN DE TAREAS POR ROL CON RIESGO ERGONÓMICO.....	108

9.4 IDENTIFICACION DE UNA CULTURA REACTIVA ANTE EL RIESGO OCUPACIONAL .....	112
9.5 SISTEMA DE MEDICION Y CONTROL DE IMPACTO DE ESTRATEGIAS OCUPACIONALES .....	115
9.6 CULTURA DEL AUTOCUIDADO .....	116
10. ANEXOS.....	125
11. CONCLUSIONES.....	141
GLOSARIO.....	142
BIBLIOGRAFÍA.....	146

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág.</b>
Tabla 1. Población y Empresas Afiliadas	27
Tabla 2. Porcentaje de Incidencia por Patologías	28
Tabla 3. Interpretación de Variables	62
Tabla 4. Casos de Accidente Laboral	79
Tabla 5. Distribución de Ausencias por Áreas de Trabajo	80
Tabla 6. Comportamiento de Ausencias por mes	81
Tabla 7. Causas Identificadas por Accidente Laboral	84
Tabla 8. Casos de Accidente Laboral años 2011 y 2012	93

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>pág.</b>
Gráfico 1. Número de Empresas Afiliadas	42
Gráfico 2. Número de Trabajadores Dependientes e Independientes	43
Gráfico 3. Comparativos de Afiliados al Sistema de ARL	44
Gráfico 4. Número de Empresas por Clase de Riesgo	44
Gráfico 5. Número de Trabajadores Asegurados en 2011	45
Gráfico 6. Número de Accidentes y Enfermedades calificados 2012	46
Gráfico 7. Enfermedades y Accidentes Laborales por Actividad 2011	47
Gráfico 8. Numero de Indemnizaciones Reconocidas por Accidentes y Enfermedades Laborales 2011	47
Gráfico 9. Número de Pensiones por Invalidez 2011	48
Gráfico 10. Número de Empresas por Clase 2012	48
Gráfico 11. Número de Trabajadores Asegurados 2012	49
Gráfico 12. Enfermedades y Accidentes Calificados por Clase de Actividad	50
Gráfico 13. Número de Indemnizaciones Reconocidas por Accidentes y Enfermedades Laborales 2012	50
Gráfico 14. Número de Pensiones por Invalidez 2012	51

Gráfico 15. Muertes Calificadas por Accidente y Enfermedad Laboral 2011 – 2012	52
Gráfico 16. Comportamiento de Accidentes y Enfermedades Laborales 2011 -2012	53
Gráfico 17. Enfermedades y Accidentes Laborales en Servicios Sociales y de Salud	54
Gráfico 18. Indemnizaciones en Trabajadores de Servicios Sociales y de Salud	55
Gráfico 19. Total Trabajadores por ARL 2011	56
Gráfico 20. Número de Accidentes Laborales por ARL 2011	56
Gráfico 21. Número de Enfermedades Profesionales Calificadas 2011	57
Gráfico 22. Comparativo de Enfermedades Profesionales 2011 – 2012	58
Gráfico 23. Comparativo de Indemnizaciones por Accidente Laboral 2011 – 2012	58
Gráfico 24. Total Trabajadores por ARL 2012	59
Gráfico 25. Número de Accidentes Laborales por ARL 2012	59
Gráfico 26. Número de Enfermedades Laborales Calificadas 2012	60

Gráfico 27. Comparativo Indemnizaciones por Enfermedad Laboral 2011 – 2012	60
Gráfico 28. Costos por Accidentes y Enfermedades Laborales 2011 – 2012	61
Gráfico 29. Pagos de Siniestros 2011 – 2012	61
Gráfico 30. Costos de Accidentes y Enfermedad Laboral 2011 – 2012	62
Gráfico 31. Total Días de Incapacidad por Área IPS 2011	69
Gráfico 32. Días de Incapacidad por Patología 2011	70
Gráfico 33. Número de Personas incapacitadas en IPS 2011	71
Gráfico 34. Incapacidades por Accidente Laboral y Enfermedad Común IPS 2011	71
Gráfico 35. Porcentaje de Incapacidad por Área de IPS 2011	72
Gráfico 36. Porcentaje de Incapacidades por Patología Área Administrativa 2011	73
Gráfico 37. Porcentaje de Incapacidades por Patología Área Atención de Pacientes 2011	74
Gráfico 38. Número de Incapacidades por Patología Área de Investigación 2011	75



Gráfico 39. Número de Incapacidades por Patología	
Área de Sueño 2011	75
Gráfico 40. Número de Incapacidades por Patología	
Área Terapia Respiratoria 2011	76
Gráfico 41. Porcentaje de Incapacidades por Patología	
Área UCI 2011	76
Gráfico 42. Número de Incapacidades por Patología	
Área Consulta Externa 2011	77
Gráfico 43. Número de Incapacidades por Patología	
Área de Facturación 2011	77
Gráfico 44. Número de Incapacidades por Patología	
Área de Hospitalización 2011	78
Gráfico 45. Número de Incapacidades por Patología	
Área de Prueba de Función Pulmonar 2011	78
Gráfico 46. Número Total de días de Incapacidad IPS 2012	80
Gráfico 47. Porcentaje de Días de Ausencia por Área de IPS 2012	81
Gráfico 48. Distribución de Ausencias por Mes IPS 2012	82
Gráfico 49. Promedio Trimestral de Días de Ausencia IPS 2012	82
Gráfico 50. Número de Colaboradores que se Ausentaron por	
Área en 2012	83

Gráfico 51. Distribución por Genero de Empleados que se Ausentaron en IPS 2012	84
Gráfico 52. Número de días de Incapacidad por Patología en IPS 2012	85
Gráfico 53. Distribución Porcentual de Incapacidades por Área IPS 2012	86
Gráfico 54. Total de Días de Ausencia IPS 2011 – 2012	88
Gráfico 55. Comparación de Días de Incapacidad por Patología 2011 - 2012	88
Gráfico 56. Días de Incapacidad por Trastornos Osteomusculares 2011 - 2012	89
Gráfico 57. Áreas con más Días de Incapacidad en IPS 2011 - 2012	89
Gráfico 58. Días de Licencia de Maternidad 2011 - 2012	90
Gráfico 59. Valor Anual pagado por Licencias de Maternidad 2011 – 2012	91
Gráfico 60. Valor Anual Pagado por Incapacidades 2011 - 2012	91
Gráfico 61. Comparación de Costos por Área IPS 2011 – 2012	92

## RESUMEN

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se presenta un alto índice de incapacidades relacionadas con las funciones desempeñadas y la carga laboral, lo que conlleva a un aumento en los costos. Se genera la necesidad de crear estrategias que establezcan lineamientos de acción claros que permitan reducirlos y eviten la aparición de alteraciones derivadas de las funciones desempeñadas.

En el presente trabajo se realiza una investigación exploratoria descriptiva donde se analizan las causas, duración y costos de todas las ausencias por incapacidad y accidente laboral durante los años 2011 y 2012 de los empleados de una institución prestadora de servicios de salud de segundo nivel en la ciudad de Bogotá D.C, enfocada al manejo de pacientes con patología respiratoria. Por medio de diversas herramientas como investigación de costos relacionados con accidentes y enfermedad laboral reportados por las administradoras de riesgos laborales a Fasecolda y al ministerio de salud y protección social; en la institución prestadora de servicios de salud: costos de nómina, programa adelantado por salud ocupacional, visita a la institución, aplicación de encuestas de riesgo ergonómico y psicosocial, entrevistas con personal encargado de salud ocupacional y recursos humanos, se evidencia que en el año 2011 se presentaron 656 días de ausencia y en el 2012 1385 días, encontrándose que las principales causas se atribuyeron a trastornos osteomusculares, seguidos de alteraciones ginecológicas y enfermedades infecciosas, al realizar el análisis financiero se aprecia un aumento del 48,5% entre un año y otro; y el área administrativa que ocupaba en el 2011 el segundo puesto, pasa a ocupar el primero en el 2012 en número de días de ausencia y costos.

Se considera que la definición de los puestos de trabajo con requerimientos mínimos, perfiles de cargo, manual de funciones, tipificación de roles e identificación de cultura reactiva son herramientas fundamentales para minimizar los riesgos así como el autocuidado de los colaboradores.

## ABSTRACT

Health Provider institutions exhibit a high index of incapacitations stemming both from the labor load and the specific functions performed in them, thus in turn creating an increase in operational costs. This generates the need for clearly-delineated strategies which allow for cost reduction as well as the prevention of alterations derived from the specific functions performed.

The present work is an exploratory investigation analyzing the causes, duration, and costs of the total absences caused by incapacitation and laboral accidents during the years 2011 and 2012 in a health provider institution of level two, in Bogotá D.C., focused on handling patients with respiratory pathologies. Through the use of various tools including cost analysis of accidents and job-related sickness reported by the administrator to Fasescolda and the Ministry of Health and Social Security, as well as payroll analysis, visits to the institution, interviews with the workforce, and ergonomic risk polls, it is evident that osteomuscular issues followed by gynecological alterations and infectious disease were the principal causes of 656 days of absence during the year 2011, followed by 1385 total days of absence during 2012, which after financial analysis, reveals a cost increase of 48.5% between the two years. Herein we posit that work functions with minimum explicit requirements, profiles and function manuals, tipification of roles and the identification reactive culture are fundamental tools in order to minimize the risks seen as well as the self-care of the employees.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha resaltado la importancia de las evaluaciones y análisis económicos en instituciones prestadoras de servicios de salud por ser consideradas una herramienta indispensable para la toma adecuada de decisiones basadas en la evidencia. Para ello es necesario reconocer algunos conceptos básicos de dichas evaluaciones, teniendo en cuenta que la productividad es un factor condicionante del desarrollo económico de las organizaciones y comunidades, así como el uso eficiente de los recursos en la sostenibilidad financiera, a la cual no pueden ser ajenos ninguno de los grupos de interés del sistema de prestación de servicios de salud.

Se han descrito diferentes tipos de evaluaciones económicas en salud, considerando los costos de tratamientos de patologías de origen común y laboral como de gran impacto para el sistema, donde en estos últimos años se ha evidenciado un aumento significativo reflejado en el rubro por incapacidades y ausentismo.

Otros costos como los humanos, son más difíciles de calcular en presencia de una incapacidad laboral y son los relacionados con la marginación, el requerimiento de buscar otra actividad o profesión en la cual desempeñarse, dolor y sufrimiento en la familia, que pese a que afectan directamente al colaborador, tienen un impacto mayor en la organización.

## **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Determinar la importancia de formular estrategias gerenciales para reducir los costos derivados de incapacidades y ausentismo asociados a enfermedades laborales en una IPS de segundo nivel ubicada en la ciudad de Bogotá.

## **2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Basados en estadísticas, benchmarking, análisis de casos reportados y el planteamiento de una política institucional que genere un programa promotor de participación proactiva de los empleados y una cultura organizacional preventiva con énfasis en el autocuidado, se plantearán estrategias para toma de decisiones gerenciales que contribuyan con la disminución de los gastos derivados de incapacidades y ausentismos en los trabajadores de una IPS de segundo nivel, en la ciudad de Bogotá.



### **3. JUSTIFICACIÓN**

Se ha referido en la literatura, así como a nivel institucional, la relación existente entre el incremento de los costos derivados del reconocimiento de incapacidades y ausentismo con enfermedades tanto común como laboral. Lo anterior conlleva a la disminución del rendimiento, disminución de la productividad y a un sobre esfuerzo del personal que desempeña roles similares y a su vez puede sobrevenir la incapacidad de estos últimos.

Nace entonces la necesidad de crear estrategias que establezcan lineamientos de acción claros que permitan reducir los costos y que propendan por evitar la aparición de alteraciones derivadas de las funciones desempeñadas en los diversos cargos y generen medidas para disminuir el riesgo de complicaciones de quienes ya las padecen.

Adicionalmente se pretende lograr el reintegro laboral temprano, mitigar no solo el impacto económico sino el administrativo que implica el ausentismo laboral.

Se considera que la toma de estas medidas trae beneficios para la empresa favoreciendo su sostenibilidad financiera a través del tiempo y la calidad de vida de los empleados, lo cual se ve reflejado en productividad laboral, disminución del riesgo psicosocial, incremento de sentido de pertenencia con la institución y mejoramiento del clima organizacional, logrando así sensación de bienestar en todo el personal.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Formular estrategias que permitan reducir los costos derivados de incapacidades y ausentismo asociados a enfermedades de origen común y laboral en trabajadores de una IPS de segundo nivel.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

4.2.1 Analizar los costos asociados a incapacidades y ausentismo derivados de enfermedades de origen común y laboral.

4.2.2 Definir los nexos de causalidad entre las labores desempeñadas por cargo y el tipo de afección diagnosticada.

4.2.3 Establecer las herramientas por medio de las cuales se va a desarrollar el programa y las líneas de acción para la prevención en salud ocupacional.

4.2.4 Plantear Sistemas de medición de la gestión y alcance de resultados relacionados con la disminución de costos derivados de incapacidades y ausentismo por enfermedad de origen común y laboral.

## 5. MARCO TEÓRICO

Todos los líderes de las instituciones prestadoras de servicios de salud deben establecer objetivos y directrices claros que sean entendidos y apropiados por cada uno de los colaboradores como parte de una cultura organizacional integral, lo cual implica realizar un uso racional de infraestructura, recursos, gestión eficaz y responsabilidad en el autocuidado, teniendo la claridad de que cada uno juega con ello, un rol determinante en la permanencia y crecimiento de la organización en el tiempo y por ende una vida laboral productiva, al mitigar el riesgo de enfermarse en un entorno preventivo donde se evidencia interacción sinérgica de los procesos de la organización.

Al realizar un análisis de lo económico, es necesario tomar en consideración, además de los costos, las consecuencias y/o resultados.<sup>(1,2)</sup> En primera instancia, los costos pueden ser clasificados como directos o indirectos.

Los costos directos representan el valor de aquellos recursos que pueden ser identificados y cuantificados para cada unidad de producción y ejemplo de ello son: la mano de obra que hace referencia al talento humano a disposición para el desempeño de tareas específicas y así entonces, corresponderá al valor de los salarios, prestaciones sociales, seguridad social y parafiscales de los trabajadores que intervienen en la prestación del servicio y la materia prima que corresponde a los recursos empleados para obtener el producto y es la ficha técnica de este. Los costos indirectos también han sido denominados “de productividad perdida” <sup>(1)</sup> porque incluyen el valor del tiempo que una persona deja de trabajar a causa de una intervención o patología.

A su vez, los costos se dividen en variables y fijos. Donde los costos variables se definen en función del volumen de producción, ventas o prestación de servicios y pueden incrementarse o disminuir de acuerdo a la demanda del servicio, son considerados costos directos.

Los costos fijos se presentan independientemente del volumen de producción o servicios prestados, de esta forma los costos fijos se consideran indirectos (Ej. Depreciación de máquinas y equipos, arrendamiento, salario de directores, entre otros).

Los costos desde la perspectiva social tienen una complejidad mayor ya que deben incluir la totalidad de recursos consumidos, que se deriva del impacto que puede llegar a tener una determinada alteración o enfermedad en el trabajador, afectando su rol en la familia y la comunidad, incluso acarreando costos por desintegración familiar.<sup>(1)</sup> En estudios realizados en España hacia el año 2007, los costos sociales de la depresión habían alcanzado los 5.005 millones de euros, de los cuales solo el 29% correspondían a costos directos.<sup>(3)</sup>

Lo anterior supone que asociado a las enfermedades y accidentes laborales que generan la incapacidad de un colaborador, es relevante considerar los “costos humanos” expresados en términos de dolor, frustración, depresión, ansiedad y limitación.<sup>(4)</sup> Los costos directos contemplan el cuidado médico, de soporte y de rehabilitación, intervenciones tempranas y agresivas, vigilancia de condiciones crónicas y uso de tecnología, los costos indirectos para el trabajador estarían representados en la disminución de los ingresos por la condición de discapacidad, pérdida de capacidad laboral y bajos índices de satisfacción.<sup>(5)</sup>

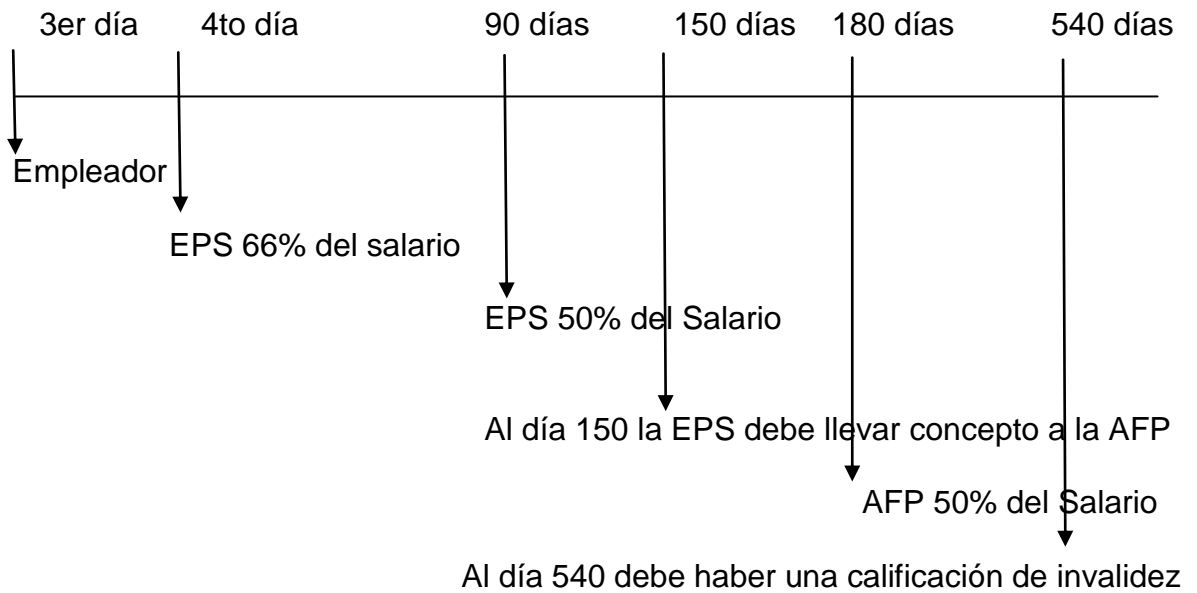
En condiciones normales, la institución prestadora de servicios de salud debe calcular sus costos representados en el valor de compra del servicio básico, más los insumos necesarios, más el valor de la mano de obra o del conocimiento, más el valor de los recursos empleados en la prestación del servicio. Por otra parte han de clasificarse adecuadamente los gastos de acuerdo a su origen, en: administrativos, de venta o financieros que generan también impacto en el momento de darse una incapacidad.

A nivel de la administración de talento humano, se presentan costos relacionados con la pérdida o reubicación del trabajador, con los procesos de selección y contratación temporal de una persona que lo reemplace temporalmente y la presión psicológica; económicamente se generan costos por tiempos perdidos y sobreesfuerzo de compañeros, interferencias en la prestación del servicio con afección de la productividad, procesos legales, costos fijos no compensados y pérdida de imagen. Adicional a ello, las incapacidades laborales generan costos en la sociedad y ellos van asociados a la pérdida de capacidad laboral de ciudadanos en edad productiva, lesiones graves y leves que generan minusvalía y disminución de la calidad de vida. Económicamente esto afecta el crecimiento de las comunidades ya que a su vez en algunas ocasiones deben reconocerse indemnizaciones, se instauran investigaciones y disminuye el recurso humano para el trabajo.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se presenta un alto índice de incapacidades relacionadas con las funciones desempeñadas y la carga laboral, lo que conlleva a un aumento en los costos de producción con respecto a los sitios donde laboran las personas incapacitadas, el determinar la posible causalidad de las patologías y su relación con el ausentismo laboral es viable para orientar las políticas de manera preventiva para disminuir dichas afecciones. <sup>(6)</sup>

En el caso de reconocimientos por incapacidad, dependiendo de si su origen es común o laboral, se define de la siguiente manera:

#### ENFERMEDAD GENERAL O DE ORIGEN COMÚN:



#### ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL:



Administradora de Riesgos Laborales (ARL) reconoce el 100% del salario durante todo el tiempo hasta 720 días de incapacidad.

De igual forma se pone de manifiesto que todo colaborador que se encuentre en incapacidad temporal por accidente de trabajo o enfermedad laboral recibe un reconocimiento del 100% de su salario por parte de la ARL, éste se calcula desde el día siguiente en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad y hasta el momento de su rehabilitación completa.

La incapacidad temporal es reconocida por un máximo por 180 días y puede ser prorrogada por períodos que no superen hasta otros 180 días continuos. La incapacidad deberá ser determinada por el médico tratante de la Entidad Promotora de Salud. El empleador debe ubicar al empleado en el mismo cargo que desempeñaba y si no recupera su capacidad laboral ha de reubicarlo en otro puesto de la misma categoría sin ir en detrimento de su remuneración salarial.

Las Juntas de Calificación consideran y evalúan tres aspectos:

- a. El Origen de la enfermedad o accidente, que puede ser Común o Laboral.
- b. El Porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral, que es determinado en función de la Deficiencia (Evaluación de pérdidas estructurales), Discapacidad (Evaluación de compromiso funcional respecto a las tareas que venía desempeñando el trabajador) y Minusvalía (Evaluación del compromiso respecto al desempeño social). Donde con un porcentaje inferior al 5% no se generan prestaciones económicas; entre el 5% y el 50% hay una indemnización que se calcula con base en la Tabla de Equivalencias definida en la Ley 100 de 1993 y hace parte del Manual Único de Calificación de Invalidez, donde de acuerdo al porcentaje de pérdida se da el monto de indemnización en meses base de liquidación.

Cuando la pérdida de capacidad laboral supera el 50% el trabajador recibe una pensión de invalidez así: entre el 50% y 66% de pérdida se le reconoce el 60% del salario que devengaba, con una pérdida superior al 66% se le reconoce el 75% del salario y en caso de pérdida superior al 66% donde adicionalmente requiere la ayuda de un tercero para sus actividades básicas, se le reconoce el 90% del salario.

- c. Fecha de Estructuración de la enfermedad. (Ley 1562 de Julio 11 de 2012: “Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”)

Cuando la Administradora de Riesgos Laborales genera una incapacidad debe hacer el pago de salud y pensión que le correspondía al empleador.

Como órganos de dirección del sistema se encuentran:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social quien formula y adopta políticas en salud ocupacional y medicina laboral, promueve, monitorea y hace seguimiento a la prevención de riesgos profesionales.
2. El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales (CNRP), que es un órgano adscrito al Ministerio y cuya función más representativa es la de formular recomendaciones en materia de salud ocupacional y sistemas de información y aprobar el presupuesto del Fondo de Riesgos Profesionales.
3. El Comité Nacional de Salud Ocupacional (CNSO) es un órgano técnico, asesor del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales. El sistema es controlado y supervisado por la dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social y la actividad aseguradora es supervisada por la Superintendencia Financiera.



Algunos beneficios para los empleadores al estar afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales son: Asesoría en el diseño del programa de salud ocupacional, capacitaciones en primeros auxilios y Comité Paritario de Salud Ocupacional, en organizaciones de más de 10 empleados, asistencia técnica para el diseño y ejecución de Sistemas de vigilancia Epidemiológica y de sistemas de control de riesgos. <sup>(8)</sup>

Una vez se presenta en un trabajador un accidente o enfermedad laboral, al realizar un análisis de costos de su incapacidad, es pertinente tomar en consideración los siguientes aspectos: <sup>(4)</sup>

- a. Determinar la incidencia de los Accidentes Laborales y las Enfermedades laborales en la población a estudiar.
- b. Identificar los principales mecanismos de origen del daño.
- c. Identificar los principales factores de riesgo laborales condicionantes.
- d. Diferenciar factores sistémicos condicionantes asociados.
- e. Identificar los principales efectos indirectos de un accidente o enfermedad laboral en la persona, su familia, el desempeño laboral y social.

Así mismo, cuando un colaborador debe ser reubicado o es incapacitado de forma permanente para el rol para el cual ha sido contratado, la empresa debe valorar que:

- a. Debe sustituir al trabajador afectado.
- b. Debe realizar un proceso de selección y contratación de un nuevo trabajador.
- c. Debe capacitar y entrenar al nuevo trabajador, considerando la curva de aprendizaje de cada rol.

- d. Pasará un tiempo mientras el nuevo trabajador alcanza la meta de productividad para su cargo.
- e. Los compañeros de trabajo pueden afectar el clima organizacional si no cuentan con orientación y apoyo de los líderes.

Algunos datos estadísticos que resultan relevantes en el contexto socioeconómico del país son:

El comportamiento del mercado laboral en Colombia define los patrones de afiliación al sistema de riesgos profesionales, toda vez que para los trabajadores dependientes, independientes están obligados a cotizar.

Al revisar datos históricos se evidencia que el Departamento Nacional de Estadísticas del país (DANE) estimaba que para diciembre de 2010 la población colombiana alcanzaba los 44,45 millones de habitantes, de los cuales 34,96 millones se encontraban en edad de trabajar (Personas en Edad de Trabajar: **PET**), lo cual corresponde a un 78,6% de la población. De estos, 21,98 millones pertenecían a la población económicamente activa (**PEA**) dentro de la cual se estimaba una población ocupada de 19,54 millones de trabajadores, en donde 8,15 millones pertenecían a la clase obrera, empleados o de servicio doméstico, es decir trabajadores dependientes que deberían estar afiliados.

Tabla 1. Población y Empresas Afiliadas

<b>10 ARL</b>		<b>DATOS NACIONALES</b>
<b>AÑO</b>	<b>AFILIADOS</b>	<b>EMPRESAS AFILIADAS</b>
2011	7.499.380	491.040
2012	8.431.782	557.376

Los cambios en la forma de contratación en el país han llevado a que de esquemas de contratación directa se pase a contratación de servicios por medio de empresas de servicios temporales, especialmente para suplir cargos de tipo operativo y auxiliar en las instituciones. Esto también influye en las estadísticas que evidencian un incremento en la afiliación de empresas temporales al sistema.

A comienzos del siglo XXI en Colombia se registraron 520 casos de enfermedades laborales lo cual correspondía a una tasa de enfermedad laboral 24,9 por cada 100.000 habitantes; para finales del 2010 a nivel nacional esta cifra aumentó a 9.411 casos con una tasa de 136,4 por 100.000 habitantes, revisando el número de afiliados por región, encontramos que Cundinamarca en el 2012 contaba con 3.290.441 afiliados, de los cuales 4.532 presentaban enfermedades profesionales<sup>(16)</sup>

Los reportes evidencian que más del 85% son enfermedades asociadas trastornos osteomusculares, mientras que se desconoce la magnitud de enfermedades crónicas, de tipo respiratorio, cáncer y las asociadas a exposición a químicos:<sup>(8)</sup>

Tabla 2. Porcentaje de Incidencia por Patología

PATOLOGÍA	INCIDENCIA
<b>Osteomuscular</b>	<b>85%</b>
Síndrome del Túnel Carpiano	30,60%
Tenosinovitis de estiloides radial ( de Quervain)	7,50%
Síndrome del Manguito Rotador	7,50%
Epicondilitis lateral	5,50%
Lumbago no especificado	5,10%
Epicondilitis medial	4,40%
Bursitis de hombro	1,90%
Otros	37,50%
<b>Hipoacusia</b>	<b>6%</b>
<b>Infeciosa</b>	<b>1%</b>
<b>Afecciones respiratorias</b>	<b>3%</b>
<b>Intoxicaciones</b>	<b>1%</b>
<b>Sicosocial</b>	<b>2%</b>
<b>Dermatosis</b>	<b>1%</b>
<b>Hipoacusia</b>	<b>6%</b>
<b>Disfonía</b>	<b>1%</b>

Este hallazgo es relevante ya que 10 años antes el ministerio reportaría los Desórdenes Musculo-Esqueléticos (DME)/ Síndrome de sobreuso como el 65% de los casos de enfermedad laboral diagnosticados en 777 personas, siendo significativamente más afectadas las mujeres. <sup>(9)</sup>

Algunos autores como Tafur en 2001 y 2006 reportan que los desórdenes musculo esqueléticos se presentan con una frecuencia tres a cuatro veces mayor en algunos sectores laborales con respecto a la población general, como es el caso de trabajadores del área de la salud, aeronavegación, minería, industria procesadora de alimentos, curtido de cueros y manufactura.

Según los datos mostrados en la tabla anterior se puede evidenciar que el síndrome del túnel carpiano (STC) es uno de los desórdenes osteomusculares con más incidencia ocupando el 30,60% de las patologías laborales padecidas por los trabajadores. El STC ha incrementado su ocurrencia por el tipo de trabajos que se realizan en la actualidad, como los que exigen una producción con ritmo elevado y pocas pausas. También parece estar contribuyendo al aumento del número de casos el desarrollo tecnológico por el cual nos estamos viendo expuestos al uso de aparatos que para su funcionamiento utilizan teclados o accesorios que involucran movimientos repetitivos y esfuerzos en la muñeca.

Aunque esta enfermedad se observó por primera vez en la literatura médica en el siglo 20, el primer uso del término "síndrome del túnel carpiano" fue en 1939. La patología fue identificada por el médico Dr. George S. Phalen de la Clínica de Cleveland después de trabajar con un grupo de pacientes en los años 1950 y 1960.

El túnel del carpo es una condición que se puede presentar como resultado de realizar tareas repetitivas que involucran movimientos tensionantes con la mano o también se pueden originar por tener la mano en la misma posición durante periodos prolongados. Esta enfermedad afecta el sistema osteomuscular del cuerpo y específicamente los nervios y el flujo sanguíneo de manos y muñecas.

La patología siguiente en incidencia con un total de 7,50% es la Tenosinovitis de estiloides radial (de Quervain) esta se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria de los tendones en el lado del pulgar.

Es una inflamación de la cubierta de los tendones que mueven el dedo pulgar hacia arriba y hacia afuera (alejándose de la mano). Técnicamente es referida como una Tenosinovitis estenosa debido a que tanto los tendones como los tejidos cercanos que los rodean están involucrados donde el tendón tiene que ir a través de un pequeño túnel óseo fibroso hacia la muñeca. La Epicondilitis lateral cuenta con un porcentaje del 5,50% esta patología es la inflamación de los tendones epicondíleos que son los que unen los músculos del antebrazo y de la mano con el epicóndilo en la cara lateral externa del codo. Siendo esta musculatura la encargada de controlar los principales movimientos de la mano. Estas tres patologías requieren de prevención inmediata por ser las de mayor incidencia en el medio laboral, ellas nos están afectando la morbilidad profesional en el país y aunque ya existen programas de prevención, no están siendo implementados como deben ser.

Para prevenir la enfermedad del túnel del carpo se debe tener cuidado con las manos cuando se trabaja, o cuando se practica alguna actividad con ejecuciones repetitivas, especialmente si requieren fuerza, vibración, o posturas inadecuadas. En el área laboral se necesita el apoyo de los fisioterapeutas para realizar el diseño de programas que promuevan posiciones adecuadas de muñeca para disminuir los desórdenes músculos esqueléticos relacionados con el trabajo y evitar las posiciones con flexión de muñecas, durante largos períodos de tiempo.

En Colombia, el dolor lumbar se encuentra entre las 10 primeras causas de diagnóstico reportadas por las Entidades Promotoras de Salud; en el 2001 el dolor lumbar representó el 12% de los diagnósticos (segundo lugar), en el 2003 el 22% y en el 2004 el 15%.

En las GATISO se reporta un informe donde se evidencia el seguimiento realizado a los diagnósticos de enfermedad laboral, durante el período comprendido entre los años 2001 a 2005 en Colombia, cuyas conclusiones son:

- a. Se consolida el síndrome del conducto carpiano como la primera causa de morbilidad profesional en el régimen contributivo. Dicha patología pasó de representar el 27% de todos los diagnósticos en el año 2.001, a representar el 32% de los diagnósticos realizados durante el año 2.004, presentando una tendencia continúa al incremento
- b. El dolor lumbar continua siendo la segunda causa de morbilidad profesional reportada por las EPS, su porcentaje se incrementó entre el año 2.001 al 2.003, pasando de 12% al 22% y se redujo en el año 2.004 cuando representó el 15% de los diagnósticos.
- c. Tres diagnósticos merecen destacarse por su tendencia continua al incremento durante los años 2.002 a 2.004, ellos son síndrome de manguito rotador, epicondilitis y tenosinovitis del estiloides radial (De Quervain).

Según la Organización Mundial de la Salud en el informe de salud de trabajadores realizado en 1996, de las enfermedades profesionales que ocurren anualmente en el mundo, aproximadamente entre el 30% y el 40% se tornan crónicas, el 10% generan una incapacidad permanente y entre 0,55 y el 1% son mortales.

De acuerdo al informe del Ministerio de Protección social sobre la Enfermedad profesional en Colombia 2001-2002 se describen ciertos patrones a considerar en el establecimiento de una enfermedad laboral, como los descritos por Shilling y colaboradores en su artículo "*More effective prevention in occupational health*

*practice*” publicado en 1984, acerca de tres categorías de vinculación de las actividades laborales con la aparición de enfermedades:

- I. Trabajo como causa necesaria para la aparición de la patología (Silicosis),
- II. Trabajo como factor contributivo (Várices en miembros inferiores) y
- III. Trabajo como factor provocador de un disturbio latente o intensificador de una enfermedad establecida (Úlcera péptica, dermatitis)

Oddone y colaboradores establecen en 1986 una forma de clasificar la patología asociada al trabajo a partir de cuatro grupos de causas de nocividad ambiental:

1. Nocividad ambiental en el entorno laboral y extra laboral: Ruido, luz, temperatura, ventilación y humedad.
2. Factores propios del ambiente de trabajo: polvos, gases, vapores y humos.
3. Factores relacionados con el trabajo físico.
4. Factores relacionados con las condiciones de trabajo, excepto el trabajo físico, capaces de producir estrés: monotonía, ritmos excesivos, repetitividad, ansiedad, responsabilidad, posiciones incómodas repetitivas y permanentes.

