

**Propuesta de Intervención ante Riesgo Biológico por virus SARS CoV-2 (COVID-19),
para Institución Hospitalaria. La Dorada-Caldas, 2020**

Lina María López Castro

Luisa Fernanda Marín Ocampo

José Ferney Rivera Álzate

Noviembre 2020.

Universidad de Manizales

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Especialización en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo,

Cohorte VI.

Tabla de Contenido.

	Págs.
1.Planteamiento del Problema	4
2. Justificación	8
3. Objetivos	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos	11
4, Marco Referencial	12
4.1. Marco de antecedentes	12
4.1.1 Desde el orden internacional	12
4.1.2 Desde el orden nacional	18
4.2. Marco teórico	25
4.3. Marco conceptual	27
4.4 Marco legal	29
5. Diseño Metodológico	35
6. Resultados	40
6.1 Reconocimiento temprano y control de fuente (persona infectada)	40
6.2 Controles ambientales y de ingeniería (medio)	40
6.3 Elementos de Protección Personal (persona)	41
6.4 Uso, apropiación y cumplimiento de protocolos	41
6.5 Controles administrativos	42
6.6 Matriz de Riesgos y Peligros	43
6.6.1 El procedimiento de control sugiere en su fundamento	45

6.7 Plan de Intervención	48
6.7.1 Desarrollo estructural	48
6.7.2 Precauciones y responsabilidades generales, para contención del SARS-CoV2 COVID 19, en la atención de urgencias.	49
6.7.3 Adecuaciones locativas	49
6.7.4 Limpieza y desinfección	50
6.7.5 Registro de información. “Triage”	51
6.7.6 Medidas durante la atención de pacientes	52
6.7.7 Control del riesgo biológico desde las precauciones estándar y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión	56
6.7.8 Medidas posteriores a la atención de urgencias o prioritaria	58
7. Discusión	58
8. Conclusiones	60
9. Recomendaciones	61
10. Bibliografía	62
Anexos.	68
Anexo 1 Diagnóstico inicial valoración del riesgo del contagio-área urgencias.	
Anexo 2 Matriz identificación de riesgos y peligros.	

1. Planteamiento del Problema

La información remitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos sanitarios en relación con el brote de neumonía originado en Wuhan, provincia de Hubei (China), debido al nuevo tipo de coronavirus, invita a elaborar una evaluación del riesgo de exposición que permitirá precisar la necesidad del tipo de protección más adecuado, especialmente por la exposición de riesgos biológicos ya que el brote epidémico del Coronavirus COVID-19, precisado como agente biológico de tipo cuatro el cual incluye aquellos agentes que causan una enfermedad humana severa, es un grave peligro para los trabajadores, presentando un alto riesgo de propagación a la comunidad, haciendo la salvedad que podrá ser reversible una vez que exista vacuna o tratamiento para la COVID-19.

Para el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2020), el riesgo biológico incluye a todos los agentes biológicos con capacidad infecciosa como los virus, bacterias, parásitos, hongos o esporas, toxinas, endotoxinas, cultivos celulares, etc, sobre los cuales se entra en contacto con el órgano o sistema dónde el agente en cuestión puede causar daño, teniendo en cuenta que cada sujeto tiene una susceptibilidad individual, que explica por qué algunos enferman cuando entran en contacto con determinado agente biológico, mientras que otras no, de acuerdo con la función de su inmunización previa, de vacunaciones u otras características personales (párr. 14).

La reducción del riesgo biológico del personal de la salud frente la atención de SARS-CoV-2 (COVID 19) es un hecho que actualmente batallan mundialmente las entidades de salud, convirtiendo a todos los agentes participantes en víctimas de los hechos agobiantes, cuyas relaciones enfocadas hacia el paciente ya toman una nueva dimensión que la sociedad no esperaba contemplar y es la corresponsabilidad que tiene la humanidad de reenfocar la figura del personal

de salud como sujetos comunes que se ven afectados y vulnerados por las situaciones que aquejan las poblaciones.

Los aspectos relacionados con la reducción del riesgo están enlazados con los propósitos de la salud ocupacional desde la llegada de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1295 de 1994, la cual creó el Sistema General de Riesgos Profesionales, se garantizó un modelo de aseguramiento privado de los riesgos ocupacionales (Lizarazo et al; 2010) y de igual manera en el año 2012 nace la Ley 1562, la cual modifica el Sistema General de Riesgos Laborales, asignando el término seguridad y salud en el trabajo, marcando el punto de partida para la creación de nuevas normas que buscan que las estrategias de prevención de riesgos en el trabajo sean aplicadas en su totalidad por las empresas.

Por ejemplo, se puede mencionar el Decreto 1072 de 2015, el cual regula el sector trabajo y la reciente Resolución 0312 de 2019 la cual define estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Así entonces, la seguridad ocupacional está íntimamente relacionada con los derechos humanos, dado que su principal función es promover la protección de la persona frente a las adversidades que se lleguen a presentar en su medio ambiente laboral, como es el caso del SARS-CoV-2 (COVID 19).

Es importante aclarar que una pandemia de influenza (del griego pan = todo, y demos = población) es una gripe humana virulenta que causa un brote mundial, o pandémico, de enfermedad grave. Como hay poca inmunidad natural, la enfermedad puede propagarse fácilmente de persona a persona.

La exposición a riesgos con agentes biológicos que acarrear patologías para las personas que laboran en salud es diversa y peligrosa no solo por la complejidad de las tareas que realizan como por los riesgos laborales a los que están expuestos, ya que es un ambiente donde concurren una serie de factores de riesgo tanto biológicos como físicos: el contacto con fluidos corporales y/o materiales, sondas de aspiración, materiales con los que pueden suscitarse accidentes como: pinchazos, cortes con material contaminado que pueden provocar graves enfermedades infecciosas de etiología vírica, como las originadas por el virus de las hepatitis B (VHB), C(VHC), y el de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH), entre otras.

Los efectos de los riesgos biológicos sobre la salud son muy variados y con un perfil propio de acuerdo con el tipo de paciente y su evolución clínica. Los síntomas más frecuentes del COVID-19 son respiratorios, entre los cuales se destacan fiebre, tos y disnea (dificultad para respirar); con menor frecuencia puede haber síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal, diarrea y náuseas, los factores de riesgo como son edad avanzada, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, diabetes, inmunosupresión, entre otras. Según Calabrese (2020) la mayoría de estos pacientes presentan formas graves de la enfermedad, muestran una evolución en dos etapas, una con desmejoramiento progresivo a partir del octavo día, con desarrollo de insuficiencia respiratoria e imágenes radiológicas compatibles con neumonía atípica (infiltrados intersticio-alveolares bilaterales), pudiendo llegar a síndrome de distrés respiratorio (SDRA), shock y disfunción orgánica múltiple.

Frente al caso de la pandemia COVID-19 en el Departamento de Caldas, el comunicado a la opinión pública para el Ministerio de salud y protección social, super salud y entes de vigilancia y

control en general realidad de los hospitales públicos y el personal de salud en caldas describen la existencia de un franco y crítico desabastecimiento en el país de elementos de protección personal:

Lo poco que se encuentra tiene grandes sobrecostos que nadie controla, y mientras unos ven en esta adversidad del mundo, la mezquina posibilidad de hacer negocio. Para nuestro sistema de salud estos son elementos esenciales para evitar el contagio de nuestro personal de la salud, que necesita respaldo y protección para realizar su labor de salvar muchas vidas (BC Noticias, 2020).

Los eventos anteriormente expuestos indican que la potencial amenaza para la humanidad ante los agentes infecciosos debe convertirse en una excelente oportunidad de solidaridad internacional que permita mejorar los servicios de salud, especialmente en los países en vías de desarrollo, al brindar las condiciones mínimas de protección de las poblaciones, que en el caso del personal de salud, surgiendo la pregunta problema:

¿Cómo intervenir el riesgo biológico relacionado al virus SARS CoV-2 (COVID-19), de una institución hospitalaria de La Dorada, Caldas?

2. Justificación

El plan de intervención para el sistema de atención y recuperación de una institución de salud hospitalaria de la Dorada, Caldas en el año 2020, funge como novedad en el contexto académico, en tanto busca reducir el riesgo biológico, del personal de la salud en la atención de la pandemia COVID-19, desde la identificación de amenazas de exposición y factores de riesgo que han incidido en el incremento de profesionales contagiados en el área de urgencias, quienes solo han sido atendidos desde un enfoque asistencial y curativo, relegando a un segundo plano el estudio de causas específicas que generaron el contagio; las cuales, al quedar soterradas a lo largo del proceso de atención de pacientes infectados, representan una potencial amenaza de nuevos casos de contagio.

Además, en la revisión de antecedentes de la investigación, no se identificó ningún estudio académico orientado específicamente a identificar los factores de riesgo biológico, del personal de la salud en el contexto de la atención hospitalaria de pandemias, por lo cual, la presente investigación coherentemente con la novedad del COVID-2019, resulta novedosa al abordar esta temática, dejando como precedente, un plan de intervención de dichos factores para enfrentar una eventual aparición de brotes futuros o de otro tipo de pandemias semejantes.

La utilidad del plan, radica en la intervención como determinante fundamental de protección del personal de salud de una institución hospitalaria, caldas 2020, representa un mecanismo de fortalecimiento del sistema de atención y recuperación al contribuir a la reducción de eventualidades que afecten la continuidad del servicio, si el personal de salud manejan adecuadamente las medidas planificadas, tendrán mayor estabilidad emocional durante el desempeño de las funciones, disminuyendo el ausentismo laboral por temor a contagiarse, por el mismo contagio que conlleva a incapacidades, o por aislamiento ante la sospecha de estar

contagiados. Igualmente, el manejo adecuado de estrategias preventivas en todo el proceso de atención, tanto frente a los factores de riesgo biológico asociadas a la dinámica de interacción dentro del centro hospitalario como en el manejo de los pacientes, evitará una reducción sustancial del personal disponible para atender cualquier tipo de pandemia que pueda surgir en el futuro.

Los riesgos biológicos, sin duda, incrementan el riesgo de morbilidad, en el personal de la salud, constituye el principal factor de riesgo laboral en este grupo profesional, por lo que, los programas de vigilancia de la salud, deben enfocar sus esfuerzos principalmente en la mitigación y reducción de la transmisibilidad y sus efectos en el personal sanitario (Campins Martí & Uriona Tuma, 2014).

Igualmente, dada la importancia del Sistema General de Seguridad y Salud en el trabajo como mecanismo orientado a prevenir oportunamente accidentes, enfermedades e incidentes laborales, preservar la salud y bienestar del trabajador, garantizar el desarrollo de procesos productivos seguros y ambientes de trabajo saludables, las medidas integradas en el plan de prevención que se pretende generar como producto de la presente investigación, se podría integrar en el plan anual de trabajo del SGSST a la institución de salud hospitalaria, específicamente en el programa de atención de emergencias, en el cual las acciones para enfrentar pandemias, han sido las primeras ausentes en la gestión de la SST de las empresas colombianas. Lo cual, quedó plenamente demostrado cuando ante la pandemia de COVID-19, las instituciones de salud del país evidenciaron serias deficiencias y dificultades para enfrentarla, viéndose obligadas a improvisar, por no contar con planes actualizados para anticiparse a su eventual ocurrencia.

Lo anteriormente expuesto, justifica plenamente la necesidad de diseñar un plan de intervención para el sistema de atención y recuperación de la institución hospitalaria, Caldas 2020, en tanto puede contribuir significativamente a la reducción del riesgo biológico del personal de la salud, no

solo en la atención de COVID-19 sino de otras pandemias que a futuro se puedan presentar; pues solo identificando los factores de riesgo, y las medidas específicas para prevenirlo, se podrá lograr una mejor preparación y respuesta ante este tipo de emergencias, sin generar el caos en la prestación de los servicios habituales de salud ni poner en riesgo a los pacientes que se encuentren hospitalizados por razones distintas a infección por covid-19; más, cuando la realidad actual, ha demostrado que la población de esta localidad, ha sido la más vulnerable ante esta pandemia en el departamento de Caldas.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo general.

Establecer un plan de prevención e intervención de acuerdo a las características del servicio de urgencias de una institución hospitalaria del municipio de La Dorada, Caldas para el control del riesgo biológico relacionado al virus SARS CoV-2 (COVID-19) durante el año 2020.

3.2 Objetivos específicos.

- Describir las acciones del sistema de atención del servicio de urgencias, para el control del riesgo biológico ante el virus SARS CoV-2 (COVID-19).
- Identificar los riesgos biológicos a los que se exponen el personal de salud del servicio de urgencias ante el virus SARS CoV-2 (COVID-19).
- Plantear iniciativas de mejoramiento para anticipar, reconocer y controlar los riesgos biológicos identificados previamente.

4. Marco Referencial.

4.1 Marco de antecedentes.

4.1.1 Desde el orden internacional.

La investigación de Somocurcio Bertocchi (2017) llevada a cabo en Perú, relaciona el conocimiento de las medidas de bioseguridad en personal de salud, permite determinar el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad en el personal profesional del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), sobre el cual se permitió cuantificar a los trabajadores por grupos con distintas características, y comparar analíticamente sus frecuencias y porcentajes, para reconocer a los grupos de mayor vulnerabilidad y focalizar futuras capacitaciones.

