

DIAGNÓSTICO DE LA SALUD OCUPACIONAL EN EL SECTOR SALUD
EN EL MUNICIPIO DE NEIVA

LUZ DARY CANGREJO PEÑA
MARIA DEL CARMEN CLAROS SEGURA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA CONVENIO
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
NEIVA
2007

DIAGNÓSTICO DE LA SALUD OCUPACIONAL EN EL SECTOR SALUD
EN EL MUNICIPIO DE NEIVA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Profesional en Salud Ocupacional

LUZ DARY CANGREJO PEÑA
MARIA DEL CARMEN CLAROS

Asesor
SANDRA DEL PILAR GUTIÉRREZ CUEVAS
Magíster en Educación

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA CONVENIO
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
NEIVA
2007

Nota de aceptación:

Firma del presidente de jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 16 de mayo de 2007

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por permitirnos llevar a feliz término la realización de esta investigación.

Con especial cariño a nuestras familias y a todas las personas que de una u otra forma nos colaboraron para sacar adelante y llevar a feliz término esta investigación

LUZ DARY
MARIA DEL CARMEN

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Las diferentes empresas que hicieron posible la recolección de la información para sacar adelante esta investigación.

Nuestras familias por toda la paciencia, comprensión y apoyo que de ellos recibimos.

Es necesario reconocer a todos los profesores, r su dedicación y su ayuda fue fundamental para alcanzar nuestros objetivos.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. FORMULACION DEL PROBLEMA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. JUSTIFICACIÓN	16
5. MARCO TEORICO	18
5.1 ANTECEDENTES	18
5.2 REFERENTE CONTEXTUAL	20
5.3 REFERENTE CONCEPTUAL	22
5.3.1 El Sistema Nacional de Salud	22
5.3.2 Ley 10 de Enero 10 de 1990	22
5.3.3 Nueva Constitución Política de Colombia	24
5.3.4 Ley 100 de 1993	29
5.3.5 Ministerio de Salud, Resolución 5165 de 1994	30
5.3.6 Ministerio de Salud, Resolución 0488 de 1996	30
5.3.7 Programa de Salud Ocupacional	32
5.3.8 Evaluación de los Programas de Salud Ocupacional	33
5.3.8.1 Requisitos mínimos	33
5.3.8.2 Formas de los Programas de Salud Ocupacional	34
5.3.8.3 Contenido	34
5.3.8.4 Organización, funcionamiento y Forma de los Programas de Salud Ocupacional	37
6. HIPÓTESIS	40
7. ESTRATEGIA METODOLOGICA	41
7.1 Diseño metodológico	41
7.1.1 Población	41
7.1.2 La muestra	42
7.2 Procedimiento	44
8. EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE NEIVA	47
8.1 LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA	48
8.2 ENTIDADES QUE VIGILAN EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE NEIVA	48
9. INSTRUMENTO DE INVESTIGACION SECTOR SALUD	50
9.1 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO	55
10. CONCLUSIONES	64
11. RECOMENDACIONES	76
12. DISCUSIÓN	80
13. BIBLIOGRAFÍA	84

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
➤ Anexo A: Interpretación de los datos arrojados por el instrumento aplicado al Sector Salud del Municipio de Neiva	85

INTRODUCCIÓN

El goce pleno de la salud es uno de los derechos fundamentales de todos los hombres sin distinción de raza, sexo, religión, color político ni clase social. La salud de los trabajadores es fundamental para alcanzar un alto grado de productividad en las empresas.

Dentro de esta consideración el propósito es presentar el Diagnóstico de la Salud Ocupacional en el Municipio de Neiva, pues la seguridad laboral combina simultáneamente acciones enfocadas a mejorar las condiciones físicas pero también a, generar espacios de participación y diálogo de los trabajadores para buscar solución a problemas, implementar medidas de seguridad. Esto solo es posible a partir de un sincero deseo de cambio en todos los niveles organizacionales, sincero deseo quiere decir que la alta gerencia se compromete con un proceso de mejora continua, ser más facilitadores y los trabajadores a participar y generar propuestas de mejoras con una alta dosis de conciencia, creatividad y factibilidad.

Los métodos tradicionales de seguridad y salud ocupacional, por razones de peso, han centrado sus esfuerzos de prevención en el mejoramiento de las situaciones ambientales de riesgo, buscando de una u otra manera eliminar los peligros desde la fuente de origen. Este desequilibrio entre tecnología y humanismo, ha hecho que el desarrollo de los factores que influyen en el comportamiento de las personas sea lento o reducido a las necesarias pero insuficientes estrategias de inducción, capacitación y entrenamiento.

Sin embargo el motor de todo este proceso se encuentra en la participación de todos los niveles, especialmente los trabajadores con un enfoque ético de responsabilidad y autonomía. No es posible promover el valor de la salud y la seguridad si las condiciones de trabajo, los estilos de liderazgo y la carencia de políticas y normas de desempeño, están demostrando el antivalor seguridad, o exigir responsabilidad y autogestión, cuando se imponen las normas y se coarta la libertad para intervenir sus propias situaciones de riesgo.

RESUMEN

La investigación se busca conocer el estado de la Salud Ocupacional en el Sector Salud del municipio de Neiva. Para esto se tomó una población de 44 empresas habilitadas, de acuerdo a los datos dados por la Secretaría de Salud Departamental; luego se seleccionó una muestra probabilística de 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento (Encuesta) previamente elaborada.

Una vez visitadas las empresas y recolectada la información se procedió a realizar la tabulación, seguidamente graficó e interpretó cada uno de los resultados.

El estado de la salud ocupacional en el sector salud del Municipio de Neiva no es el mejor, que aunque el 40% de las empresas abordadas de una u otra forma adelantan actividades de Salud Ocupacional y cumplen en buena forma con la normatividad, no deja de preocupar el 60% restante, en donde el interés por el bienestar de la población trabajadora que hace parte de estas empresas es muy bajo.

Son 4227 trabajadores los que laboran en las 35 empresas objeto de esta investigación, de los cuales una gran parte de ellos no gozan de las mejores condiciones laborales, escasamente tiene a sus trabajadores afiliados a salud, pensión y riesgos, factores que aunque son de obligatorio cumplimiento y de mucha importancia tanto para el trabajador como para el empleador, en cuanto a seguridad social, no garantizan al trabajador las condiciones mínimas de seguridad para desempeñar sus tareas diariamente.

PALABRAS CLAVES: Salud Ocupacional, trabajador, programas, legislación, control, promoción, prevención, integral, implementación, indicadores, riesgo, peligro, COPASO, SSOMA.

SUMMARY

The research is intended to get to know the situation of the Occupational Health in the Health Area in Neiva. In order to carry out this, forty-four organizations were taken according to the data provided by Secretaría de Salud Departamental; then, thirty-five of them were selected in which the instrument (Survey) was applied.

Once the organizations were visited and the information collected, the tabulation process was carried out following the graphic and interpretation of the results.

The situation of Occupational Health in Neiva in the Health Area is not the best one; though 40% of the organizations is having Occupational Health activities and fulfill the normativity, the remaining 60% is a conserving issue in which the interest in the welfare of the working population belonging to these organization is low

4227 people work in these thirty-five organizations a great number of them do not have good working conditions and they are barely joined to health, pension and risk services these factors do not guarantee the workers the minimum safety conditions to perform their every day tasks even though they are compulsory an important for both employer and employee.

KEY WORDS: Occupational Health, workers, programs, law, control, promotion, prevention, integral, implementation, descriptors, risk, danger, COPASO, SSOMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Salud Ocupacional es una rama de la Salud Pública, de hecho, tan antigua como el hombre, íntimamente ligada a la historia del trabajo, a esto interesa llegar porque con la división del trabajo, surgen los sectores básicos de la economía; así pues, el sector primario con la agricultura, la ganadería y la pesca; el sector secundario con las artesanías, vestuario, elementos de trabajo y cocina, la minería y la metalurgia; el sector terciario con el comercio; trayendo consigo cada sector riesgos de tipo laboral.

Cabe resaltar que, Internacionalmente la Salud Ocupacional ha sido tan importante que ha alcanzado el interés de entidades como la Organización Internacional del Trabajo OIT, encargada de elaborar la legislación internacional buscando mejorar las condiciones laborales de todos los países del mundo; además de la OIT, existen otros organismos que velan por el bienestar de los trabajadores, como La Asociación Internacional de Seguridad Social AISS, El Centro Internacional de Información Sobre Seguridad CIS, entre otras.