Adicionalmente se sugiere considerar otros factores como las diferencias en susceptibilidad o variabilidad biológica lo cual hace referencia a que individuos expuestos a las mismas condiciones laborales, no se enfermarán necesariamente de forma simultánea ni con la misma intensidad. Esto se hace relevante cuando las condiciones de exposición son de un nivel medio-bajo. La multicausalidad de las patologías frente a influencias laborales y extralaborales. Inespecificidad clínica y Condiciones específicas de exposición de cada individuo a un agente causal. <sup>(9)</sup>



Existe un importante antecedente donde en los países industrializados el dolor lumbar es considerado el primer problema de salud pública y el lugar de trabajo ha sido catalogado como uno de los desastres de los siglos XX y XXI.

Es conocido que esta patología se presenta en algún momento de la vida en el 80% de la población, los efectos dorsolumbares encontrados van desde molestias ligeras hasta la existencia de una incapacidad permanente lo que lo clasifica como un problema de un elevado costo social y económico en términos de incapacidades, pérdidas de jornada de trabajo y gasto resultante de prestaciones asistenciales, pruebas complementarias y tratamientos.

Esta es una enfermedad laboral tan antigua tanto que el primer caso de dolor lumbar en el lugar de trabajo fue registrado durante la construcción de las pirámides de Egipto, en 2780 AC (Brand 1987). Según las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional (GATISO) para Desórdenes Musculo-Esqueléticos (DME), en Estados Unidos aproximadamente el 90% de los adultos han experimentado dolor lumbar una vez en su vida y el 50% de las personas que trabajan ha presentado un episodio de dolor lumbar cada año. Se describe que del 13% al 19% de la población masculina en edades entre 15 y 59 años, que vive actualmente en América, a la cual pertenece Colombia, están altamente expuestos al conjunto de factores de riesgo derivados de la carga física, descritos como asociados al síndrome doloroso lumbar. Este porcentaje es de 3% a 6% para mujeres de la mencionada región.

En 1993 el dolor lumbar fue el responsable del 27% de las lesiones ocupacionales que originaron ausentismo laboral. Se calcula que se perdieron un millón de días de trabajo cada año por ausencias relacionadas con el dolor lumbar, siendo ésta la causa más frecuente de solicitudes de compensación económica laboral.

De acuerdo con varios autores y el *National Research Council y el Institute of Medicine* (1999), el dolor lumbar, al igual que los demás desórdenes músculo esqueléticos más comunes, no puede explicarse exclusivamente por los factores de riesgo en el trabajo. El dolor lumbar es considerado una entidad multifactorial y la controversia se centra en la importancia relativa de los variados factores individuales y del trabajo en el desarrollo de los DME (*NIOSH Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors 1997*).

En general se consideran cuatro grandes grupos de riesgo (Ayoub y Wittels, 1989):

- a. Los factores ligados a las condiciones de trabajo (carga física)
- b. Los factores organizacionales y psicolaborales
- c. Los factores relacionados con las condiciones ambientales de los puestos y los sistemas de trabajo (temperatura, vibración entre otros).
- d. Los factores individuales (capacidad funcional del trabajador, hábitos, antecedentes, aspectos psicológicos, etc.)

Desde el punto de vista legal, el país cuenta con varias normas relacionadas con las lesiones osteomusculares.

El Capítulo I del Título X de la Resolución 2400 de 1979 trata en detalle todo lo relacionado con el manejo de cargas, incluyendo los valores límite para el levantamiento de las mismas. Teniendo en cuenta la orientación preventiva de la Guía de Atención Integral de Salud Ocupacional para DME, como se contempla en la Resolución 1016.

Hasheim y cols han calculado que la incidencia anual del dolor lumbar es del 1% al 2% y un tercio de los trabajadores en América están expuestos a actividades

laborales que pueden aumentar significativamente el riesgo de desarrollar o agravar este cuadro.

Grazier (1984), estima que los costos directos e indirectos por dolor lumbar en EEUU fueron de 14 billones de dólares en 1984. Para 1990 excedieron los 50 billones de dólares. Aunque existen diferencias en los datos reportados, lo que se puede afirmar con certeza es que el dolor lumbar como discapacidad, corresponde a casi el 80% del total de las indemnizaciones de origen laboral, según este estudio en Norteamérica.

En Canadá, Finlandia y Estados Unidos se informa que los trastornos músculoesqueléticos, de los cuales el síndrome doloroso lumbar es particularmente relevante, son el principal grupo de enfermedades que generan incapacidad, lo cual coincide con reportes en la literatura mencionados previamente.

Dentro de los aspectos organizacionales y psicosociales que influyen en la génesis del dolor lumbar se describen: la organización temporal del trabajo (jornadas, turnos, descansos), tipo de proceso (automatizado, en cadena, ritmos individuales, entre otros), características de las actividades, costo cognitivo (toma de decisiones, atención, memoria, monotonía, entre otros), estrés, bajo soporte social, jerarquía en el trabajo e insatisfacción en el trabajo.

Sin embargo el estudio de estos factores se fundamenta en reportes y percepciones individuales. Varios autores describen que se relacionan

principalmente con ausentismo y recurrencias más que con la incidencia (Tubach, 2002).

Se ha considerado que existen condiciones propias de cada persona que pueden predisponer o en ocasiones generar trastornos osteomusculares lumbares tales como la edad, el género, el hábito de fumar, la condición física, el envejecimiento fisiológico de los elementos espinales (vértebras, discos y ligamentos) son una fuente potencial de problemas. Al verificar la relación del dolor lumbar con la edad, se encuentra que su prevalencia es mayor entre los 35 y 55 años de edad.

Se recomienda la implementación permanente de programas orientados a la prevención primaria, secundaria y terciaria para el dolor lumbar, como estrategia efectiva para reducir la prevalencia de éste en los lugares de trabajo.

Con lo anterior se hace indiscutible que los trastornos musculo esqueléticos son la primera causa de morbilidad profesional en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), además se está observando una tendencia a incrementarse, pasando de representar el 65% durante el año 2.001 a representar el 82% de todos los diagnósticos realizados durante el año 2.004.

Para la identificación de los factores de riesgo causantes de trastornos osteomusculares se recomienda hacer uso de las siguientes estrategias:

1. Identificación de peligros a través del panorama de riesgos
2. Auto reportes de condiciones de trabajo.

3. Inspecciones estructuradas de condiciones de trabajo.
4. Utilización de listas de chequeo o de verificación.
5. Encuestas de morbilidad sentida, de confort – discomfort.
6. Evaluación de la situación de trabajo de acuerdo con las características de cada situación de riesgo y las herramientas disponibles, que incluya la evaluación del sistema de trabajo en su integralidad.
7. Valoración de la carga física, para lo cual se pueden aplicar herramientas, con el fin de establecer un inventario de riesgos, establecer prioridades de intervención y verificar el impacto de las acciones para el control.

Hoy en día en muchas empresas se sigue viendo a los programas de salud ocupacional como un sobre costo y no como una inversión que trae beneficios, no solo para el empleador sino para los empleados, ya que mejora el clima organizacional. Al final, esto repercute en un aumento de la productividad porque disminuye el ausentismo laboral y los costos por indemnizaciones que se deben pagar por los accidentes y enfermedades profesionales.

Al tomar en consideración los aspectos revisados, se puede plantear un estudio de los costos que generan para las empresas las incapacidades y ausentismo de sus colaboradores, referenciando las causas y morbilidades más frecuentes y su impacto organizacional.

Así las herramientas estratégicas de gestión facilitan la creación de entornos y conductas seguras, estructurando la participación colectiva y la interacción de los funcionarios, la identificación proactiva y análisis de desviaciones en el desarrollo del programa, que conlleve a la instauración de acciones para el cierre de las brechas que se presenten en la ejecución del mismo.

De este modo es posible disminuir las incapacidades por enfermedad laboral y las limitaciones en el adecuado funcionamiento de las diversas áreas o procesos, que afectan económicamente a las instituciones y desfavorecen el clima laboral. Incentivando de igual forma una cultura de autocuidado fundamentada en la motivación interna de cada colaborador por preservar su condición de salud en aras de tener una mejor calidad de vida y un desempeño laboral productivo que propenda por el bienestar suyo y de su familia.

El Plan Nacional de Salud Ocupacional definido por el ministerio para el período 2008 a 2012 es concebido como una herramienta de gestión que constituye el eje del desarrollo del Sistema General de Riesgos Profesionales y sirve como base para el planteamiento de políticas y programas preventivos organizacionales.

Hasta este punto podemos percibir claramente que el vínculo que guarda la salud con las funciones laborales que desempeñan los individuos están estrechamente relacionadas, de ahí que muchos gobiernos se preocupen por hacer seguimiento o vigilancia de los posibles cambios o afecciones que pueden tener los trabajadores de un país debido a la labor que realizan, y esto en algunos países lo hacen por medio de seguimiento activo con encuestas sobre el estado de salud, desde una perspectiva subjetiva, al ser diligenciadas por la población trabajadora, lo cual permite dar una alerta sobre posibles enfermedades profesionales.

Es importante destacar que el objetivo de las encuestas nacionales es monitorear el estado de salud de una población mediante la recolección y análisis de datos sobre un amplio campo de posibilidades que involucran varios aspectos de salud y sus factores determinantes.

Cabe anotar en este punto el caso de la Unión Europea, en donde se realizan ya este tipo de estudios cada cinco años desde 1990 y el de otros países como España que las venían realizando desde antes y con mayor periodicidad adquiriendo así datos importantes sobre condiciones de trabajo de sus ciudadanos.

En Estados Unidos, el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) ha realizado dos encuestas de exposición ocupacional para determinar exposición potencial laboral de diversos empleados, y es el ente encargado de realizar dichas encuestas para conocer estado de salud de población activa laboralmente y condiciones laborales que puedan representar un riesgo para la salud <sup>(10)</sup> Permitiendo esto intervenir prematuramente o invertir en programas de salud ocupacional que reduzca de forma notable e importante los riesgos laborales de una población, bajo la consigna ya conocida tiempo atrás sobre prevenir es más económico de tratar lesiones o enfermedades instauradas.

De ahí que durante mucho tiempo se ha sustentado la importancia de invertir en programas de salud ocupacional para así reducir la presencia de accidentes de trabajo y enfermedad profesional como una herramienta gerencial para mejorar la productividad en las empresas, y de igual forma no solo abogar por la inversión en estos programas, si no también mostrarle a los empresarios en general los beneficios y el impacto positivo de esta inversión en estos programas que se ve en las ganancias y beneficios directos para la productividad de las empresas.

Según el informe de la Organización Internacional del Trabajo (**OIT**) de 2005 se estimaba que en todo el mundo, aproximadamente 2,2 millones de personas

mueren cada año por causa de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo, lo cual representa aproximadamente un 10% de aumento sobre las estimaciones precedentes.<sup>(10)</sup>

Aproximadamente 270 millones de trabajadores sufren lesiones graves no mortales, y otros 160 millones de trabajadores padecen enfermedades de corta o de larga duración por causas relacionadas con el trabajo.<sup>(10, 11)</sup>

La OIT ha estimado que en Latinoamérica y el Caribe ocurren 36 accidentes de trabajo por minuto, y que aproximadamente 300 trabajadores mueren cada día como resultado de los accidentes de trabajo.<sup>(10)</sup>

En Colombia en 2010, se reportaron 538.911 casos como AT, de los cuales se calificaron como tal 442.689 (1.212 AT diarios), y se reportaron como AT mortales 955 de los cuales solo se calificaron 487 muertes de origen profesional.<sup>(10)</sup>

Por los datos anteriores se debe prever los costos que representan para la economía de las diferentes compañías, de las empresas aseguradores de salud y de riesgos laborales, las estancias hospitalarias, costos de rehabilitación, costos de tratamiento y medicamentos y demás intervenciones que requiere un empleado que sufra algún evento laboral negativo, además del impacto para la economía de un país el hecho de tener individuos con limitaciones físicas y/o psicológicas, y el aspecto más relevante por supuesto, el efecto que esto tiene en sus familias, estando en plena edad productiva.



Cuantificadas económicamente las anteriores consecuencias y teniendo como referencia los datos de la OIT de los costos de AT a nivel mundial y de América Latina, se puede presumir que los costos para Colombia no se alejan de la realidad mundial, e igualan o superan el incremento del PIB que se calculó en 4.3% para el 2010, según información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (**DANE**).<sup>(10)</sup>

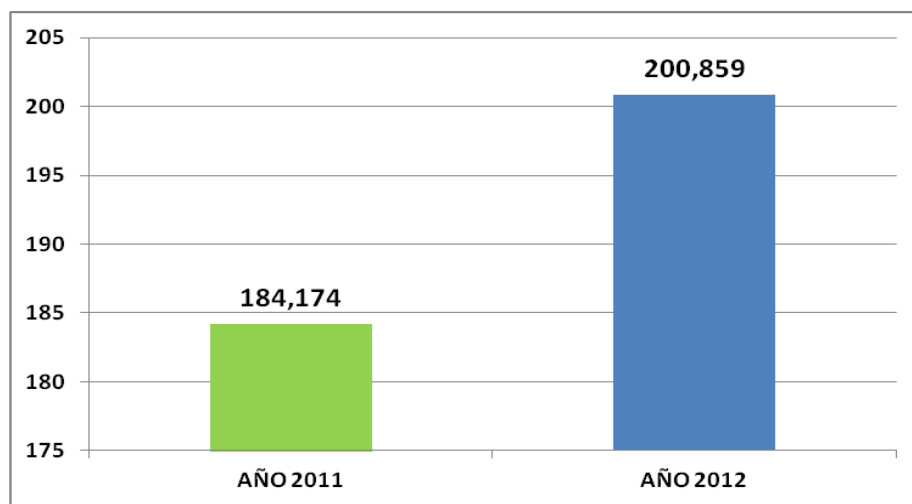
La incidencia estimada de enfermedades ocupacionales en Colombia entre 1985 y 2000 fue en aumento, empezando con cifras cercanas a los 68.063 casos y llegando a los 101.645 en el 2000.<sup>(11)</sup>

También es importante citar el dato informado por la OIT sobre los costos a los que puede ascender por causa de accidentes de trabajo y enfermedad de trabajo que pueden llegar a representar el 4% del PIB mundial, y que en América Latina se estima que el gasto de estos puede ser de hasta 3% al 10% del PIB de los países. Según Fasecolda del 2000 al 2010 se muestra el comportamiento de accidentalidad por actividad económica siendo las de mayor riesgo para el 2010 la floricultura con 8244 casos, corte de caña 5869 casos, industria bananera con 5557 casos, fabricación de agujas y alfileres con 5404 casos, extracción de petróleo 3998 casos, extracción de carbón 3611 casos, fabricación de plástico 2955 casos.<sup>(10,11)</sup> lo que demuestra que es un flagelo que afecta de forma creciente e importante a la población trabajadora del país, y que finalmente incide en todos los ámbitos que rodean a nuestra comunidad activa laboralmente.

En esta misma fuente se han podido evidenciar algunos datos importantes correspondientes a los años 2011 y 2012 a nivel de Bogotá:

Se encontró que el número de afiliaciones de independientes y dependientes ha aumentado en los últimos años, se observa un comportamiento de crecimiento en la afiliación de los empleados de diferentes empresas a las ARLs del país; las estadísticas del 2011 y del 2012 evidenciaron que para el 2012 existían 16.684 empresas más afiliadas al sistema

Gráfico 1. Número de Empresas Afiliadas

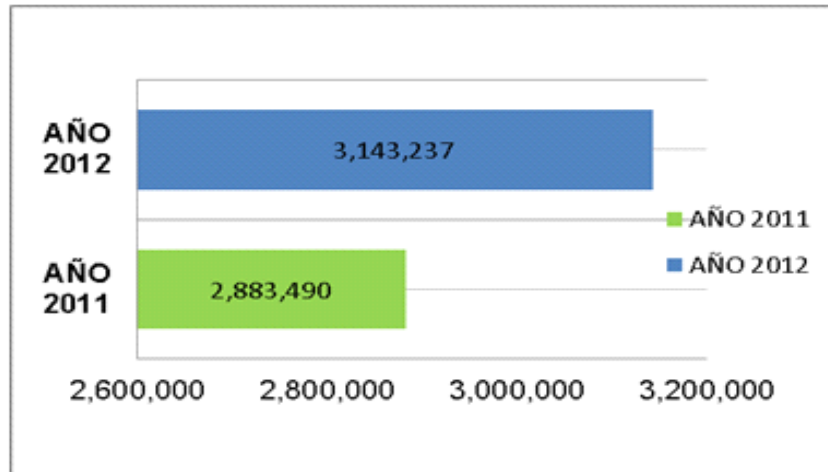


Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

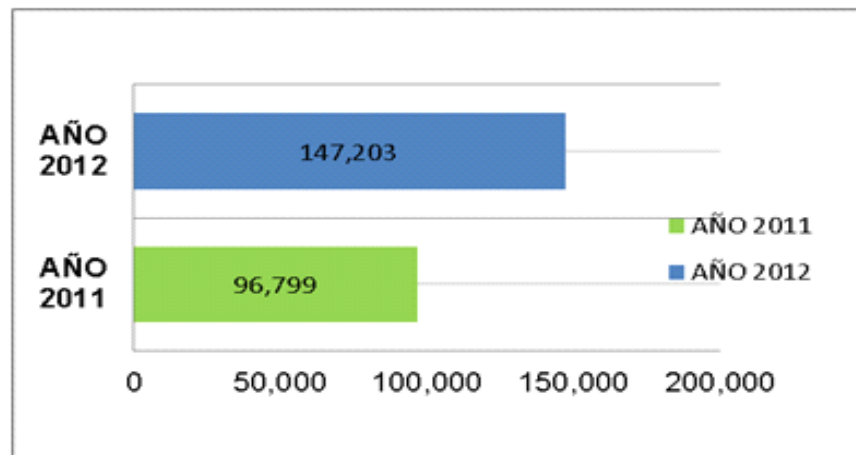
También se tiene en las bases de datos del 2011 y del 2012 el número de trabajadores afiliados según su razón social, encontrando un crecimiento en los dependientes del 9% del 2011 al 2012 y de los trabajadores independientes un 52% de crecimiento del 2011 al 2012.

Gráfico 2. Número de Trabajadores Dependientes e Independientes

### NUMERO DE TRABAJADORES DEPENDIENTES



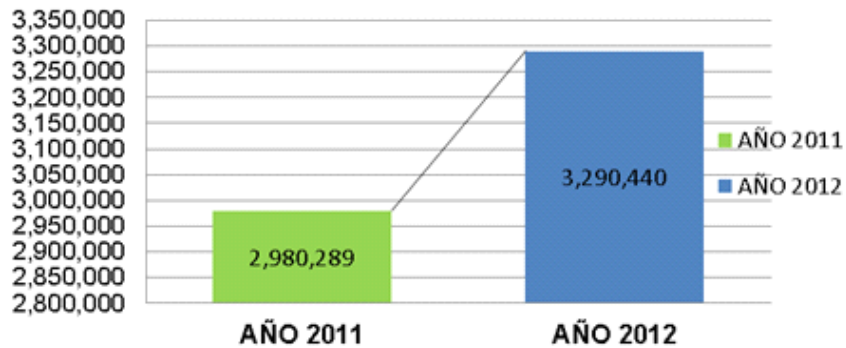
### NUMERO DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Se tiene en total en la ciudad de Bogotá de 3.290.440 afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales para el 2012, teniendo un crecimiento del 10.4% en referencia al año inmediatamente anterior

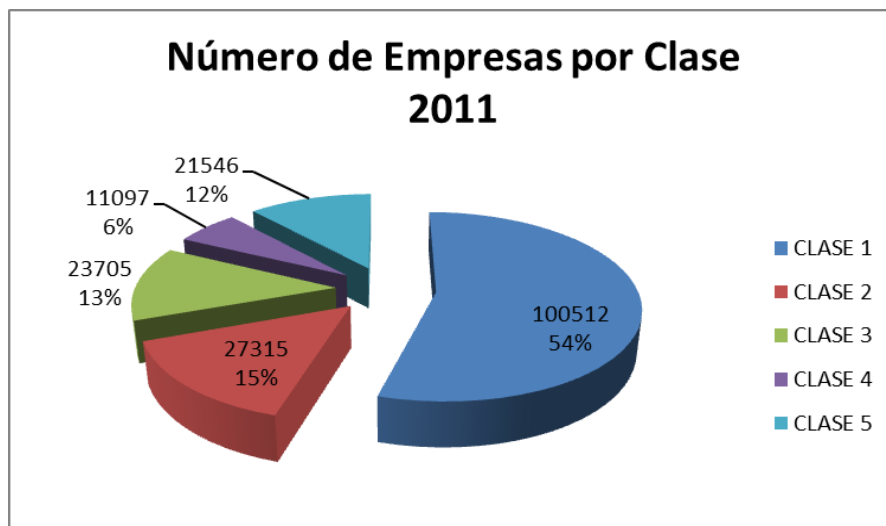
Gráfico 3. Comparativo de Afiliados al Sistema de ARL



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

En el año 2011, en la ciudad de Bogotá, y de acuerdo al reporte se analizan 184.175 empresas clasificadas según el riesgo por tipo de actividad.

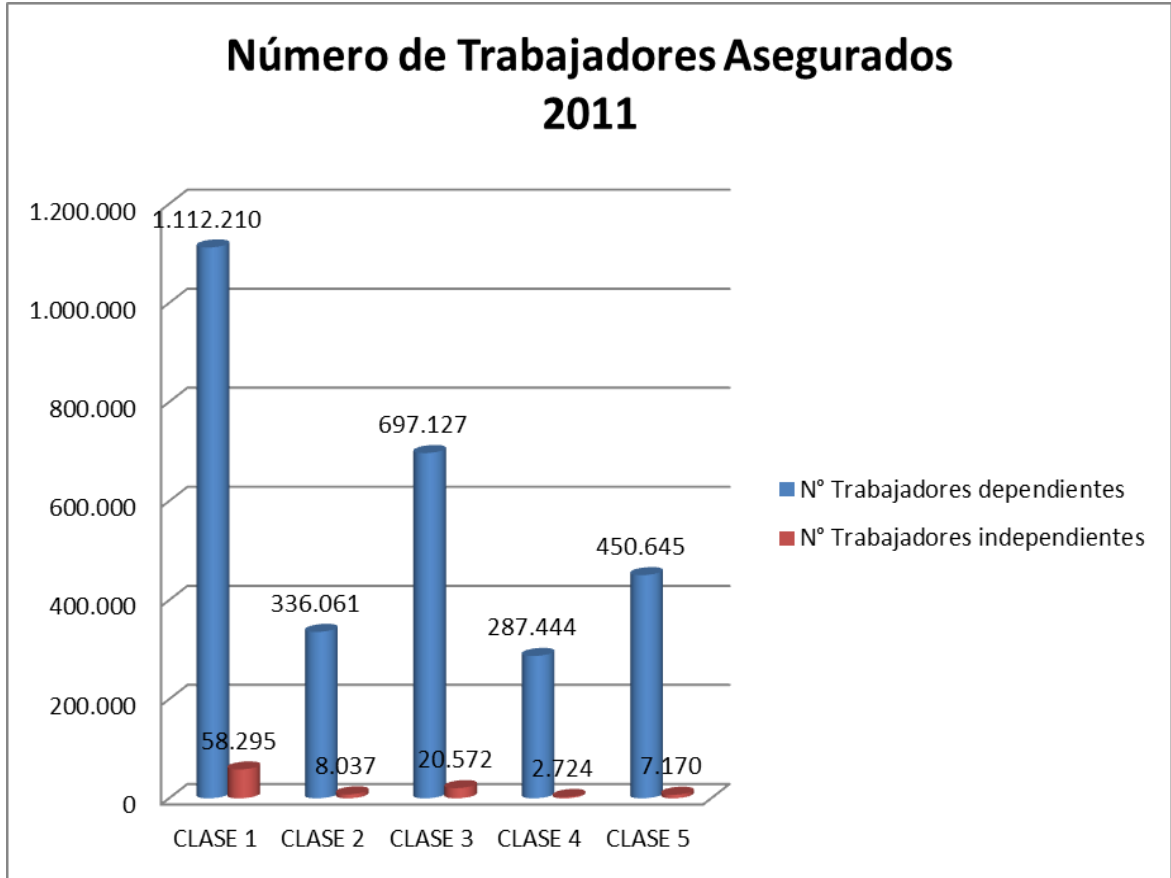
Gráfico 4. Número de Empresas por Clase de Riesgo



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Teniendo en cuenta un total 2'980.288 trabajadores asegurados en 2011, vale la pena considerar su distribución entre dependientes e independientes, como se presenta a continuación:

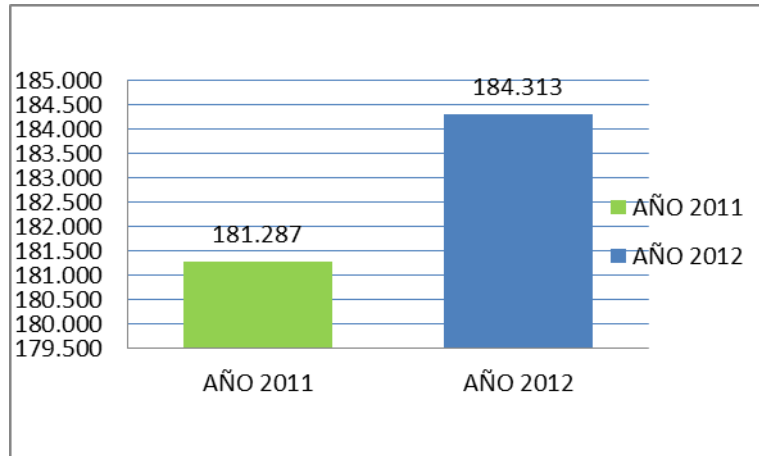
Gráfico 5. Número de Trabajadores Asegurados en 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

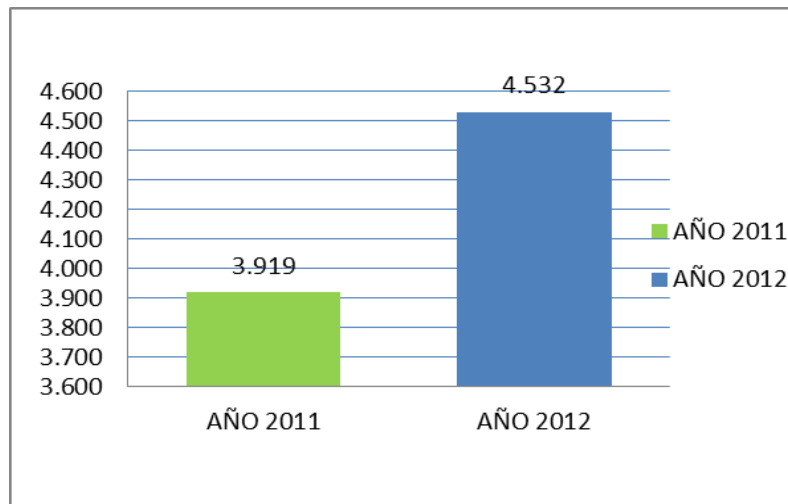
Es evidente que la calificación de enfermedades y accidentes laborales ha venido en crecimiento también, si analizamos las estadísticas de los años 2011 y 2012 encontramos que para el 2012 se tenían 3.026 accidentes calificados mas que en el 2011 y 613 Enfermedades calificadas más que el 2011.

Gráfico 6. Número de Accidentes y Enfermedades Calificados 2012



**Número de Accidentes Laborales calificados**

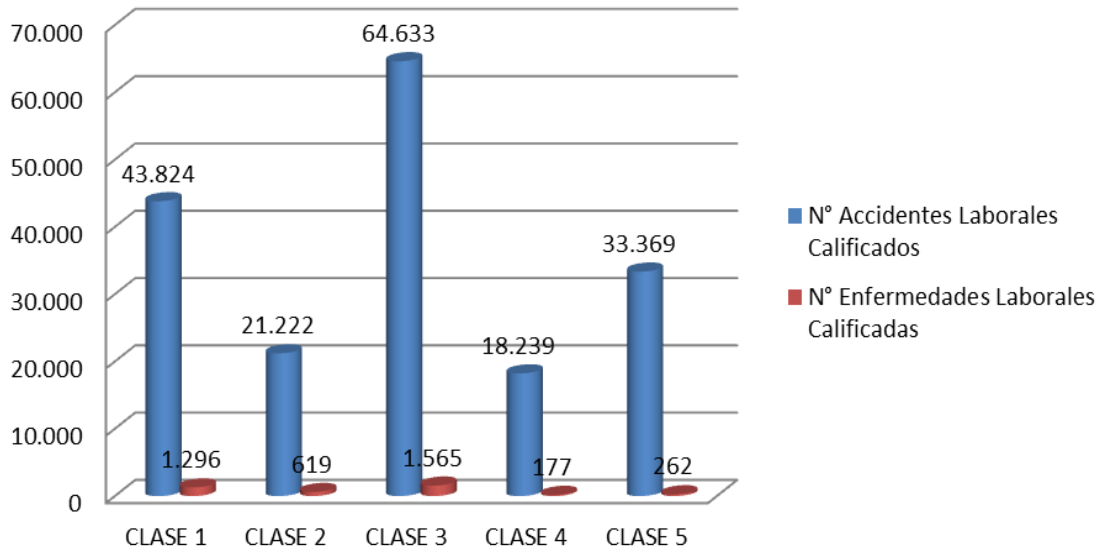
**Numero de Enfermedades Laborales calificadas**



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

De igual forma fue posible evidenciar un mayor número de accidentes laborales en personal dedicado a actividades de clase 3, seguido por clase 1 y 5 y por último clase 2 y 4, observando un total de 181.287 trabajadores afectados. En tanto que las enfermedades laborales tuvieron mayor incidencia en las actividades clase 3, 1 y 2 para un total de 3.919 trabajadores calificados con enfermedad laboral en la ciudad de Bogotá.

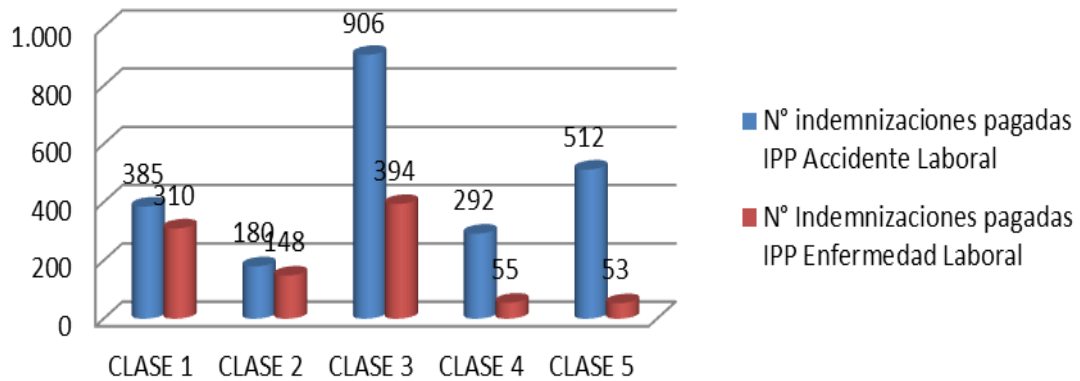
Gráfico 7. Enfermedades y Accidentes Laborales por Actividad 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

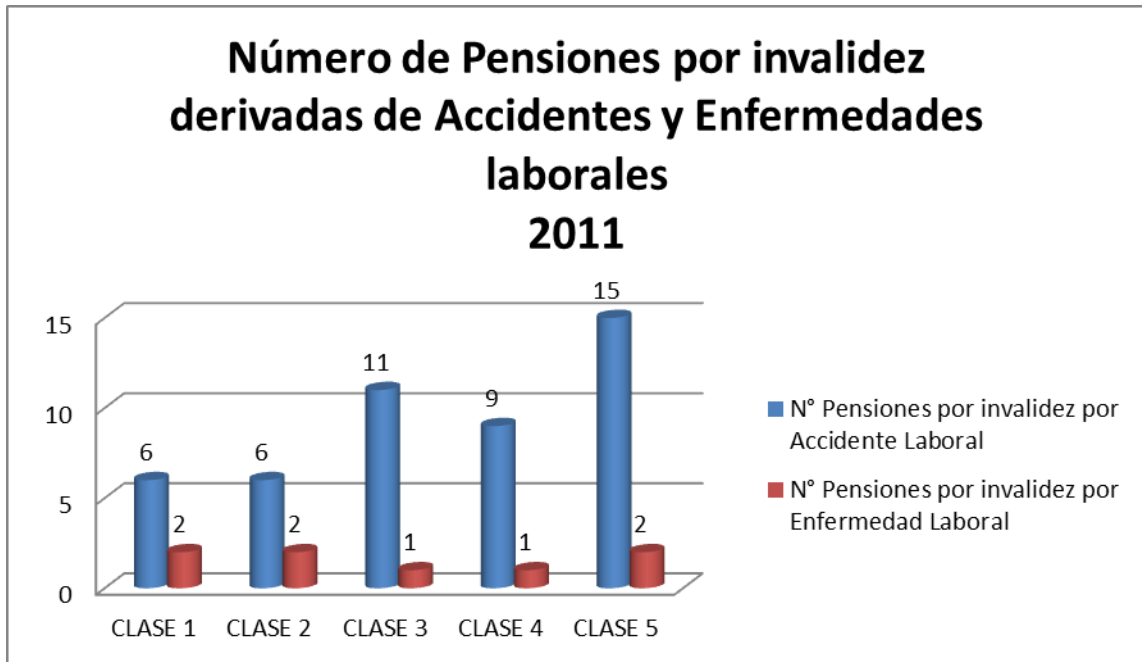
En este mismo año, fueron indemnizados 3.235 trabajadores y 55 pensionados por estas causas como se evidencia en los gráficos 8-9:

Gráfico 8. Número de Indemnizaciones Reconocidas por Accidentes y Enfermedades Laborales 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

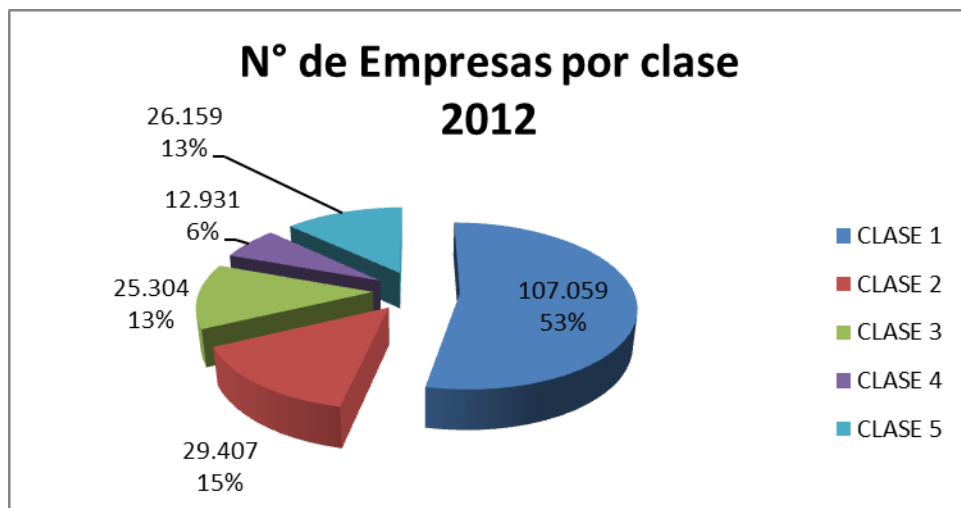
Gráfico 9. Número de Pensiones por Invalidez 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

En el año 2012, se aseguraron 200.860 empresas, equivalente a 16.685 instituciones más que en 2011 y distribuidas de acuerdo a la clase de actividad.