Los materiales y métodos se relacionaron con un estudio de tipo observacional, analítico y transversal, se incluyó a todo el personal de salud profesional del HNHU que haya aceptado resolver el cuestionario de evaluación. Se obtuvo una muestra de 567 trabajadores, con un margen de error aceptable en el 3.32%, nivel de confianza del 99% y usando un comportamiento de la población en el 50%. Como instrumento de recolección de información, se utilizó una ficha tipo cuestionario con un total de 10 preguntas referentes a las medidas de bioseguridad, la cual fue entregada y repartida por la jefatura de cada servicio del HNHU. Se analizaron los datos según sus frecuencias, porcentajes y la prueba no paramétrica de chi cuadrado.

Los resultados obtenidos identifican el 21% del personal evaluado que obtuvo un resultado de 8 a 10 respuestas correctas, el 75% de 4 a 7, y el 4% de 0 a 3. Existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento según las variables de grupo ocupacional, edad, tiempo de trabajo en el hospital, sexo por grupo ocupacional, sexo por edad y el haber recibido inducción laboral.

De esta manera las conclusiones destacan el conocimiento del personal profesional del hospital sobre las medidas de bioseguridad el cual no es el ideal, lo cual genera una situación de alto riesgo biológico tanto para el personal profesional y técnico como para los pacientes. Es posible dar capacitaciones sobre bioseguridad focalizadas a los grupos más vulnerables, además de mejorar su calidad e impacto.

En Cuba, la investigación de Padrón Vega et al; (2017), denominada Accidentalidad laboral en expuestos a riesgos biológicos en instituciones de salud, reconoce el accidente de trabajo como un hecho repentino relacionado causalmente con la actividad laboral, provocando al trabajador daño, enfermedad o muerte. En el sector Salud ocurren por el contagio de un agente patógeno o un daño accidental. Determinando como objetivo describir el comportamiento de la accidentalidad laboral en trabajadores expuestos a riesgos biológicos en instituciones de salud de la provincia Pinar del Río.

El método aplicado fue la realización de un estudio descriptivo, retrospectivo, con un universo de 87 trabajadores de la salud accidentados por riesgo biológico en la provincia durante 2014-2015. Se revisaron las 87 encuestas epidemiológicas disponibles para obtener la información de las variables seleccionadas.

Los resultados reportaron 87 accidentes por riesgo biológico, predominando mujeres (78,2%) con edades entre 25-34 años. Incidieron más los trabajadores de laboratorios (27,6%) y el personal de enfermería (26,4%), con experiencia de 5 a 9 años. El 95,4% de los accidentados por riesgo biológico presentaron lesiones en manos con piel íntegra. El 48,3% de los trabajadores se realizaron lavado y desinfección de la herida, mientras el 21,8% facilitó el sangrado y otro 21,8% solamente se lavó la herida.

La conclusión más sobresaliente indica que el mayor riesgo de accidentalidad en trabajadores de la salud está en el contacto con sangre y sus derivados. Las lesiones por pinchazos profundos son una causa importante de exposición a enfermedades graves y en ocasiones mortales. La mala calidad de los medios de protección pudiera incidir en la ocurrencia de accidentes. Se requiere una adecuación del Programa de Seguridad Biológica que tome en cuenta factores de comportamiento humano.

En México, García Ochoa et al; (2018) relacionan su investigación en la especificación de un modelo para el estudio de la percepción de los eventos de riesgo, la salud comunitaria, la calidad de vida y el bienestar subjetivo, sobre el cual describen la salud comunitaria como una variante de la salud pública, la cual históricamente ha sido definida desde un paradigma biomédico de atención a enfermedades, epidemias o pandemias centradas en la prevención, aunque los usuarios de los servicios de salud entienden que tal prevención consiste en la demanda de sus necesidades y la expedita atención. A partir de tal distinción el objetivo del presente trabajo es discutir los marcos teóricos, los modelos de atención y los estudios relativos a la salud comunitaria.

Trabajo documental con una selección intencional de fuentes indexadas a repositorios internacionales como Dialnet, Latindex, Redalyc y Scielo, considerando el lapso de publicación de 2006 a 2018 y la inclusión de conceptos tales como “salud comunitaria”, “modelos de atención” y “estudios de autogestión”. Se advierten líneas de investigación complementarias de la identidad, factor esencial de la literatura consultada.

El objetivo investigativo es establecer los ejes y temas de discusión que inhiben la construcción de una agenda común en materia de salud comunitaria entre gobernantes y ciudadanos, así como las recomendaciones de superación de la gestión estatal y la autogestión comunitaria.

Estudio documental, transversal y exploratorio con una selección no probabilística de fuentes indexadas a repositorios nacionales como Latindex y Redalyc, considerando el año de publicación de 2006 a 2018, así como la inclusión de conceptos tales como: “salud comunitaria”, “gestión estatal”, “autogestión civil”, “gobernanza”, Se construyó una matriz de análisis de datos a partir de la técnica Delphi, la cual consiste en la comparación y la integración de información se llevó a cabo un análisis de contenido y agenda de datos en una matriz.

El aporte del presente trabajo al estado de la cuestión radica en la discusión en torno a los eventos de riesgo, la salud comunitaria, la calidad de vida y el bienestar subjetivo pero la selección intencional de las fuentes informativas y la técnica de procesamiento limitan el debate a un contexto local más que regional o multilateral.

El aporte de la discusión centrada en una agenda relativa al Estado rector, así como en la ciudadanía resiliente estriba en a) la emergencia de la indefensión civil ante el poder institucionalista del servicio de salud y b) el advenimiento de conflictos entre autoridades y usuarios por la exclusión de uno u otro en la gestión estatal y la autogestión civil. Se contrastan premisas teóricas y modelos de la salud comunitaria como instrumento de poder estatal e influencia comunitaria; se enfoca en la prevención desde la atención, la cual implica la edificación de una cogestión. A partir de esta diferenciación será posible anticipar escenarios de cooperación y solidaridad en la prevención de enfermedades y accidentes que podrán extenderse a la erradicación de problemáticas como las epidemias o pandemias sin obviar que los efectos del cambio climático son emergentes.

En Argentina, Linera (2019) realizan una investigación denominada Tensiones entre organismo internacionales, estados y laboratorios durante el invierno de 2009: el impacto de la pandemia de gripe “porcina” en la política interna de salud pública en cuatro países latinoamericanos:

Argentina, Bolivia, Brasil y México, presentan un trabajo que combinará descripción y análisis, buscando caracterizar las relaciones de poder que se establecen a nivel mundial en torno a los nuevos temas de Agenda Internacional, intentando entender de qué manera estos pueden afectar la política doméstica de los países subdesarrollados; se puntualizará el trabajo sobre el tema Salud, durante la llamada Pandemia de influenza A del año 2009, utilizando como muestra cuatro casos de países latinoamericanos: Bolivia, México, Brasil y Argentina.

La estructuración de esta tesis esta analizada desde el capítulo I titulado “Encuadre Metodológico”, introducirá en el tema y explicará los conceptos teóricos utilizados para el análisis del trabajo, como así también la terminología pertinente al mismo. El capítulo II, ahondará en la estructura y funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la relación de esta con las empresas farmacéuticas. El capítulo III, en la comprensión de otra de las organizaciones necesarias en este análisis, por esta razón se titula “Organización Mundial del Comercio (OMC)”, exponen, además, sobre los ADPIC’s (Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio) y puntualmente sobre aquellos vinculados con Salud Pública. El capítulo IV quedará reservado para la descripción de los cuatro casos elegidos y se titula “La Pandemia en Latinoamérica: Análisis de casos”, en donde se describirá las acciones llevadas a cabo en cada país (Bolivia, México, Brasil y Argentina) durante la pandemia y las particularidades que tuvieron. Un último apartado, al final de este capítulo sobre la vacunación y el derecho ciudadano, mostrando qué dice el código civil argentino al respecto.

La metodología aplicada corresponde al método deductivo de análisis ya que a través de la explicación de conceptos generales se busca llegar a la comprensión de fenómenos particulares. Así también se caracterizará el funcionamiento de los distintos actores participantes como son Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Mundial del Comercio (OMC). Este

trabajo combina descripción y análisis, buscando caracterizar las relaciones de poder que se establecen a nivel mundial en torno a los nuevos temas de Agenda Internacional, intentando entender de qué manera estos pueden afectar la política doméstica de los países subdesarrollados; se puntualizará el trabajo sobre el tema Salud, durante la llamada Pandemia de influenza A del año 2009, utilizando como muestra cuatro casos de países latinoamericanos: Bolivia, México, Brasil y Argentina.

El objetivo principal busca demostrar cómo la salud no escapa a la lógica de mercado, dejando la decisión de los propios Estados supeditada a las necesidades de las empresas transnacionales, en este caso puntual las farmacéuticas. Estas empresas detentan poderes cada vez más importantes, superando en muchos casos el poder del propio Estado, lo que lleva a que, por medio de la utilización de la figura del Estado, de los gobiernos y de las organizaciones internacionales consumen sus objetivos, en la mayoría de los casos meramente económicos.

Como conclusión central se establece que la llamada “Pandemia de influenza AH1N1 del 2009”, funcionó como herramienta de recuperación económica de las empresas farmacéuticas transnacionales, ya que, por medio de la producción de vacunas contra dicha influenza, éstas aumentaron sus ventas a nivel mundial de manera exponencial y por otro lado en los mercados emergentes latinoamericanos en lugar de trabar acuerdos que les permitieran desarrollar la industria.

Se sabe que tanto el MERS como el SARS (coronavirus anteriores) causan enfermedades graves en las personas (35 por ciento y 10 por ciento, respectivamente). Pero de este nuevo coronavirus SARS-CoV-2 poco se sabe aún. Tal y como nos confirmaba el profesor Rodney E. Rohde, experto en enfermedades infecciosas y microbiología clínica, del Colegio de Profesiones de la Salud de la Universidad Estatal de Texas, en una entrevista reciente “el cuadro clínico completo con respecto a

2019-nCoV aún no está completamente claro. Las enfermedades reportadas han variado desde personas infectadas con pocos o ningún síntoma hasta personas gravemente enfermas y moribundas”. Esta incertidumbre frente a los estragos que puede causar el virus mantiene en vilo a sanitarios y ciudadanos de todo el mundo. El apoyo actual está sobre la obra de referencia para guiar de forma global y exhaustiva el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades infecciosas más complejas.

4.1.2 Desde el orden nacional

En Colombia, Cavadía et al; (2017) con su investigación análisis en el sector salud acerca de la seguridad y salud en el trabajo describen el personal de enfermería al momento de ejercer su labor debe contar con la afiliación a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL), haciendo cumplimiento a la ley 1562/ 2012, la cual define un Sistema General de Riesgos Laborales como el conjunto de entidades, normas y procedimientos a seguir para lograr la prevención y protección de todos los trabajadores ante las enfermedades y accidentes a los que se enfrentan en su ámbito laboral. Esto, no exime a éste personal de sufrir accidentes en sus puestos de trabajo y de desarrollar a largo plazo enfermedades, estos habitualmente se encuentran expuestos a riesgos laborales como: biológico dentro de los que se hallan el contacto con fluidos y mucosas, ambientes con virus y bacterias, contacto con materiales cortopunzantes; químico donde se encuentran contacto con sustancias peligrosas, materiales químicos; psicosocial que incluye sobrecarga laboral, exigencias por parte de pacientes y familiares; ergonómico dentro de los que están caídas, movimiento repetitivos, esfuerzos.

Que pueden provocar accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales diversas, dependiendo del tipo de tareas que desempeñan como: atención a pacientes, curación de heridas, aplicación de medicamentos, asistencia en cirugías; y según el puesto de trabajo que ocupan ya sea

en servicio de urgencias, hospitalización, cirugía, cuidados intensivos o asistencias domiciliarias conocidas como “hospital en casa”. Con el presente trabajo se revisa bibliográficamente casos de accidentes y enfermedades laborales asociadas a los riesgos anteriormente mencionados, que ocurren en el personal de enfermería e identificarlos los presentados con mayor frecuencia.

Se halló que, en una clínica de la ciudad de Barranquilla, en la que a pesar de tener el apoyo de una administradora de riesgos laborales (ARL) y contar con la persona encargada del área de seguridad y salud en el trabajo (SST), continúan los accidentes laborales, puesto que esto no evita el factor de riesgo inherente a la propia labor diaria de los enfermeros.

El objetivo general busca desarrollar una revisión bibliográfica a partir, que permita analizar casos de accidentes laborales y enfermedades laborales en el personal de enfermería. La investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo de los accidentes y enfermedades de trabajo en el personal de enfermería. La fuente de datos utilizada consistió en artículos de diarios, revistas científicas, boletines de prensa del Consejo Colombiano de Seguridad. Se utilizó como herramienta la aplicación de Google Forms para la formulación de la encuesta realizada al personal de enfermería, el programa Microsoft Excel Versión 2013 en español para el procesamiento de datos y tratamiento estadístico y el programa Microsoft Word Versión 2013 para la presentación de la información.