Pasando ahora al plano latinoamericano, es importante mencionar que el doctor John Bloomfield organizó los servicios de Salud Ocupacional en Perú, Chile, Bolivia, Colombia y Venezuela y se fundó el Instituto de Salud Ocupacional del Perú destacándose por la formación de personal en este campo. Dentro de este marco ha de considerarse que en Latinoamérica se cuenta con estamentos como El Consejo Interamericano de Seguridad CIAS, La Administración de Salud Ocupacional y Seguridad OSHA, quien adopta y hace cumplir los estándares de salud y seguridad, El Instituto Nacional Para la Seguridad Ocupacional y la Salud NIOSH que es la agencia responsable de realizar las investigaciones relacionadas con todo lo que tiene que ver con las enfermedades y lesiones ocupacionales, desde la enfermedad pulmonar de los mineros hasta el síndrome del túnel carpiano de usuarios de la computadora, además de hacer investigaciones de trabajos peligrosos cuando es pedido por dueños o empleados, hace recomendaciones y disemina información sobre la prevención de enfermedades y lesiones en el trabajo, también provee información a profesionales de salud y seguridad ocupacional.

Por su parte, la historia de la Salud ocupacional en Colombia es una historia de saltos y de muchas improvisaciones, porque las condiciones históricas y políticas del momento han obligado a poner a funcionar un proyecto cuando todavía los estudios de planeación e implementación no están maduros, además de los muchos experimentos a los cuales hemos sido sometidos por entidades financieras internacionales que nos han obligado a copiar algunos de los modelos existentes en el mundo, en vez de desarrollar algo nuestro pero

bien estudiado. La Salud Ocupacional en Colombia nace en 1904, cuando el General Rafael Uribe Uribe plantea una política orientada hacia la salud de los trabajadores. En este sentido, se considera que es famoso su célebre discurso a nuestro parlamento, cuando decía que “Igual como se indemniza un soldado cuando se lesiona o muere en el campo de batalla, se debe indemnizar al trabajador que se lesiona o muere en la batalla diaria del trabajo”. Posteriormente, en 1912, en otro discurso titulado “Por el bienestar de los trabajadores” dice: “Creemos que es necesario dictar leyes sobre los accidentes de trabajo, y protectoras del niño, de la joven y de la mujer, en los talleres y en el trabajo en los campos: Creemos que se debe obligar a los patronos a preocuparse de la higiene, del bienestar y de la instrucción de su personal”. Fue entonces, cuando apareció la ley 57 del 15 de noviembre de 1915 sobre “Reparación por accidentes de Trabajo”, en su Artículo 2º. dice: “El patrono es responsable de los accidentes ocurridos a sus operarios con motivo del trabajo que realicen y en ejercicio de la profesión que ejerzan; a menos que el accidente sea debido a culpa del obrero, o a fuerza mayor ajena al trabajo en que se produzca el accidente, o a imprudencias o descuido del operario, o a ataque súbito de enfermedad que lo prive del uso de las facultades mentales o de las fuerzas físicas, o a la violación de los reglamentos de la empresa”. Esta ley estableció la protección del trabajador accidentado en tres campos muy importantes: Pago al trabajador accidentado y durante el tiempo de su incapacidad, de los dos tercios del salario devengado al momento del accidente; pago de la asistencia médica hasta un mínimo de 90 y un máximo de 140 días, según la lesión y la duración de la incapacidad y la indemnización de un año de salario para los herederos, si el accidente era mortal.

La historia de la Salud Ocupacional en Colombia, se encuentra necesariamente ligada a los cambios legislativos que se han presentado para adaptarlos muchas veces a situaciones coyunturales, desafortunadamente influidos con mucha frecuencia por los conceptos de los economistas con sus teorías neoliberales, han determinado que la Salud Ocupacional y en general lo social se ponga al servicio de la economía, en vez de ser al contrario. Se ha venido desarrollando una gran actividad preventiva, que todavía está lejos de ser tan buena como deseáramos, no en cuanto a existencia de legislación que es bastante buena y abundante, sino en cuanto a su aplicación. La historia de la Salud Ocupacional en Colombia muestra como ha evolucionado desde su total desconocimiento inicial hasta la situación actual de justicia, que propone un cubrimiento del trabajador frente a los riesgos generados por motivo o con ocasión del trabajo, especialmente desarrollando instrumentos de promoción y prevención de la salud del trabajador.

Para bien de los colombianos, con la Ley 90 de 1946 se crea el Instituto de Seguros Sociales ISS con la finalidad de dar cubrimiento a Enfermedad General y Maternidad, poco después se hizo extensiva a la atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, ampliando luego la atención

de riesgos de invalidez, vejez y muerte, años más tarde adopta la primera tabla de enfermedades profesionales y categoriza lo que se considera como incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total y gran invalidez; se determinan las indemnizaciones a que tiene derecho el trabajador que ha sufrido un accidente de Trabajo o una enfermedad Profesional. Dando continuidad, la nueva constitución política de Colombia no cita directamente la Salud Ocupacional como un derecho de los trabajadores, pero lo hace indirectamente al reconocer como una de las obligaciones del Estado la Seguridad Social, de la cual hace parte la Salud Ocupacional y en su Artículo 25 consagra el trabajo como una obligación y un derecho de las personas, así como también establece que deben protegerse las diferentes formas y modalidades de trabajo, el cual debe prestarse en condiciones dignas y justas para proteger la salud de quien lo ejecuta; fue así como el 23 de diciembre de 1993 nace la Ley 100 por la cual se crea el Sistema de la Seguridad Social Integral, que define la misma ley como una serie de “Derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”, aplicando principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

El Departamento del Huila no se queda atrás en materia de Salud Ocupacional y es así como el Ministerio de la Protección Social, Dirección Territorial Huila regula y vigila el cumplimiento de la normatividad vigente para tal fin; se desconoce en este momento la efectividad de estos controles.

A pesar de toda la normatividad, de su gran recorrido histórico que justifica y obliga a todas las entidades públicas y privadas al cumplimiento y aplicación de las mismas, es fácil comprender que los trabajadores del Sector Salud en el municipio de Neiva no están recibiendo los beneficios que les da la aplicación de las normas de Salud Ocupacional, entre ellos la afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social, la realización de exámenes pre y pos ocupacionales, esquemas completos de vacunación de acuerdo a las necesidades del ambiente laboral, dotación de elementos de protección personal de acuerdo a la actividad que desempeñe, programas de capacitación, conocimiento y prevención de los factores de riesgo a los que está expuesto, programas de bienestar social, seguimiento epidemiológico, programas de mantenimiento en maquinaria y equipos. Fijémonos pues, que según las estadísticas de una de las entidades del sector salud más importante del Departamento sus trabajadores presentan patologías de origen profesional, con mayor incidencia se encuentran los trastornos lumbares y osteomusculares, seguidos de problemas del túnel carpiano y en menor grado se identifica la Hipoacusia, siendo esta entidad una de las pocas que dan cumplimiento a la legislación y desarrollan un Programa de Salud Ocupacional.

2. FORMULACION DE PROBLEMA

Teniendo en cuenta que en nuestra ciudad capital, Neiva, no se conoce el estado de la Salud Ocupacional en el sector salud, se hace necesario abobar la siguiente pregunta:

¿Cuál es el estado de la Salud Ocupacional del Sector Salud en el Municipio de Neiva?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el estado actual de la Salud ocupacional en el Sector Salud del Municipio de Neiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evidenciar la aplicación de la normatividad en Salud Ocupacional en el sector salud del Municipio de Neiva
- Constar la existencia del Programa de Salud Ocupacional en las empresas que integran el sector salud del Municipio de Neiva.
- Verificar el grado de operacionalización del Programa de Salud Ocupacional en las empresas que integran el sector salud del Municipio de Neiva.

4. JUSTIFICACION

Todas las empresas, cualquiera que sea su tamaño o actividad, deben contar con un PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL, no solo porque proteger la salud de los trabajadores ES UN DEBER MORAL, sino también, porque constituye UNA OBLIGACION LEGAL señalada por varias normas jurídicas de imperativo cumplimiento. Además, un buen programa contribuye a mejorar la productividad de las empresas y reporta beneficios múltiples.

En vista de que la Salud Ocupacional es una de las partes neurálgicas en las empresas del Sector Salud, vale la pena cuestionarnos si tanto los empleadores como los empleados del Sector Salud tienen conocimiento de la importancia que en realidad representa la Salud Ocupacional para cada uno en particular y las ventajas que trae consigo la puesta en marcha de este tipo de programas.