Gráfico10. Número de Empresas por Clase 2012

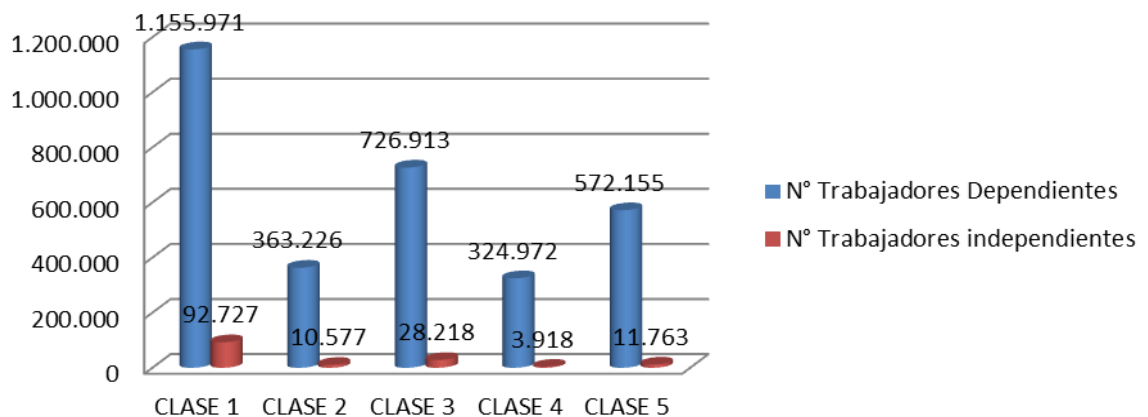


Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)



En 2012 también fueron asegurados 310.152 trabajadores más que en 2011, para un total de 3'290.440 de personas entre dependientes e independientes, asociados a las diferentes clases de actividades, así:

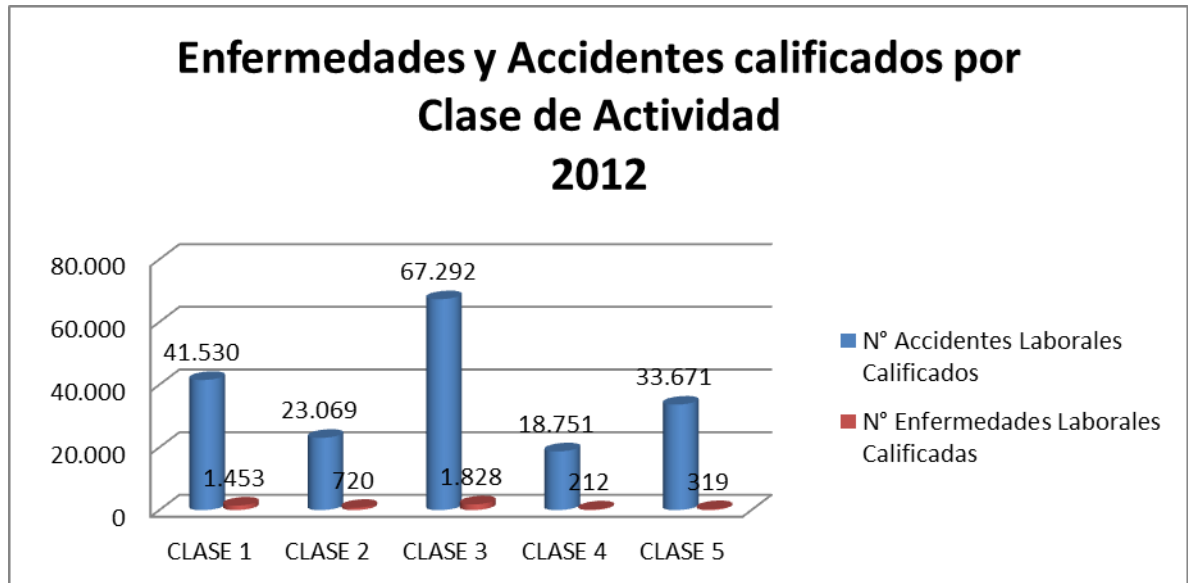
Gráfico 11. Número de Trabajadores Asegurados 2012



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

En 2012, se observó que la incidencia de accidentes laborales, continúa siendo mayor en personal dedicado a actividades de clase 3, seguido por clase 1 y 5 para un total de 184.313 trabajadores afectados. El mismo patrón de 2011 se siguió en 2012 con respecto a las enfermedades laborales, las cuales tuvieron mayor incidencia en las actividades clase 3, 1 y 2 para un total de 4.532 trabajadores calificados en la ciudad de Bogotá.

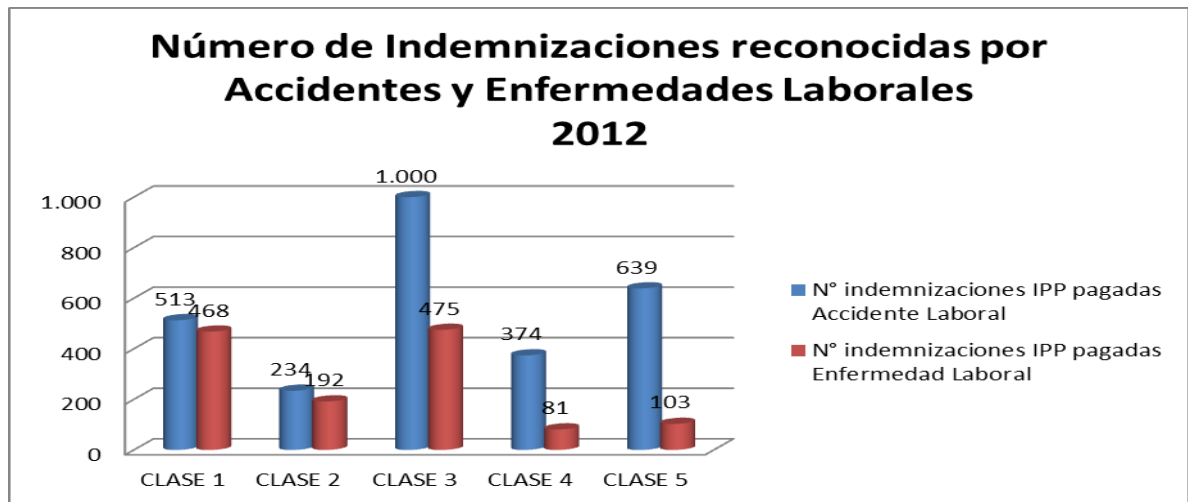
Gráfico12. Enfermedades y Accidentes Calificados por Clase de Actividad



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

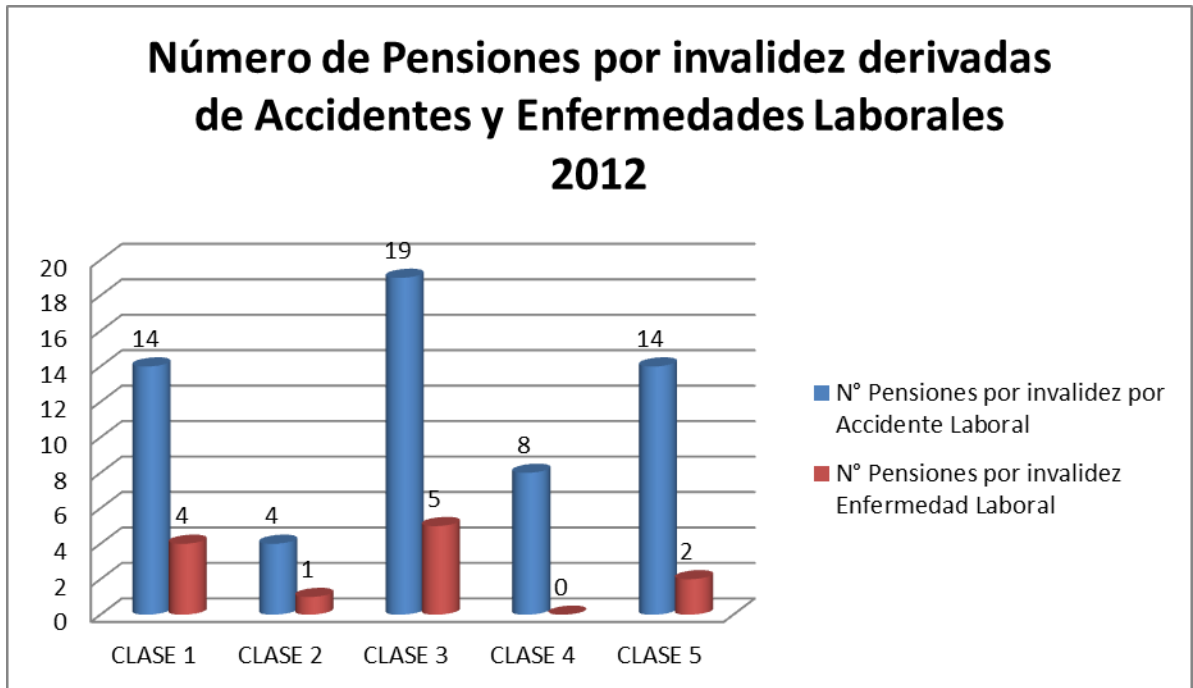
El número de indemnizaciones y pensiones derivadas de accidentes y enfermedades laborales en 2012 correspondió a 4.079 y 71 respectivamente. Estas fueron distribuidas así:

Gráfico 13. Número de Indemnizaciones Reconocidas por Accidentes y Enfermedades Laborales 2012



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Gráfico 14. Número de Pensiones por Invalidez 2012

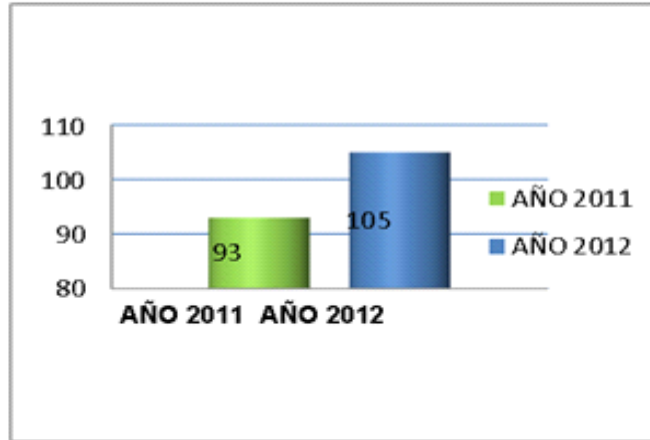


Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Es importante tener en cuenta aquellas muertes calificadas, donde por enfermedad laboral se tuvo un aumento de 105% en el 2012 en comparación con el 2011, por accidente de trabajo se tuvo un crecimiento de un 12.9 % en el 2012 en comparación al 2011.

Gráfico 15. Muertes Calificadas por Accidente y Enfermedad Laboral 2011 - 2012

### MUERTES CALIFICADAS POR ACCIDENTE DE TRABAJO



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Teniéndose lo anterior como referencia concluimos que en el 2011 se presentaron 93 muertes de causa laboral y en el 2012 y 107 para el 2012.

De acuerdo al decreto 1607 de julio 31 del 2002 "Por el cual se modifica la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones", las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de nivel I de complejidad, están clasificadas según el riesgo de

la actividad económica como Clase 1. En este grupo estaban asegurados 1'170.505 trabajadores en 2011, siendo el 95.01% empleados y el 4.98% independientes. En 2012 la cifra se aumentó a 1'248.698 trabajadores, de los cuales el 92.6% eran dependientes y el 7.4% restante independientes. Del total de trabajadores asegurados por las Administradoras de Riesgos Laborales, 39.3% corresponden a Clase 1 según actividad económica.

Con base en los datos mencionados anteriormente y teniendo en cuenta los trabajadores relacionados en el grupo de actividad clase 1, se presentaron 2.294 casos menos de accidentes laborales en 2012 respecto a 2011, correspondiente a 5.23% de disminución de incidencia de estos hechos. Por el contrario las enfermedades laborales se incrementaron en un 12.11% al ser calificados 57 casos más en el año 2012, así como las indemnizaciones por accidente y enfermedad laboral subieron 33.25% y 50.97% respectivamente y en el caso de las pensiones por accidente laboral pasaron de 6 a 14 casos y por enfermedad laboral de 2 a 4, para un incremento del 133% y 100% del año 2011 al 2012.

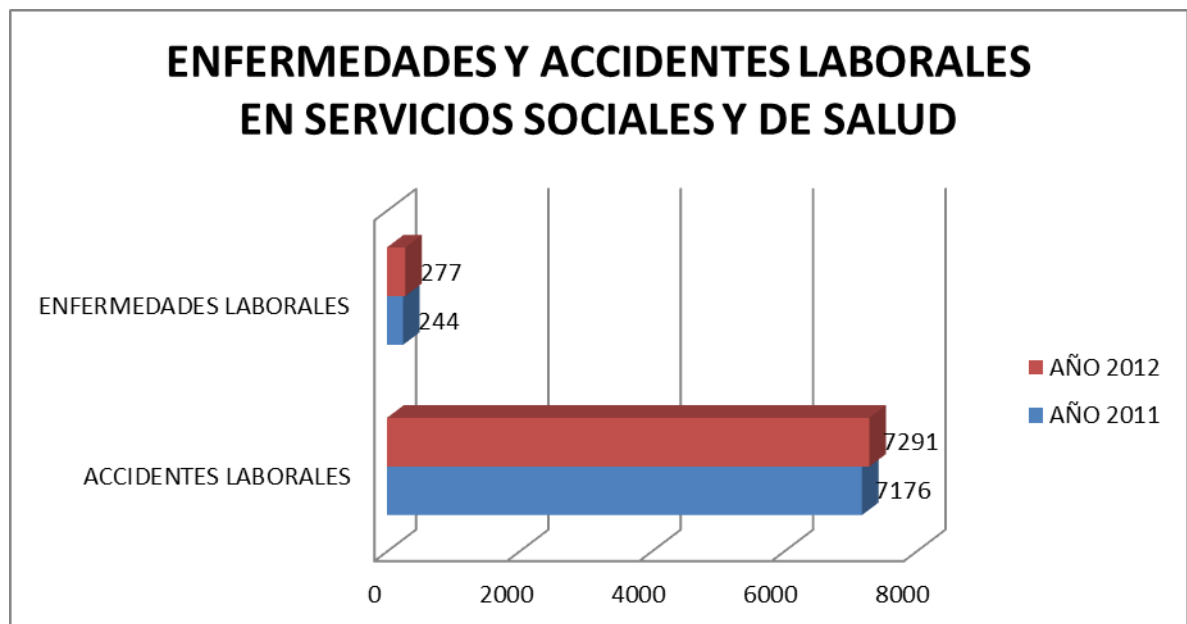
Gráfico 16. Comportamiento Enfermedades y Accidentes Laborales 2011-2012



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Profundizando en este grupo de trabajadores, Fasecolda reportó un incremento de 7.04% de asegurados laborando en el sector de servicios sociales y de salud entre 2011 y 2012: en 2011 un total de 116.505 personas de las cuales 102.078 eran dependientes y 14.427 independientes. En 2012 un total de 125.327 con una mayoría de ellos como empleados (105.543) y en menor proporción independientes (19.784). Hubo un cambio de 5.036 empresas aseguradas en 2011 a 5.418 en 2012. A continuación se observa el número de enfermedades laborales y accidentes calificados en 2011 y 2012 en trabajadores de servicios sociales y de salud.

Gráfico 17. Enfermedades y Accidentes Laborales en Servicios Sociales y de Salud

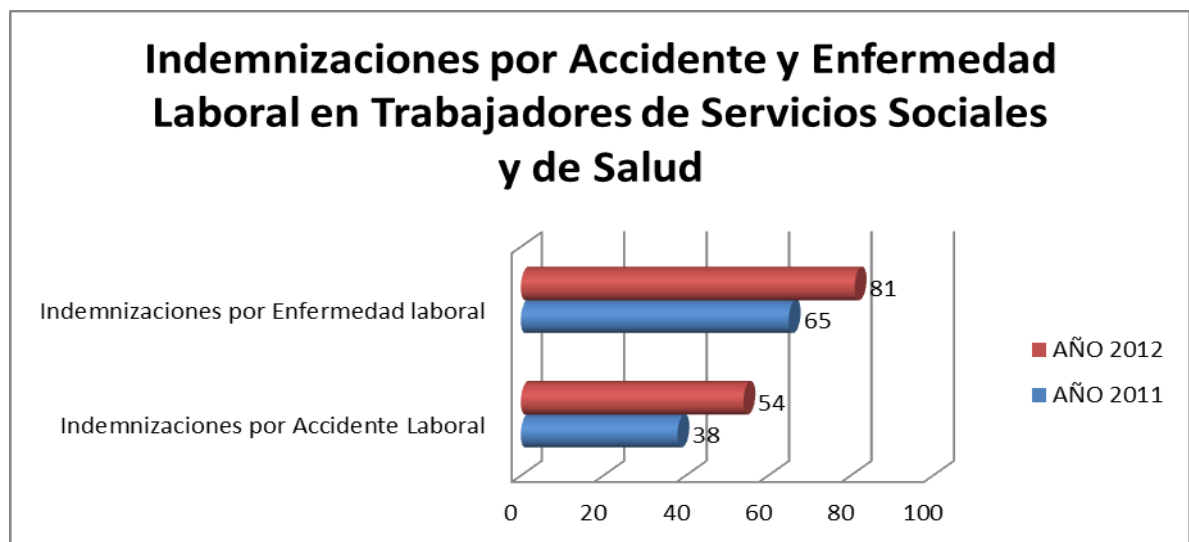


Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Tanto en 2011 como en 2012 se reconoció una pensión de invalidez por accidente laboral en trabajadores de servicios sociales y de salud, no se presentó ningún caso de pensión de invalidez por enfermedad laboral.

En tanto que se pagaron 103 indemnizaciones en 2011 y 135 en 2012, discriminadas como se muestra en el siguiente gráfico.

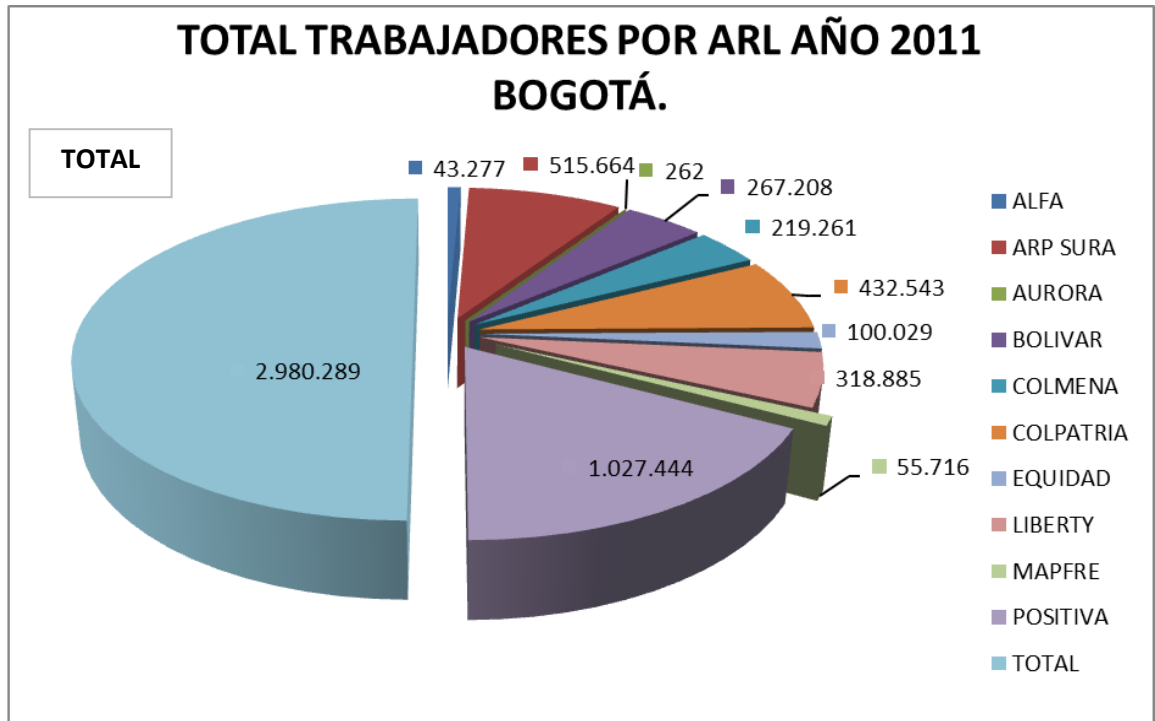
Gráfico 18. Indemnizaciones en trabajadores de Servicios Sociales y de Salud



. Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

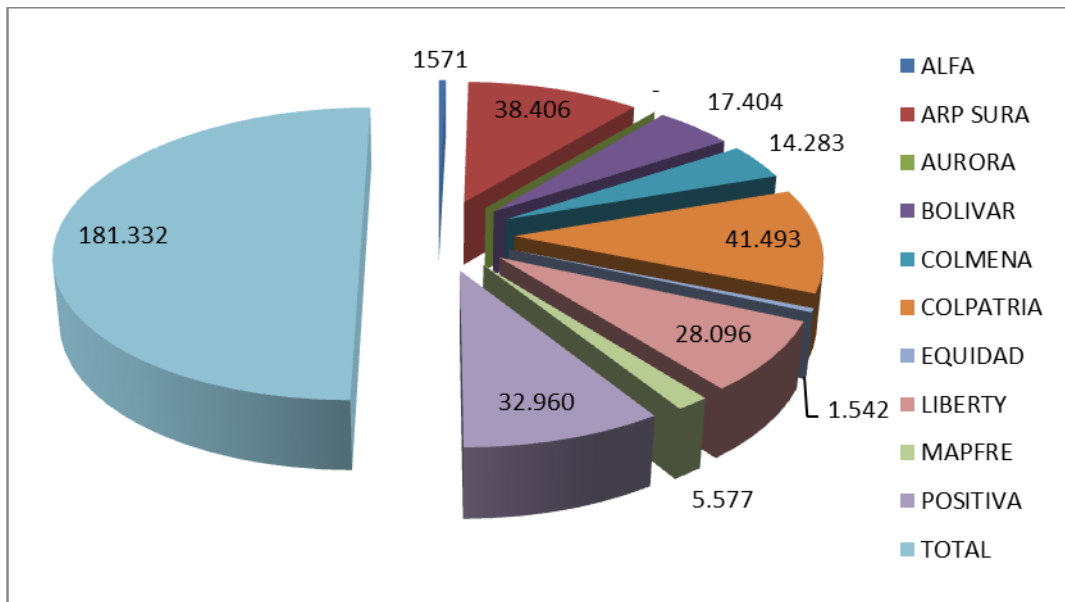
En la siguiente información se aportan los datos de las primeras 10 ARL que funcionan en la ciudad de Bogotá D.C para los años 2011 y 2012, en la cual se puede ver que para el año 2011 había en la ciudad citada un total de **184,174** empresas con un total de empleados de **2.980.289** distribuidos en 10 ARL, en dichas ARL se reportó en ese año un consolidado de **181.332** accidentes de trabajo calificados, y un total de **3.919** enfermedades profesionales, a continuación se hace la representación gráfica de dicha información.

Gráfico 19. Total de Trabajadores por ARL 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

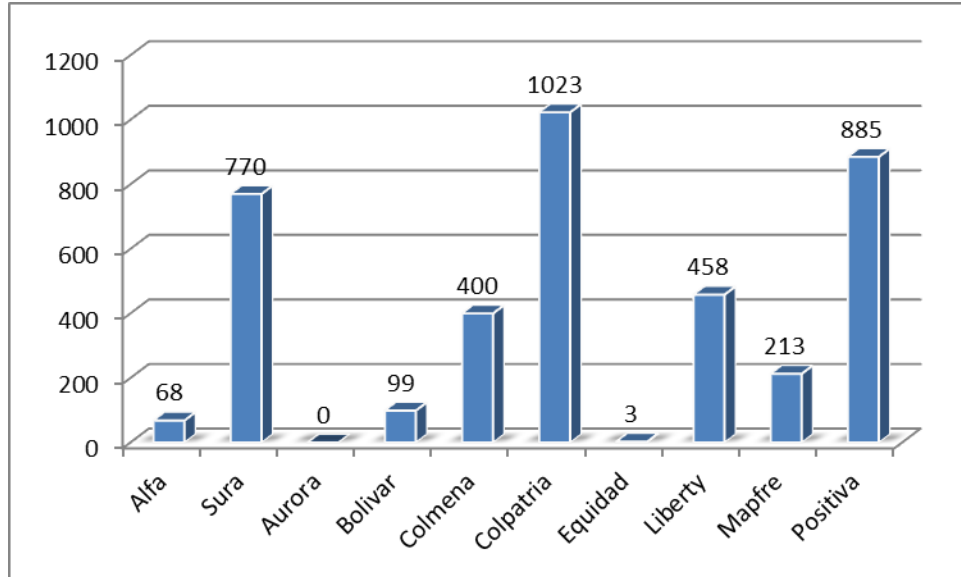
Gráfico 20. Número de Accidentes Laborales por ARL 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)



Grafico 21. Número de Enfermedades Profesionales Calificadas 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Así mismo para el año 2012 se reportan los datos con las mismas variables descritas en el párrafo anterior, con un total de **200.859** empresas vinculadas y distribuidas en las 10 principales ARL en funcionamiento en la ciudad, con un total de **3.290.441** afiliados en todas esas empresas, para ese año se dio un consolidado de **184.313** accidentes de trabajo calificados, y **4.532** enfermedades laborales calificados, a continuación se presenta el grafico correspondiente.

Gráfico 22. Comparativo de enfermedades laborales 2011 y 2012 Bogotá.

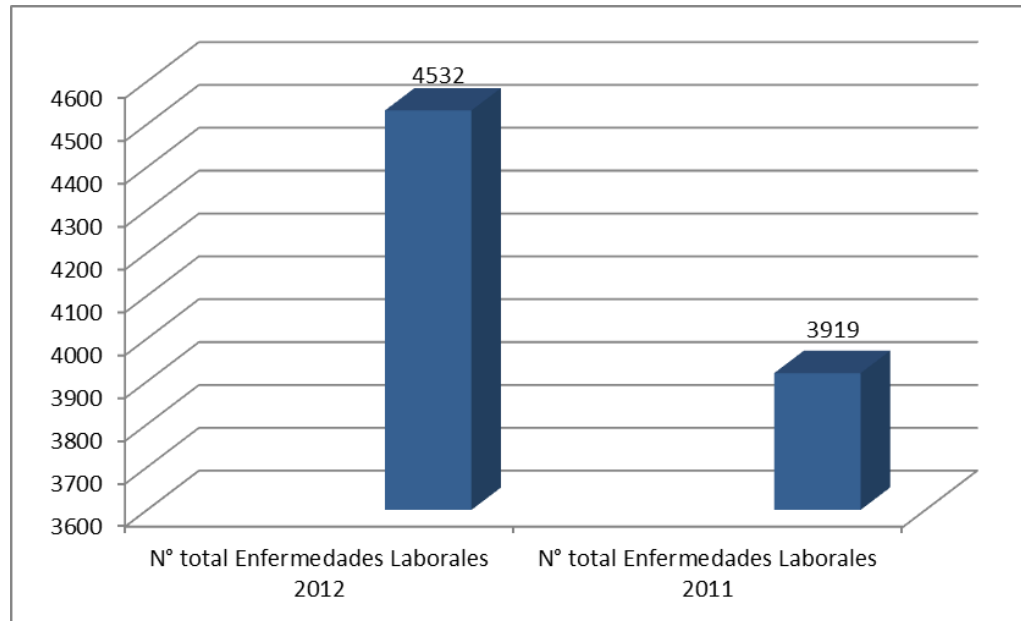
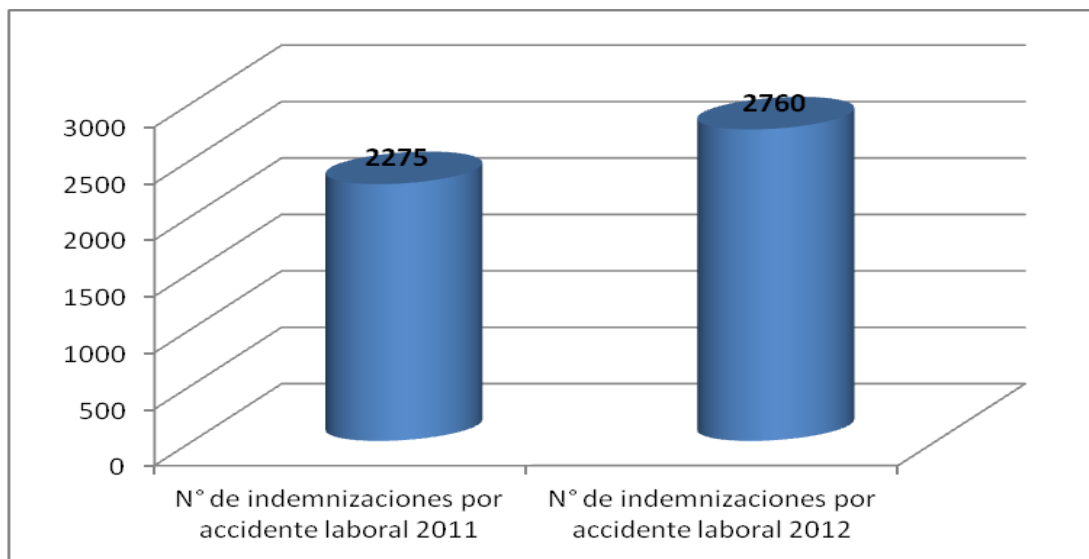
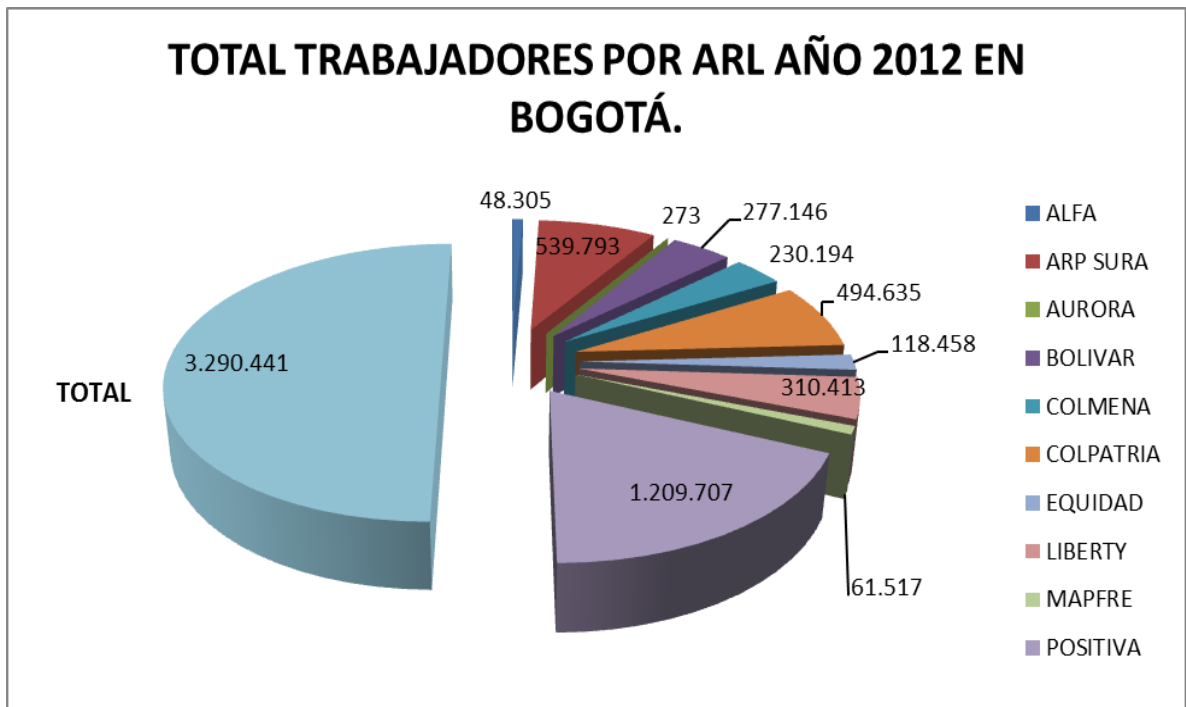