Los resultados determinan como información general con respecto a la seguridad y salud en el trabajo, en últimas estimaciones, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) descubrió que además de las muertes relacionadas con el trabajo, cada año los trabajadores son víctima de unos 268 millones de accidentes no mortales que causan ausencias de al menos tres días del trabajo y unos 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales.

Además, se refleja una paradoja, ya que mientras la comunidad acude a las IPS en busca de servicios de salud, los trabajadores de esas instituciones, especialmente los de enfermería, se ven expuestos (accidentan o enferman) debido a las deficientes condiciones de trabajo como la baja calidad de los implementos de trabajo (guantes, agujas, cofias, etc.), puestos de trabajo poco ergonómicos y aspectos organizacionales como insuficiencia en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SST) y falta de capacitaciones, evidenciándose así una injusticia social hacia este sector laboral.

Chaparro Díaz (2017), con su investigación contenido jurídico público del sistema de salud en Colombia en el contexto de una buena administración, busca describir en Colombia la atención sanitaria como un servicio público esencial a cargo del Estado, que se presta a través de un sistema que afiliación y aseguramiento de la población en los regímenes subsidiado o contributivo, operado por aseguradoras, autorizadas y reguladas por el Estado, que ofrecen coberturas preestablecidas por el Estado, que reciben primas pagadas por el Estado, provenientes fundamentalmente de rentas fiscales, parafiscales y recursos de monopolios rentísticos públicos.

Igualmente considera que, entre sus muchos propósitos, el sistema pretendió administrar el riesgo en salud de la población en Colombia, contener costos, delegar en los privados el manejo de las coberturas en salud y garantizar una afiliación universal de la población. Sin embargo, como se verá en esta investigación, el sistema ha sufrido serias distorsiones por cuenta de deficiencias en el control, restricciones en la atención, negación recurrente de servicios, fallas en la competencia y en la libre elección, precariedad en los recursos asignados por el Estado y corrupción.

Pese a que el sistema de salud colombiano está regulado por cientos de normas legales y reglamentarias y cuenta con una amplia estructura de instituciones públicas y privadas encargadas de dirigir, investigar, autorizar, asegurar, administrar, ejecutar, recaudar, controlar y prestar

servicios de salud, el sistema ha resultado disfuncional y no cumple con su objetivo misional. El Sistema no garantiza el derecho y la prestación del servicio en términos de calidad, eficiencia, oportunidad y equidad, además de haber enriquecido lícita o ilícitamente a unos pocos.

En la primera parte se abordan los conceptos que caracterizan al Estado actual, concebido en la Constitución Política de Colombia como una República Democrática y como un Estado Social de Derecho, conceptos que lejos de ser formales deben hacerse operativos en todo el funcionamiento del Estado.

En la segunda parte se hace un recuento evolutivo de la seguridad social, particularmente de la prestación sanitaria como uno de sus componentes, a efectos de tener un conocimiento histórico que permita valorar la importancia de la prestación en el marco de la organización política y jurídica contemporánea, concretamente en Colombia.

La tercera parte incluye una descripción de fenómenos de corrupción con ejemplos críticos ocurridos años atrás, que evidencian cómo se han desconocido los servicios sanitarios y su importancia y cómo las autoridades, los responsables del servicio y los mismos usuarios por su indiferencia, no han cumplido con el deber histórico de preservar para la sociedad los principios éticos y el adecuado cuidado de los recursos públicos, destinados a la esencial prestación de los servicios de salud.

La cuarta parte contiene un análisis de la efectividad tanto del sistema de salud en Colombia como de las normas que lo soportan, a efectos de poner en evidencia la necesidad de superar el dogma del insalvable sometimiento a la ley por su sólo carácter mandatorio, para que en su lugar se haga prioritaria la concreción del derecho, cuando la misma ley resulta ineficaz para su garantía.

Finalmente, se menciona la necesidad de buscar un sentido que despierte la latencia o indiferencia frente la problemática, y promueva una transformación ética dirigida a garantizar el derecho a la salud y la correcta prestación del servicio público esencial. Esta investigación resalta la trascendencia de los servicios de salud en una sociedad en la que todos somos cada vez más conscientes y demandantes de nuestros derechos, en la que con obviedad se reconoce que sin salud no hay futuro. Por lo mismo, esta investigación reafirma el llamado inevitable a superar la indiferencia y a constituirnos en parte activa de la solución, ante la complejidad, la problemática y los retos que nos imponen las contingencias en salud y los sistemas sanitarios creados para atenderlas y contenerlas.

Osorio Reina et al; (2019), desde el diseño y formulación de un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital San José de Tadó – Chocó, como herramienta de mejora y optimización en la prestación de los servicios de salud en el área de urgencias, buscó diseñar y formular un modelo de sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2015, para el servicio de urgencias de la ESE Hospital San José de Tadó, del municipio de Tadó en el departamento del Chocó, como una herramienta para que los procesos de mejoramiento continuo que se adelantan en la institución sean exitosos y para la optimización en la prestación de los servicios de salud en el área de urgencias como área piloto del presente estudio.

A partir de la construcción del diagnóstico institucional y el análisis situacional, basado en los requisitos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (S.O.G.C) en salud, los decretos 2174 de 1996, decreto 2309 de 2002, la ley 872 de 2003 y la ley 100 de 1993 (sistema de seguridad social integral), se identificó a partir de un análisis DOFA los aspectos más relevantes que tienen impacto sobre la percepción en la calidad de prestación de los servicios por parte de los usuarios (análisis del sector con la matriz de análisis de las cinco fuerzas de Michael Porter), la disposición

e idoneidad del personal administrativo, las ventajas competitivas de la institución y la situación de la institución frente al sistema de salud en el país.

Se realizó un modelo de planeación estratégica, en el cual se estableció el modelo de plan de negocios y se diseñó el mapa de procesos de la institución; se enuncian las estrategias, objetivos, actividades, cronograma, recursos y responsables para el plan de acción a seguir. Finalmente, se establecieron los requisitos aplicables bajo la norma ISO 9001:2015 al servicio de urgencias de la institución.

La metodología se basó en una investigación cuantitativa y cualitativa de tipo descriptivo, cuya población, muestra y unidad se refieren al Servicio de urgencias de la ESE Hospital San José de Tadó – Chocó, que presta su atención en salud de primer nivel de complejidad. El plan de análisis y la recolección de información se realiza a través de diversos instrumentos y diagnósticos que permiten de modo veraz la verificación de la misma y la confirmación del nivel de cumplimiento de las variables evaluadas, teniendo como base los requisitos determinados en la norma ISO 9001:2015, que permite posteriormente proceder al análisis e interpretación con respecto a la cultura de la calidad.

Concluyen que al tener un enfoque sistémico organizacional genera en las diferentes organizaciones sin importar su naturaleza, una ventaja competitiva, llamada: calidad, optimización, gestión por procesos, la cual debe aplicarse a todo lo que ocurre y se genera en la organización. y es aquí, donde se encuentra la importancia de este enfoque, porque no solo basta tener una certificación en un papel, que muchas organizaciones consideran lo más importante, si no tener procesos de calidad, manejo del personal con calidad, objetivos y metas por la calidad constantes, renovables y sostenibles; trabajar todos los días con calidad y por la calidad, que se resumen en

trabajo por, con y para personas, personas satisfechas y que prefieran trabajar u obtener un producto/servicio sobre cualquier otro.

La investigación de Céspedes Barrantes et al; (2019), Programa de conservación en salud para el personal expuesto a riesgo biológico durante la manipulación de material infectocontagioso del departamento de investigaciones criminales del organismo de investigación judicial, se desarrolló en el departamento de investigaciones criminales, delegaciones y subdelegaciones del organismo de investigación judicial (OIJ), con el objetivo de establecer un programa de conservación en Salud para personal que manipula material infecto contagioso durante sus labores, mediante el análisis de la exposición a los riesgos biológicos.

Se implementó un diseño de investigación no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva, con un enfoque cualitativo, ya que no se hacen manipulaciones de variables, sino la observación de los fenómenos que aparecen en los ambientes cotidianos de la manipulación de los materiales, que pueden presentar un riesgo biológico en la recolección de indicios. La metodología aplicada fue una entrevista al personal de la sección de inspecciones oculares y recolección de indicios ocupacionalmente expuesto al riesgo biológico, además de la aplicación del método Biogaval, Neo 2018 como instrumento para la evaluación de dicho riesgo.

Como conclusión del proyecto se puede evidenciar que efectivamente el personal policial que aborda la escena del crimen se encuentra expuesto al riesgo biológico, lo que nos permite identificar la importancia de tomar medidas preventivas para disminuir la exposición, más aun, tomando en cuenta que la población trabajadora se ha familiarizado tanto con el riesgo de manera que lo ve como algo natural. Por lo que se recomienda la implementación del programa de conservación en salud, el cual abarca la vigilancia a la salud, capacitaciones en temas de riesgos

biológicos, uso del equipo de protección personal, así como la correcta manipulación de materiales y gestión de residuos infectocontagiosos.

4.2 Marco teórico.

A lo largo de la historia de la humanidad, Avilés Valverde (2019), describe diversas pandemias de influenza, cuyo primer reporte data de 1889 y el agente causal fue un virus H2N2, posteriormente ocurrió otra pandemia en 1900 y el responsable fue un virus H3N8. La siguiente pandemia denominada gripe española aconteció en 1918 y fue causada por un virus H1N1 y se considera el episodio más devastador de influenza que causó la muerte de aproximadamente 50 millones de personas. Luego en 1957 se presentó la pandemia de gripe asiática causada por un virus H2N2. En 1968 se presenta la pandemia de influenza de Hong Kong y el responsable fue un virus H3N2 y posteriormente ocurre la pandemia de gripe rusa provocada por un virus H1N1 en el año 1968.

Actualmente, la presencia del COVID-19 es considerado un problema de salud pública que representa un peligro de orden biológico emergente para el colectivo de trabajadores de la salud. De acuerdo con lo reportado por Trilla (2020), se ha demostrado que el COVID-19 se transmite de forma eficiente de persona a persona y se ha detectado que puede ser más transmisible que el SARS. Ante esta pandemia, los países han tomado decisiones de aislamiento de las poblaciones. En el caso de Colombia, se tomaron medidas de cuarentena tanto locales como nacionales en una misma semana, aspecto que no les dio tiempo a las organizaciones de considerar cambios en las dinámicas de trabajo de sus colaboradores.

Los hechos que acarrea la presencia del COVID-19 frente al riesgo biológico permite crear una serie de protocolos con respecto a la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, generando enfermedades como consecuencia de la exposición de los trabajadores a tales agentes, que incluyen

bacterias, virus, hongos, parásitos (Gómez-García, 2015). Los riesgos ocupacionales en el personal sanitario son amplios, siendo los factores de riesgo físico, ergonómico, psicosocial y biológico, los que con frecuencia se observan en este grupo ocupacional. En el caso de los trabajadores de la salud, estos presentan un 40% mayor riesgo de lesión o ausencia laboral relacionadas a agentes biológicos, y de forma consecuente, de convertirse en foco infeccioso para pacientes, compañeros de trabajo y familia (Campins Martí & Uriona Tuma, 2014).

A nivel mundial, se estima que al menos el 27.1% de la población laboralmente activa, tiene una exposición directa a factores de riesgo biológico, en el desarrollo de sus funciones, de los cuales, al menos el 72.1%, corresponden al personal de salud en las diversas regiones. La exposición en personal sanitario se da principalmente a secreciones de los usuarios de los diversos sistemas de la salud, donde, la interacción entre material biológico, fómites y desechos son las principales fuentes (Salgado et al., 2016).

En Colombia, se estima que el 8.2% (IC95%: 5.4 a 11%), de la población laboral se halla expuesta a diversos agentes biológicos, de los cuales, el 68.1% pertenecen a trabajadores de la salud, reconociendo que los agentes biológicos se transmiten de pacientes a personal sanitario y viceversa, relación que es importante, ya que cada agente tiene un riesgo de transmisión distinto en relación a la conjugación de fuente-receptor. En relación a la transmisión de agentes biológicos por vía respiratoria, el personal sanitario tiene alto riesgo de infección por influenza, tos ferina, virus sincitial respiratorio y sarampión, en tanto que, la transmisión de tuberculosis es menos efectiva hacia el personal de salud, así como la transmisión de parotiditis, rubeola e infecciones meningocócicas (Campins Martí & Uriona Tuma, 2014).

La bioseguridad, es una de las principales herramientas para evitar accidentes laborales con agentes biológicos y por supuesto, para la reducción de la probabilidad de transmisión entre

paciente-personal sanitario, lo cual, disminuye de forma global el riesgo de contraer una infección relacionada a las actividades en diversos centros de salud, sin embargo, el desconocimiento y por consiguiente la falla en la aplicación de este conjunto de normas y precisiones incrementa la siniestralidad relacionados a los agentes biológicos (Tamariz Chavarria, 2018).