Es necesario hacer esta investigación porque a pesar de la gran riqueza reglamentaria con que cuenta nuestro país, los empleadores no están dando estricto cumplimiento a la misma, vulnerando los derechos de los trabajadores y poniendo en riesgo su integridad física, mental, familiar y social.

Sin duda alguna, se beneficiará ampliamente la población trabajadora ya que con ella los entes reguladores, entre ellos el Ministerio de la Protección Social se va a ver obligado a ejercer un estricto control en el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a riesgos profesionales se refiere, normas que son de obligatorio cumplimiento para los empleadores, contribuyendo así positivamente en la productividad, la calidad del trabajo y la motivación por el mismo y la calidad de vida de los trabajadores y sus familias; coadyuvará también al beneficio de los empleadores y los futuros profesionales en Salud Ocupacional.

No obstante, apuntando hacia el diagnóstico ocupacional en el Sector Salud de la ciudad de Neiva, se pretende mostrar el grado de cumplimiento de la normatividad vigente y puesta en marcha de programas de de Salud Ocupacional, Promoción y Prevención que conlleven al mejoramiento y desarrollo de técnicas que redunden en el bienestar de los trabajadores, su ambiente laboral, personal, social y de la empresa en general; se beneficiarán los patronos porque habrá menos ausentismo laboral, habrá rendimiento en la producción, perderán menos dinero capacitando reemplazos, enfrentarán menos procesos laborales; y los futuros profesionales en Salud Ocupacional conocerán la oferta de trabajo en el Campo Ocupacional.

La Universidad Surcolombiana con esta investigación tendrá el orgullo de presentar el primer aporte en materia de Salud Ocupacional a la ciudad de Neiva y será la primera en cuestionarse y evaluar el grado de protección laboral que le está dando a su gran número de trabajadores.

Es muy satisfactorio e importante para el Programa de Salud Ocupacional, que su primera promoción sea la gestora de un aporte que estaría dando la Universidad Surcolombiana a la ciudad de Neiva

Así mismo, el campo laboral para los Profesionales en materia Ocupacional tendrá un gran impacto, esto trae consigo nuevas expectativas laborales y finalmente, permite imaginar el éxito que en un futuro tendrá la Salud Ocupacional en los trabajadores del Sector Salud y demás sectores de la economía en la ciudad de Neiva.

5. MARCO TEORICO

5.1 ANTECEDENTES

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas:

Salud pública

Los Seguros Sociales (Administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión)

El Subsistema Privado de Servicios

El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo SGSSS ¹

Es importante anotar que la primera reglamentación se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone:

- “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus características así:
 - Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
 - Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en

¹ Sistema General de Seguridad Social en Salud

riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

Además, el sistema de información para los usuarios, permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el SGSSS.

Es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

5.2 REFERENTE CONTEXTUAL

El Sistema General de Seguridad Social en Salud que se puso en marcha con la Ley 100 de 1993 presenta, luego de diez años de esfuerzos, algunos logros incontrovertibles pero también preocupación por su futuro. Durante este período, estudios oficiales y académicos han analizado diferentes aspectos de su complejo funcionamiento y han realizado recomendaciones que es preciso analizar antes de emprender cambios sustanciales como los que se han anunciado.

Uno de los principales avances del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, puesto en marcha con la Ley 100 de 1993 es la mayor proporción de población asegurada bajo alguno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado

Cobertura del SGSSS

De acuerdo con las estadísticas oficiales la cobertura del SGSSS alcanzaría un 58%³ de la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, mostrando un avance notable en materia de aseguramiento de la población más pobre.

Uno de los mayores logros del esquema adoptado con la Ley 100 de 1993 es el avance más significativo en el aseguramiento de los dos deciles más pobres de la población. Aun en el período más crítico de la recesión económica, las familias del primer decil de ingreso lograron aumentar su afiliación al sistema, mientras disminuía en todos los demás grupos de ingreso.

La seguridad social integral en Colombia se define como "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, en especial las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad". Para lograrlo, se ha incluido dentro de los principios de la seguridad social la eficiencia, tomada ésta como la "mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social, sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente"

Dentro de estos beneficios está el servicio público de salud, regido bajo nueve fundamentos, entre los cuales está la calidad en la atención, que debe ser garantizada por las instituciones de salud a los usuarios, con el establecimiento

de mecanismos que haga de ésta un servicio oportuno, personalizado, humanizado, integral y continuo "y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional".

Con lo anterior, las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad; sin embargo, son escasos los logros en este campo, por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a todas las instituciones, y mejor aún, que puedan ser utilizadas de manera específica a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud.

5.3 REFERENTE CONCEPTUAL

Para abordar un marco político y legal de la salud en Colombia, se considera necesario hacer algunas reflexiones acerca de sus antecedentes y de su concepto. La salud no es un concepto nuevo, no es al azar que con frecuencia se anota “la salud como una vieja idea, como una nueva alternativa”. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como de salud. Antecedentes, como la propuesta de Henry E. Sigerist (1945)².

Los procesos de reforma del sector salud y sus lineamientos jurídicos son uno de los cambios más trascendentales que ha tenido Colombia en los últimos años. La multiplicidad de decretos, resoluciones, circulares y acuerdos que la han reglamentado, dan una idea de su trascendencia y de los desafíos que se enfrentan con su ejecución; esto también refleja las implicaciones político sociales para el país como resultado del proceso.

En el campo político y en las preceptivas constitucionales y legales, es importante abordar la forma en que se ha insertado la promoción de la salud, así como la puesta en marcha, partiendo de la creación del Sistema Nacional de Salud en 1975, hasta la expedición de la Ley 100 y sus decretos reglamentarios

5.3.1 El Sistema Nacional de Salud. En 1975 se organizó formalmente el Sistema Nacional de Salud. Se definió como “el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.” Su funcionalidad se basó en la dependencia entre niveles, la regionalización de servicios, la prestación de servicios según niveles de atención, relaciones intersectoriales y la inclusión, como componente importante, de la participación de la comunidad. Aparentemente asumía una concepción integral en la prestación de servicios de salud; sin embargo, el modelo biologista seguía imperando y la preeminencia de la actividad curativa fue el común denominador.

5.3.2 Ley 10 de enero 10 de 1990. Precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes con la introducción de un nuevo concepto de “sistema de salud más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación. Como aspectos básicos se anotan:

² Definió las 4 grandes tareas de la medicina como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y la rehabilitación

En su Artículo 1º consagra la salud como servicio público: “La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio”. La consecuencia lógica de este principio consiste en que el Estado debe intervenir y regular el servicio público, las condiciones de prestación de la salud en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministren pública o privadamente.

El concepto de salud que propone la ley se dirige a enfatizar que la salud es un proceso resultante de factores biológicos-genéticos, del ambiente, comportamiento y de los servicios institucionales y que, por tanto, se hace necesario actuar en forma conjugada sobre todos ellos, con el propósito de alcanzar un bienestar integral. Lo anterior se deduce de lo expresado en su Artículo 4º4: *“Para los efectos de la presente Ley, se entiende que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicha, y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud”*.

- Aumentó la financiación y descentralización del sector salud: los departamentos y municipios a partir de ella deben presidir la administración de los hospitales a su cargo.
- Incorporó los planes básicos de salud a los procesos de desarrollo municipal y departamental, estableciendo mecanismos de financiación con aportes provenientes del impuesto al valor agregado (IVA) y el monopolio sobre todos los juegos de apuestas y azar. Sin duda, el espíritu de la ley fue el de visualizar la salud con una concepción más integral y abrir un marco de referencia, siendo importante el énfasis que le dio a la multisectorialidad. En este sentido propone un nuevo marco de prestación de servicios de salud complementarios, que favorece la participación activa de la comunidad (Artículo 3º: Principios básicos: participación comunitaria) para que ellos modifiquen su comportamiento y hagan conscientes los factores variables que inciden en el estado de salud. Bajo la influencia de esta Ley es preciso destacar el “Plan de atención primaria 1991-1994: Familia sana en ambiente sano” cuyo propósito fue *“Contribuir a elevar la calidad de vida de los colombianos, a través del desarrollo de un plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en el mejoramiento del estado nutricional y alimentario y en el saneamiento básico”*. Como estrategias y líneas de acción para el cumplimiento de este plan se consigna en su parte final la estrategia de las estrategias: “Una cultura de la salud con participación y cogestión” en la que expresa: “Las estrategias planteadas deben contribuir a desarrollar una cultura de la salud donde

ésta, más que la enfermedad, constituya el fundamento esencial de la política. En tal sentido, si se estimula la preocupación de la sociedad por mantener las familias sanas, las ciudades sanas, el ambiente sano, se hará un aporte decisivo al desarrollo de una sociedad saludable. Además, deben contribuir a que la población conozca y haga valer sus derechos con respecto a servicios de calidad y oportunos. Pero también, a que asuma las responsabilidades individuales y comunitarias que le corresponden, para lograr una vida sana...” Para llevar a cabo el plan se contemplaban acciones de fomento y prevención como promoción y educación sanitaria, educación para el autocuidado de la salud, modificación de hábitos nocivos para la salud y fomento de los positivos.