Gráfico 23. Comparativo de Indemnizaciones por Accidente Laboral 2011 - 2012 en todas las ARL en Bogotá



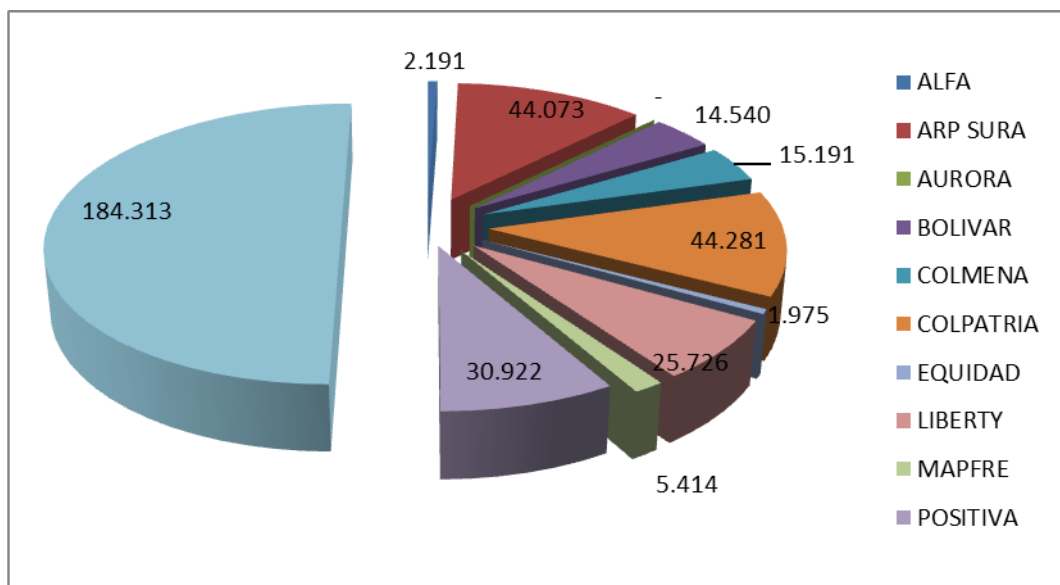
Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Grafico 24. Total de Trabajadores por ARL 2012



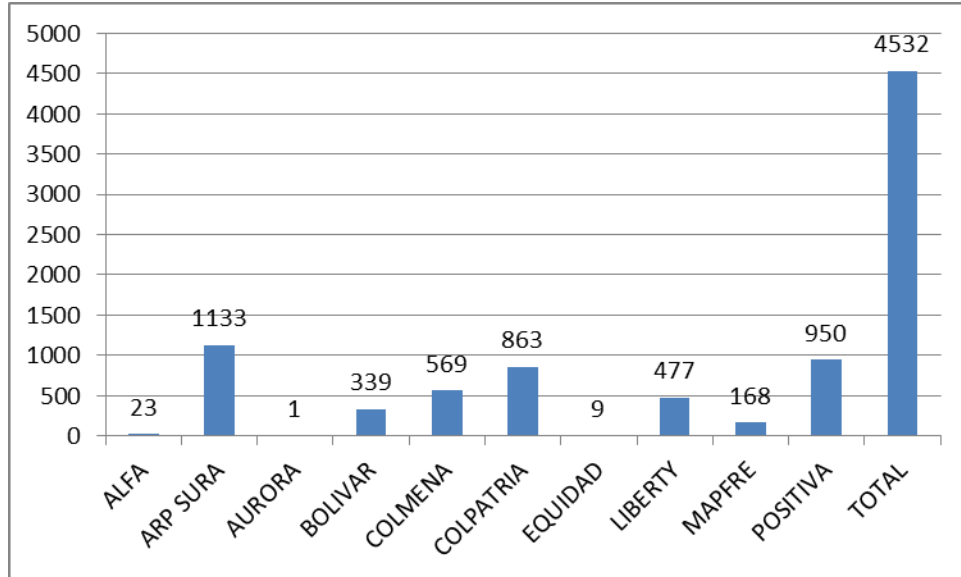
Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Grafico 25. Número de Accidentes Laborales por ARL 2012



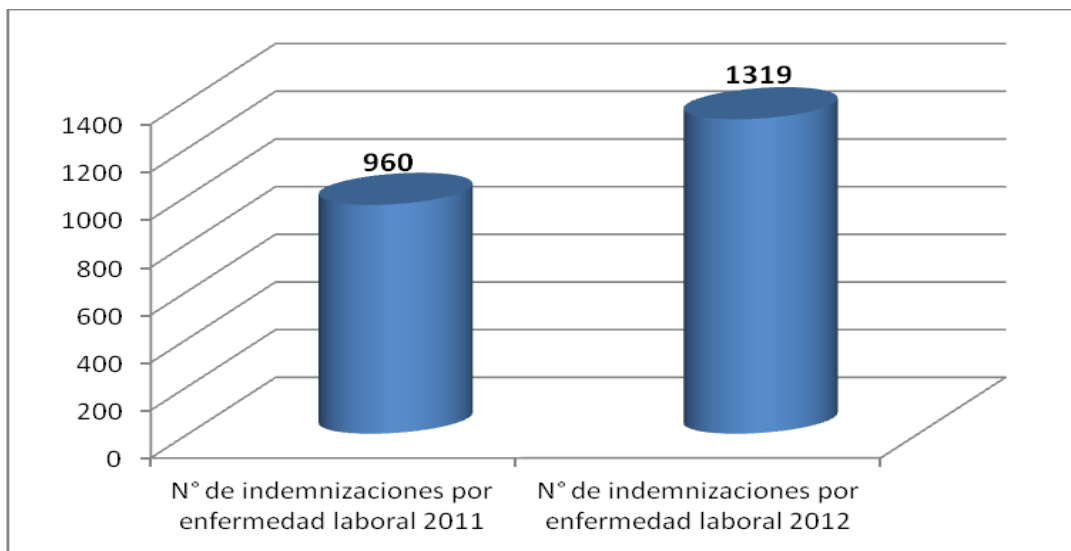
Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Gráfico 26. Número de Enfermedades Calificadas 2012



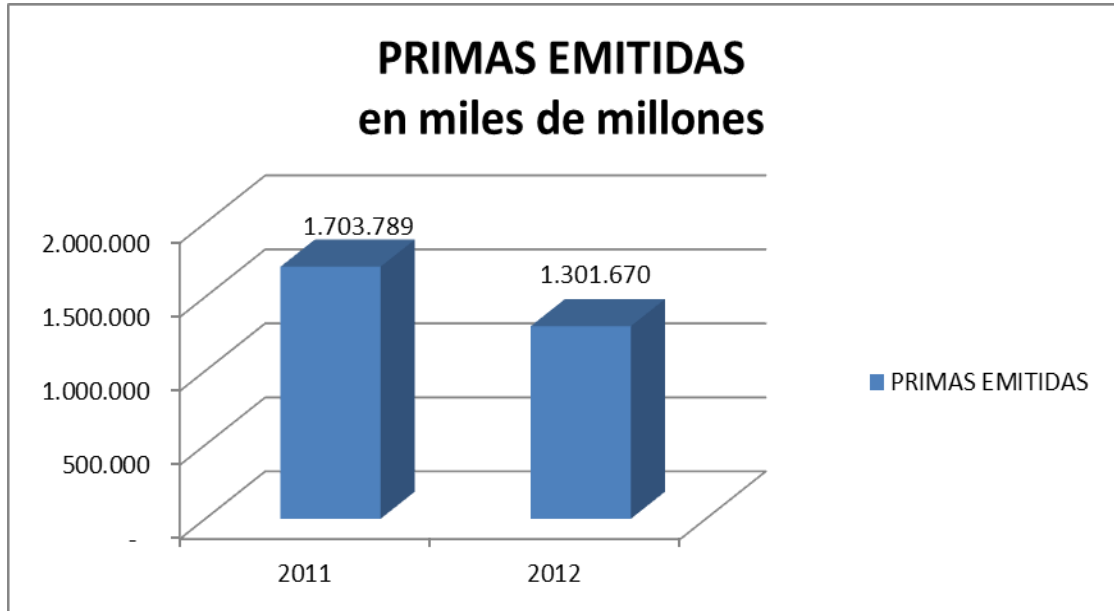
Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Gráfico 27. Comparativo Indemnizaciones por Enfermedad Laboral 2011 - 2012



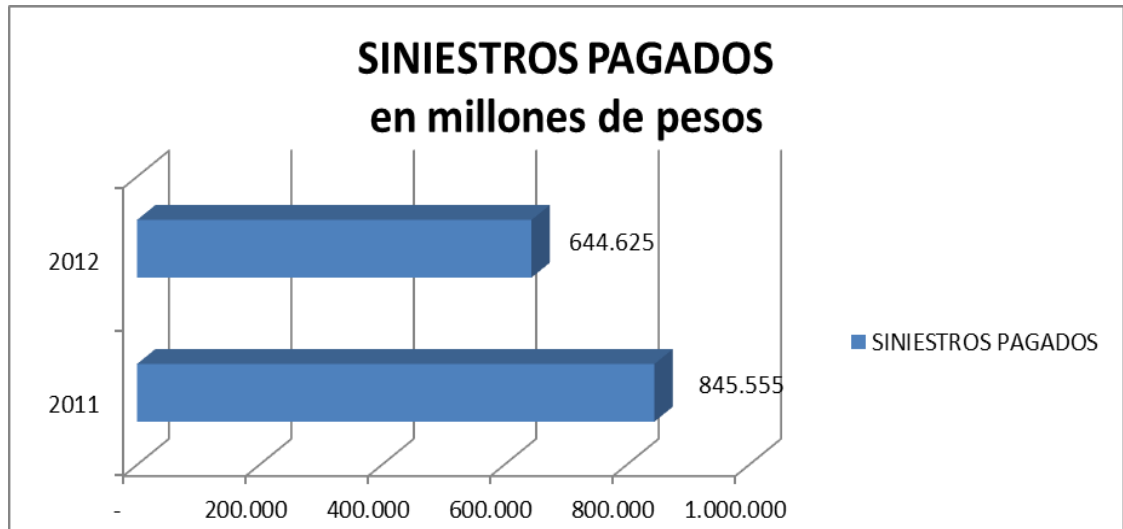
Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Grafico 28. Costos por Accidentes y Enfermedades Laborales 2011 2012 en Colombia



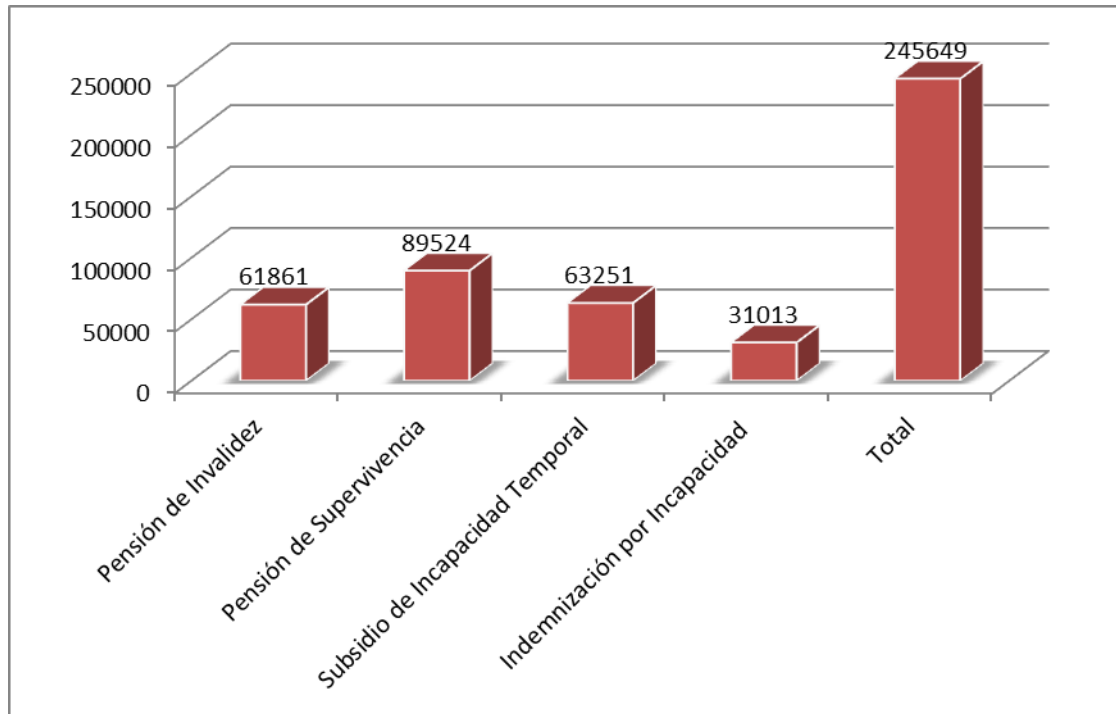
Datos de Fasecolda para Colombia, años 2011 y 2012

Grafico 29. Pago de Siniestros 2011 - 2012



Datos de Fasecolda para Colombia, años 2011 y 2012

Gráfico 30. Costos de Accidentes y Enfermedad Laboral 2011



Fuente página web oficial [www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com)

Tabla 3. Interpretación de Variables

	INTERPRETACIÓN GENERAL DE VARIABLES GRAFICADAS				
	N° Enfermedad laboral	N° Accidente laboral	N° indemnizaciones por accidente laboral	N° indemnizaciones por enfermedad laboral	Interpretación
<b>2011</b>	3919	181,287	2275	960	AUMENTÓ
<b>2012</b>	4532	184,313	2760	1319	AUMENTÓ
<b>VARIACION PORCENTUAL</b>	15,60%	1,66%	21,30%	37,40%	AUMENTÓ

Al ver las cifras documentadas sobre incidencia de esta problemática es inevitable interrogarse acerca de qué condiciones laborales se viven en el país en forma general, o sobre la falta de estrategias que impidan la instauración de situaciones patológicas desencadenadas por la labor realizada, sin duda alguna, siendo esto

una invitación a plantear buenas estrategias gerenciales que favorezcan no solo al empleado, que indiscutiblemente se verá positivamente tocado por el hecho de mejorar su calidad de vida y garantizar su bienestar en su sitio de trabajo, si no también a las industrias y sector empresarial en general que tendrá colaboradores más comprometidos con la compañía y por ende gran rendimiento en su productividad, todo desencadenado por la instauración de políticas y estrategias gerenciales que garanticen la aplicación y desarrollo de buenos programas de salud ocupacional que mejoraran la situación actual de accidente de trabajo y enfermedad profesional en el país.

## **5.1 MARCO LEGAL**

La **Ley 100 de 1993** estableció la estructura de la Seguridad Social en el país, la cual consta de tres componentes como son:

- El Régimen de Pensiones
- Atención en Salud
- Sistema General de Riesgos Profesionales.

Cada uno de los anteriores componentes tiene su propia legislación y sus propios entes ejecutores y fiscales para su desarrollo.

En el caso específico del Sistema de Riesgos Profesionales, existe un conjunto de normas y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, además de mantener la vigilancia para el estricto cumplimiento de la normatividad en Salud Ocupacional.

El pilar de esta Legislación es el **Decreto Ley 1295 de 1994**, cuyos objetivos buscan establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores, fijar las prestaciones de atención en salud y las prestaciones económicas derivadas de las contingencias de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, vigilar el cumplimiento de cada una de las normas de la Legislación en Salud Ocupacional y el esquema de administración de Salud Ocupacional a través de las ARP.

Particularmente, **el Decreto 1295 en su Artículo 21 Literal D**, obliga a los empleadores a programar, ejecutar y controlar el cumplimiento del programa de Salud Ocupacional en la empresa y su financiación. **En el Artículo 22 Literal D**, obliga a los trabajadores a cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del programa de Salud Ocupacional de las empresas.

En la **Resolución 001016 de 1989 en el Artículo 4 y Parágrafo 1**, se obliga a los empleadores a contar con un programa de Salud Ocupacional, específico y particular, de conformidad con sus riesgos potenciales y reales y el número de los trabajadores. También obliga a los empleadores a destinar los recursos humanos financieros y físicos, indispensables para el desarrollo y cumplimiento del programa de Salud Ocupacional, de acuerdo a la severidad de los riesgos y el número de trabajadores expuestos. Igualmente los programas de Salud Ocupacional tienen la obligación de supervisar las normas de Salud Ocupacional en toda la empresa, y en particular, en cada centro de trabajo.

Dada la complejidad y magnitud de esta tarea, se hace necesario que los programas de Salud Ocupacional sean entes autónomos, que dependan directamente de una unidad Staff de la empresa, para permitir una mejor vigilancia y supervisión en el cumplimiento de cada una de las normas emanadas de la Legislación de Salud Ocupacional.



A continuación se describen los principales Decretos y Resoluciones que reglamentan la **Salud Ocupacional en Colombia**:

- **Ley 9 de 1979**, es la Ley marco de la Salud Ocupacional en Colombia.
- **Resolución 2400 de 1979**, conocida como el "Estatuto General de Seguridad".
- **Decreto 614 de 1984**, que crea las bases para la organización y administración de la Salud Ocupacional.
- **Resolución 2013 de 1986**, que establece la creación y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en las empresas.
- **Resolución 1016 de 1989**, que establece el funcionamiento de los Programas de Salud Ocupacional en las empresas.
- **Decreto 1295 de 1994**, que establece la afiliación de los funcionarios a una entidad Aseguradora en Riesgos Profesionales (ARP).
- **Decreto 1346 de 1994**, por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.
- **Decreto 1772 de 1994**, por el cual se reglamenta la afiliación y las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales.
- **Decreto 1832 de 1994**, por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales.
- **Decreto 1834 de 1994**, por el cual se reglamenta el funcionamiento del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.
- **Ley 776 de 2002** Organización, administración y prestaciones en el Sistema General de Riesgos Profesionales.
- **Ley 1356 de 2009** Por medio de la cual se expide la Ley de Seguridad en Eventos Deportivos
- **Ley 1414 de 2010** El párrafo del artículo 14 de la Ley 1414 de 2010 establece que el Programa de Salud Ocupacional debe incluir actividades dirigidas a los trabajadores en general y específicamente a las personas

con epilepsia, para garantizar la salud, la higiene y la seguridad durante las actividades que estos desempeñen.

- **Ley 1429 de 2010** Por la cual se expide la Ley de formalización y generación de empleo Comentario: El artículo 65 de esta Ley, en su párrafo 2º suprime la obligación del empleador de inscribir el COPASO (o Vigía Ocupacional según el caso) ante el Ministerio de la Protección Social.
- **Ley 1502 de 2011** Por la cual se promueve la cultura en Seguridad Social en Colombia, se establece la semana de la Seguridad Social, se implementa la jornada nacional de la Seguridad Social y se dictan otras disposiciones Comentario: Las autoridades públicas, las organizaciones empresariales y de trabajadores, las organizaciones solidarias, las operadoras del sistema de protección social y las comunidades educativas deberán ejecutar acciones orientadas a la apropiación en el país de una cultura previsional y de seguridad social (art. 1º) Se declara como la “Semana de la Seguridad Social” la última semana del mes de Abril de cada año.
- **Ley 1562 de 2012** Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

## 6. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

### Estudio Exploratorio Descriptivo

Se tomará todo el personal de una IPS de segundo nivel de la ciudad de Bogotá enfocada al manejo ambulatorio de pacientes con patologías respiratorias, se analizarán los datos en días y en costos generados por incapacidades, accidentes y enfermedades laborales anualmente por las áreas que tiene distribuidas la institución durante los años 2011 y 2012.

#### Criterios de inclusión:

Trabajadores que pertenezcan a una institución de nivel de atención en salud de la ciudad de Bogotá, que cumplan por lo menos 1 o varios de los siguientes criterios:

- Tener una o más incapacidades por enfermedad común, accidente o enfermedad laboral durante los años 2011 o 2012
- Tener una o más licencias de maternidad durante los años 2011 o 2012

#### Criterios de exclusión:

Trabajadores que pertenezcan a una institución de nivel de atención en salud de la ciudad de Bogotá, que no cumplan con los criterios de inclusión previamente descritos.

#### VARIABLES:

1. Número de días de incapacidades por año:
  - Enfermedad laboral
  - Accidente laboral
  - Enfermedad Común
2. Número de días de incapacidades en cada área por año
3. Costos generados por incapacidades en cada área por año
4. Costos totales generados por origen de la incapacidad por año

- Enfermedad laboral
  - Accidente laboral
  - Enfermedad Común
5. Morbilidad prevalente por año que genera mayor numero de incapacidades y de días
  6. Riesgo sicosocial que pueda tener un impacto que pueda asociarse a la generación de incapacidades

## **7. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

La información será obtenida a partir de las bases de datos que genere recursos humanos, nómina y salud ocupacional de la IPS en estudio; en ella se relacionaran días, áreas y costos generados por la incapacidad dado por enfermedad común, laboral y accidentes de trabajo, durante los años 2011 y 2012.

Se realizará un trabajo de campo que incluye el reconocimiento de las instalaciones de la IPS, puestos de trabajo por áreas y finalmente la elaboración y aplicación de encuestas para medir condiciones de riesgo ergonómico y sicosocial en la población estudiada

Se trabajarán graficas individuales y de comparación para tener un mejor análisis de los resultados que serán de la IPS en estudio y de comparación sobre lo ocurrido a nivel local

Con los resultados se realizará un planteamiento de estrategias enfocadas al área de mayor costo.

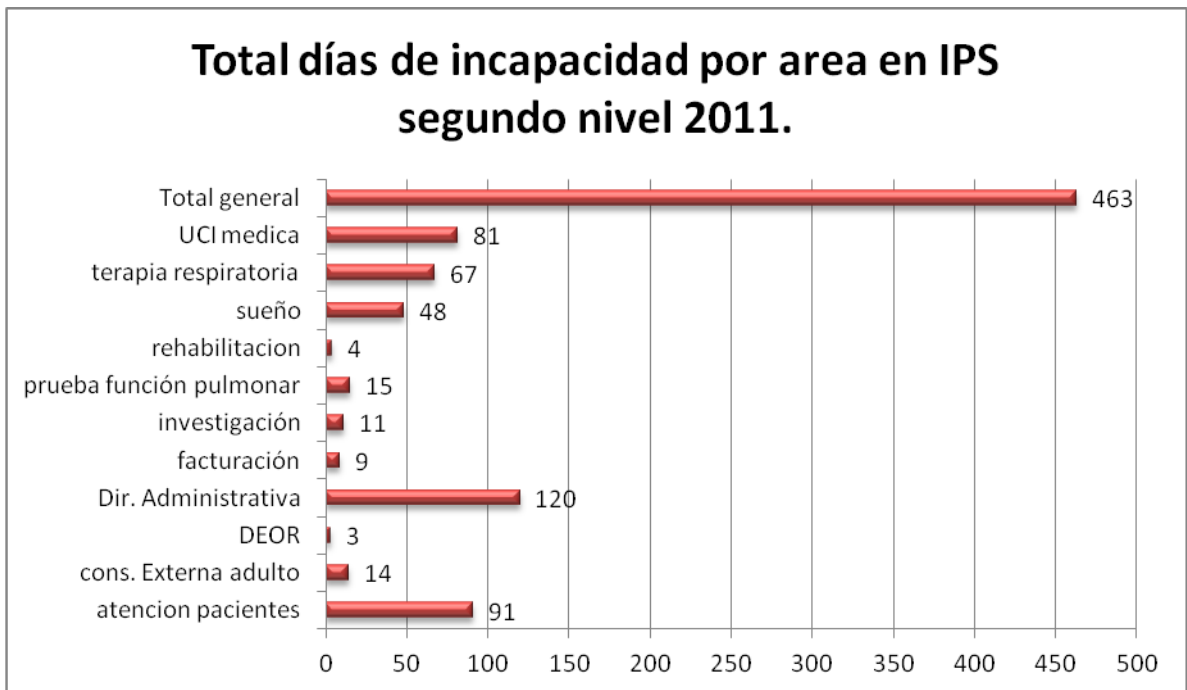
## 8. RESULTADOS

La IPS de segundo nivel es una institución privada sin ánimo de lucro cuyos propósitos son la atención integral, continuada, humana y multidisciplinaria del enfermo respiratorio, la investigación y la docencia en el área de la Neumología. Está ubicada en la localidad de Usaquén en el norte de la ciudad de Bogotá.

Cuenta con 155 empleados distribuidos en 15 áreas entre asistenciales y administrativas; para la IPS es importante su equipo humano, el cual debe contar con valores, principios y competencias que lo identifiquen como miembros de la institución y garanticen la prestación de sus servicios con la más alta calidad científica y humana.

Se encontraron los siguientes resultados:

Grafico 31. Total Días de Incapacidad por Área IPS 2011

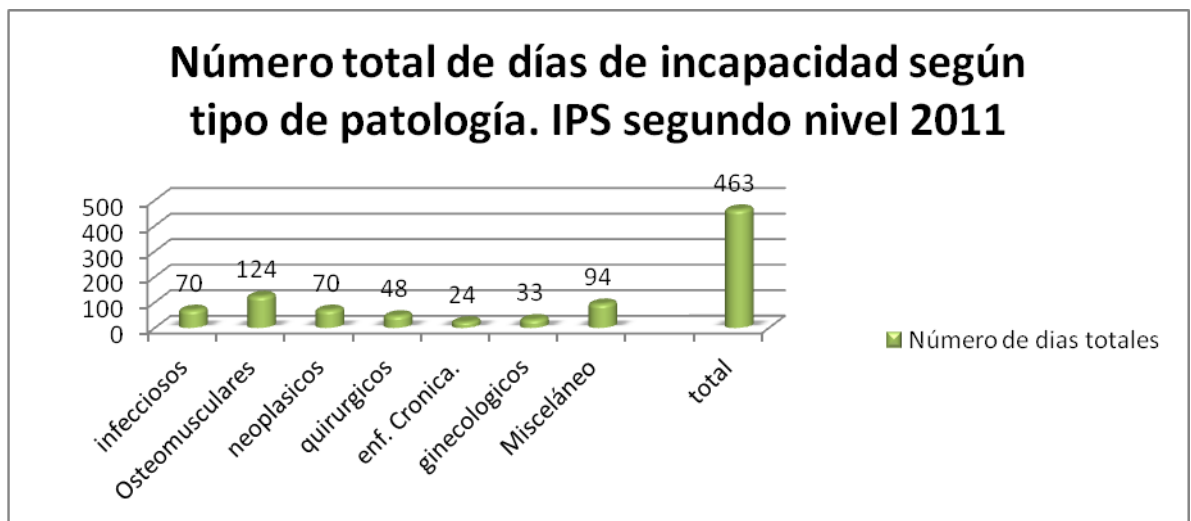


Fuente software de IPS

Podemos observar que las 3 primeras áreas con mayor número de incapacidades reportadas para el año 2011 fueron dirección administrativa, atención a pacientes y unidad de cuidado intensivo médico.

Así mismo las únicas áreas donde se presentaron los 3 casos de Accidente laboral fueron en secretaria de hospitalización, UCI y área de investigación.

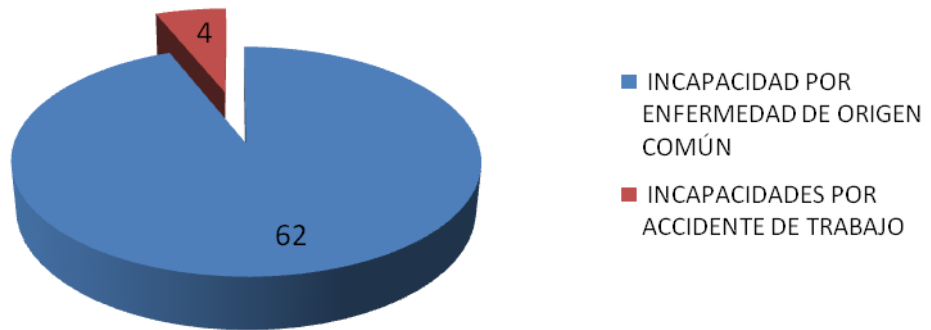
Grafico 32. Días de Incapacidad por Patología 2011



Fuente software de IPS

Según el tipo de patología se puede observar que para el año 2011 se presentan tres grandes grupos que generaron el mayor número de días de incapacidad, siendo el primer lugar ocupado por patologías de origen osteomuscular con un **26.7%** de participación, seguido de patologías misceláneas (que incluye cefalea simple, migrañas, disfonía, dolor torácico, y oftalmológico) participando con un **20.3%**, y en tercer y cuarto lugar patologías de origen infeccioso y neoplásico que tiene el mismo número de días de incapacidad con un **15.1 %** cada uno.

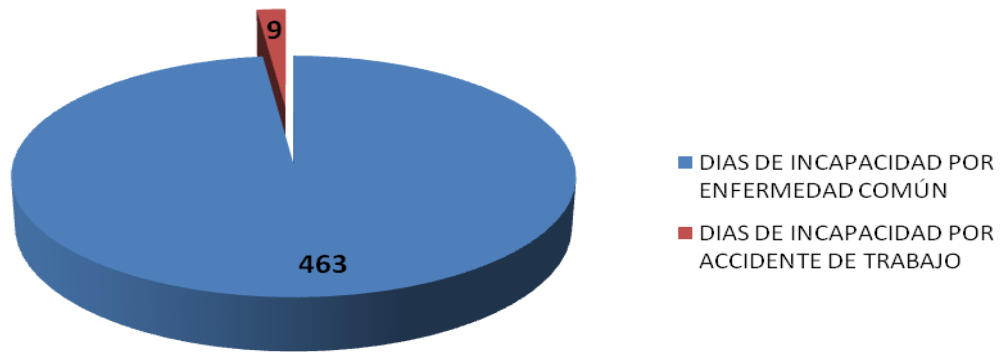
Grafico 33. Número de Personas Incapacitadas en IPS 2011



Fuente software de IPS

En la distribución por número de personas se puede observar que para el año 2011 el 95,3% de las incapacidades fueron por enfermedad de origen común y solo el 4,6% fue por accidente de trabajo.

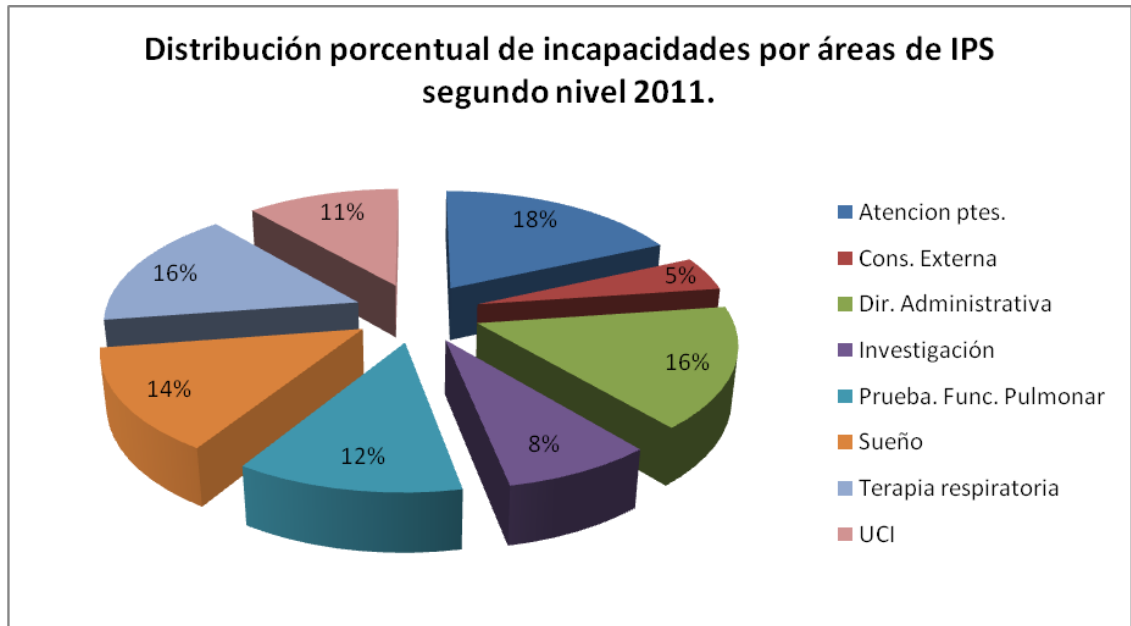
Gráfico 34. Incapacidades por Accidente Laboral y Enfermedad Común IPS 2011



Fuente software de IPS

Para el año 2011, el 98% del total de días para ese año en incapacidades fueron por enfermedad de origen común, y solo el 2 % fue por accidente laboral.