Un análisis realizado en Lima (2016) en un hospital de segundo nivel de atención a 100 profesionales de la salud, determinó que apenas el 55% del personal valorado tiene un conocimiento medio respecto a las normas de bioseguridad aplicables a su ejercicio profesional, un 26% fue calificado con conocimientos alto, y el 19% con conocimiento bajo de estas normas, siendo el personal de enfermería el más frecuentemente calificado con conocimientos medios. Con este antecedente, el análisis determinó que el 35% de los profesionales valorados tienen malas prácticas relativas a bioseguridad, siendo frecuente en aquellos con conocimientos bajos y medios, datos que, en general no distan de los encontrados en el estudio de Ruíz Olano et al, (2013), en la que 72 % de enfermeras realizan buenas prácticas de bioseguridad y 28 %, lo contrario.

Para la empresa el cumplimiento de las leyes y normas, así como priorizar la integridad de sus trabajadores y de los recursos de la empresa, se requiere del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST) el cual intenta prever las lesiones y enfermedades que se adquieren en el trabajo teniendo en cuenta las condiciones en que estas sucedan.; prestando a sus trabajadores la protección que sea necesaria según el cargo en el que se desenvuelva.

4.3 Marco conceptual

El personal de salud se refiere a todos los trabajadores, que laboran en instituciones de salud y/o sanitarias en donde tienen el potencial de exponerse a pacientes o a materiales infecciosos, incluyendo sustancias corporales y dispositivos médicos, equipos, superficies ambientales o aire

contaminados. Es relevante señalar que las instituciones de salud no están limitadas a hospitales y clínicas, sino que también involucran centros de rehabilitación, residencias permanentes y centros de cuidado de pacientes, asilos, albergues, entre otros.

La disminución del riesgo biológico de adquirir enfermedades infectocontagiosas se basa en la pronta instauración de medidas adecuadas de aislamiento en pacientes con sospecha clínica o diagnóstico de estas patologías, el tratamiento temprano de los casos detectados, el lavado de manos, el empleo de dispositivos de protección (como guantes, mascarillas, etc.), el uso de profilaxis antibiótica o antiviral en los casos en que esté indicada, la restricción laboral a trabajadores de salud que se encuentren enfermos y una inmunización adecuada.

En las instituciones de salud, existe una prevalencia de ciertos factores de riesgo en los que se encuentran expuestos en mayor medida los trabajadores asistenciales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares, asistentes, etc.) y algunos administrativos. Uno de estos riesgos prevalentes es el riesgo biológico, el cual consiste en la exposición ocupacional a microorganismos y macroorganismos que pueden causar daño al trabajador (Ortega et al; 2016). Esta exposición a seres microscópicos es consecuencia de varios aspectos, uno de ellos corresponde a los accidentes directamente relacionados con labores de contacto directo con el paciente que son realizadas a diario; entre las tareas más frecuentes se encuentran procedimientos quirúrgicos o cirugías, suturas de heridas, curaciones, toma de muestras de sangre, administración de medicamentos, atención a pacientes internados desde la parte de enfermería, consultas, entre otras tareas. También el riesgo biológico se manifiesta de manera indirecta; situaciones derivadas de la atención a pacientes, pueden generar que un trabajador sea adquiera enfermedades infecto- contagiosas, ya sean por vía aérea o por contacto con el paciente, siendo así importante tomar medidas de aislamiento

intrahospitalario que impidan la propagación de microorganismos, ya sean de barrera o aislamiento protector (Arriaza, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido un sistema de clasificación del riesgo biológico en cuatro grupos, de los cuales las pandemias se describen en el grupo de riesgo nivel 4 son microorganismos poseen un alto riesgo para la persona y la comunidad, causan enfermedades de gravedad en el ser humano y se propagan de forma directa o indirecta. No existen métodos de prevención y tratamiento terapéutico (Moreno Rodríguez, 2019), de igual manera, en relación a lo que representa una pandemia, Hidalgo García (2014) considera que en los países en vías de desarrollo la situación se agrava debido a que, los recursos sanitarios en caso de una emergencia se tendrían que destinar a atenderla mientras se descuidarían los destinados a las enfermedades que están presentes en el país.

Los riesgos biológicos, sin duda, incrementan el riesgo de morbilidad, en el personal de la salud, constituye el principal factor de riesgo laboral en este grupo profesional, por lo que, los programas de vigilancia de la salud, deben enfocar sus esfuerzos principalmente en la mitigación y reducción de la transmisibilidad y sus efectos en el personal sanitario (Campins Martí & Uriona Tuma, 2014). Se ha descrito que, a nivel mundial, las enfermedades infecciosas en el personal de salud, significa al menos el 40% del ausentismo laboral en este grupo profesional, y se estima que, representa al menos el 8.1% de la carga laboral por enfermedad a nivel mundial, lo que genera, además, un riesgo epidemiológico externo, al ser el personal, un potencial transmisor (Campins Martí & Uriona Tuma, 2014).

4.4 Marco legal.

En Colombia el ministerio del trabajo está comprometido con las políticas y desarrollo de las normas internacionales tanto para los empleadores públicos como privados y trabajadores

independientes o con cualquier tipo de vinculación laboral. Claramente la aplicación del SG-SST aventaja no sólo en la prevención de riesgos de los trabajadores, si no que apalancar la mejora en el ambiente laboral y el bienestar de los colaboradores.

Desde el año 1979, se viene trabajando en Colombia la reglamentación en materia SG-SST, y dentro de las normas que la regulan, se encuentran:

Ley 9 de 1979: Código sanitario nacional.

Ley 776 de 2002: Se dictan normas de organización, administración y prestación del sistema general de riesgos profesionales.

Ley 1562 de 2012: Por la cual se modifica el sistema de riesgos profesionales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.

Decreto 1295 de 1994: Mediante el cual se determina la organización y administración del sistema General de riesgos profesionales.

Decreto 1530 de 1996: Se define accidente de trabajo y enfermedad profesional con muerte del trabajador.

Decreto 2566 de 2009: Se emite la tabla de enfermedades profesionales.

Resolución 2013 de 1986: Creación y funcionamiento de comités de medicina, higiene y seguridad industrial en las empresas.

Resolución 1016 de 1989: Establece el funcionamiento de los programas de salud ocupacional de las empresas.

Resolución 2400 de 1979: Mediante la cual se crea el estatuto de seguridad industrial.

Resolución 1401 de 2007: Reglamenta la investigación de accidente e incidente de trabajo.

Resolución 2346 de 2007: Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Resolución 1956 de 2008: Se adoptan medidas para el consumo de cigarrillo y tabaco.

Resolución 2646 de 2008: Se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

Resolución 1918 de 2009: Modifica los artículos 11 y 17 de la resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 652 de 2012: Se establecen conformación de comités de convivencia laboral para empresas públicas y privadas y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1356 de 2012: Por medio de la cual se modifica parcialmente la resolución 652 de 2012.

Resolución 666 de abril de 2020: Por medio del cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del coronavirus COVID 19.

Circular 0038 de 2010: Espacio libre de humo y sustancias psicoactivas en la empresa.

Conocer la historia sobre la normatividad de la Salud Ocupacional en Colombia ayuda a entender cómo funciona, en que está basada y sobre todo la evolución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Esta ley inició en un momento muy primitivo de la historia, pues

aún en esos días se mantenían los trabajos de producción de mano de obra barata casi explotación, debido también a lo precario de los sistemas mecánicos de la época, esto unido a una política cerrada sobre la importancia de los trabajadores, sus derechos y deberes.

En las últimas décadas Colombia ha fortalecido su legislación laboral con la creación de múltiples leyes y resoluciones que intentan garantizar un ambiente de trabajo adecuado que cuide y proteja la integridad física y emocional de todos los trabajadores. La Resolución 2400 (1979), es una de las primeras frente a este tema, la cual instaura algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo aplicables a todos los lugares donde se desempeñen actividades de tipo laboral con el fin de preservar la salud física y mental de los colaboradores. Allí se indican, por ejemplo, las características mínimas a nivel de infraestructura que debe tener el lugar de trabajo y las condiciones y manejo de herramientas y maquinarias, este documento es considerado como un estatuto de seguridad industrial.

El Decreto 1295 (1994), establece la organización y administración del sistema general de riesgos profesionales, es decir, reglamenta las Administradoras de Laborales (ARL) entidades que deben ofrecer cobertura a los trabajadores para prevenir, proteger y atender los efectos de las enfermedades laborales y los accidentes ocurridos durante el trabajo, en este decreto se menciona por ejemplo, las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente o enfermedad laboral a las que tendrán derecho los trabajadores del país.

La Resolución 2013 (1986), reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo, ahora llamado COPASST Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual debe estar conformado por representantes de los trabajadores y del empleador los cuales buscaran a través de estrategias de

promoción, información y divulgación reducir los riesgos de accidentes y enfermedades derivados del trabajo.

La Resolución 0652 (2012), del Ministerio de Trabajo, instituye la conformación de comités de convivencia laboral para empresas públicas o privadas conformados por representantes del empleador y de los trabajadores los cuales buscaran prevenir la aparición de acoso laboral. Las anteriores resoluciones permiten evidenciar como a través de la creación de diferentes mecanismos en las empresas se busca garantizar que en todos los aspectos los colaboradores se encuentren bien, brindándoles todo aquello que facilite el desarrollo de sus actividades de una forma idónea.

El gobierno nacional también creó el Decreto 1072 (2015), el cual regula el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en cualquier tipo de empresa sin importar su tamaño o naturaleza, en este documento se recopilan todas las normas que se encontraban dispersas respecto a temas laborales, unificándolas para facilitar la consulta de todos los ciudadanos. En éste se establece todos los criterios necesarios para implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que gestione de forma efectiva los peligros y los riesgos a los que se exponen los trabajadores.

Es necesario mencionar una de las últimas resoluciones expedidas por el Ministerio de Trabajo, la Resolución 0312 (2019), la cual derogó la Resolución 1111 de 2017 que trataba sobre los estándares mínimos del SG-SST, en este documento se establecen las normas, requisitos y procedimientos mínimos para empresas, empleadores y contratantes para lograr un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo acorde al tamaño y capacidad de las compañías: 10 o menos trabajadores, 11 a 50 trabajadores y más de 50 trabajadores, adicional, modifica los tiempos de la Fase 4 de transición del SG-SST, verificación del cumplimiento de estos estándares y la implementación definitiva del sistema.

La resolución 707 del año 2020, por medio del cual se declara urgencia manifiesta y se dictan otras disposiciones en la empresa social del estado E.S.E Hospital San Félix de La Dorada que permita dar respuesta inmediata ante la presencia de la pandemia COVID 19 y el número de casos positivos vigentes y en aumento en el municipio y aledaños.

5. Diseño Metodológico

Siguiendo los lineamientos institucionales se define un documento escrito a partir del desarrollo documental con la recopilación de información, análisis de la normativa y textos relacionados que ayudan a definir las diferentes pautas procedimentales para evidenciar la realidad del entorno de la institución hospitalaria en el área de urgencias, y la interacción con las nuevas alternativas de seguridad biosanitaria, respecto de la influencia del SARS CoV-2 (COVID-19).

Los condicionantes de manejo respecto a los comportamientos y elementos sugeridos para la prevención del riesgo biológico según información obtenida y adquirida en fuente primaria por la observación y entrevista vía web, determina el accionar en función de sugerir condiciones ideales para el cuidado de la salud y la vida, utilizando los recursos de observación y las diferentes consultas, en pro de la toma de decisiones.

Se proyecta un plan de intervención para el manejo del virus SARS CoV-2 (COVID-19), basado en los procesos recomendados y protocolos de bioseguridad, ello direcciona el ambiente objetivo y entrega premisas reales, desprendidas de una fase de identificación, matriz de diagnóstico inicial, una segunda fase basada en una matriz denominada “administración del riesgo” herramienta suministrada en el módulo “Concepción Legal del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo” y una fase propositiva, que considera las recomendaciones respecto de la información recolectada.

Se definen las variables que conforman efectos positivos para la obtención del objetivo general que busca establecer condicionantes influenciados para abordar las acciones determinantes en la prevención del contagio del virus SARS CoV-2 (COVID-19), en un espacio determinado como es el área de urgencias de la institución hospitalaria, “adquiriendo elementos procedimentales como

barrera de exposición al virus”, de esta manera, generar un nuevo concepto de acción controlada, como base de protocolo de manejo y competencias en el área de urgencias.

FASE 1

El esquema de diagnóstico inicial se realiza mediante una herramienta de diseño propio denominada “ Matriz de diagnóstico inicial”, esta se fundamenta en la jerarquía de controles, reducción o eliminación (fuente), controles ambientales y de ingeniería (medio), elementos de protección personal (persona, uso apropiación y cumplimiento) y administrativos; determinando así si los controles que existen son adecuados, si hay que mejorarlos o si es necesario introducir nuevos diseños partiendo de los lineamientos seguidos por la institución hospitalaria para la atención de pacientes con el virus SARS CoV-2 (COVID-19)., comparados con los lineamientos de la Asociación Colombiana de Infectología (Mayo-2020), lineamientos del Ministerio de Salud (Orientaciones para el uso adecuado de los elementos de protección personal por parte de los trabajadores de la salud expuestos a COVID-19 en el trabajo y en su domicilio, Versión 1 de Abril de 2020). (Ver Anexo 1 “Matriz de diagnóstico inicial”)

FASE 2

La matriz de riesgo da pie para iniciar la descripción de acciones acatadas por el sistema de atención de la institución hospitalaria aportando a la reducción de riesgos biológicos de su personal de salud y aspectos relacionados con la dotación hospitalaria, protocolos de atención y detección de casos de virus SARS CoV-2 (COVID-19), debido a que el personal médico constituye el eslabón central para el diagnóstico y seguimiento de personas infectadas.