La Ley 10 de 1990, abre la brecha de cambios que tuvo Colombia, con la expedición de la nueva Constitución Política, la Ley 60 y la Ley 100 de 1993.

5.3.3 Nueva Constitución Política de Colombia. Un año después de la vigencia de la Ley 10 de 1990, se expide la nueva Constitución Política, que en su preámbulo reza: *“El pueblo de Colombia en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente Constitución Política de Colombia.”* Podría afirmarse que allí están señaladas las aspiraciones del pueblo colombiano en relación con la salud; asume como finalidad social del Estado el de procurar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, la solución de las necesidades de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, alimentación, recreación, cultura, deporte y vivienda, es decir, de la seguridad social en general. La Constitución Colombiana plasma una visión integral del hombre, e incorpora en ella mucho más que simples mandatos específicos, preceptúa sobre los fines hacia los cuales debe tender todo ordenamiento jurídico, y señala principios y valores que luego incorpora en su articulado, así:

- Protección al derecho a la vida: Artículos 2 y 11
- La convivencia y la paz como principio y fin de todo el ordenamiento jurídico y de la acción del Estado: artículos 2 y 22.
- El trabajo como derecho fundamental: artículos 2 y 25
- La justicia como substrato de todo el orden jurídico: artículos 4, 6 y 229
- Principio de la igualdad reconocido tácitamente en el Artículo 13 y tácitamente en otras normas constitucionales: artículos 2, 5, 7, 17 y 43.

Ha dicho la Corte Suprema de Justicia: “Si el preámbulo de la Constitución es guía insustituible en la interpretación de las disposiciones que la integran y de los fines que ellas persiguen, la referencia expresa que en él la vida y a los demás bienes eminentes allí mencionados no puede tenerse como un recurso de la retórica, sino como expresión de un propósito nacional: el de construir un orden jurídico inspirado en el respeto de todo aquello que responda cabalmente a las exigencias planteadas por la dignidad de la persona”. Un país que procure efectivamente por el alcance de los derechos mencionados; la paz, la educación, el trabajo, la vivienda para la población, tendrá, sin duda, unas mejores condiciones de salud. La salud así entendida se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

En esta normatividad constitucional ocupa lugar preeminente la protección a la seguridad social en su Artículo 48 y el derecho a la salud y saneamiento ambiental consagrado en el Artículo 49, ambos derechos elevados a la categoría de servicios públicos.

En relación con la seguridad social, se consagra taxativamente el mandato de no destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. Es bueno anotar cómo en la nueva Constitución el derecho a la seguridad social no se ata a la existencia de un contrato laboral; la Constitución de 1991 superó ese concepto, con la denominación de seguridad social integral, creando determinados “estados jurídicos” por ejemplo, en la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, Artículo 46; y para la población infantil, Artículo 44, de tal manera que el simple hecho de que una persona ostente ese status hace que se le reconozca su derecho a la seguridad social.

La nueva Constitución insinúa desde el preámbulo y en su Artículo 48 un gran cambio de contenido político en la concepción de la protección social como un derecho colectivo, en reemplazo de la noción de asistencia pública como beneficio gratuito y dadivoso presente en la Constitución de 1986. El fundamento de esta transformación, a juicio de la Corte Constitucional, radica “en el cambio de los deberes sociales del Estado frente a los miembros pobres de la comunidad, en el carácter social del Estado, lo cual se traduce en la prestación continua y eficiente de los servicios públicos, la prioridad del gasto social y la intervención oportuna de las autoridades para impedir la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales constitucionales”. En el Artículo 49, en forma taxativa se anota: “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud...” Y en el inciso final preceptúa: “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.” Se propende por una visión integral del hombre, al consagrar las preceptivas constitucionales citadas. En primer caso con respecto a la seguridad social garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a ésta, y como parte de este derecho están sin duda las

prestaciones de carácter asistencial, entendidas también desde el punto de vista de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Es de destacar así mismo la consagración de la salud como deber y como derecho, al preceptuar sobre el deber de procurar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad; Según la normativa del Artículo 49, es el legislador la autoridad competente para delimitar la extensión del derecho al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud consagrados en este artículo, así como para establecer la extensión de la correlativa obligación del Estado de prestarlos. Esta normatividad se debe analizar en concordancia con el Artículo 356 relacionado con la distribución de recursos y de competencias, que preceptúa: “Salvo lo dispuesto por la Constitución, la Ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales, determinará asimismo el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos distritos y los municipios, de los servicios que se les asignen. Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños” Por otro lado, cabe mencionar una serie de preceptivas que dan cuenta de la responsabilidad del Estado en materia de prestación de servicios, en las cuales se incluye necesariamente el de los servicios de salud, cuyo parámetro de cumplimiento es definido en los artículos 48 y 49, que hacen referencia a principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, así como integralidad. Entre éstas se destacan:

Artículo 78. Control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad.

Artículo 79. Derecho a gozar de un ambiente sano.

Artículo 318. Con el fin de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía, los concejos podrán dividir sus municipios en comunas cuando se trate de áreas urbanas, y en corregimientos en el caso de las zonas rurales. En cada una de las comunas o corregimientos habrá una Junta Administradora Local (JAL) de elección popular, integrada por el número de miembros que determine la ley, que tendrá las siguientes funciones:

- Participar en la elaboración de los planes y programas municipales de desarrollo económico y social y de obras públicas.
- Formular propuestas de inversión ante las autoridades nacionales, departamentales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión .

Artículo 334. Intervención del Estado para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las personas, en particular las de menores

ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos. Conforme a este artículo, conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del país constituye uno de los fines de la intervención del Estado en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución y utilización de los bienes, en el consumo de éstos y en los servicios públicos, e igualmente el Artículo 366 insiste en el tema al señalar que el mejoramiento de la calidad de vida de la población es una de las finalidades sociales del Estado. Este artículo se debe analizar en concordancia con el Artículo 11, en el que se reconoce “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”.

Artículo 350. Mandato de apropiación presupuestal destinado al gasto público social, en el que se debe tener en cuenta el número de personas con necesidades básicas insatisfechas, la población, y la eficiencia fiscal y administrativa, según reglamentación que hará la ley; este presupuesto no se puede disminuir en relación con el año anterior.

Artículo 356. De la distribución de recursos y de competencias. En su inciso segundo reza: *“Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños”*.

Artículo 357. Preceptúa sobre la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, y el Gobierno deberá determinar el porcentaje mínimo de esa participación así como la definición de las áreas prioritarias de inversión social que financiará con dichos recursos.

Artículo 365. Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado.

Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Con base en el articulado anterior, se podrían resumir en los siguientes, los aportes de la carta constitucional de 1991 en materia de la salud:

Ampliación de las razones de la intervención estatal, ya no sólo con fundamento en el interés social, sino también en la provisión a la protección del ambiente y del patrimonio cultural de la nación, hecho que abre la puerta de un nuevo modelo de desarrollo económico a instancias de la constante preocupación constitucional por la conservación del ambiente, incorporando la noción ecológica al proceso económico, dentro del marco del llamado desarrollo sostenible.

Como finalidad expresa: “Se busca la racionalización de la economía para mejorar la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las

oportunidades y los beneficios del desarrollo; el pleno empleo de los recursos humanos; el acceso efectivo de todos, en especial de aquellos de menores ingresos, a los bienes y servicios básicos”.

Consigna como una función del Estado la prestación de los servicios públicos básicos, en los que se incluye el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole para su prestación criterios de eficiencia, universalidad e integralidad. Facilita su prestación por el Estado o por el sector privado, manteniendo el primero las funciones de regulación, control y vigilancia (Artículo 365).

Favorece la descentralización ya consignada en la Ley 10 de 1990, pues permite que mediante reglamentación legal se definan las competencias de cada nivel de gobierno en financiar el sector salud, es una importante herramienta que obliga a una planeación más racional, con base en las realidades de las poblaciones y que obedece a criterios epidemiológicos demográficos y en general de las condiciones de vida de las poblaciones. Un énfasis especial se le otorga a la inversión en áreas sociales: salud y educación y en general en aquellas acciones que propugnen por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; para esto la constitución consagra la apropiación de recursos provenientes de los ingresos corrientes de la Nación que se deberán girar a los municipios, con el fin de invertirlos en salud y educación, bajo criterios establecidos previamente.