Gráfico 35. Porcentaje de Incapacidad por Área de IPS 2011



Fuente software de IPS

Las áreas con mayor número de casos de incapacidades generadas por cualquier origen fueron atención a pacientes, seguido administrativos y terapia respiratoria en una misma proporción y en tercer lugar sueño.

Hay dos registros de 2 colaboradores con el mayor número de días por incapacidad para el año 2012, el primero con 52 días del área de dirección administrativa, por patología de origen común de alto costo, y el segundo con 24 días de incapacidad por patología también de origen común del área de unidad de cuidado intensivo médico.

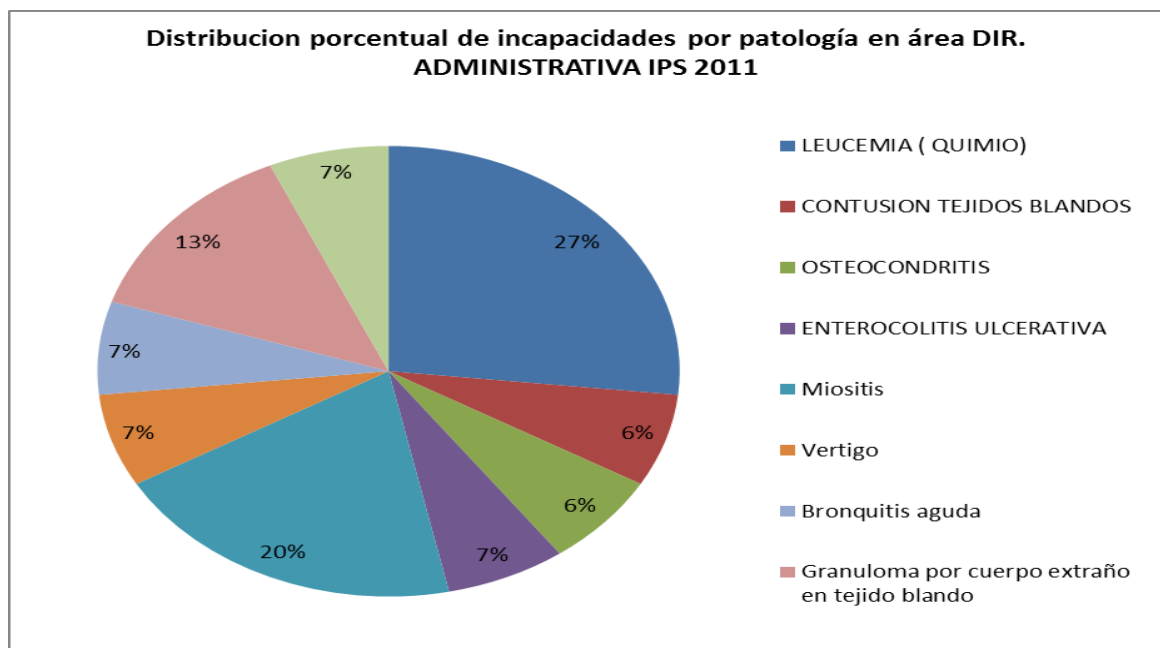
Se observa que un solo colaborador presentó el mayor número de días de incapacidad por patología de origen común, acumulando para ese año 46 días de incapacidad por enfermedad de posible origen autoinmune, así mismo se aprecia que 3 colaboradores acumularon el mayor número de días de incapacidad en la



IPS para el año 2011, el primero del área de terapia respiratoria con 37 días en total por causa traumática con fractura en mano por fuera de sitio de trabajo, los dos casos siguientes también con 20 días cada uno, con patologías de origen común del área de sueño y atención de pacientes.

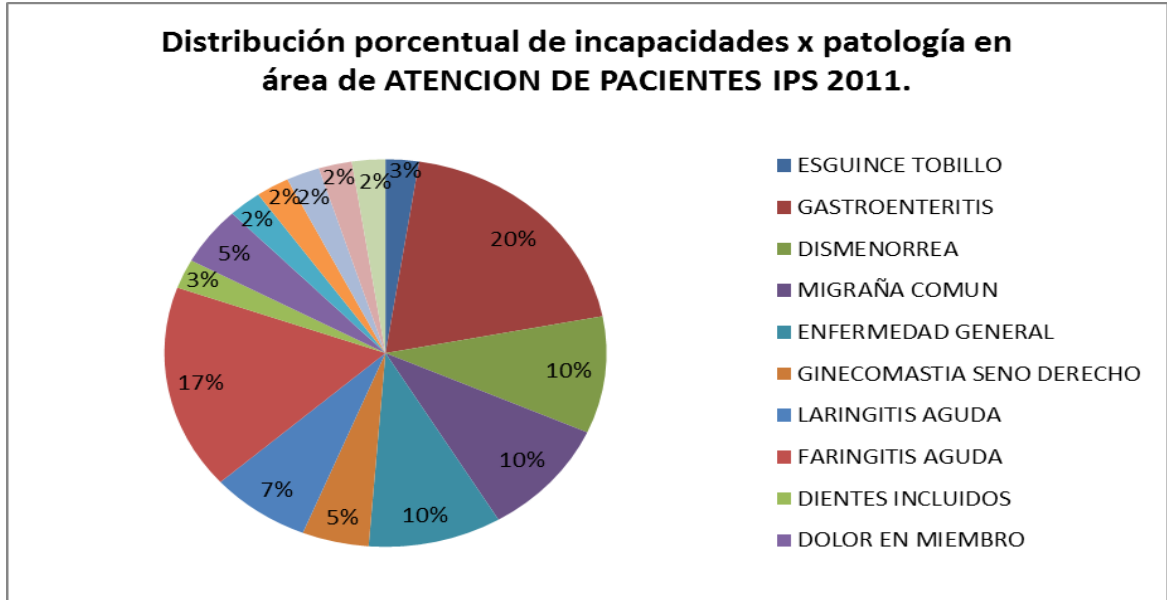
A continuación se observa una representación gráfica de la distribución por cada una de las áreas de la IPS analizada, del número de incapacidades y patologías que las generaron en el año 2011.

Grafico 36. Porcentaje de Incapacidades por Patología Área Administrativa 2011



En el gráfico se aprecia que en el área de dirección administrativa las 3 patologías que ocasionaron el mayor número de incapacidades para el año 2011 fueron leucemia, miositis y granuloma por cuerpo extraño, patologías también de origen común, ninguna con relación con los sitios de trabajo. La leucemia ocasionó el mayor número de días acumulados para ese año.

Grafico 37. Porcentaje de Incapacidades por Patología Área Atención de Pacientes 2011



Fuente software de IPS

En el área de atención de pacientes, las dos patologías que ocasionaron el mayor número de incapacidades para el año 2011 fueron gastroenteritis y faringitis aguda, ambas de origen común.

En los dos gráficos que siguen a continuación, se ve igualmente que en las áreas de investigación y sueño de la IPS analizada, se presentaron muy pocos casos de patologías que ocasionaran incapacidades entre los colaboradores de dichas áreas y ninguna fue de origen laboral.

Se analizará a continuación el número de casos por área, independientemente del número de días de cada uno, durante el año 2011

Gráfico 38. Número de Incapacidades por Patología Área de Investigación 2011

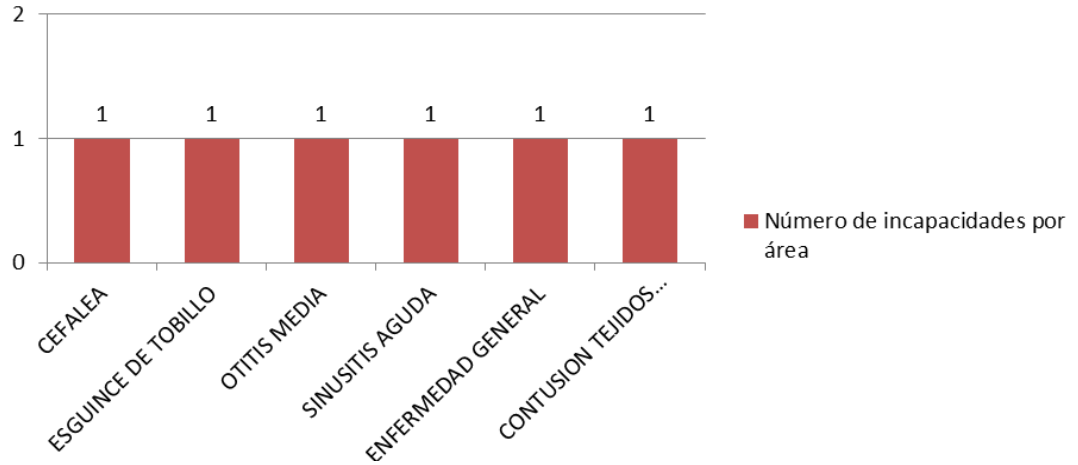
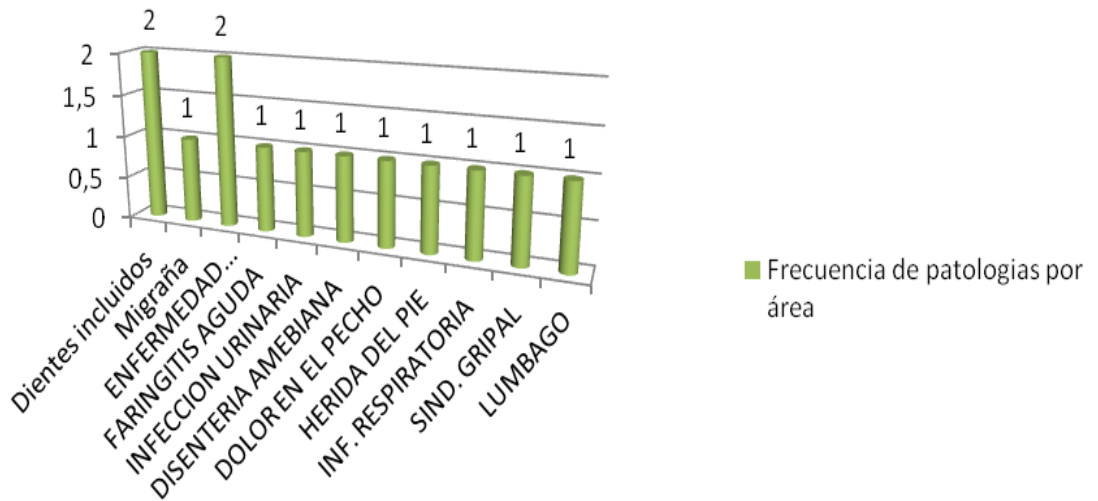


Gráfico 39. Número de Incapacidades por Patología Área de Sueño 2011



Fuente software de IPS

Grafico 40. Número de Incapacidades por Patología Área Terapia Respiratoria 2011

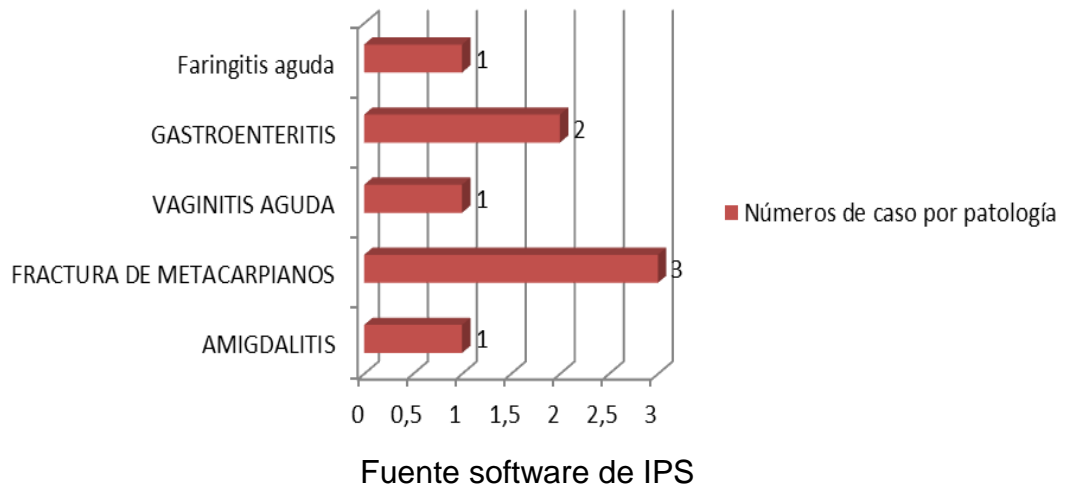
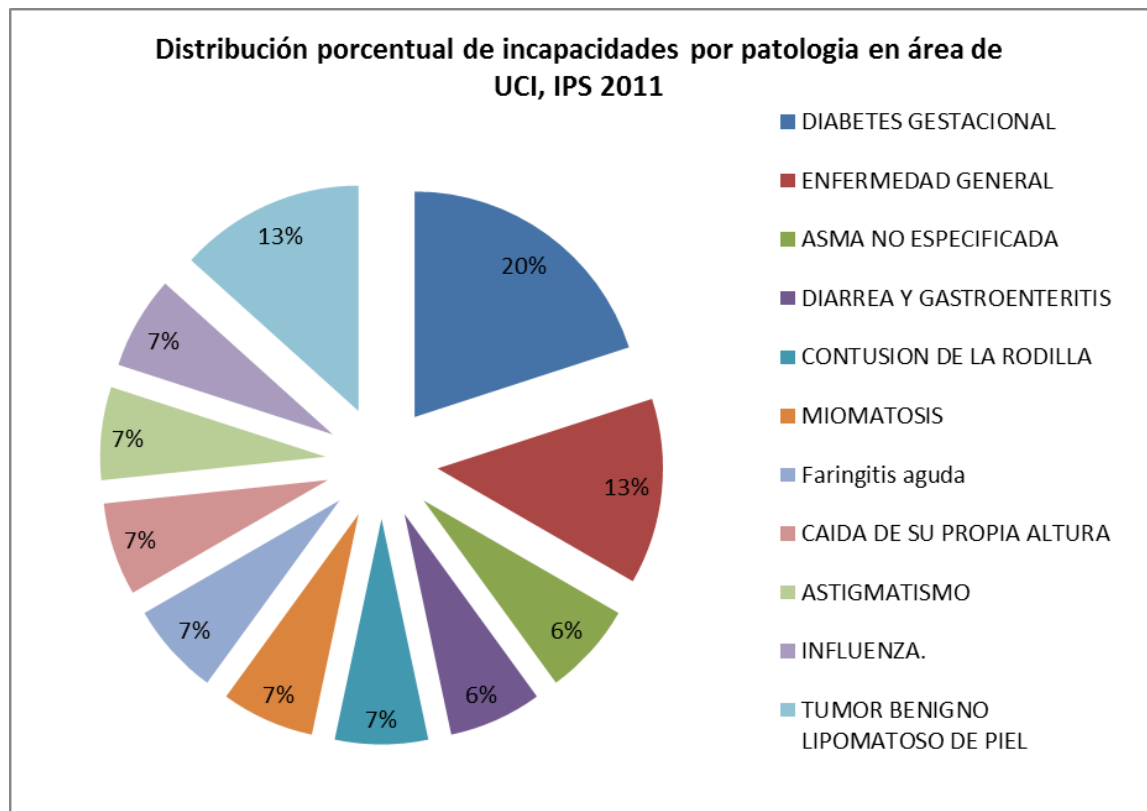
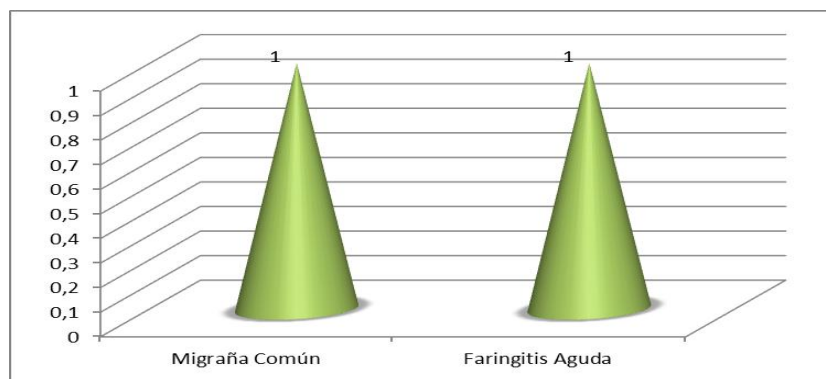


Grafico 41. Porcentaje de Incapacidades por Patología Área UCI 2011



Para el área de UCI, se observa que la patología que más ocasionó días de incapacidad fue de origen común tratándose de una diabetes gestacional en una paciente, seguido de una enfermedad que en los registros no está especificado el diagnóstico y fue descrita como “enfermedad general”, y la tercera que ocasionó mayor días fue una intervención quirúrgica por un tumor benigno lipomatoso.

Grafico 42. Número de Incapacidades por Patología Área Consulta Externa 2011



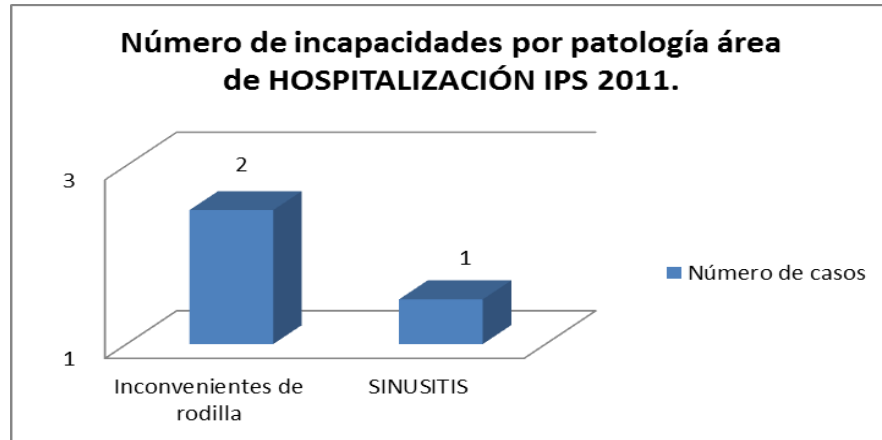
Fuente software de IPS

Grafico 43. Número de Incapacidades por Patología Área de Facturación 2011



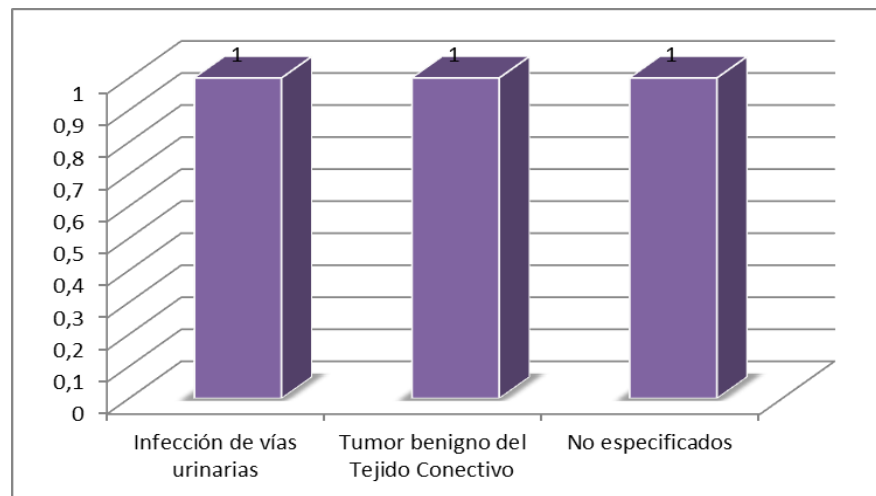
Fuente software de IPS

Grafico 44. Número de Incapacidades por Patología Área de Hospitalización 2011



Fuente software de IPS

Grafico 45. Número de Incapacidades por Patología Área Pruebas de Función Pulmonar 2011



Fuente software de IPS

En términos generales, se aprecia cuáles fueron las patologías que en cada una de las áreas de la IPS ocasionaron incapacidades para el año 2011; en este punto se aclara que en todo el año 2011 solo se presentaron 4 casos de accidente de trabajo y cero enfermedades profesionales, con pocos días de incapacidad por haber sido casos leves.

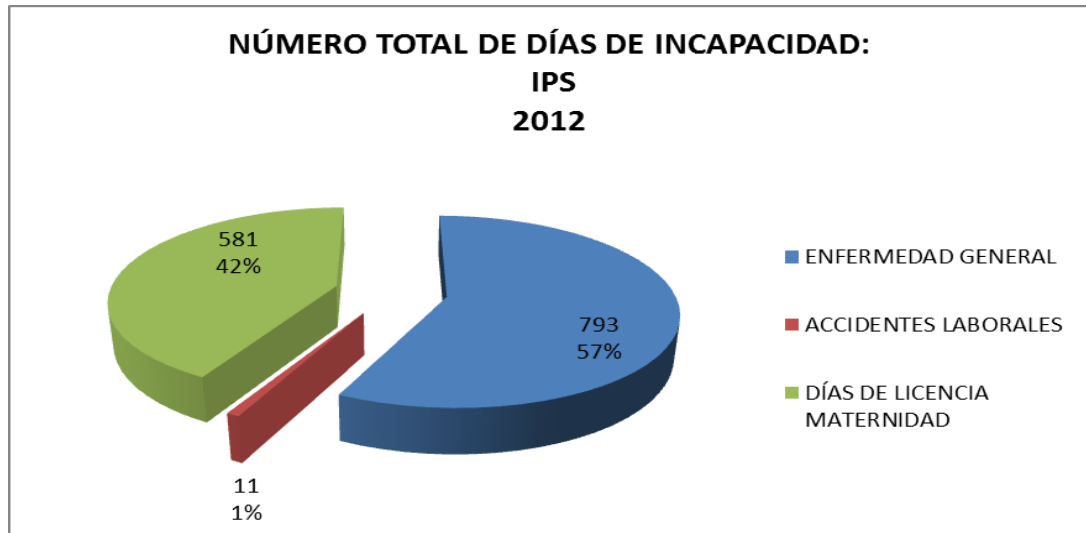
Los 4 casos fueron de las áreas administrativa, investigación y UCI. Para mayor claridad a continuación se muestra una tabla que arroja los datos al respecto.

Tabla 4. Casos de Accidente Laboral

CASOS DE ACCIDENTE LABORAL EN IPS DE SEGUNDO NIVEL AÑO 2011				
Número de casos	Área de la IPS	Origen	Días de incapacidad generados	Diagnostico
1	UCI	Accidente laboral	4	Contusión de rodilla
1	ADMINISTRATIVA	Accidente laboral	2	Contusión de tejidos blandos
1	INVESTIGACION	Accidente laboral	2	Trauma de miembros
1	UCI	Accidente laboral	1	Caída de su propia altura

En el año 2012, la IPS presentó ausencias de algunos de sus colaboradores por 1385 días, lo cual equivale a 3, 84 años perdidos

Gráfico 46. Número Total de Días de Incapacidad IPS 2012



Fuente software de IPS

La distribución de los días de ausencia en las diferentes áreas de la organización fue superior para Sueño, Dirección Administrativa y Unidad de Cuidados Intensivos Médicos, seguida de Atención al usuario:

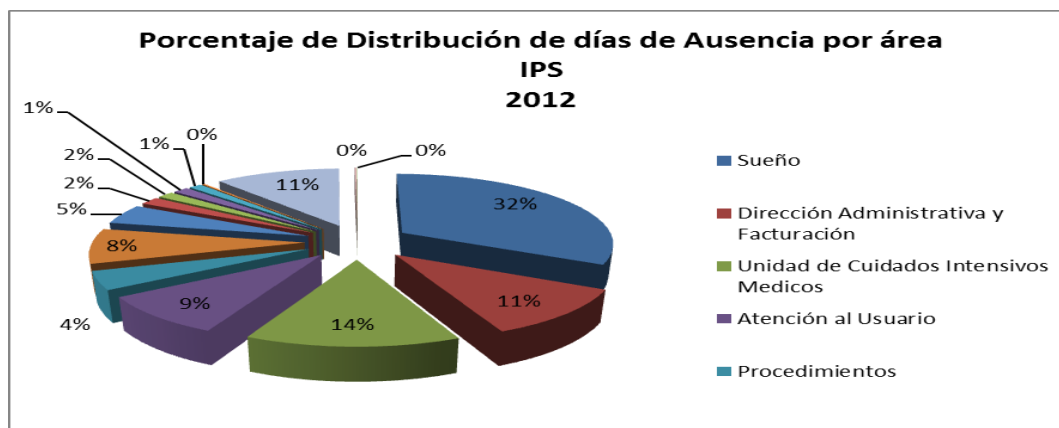
Tabla 5. Distribución de Ausencias por Área de Trabajo

AÑO 2012	Días por Enfermedad General	Accidente laboral	Licencia de Maternidad	TOTAL
Sueño	156	5	288	449
Dirección Administrativa y Facturación	150	2		152
Unidad de Cuidados intensivos Médicos	131		59	190
Atención al Usuario	124			124
Procedimientos	58			58
Pruebas de Función pulmonar	49		61	110
Terapia Respiratoria	37	4	22	63
Educación	24			24
Mercadeo	20			20
Consulta Externa Adultos	19			19
Investigación	16			16
CEA	3			3
Rehabilitación Pulmonar	3		151	154
Consulta Externa Infantil	2			2
Servicios Generales	1			1
<b>TOTAL</b>	<b>793</b>	<b>11</b>	<b>581</b>	<b>1385</b>



Lo anterior se explica de forma gráfica a continuación:

Grafico 47. Porcentaje de Días de Ausencia por Área de IPS 2012



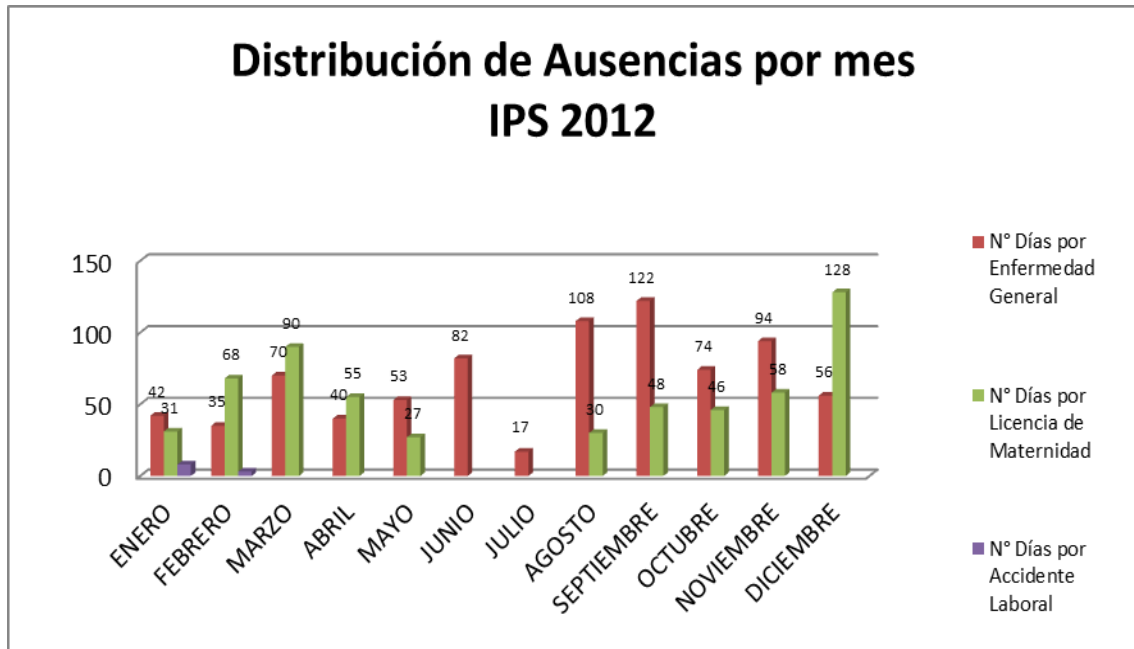
Fuente software de IPS

El comportamiento de las ausencias laborales durante el transcurso del año fue variable, aunque se evidencia un incremento de 177 días en el segundo semestre lo cual equivale a una diferencia porcentual del 29,3% como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 6. Comportamiento de Ausencias por mes

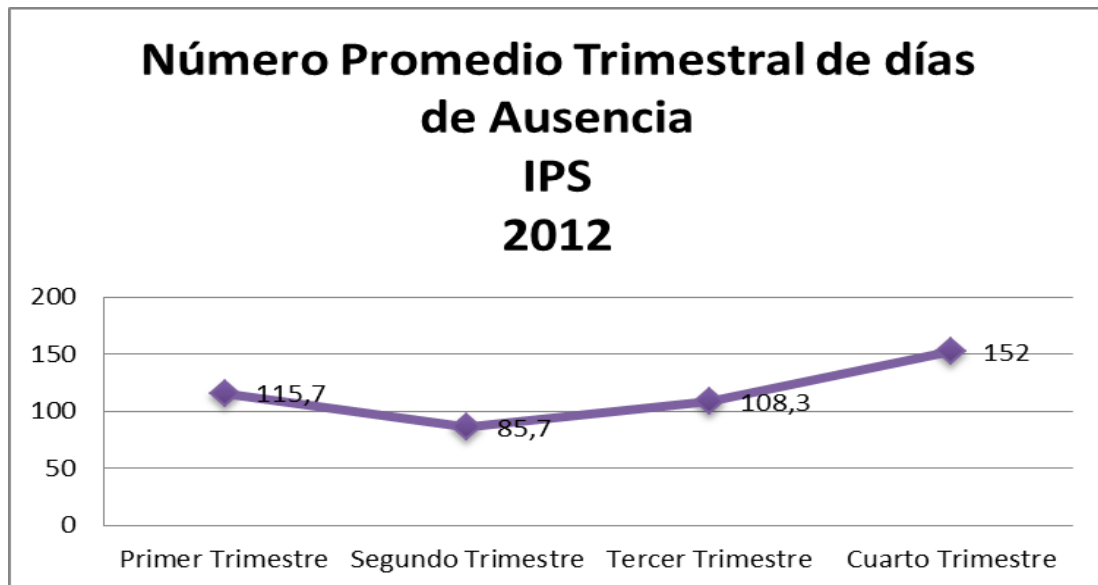
MES	N° Total de Días	N° Días por Enfermedad General	N° Días por Licencia de Maternidad	N° Días por Accidente Laboral	TOTAL POR MES
ENERO	81	42	31	8	81
FEBRERO	106	35	68	3	106
MARZO	160	70	90		160
ABRIL	95	40	55		95
MAYO	80	53	27		80
JUNIO	82	82			82
JULIO	17	17			17
AGOSTO	138	108	30		138
SEPTIEMBRE	170	122	48		170
OCTUBRE	120	74	46		120
NOVIEMBRE	152	94	58		152
DICIEMBRE	184	56	128		184
<b>TOTAL ANUAL</b>	<b>1385</b>				

Gráfico 48. Distribución de Ausencias por Mes IPS 2012



Fuente software de IPS

Gráfico 49. Promedio Trimestral de días de Ausencia IPS 2012



Fuente software de IPS

Un total de 80 colaboradores de la organización se incapacitaron a lo largo del 2012, correspondiente a un 51,6% del total de empleados (155). Cabe anotar, que 42 de los 80 colaboradores que se ausentaron del sitio de trabajo bien fuera por Accidente laboral, enfermedad general o Licencia de maternidad, lo hicieron reiterativamente en más de una ocasión en el año:

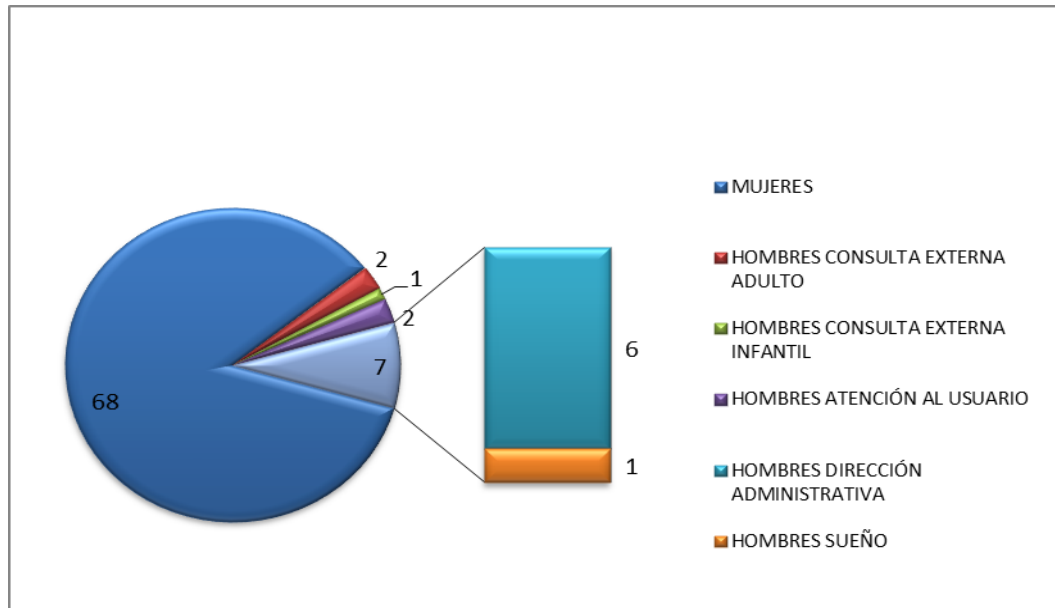
Gráfico 50. Número de Colaboradores que se ausentaron por área en 2012