El proceso considera tanto los factores internos constituidos para el trabajador de la salud, como aquellas otras situaciones externas o ambientales que inciden en la atención de urgencias, y que pueden condicionar e incluso determinar el logro fundamental de la prevención, asumiendo un

riesgo potencial; la valoración de la situación actual de la institución hospitalaria, está contenida en su esencia: (Ver Anexo 2 “Matriz administración del riesgo”).

- **Identificación Actividad:** Área administrativa y asistencial

- **Peligros:** Identificación del riesgo biológico (virus, bacterias, hongos, fluidos, excrementos).

- **Causas:** Exposición a gotas y aerosoles

- **Consecuencias:** Contagio por virus SARS-CoV 2/COVID -19/ Muerte

- **Riesgo Inherente**

Probabilidad: Posibilidad de materializar el riesgo (Baja, Media, Alta y Muy alta)

Consecuencia: Medida de la severidad de las consecuencias (Leve, Moderado, Severo y Crítico)

Nivel del Riesgo: Probabilidad que ocurran eventos adversos (I-No Aceptable, II- Aceptable con control específico, III Mejorable y IV Aceptable) $NR=P/C$

- **Controles Existentes:** Fuente, Medio, Individuo.

- **Riesgo Residual:** Riesgo remanente una vez se hayan implantado es los controles existentes para mitigar el riesgo (Probabilidad, Consecuencia, Nivel del Riesgo, Aceptabilidad del Riesgo)

- **Acciones y Controles Implementar:** Eliminación, Sustitución, advertencias, Controles Administrativos, elementos de Protección Personal.

- **Áreas valoradas:**

- **Área administrativa:** Admisiones pacientes-Sala de Espera
- **Área asistencial:** Triage, Movilización de paciente, Consulta médica, Sala de observación-sala de aislamiento.
- **Área de laboratorio:** Realización de pruebas diagnósticas (laboratorio clínico e Imagenología).

FASE 3

El plan determina actividades preventivas con efectiva aplicación, seguimiento y control, teniendo en cuenta la información sobre modos de transmisión propios del SARS Cov2/COVID-19, los procesos de atención sugieren elementos de cuidado en el manejo, desde la realidad del accionar cotidiano y la efectividad de las medidas que se aplican, y los métodos de trabajo alternativos que pueden suponer una mejora continua.

La aplicación de métodos de recolección de información y el carácter prospectivo de la descripción de acciones de las fases iniciales, son adheridos a una tercera fase, de acuerdo a las características del servicio de urgencias, integrando elementos necesarios para sugerir el control del riesgo, inscrita como precauciones y responsabilidades adquiridas, con miras a la ejecución valedera de procesos determinantes; una estrategia de mejora continua, y definida como la herramienta de gestión de calidad, desde la aplicabilidad que inscribe Indecopi (2001) como ciclo PHVA (Planificar, Hacer Verificar y Actuar), para lograr la efectividad del plan de prevención e intervención sugerido.

En este sentido, se identifican procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación en el área de urgencias y se determinan criterios y métodos necesarios para la eficacia del plan, así:

- Precauciones y responsabilidades generales, para contención del SARS-CoV2, en la atención de urgencias.

- Adecuaciones locativas.

- Limpieza y desinfección.

- Registro de información. “Triage”

- Medidas durante la atención de pacientes.

- Control del riesgo biológico desde las precauciones estándar y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.

- Medidas posteriores a la atención de urgencias o prioritaria.

6. Resultados

El cumplimiento del objetivo del presente proyecto, depende del proceso de cotejo de la información recolectada y falencias identificadas, en la atención de urgencias, de esta forma se puede deducir las fortalezas y necesidades, haciendo las debidas intervenciones que muestren resultados, y se aporte en la definición acorde del propósito y en la búsqueda de las soluciones que se pueden aplicar a corto plazo, por la urgencia manifiesta que genera el virus SARS CoV2 COVID 19, proporcionando apoyo a los procesos de atención y tratamiento de las necesidades en el actuar rutinario del personal de la salud.

6.1 Reconocimiento temprano y control de fuente (persona infectada)

➤ **Promoción de la higiene respiratoria:** La institución hospitalaria no cuenta en la actualidad con un programa, que sugiere recomendaciones y medidas para contener las secreciones respiratorias a todos los usuarios con signos y síntomas de la infección.

➤ **Reconocimiento e investigación de casos y sus respectivos contactos estrechos:** La institución hospitalaria no cuenta con los recursos necesarios para realizar el debido tamizaje, esta debe intervenir un proceso de identificación y rastreo de los casos y sus contactos más directos en la población que consulta.

6.2 Controles ambientales y de ingeniería (medio)

➤ **Ventilación ambiental adecuada:** La infraestructura de la institución hospitalaria no cuenta con ventilación natural y la mecánica es deficiente, siendo este un aspecto tan importante para evitar mayores riesgos en la salud de pacientes y colaboradores de la institución hospitalaria.

➤ **Separación espacial:** Este control no se cumple a cabalidad debido a la gran demanda de pacientes y la falta de controles dentro de la institución. Hay ausencia de mobiliario para adaptar barreras de aislamiento y/o mamparas de seguridad de materiales antibacterianos.

6.3 Elementos de Protección Personal (persona)

➤ **Respirador N95:** Este elemento únicamente es suministrado en situaciones determinadas, específicamente cuando se llevan a cabo procedimientos como la intubación de pacientes que aumentan el riesgo de infección al generar grandes cantidades de partículas de aerosol.

➤ **Bata manga larga antifluido:** La bata no es usada constantemente por el personal de salud, únicamente en casos específicos. (Área de quirófanos-UCI)

➤ **Gorro:** Estos elementos no son suministrados por la institución hospitalaria, son usados en casos exclusivos. (Área de quirófanos-UCI)

➤ **Polainas:** Estos elementos no son suministrados por la institución hospitalaria, son usadas en casos exclusivos. (Área de quirófanos-UCI)

➤ **Divulgación y verificación de la colocación, uso y retiro seguro de los EPP:** Se realizan pocas verificaciones o ninguna durante la jornada laboral (se realiza una capacitación inicial mas no una reinducción o control), no cuentan con instructivos que aseguren la protección del trabajador, minimizando los posibles efectos de los riesgos presentes en el sitio de trabajo.

➤ **Apropiación de los protocolos:** La institución hospitalaria no cuenta en la actualidad con protocolos de elaboración propia según sus características de infraestructura y personal a cargo.

6.4 Uso, apropiación y cumplimiento de protocolos

➤ **Grupo de apoyo a través del cual se logre evidenciar la efectividad de las diferentes acciones de promoción y prevención establecidas / Verificación al entendimiento y cumplimiento de protocolos:** La entidad no cuenta con un grupo o equipo interdisciplinario de apoyo para realizar esta intervención en el personal administrativo y de salud, con el fin de garantizar la efectividad en las actividades de promoción y prevención.

6.5 Controles administrativos

➤ **Recursos necesarios para la implementación de las medidas de prevención y control de infección:** No se han destinado los recursos necesarios para la atención adecuada del COVID 19, a pesar de la gestión de la institución los entes nacionales cuentan con prioridades y adicional las demoras en los trámites y también porque dependen del pago de las EPS.

➤ **Infraestructura adecuada:** La institución hospitalaria ha realizado esfuerzos para adecuar su planta física para la atención de esta pandemia, pero la demanda de usuarios ha hecho que esta sea poca para la adecuada atención.

➤ **Acceso a pruebas de laboratorio rápidas para la identificación de casos:** El número de pruebas con las que cuenta la institución no son las suficientes para atender el alto flujo de pacientes con posible contagio. En el mes de abril se realizaron 250 pruebas para personal del hospital.

➤ **Procedimientos de detección temprana:** No cuentan con programas actuales en los que se realicen jornadas de capacitación ni tamización, adicional el personal no es el suficiente para tantos requerimientos.

➤ **Planificación del personal que sea proporcional para cumplir con las necesidades del servicio sin afectar el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad:** No se evidencia contratación adicional de personal asistencial y administrativo, para la atención de pacientes durante los meses transcurridos de la pandemia por el virus SARS CoV2 COVID 19.

Conforme al evento determinado en la protección grupal, en la ruta de detección y atención del COVID-19, se verifica los métodos utilizados por el personal, con miras a ajustar conductas empíricas, considerando el cambio positivo, sin desconocer la autonomía profesional para el diagnóstico y seguimiento, como parte del derecho fundamental a la salud.

Aspecto fundamental que redundará en la transparencia, veracidad y pertinencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan tomar decisiones ajustadas a la realidad, para lo cual se define la una herramienta procedimental que apoya la toma de decisiones, desde la recolección de datos relacionados con la prevención y control de la infección intrahospitalaria.

6.6 Matriz de Riesgos y Peligros

Esta fase se basa en identificación y evaluación desde el análisis situacional, con recolección e información relevante en el área de urgencias de la institución hospitalaria, describiendo peligros, causas, consecuencias y la posible exposición al virus SARS CoV-2 (COVID-19), determinando las medidas de seguridad que tiene para prevenir riesgo biológico a través de una matriz de identificación bajo lineamientos de trabajo que demuestran la seguridad del accionar de los empleados del área de urgencias de la institución hospitalaria de la Dorada Caldas, de acuerdo con cargo y funciones, entre ellos se enfatiza acciones en el área de admisiones (admisión de pacientes y sala de espera), área servicio de urgencias (triage, movilización de pacientes, consulta médica, sala de observación, sala de aislamiento), área de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas (elaboración de pruebas, laboratorio clínico e imagenología).

TABLA DE RESULTADOS DESPUÉS DE APLICAR MATRIZ DE RIESGO		
Área de Admisiones		
Lugar	Descripción	Nivel de riesgo
Admisiones	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos) al recepcionar al paciente se puede tener contacto con gotas y/o aerosoles	Crítico
Sala de espera	riesgo biológico (virus, bacterias hongos) Posible contagio por no guardar distanciamiento de paciente de seguridad de dos metros, no uso EPP, higiene de manos	Crítico
Área Asistencial		
Lugar	Descripción	Nivel de riesgo
Triage	Riesgo de exposición al realizar exploración física del paciente.	Crítico
Movilización de paciente	Riesgo de exposición al realizar manipulación de paciente y traslado	Crítico
Consulta médica	Riesgo de exposición al realizar exploración física del paciente.	Crítico

Sala de observación- sala de aislamiento	Riesgo de exposición por exploración del paciente, toma de muestras, administración de medicamentos, aspiración de secreciones respiratorias, oxigenoterapia	Crítico
Área de laboratorio		
Lugar	Descripción	Nivel de riesgo
Realización de pruebas diagnósticas (laboratorio clínico e Imagenología)	riesgo biológico (virus, bacterias hongos) contacto estrecho con pacientes, contacto con secreciones, exposición a secreciones	Crítico

Fuente: Propia.

Mediante la observación en la fase identificación de riesgos y peligros, se evidencian áreas críticas con manifestaciones de exposición a riesgo biológico (gotas y aerosoles), donde el control existente es mínimo o no existe, los métodos usados son insuficientes para detener el posible contagio del virus SARS CoV2-COVID-19.

Una vez analizados los datos obtenidos en la matriz donde se identifica y se calificada dentro de la tabla de (probabilidades, consecuencia y nivel del riesgo contrastado con el riesgo inherente y los controles existes) se pudo identificar que el nivel de protección usado para el control del virus SARS CoV2-COVID-19 es insuficiente, lo que demuestra un nivel crítico en cada una de las áreas antes mencionadas en la tabla de resultados.

6.6.1 El procedimiento de control sugiere en su fundamento:

Elementos de prevención en controles existentes y potencialización en acciones y controles a implementar, mediante los cuales se pretende modificar las condiciones generales del actuar del

personal en el área de urgencias, que impiden el cuidado ante el riesgo biológico a causa del virus SARS CoV-2 (COVID-19), y referir la acción ideal para la reducción del mismo buscando la entrega de soluciones estratégicas, basadas en el actuar rutinario, identificado como situación diagnóstica del área, desde su globalidad laboral, implicando en ello, no solo el saber hacer en tiempos de pandemia, sino el manejo de esquemas comportamentales y cumplimiento de protocolos nuevos en el campo laboral y en su entorno social, con variables determinantes que influyen en el proceso de protección de la vida.

De acuerdo a las acciones antes descritas se evidencian falencias en el manejo, cuidado y protección frente al virus SARS CoV-2 (COVID-19), esto hace que se deban incrementar acciones, protocolos y un plan de intervención riguroso que contribuye al mejoramiento y a la contención del virus SARS CoV-2 (COVID-19), es de anotar las ventajas competitivas que la institución hospitalaria presenta en el medio, por lo tanto y para su posicionamiento en el municipio se debe asumir los compromisos de calidad, para solucionar problemas en el área de urgencias, y así evitar riesgos inherentes a enfermedades laborales desprendido de actividades cotidianas. Con la aplicación de métodos de recolección de información aquí definidos en las fases diagnosticadas, las directivas del hospital, contarán con elementos necesarios para sugerir acciones fundamentales en la seguridad del personal de urgencias y en la institución hospitalaria por la crisis del virus SARS CoV-2 (COVID-19).