Por otra parte, con el fin de garantizar que la población de menores ingresos tenga acceso a niveles mínimos adecuados de los servicios públicos básicos, el Estado, en cualquier nivel de la administración, tiene la posibilidad de apoyarlos mediante el otorgamiento de subsidios preceptuados por la constitución para las áreas de acceso a la salud y a la educación, donde el Estado garantizará un nivel mínimo de servicios básicos a la población, y atención en salud gratuita a los menores de un año que no tengan el servicio (artículos 49 y 67). Es este el fundamento del régimen subsidiado.

El proceso de financiación, se enfatiza en el gasto social; éste hace parte del presupuesto y tiene prioridad sobre los demás gastos. Se establecen parámetros para su regionalización de acuerdo con el número de personas con necesidades básicas insatisfechas y la eficiencia fiscal y administrativa de las entidades. En este tema merece destacar el aporte que reciben los municipios de los ingresos corrientes de la nación, mediante una participación que viene en aumento a partir de 14% en 1993 hasta 22% en el 2002, con su distribución de la siguiente manera:

- 60% en proporción al número de habitantes en situación de pobreza o con necesidades básicas insatisfechas.

- 40% en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en la calidad de vida.

La estructuración de los planes de desarrollo de nivel nacional, departamental y local, como requisito para la inversión en los diferentes sectores, incluso el desarrollo de las acciones en procesos como:

- La inserción en la agenda gubernativa de la formulación y ejecución de **políticas saludables** que favorezcan los comportamientos de salud frente a los individuos. Este no es sólo responsabilidad estatal; pueden aportar mucho en este sentido actores como los entes departamentales, municipales, las universidades, los medios de comunicación y la colectividad.
- **Búsqueda de equidad en la salud.** Los planes de desarrollo y la cooperación intersectorial son herramientas útiles en este proceso.
- **Convivencia, solidaridad y democracia.** La promoción de actitudes solidarias, respeto por la convivencia en medio de la diversidad cultural, y la práctica de la democracia, son requisito para el acceso a unas mejores condiciones de vida.
- **Descentralización.** Es este uno de los retos más grandes del nuevo Estado Colombiano. Sin duda, el municipio pasa a ser el gestor de todas las acciones, es el administrador y el gerente: diseña, ejecuta y evalúa la puesta en marcha de los diferentes proyectos; es a nivel municipal donde mejor conocimiento se tiene de las realidades de su entorno

5.3.4 LA LEY 100 DE 1993 Sin duda, puede considerarse como el desarrollo legislativo de mayor trascendencia en los últimos tiempos en Colombia; cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante los principios de la competencia regulada. En su preámbulo se consigna su espíritu³.

Ley 100 intenta un cambio brusco de paradigma: cambiar el negocio de la enfermedad por el negocio de la salud... Si la EPS quiere maximizar sus utilidades debe desarrollar una estrategia de protección de la salud, de tal manera que los usuarios demanden el mínimo de los servicios de atención a la enfermedad". Entonces se dan las condiciones políticas y legales para avanzar hacia un nuevo modelo sanitario, un modelo donde se privilegien los aspectos

³ La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas que según la intensidad de uso, los niveles de atención y complejidad que se definan

de la vida y la salud, es pasar de una concepción que se centra en la enfermedad a una concepción de vida, a una comprensión de la salud en sus múltiples dimensiones: social, biológica, antropológica, económica, jurídica. Metas como el alcance de mejores condiciones de vida para la población, la preservación de los derechos fundamentales que aseguren al hombre un paso por la vida en condiciones de dignidad, el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, entre otros, deberán ser los propósitos del Estado y de todas sus instituciones. Se finaliza con un párrafo consignado por Franco²²: *“Por descontento que el avance hacia una nueva manera de pensar y actuar en salud exige una superación de los saberes unidisciplinarios y de las prácticas únicas y excluyentes, hacia saberes transdisciplinarios y múltiples prácticas. No podrá mantenerse entonces el veto autoritario y descalificador a la bioenergética y a la acupuntura, a la utilización de la música y el color. Ni tendrá validez el saber sólo por su textura lógica. En el nuevo modelo la rigurosidad lógica es importante pero insuficiente, pues cuenta también la capacidad transformadora del saber socialmente construido. Tendrá que ser cada vez más un saber cargado de poder transformador mediante su conversión en conciencias colectivas. El saber con poder y conciencia colectiva nos pone en el territorio de la política. Hay que vencer el temor a aceptarlo y practicarlo: **la cuestión de la vida y de la salud en la sociedad es una cuestión política.**”*

5.3.5 Ministerio de Salud, Resolución N° 5165 de 1994. Por cuyo medio se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para elaborar y seguir los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos. Se destaca el concepto de integralidad prescrita en el Artículo 4º, que reza: “La integralidad tiene como objetivo dar respuesta consecuente a las necesidades de salud de la población de una jurisdicción. Se fundamenta en la relación de cuatro aspectos básicos:

- El modelo integral de salud sobre el que se basa la operación de los planes, y donde se concibe la salud como resultado de un proceso de factores múltiples determinado por la interacción del medio físico, el medio biológico, el comportamiento individual y colectivo y la oferta de servicios de salud.
- El desarrollo de acciones que comprendan el fomento de la salud, la prevención y asistencia de la enfermedad en sus dos esferas centrales: tratamiento y rehabilitación”.

5.3.6 Ministerio de Salud, Resolución N° 04288 de 1996. Por la cual se define el PAB⁴ del SGSSS. En su Artículo 5º describe los componentes del PAB e incluye: Promoción de la salud: Busca la integración de las acciones que

⁴ Plan de Atención Básica

realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades. Adicionalmente el CNSSS⁵, podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las entidades promotoras de salud por concepto de pagos moderadores.

Ahora bien, en materia laboral. la Salud Ocupacional a nivel mundial es considerada como un pilar fundamental en el desarrollo de un país, siendo la salud ocupacional una estrategia de lucha contra la pobreza sus acciones están dirigidas a la promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales causadas por las condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales en las diversas actividades económicas.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), informa que cada año en el mundo 270 millones de asalariados son víctimas de accidentes de trabajo, y 160 millones contraen enfermedades profesionales.

En América Latina aún no se conoce bien la magnitud que alcanzan las enfermedades ocupacionales. La OIT estima, que en países en vía de desarrollo, el costo anual de los accidentes y enfermedades ocupacionales están entre el 2% al 11% del Producto Bruto Interno (PBI).

Con frecuencia los trabajadores están expuestos a factores de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos presentes en las actividades laborales. Dichos factores pueden conducir a una ruptura del estado de salud, y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral.

Todas las empresas, cualquiera que sea su tamaño o actividad, deben contar con un PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL, no solo porque proteger la salud de los trabajadores ES UN DEBER MORAL, sino también, porque constituye UNA OBLIGACION LEGAL señalada por varias normas jurídicas de imperativo cumplimiento. Además, un buen programa contribuye a mejorar la productividad de las empresas y reporta beneficios múltiples.

Mandato Legal: Varias normas legales, que van desde la Constitución, pasando por el Código del Trabajo, la ley 100 de seguridad social, hasta los decretos 614 de 1.984, la Resolución 1016 de 1.989 y el Decreto 1295 de 1.994, obligan de manera perentoria a los empleadores a asegurar a sus trabajadores contra los riesgos profesionales y a que adopten y desarrollen un

⁵ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Programa de Salud Ocupacional. Si no los afilian serán responsables directos de los riesgos que ocurran, además de las sanciones previstas.

La prevención de los riesgos profesionales es responsabilidad de los empleadores, tal como lo precisa el Art. 56 del Decreto 1295/94. De igual manera, esta norma establece que "los empleadores, además de la obligación de establecer y ejecutar en forma permanente el Programa de Salud Ocupacional según lo establecido en las normas vigentes, son responsables de los riesgos originados en su ambiente de trabajo."

Señala este decreto que los empleadores están obligados a informar a sus trabajadores, los riesgos a que pueden verse expuestos en la ejecución de la labor encomendada o contratada y a darles capacitación para prevenirlos.

Factor de Productividad: Mantener empleados sanos, física y mentalmente, satisfechos con la labor que realizan, estimula la producción y el sentido de pertenencia. Además, con la disminución de las inasistencias al trabajo, se evitan problemas de administración.