Fuente software de IPS

Es importante tener en cuenta el género de los colaboradores para considerar la susceptibilidad ante algunas patologías, así pues, de los 155 empleados, se ausentaron en 2012: 68 mujeres y 12 hombres en las siguientes áreas:

Grafico N° 51. Distribución por Género de los Empleados que se ausentaron en IPS 2012



Fuente software de IPS

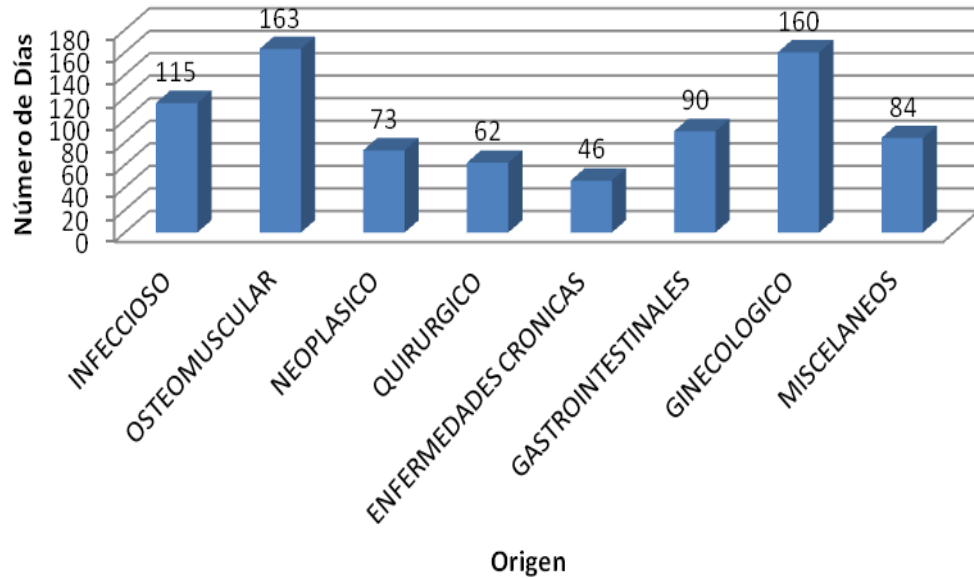
De acuerdo al origen de los accidentes laborales sufridos por cinco empleados, las causas identificadas y el número de días asociados a cada una de estos, fueron:

Tabla 7. Causas Identificadas por Accidente Laboral

DIAGNÓSTICO	N° de Eventos	N° de Días
CONTUSIÓN DE MANO	1	1
CONTUSIÓN DE RODILLA	1	4
EPICONDILITIS	2	5
HERIDA DE DEDO	1	1

En relación con el registro de ausencias por Enfermedad General: se recibieron 232 incapacidades que generaron 793 días de ausencia de los trabajadores afectados. El diagnóstico de estas patologías tuvo la siguiente representación:

Grafico 52. Número de Días de Incapacidad por Patología en IPS 2012

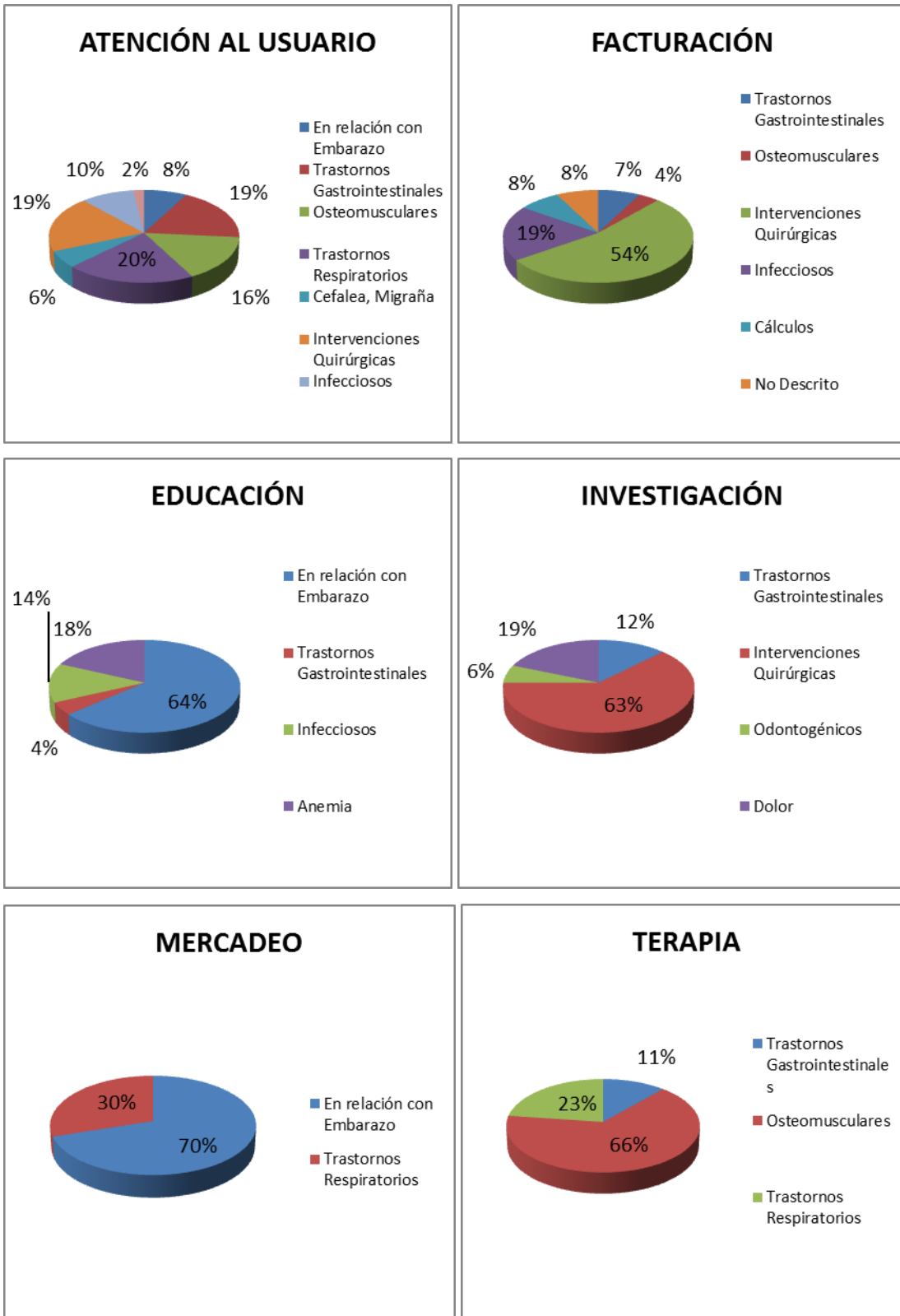


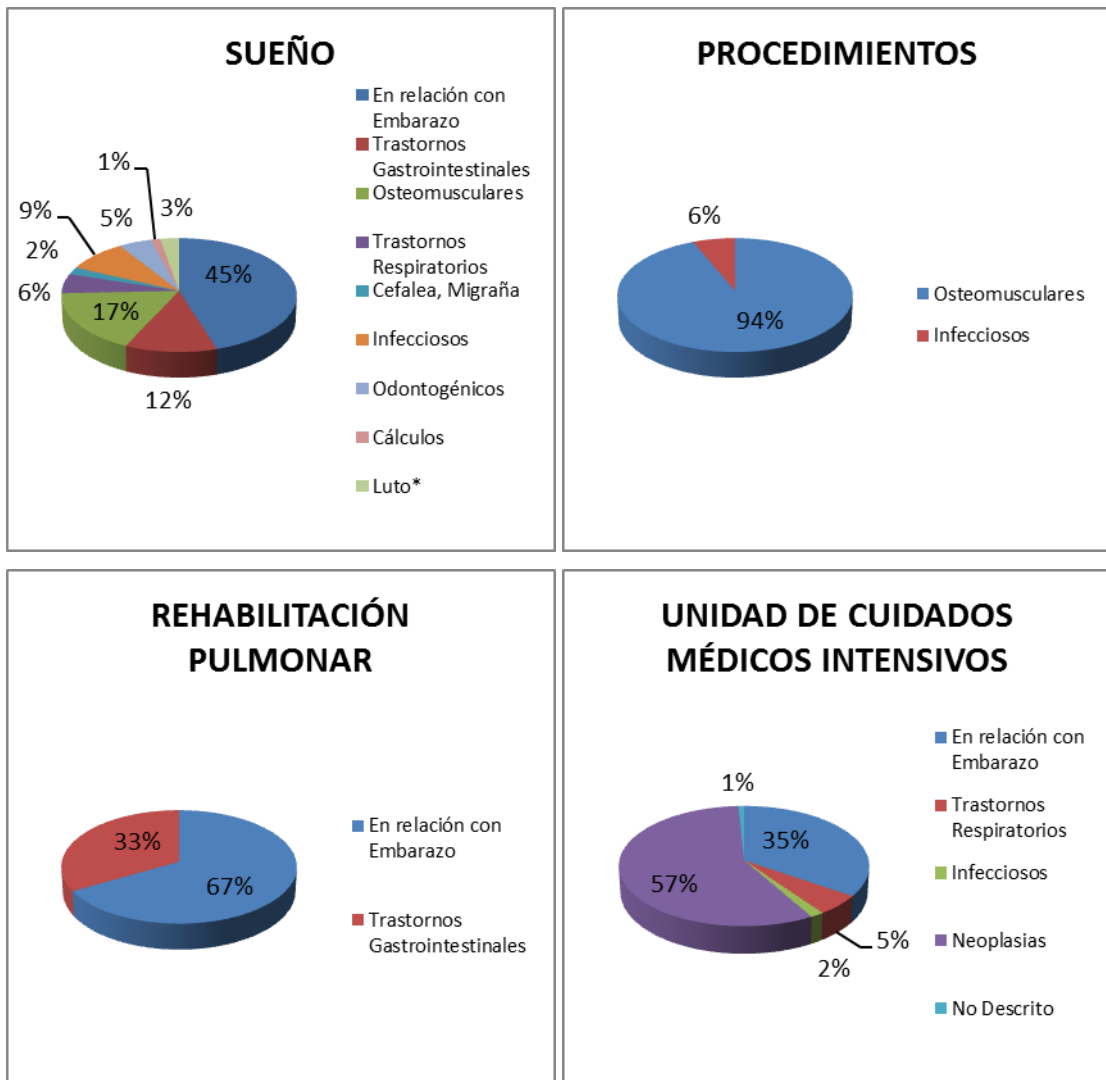
Fuente software de IPS

\*Incluye el luto dentro de categoría de Enfermedades Generales en el reporte fuente primaria.

La principal causa de incapacidad por Enfermedad General se atribuye a Trastornos Osteomusculares con un porcentaje de **20.5%**, seguida por enfermedades ginecológicas con un porcentaje de **20.1%**, infecciosas con **14.5 %** y gastrointestinales **11.3 %**. En las diferentes áreas de la Organización se puede discriminar el porcentaje de ocurrencia, como se observa a continuación:

Gráfico 53. Distribución Porcentual de Incapacidades por Área IPS 2012

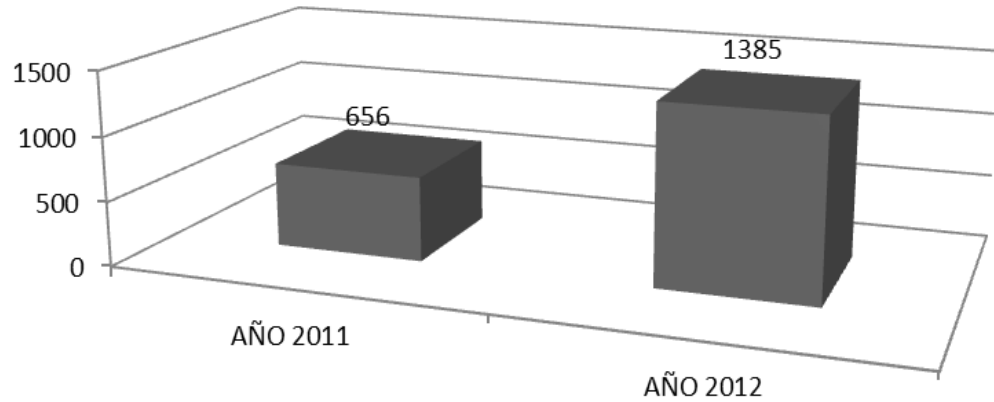




Fuente software de IPS

De acuerdo a lo anterior, las áreas de Dirección Administrativa, Terapia y Procedimientos son las que sufrieron mayor impacto por incapacidades Derivadas de trastornos osteomusculares en 2012. En Atención al usuario hubo una mayor frecuencia de Trastornos respiratorios. Áreas como Educación, Mercadeo, Sueño y Rehabilitación Pulmonar reflejaron mayor número de ausencias asociadas a complicaciones del embarazo de sus trabajadoras. Los trastornos gastrointestinales fueron la segunda causa más frecuente de incapacidad en Atención al usuario, Investigación, Rehabilitación y Dirección Administrativa.

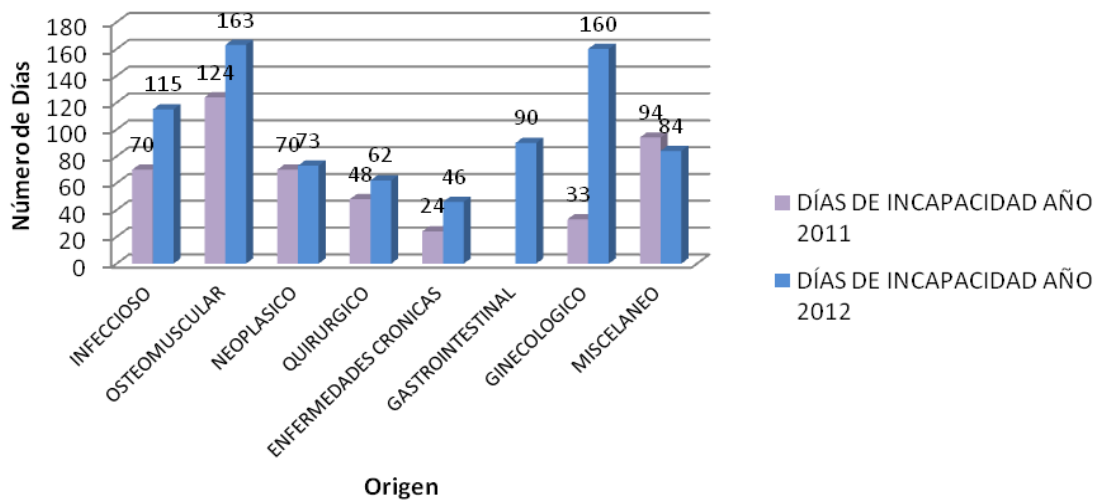
Grafico 54. Total de días de Ausencia IPS 2011- 2012



Fuente software de IPS

En el gráfico se representa el total de días de ausencia en los años 2011 y 2012, evidenciando 729 días más en 2012. Al comparar las ausencias por incapacidad y sus diferentes causas es posible evidenciar:

Gráfico 55. Comparación de Días de Incapacidad por Patología 2011 -2012

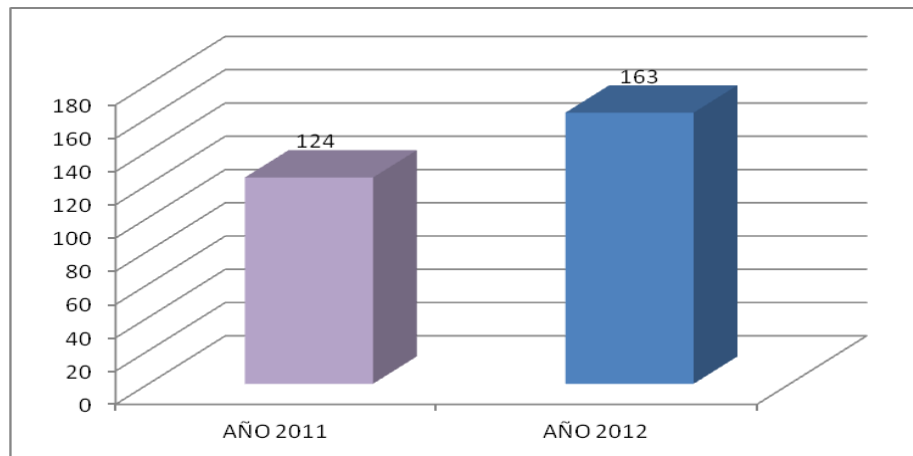


Fuente software de IPS



En la grafica anterior se evidencia un aumento en la incidencia en las patologías de origen común: Osteomusculares 23.9%, ginecológicas 79.3% e infecciosas 39.1%.

Grafico 56. Días de Incapacidad por Trastornos Osteomusculares 2011 -2012



Fuente software de IPS

Se observa que la patología con mayor incidencia en los dos años fue el trastorno osteomuscular.

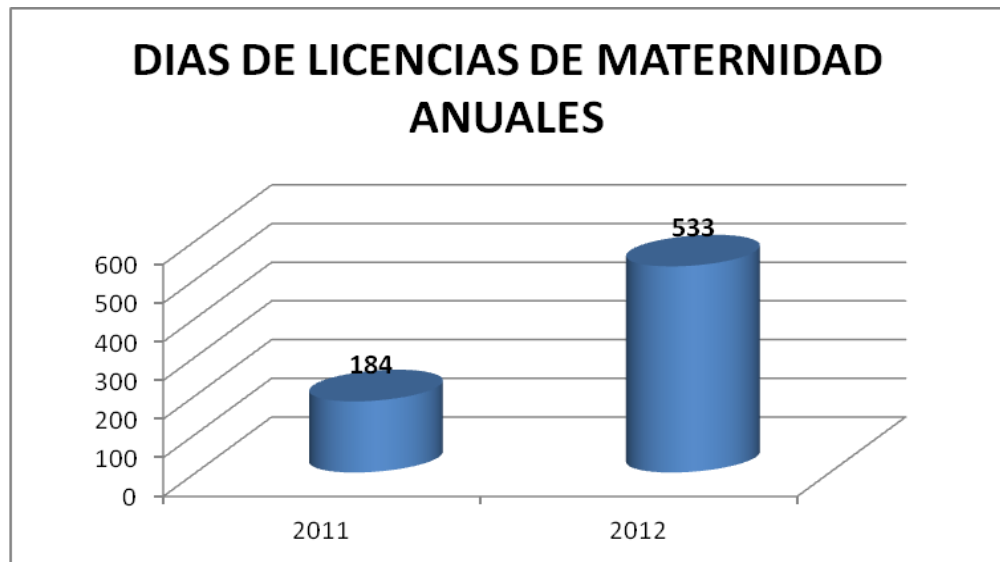
Gráfico 57. Áreas con más días de Incapacidad en IPS 2011 - 2012



Fuente software de IPS

Las áreas con mayor número de incapacidades en el año 2011 y 2012. En el año 2011 el área de dirección administrativa presentó un total de 120 días de incapacidad mientras que en el año 2012 se incrementó en 32. En el área de sueño en el año 2012 se ve un incremento de 104 días con respecto al año anterior que fue de 48 días el total de incapacidades en esa área.

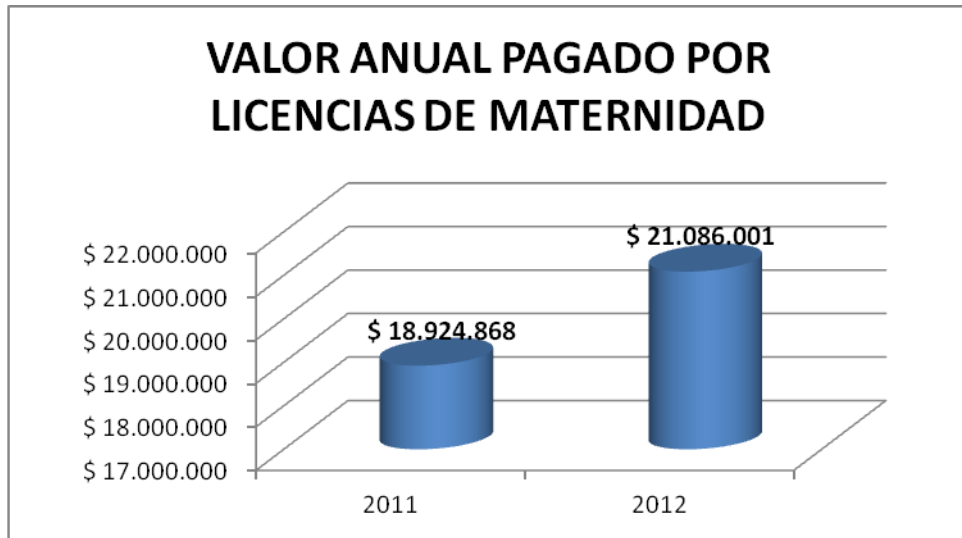
Gráfico 58. Días de Licencia de Maternidad 2011 - 2012



Fuente software de IPS

Las personas que presentan licencias de maternidad no son reemplazadas completamente por otra persona, sino que se distribuyen sus tareas, el comportamiento en los últimos dos años ha generado una tendencia al crecimiento. Se generó un aumento del 10.25% del año 2011 con respecto al año 2012

Gráfico 59. Valor Anual Pagado por Licencias de maternidad 2011 - 2012



Fuente software de IPS

Gráfico 60. Valor Anual Pagado por Incapacidades 2011 - 2012

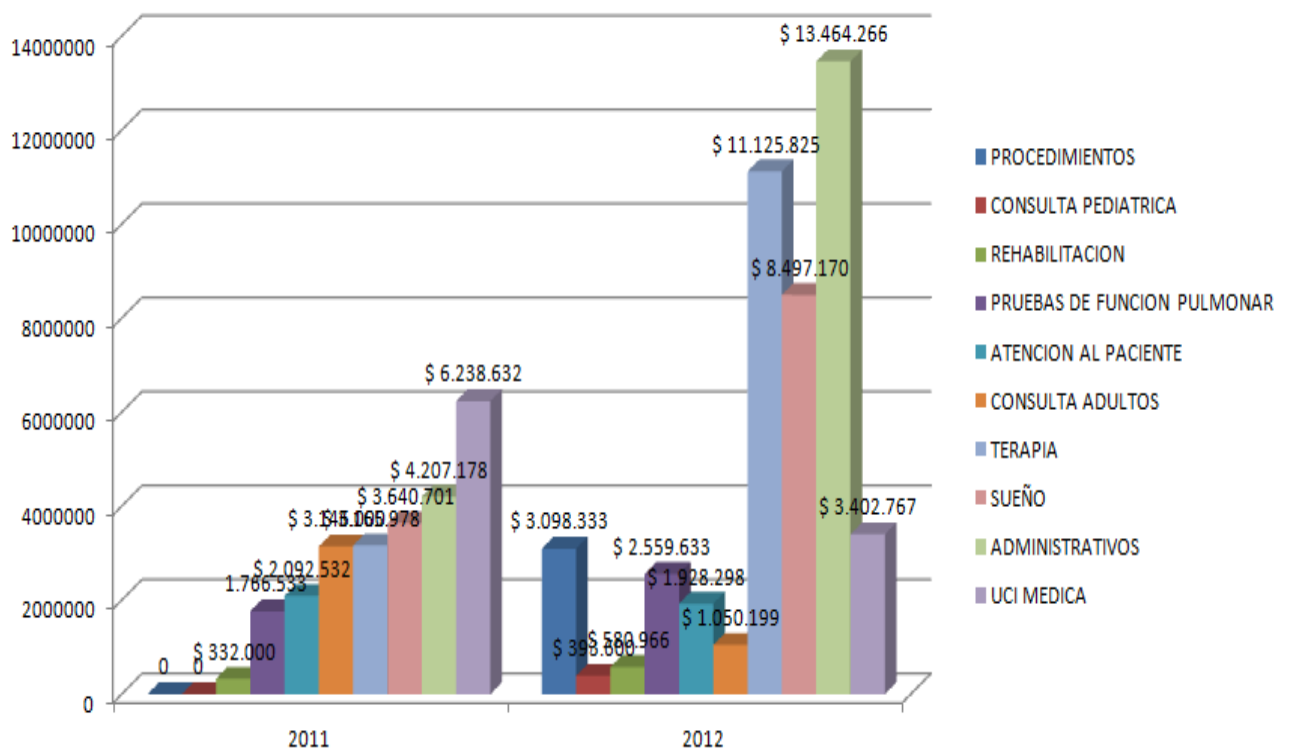


Fuente software de IPS

Al realizar el análisis financiero de todas las incapacidad que se generaron en los años 2011 y 2012 se encuentra que los costos aumentaron para el 2012 más de 24 millones de pesos independiente de su origen, lo que lleva que entre un año y otro se dé un aumento del 48.5%.

Realizando una comparación de los costos por áreas, se da como conclusión que en el año 2011 fue la UCI medica la que genero mayor costo seguido de los administrativos y sueño, para el 2012 pasa a ocupar el primer lugar en costos el área administrativa seguida de sueño.

Gráfico 61.Comparación de Costos por Área IPS 2011 - 2012



	PROCEDIMIENTOS	CONSULTA PEDIAT	REHABILITACION	PRUEBAS DE FUNCIO	ATENCION AL PACIENTE	CONSULTA ADUL
2011	0	0	\$ 332.000	1.766.533	\$ 2.092.532	\$ 3.146.000
2012	\$ 3.098.333	\$ 393.600	\$ 580.966	\$ 2.559.633	\$ 1.928.298	\$ 1.050.199

	TERAPIA	SUEÑO	ADMINISTRATIV	UCI MEDICA
2011	\$ 3.165.978	\$ 3.640.701	\$ 4.207.178	\$ 6.238.632
2012	\$ 11.125.825	\$ 8.497.170	\$ 13.464.266	\$ 3.402.767

Fuente software de IPS

Se evidencian a continuación los casos de accidente laboral presentados en los años 2011 y 2012 y sus causas.

Tabla 8. Casos de Accidente Laboral 2011 - 2012

	<b>AÑO 2011</b>			<b>AÑO 2012</b>	
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>No DE CASOS</b>	<b>No DE DIAS DE INCAPACIDAD</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>No DE CASOS</b>	<b>No DE DIAS DE INCAPACIDAD</b>
<b>CONTUSIÓN DE RODILLA</b>	1	4	<b>CONTUSIÓN DE MANO</b>	1	1
<b>CONTUSIÓN DE TEJIDOS BLANDOS</b>	1	2	<b>CONTUSIÓN DE RODILLA</b>	1	4
<b>TRAUMA DE MIEMBROS</b>	1	2	<b>EPICONDILITIS</b>	2	5
<b>CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA</b>	1	1	<b>HERIDA DE DEDO</b>	1	1
	<b>4 CASOS</b>	<b>9 DIAS</b>		<b>5 CASOS</b>	<b>11 DIAS</b>

## 8.1 TRABAJO DE CAMPO

Con el respaldo de la Universidad Sergio Arboleda y el Doctor Jorge Giraldo Vanegas, Codirector de la Especialización Gerencia en Servicios de Salud se realizaron cartas para algunas instituciones del estado como fueron: El Ministerio de Salud y protección social y la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia manifestó que no era función de ellos contar o requerir este tipo de información toda vez que ellos son organismo de control y vigilancia.

Por su parte el Ministerio dio como respuesta que el contacto era la Ingeniera Diana Marcela López Duarte, Profesional Especializado del Ministerio de Salud y protección Social, quien manifestó limitación para proporcionar la información debido a fallas técnicas. Después de un mes y medio aproximadamente, fue posible acceder a los datos estadísticos requeridos.

Se envió posteriormente correo electrónico al Señor Ricardo Gaviria Fajardo, Director del área de Investigación de la cámara técnica de riesgos Laborales de Fasecolda, quien facilitó un nuevo correo para contactar a una persona especializada en el manejo de esta información, la Señora Ana María Zambrano Solarte, Investigadora de la cámara técnica de riesgos Laborales da la ruta de acceso dentro de la pagina web oficial para obtener la información solicitada.

Posteriormente se solicitó contacto con la gerente de la IPS de segundo nivel, para obtener el acceso a las bases de datos de los años 2011 y 2012 con la información de costos económicos, personal días de incapacidad, se trabajo finalmente con la persona de salud ocupacional Sandra Miranda donde se realiza visita a las instalaciones, conocimiento y manejo de la política de salud ocupacional y finalmente una visión de la situación actual de la IPS

### **8.1.1 Análisis de Encuesta de Riesgo psicosocial.**

#### **Ver Anexo N° 1**

Se aplicaron 23 encuestas al personal de la IPS en estudio (15%), teniéndose como criterios de aplicación, pertenecer al área administrativa y llevar más de 7 meses en la institución

Con estas encuestas se quería conocer y analizar datos demográficos, hobbies, condiciones generadas durante la adquisición y ejecución del actual puesto de trabajo, sobrecargas entre otros.

Se encontraron los siguientes datos demográficos como resultados

**POBLACION ENCUESTADA:**

23 personas representadas así: 78,2% de género femenino y 21,7% de género masculino

Todos los encuestados tienen horario laboral Diurno

GENERO	N° DE PERSONAS	PORCENTAJE	RANGO DE EDAD (Promedio)
FEMENINO	18	78.2%	18 a 53 Años
MASCULINO	5	21.7%	23 a 49 Años

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADOS:10	43,4%
SOLTEROS: 8	34,7%
UNIÓN LIBRE: 3	13%
SEPARADOS: 2	8,6%

Revisando las 12 preguntas aplicadas en la encuesta se encontró:

1. Tiempo que lleva en el puesto de trabajo:
  - Menos de 2 años: 4 (17,3%)
  - Entre 2 y 6 años: 13 (56,5%)
  - Entre 6 y 10 años: 3 (13%)
  - Más de 10 años: 3 (13%)

2. Que actividades o hobbies realiza en su tiempo libre?
- |  |           |
|--|-----------|
| Leer:                                    | 1 (4.3%)  |
| Ver televisión:                          | 8 (34.7%) |
| Practicar un Deporte:                    | 4 (17.3%) |
| Asistir a eventos culturales:            | 1 (4.3%)  |
| Dos o más de las actividades anteriores: | 9 (39.1%) |

Siete personas realizan actividades al aire libre y una realiza deportes extremos.

3. Realiza tareas domésticas en su hogar?
- |     |            |
|-----|------------|
| Si: | 18 (78.2%) |
| No: | 5 (21.7%)  |

4. Ha estado enfermo en los últimos 6 meses?
- |     |            |
|-----|------------|
| Si: | 16 (69.5%) |
| No: | 7 (30.4%)  |

5. Recibió inducción en el puesto de trabajo
- |     |            |
|-----|------------|
| Si: | 19 (82.6%) |
| No: | 4 (17.3%)  |

En las respuestas positivas, la inducción fue dada por:

- |              |           |
|--------------|-----------|
| Un Par:      | 6 (31.5%) |
| Un Superior: | 9 (47.3%) |
| Subalterno:  | 1 (5.2%)  |
| Sin dato:    | 3 (15.7%) |

6. Se encuentra sometido habitualmente a una presión excesiva de tiempos en la realización de sus tareas?

- |     |             |
|-----|-------------|
| Si: | 12 (52.1%)  |
| No: | 11 (47.8 %) |



7. El trabajo que realiza habitualmente, le produce situaciones de sobrecarga fatiga mental, visual o postural?

Si:	18 (78.2%)
No:	5 (21.7%)

En las respuestas positivas se clasificaron las sobrecargas así:

Mental:	4 (22.2%)
Visual:	3 (16.6%)
Postural:	0
Dos o más:	11 (61.1%)

8. El tipo de actividad que realiza le permite seguir su propio ritmo de trabajo y hacer pequeñas pausas voluntarias para prevenir la fatiga?

Si:	18 (78.2%)
No:	5 (21.7%)

9. La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?

Si:	12 (52.1%)
No:	11 (47.8%)

10. Ha tenido que reemplazar por cortos o largos periodos de tiempo algún compañero de su área?

Si:	11 (47.8%)
No:	12 (52.1%)

Conociendo que el mayor número de incapacidades se presentaron por causa osteomuscular, se aplicó una encuesta para identificar posibles factores de riesgo y diferenciar la sintomatología.

### **8.1.2 Análisis de Encuesta de sintomatología Osteomuscular**

Ver Anexo N°2

Se evidenció que el 28.5 % de los encuestados sufren de sobrepeso.

En la totalidad de los encuestados levanta cargas inferiores a los 10 Kg, al evaluar la localización e intensidad de las molestias se encontró que el 76% presenta sintomatología en la región cervical, seguido de molestias a nivel lumbar y dorsal y en menor proporción hombro y miembros superiores.

El 60.8% describe el tipo de molestia como dolor, seguida de adormecimiento en un 26% y calambre 17.3%

Anualmente dichos episodios se han presentado en más de tres ocasiones en un 60.8% de los encuestados. El tiempo de evolución ha sido inferior a un año en el 14.3%, para el resto de la muestra se estima un promedio de 2.4 años y para el 38% la duración de la molestia se limita a algunos días.