El esquema, permitirá la atención segura, de pacientes en medio de la crisis pandémica; un esquema de prevención del riesgo biológico por exposición al virus SARS CoV-2 (COVID-19), desde la gestión interna, que logra obtener gran ventaja frente al manejo interno y externo, para la prevención del contagio, basado en una herramienta teórica documental, pero que dota al personal de conocimientos y a la gerencia de elementos necesarios para el desarrollo de labores con garantía

de la salud de su equipo de trabajo; además, procura en su esencia, espacios saludables, desde el accionar con responsabilidad, implicando un sistema que permitirá forjar bases fundamentales determinantes en la prevención del contagio y propagación del virus SARS CoV-2 (COVID-19).

De acuerdo con la problemática desde la base diagnóstica y en concordancia con la respuesta a la pregunta de investigación, en el presente documento, se define un esquema coherente con la situación, definida en etapas contextuales y fundamentos teóricos a seguir para el levantamiento de información, a través de matrices prediseñadas estrictamente para la atención segura en el actuar laboral, además, valora los riesgos por acción, para subsanar necesidades básicas de protección del personal en el área de urgencias y en general de la institución hospitalaria, contribuyendo desde sus condiciones para afrontar la fase de contención de la pandemia del virus SARS CoV-2 (COVID-19), impidiendo la extensión de sus efectos y limitando la recurrencia estacional del virus, desde su ejecución particular y sus acciones efectivas.

Actualmente los grupos de trabajo no sólo demandan la adquisición de conocimientos, también es necesario el apoyo con dotación de elementos para ejercer su actividad de una forma segura, garantizar espacios acordes a las necesidades y el fundamento motivacional que incide en el estado de ánimo, acorde para adoptar las medidas que se sugieren, formar trabajadores capaces de ejecutar la propuesta y con la concepción de la realidad que integra el conocimiento y la valoración RIESGO BIOLÓGICO por la existencia del virus SARS CoV-2 (COVID-19). Esa concepción de trabajo es necesaria y constituye la base de fundamento, la utilización de esquemas que complementen la acción laboral y respondan en su rutina, con la adopción de posturas para la reducción del contagio directo y la probabilidad de ocurrencia en eventos con riesgo de transmisión del virus SARS CoV-2 (COVID-19).

6.7 Plan de Intervención

La fase propositiva como meta de desarrollo y de aplicación, integra el reporte de acciones en procura de proteger al personal del área de urgencias de la institución hospitalaria y a los usuarios, se insta a aplicar todas las orientaciones y lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención en servicios de salud y la bioseguridad, conforme la capacidad y especialidad de los servicios relacionados con la atención de la salud, e independientemente de la presencia o no de síntomas de COVID-19, y se gesta el reporte de gestiones del sistema de atención de la institución hospitalaria de La Dorada, Caldas, para la reducción de riesgos biológicos del personal de salud ante el mismo.

6.7.1 Desarrollo estructural

El desarrollo estructural busca una solución concertada entre la administración hospitalaria, entidades estatales y el personal interno, articulando el sistema de gestión de eventos de la Organización Mundial de la Salud OMS, la cual ofrece una visión dinámica de las Operaciones de Alerta y Respuesta e información para la acción de una forma sistemática que permite prepararse mejor, responder más rápidamente y gestionar los recursos de forma más eficaz (*Morales & Blandón, 2020, p. 76*).

Al definir la salud del trabajador desde un enfoque que va más allá de los accidentes y las enfermedades, e incorpora en su intervención temáticas tales como fortalezas, habilidades y recursos personales que a su vez podrán ser utilizados como factores protectores frente a los riesgos biológicos laborales y de esta manera, construir las iniciativas de mejoramiento con el objeto de anticipar, reconocer y controlar los riesgos biológicos que puedan afectar la seguridad y la salud en los espacios laborales del personal de salud ante COVID-19 en la institución hospitalaria de La Dorada, Caldas.

Cuando el riesgo biológico no se puede eliminar, como el caso del SARS –COV-2/ COVID 19, se ha de estudiar a fondo los métodos de trabajo en aras de identificar todas las posibles vías de transmisión, para actuar sobre éstas con medidas conforme a la actividad de la que se trate.

6.7.2 Precauciones y responsabilidades generales, para contención del SARS-CoV2 COVID 19, en la atención de urgencias.

La ejecución de las precauciones y responsabilidades asegura la aplicabilidad de la gestión administrativa, advertida de acuerdo al ciclo PHVA, para la viabilidad del plan de prevención e intervención de acuerdo a las características del servicio de urgencias ; en cuanto al control del riesgo biológico relacionado al virus SARS CoV-2 (COVID-19) , desde su operación, control y manejo de procesos con eficiencia, disponiendo recursos e información necesarios para el seguimiento, la medición y el análisis de procesos, integrando acciones necesarias para alcanzar los resultados del objetivo planteado.

6.7.3. Adecuaciones locativas: En la zona de recepción de usuarios (pacientes, acompañantes, proveedores, trabajadores del servicio, otros), del servicio de urgencias se dispone:



6.7.4 Limpieza y desinfección.

Limpieza y Desinfección

AREA DE URGENCIAS



Limpieza de superficies con detergente neutro si las superficies están visiblemente sucias o contaminadas con elementos sólidos.



Desinfección de alto nivel y esterilización en dispositivos semi-críticos y críticos contaminados con el SARS-CoV-2 /COVID19



Desinfección de superficies expuestas con cualquiera de los siguientes : productos a base de clorados, etanol del 70-a 95%, peróxido de hidrógeno 0.5% o glutar aldehído en superficies.



Uso de clorados a concentraciones mínimas de 0.1% (1000 PPM) para desinfección de superficies.



Uso de los amonios cuaternarios de cuarta y quinta generación como una segunda opción dada su menor efectividad en reducción de virus.



Para la desinfección de dispositivos y equipos médicos, los lineamientos a seguir son los mismos que se aplican a desinfección y esterilización en instituciones hospitalarias.



Los equipos no invasivos deben ser desinfectados con alcohol del 62% al 70% o soluciones de amonio cuaternario entre cada uso.



Emplear para los ecógrafos sólo soluciones de amonio cuaternario después de cada uso.



Las CPU y monitores de los computadores equipos celulares deben ser desinfectados por turno con amonio cuaternario o alcohol del 62 al 70%.



Desinfectar los teclados con frecuencia usando solución de amonio cuaternario o alcohol al 70%.



6.7.5 Registro de información. “Triage”. El registro y actualización continua de los datos de pacientes (tipo y número de identificación, datos de contacto), tiempo de entrada y salida de consulta, datos de la situación de salud general, registro de la temperatura que debe tomarse en cada consulta, y presencia en cada consulta de posibles signos o síntomas relacionados con COVID-19.

Esta información queda registrada en la Historia del paciente o instrumentos definidos por el servicio, para el caso de usuarios con sospecha de COVID-19, se adiciona consentimiento informado y planilla de datos generales, que refieran los servicios requeridos y efectuados.

En la atención, se realizarán preguntas al 100% de solicitudes de citas tanto de urgencia como prioritarias, y se enfatiza en la cita virtual o telefónica (demanda espontánea). Estas preguntas permiten aproximarse a identificar quiénes presentan mayores riesgos y adoptar medidas, para su atención, basado en:

Registro de Información
AREA DE URGENCIAS
" TRIAGE "

¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura > 37.5 °C).

¿Ha tenido tos o cualquier otro signo de dificultad respiratoria en los últimos 14 días?

¿Ha tenido en los últimos 14 días o tiene diarrea u otras molestias digestivas?

¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?

Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?

¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?

¿Tiene o ha presentado la enfermedad de COVID-19?

En caso de haber presentado la enfermedad, ¿ya cumplió 21 días de aislamiento?

Esta información servirá de soporte para realizar reportes a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a las Entidades Territoriales de Salud, y específicamente para identificar riesgo en trabajadores que vayan a tener contacto con estos pacientes, en caso de identificar en alguna de las sesiones de atención o controles cambios de las condiciones de salud sugestivas de COVID-19, se realizar ruta de atención específica para estos casos


6.7.6 Medidas durante la atención de pacientes. El equipo de profesionales de la salud del hospital en el área de urgencias y auxiliares, deben cumplir con todas las precauciones estándar, entendiéndose como las prácticas de prevención de infecciones que debe aplicarse para cualquier atención de pacientes, independientemente del estado de infección sospechosa o confirmada por el virus SARS CoV2 COVID 19 cualquier otro agente, y en cualquier entorno donde se brinde la atención.

Si la infección por COVID-19 es confirmada, el paciente únicamente debe ser atendido en caso de requerir atención de urgencia acorde con los protocolos de manejo que el servicio debe tener según los procesos de habilitación, siempre haciendo uso de los EPP necesarios y con todas las medidas de aislamiento antes, durante y después de la atención de este.

Los trabajadores implicados en la atención deben tener especial cuidado en el cambio de los EPP y en no generar contaminación cruzada o de atender a otras personas sin el debido proceso de limpieza y desinfección.

Las precauciones para el manejo de los pacientes probables o confirmados por SARS-COV-2 deben incluir las precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas bajo las medidas generales de protección en el área de urgencias.

Basados en el consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud se elabora la siguiente matriz que describe los procesos de prevención y control intrahospitalarios y las recomendaciones por parte del personal asistencial, las cuales son transversalizadas con lo observado al interior del servicio de urgencias de la institución hospitalaria del Municipio de La Dorada, Caldas:

Protocolo atención de paciente sospechoso que acude al área de urgencias			
Área	Categoría	Acciones	Recomendaciones
Admisiones	Personal de administración	Preguntas al paciente asociadas al criterio epidemiológico.	Higiene de manos Higiene respiratoria Se recomienda la distancia al paciente > 2 m (mínimo 1 metro) Se recomienda el uso de cintas que eviten el acercamiento para guardar la distancia de seguridad de 2 metros. Instalación de separadores en acrílico (Pantallas de aislamiento)
	Personal asistencial si el criterio epidemiológico es positivo	Preguntas al paciente asociadas al criterio epidemiológico.	Mascarilla quirúrgica al paciente El trabajador que acompaña a la zona de aislamiento llevará mascarilla quirúrgica y guantes. Higiene de manos

<p>Sala de Triage Enfermería Aux. Enfermería Celador</p>	<p>Asistencia a pacientes con síntomas respiratorios y distancia < 1 m.</p>	<p>SALA DE TRIAGE: Exploración física del paciente</p> <p>ENFERMERÍA: Toma de constantes. Toma de muestras (extracciones de sangre, glucometría, etc.).</p> <p>CELADOR: Movilización de pacientes</p>	<p>Bata material quirúrgico desechable no estéril</p> <p>Protección ocular anti-salpicaduras</p> <p>Higiene de manos.</p> <p>Precauciones estándar, de aislamiento por gotas y contacto</p>
<p>Sala de Triage Enfermería Aux. Enfermería</p>	<p>Actividad asistencial a casos en investigación o confirmados</p>	<p>Exploración física del paciente.</p> <p>Prescripción de pruebas complementarias.</p> <p>Realización de técnicas.</p> <p>Observación de monitores de constantes</p>	<p>Mascarilla quirúrgica al paciente</p> <p>Profesionales de la salud mascarilla quirúrgica o Mascarilla N-95 si hay disponibilidad</p>
<p>Sala de Triage Enfermería Aux. Enfermería</p>	<p>Procedimientos que generan aerosoles en investigación o confirmados</p>	<p>Aspiración de secreciones respiratorias.</p> <p>Aerosolterapia</p> <p>Toma de muestras respiratorias</p> <p>Lavado broncoalveolar</p> <p>Oxigenoterapia de alto flujo Ventilación no invasiva</p> <p>Ventilación manual con mascarilla y bolsa autoinflable Otros</p>	<p>Mascarilla Protección ocular integral</p> <p>Guantes Bata de manga larga impermeable. Si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico.</p> <p>Si existe disponibilidad, se utilizará bata de protección microbiológica</p> <p>Higiene de manos</p> <p>Precauciones de aislamiento estándar por gotas y contacto</p>

Personal de servicios generales	Limpieza y desinfección	Limpieza y desinfección de habitación de aislamiento tras el ingreso del paciente	Mascarilla quirúrgica Bata antifluído Guantes no estéril Protección ocular antisalpicadura Higiene de manos Precauciones de aislamiento estándar por gotas y contacto
Personal de laboratorio y pruebas diagnósticas	Personal asistencial	Una vez finalizado el estudio, desinfectar el equipamiento. Se debe desinfectar todo el material que haya contactado con el paciente y todo el material que haya tocado el personal que haya contactado con el paciente.	Mascarilla quirúrgica al paciente Mascarilla quirúrgica si hay disponibilidad Bata Guantes Protección ocular antisalpicadura Higiene de mano Precauciones de aislamiento estándar, por gotas y contacto

*En todos los casos descritos seguir las medidas preventivas generales. Se utilizará mono de protección microbiológica si hay escasez de batas y/o el procedimiento lo aconseja (asistencia a pacientes en urgencias con patologías graves hemoptisis, vómito, etc. Consultar con el Servicio de Prevención. Registrar las personas que realizan asistencia a pacientes sospechosos y actividades, así como incidentes /accidentes que concurren.