Recuérdese que el recurso humano es el más importante de todos los factores productivos, por lo cual debe cuidarse con especial dedicación.

Dentro del concepto de Calidad Total en los procesos productivos y en el producto final, es básico procurar la máxima calidad del equipo humano.

5.3.7 PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL: El programa de salud ocupacional es la planeación, organización, ejecución y evaluación de una serie de actividades de Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial, tendientes a preservar mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones y que deben ser desarrolladas en sus sitios de trabajo en forma integral e interdisciplinaria.

El apoyo de las directivas de la empresa al Programa se traduce en propiciar el desarrollo de las acciones planeadas y estimular los procesos de participación y concertación con los trabajadores a través de la conformación y funcionamiento del COPASO⁶ u otras estrategias de comunicación (auto-reportes, carteleras, buzón de sugerencias...).

La elaboración y ejecución de los programas de salud ocupacional para las empresas y lugares de trabajo pueden ser exclusivos y propios para la empresa o contratados con una entidad que preste tales servicios reconocida

⁶ Comité Paritario de Salud Ocupacional

por el Ministerio de Salud para tales fines. Es necesario que las personas asignadas sean profesionales especializados en salud Ocupacional, tecnólogos en el área o en su defecto personas que acrediten experiencia específica en Salud Ocupacional y educación continua no formal.

El número de personas, sus disciplinas y el tiempo asignado dependerá del número de trabajadores a cubrir, y de los objetivos y metas propuestas para el desarrollo integral del Programa de Salud Ocupacional. Las funciones y responsabilidades deberán estar claramente definidas por escrito, bien sea en los respectivos contratos de trabajo o en los manuales de funciones. Además de ser conocido el programa debe estar apoyado en forma coordinada por todas las dependencias de la empresa, para evitar la duplicidad de recursos y esfuerzos, haciéndolo más eficiente y eficaz.

5.3.8 EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL: Los resultados muestran el grado de efectividad o impacto que las acciones del programa de salud ocupacional han tendido sobre las condiciones de trabajo y salud de la comunidad laboral, en un periodo dado. Esta evaluación se hace a través del análisis sobre el comportamiento de la proporción de expuestos a factores de riesgo con grado de riesgo superior a 1 o grado de peligrosidad alta. De igual forma, se mide la variación en el tiempo de los índices de accidentalidad y ausentismo y las proporciones de incidencia y prevalencia de morbilidad profesional, entre otros. Para tales efectos se comparan los resultados obtenidos al final del periodo anterior con los del periodo evaluado. Para las entidades competentes, los indicadores de mayor valor serán los índices de frecuencia y severidad de los accidentes, las tasas de ausentismo, enfermedades profesionales y cumplimiento del programa. Las autoridades de vigilancia y control establecerán el grado de ejecución del programa de salud ocupacional con base en el cumplimiento de requerimientos, normas y acciones de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial.

5.3.8.1 REQUISITOS MINIMOS: (Art. 28 Decreto 614 / 84)

Los Programas de salud Ocupacional que deban establecerse en todo lugar de trabajo, se sujetarán en su organización y funcionamiento, a los siguientes requisitos mínimos:

El programa será de carácter permanente

El programa estará constituido por 4 elementos básicos:

- Actividades de Medicina Preventiva
- Actividades de Medicina del Trabajo
- Actividades de Higiene y Seguridad industrial
- Funcionamiento del comité de medicina, higiene y seguridad industrial de la empresa.

Las actividades de medicina preventiva, y medicina del trabajo e higiene y seguridad industrial, serán programadas y desarrolladas en forma integrada

Su contenido y recursos deberán estar en directa relación con el riesgo potencial y con el número de trabajadores en los lugares de trabajo.

La organización y el funcionamiento se harán conforme a las reglamentaciones que expida el Ministerio de la Protección Social

5.3.8.2 FORMA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL: (Art. 29 Decreto 614 / 84)

Los programas de salud ocupacional dentro de las empresas podrán ser realizados de acuerdo con las siguientes alternativas:

- Exclusivos y propios para la empresa
- En conjunto con otras empresas
- Contratados con una entidad que preste tales servicios, reconocida por el Ministerio de salud para tales fines.

5.3.8.3 CONTENIDO: (Art. 30 Decreto 614 / 84)

Los programas de salud ocupacional de las empresas deberán contener las actividades que resulten de los siguientes contenidos mínimos:

El subprograma de medicina preventiva comprenderá las actividades que se derivan de los artículos 125, 126 y 127 de la ley 9ª. de 1.979, así como aquellas de carácter deportivo - recreativas que sean aprobadas por las autoridades competentes, bajo la asesoría del Instituto Colombiano de la Juventud y el Deporte.

El subprograma de medicina del trabajo de las empresas deberá:

- Realizar exámenes médicos, clínicos y paraclínicos para admisión, selección de personal, ubicación según aptitudes, cambios de ocupación, reingreso del trabajo y otras relacionadas con los riesgos para la salud de los operarios.

- Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica de enfermedades profesionales, patología relacionada con el trabajo y ausentismo por tales causas.
- Desarrollar actividades de prevención de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y educación en salud a empresarios y trabajadores, conjuntamente con el subprograma de higiene industrial y seguridad industrial.
- Dar asesoría en toxicología industrial sobre los agentes de riesgo y en la introducción de nuevos procesos y sustancias.
- Mantener un servicio oportuno de primeros auxilios.
- Prestar asesoría en aspectos médicos laborales, tanto en forma individual como colectiva.
- Determinar espacios adecuados para el descanso y la recreación, como medios para la recuperación física y mental de los trabajadores.

El subprograma de higiene y seguridad industrial deberá:

- Identificar y evaluar, mediante estudios ambientales periódicos, los agentes y factores de riesgo del trabajo que afecten o puedan afectar la salud de los operarios.
- Determinar y aplicar las medidas para el control de riesgos de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo y verificar periódicamente su eficiencia.
- Investigar los accidentes y enfermedades profesionales ocurridos, determinar sus causas y aplicar las medidas correctivas para evitar que vuelvan a ocurrir.
- Elaborar y mantener actualizada las estadísticas sobre accidentes, enfermedades profesionales, ausentismo y personal expuesto a los agentes de riesgo de trabajo, conjuntamente con el subprograma de medicina del trabajo.
- Elaborar y proponer las normas y reglamentos internos sobre salud ocupacional, conjuntamente con el subprograma de medicina de trabajo.

5.3.8.4 ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FORMA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL: (Art. 1 Resolución 1016 / 89, Mintrabajo y Salud).

Art. 1. Aplicación: Todos los empleadores públicos, oficiales, privados, contratistas y subcontratistas, están obligados a organizar y garantizar el funcionamiento de un programa de salud ocupacional de acuerdo con la presente resolución.

Art. 2. Definición: El programa de salud ocupacional consiste en la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades de medicina preventiva, medicina del trabajo, higiene industrial y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones y que deben ser desarrolladas en sus sitios de trabajo en forma integral e interdisciplinaria.

Art. 4. Implementación: El programa de salud ocupacional de las empresas y lugares de trabajo, deberá desarrollarse de acuerdo con su actividad económica y será específico y particular para éstos, de conformidad con sus riesgos reales o potenciales y el número de trabajadores. El programa deberá estar contenido en un documento firmado por el representante legal de la empresa y el encargado de desarrollarlo, el cual contemplará actividades en medicina preventiva, medicina del trabajo, higiene industrial y seguridad industrial, con el respectivo cronograma de actividades. Tanto el programa como el cronograma, se mantendrán actualizados y disponibles para las autoridades de vigilancia y control.

PAR 1. Los patronos o empleadores estarán obligados a destinar los recursos humanos, financieros y físicos indispensables para el desarrollo y cabal cumplimiento del programa de salud ocupacional en las empresas y lugares de trabajo, acorde con las actividades económicas que desarrollen, la magnitud y severidad de los riesgos profesionales y el número de trabajadores expuestos.

PAR 2. Para el desarrollo del programa de salud ocupacional el empresario o patrono, designará una persona encargada de elegir y coordinar las actividades que requieran su ejecución.

Art. 5. Constitución: El programa de salud ocupacional de las empresas y lugares de trabajo, será de funcionamiento permanente y estará constituido por:

- Subprograma de medicina preventiva
- Subprograma de medicina del trabajo
- Subprograma de higiene y seguridad industrial

- Funcionamiento del comité de medicina, higiene y seguridad industrial, de acuerdo con la reglamentación vigente.