El 71% de las personas encuestadas atribuye su molestia a posiciones incómodas y al trabajo repetitivo. El cual representa una de las causas de incremento en la sintomatología. El 47% de los pacientes de la muestra mejoran con reposo.

Analizando las actividades básicas cotidianas, el 76% duerme en colchón ortopédico o firme y este mismo porcentaje de personas no adopta la posición adecuada para levantarse de la cama ni práctica deporte periódicamente.

Este 78% de los encuestados consume con alta frecuencia frutas y verduras y el 57% no adopta una posición adecuada para levantar cargas.

Así mismo 71% de los encuestados nunca fuma y el 38% no consume licor.

Como conclusiones de las dos encuestas se puede inferir:

La gran mayoría de las personas del área administrativa son sedentarias, un 39.1% realizan tareas domesticas con frecuencia, tienen buenos hábitos alimenticios y hay un aumento de la sintomatología osteomuscular como se menciono anteriormente de predominio cervical, hombros y miembros superiores asociado a posturas incomodas, deficiente higiene postural y ausencia de pausas activas, a pesar de llevar su propio ritmo de trabajo y disponer de tiempo para ellas.

El 82% han recibido inducción a sus actividades referentes a su puesto de trabajo por pares o superiores, pero nunca se les entrego un perfil del cargo a desempeñar ya que no esta tipificado en la IPS.

Más de la mitad de los encuestados refirió situaciones de sobrecarga y estrés en los puesto de trabajo y en 52% acumulación de trabajo e irregularidad en la distribución de tareas ya que 47.8% ha tenido que remplazar a un par sin dejar de realizar sus tareas asignadas.

## **9. ESTRATEGIAS**

De acuerdo a los resultados y análisis de los mismos, se identifican unas oportunidades de mejora y se plantean las estrategias para su gestión:

**9.1.** Dimensiones y distribución de puestos de trabajo

**9.2** Definición de perfiles de cargo, riesgo a los que estarán expuestos los colaboradores al asumirlo, asignación de tareas.

**9.3.** Tipificación de tareas por rol con riesgo ergonómico

**9.4** Identificación de una cultura reactiva ante el riesgo ocupacional

**9.5** Sistemas de medición y control del impacto de estrategias ocupacionales

**9.6** Cultura de auto cuidado

### **9.1 DIMENSIONES Y DISTRIBUCION DE PUESTOS DE TRABAJO**

Según los resultados obtenidos en el estudio realizado en la IPS de segundo nivel que fue objeto del presente trabajo de grado, se aprecia que realmente fue muy bajo el número de casos de ausentismo asociado a los accidentes y enfermedades laborales, pero aun así se puede considerar que existen muchos factores de riesgo que pueden ser desencadenantes a futuro de problemas de salud asociados a la actividad desempeñada, por lo cual se ve una oportunidad de mejora para intervenir precozmente áreas y puestos de trabajo para así lograr mitigar dichos riesgos, siendo indudablemente de gran valor para el beneficio común de todos los integrantes de la organización.

Se lograron identificar riesgos ergonómicos de una u otra forma pueden ser causales de morbilidad laboral o molestias físicas que afectaran el rendimiento y

desarrollo de tareas asignadas en el trabajo, por lo cual como parte de este documento se proponen los cambios o intervenciones que guardan relación directa con cumplir ciertos parámetros para conseguir condiciones óptimas que faciliten la jornada laboral.

La ergonomía en el trabajo debe estar basada, entre otros, en los siguientes parámetros:

1. Los riesgos de carácter mecánico que puedan existir en los sitios de trabajo.
2. Los riesgos causados por una postura de trabajo incorrecta fruto de un diseño incorrecto de asientos, muebles y otros.
3. Riesgos relacionados con la actividad del trabajador (por ejemplo, por las posturas de trabajo mantenidas, sobreesfuerzos o movimientos efectuados durante el trabajo de forma incorrecta o la sobrecarga sufrida de las capacidades de percepción y atención del trabajador)
4. Riesgos relativos a la energía (la electricidad, el aire comprimido, los gases, la temperatura, los agentes químicos, etc.)

La estrategia que se propone como medida cautelar para la reducción de riesgo ergonómico es primero verificar con cada puesto de trabajo que se cumplan con las siguientes características:

#### **I. Altura de la cabeza**

Debe haber espacio suficiente para que quepan los trabajadores más altos, los objetos que haya que contemplar deben estar siempre a la altura de los ojos o un poco más abajo, por ejemplo la pantalla de los computadores de mesa, para así lograr la mayor comodidad posible al momento de fijar la mirada o buscar objetos frente a cada individuo.

## **II. Altura de los hombros**

Los monitores deben estar situados entre los hombros y la cintura, esto permitirá el mínimo esfuerzo cervical al momento de cumplir con la jornada laboral, además hay que evitar colocar por encima de los hombros cualquier objeto que se utilicen a menudo en el desarrollo de la jornada laboral.

## **III. Alcance de los brazos**

Los objetos deben estar situados lo más cerca posible al alcance del brazo para evitar tener que extender demasiado el tronco y los miembros superiores para alcanzarlos o sacarlos, en promedio se recomienda una distancia persona objetos de 35 a 45 cm, además hay que colocar los objetos necesarios y de mayor utilización para trabajar de manera que el colaborador más alto no tenga que encorvarse para alcanzarlos, o que el más bajo tenga que hacer esfuerzos similares para acceder a estos.

Hay que mantener los materiales y herramientas de uso frecuente cerca del cuerpo y frente a cada colaborador a la altura del tronco y hombros.

## **IV. Altura del codo**

Hay que ajustar la superficie de trabajo para que esté a la altura del codo siendo un ejemplo claro de esto es la altura de los mesones, por supuesto esto se puede graduar fácilmente con la regulación de altura de las sillas de los puestos de trabajo.

## **V. Longitud de las piernas**

Hay que ajustar la altura del asiento a la longitud de las piernas y a la altura de la superficie de trabajo, dejando el espacio suficiente para poder estirar las piernas completamente, con sitio suficiente para unas piernas largas. Hay que facilitar un apoya pies ajustable, para que las piernas no cuelguen y el trabajador pueda cambiar de posición el cuerpo constantemente durante el desarrollo de su jornada.

## **VI. Asiento o sillas de trabajo**

Al momento de proveer sillas de trabajo a los colaboradores la organización se debe fijar en el cumplimiento de ciertos puntos claros que facilitaran el ajuste de estas para todos los empleados por igual:

- Debe ser adecuado según la altura de la mesa o el banco de trabajo.
- Que la altura del asiento y del respaldo sean ajustables por separado, así como también la inclinación del mismo.
- Debe permitir al trabajador inclinarse hacia adelante o hacia atrás con facilidad.
- Los pies deben estar planos sobre el suelo, lo que ayudará a eliminar la presión de la espalda sobre los muslos y las rodillas.
- Debe tener un respaldo en el que apoyar la parte inferior de la espalda.
- Debe inclinarse ligeramente hacia abajo en el borde delantero.
- Para ser más estable es ideal que tenga cinco patas.
- El asiento debe estar tapizado con un tejido respirable o transpirable para evitar resbalarse, y un acolchado de al menos 20 mm (2 cm) de espesor. <sup>(13)</sup>
- El apoya brazos debe permitir apoyo total de antebrazo y canto de la mano, con una anchura recomendada de 6 a 10 cm (60 a 100 mm). <sup>(13)</sup>

- Espaldar de la silla cubrir más de 2/3 partes de la espalda y debe tener la curvatura normal de la columna con su respectivo apoyo lumbar. <sup>(13)</sup>

## **VII. Escritorios y mesas de trabajo**

Cabe aclarar que es difícil determinar una altura estándar para los mesones o escritorios de trabajo, pero según datos del instituto de seguridad y salud en el trabajo con sede en Madrid, España <sup>(12)</sup>, se recomienda un promedio de 100 cm de altura para estos, y en mesas con uso de computadores una profundidad de 60 a 100 cm, así mismo se recomienda en este instituto un espacio de 2 metros cuadrados libre de superficie para cada empleado en oficinas.

## **VIII. Ventilación en sitios de trabajo**

La ventilación consiste en la introducción de aire fresco en un determinado espacio. En las oficinas y similares, además de mantener unas adecuadas condiciones térmicas, la ventilación es necesaria para proveer oxígeno y diluir el CO<sub>2</sub> y para eliminar olores y otras impurezas. Se considera que una concentración de CO<sub>2</sub> superior a 1.000 ppm indica que la ventilación es inadecuada. <sup>(12)</sup>

Los trabajadores no deberán estar expuestos de forma frecuente o continuada a corrientes de aire cuya velocidad exceda los siguientes límites:

1. Trabajos en ambientes no calurosos: 0,25 m/s.
2. Trabajos sedentarios en ambientes calurosos: 0,5 m/s.
3. Trabajos no sedentarios en ambientes calurosos: 0,75 m/s. <sup>(12)</sup>



PLAN DE ACCIÓN PARA DEFINIR DIMENSIONES Y DISTRIBUCIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO								
OBJETIVO	TAREA	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	RESPONSABLE	POBLACIÓN OBJETO	PRESUPUESTO ASIGNADO	SEGUIMIENTO
<p>I. Reducir síntomas o molestias osteomusculares relacionadas con los puestos de trabajo.</p> <p>II. Implementar una medida temprana, preventiva que signifique a futuro menores morbilidades relacionadas con la ergonomía en el trabajo,</p> <p>III. Lograr una percepción de apoyo y seguridad por parte de los colaboradores que se verá reflejado en mayor compromiso de estos con el desempeño laboral.</p>	1. Estudio de puestos de trabajo	1.1. Análisis de puestos de trabajo de acuerdo al perfil de cargo y funciones de cada empleado.	10/01/2014	10/04/2014	Salud Ocupacional y ARL	Todos los empleados administrativos de cada área.	Correspondiente a los honorarios del empleado de Salud Ocupacional	Gerencia
		1.2. Elaboración de Informe de requerimientos	10/04/2014	30/04/2014	Salud Ocupacional y ARL		Incluido en honorarios de empleado de Salud Ocupacional	Gerencia
	2. Elaboración de Presupuesto	2.1. Cotización de recursos	01/05/2014	31/05/2014	Área de suministros (comité de compras)		<p>2.1.1. Sillas ergonómicas neumáticas cargos administrativos no gerenciales: \$137.000 c/u (25) = \$3.425.000</p> <p>Silla malla ergonómica neumática Italia aluminio con brazos para cargos directivos de áreas, gerenciales: \$707.000 c/u. Ampliación de mesones para los sitios de recepción y centro de llamadas en granito para 4 personas \$3.000.000 c/u. (3) \$Total: \$13.132.000.</p> <p>2.1.2. Aire acondicionado voltaje 120 para Central de Citas y Facturación: \$1'500.000 (2)</p>	Gerencia y contador
		2.2. Selección de proveedor	02/06/2014	16/06/2014				
	3. Aprobación de Compra		17/06/2014	24/06/2014	Gerencia y contador		\$ 16,132,000	Junta directiva y Gerencia
	4. Adquisición de recursos		25/06/2014	15/12/2014	Suministros			Gerencia

## **9.2 DEFINICION DE PERFILES DE CARGO, RIESGOS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS LOS COLABORADORES, ASIGNACION DE TAREAS**

La organización no cuenta con manual de Funciones. La elaboración de perfil de cargo es una herramienta útil para la gestión del talento humano, ya que permite realizar una selección más objetiva y estandarizada del personal que ingresa a la organización. A su vez facilita la evaluación del desempeño de cada trabajador y el seguimiento a sus resultados sobre unos parámetros pre-establecidos y conocidos desde la contratación.

Hoy en día está de moda la teoría de las competencias que involucra el saber hacer y saber ser. El saber hacer contempla las funciones, responsabilidades, tareas específicas y metas de resultado definidas para cada rol, facilita la toma de decisiones cuando se requiere delegar o redistribuir tareas y designar reemplazos en caso de ausencia temporal o permanente de un trabajador ya que éste debe tener el mismo perfil ocupacional.

El saber ser es la forma como las personas asumen los riesgos potenciales a los que se enfrenta en el desarrollo del cargo asignado, entonces permite gestionar dichos riesgos mediante la prevención, generación de cultura, fortalecimiento de conciencia en autocuidado y tipificación de posibles patologías por tarea, por rol.

El contenido de contratar personal a través de las competencias no está limitado a la unificación de un conjunto de atributos sino que sirve de insumo para la articulación de responsabilidades entre los diferentes niveles de la organización y sus trabajadores. Esto se logra bajando los objetivos estratégicos a la parte operativa, alineándolos con cada función asignada para dar un sentido de

trascendencia a cada labor y entenderla como parte integral del funcionamiento óptimo de la institución. Con la información de perfil de cargo desarrollada, se consolidan los datos por área generando así el Manual de Funciones de la Organización.

Adicionalmente cuando las personas conocen claramente sus responsabilidades, el impacto que tiene las tareas que realizan y conocen la forma en la que son evaluados, desarrollan un compromiso consigo mismos y con la organización, velan por la obtención eficaz de los resultados y esto redundará en un buen clima laboral que favorece la productividad y sinergia entre los equipos de trabajo.

Es recomendable la realización de una evaluación integral (evaluación 360 grados) de los trabajadores de forma anual o semestralmente considerando los resultados de los indicadores definidos en el perfil de cargo y el cumplimiento de las metas pactadas, así como otros aspectos como el trabajo en equipo, percepción de cliente interno y externo, etc. Contemplando todos los componentes del desempeño de cada individuo. Esto permite identificar de manera precisa las fortalezas y oportunidades de mejora que a través de la reflexión del trabajador y la orientación del líder van estructurando planes y acciones de mejora continua. (En Anexo N° 4 se sugiere el formato de perfil de cargo a utilizar.) Una vez definidos los perfiles de cargo y manual de funciones del equipo de trabajo, se presenta a la junta directiva para su aprobación.

Por otra parte se considera conveniente la implementación de un Sistema de Gestión por Procesos con el cual se logra una interacción permanente entre las áreas, áreas de trabajo.

Este modelo propende por la consolidación de los equipos de trabajo, amplía la visión que tiene el personal de la empresa, dinamiza los procedimientos y simplifica tiempos y trámites internos y elimina la duplicidad de procesos en diferentes áreas. Conlleva un esfuerzo e implica un cambio conceptual y práctico que no solo beneficia en madurez a la organización sino que de cara al usuario representa eficiencia en la gestión.

PLAN DE ACCIÓN PARA DEFINICION DE PERFILES DE CARGO, RIESGOS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS LOS COLABORADORES, ASIGNACION DE TAREAS								
OBJETIVO	TAREA	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	RESPONSABLE	POBLACIÓN OBJETO	PRESUPUESTO ASIGNADO	SEGUIMIENTO
I. Establecer funciones, responsabilidades, tareas específicas y metas de resultado de cada trabajador por área.	1. Identificar las condiciones y competencias requeridas para el desempeño de cada cargo en la institución.		10/01/2014	10/06/2014	Talento Humano y Coordinador del área o Talento Humano y Asesor Externo.	Todos los empleados de cada área.	Incluido en los honorarios de los empleados responsables. Si es un asesor Externo: \$30.000.000	Gerencia
	2. Especificar las funciones y tareas de cada cargo.		10/01/2014	10/06/2014	Coordinador de área	Todos los empleados de cada área	Incluido en honorarios del coordinador de área.	Talento humano y Gerencia
	3. Describir los riesgos a los que se expone cada trabajador en el desempeño de sus labores		10/01/2014	10/06/2014	Salud Ocupacional	Todos los empleados de cada área	Incluido en honorarios de profesional de Salud ocupacional.	Salud Ocupacional
	4. Establecer metas de desempeño y mecanismos de evaluación por cargo.		10/01/2014	10/06/2014	Coordinador de área	Todos los empleados de cada área	Incluido en honorarios del coordinador de área.	Jefe de Sección

### 9.3 TIPIFICACIÓN DE TAREAS POR ROL CON RIESGO ERGONÓMICO

Se encuentra que la institución cuenta con riesgos latentes y evidentes en las tareas comunes que desarrollan diariamente las personas que hacen parte del área Administrativa, Para cada uno de ellos se brindaran posibles soluciones basándonos

siempre en administrar información al personal de oficina, para prevenir y/o minimizar gran parte de los riesgos laborales a que están sometidos y sus consecuencias sobre su salud y su bienestar.

Dichos riesgos son:

**Digitación:** más del 80% del personal del área administrativa dura más de 4 horas realizando esta tarea, lo que ha generado molestias en miembros superiores especialmente en muñeca (tendencia a desarrollar túnel del carpo).

**Posturas persistentes:** muchas de las tareas de los empleados se deben desarrollar estáticamente en sus puestos de trabajo, generando estancias prolongadas; varias de los insumos requeridos para las tareas (sillas y escritorios) no cumplen con los criterios adecuados para generar buenas posturas, con lo anterior se ven posturas no ergonómicas que están conllevan el desarrollo de molestias en la espalda como lumbagos y ciática.

**Sobrecarga de trabajo:** cuando se presentan ausentismos, ya sea por incapacidades por enfermedad general o Licencias de Maternidad, las tareas que desarrolla el colaborador son distribuidas entre sus compañeros, lo que conlleva a que estos tengan sobrecarga en sus funciones ordinarias, generando estrés y un ambiente laboral de presión.

**Uso del teléfono:** se evidenció que a nivel ergonómico los puestos y accesorios para realizar esta función en la central de citas y recepciones, no cuentan con todos los insumos necesarios para el desarrollo de las tareas. Se sugiere implementar: balacas con micrófono, protectores de pantalla, adecuada ubicación de los equipos informáticos, sillas con apoya brazos, apoya pies y demás consideraciones contempladas en la estrategia de dimensiones y distribución de puestos de trabajo. Lo anterior con el fin de evitar sintomatología como dolor cabeza, hipoacusia y dolores cervicales.

Para los anteriores riesgos se fundamentara una estrategia con una identificación del riesgo anticipado; esto se realizará con la aplicación de una encuesta anual a todo el personal ver anexos 1-2, donde se identificarán algunos aspectos ergonómicos y psicosociales de los empleados.

Además se continuará con los exámenes médicos anuales para hacer un seguimiento objetivo a cada uno de los empleados que pertenecen a la institución, haciendo un comparativo año a año de ese empleado sano o de aquel que presenta algún síntoma o signo clínico sugestivo de enfermedad.

Con los resultados de lo anterior, se hace aplicación de la estrategia por riesgo encontrado: Si el riesgo es físico (diagnóstico de una patología, síntoma o signo) con una identificación de uno o varios órganos o miembros afectados, se realizara un estudio detallado por la ARL para la tipificación del riesgo y esclarecer si es por aspectos ergonómicos del puesto de trabajo o por aspectos propios de la edad o patologías de origen común, allí se aplicarán las estrategias del punto 9.1

Si el riesgo es mental, se trabajará inicialmente con recursos humanos un análisis sobre el manual de funciones del cargo que está desempeñando el empleado afectado, posteriormente se realizará una semana de seguimiento (trabajo de campo), donde se llevara un registro uno a uno de las actividades realizadas por el empleado en su jornada laboral, con el resultado del trabajo de campo se ejecutará un comparativo con las funciones por la cuales fue contratado.

Si el empleado está siendo sobrecargado con otras tareas o actividades, se tomarán las conductas pertinentes (contratar otra persona, distribuir con personas afines que no tengan tanta carga laboral y puedan desempeñar la tarea etc.)

Si está desarrollando todas las actividades para las cuales fue contratado y esto le está generando patologías que no son de carácter físico, se trabajaran ejercicios mentales, diseño de esquema de pausas cognitivas y sesiones de psicología para el manejo del estrés y demás alteraciones mentales.

PLAN DE ACCIÓN PARA TIPIFICACIÓN DE TAREAS POR ROL CON RIESGO ERGONÓMICO Y/O PSICOSOCIAL								
OBJETIVO	TAREA	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	RESPONSABLE	POBLACIÓN OBJETO	PRESUPUESTO ASIGNADO	SEGUIMIENTO
Prevenir y/o minimizar gran parte de los riesgos laborales a los que están sometidos los empleados y sus consecuencias sobre su salud y bienestar.	1. Aplicación de encuesta anual de riesgo ergonómico a todo el personal	1.1.Elaboración y Diseño de la encuesta	10/01/2014	10/02/2014	ARL	Todos los empleados de la institución	Correspondiente a los honorarios del empleado de Salud Ocupacional, Talento Humano, Coordinador de área	Salud Ocupacional y Talento Humano
		1.2Aplicación de la encuesta a trabajadores			Coordinadora de área			Salud Ocupacional y Talento Humano
		1.3 Recopilación y análisis de los datos	15/02/2014	15/03/2014	Salud Ocupacional			Salud Ocupacional y Talento Humano
		1.4 Definir y Socializar acciones	15/04/2014	30/04/2014	Dirección, Talento Humanos y Salud Ocupacional			Salud Ocupacional y Talento Humano
		1.5 Implementación	01/05/2014	16/12/2014	Salud Ocupacional y coordinador de cada área			Salud Ocupacional y Talento Humano
	2. Aplicación de encuesta anual de riesgos psicosociales a todo el personal	2.1 Elaboración Diseño de la encuesta	10/01/2014	10/02/2014	Grupo Asesor	Todos los empleados de la institución	Correspondiente a los honorarios del empleado de Salud Ocupacional, Talento Humano, Coordinador de área	Salud Ocupacional y Talento Humano
		2.2Aplicación de la encuesta a trabajadores						Coordinador de área
		2.3Recopilación y análisis de los datos	15/04/2014	30/04/2014	Talento Humano			Salud Ocupacional y Talento Humano
		2. Definir y Socializar acciones	15/04/2014	30/04/2014	Dirección, Talento Humanos y Salud Ocupacional			Salud Ocupacional y Talento Humano
		2.5 Implementación	01/05/2014	16/12/2014	Salud Ocupacional y Psicóloga			Correspondiente a los honorarios del empleado de Salud Ocupacional y psicóloga
	3. Análisis de sobrecarga de trabajo	3.1 Validación de Tareas (empleado específico)	A partir del 15/03/2014	15 días después del inicio	Auxiliar administrativo	Empleado que reporte sobrecarga de Trabajo	Correspondiente a los honorarios del empleado de Salud Ocupacional, Talento Humano, psicología y Auxiliar administrativo	Salud Ocupacional y Talento Humano
		3.2 Recopilación y Análisis de datos (manual de funciones y validación de tareas)	20 días después de finalizar el numeral 3.1	2 semanas después del inicio	Talento Humano y Psicología			Salud Ocupacional y Talento Humano

		3.3 Generación de estrategias y socialización con Talento Humano	inmediatamente después de finalizar el numeral 3.2	1 semana después del inicio	Psicología			Salud Ocupacional y Talento Humano
		3.4 Implementación	2 meses después de realizada la novedad		Psicología			Salud Ocupacional y Talento Humano

#### 9.4 IDENTIFICACION DE UNA CULTURA REACTIVA ANTE EL RIESGO OCUPACIONAL

El tema de la prevención de riesgos laborales como un factor determinante en el mejoramiento de la productividad y reducción de costos de todo tipo, a través de la prevención de incidentes, accidente y enfermedades laborales se convierte en un factor determinante, la identificación de los riesgos a los cuales está expuesto el capital humano durante la ejecución de sus tareas diarias es una prioridad que debe ser entendida de esta manera por parte de las directivas o la alta gerencia de una institución cuya razón de ser es propender por la salud de sus usuarios o pacientes, pues sería un contrasentido no atender a quienes trabajan en una institución cuya misión es precisamente esa.

Teniendo en cuenta la definición de riesgo como la probabilidad de que un objeto material, sustancia ó fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física del trabajador se debe ir adelante para evitar cualquier incidente y para ello se tienen que establecer e implementar estrategias que generen la cultura de evitar que el recurso humano estén expuesto a riesgos dentro del sitio donde desarrolle su actividad laboral.

Considerando que la mayor parte del día una persona se encuentra en el lugar de trabajo, es claro que ese sitio debe contar con unos parámetros de seguridad y comodidad que le permitan rendir en sus actividades y sentirse a gusto.



Prevenir cualquier evento que pueda generar un daño a la salud de los trabajadores dentro de la organización, es parte de la identificación de los procesos peligrosos en la empresa.

Independientemente de la organización se deben tener en consideración los riesgos laborales, entre los cuales están:

1. **MECÁNICOS:** Contempla todos los factores presentes en objetos, máquinas, equipos, herramientas, que pueden ocasionar accidentes laborales, por falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo, falta de herramientas de trabajo y elementos de protección personal.
2. **FÍSICOS:** Se refiere a todos aquellos factores ambientales que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos, tales como carga física, ruido, iluminación, radiación ionizante, radiación no ionizante, temperatura elevada y vibración, que actúan sobre los tejidos y órganos del cuerpo del trabajador y que pueden producir efectos nocivos, de acuerdo con la intensidad y tiempo de exposición de los mismos.
3. **QUÍMICOS:** Son todos aquellos elementos y sustancias que, al entrar en contacto con el organismo, bien sea por inhalación, absorción o ingestión, pueden provocar intoxicación, quemaduras o lesiones sistémicas, según el nivel de concentración y el tiempo de exposición.
4. **LOCATIVOS:** Las características de diseño, construcción, mantenimiento y deterioro de las instalaciones locativas pueden ocasionar lesiones a los trabajadores o incomodidades para desarrollar el trabajo, así como daños a los materiales de la empresa, como: Pisos, superficie del piso deslizante, escaleras, barandas, plataformas, andamios, muros, techos puertas y ventanas defectuosas o en mal estado. Falta de orden y aseo, señalización y demarcación deficiente, inexistente o inadecuada.

5. **BIOLÓGICOS:** Grupo de agentes orgánicos, animados o inanimados como los hongos, virus, bacterias, parásitos, pelos, plumas, polen (entre otros), presentes en determinados ambientes laborales, que pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas o intoxicaciones al ingresar al organismo. Igualmente, la manipulación de residuos animales, vegetales y derivados de instrumentos contaminados como cuchillos, jeringas, bisturís y de desechos industriales como basuras y desperdicios, son fuente de alto riesgo.
  
6. **ERGONÓMICOS:** Involucra todos aquellos agentes o situaciones que tienen que ver con la adecuación del trabajo, o los elementos de trabajo a la fisonomía humana. Representan factor de riesgo los objetos, puestos de trabajo, máquinas, equipos y herramientas cuyo peso, tamaño, forma y diseño pueden provocar sobre-esfuerzo, así como posturas y movimientos inadecuados que traen como consecuencia fatiga física y lesiones musculoesqueléticas.
  
7. **PSICOSOCIALES:** La interacción en el ambiente de trabajo, las condiciones de organización laboral y las necesidades, hábitos, capacidades y demás aspectos personales del trabajador y su entorno social, en un momento dado pueden generar cargas que afectan la salud, el rendimiento en el trabajo y la producción laboral.

Estos aspectos deben convertirse en unos elementos básicos al momento de iniciar actividades en una empresa y deben ser implementados como una cultura empresarial de prevención reflejada en rendimiento y previsión de riesgos.

PLAN DE ACCIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DE UNA CULTURA REACTIVA ANTE EL RIESGO OCUPACIONAL								
OBJETIVO	TAREA	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	RESPONSABLE	POBLACIÓN OBJETO	PRESUPUESTO ASIGNADO	SEGUIMIENTO
Generar cultura preventiva del riesgo	1. Socializar conceptos básicos frente a los riesgos a los que están expuestos los empleados	1.1 Retroalimentar al personal los cuidados a tener en su puesto de trabajo	15/01/2014	14/03/2014	Salud Ocupacional	Todos los empleados	Incluido en honorarios de profesional de Salud ocupacional.	Coordinador de área en forma semestral
	2. Generar cultura de gestión del riesgo en el puesto de trabajo.	2.1 Diseñar y Aprobar herramienta de recordación de cultura preventiva (Intranet)	20/04/2014	20/10/2014	Desarrollador de Software externo	Todos los empleados	\$ 6.000.000	
		2.2 Implementar herramienta de recordación de cultura preventiva	01/07/2014	indefinido				
	3. Seguimiento a la adherencia a partir del uso de la herramienta	3.1 Aplicación de entrevistas y cuestionarios	10/12/2014	10/01/2015 (se realizara semestral en el 2015)	Salud Ocupacional		Incluido en honorarios de profesional de Salud ocupacional.	Gerencia y Talento humano
	4. Recopilación y Análisis de Resultados		11/01/2015	30/01/2015	Salud Ocupacional		Incluido en honorarios de profesional de Salud ocupacional.	

## 9.5 SISTEMA DE MEDICION Y CONTROL DE IMPACTO DE ESTRATEGIAS OCUPACIONALES

Esto se puede lograr a través de la medición de indicadores propuestos, los cuales serán descritos a continuación.

1. Porcentaje de Días pagados por incapacidad por año en IPS de según Nivel
2. Porcentaje de variación de días de incapacidad por año en IPS de según Nivel
3. Porcentaje de variación de días de incapacidad por año en área de mayor incidencia en IPS de según Nivel
4. Porcentaje de variación del costo de incapacidades en IPS de segundo nivel
5. Porcentaje anual de la nómina equivalente a reconocimiento de incapacidades en IPS de según Nivel

6. Porcentaje de variación de incidencia de incapacidades anuales de origen osteomuscular en IPS de segundo nivel
7. Porcentaje anual de nómina del área que genero mayor costo por incapacidades en IPS de segundo Nivel

Para mayor ilustración y aclaración de los indicadores descritos se debe observar el anexo número 4 en donde están en detalle cada uno de estos.

PLAN DE ACCIÓN PARA ESTABLECER SISTEMA DE MEDICION Y CONTROL DE IMPACTO DE ESTRATEGIAS OCUPACIONALES								
OBJETIVO	TAREA	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	RESPONSABLE	POBLACIÓN OBJETO	PRESUPUESTO ASIGNADO	SEGUIMIENTO
Identificar el resultado de la gestión, análisis y definición de Acciones	1. Diseñar Indicadores de Gestión		02/07/2013	05/07/2013	Grupo Asesor	Todos los empleados de cada área	Ninguno	Coordinador de área
	2. Implementar indicadores, Análisis y Seguimiento		10/01/2014	Indefinido	Directivos y Coordinador de cada área		Incluido en los honorarios de los empleados responsables	Coordinador de área
	3. Desarrollar Acciones de acuerdo a resultados		10/02/2014	Indefinido	Coordinador de cada área y Salud Ocupacional		Incluido en los honorarios de los empleados responsables	Coordinador de área

## 9.6 CULTURA DEL AUTOCUIDADO

En los últimos años se ha venido trabajando sobre el marco de la salud a nivel laboral en la prevención y el mejoramiento de la calidad de vida del trabajador. A pesar de estos esfuerzos realizados por el área de salud ocupacional y las ARL se siguen evidenciando fallas en su aplicabilidad que repercuten tanto en el desempeño del trabajador como en el progreso de la empresa.

El autocuidado según la FISO (Fundación iberoamericana de seguridad y salud ocupacional), se define como: “la capacidad de las personas para elegir libremente la forma segura de trabajar y se relaciona con el conocimiento de los Factores de Riesgo que puedan afectar su desempeño y/o producir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales”<sup>(14,15)</sup> Es importante tener presente que el autocuidado es algo que debe ser tenido en cuenta y puesto en práctica por el trabajador por decisión propia y no por imposición. Pero si debe ser reforzado por un área específica dentro de la empresa.

El autocuidado forma parte importante dentro de la prevención y la seguridad en el trabajo, de este depende nuestro bienestar en el entorno laboral adoptando conductas adecuadas para prevenir y fomentar nuestro propio autocuidado. La educación en salud ocupacional se ha convertido en una necesidad para el futuro de las empresas y está tomando fuerza porque actualmente el mundo laboral cada vez es más competitivo y el trabajador debe tener en cuenta las medidas necesarias para proteger y cuidar su salud y las empresas deben tomar una conciencia para mejorar las condiciones del ambiente laboral y reforzar el autocuidado en cada uno de sus empleados.

Si se le dan las herramientas adecuadas al trabajador tales como: apoyo psicosocial y capacitaciones de manejo del stress laboral además se requiere implementar estrategias de autocuidado, mutuo cuidado y prevención, que funcionen en tres niveles paralelos y simultáneos, cada uno con modalidades de estrategia particulares logrando así mejorar la calidad de vida de los trabajadores y reduciendo los accidentes y enfermedades laborales, esto va a beneficiar el ambiente notablemente.

En el ámbito laboral se debe tener en cuenta la relación que existe entre el trabajo y la salud y tres aspectos fundamentales que se desprenden de esta relación como son los accidentes y enfermedades laborales, la presencia de factores de riesgo en el área de trabajo y su entorno y el incremento de enfermedades relacionadas con el trabajo. De esto se infiere que el ambiente laboral y los puestos de trabajo deben cumplir con las condiciones adecuadas y el personal debe ser el idóneo y cumplir con un entrenamiento apropiado para el rol que va a desempeñar.

Existen ciertas pautas generales dentro del autocuidado como son:

Auto evaluación personal: Identificar sus propias conductas de riesgo, necesidad de cambio o mejoras.

Autorregulación del comportamiento: Expresión y control de las emociones, ideas, auto instrucciones.

Formular metas de conducta: Alcanzar continuamente nuevas metas y objetivos personales y laborales.