* Precauciones estándar busca prevenir la transmisión de la mayoría de los agentes microbianos durante la atención de salud: paciente a paciente por transmisión cruzada en que se trasladan los agentes microbianos en las manos del personal o por uso de equipos contaminados.

6.7.7 Control del riesgo biológico desde las precauciones estándar y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión. Las precauciones estándar incluyen prácticas tales como el lavado de manos y el uso de guantes, batas, mascarilla, protección ocular o del rostro, en función de si se puede anticipar la exposición, y prácticas seguras para prevenir pinchazos.

Las precauciones por transmisión aérea tratan de prevenir la transmisión de agentes infecciosos depositados en partículas de tamaño inferior a 5 µm, que proceden de las vías respiratorias del paciente y quedan suspendidas en el ambiente, donde pueden persistir durante un cierto tiempo y desplazarse largas distancias.

Control del riesgo biológico desde las precauciones estándar y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.

Durante la atención al paciente, procurar evitar los contactos innecesarios con las superficies que se encuentran próximas al paciente para prevenir tanto la contaminación de las manos limpias como la contaminación de las superficies con las manos sucias. Lavar las manos siempre que estas estén sucias (material proteico, sangre o fluidos biológicos) con agua y jabón. Utilizar agentes antimicrobianos o antisépticos no acuosos para determinadas circunstancias (por ejemplo, en caso de brotes o de infecciones hiperendémicas)

Antes del contacto directo con los pacientes. Tras el contacto con sangre, fluidos biológicos, excreciones, secreciones, mucosas, piel no intacta o vendajes, tanto si se llevan guantes como si no. Entre procedimientos en un mismo paciente, a fin de evitar infecciones cruzadas. Tras la realización de cualquier técnica que pueda implicar el contacto con material infeccioso. Inmediatamente después de quitarse los guantes, entre un paciente y otro o cuando esté indicado para evitar la transferencia entre pacientes o al ambiente.

Utilizar los EPP siempre que la naturaleza del tipo de atención al paciente indique que es posible el contacto con sangre, fluidos biológicos, secreciones, excreciones, etc. Evitar la contaminación de la ropa y de la piel al quitarse los EPP, desecharlos antes de abandonar la habitación o recinto donde se encuentre el paciente.

Usar guantes cuando se pueda producir, o se vaya a tener, contacto con sangre, fluidos biológicos, secreciones, excreciones, membranas mucosas, piel no intacta o piel intacta potencialmente infectada (defecaciones, orina, etc.) y otros materiales u objetos potencialmente contaminados. Quitarse los guantes tras el contacto con el paciente, el entorno, el equipo médico, utilizando técnicas apropiadas para evitar la contaminación de las manos. No utilizar los mismos guantes para el cuidado de distintos pacientes. No lavar los guantes con objeto de reutilizarlos. Esta práctica está asociada con la transmisión de patógenos. Cambiar los guantes entre diferentes procedimientos en un mismo paciente, a fin de evitar contaminaciones cruzadas.

Las batas de protección (de material impermeable) se usan para proteger los brazos y zonas de piel expuesta de los trabajadores y para prevenir la contaminación de la ropa con sangre, fluidos biológicos, secreciones o excreciones. Las batas clínicas o de laboratorio usadas sobre ropa de trabajo o prendas de vestir no se consideran EPP. Usar bata de protección para el contacto directo con pacientes incontinentes (secreciones o excreciones). Quitarse la bata de protección y lavarse las manos antes de abandonar el entorno del paciente. No reutilizar la bata de protección. Incluso cuando se trate de contactos repetidos con el mismo paciente.

Es conveniente diferenciar las mascarillas denominadas quirúrgicas de los equipos de protección respiratoria: La principal función de las mascarillas quirúrgicas es proteger al paciente contra los aerosoles emitidos por el cuidador o el visitante. Su eficacia se evalúa en el sentido de la exhalación. Las mascarillas quirúrgicas ofrecen protección al trabajador contra las salpicaduras. Los equipos de protección respiratoria tienen como función proteger al trabajador frente a los riesgos por inhalación de contaminantes suspendidos en el aire. Existen distintos tipos, con características diferentes (forma, componentes, eficacias de filtración, uso, etc.).

6.7.8 Medidas posteriores a la atención de urgencias o prioritaria.

Medidas posteriores a la atención

A R E A D E U R G E N C I A S

Una vez terminada la atención, de cada paciente y al final de la jornada de trabajo, debe realizarse los procesos de limpieza y desinfección total del área de atención de urgencias y sitios administrativos, salas de espera y otros relacionados.



Se limpia y desinfecta todas las superficies incluido elementos y equipos que hayan sido empleados en la atención de acuerdo con las instrucciones del fabricante y el Ministerio de Salud o autoridades locales. Además, proceder a:

- 1** Limpiar y desinfectar las superficies antes de aplicar un desinfectante de grado hospitalario.
- 2** Limpiar y desinfectar las superficies como manijas en puertas, sillas, escritorios, ascensores y baños, deben limpiarse y desinfectarse con frecuencia.
- 3** Aplicar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales e instrumental conforme se listan en el aparte protocolo de limpieza*

*Ver Medidas de Bioseguridad para los trabajadores, conforme los procesos de habilitación inscritos respecto de la Resolución N° 3100 de 2019.

7. Discusión

Las circunstancias actuales obligan a la humanidad a tomar medidas de prevención para conservar la salud, se adhiere el concepto de Moreno (2020), donde precisa “es deber cuidarnos para cuidar a los demás”. El riesgo biológico es inminente y el brote por el virus SARS CoV2 COVID-19 es una realidad, se obtiene un escenario poco alentador al observar un diagnóstico inicial débil, protocolos que aún no se han actualizado y no existe identificación propia de las situaciones a las que están expuestos el personal de salud del área de urgencias de la institución hospitalaria, generando una visión desfavorable y negativa.

Si se analiza desde otro escenario de la salud como es el Hospital Departamental Universitario de Caldas Santa Sofía (Página principal link COVID-19), se tiene un enfoque altamente competitivo, beligerante y comprometedor donde el cuidado, la prevención, la utilización de los protocolos y el programa de información e investigación en cada una de las áreas, además está acorde con las necesidades requeridas para salvaguardar la seguridad y el bienestar de su personal, que radica en el bien común de la institución.

En este sentido, no se puede asegurar que las acciones tomadas dentro de la institución hospitalaria del municipio de la Dorada Caldas son las más efectivas desde el argumento general, donde los planes de intervención son mínimos para mitigar el riesgo biológico ocasionado por el virus SARS CoV2 COVID-19; en la matriz de riesgos se puede observar una deficiencia notable en la aplicación de protocolos del área de urgencias, donde analizados y comparados los resultados antes descritos, en la fase dos se evidencia deficiencias en el manejo y en el accionar de las estrategias de control que impulsen el debido direccionamiento de la pandemia.

Desde una mirada crítica y analítica la institución hospitalaria está en desventaja por no tener los recursos necesarios y depender netamente del estado y de las instituciones gubernamentales, entidades que son ineficientes en el accionar de la mitigación de los riesgos biológicos ocasionados por el virus SARS CoV2 COVID-19, si se vuelve a retomar lo descrito en el párrafo dos, es notoria la diferencia entre dos entidades que forman parte del sector salud, pero que están en diferentes circunstancias económicas y organizacionales, dando un contexto totalmente opuesto; la una con un comité de investigación y la otra con deficiencias en el plan mínimo de bioseguridad.

Desarrollada y analizada la idea de un plan de intervención para la institución hospitalaria y enfocada en mejorar el control del riesgo biológico generado por el virus SARS CoV2 COVID-19, sin obtener los recursos necesarios, se propuso establecer y expedir protocolos de bioseguridad que aseguren las acciones efectivas como elemento de cuidado diferencial.

Es entonces un estímulo en la búsqueda del bien común, que se pretende como especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo para la institución hospitalaria en el cuidado de la salud del personal del área de urgencias, aceptando una realidad vivida pretendiendo aminorar el contagio del virus SARS CoV2 COVID-19, estableciendo lineamientos y principios propios, aceptados en casos particulares, con el fin de suministrar beneficios de forma efectiva para un resultado ambicioso, en lo que se refiere a contener el riesgo biológico, concibiendo la prevención, desde el autocuidado por encima de las condicionantes estructurales, generando así, elementos fundamentales de la prevención.

8. Conclusiones.

Desde la descripción de acciones se han desarrollado herramientas para la evaluación de Planes de Salud en cuanto a objetivos, intervenciones y resultados del área de urgencias de la institución hospitalaria, donde el escenario no es claro ni seguro, los protocolos que se utilizan no están adaptados ni actualizados en la institución y los riesgos son evidentes, existiendo una distorsión en la objetividad.

Al realizar la identificación del riesgo biológico a través de una matriz se hallaron falencias en el área de urgencias, donde se determinan resultados críticos, falta de compromiso de la institución hospitalaria frente a la exposición y al manejo del virus SARS CoV-2 (COVID-19).

Con el plan de intervención anclado al ciclo PHVA se realizan estrategias de ayuda y seguimiento, creando un espacio oportuno que conlleve al conjunto de acciones que permita el impacto en la atenuación del riesgo biológico causado por el virus SARS CoV-2 (COVID-19), donde se presentan esquemas metodológicos para la prevención del entorno laboral, como una disciplina cotidiana, adquiriendo la adopción de hábitos, reflejando el benéfico como realidad latente y efectiva para el personal del área de urgencias en la institución hospitalaria.

Es así como se concluye la relación estructural que existe entre la institución hospitalaria y el personal de urgencias, generando conocimiento visualizado y profundizado en el resultado de adaptación permanente que conlleve a la tranquilidad emocional y laboral, redundando en el beneficio propio de la institución y el personal de salud.

9. Recomendaciones

La cultura comportamental en cada organización; es un proceso que obliga la revisión de actualizaciones permanentes, por lo tanto, es fundamental el compromiso de directivos, la aceptación de los grupos de trabajo y en especial el personal del área de urgencias, para garantizar el resultado planteado por lo que surgen las siguientes recomendaciones:

- Realizar testeos aleatorios en el personal de salud una vez al mes.
- Mejorar el sistema de ventilación y condiciones locativas del edificio
- Gestionar con funcionarios estatales y entes gubernamentales responsables de la salud, la obtención de apoyo económico, oportuno concerniente al manejo del riesgo biológico por el virus SARS CoV2 COVID-19.
- consultar la guía de las OSHA sobre covid-19 para obtener más información acerca de cómo proteger a los trabajadores del área de urgencias y de la institución hospitalaria en posibles exposiciones al riesgo del virus SARS CoV2 COVID-19.
- Para evitar situaciones de estigma y discriminación en el lugar de trabajo, las evaluaciones de salud se deben realizar de una manera privada.

10. Bibliografía.

Allende Burga, E. (2018). Intervenciones eficaces para reducir riesgos laborales en el personal que trabaja en sala de operaciones. Trabajo académico. Universidad privada Norbert Wiener. Perú. Recuperado de <http://190.187.227.76/handle/123456789/3326>.

Almaghrabi RH, Alfaraidi HA, Al Hebshi WA, Albaadani MM. Healthcare workers experience in dealing with Coronavirus(COVID-19) pandemic. Saudi Med J. 2020;41(6):657-660. doi:10.15537/smj.2020.6.25101.

Arriaza, J. (2013). Higiene del Medio Hospitalario y limpieza de material. Madrid: Ediciones Paraninfo.

Avilés Valverde, A. (2019). Consideraciones éticas durante las pandemias de influenza. Instituto nacional de pediatría. México. Recuperado de <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1124>.

Barrero-Barrero, D., & Baquero-Valdés, F. (2020). Objetivos de Desarrollo Sostenible: un contrato social posmoderno para la justicia, el desarrollo y la seguridad. Revista Científica General José María Córdova, 18(29), 113-137. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21830/19006586.562>

BC Noticias. (marzo 30 de 2020). Caldas presentó la situación actual de los hospitales públicos del departamento. Recuperado de <https://www.bcnoticias.com.co/caldas-presento-la-situacion-actual-de-los-hospitales-publicos-del-departamento/>.

Calabrese G. (2020). Actualización de los riesgos biológicos para anestesiólogos en la atención de pacientes afectados por SARS-CoV-2, COVID-19. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 48.

Campins Martí, M., & Uriona Tuma, S. (2014). Epidemiología general de las infecciones adquiridas por el personal sanitario. Inmunización del personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 32(4), 259–265. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.02.002>.

Cavadía, É., Hernández, R; & Castañeda, B. (2017). Análisis en el sector salud acerca de la seguridad y salud en el trabajo. *Revista I+D en TIC*, 8 (2), 12-20 Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. Recuperado de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/identific>.