Art. 6. Los subprogramas de medicina preventiva, del trabajo, de higiene y seguridad industrial de las empresas y lugares de trabajo, contarán con los servicios de personal que garantice la eficiencia del programa de salud ocupacional.

Art. 7. Cobertura. En los lugares de trabajo que funcionen con más de un turno el programa de salud ocupacional, asegurará cobertura efectiva en todas las jornadas.

PAR. Si una empresa tiene varios centros de trabajo, el cumplimiento de esta resolución, se hará en función de la clase de riesgo, de tal forma que el programa central de salud ocupacional de la empresa garantice una cobertura efectiva a todos sus trabajadores.

Art. 10 Finalidad y contenido de los subprogramas: Los subprogramas de medicina preventiva y medicina del trabajo, tienen como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgos ocupacionales; ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psicofisiológicas y manteniéndolo en aptitud de producción de trabajo.

Principales actividades de los de medicina preventiva y medicina del trabajo son:

Realizar exámenes médicos, clínicos y paraclínicos para admisión, ubicación según aptitudes, periódicos ocupacionales, cambios de ocupación, reingreso al trabajo, retiro y otras situaciones que alteren o puedan traducirse en riesgos para la salud de los trabajadores.

Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica, conjuntamente con el subprograma de higiene y seguridad industrial, que incluirán, como mínimo:

- Accidentes de trabajo
- Enfermedades profesionales
- Panorama de riesgos

Desarrollar actividades de prevención de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y educación en salud a empresarios y trabajadores, en coordinación con el subprograma de higiene y seguridad industrial.

Investigar y analizar las enfermedades ocurridas, determinar sus causas y establecer las medidas preventivas y correctivas necesarias.

Informar a la gerencia sobre los problemas de salud de los trabajadores y las medidas aconsejadas para la prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

Estudiar y conceptuar sobre la toxicidad de materias primas y sustancias en proceso, indicando las medidas para evitar sus efectos nocivos en los trabajadores.

Organizar e implantar un servicio oportuno y eficiente de primeros auxilios.

Promover y participar en actividades encaminadas a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Colaborar con el comité de medicina, higiene y seguridad industrial de la empresa.

Realizar visita a los puestos de trabajo para conocer los riesgos relacionados con la patología laboral, emitiendo informes a la gerencia, con el objeto de establecer los correctivos necesarios.

Diseñar y ejecutar programas para la prevención, detención y control de las enfermedades relacionadas o agravadas por el trabajo.

Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales.

Elaborar y mantener actualizada las estadísticas de morbilidad y mortalidad de los trabajadores e investigar las posibles relaciones con sus actividades.

Coordinar y facilitar la rehabilitación y reubicación de las personas con incapacidad temporal y permanente parcial.

Elaborar y presentar a las directivas de la empresa para su aprobación, los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo y ejecutar el plan aprobado.

Promover actividades de recreación y deporte.

Adelantar campañas, controlar la fármaco dependencia, el alcoholismo y el tabaquismo (Resolución 1075/92)

El Programa de Salud Ocupacional deberá evaluarse por la empresa cada seis (6) meses como mínimo y reajustarse cada año, de acuerdo a las modificaciones en los procesos productivos y los resultados obtenidos.

En la evaluación se tendrán en cuenta aspectos como los índices de frecuencia y severidad de los accidentes y las enfermedades, las tasas de ausentismo por accidente, enfermedad profesional y de origen común, la efectividad de las medidas de control de riesgos y el grado de cumplimiento del Programa.

6. HIPÓTESIS

- Los Programas de Salud Ocupacional implementados en muchas de las empresas del sector salud no fueron diseñados acorde a las necesidades y expectativas de las empresas ni los trabajadores.
- En un gran número de las empresas del sector salud, el Programa de Salud Ocupacional solo existe documentalmente, sin que éste haya sido aplicado o ejecutado realmente.
- En la mayoría de las empresas del sector Salud, la existencia del programa de Salud Ocupacional no se aplica por desconocimiento de la normatividad.

7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

7.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación descriptiva y analítica, especialmente relacionada con los factores que incidieron en los procesos organizativos del sector salud en el Municipio de Neiva.

Se escogió como población el sector salud del Municipio de Neiva. La investigación se desarrolló primordialmente con el enfoque Empírico Analítico; desde dos dimensiones: La descriptiva y la explicativa sobre el proceso

7.1.1 Población. La constituye las empresas que conforman el sector salud en el Municipio de Neiva, a saber:

CODIGO	NOMBRE
01	Corporación IPS SALUDCOOP HUILA
02	ESE Policarpo Salavarrieta
03	PREVIMEDIC S.A.
04	Asociación Pro Bienestar e la Familia PROFAMILIA
05	Caja de Compensación Familiar del Huila
06	Centro Audiológico y Terapéutico de Huila
07	Centro Medico del Sur
08	Centro oftalmológico Sur Colombiano
09	Clínica Central de Especialistas
10	Clínica de cirugía Plástica
11	Clínica de Fracturas y Ortopedia
12	Clínica de Ojos Santa Lucía Ltda.
13	Clínica Medilaser
14	Clínica Neiva
15	Clínica Uros
16	Cooperativa de Cirugía Ambulatoria Especializada Ltda. CAES
17	Cooperativa de Trabajo asociado REHABILITAMOS
18	Cooperativa de Trabajo Asociado Unidad Integral de Terapia s UNITERAPIAS
19	Cooperativa de Trabajo Asociado COOMEDICA DEL HUILA
20	Cruz Roja Servicio de Terapia Renal
21	Cruz Roja Colombiana Seccional Huila
22	Diagnosticamos Ltda. Laboratorio Clínico
23	Dussán Falla Cerniera y Cía Ltda. Laboratorio Clínico
24	Empresa Cooperativa de Servicios de Salud EMCOSALUD
25	ESE CARMEN EMILIA OSPINA

26	Fresenius Medical Care Colombia Ltda..
27	Fundación Julita Barros de Ucrós
28	ESE Hospital Universitario de Neiva
29	Instituto Cardiovascular y Oftalmológico
30	Instituto Clínico Quirúrgico del Huila Ltda..
31	Liga de lucha contra el cancer
32	MEDINUCLEAR del Huila
33	Precooperativa Multiactiva de Trabajo Asociado TERAPCENTER
34	PREVENSA LTDA
35	Ramírez Díaz y Manrique Ltda..
36	Salud Vida
37	Sociedad de Otorrinolaringología y Audiología SONAR LTDA.
38	Humana Vivir
39	COLSANITAS
40	Salud Colombia
41	SOLSALUD
42	Salud Total
43	SOS
44	Instituto de Seguro Social

7.1.2 La Muestra. Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, el esquema de la investigación y el alcance de sus contribuciones se selecciona una muestra probabilística.

Las muestras probabilísticas son esenciales en los diseños de investigación por encuestas, en donde se hacen estimaciones de variables en la población.

A continuación se determina el tamaño de la muestra y el respectivo procedimiento de selección de la misma.

La fórmula para determinar el tamaño de n es el siguiente:

$$n = \frac{S^2}{V^2} = \frac{\text{Varianza de la muestra}}{\text{Varianza de la población}}$$

¿Entonces, cuál es el número de empresas del sector salud que se tiene que encuestar para tener un error estándar menos de 0.02 dado que la población total es de 44 en Neiva?

N = 44 Empresas del sector salud

Y = Valor promedio de una variable = 1, Representante por empresa del

sector salud

$$S_e = \text{Error estándar} = 0.02$$

V = Varianza de población. Su definición S_e^2 o sea el cuadrado de error estándar

S^2 = Varianza de la muestra expresada como probabilidad de ocurrencia de Y

Sustituyendo se tiene que:

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

$$S^2 = P(1-P) = 0,9(1-0,9) = 0,09$$

$$V^2 = (0,02)^2 = 0,0004$$

$$n' = \frac{0,09}{0,0004}$$

Y ajustando se tiene que:

$$n' = \frac{n'}{1 + n'/N} = \frac{225}{1 + 225/44} = \frac{225}{1 + (225/44)} = \frac{225}{6.1136} = 35$$

Es decir que, para la presente investigación, se necesitó una muestra de 35 empresas del sector salud.

Este es el primer procedimiento para obtener la muestra probabilística, el determinar el tamaño de la misma, con base en estimados de la población.

Seguidamente se procedió a la selección de la muestra, teniendo como criterio básico del mayor al menor nivel de atención y el tiempo de posicionamiento en el sector.