Efectos del autocuidado:

Se podrá afrontar exitosa y positivamente las situaciones adversas.

Se creara una relación cordial y buena aptitud en el trabajo.

Se tendrán conductas empáticas y asertivas.

Se responsabilizará cada individuo de su vida y salud en su entorno laboral.

Para cumplir con el objetivo del autocuidado se deben tener en cuenta las siguientes estrategias, como son:

- Analizar dolencias y trastornos de diferentes causas, muchas veces generado por hábitos posturales inadecuados:

El uso de un Buzón de sugerencias en el área de salud ocupacional donde los empleados refieran de forma escrita la sintomatología que presenten durante el desarrollo de sus tareas, y el posterior análisis de los formatos diligenciados generara una cultura formal de reporte y seguimiento a estos casos por parte Salud ocupacional

- Conocer y practicar Pausas Activas o gimnasia laboral

Que el personal tanto asistencial como administrativos de una institución realice técnicas de relajación, respiración y estiramientos dos veces al día con una duración entre cinco y siete minutos es importante resaltar que cada ejercicio se realizara durante diez segundos mejorara la productividad el rendimiento las condiciones de trabajo y disminuirá las incapacidades.

Para recordarle al empleado se pondrán avisos en los computadores en la media mañana y en la media tarde con una secuencia de ejercicios básicos a realizar.

- Adoptar buenos hábitos de alimentación.

Los alimentos son imprescindibles para la vida, suministran nutrientes y energía necesaria para mantenerse saludable y activo el día a día para fomentar una buena alimentación se les brindara una jornada gourmet donde se les enseñara conceptos básicos para una alimentación balanceada. Mensualmente salud ocupacional enviara un correo informativo con recetas prácticas y nutritivas o links donde pueden en contra información.

- Realizar exámenes médicos periódicos

Se debe continuar con los exámenes periódicos a todo el personal con tercerización del servicio encargado de llevarlos a cabo para tener resultados más objetivos y con estos, salud ocupacional realizara un seguimiento a las tres primeras causas de sintomatología persistente, para generar prevención secundaria con apoyo de la ARL

- Fomentar hobbies o actividades lúdicas en las cuales se evidencie la obligatoriedad de la participación por parte del personal para que adquieran esas actividades para cultivar intereses y aficiones ajenas al trabajo que puedan ser beneficiosas como cultura de salud.

Como tácticas y planes de acción en la prevención de enfermedades y accidentes laborales en las empresas se deben realizar campañas de salud laboral anuales, charlas de autocuidado trimestrales con diversidad de temas, cursos de aplicación de la ergonomía semestrales y charlas trimestrales sobre los accidentes que se pueden presentar mientras se realizan actividades laborales así como el reporte a la ARL y este trabajo debe ser supervisado por el comité llamado COPASO.

Involucrar a los trabajadores del área operativa en reuniones mensuales con los líderes, donde se compartan los resultados y evolución de la gestión de la empresa, fortaleciendo el sentido de pertenencia y favoreciendo el clima laboral con el acercamiento de las directivas a los trabajadores. Concientización de la importancia de gestionar el riesgo desde cada rol creando un cronograma de temas a socializar en la red interna y retroalimentando la percepción de los mismos en dichas reuniones.



La creación de espacios para el crecimiento de los trabajadores, bien sea este mediante un canal virtual o presencial que vaya haciendo escuela, en contenidos que afiancen las competencias del saber ser y del saber hacer de los individuos, va estructurando una plataforma de seminarios y cursos que a su vez sirven de escenarios de integración entre las personas de diferentes áreas.

Estas actividades están dirigidas a los trabajadores de las diferentes áreas: Dirección administrativa, atención al usuario, facturación, educación, investigación, mercadeo, terapia, sueño, procedimientos pulmonar y unidad de cuidados médicos intensivos; para Fortalecer la promoción de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos profesionales.

PLAN DE ACCIÓN PARA GENERAR CULTURA DE AUTOCUIDADO								
OBJETIVO	TAREA	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	RESPONSABLE	POBLACIÓN OBJETO	PRESUPUESTO ASIGNADO	SEGUIMIENTO
REDUCIR EL AUSENTISMO Y LAS INCAPACIDADES Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES	1. Estudio de signos, síntomas y trastornos de diferentes causas por medio de un buzón de sugerencias.	1.1 Diseño del formato y del buzón de recolección de la información.	10/01/2014	23/01/2014	Salud Ocupacional	Todos los empleados	Correspondiente a los honorarios del empleado de salud ocupacional	Salud Ocupacional: Quincenal
		1.2 Análisis y tabulación de datos.	03/02/2014	14/02/2014				
		1.3 Elaboración de informe de resultados.	17/02/2014	21/01/2014				
	2. Conocer y practicar pausas activas y gimnasia laboral.	2.1 Diseñar programa para realizar pausas activas por medio de la red de computo de la institución.	10/02/2014	10/08/2014	Área de sistemas o un desarrollador de Software externo.	Todos los empleados	Correspondiente a los honorarios del empleado responsable o \$10.000.000 con proveedor externo.	Área de Sistemas: Trimestral
		2.2 Implementar el programa con avisos en los computadores dos veces al día y una vez en la noche.	12/08/2014	Indefinidamente	Salud Ocupacional y Desarrollador del Software			
		2.3 Hacer jornadas de relajación y actividad física.	10/02/2014	Indefinidamente (Jornada Mensual)	ARL			
	3. Generar buenos hábitos de alimentación.	3.1 Realizar una jornada gourmet donde se enseñarán conceptos básicos para una alimentación balanceada.	10/02/2014	10/02/2014 (Semestral)	Salud Ocupacional	Todos los empleados de cada una de las áreas.	Correspondiente a los honorarios de empleado de Salud ocupacional.	Salud Ocupacional: Trimestral
	4. Fomentar hobbies o actividades lúdicas	5.1 Realizar convenios con Caja de compensación familiar	24/02/2014	Indefinida				
	5. Cursos de aplicación de la ergonomía	6.1 Cursos de aplicación de la ergonomía.	15/03/2014	29/03/2014	ARL		Brindado por la ARL	Salud Ocupacional: Trimestral

Se ha considerado que la creación de intranet para la institución puede ser una herramienta que integre el desarrollo de las estrategias anteriormente descritas y sirve también como mecanismo para mantener informados a los trabajadores sobre asuntos de interés general en la organización y fortalecimiento del sentido de pertenencia. Para ello debe contemplar los siguientes contenidos:

- Políticas de la organización en sus diferentes áreas.
- Manual de gestión de Calidad.
- Programas académico-científicos en desarrollo.
- Cursos virtuales que fortalezcan el desempeño laboral: Ej. Bioseguridad, Excel, Liderazgo, Trabajo en Equipo, Autocuidado y Gestión de Riesgos, Manejo responsable de la información, Seguridad del paciente, Calidad, Manual de funciones.
- Acceso a aplicativos de salud ocupacional: Pausas activas, Recomendaciones ergonómicas, Conductas seguras para prevención de enfermedades y accidentes laborales.
- Información de programas o actividades disponibles en la Caja de Compensación a la que se encuentran afiliados.
- Blog o foro con las Directivas.
- Novedades en la prestación del servicio.
- Indicadores económicos del país.
- Cumpleaños de los trabajadores.
- Directorio con las extensiones telefónicas y correo electrónico institucional de los trabajadores.

Dar alcance a las iniciativas de corresponsabilidad en la gestión del riesgo, al personal operativo:

- Delegar semanalmente un integrante de cada área para desarrollar las pausas activas con sus compañeros y llevar un registro de ello, incentivando su cumplimiento.
- Desarrollar un concurso interno para escoger el nombre y crear una mascota institucional que personifique los tips de autocuidado y permanezca en cada área recordando al personal su importancia.

- Enviar carta con sugerencias de conductas seguras ante enfermedades prevenibles, cuando el empleado se reintegre de una incapacidad.

Los costos de la implementación de las estrategias sugeridas es de \$85.000.000 de pesos por todo el tiempo que se tiene previsto para el desarrollo de cada una de ellas, es importante resaltar que varias de las actividades planteadas serán llevadas a cabo por personal de la institución.

## 10. ANEXOS

### Anexo N° 1



### ENCUESTA

**Cordial saludo.**

**El propósito de este documento es totalmente académico y no tiene repercusiones a nivel laboral. Esperamos contar con su sincera colaboración:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

1. Tiempo que lleva en el puesto de trabajo:  
Menos de 2 años \_\_\_\_\_  
Entre 2 y 6 años \_\_\_\_\_  
Entre 6 y 10 años \_\_\_\_\_  
Más de 10 años \_\_\_\_\_
  
2. Horario de trabajo:  
Diurno \_\_\_\_\_  
Nocturno \_\_\_\_\_
  
3. Que actividades o hobbies realiza en su tiempo libre?  
Leer: \_\_\_\_\_  
Ver televisión: \_\_\_\_\_  
Practicar un Deporte: \_\_\_\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_  
Asistir a eventos culturales: \_\_\_\_\_
  
4. Cuantas personas tiene a cargo en su familia?  
\_\_\_\_\_
  
5. Realiza tareas domésticas en su hogar?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. Ha estado enfermo en los últimos 6 meses?  
Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
7. Recibió inducción en el puesto de trabajo  
Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Por quien:\_\_\_\_\_
8. ¿Se encuentra sometido habitualmente a una presión excesiva de tiempos en la realización de sus tareas?  
Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
9. ¿El trabajo que realiza habitualmente, le produce situaciones de sobrecarga fatiga mental, visual o postural?  
Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Cual:\_\_\_\_\_
10. ¿El tipo de actividad que realiza le permite seguir su propio ritmo de trabajo y hacer pequeñas pausas voluntarias para prevenir la fatiga?  
Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
11. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?  
Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
12. ¿A tenido que reemplazar por cortos o largos periodos de tiempo algún compañero de su área?  
Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**Gracias por su tiempo y disposición en el diligenciamiento de esta encuesta.**

## Anexo N° 2

EMPRESA: \_\_\_\_\_

### ENCUESTA SOBRE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ SECCION \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 SEXO: F M ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ FECHA INGRESO: \_\_\_\_\_ ANTIGUEDAD EN EL CARGO: \_\_\_\_\_

1. Tipo de carga que manipula: a) 0, a 10, Kg b) 11, a 25, Kg c) mas de 30, Kg

2. En el siguiente esquema encontrara dos cuadros del cuerpo humano, el cual esta dividida en 22 partes, cada parte representa áreas del cuerpo. Para cada parte hay una numeración del 1 al 3, utilizando esta escala numérica usted debe calificar la incomodidad que siente en la parte del cuerpo correspondiente (solo marque y califique la parte que le molesta)

1: LEVE 2: MODERADO 3: SEVERO.

LADO IZQUIERDO			LADO DERECHO	
No de región	Grado de molestia		No de región	Grado de molestia
1. hombro	1 2 3		12. hombro	1 2 3
2. brazo	1 2 3		13. brazo	1 2 3
3. antebrazo, codo	1 2 3		14. antebrazo, codo	1 2 3
4. muñeca, mano	1 2 3		15. muñeca, mano	1 2 3
5. cuello	1 2 3		16. cuello	1 2 3
6. espalda dorsal	1 2 3		17. espalda dorsal	1 2 3
7. espalda lumbar	1 2 3		18. espalda lumbar	1 2 3
8. gluteos	1 2 3		19. gluteos	1 2 3
9. muslo	1 2 3		20. muslo	1 2 3
10. rodilla, pierna	1 2 3		21. rodilla, pierna	1 2 3
11. tobillo, pie	1 2 3		22. tobillo, pie	1 2 3

3. Señale con alguna de estas palabras la mejor forma de describir esta molestia

a) Dolor b) Quemadura c) Calambre d) Adormecimiento e) Hinchazón f) Debilidad g) Rigidez h) Otro \_\_\_\_\_

4. Cuantos episodios a tenido en el año: a) uno b) dos c) tres d) mas de tres

5. Cuando fue la primera vez que noto el problema: \_\_\_\_\_ años, \_\_\_\_\_ meses.

6. Cuanto le dura la molestia referida: a) \_\_\_\_\_ horas b) \_\_\_\_\_ días c) \_\_\_\_\_ semanas d) \_\_\_\_\_ meses

### Anexo N°3

#### FICHA TÉCNICA PARA LA FORMULACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN

**INSTITUCIÓN:**

**FECHA:**

<b>Nombre del Indicador</b> 1	Porcentaje de Días pagados por incapacidad por año en IPS de según Nivel
<b>Propósito</b>	Orientar acciones que disminuyan el número de días de ausencia por incapacidad.
<b>Responsable de la Toma de Decisiones</b>	Recursos Humanos y Dirección
<b>Estándar</b>	Limite inferior: 0.1% Limite medio: 0.5 % Limite superior: 1%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Definición Operacional y Datos Requeridos</b>	El numerador será el total de días pagados por incapacidad en un año determinado, sobre el número total de días pagados en nomina por 100.  % de días pagados : $\frac{\text{TOTAL DIAS PAGADOS POR INCAPACIDAD} \times 100}{\text{TOTAL DIAS PAGADOS EN NOMINA}}$
<b>Fuente de Datos</b>	Software de Nomina
<b>Responsable de Generar los Datos</b>	Coordinadora de Nomina
<b>Responsable de Generar el Indicador</b>	Coordinadora de Salud ocupacional



<b>Nombre del Indicador 2</b>	Porcentaje de variación de días de incapacidad por año en IPS de según Nivel
<b>Propósito</b>	Identificar la tendencia de los días de ausencia por incapacidad
<b>Responsable de la Toma de Decisiones</b>	Recursos Humanos y Dirección
<b>Estándar</b>	Limite inferior: 15% Limite medio: 20% Limite superior: 25%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Definición Operacional y Datos Requeridos</b>	El numerador será la diferencia del número de días de incapacidad entre un año y el anterior, sobre el numero total de días de incapacidad del ultimo año por 100.  % de variación de días: $\frac{\text{DIFERENCIA DE DIAS DE INCAPACIDAD de incapacidad por año ENTRE EL ULTIMO AÑO Y EL INMEDIATAMENTE ANTERIOR}}{\text{TOTAL DE DIAS DE INCAPACIDAD DEL ULTIMO AÑO}} \times 100$
<b>Fuente de Datos</b>	Software de Nomina
<b>Responsable de Generar los Datos</b>	Coordinadora de Nomina
<b>Responsable de Generar el Indicador</b>	Coordinadora de Salud ocupacional

<b>Nombre del Indicador 3</b>	Porcentaje de variación de días de incapacidad por año en area de mayor incidencia en IPS de según Nivel
<b>Propósito</b>	Medir el impacto de las acciones implementadas durante un año, en una área foco
<b>Responsable de la Toma de Decisiones</b>	Recursos Humanos y Dirección
<b>Estándar</b>	Limite inferior: 10% Limite medio: 15% Limite superior: 20%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Definición Operacional y Datos Requeridos</b>	<p>El numerador será la diferencia del número de días de incapacidad entre un año y el anterior en area de mayor incidencia, sobre el número total de días de incapacidad del último año por 100.</p> <p>% de variación de días de incapacidad en el área de mayor incidencia:</p> $\frac{\text{DIFERENCIA DE DIAS DE INCAPACIDAD ENTRE EL ULTIMO AÑO Y EL INMEDIATAMENTE ANTERIOR}}{\text{TOTAL DE DIAS DE INCAPACIDAD DEL ULTIMO AÑO EN EL AREA DE MAYOR INCIDENCIA}} \times 100$
<b>Fuente de Datos</b>	Software de Nomina
<b>Responsable de Generar los Datos</b>	Coordinadora de Nomina
<b>Responsable de Generar el Indicador</b>	Coordinadora de Salud ocupacional

<b>Nombre del Indicador 4</b>	Porcentaje de variación del costo de incapacidades anuales en IPS de segundo nivel
<b>Propósito</b>	Identificar la tendencia en costos generados de las incapacidades de la IPS
<b>Responsable de la Toma de Decisiones</b>	Recursos Humanos y Dirección
<b>Estándar</b>	Limite inferior: 15% Limite medio: 20% Limite superior: 25%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Definición Operacional y Datos Requeridos</b>	Porcentaje de variación del costo de incapacidades en IPS de segundo nivel: Diferencia en costos de las incapacidades del ultimo año y el inmediatamente anterior $\frac{\text{Diferencia en costos de las incapacidades del ultimo año y el inmediatamente anterior}}{\text{Costo de incapacidades del ultimo año}} \times 100$
<b>Fuente de Datos</b>	Software de Nomina
<b>Responsable de Generar los Datos</b>	Coordinadora de Nomina
<b>Responsable de Generar el Indicador</b>	Coordinadora de Salud ocupacional

<b>Nombre del Indicador 5</b>	Porcentaje anual de la nómina equivalente a reconocimiento de incapacidades en IPS de segundo Nivel
<b>Propósito</b>	plantear acciones para disminuir los costos derivados de las incapacidades
<b>Responsable de la Toma de Decisiones</b>	Recursos Humanos y Dirección
<b>Estándar</b>	Limite inferior: 1% Limite medio: 3% Limite superior: 5%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Definición Operacional y Datos Requeridos</b>	% anual de la nómina equivalente a reconocimiento de incapacidades en IPS de segundo Nivel: $\frac{\text{Costo de la nómina anual}}{\text{Costos en reconocimiento de incapacidades anual}} \times 100$
<b>Fuente de Datos</b>	Software de Nómina
<b>Responsable de Generar los Datos</b>	Coordinadora de Nómina
<b>Responsable de Generar el Indicador</b>	Coordinadora de Salud ocupacional

<b>Nombre del Indicador 6</b>	Porcentaje de variación de incidencia de incapacidades anuales de origen osteomuscular en IPS de segundo nivel
<b>Propósito</b>	Medir impacto de las acciones tomadas anualmente frente a una patología identificada
<b>Responsable de la Toma de Decisiones</b>	Recursos Humanos y Dirección
<b>Estándar</b>	Limite inferior: -5% Limite medio: -10% Limite superior: -15%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Definición Operacional y Datos Requeridos</b>	% de variación de incidencia de incapacidades anuales de origen osteomuscular en IPS de segundo nivel:  $\frac{\text{Diferencia del total de días de incapacidad del último año y el inmediatamente anterior}}{\text{Total de días de incapacidades del último año}} \times 100$
<b>Fuente de Datos</b>	Software de Nómina
<b>Responsable de Generar los Datos</b>	Coordinadora de Nómina
<b>Responsable de Generar el Indicador</b>	Coordinadora de Salud ocupacional

<b>Nombre del Indicador 7</b>	Equivalencia porcentual de pago de incapacidades en la nómina del área que general el mayor número de ausencias en IPS de segundo nivel.
<b>Propósito</b>	plantear acciones para disminuir los costos derivados de las incapacidades de un área específica
<b>Responsable de la Toma de Decisiones</b>	Recursos Humanos y Dirección
<b>Estándar</b>	Límite inferior: 1% Límite medio: 3% Límite superior: 5%
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Definición Operacional y Datos Requeridos</b>	% anual de nómina del área que genero mayor costo por incapacidades en IPS de segundo Nivel: $\frac{\text{Costo total de la nomina anual del área que genero mayores incapacidades}}{\text{Costos anuales generados por incapacidades en el área de mayor costo}} \times 100$
<b>Fuente de Datos</b>	Software de Nómina
<b>Responsable de Generar los Datos</b>	Coordinadora de Nómina
<b>Responsable de Generar el Indicador</b>	Coordinadora de Salud ocupacional

## Anexo N°4

DESCRIPCIÓN Y PERFIL DE CARGO	AREA: _____ SECCIÓN: _____ FECHA: _____	LOGO INSTITUCIONAL
-------------------------------	---	--------------------

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO

DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_

NIVEL: \_\_\_\_\_ ASIGNACIÓN SALARIAL: \_\_\_\_\_

CARGO DEL JEFE INMEDIATO: \_\_\_\_\_

### 2. OBJETIVO GENERAL DEL CARGO

### 3. REQUISITOS MÍNIMOS

3.1 FORMACIÓN ACADÉMICA

3.2 EXPERIENCIA LABORAL

4. RESPONSABILIDADES	NIVEL		
	ALTO	MEDIO	BAJO
a. Bienes y valores (¿cuáles?)			
b. Información (¿cuál?)			
c. Relaciones interpersonales o Personas a Cargo (¿cuál?)			
d. Dirección y coordinación (¿de qué nivel jerárquico?)			
e. Calidad del Producto o Servicio			
f. Normas y Procedimientos del área y de la empresa (¿cuáles?)			

#### 5. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

FUNCIONES	OBJETIVO	PERIODICIDAD	TIPO

<b>Convenciones</b>	TIPO DE FUNCIÓN	Ejecución (e)	Análisis (a)	Dirección (d)	Control (c)
	PERIODICIDAD	Ocasional (o)	Diaria (d)	Mensual (m)	Trimestral (t)



## 6. DESCRIPCIÓN DE TAREAS ESPECÍFICAS

TAREAS	RESULTADOS	
	INDICADOR	FRECUENCIA

7. COMPETENCIAS		NIVEL		
		ALTO	MEDIO	BAJO
7.1 GENERALES				
1	Adaptación			
2	Ambición profesional			
3	Análisis			
4	Aprendizaje			
5	Asertividad			
6	Autocontrol			
7	Autonomía			
8	Creatividad			
9	Delegación			
10	Dinamismo			
11	Flexibilidad			
12	Independencia			
13	Iniciativa			
14	Integridad			
16	Liderazgo			
17	Negociación y conciliación			
18	Orientación al servicio			
19	Persuasión			
20	Planificación y Organización			

7.2 TÉCNICAS				
1	Atención al detalle			
2	Atención al público			
3	Auto organización			
4	Comunicación no verbal			
5	Comunicación oral y escrita			
6	Disciplina			
7	Razonamiento numérico			
8	Sentido de Urgencia			

8. REQUERIMIENTOS FÍSICOS Y MENTALES	PORCENTAJE DE LA JORNADA LABORAL			
	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
<b>8.1 CARGA FÍSICA</b>				
a. Posición Sedente				
b. Posición Bípeda				
c. Posturas mantenidas				
d. Alternar posiciones				
e. Motricidad Gruesa				
f. Motricidad Fina				
g. Destreza Manual				
h. Levantamiento y Manejo de Cargas				
i. Velocidad de Reacción				
<b>8.2 CARGA MENTAL</b>				
a. Recibir información oral/escrita				
b. Producir información oral/escrita				
c. Análisis de información				
d. Emitir respuestas rápidas				
e. Atención				
f. Concentración				
g. Repetitividad				
h. Monotonía				
i. Tareas de precisión visimotora				
j. Habilidad para solucionar problemas				
k. Interpretación de signos y símbolos				
l. Percepción causa - efecto				
m. Valoración de la realidad				

8.3 PERCEPCIÓN				
a. Percepción Visual				
b. Percepción auditiva				
c. Percepción gustativa				
d. Percepción olfatoria				
e. Percepción táctil				
f. Percepción / discriminación de detalles				
g. Integración sensorial requerida				
h. Diferenciación figura fondo				
i. Relaciones espaciales				
j. Kinestesia				
k. Propiocepción				
l. Esterognosia				
m. Constancia de la forma				
n. Percepción del color				
o. Planificación motora				

9. EXPOSICIÓN A RIESGOS	NIVEL		
	ALTO	MEDIO	BAJO
<b>9.1 RIESGOS FÍSICOS</b>			
Ruido			
Polvo			
Olores			
Radiación lumínica			
<b>9.2 RIESGOS QUÍMICOS</b>			
Sustancias Químicas			
<b>9.3 RIESGOS MECÁNICOS</b>			
Manipulación de Herramientas			
Manipulación de Equipos			
Manipulación de Maquinaria			
<b>9.4 RIESGOS ERGONÓMICOS</b>			
Levantamiento de Pesos			
Posturas inadecuadas			
Actividades repetitivas			
<b>9.5 RIESGOS ELÉCTRICOS</b>			
Instalaciones y Equipos			

9.6 RIESGOS BIOLÓGICOS			
Agentes infecciosos			

Elaborado por:

Revisado en Talento Humano por:

Aprobado por:

Revisado en Salud Ocupacional por:

10. EXÁMENES OCUPACIONALES DE INGRESO		
TIPO	REQUERIDO	NO REQUERIDO
a. Exámen Médico		
b. Visiometría		
c. Audiometría		
d. Espirometría		
e. Cuadro Hemático		
f. Glicemia		
g. Frotis de Sangre Periférico		
h. Radiografía de columna		

## 11.CONCLUSIONES

Se evidenció que los costos asumidos por la organización asociados a ausentismo e incapacidades corresponden al 1% de la nomina anual, tiempo laboral perdido (3.84 años) e impacto en el bienestar de los trabajadores. Hay un costo psicosocial y de productividad significativo que afecta el clima laboral y el rendimiento de la empresa; adicionalmente hubo un incremento de 729 días de ausencia en el 2012 con respecto al año inmediatamente anterior.

Se observó que la patología de mayor incidencia en el 2011 y 2012 fue el trastorno osteomucular con un incremento del 23.9% entre un año y otro seguido de alteraciones ginecológicas y enfermedades infecciosas. No fue posible establecer nexos de causalidad o tipificar patologías por cargo ya que no se cuenta con los perfiles de cargo y manuales de funciones en la institución.

Se considera que los puestos de trabajo con requerimientos mínimos, perfiles de cargo, manual de funciones, tipificación de roles e identificación de cultura reactiva son herramientas fundamentales para minimizar los riesgos que se pueden presentar; es importante que la motivación interna parta del autocuidado de los empleados para lograr una adherencia real a estos conceptos y actividades.

Al implementar sistemas de medición periódicos y establecer análisis y seguimiento de sus resultados se puede gestionar el riesgo proactivamente.

## GLOSARIO

**ACCIDENTE DE TRABAJO O LABORAL:** “Es accidente de trabajo 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, aun fuera del lugar y horas de trabajo. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad. Las legislaciones de cada país podrán definir lo que se considere accidente de trabajo respecto al que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa.” Adoptada en 2007 por el Ministerio de Protección Social de la Decisión 584 de 2004 de la Comunidad Andina (CAN).

**CARGA:** De acuerdo con Serrano y Sobrino, se denomina a cualquier objeto animado o inanimado que se caracterice por un peso, una forma, un tamaño y un agarre. Incluye personas, animales y materiales que requieran del esfuerzo humano para moverlos o colocarlos en su posición determinada.

**CARGA FÍSICA:** Hace referencia a carga física de trabajo se define como "el conjunto de requerimientos físicos a los que está sometido el trabajador durante la jornada laboral". Se basa en el trabajo muscular estático y dinámico. La carga estática viene determinada por las posturas, mientras que la carga dinámica está determinada por el esfuerzo muscular, los desplazamientos y el manejo de cargas (Fundación MAPFRE, 1998)

**CAUSACIÓN:** La contabilidad por causación reconoce la realización de los hechos económicos en el momento mismo en que surgen los derechos o las obligaciones ante un tercero, no necesariamente implica que estos se hayan hecho efectivos.

**COSTO:** Es la consecuencia de producir un bien o prestar un servicio e impacta dicho producto. Corresponde a una inversión en dinero efectuada por una organización o por una persona natural, con el objeto de efectuar labores, de producir un producto, comercializar mercancías y/o prestar servicios. <sup>(2)</sup>

**DEPRECIACIÓN:** Es el valor que van perdiendo los activos fijos de una organización, como consecuencia del desgaste por uso. Para calcular la depreciación anual, se toma el valor de compra del activo y se divide por el número de años de vida útil, y si se quiere calcular mensual, el valor anual se divide en 12.

**DESENLACE:** Final de un acontecimiento o suceso que se ha desarrollado durante cierto tiempo Las consecuencias evaluadas fueron el DLI y la ED, así como las repercusiones de las mismas sobre la salud y desempeño laboral de los trabajadores

**EL TRABAJADOR:** Definido como “Caso”, será aquel que presente sintomatología dolorosa específica o el que presente un diagnóstico definido. Estos continuarán el manejo médico de acuerdo con las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento.

**ENFERMEDAD LUMBAR (CIE 10: M545):** Sensación de dolor o molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física. Suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado.

**FUERZA:** Se refiere a la tensión producida en los músculos por el esfuerzo requerido para el desempeño de una tarea. Existe riesgo derivado de la fuerza cuando:

- Se superan las capacidades del individuo.
- Se realiza el esfuerzo en carga estática
- Se realiza el esfuerzo en forma repetida.
- Los tiempos de descanso son insuficientes.

**GASTO:** Es un desembolso de dinero realizado por una persona natural o una institución, con el objetivo de administrar adecuadamente el negocio y también con el propósito de ejecutar las labores de venta, promoción y distribución de productos o servicios prestados. Se presenta por la ejecución de labores administrativas y de ventas, no es percibido en el producto.

**INCAPACIDAD TEMPORAL:** Se define como la situación en la que un trabajador no puede realizar su trabajo habitual debido a una enfermedad o un accidente.

**LUMBALGIA INESPECÍFICA:** Implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos o enfermedades sistémicas (como espondilitis o afecciones infecciosas o vasculares, neurológicas, metabólicas, endocrinas o neoplásicas) y que no existe compresión radicular demostrada ni indicación de tratamiento quirúrgico.

**MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS:** Es cualquier actividad en la que se necesite ejercer el uso de fuerza por parte de una o varias personas, mediante las manos o el cuerpo, con el objeto de elevar, bajar, transportar o agarrar cualquier carga.

**MOVIMIENTO:** Es la esencia del trabajo y se define por el desplazamiento de todo el cuerpo o de uno de sus segmentos en el espacio.

**OBLIGACIONES LABORALES:** Compromisos que se adquieren al vincular a un trabajador a la empresa y son de obligatorio cumplimiento por Ley. Corresponden



a: Prestaciones sociales (Cesantías, Prima de Servicios, Vacaciones, Intereses a las Cesantías), Aportes a la Seguridad Social (Salud, Pensión y Riesgos laborales), Aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA, Caja de Compensación Familiar)

**POSTURA:** Se define como la relación de las diferentes partes del cuerpo en equilibrio (Keyserling, 1999).

**RENTABILIDAD:** Es el interés que genera el patrimonio que los socios tienen invertido en la empresa.

**TRABAJADOR DEPENDIENTE:** Asalariado del sector público o privado, así como los trabajadores del servicio doméstico.

**TRABAJO ESTÁTICO:** Es aquel en el que la contracción muscular es continua y mantenida.

**TRABAJO DINÁMICO:** Es cuando se suceden contracciones y relajaciones de corta duración.

**UTILIDAD:** Es el resultado de restarle a los ingresos, la suma de los costos y de los gastos, en cuyo evento, si los ingresos son mayores habrá utilidad y aumento del patrimonio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Loza Cesar, Castillo-Portilla Manuel, Rojas José Luis, Huayanay Rev Leandro. PRINCIPIOS BÁSICOS Y ALCANCES METODOLÓGICOS DE LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS EN SALUD. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2011; 28(3):518-27.
2. Castebianco Omar Eduardo. CÓMO DEFINIR LOS COSTOS DE TU EMPRESA. Secretaría Distrital de Desarrollo. Editorial Kimpres. Bogotá. 2009.ISBN: 978-958-688-285-9.
3. Pamiás Massana Montserrat & Cols. EL COSTE SOCIAL DE LA DEPRESIÓN EN LA CIUDAD DE SABADELL (2007-2008). Gac Sanit; 26(2) Barcelona mar.-abr. 2012
4. Plazz U, Carmona A, Velásquez M. COSTOS DE LOS ACCIDENTES. Puerto la Cruz. Julio 2010. [www.slideshare.net/uzzi28/trabajo-de-costos-de-accidentes](http://www.slideshare.net/uzzi28/trabajo-de-costos-de-accidentes).
5. Hernández Janeth, Hernández Iván. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. Rev. Salud pública. 7 (2): 130-144, 2005.

6. Ureña J, Ulate E. COSTOS DE LAS INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD Y RIESGOS DEL TRABAJO DE LOS EMPLEADOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (C.C.S.S.) del sitio web [http://decon.edu.uy/network/pdfs/mata\\_acuna.pdf](http://decon.edu.uy/network/pdfs/mata_acuna.pdf)
7. Organización Internacional del Trabajo. ASEGURAMIENTO DE RIESGOS LABORALES: PRINCIPIOS E INSTRUMENTOS. OIT. (2005)
8. Concha A, Velandia E. SEGUROS DE PERSONAS Y SEGURIDAD SOCIAL, EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES. Federación de Aseguradores Colombianos. Junio de 2011.
9. Ministerio de Protección Social. INFORME DE ENFERMEDAD PROFESIONAL 2001 2002. Una oportunidad para la Prevención.
10. Caracterización de los accidentes de trabajo calificados 2009 -2010 en el departamento de Cundinamarca excluyendo la ciudad de Bogotá. Trabajo de grado Universidad nacional de Colombia; Ángela Rita Tabares Serna, Bogotá 2011.
11. Estimación de la incidencia de enfermedades ocupacionales en Colombia 1985 -2000. Álvaro Javier Idovro; Revista de salud pública 5(3):263 -271, 2003.

12. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo (B.O.E. de 23 de abril) y Guía Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

13. M. Perea. TRABAJO SOBRE DISEÑO ANTROPOMÉTRICO DE PUESTOS DE TRABAJO, Escuela colombiana de ingeniería industrial. Edición 2009 - 1, página 18.

14. [www.fiso-web.org](http://www.fiso-web.org)

15. [www.oit.org.pe](http://www.oit.org.pe)