Céspedes Barrante, Y; Polini Jiménez, B; & Vargas Picado. P. (2019). Programa de conservación en salud para el personal expuesto a riesgo biológico durante la manipulación de material infectocontagioso del departamento de investigaciones criminales del organismo de investigación judicial. Recuperado de <http://repositorio.utn.ac.cr/handle/123456789/292>.

Chaparro Díaz, D. R. (2017). Contenido jurídico público del sistema de salud en Colombia en el contexto de una buena administración. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, España. Recuperado de <https://gredos.usal.es/handle/10366/135764>.

Chunag (2020). Contagio social: Guerra de clases microbiológica en China. Rosario: Lazo Negro.

García-Ochoa, J; Valdés-Ambrosio, O., García-Lirios, C. (2018). Especificación de un modelo para el estudio de la percepción de los eventos de riesgo, la salud comunitaria, la calidad de vida y el bienestar subjetivo. *Revista de Investigación Académica sin Frontera*, 11 (27).

Gómez-García, A. R. (2015). Percepción del riesgo por parte del trabajador: la realidad ecuatoriana. (Tesis Doctoral).

Hena Kaffure, L. (marzo 27 de 2020). ¿Qué es una pandemia y cómo se determina? UN Periódico Digital. Tomado de <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/que-es-una-pandemia-y-como-se-determina/>.

Hernández Álvarez, M. (mayo 20 de 2020). COVID-19 y salud: mutar para vivir. UN Periódico Digital. Tomado de <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/covid-19-y-salud-mutar-para-vivir/>.

Hidalgo García, M. (2014). Las pandemias y la seguridad internacional. España, Instituto Español de Estudios Estratégicos.

Ilumiquinga, M.A; & Chico Hidalgo, D. (2019). Estado de inmunización y riesgo biológico en profesionales de salud del primer nivel de atención del distrito 17D09 en el año 2019. Pontificia universidad católica del Ecuador. Facultad de medicina. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16908>.

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2020). Riesgo Biológico. Recuperado de <https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/riesgo-biologico>

Linera, D. (2019). El impacto de la pandemia de gripe “porcina” en la política interna de Salud Pública en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil y México. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Humanas. ¿Recuperado de <https://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/1905/Tesis%20Linera%20Debora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lizarazo, C., Fajardo, J., Berríos, S., & Quintana, L. (2010). Breve historia de la salud ocupacional en Colombia. *Revista Archivo Prevención Riesgos Laborales*, 38-42.

Ministerio de Gobierno República de Colombia. (1994). Decreto 1295 de 1994. por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Ley 1562. Gobierno de Colombia, Bogotá.

Ministerio de Trabajo República de Colombia. (2015). Decreto 1072 de 2015. Gobierno de Colombia, Bogotá.

Moreno Rodríguez, M. (2019). Virus Ébola: patógeno emergente y futuro tratamiento de la enfermedad. Trabajo de grado, Universidad Complutense, España. Recuperado de <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20MORENO%20RODRIGUEZ.pdf>.

Ortega, J., Rodríguez, J., & Hernández, H. (2016). Importancia de la seguridad de los trabajadores en el cumplimiento de procesos, procedimientos y funciones. *Revista Academia & Derecho*, 153-168

Osorio Reina, N; Ledezma Orejuela, Y. Y; Aristizabal Salgado, M. F; Larrahondo Balanta, J. A. (2019). Diseño y formación de un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital San José de Tadó - Chocó, como una herramienta de mejora y optimización en la prestación de los servicios de salud en el área de urgencias. Trabajo de grado de especialización (Especialista en Gerencia de la Calidad). Universidad Católica de Manizales, Facultad de Administración. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10839/2588>

Padrón Vega, Yoel, Moreno Pérez, Sonia de las Nieves, Márquez Ferrer, Alejandro, González Valdés, Laura Margarita, & Pérez Hernández, Fabián. (2017). Occupational accidents of those exposed to biological risks at health institutions. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 52-59. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200008&lng=es&tlng=en.

Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next?. *Lancet*. 2020; published online March 12. doi:10.1016/s0140-6736(20)30627-9

Ruiz Olano, J., González García, F., Vega Porras, D., & Soria, Z. (2013). Respuesta oportuna y eficaz ante accidentes con secreciones, fluidos corporales e instrumentos punzo-cortantes potencialmente contaminados. *Hospital Nacional Sergio Bernales*, 1–33

Saavedra Trujillo, C. H. (2020). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. *Infectio*, 24(3).

Salgado, T. A., Ream, P. S. F., Teles, S. A., Lima, L. K. O. L., Rezende, F. R., Cardoso, N.Q., & Tipple, A. F. V. (2016). Accidents with biologic material in health services among persons with no presumed risk. *American Journal of Infection Control*, 44(12), 1726–1728. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.06.011>

Somocurcio Bertocchi, Jorge A. Ruiz de. (2017). Conocimiento de las medidas de bioseguridad en personal de salud. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(4), 53-57. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n4.09>

Tamariz Chavarria, F. D. (2018). Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad: Hospital San José, 2016. *Horizonte Médico*, 18(4), 42–49. Recuperado de <https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n4.06>.

Moreno Montoya J. (2020) El desafío de comunicar y controlar la epidemia por coronavirus. *Biomédica*. 2020; 40:11 pag.3.

Morin, Edgar (2005), *Ó método VI. Ética*, Porto Alegre, Editora Sulina.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2020), *Actualización de la Estrategia Frente a la Covid-19*, edición 14 de abril de 2020, pág. 7.

ANEXOS

Anexo 1 Diagnóstico inicial valoración del riesgo del contagio-área urgencias fase I.

DIAGNOSTICO INICIAL VALORACIÓN DEL RIESGO DEL CONTAGIO-ÁREA URGENCIAS								
ENTIDAD	Institución Hospitalaria la Dorada, Caldas		FECHA	Septiembre 2020		REALIZADO POR	Lina María López Luisa Fernanda Marín O. José Femey Rivera	
Nº	ASPECTOS A EVALUAR		CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES			
1	Reconocimiento temprano y control de f uente (persona infectada)	Uso de mascarilla	X		El personal de vigilancia de la institución hospitalaria verifica el cumplimiento de este protocolo			
		Aislamiento de casos	X		Si el paciente consulta por alguna sintomatología respiratoria, es direccionado a la sala COVID			
		Promoción de la higiene respiratoria		X	La institución hospitalaria no cuenta en la actualidad con este programa			
		Reconocimiento e investigación de casos y sus respectivos contactos estrechos		X	La institución hospitalaria no cuenta con los recursos necesarios para realizar el debido tamizaje, una vez el paciente es positivo para COVID se hacen recomendaciones generales			
2	Controles ambientales y de ingeniería (m edio)	Ventilación ambiental adecuada		X	La infraestructura de la institución hospitalaria no cuenta con ventilación natural y la mecánica es deficiente			
		Separación espacial		X	Este control no se cumple a cabalidad debido a la gran demanda de pacientes y la falta de controles dentro de la institución			
		Limpieza y desinfección de superficies contaminadas y objetos inanimados	X		Cuentan con personal de servicios generales, quienes constantemente realizan desinfección de áreas			

3	Elementos de Protección Personal (persona)	Mascarilla quirúrgica	X		Todo el personal de la institución hospitalaria usan este tipo de mascarilla
		Respirador N95		X	No poseen la cantidad necesaria de respiradores para todo el personal de salud, únicamente son usados cuando la situación requiere
		Visor, careta o monoqafa	X		
		Bata manga larga antifluido		X	La bata no es usada constantemente por el personal de salud, únicamente casos específicos
		Guantes no esteril	X		
		Vestido quirúrgico debajo de la bata	X		Es usado el llamado "pitufó" o uniforme de la institución
		Gorro		X	Estos elementos no son suministrados con la institución hospitalaria, son usadas en casos exclusivos
		Polainas		X	
		Divulgación y verificación de la colocación, uso y retro seguro de los EPP		X	Se hacen este tipo de verificaciones en pocas o ninguna ocasión de la jornada laboral (realizaron una capacitación inicial mas no una reinducción o control)
Apropiación de los protocolos		X	La institución hospitalaria no cuenta en la actualidad con protocolos propios		
4	Uso, apropiación y cumplimiento de protocolos	Grupo de apoyo a través del cual se logre evidenciar la efectividad de las diferentes acciones de promoción y prevención establecidas		X	La entidad no cuenta con este grupo de apoyo para realizar esta intervención, solo cuentan con un profesional en SST
		Verificación al entendimiento y cumplimiento de protocolos		X	Actualmente la institución cuenta con un profesional en SST, quien ingresó hace aproximadamente dos meses a la entidad y se encuentra en su proceso de inducción y adaptación al cargo
5	Controles administrativos	Recursos necesarios para la implementación de las medidas de prevención y control de infección		X	No se han destinado los recursos necesarios para la atención adecuada del COVID 19, a pesar de la gestión de la institución los entes nacionales cuentan con prioridades y adicional las demoras en los tramites y también porque dependen del pago de las EPS
		Infraestructura adecuada		X	La institución hospitalaria ha realizado esfuerzos para adecuar su planta física para la atención de esta pandemia, pero la demanda de usuarios ha hecho que esta sea poca para la adecuada atención
		Acceso a pruebas de laboratorio rápidas para la identificación de casos		X	El número de pruebas con las que cuenta la institución no son las suficientes para atender el alto flujo de pacientes con posible contagio
		Procedimientos de detección temprana		X	No cuentan con programas actuales en los que se realicen jornadas de capacitación ni tamización, adicional el personal no es el suficiente para tantos requerimientos
		Planificación del personal que sea proporcional para cumplir con las necesidades del servicio sin afectar el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad		X	El personal no es suficiente para el alto flujo de pacientes que recibe, además que el municipio de la Dorada por su ubicación debe atender a usuarios de otros departamentos

Anexo 2 Matriz identificación de riesgos y peligros fase II.

PROCESO:		ADMINSITRATIVO															
N° PERSONAS EXPUESTAS:				LUGAR:		AREA DE ADMISIÓN (Front) SALA DE ESPERA											
ACTIVIDAD	PELIGROS	CAUSAS	CONSECUENCIAS	RIESGO INHERENTE				CONTROLES EXISTENTES			RIESGO RESIDUAL						
				P	C	NR	INT	F	M	P	P	C	NR	INT			
Admisión pacientes	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos)	Al recepcionar al paciente se puede tener contacto con gotas y/o aerosoles	Contagio por virus SARS-COV 2/COVID-19 Muerte	4	4	16	I	Exigencia a usuario de uso de tapabocas	Barrera física de 2 metros, señalización, distanciamiento, desinfección								II
Sala de Espera	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos)	Posible contagio por no guardar distanciamiento de paciente de seguridad de dos metros, no uso EPP, higiene de manos	Contagio por virus SARS-COV 2/COVID-19 Muerte	4	4	16	I	Distancia de más de dos metros	Ninguna	EPP	2	4	8				II
PROCESO:		ASISTENCIAL															
N° PERSONAS EXPUESTAS:				LUGAR:		AREA SERVICIO DE URGENCIA											
ACTIVIDAD	PELIGROS	CAUSAS	CONSECUENCIAS	RIESGO				CONTROLES EXISTENTES			RIESGO RESIDUAL						
				P	C	NR	INT	F	M	P	P	C	NR	INT			
Triage	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos)	Riesgo de exposición al realizar exploración física del paciente.	Contagio por virus SARS-COV 2/COVID-19 Muerte	4	4	16	I	Ninguna	Ninguna	EPP	3	4	12				I
Movilización de paciente	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos)	Riesgo de exposición al realizar manipulación de paciente y traslado	Contagio por virus SARS-COV 2/COVID-19 Muerte	4	4	16	I	Uso de tapabocas e higiene de manos	Ninguna	EPP	1	2	2				I
Consulta médica	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos)	Riesgo de exposición al realizar exploración física del paciente.	Contagio por virus SARS-COV 2/COVID-19 Muerte	4	4	16	I	Uso de tapabocas e higiene de manos	Ninguna	EPP	1	2	2				I
Sala de observación- sala de aislamiento	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos)	Riesgo de exposición por exploración del paciente, toma de muestras, administración de medicamentos, aspiración de secreciones respiratorias, oxígeno terapia	Contagio por virus SARS-COV 2/COVID-19 Muerte	4	4	16	I	Uso de tapabocas e higiene de manos	Ninguna	EPP	1	2	2				I

PROCESO:		LABORATORIO												
N° PERSONAS EXPUESTAS:				LUGAR:		LABORATORIO CLINICO - IMÁGENES DIGNOSTICAS								
ACTIVIDAD	PELIGROS	CAUSAS	CONSECUENCIAS	RIESGO				CONTROLES EXISTENTES			RIESGO RESIDUAL			
				P	C	NR	INT	F	M	P	P	C	NR	INT
Realización de pruebas diagnósticas (laboratorio clínico e Imagenología)	Riesgo biológico (virus, bacterias hongos, fluidos, excrementos)	Contacto estrecho con pacientes, contacto con secreciones, exposición a secreciones	Contagio por virus SARS-COV 2/COVID -19 Muerte	4	4	16	I	Ninguna	Ninguna	EPP	3	4	12	I