CODIGO	NOMBRE
01	Corporación IPS SALUDCOOP HUILA
02	SOLSALUD
03	PREVIMEDIC S. A.
04	Asociación Pro Bienestar e la Familia PROFAMILIA
05	Caja de Compensación Familiar del Huila
06	Centro Medico del Sur
07	Clínica Central de Especialistas
08	Clínica de cirugía Plástica
09	Clínica de Ojos Santa Lucía Ltda.
10	Clínica Medilaser
11	Clínica Neiva
12	Cooperativa de Trabajo asociado REHABILITAMOS
13	PREVENSA LTDA
14	Cruz Roja Colombiana Seccional Huila
15	Dussán Falla Cerquera y Cía Ltda. Laboratorio Clínico
16	Empresa Cooperativa de Servicios de Salud EMCOSALUD
17	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
18	Fresenius Medical Care Colombia Ltda..
19	Fundación Julita Barros de Ucrós
20	ESE Hospital Universitario de Neiva
21	Instituto Cardiovascular y Oftalmológico
22	Instituto Clínico Quirúrgico del Huila Ltda..
23	Liga de lucha contra el cáncer
24	MEDINUCLEAR del Huila
25	Precoop. Multiactiva de Trabajo Asociado TERAPCENTER
26	Ramírez Díaz y Manrique Ltda..
27	Humana Vivir
28	Salud Vida EPS
29	Centro Audiológico y Terapéutico de Huila
30	Diagnosticamos Ltda. Laboratorio Clínico
31	Cooperativa de Cirugía Ambulatoria Especializada Ltda. CAES
32	Salud Colombia
33	Salud Total
34	SOS
35	Instituto de Seguro Social

7.2 PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionado el diseño de investigación apropiado y la muestra adecuada, de acuerdo con el problema de estudio e hipótesis, la siguiente

etapa consistió en recolectar los datos pertinentes sobre las variables involucradas en la investigación.

No se aplicó prueba piloto porque el instrumento ha sido elaborado y valorado con base en la evaluación del programa de gestión de seguridad, salud ocupacional y medio ambiente establecido por el Consejo Colombiano de Seguridad.

Recolectar los datos implica realizar tres actividades estrechamente vinculadas entre sí:

Seleccionar como instrumento de medición el formato establecido por el Consejo Nacional de Salud Ocupacional, excluyendo algunas preguntas, para aplicar la encuesta con el objetivo de recoger datos cuantitativos y la entrevista semiestructurada para obtener la apreciación de algunos conceptos manejados por las empresas.

Posteriormente se llevó a cabo la aplicación de las encuestas con el propósito de recoger datos para su respectivo análisis y valoración de los mismos. A continuación se realizó el procedimiento de la evaluación obtenida (Tabulación) y se efectuaron los respectivos cruces de variables según los objetivos e hipótesis por medio de un programa estadístico, la información cualitativa que se obtuvo a través de la observación, se interpretó con base en los objetivos, hipótesis, el marco teórico y la realidad del contexto.

Finalmente, se llevó a cabo la interpretación y análisis de los datos, teniendo en cuenta tres factores:

- Nivel de variación de las variables
- La manera como se formularon las hipótesis
- El interés de los investigadores

En primer término, se describieron los datos y posteriormente se efectuaron los análisis estadísticos para relacionar las variables, teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis.

El análisis estadístico corresponde a:

- Descripción de datos, valores o puntuaciones obtenidas para cada variable, mediante la utilización de la distribución de frecuencias y sus respectivas gráficas.
- Porcentajes

- Tablas de frecuencias
- Cuadros de doble entrada
- Promedios aritméticos
- Gráficos variados (Histogramas, pastel, etc.)

8. EL SECTOR SALUD EN MUNICIPIO DE NEIVA

El sector salud en el Municipio de Neiva está constituido por 44 empresas o instituciones legalmente constituidas, de carácter público y privado catalogadas y autorizadas para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios IPS o como Empresas Promotoras de Salud EPS, tal como se muestra en la población objeto de esta investigación; estas empresas están habilitadas por la Secretaría de Salud del Departamento del Huila para prestar sus servicios de acuerdo a la misión para la cual fueron creadas.

El Municipio de Neiva cuenta con instituciones que prestan los cuatro niveles de complejidad, teniendo en cuenta que estos niveles son los siguientes:

- I Nivel: Comprende los servicios prestados por el médico general, personal auxiliar o paramédico u otros profesionales de la salud no especializados.
- II Nivel: A éste corresponde la consulta con médico general o profesional paramédico con interconsulta, remisión o asesoría de personal o recursos especializados.
- III y IV Nivel: Son servicios prestados por el médico especialista con la participación del médico general o profesional paramédico.

El acceso a los servicios se da por el I Nivel o por el servicio de urgencias, para los niveles siguientes el paciente debe ser remitido por un profesional en medicina general.

Su finalidad es atender las necesidades en salud y garantizar la prestación de servicios hospitalarios integrales al usuario, su familia y la comunidad; para ello el sector salud en el Municipio de Neiva cuenta con instituciones dotadas con equipos de profesionales con la más alta calidad científica, técnica y calidez humana, utilizando la mejor infraestructura y tecnología.

El municipio de Neiva es líder en la prestación de servicios de salud de III y IV Nivel en la región sur colombiana.

Por sus importantes centros de atención, el sector salud del Municipio de Neiva es punto de referencia de los demás municipios del departamento del Huila y los departamentos del Caquetá, Tolima y Putumayo.

8.1 LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA

A nivel municipal se cuenta con la Empresa Social del Estado ESE CARMEN EMILIA OSPINA, creada por la Alcaldía Municipal de Neiva mediante Decreto 472, debidamente facultada por acuerdo del honorable Consejo Municipal.

Esta empresa se origina de la fusión de tres empresas de la Red de Salud Municipal: ESE Norte Camilo Gutiérrez, ESE Oriente Adriano Perdomo y ESE Sur Jairo Morera Lizcano que prestaban servicios de salud de I Nivel de complejidad a la población de estratos uno y dos del Municipio de Neiva en el área urbana y rural.

Con el propósito de optimizar la utilización de los recursos financieros, técnicos, físicos y del talento humano, la Alcaldía de Neiva dentro en el proceso de reestructuración Municipal decidió centralizar la administración de las tres ESEs para reducir costos administrativos y así adquirir mayor poder de negociación.

El libre mercado, la libre elección y libre competencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPSs la ha obligado a contar con instrumentos de planeación estratégica, apuntar hacia la modernización y a la implementación de programas de mejoramiento continuo, siendo cada vez más eficientes.

La empresa cuenta con una plataforma estratégica como un planteamiento formal que integra las decisiones fundamentales sobre su razón de ser, sus valores y principios, sus aspiraciones, su horizonte y condiciones de operación, de igual manera el concepto de calidad en los servicios de salud se ha convertido en un punto de convergencia tanto para quienes prestan los servicios como para quienes los utilizan. Se ha trabajado por estandarizar los recursos dentro de un contexto integral que implica interacción adecuada de los recursos físicos, financieros y talento humano.

8.2 ENTIDADES QUE VIGILAN EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE NEIVA

Tanto las EPS como las IPSs están vigiladas directamente por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social a través de sus entes territoriales como son la Secretaría Salud Departamental y Municipal.

ORDEN JERARQUICO DE LOS ENTES DE CONTROL	
No.	NOMBRE
1	Ministerio de la Protección Social
2	Superintendencia Nacional de Salud
3	Secretaria de Salud Departamental
4	Secretaria de Salud Municipal
5	Personería Municipal

9. INSTRUMENTO DE INVESTIGACION SECTOR SALUD

Identificación de la Empresa
Razón social: _____ NIT: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
mail: _____
Coordinador Salud Ocupacional: _____ Clase de riesgo: ____
Numero de empleados: _____ Planta: _____ Contrato: _____
Cooperativas: _____
ARP _____

1. Existe una política Salud Ocupacional por parte de los directivos de la empresa? SI ____ NO ____
2. Otra política a juicio de la empresa? SI ____ NO ____
3. La empresa establece objetivos para la gestión de Salud Ocupacional de acuerdo al diagnóstico de condiciones de trabajo y requisitos legales? SI ____ NO ____
4. La empresa ha establecido metas cuantificables para el cumplimiento de los objetivos definidos anteriormente? SI ____ NO ____
5. La empresa ha establecido un plan de acción para el cumplimiento de los objetivos? SI ____ NO ____
6. Se realiza análisis del grado de cumplimiento de los objetivos y metas SI ____ NO ____
7. Se llevan a cabo las reuniones generales con respecto a los temas de Salud Ocupacional? SI ____ NO ____
8. Se tiene un programa de inspecciones gerenciales que incluya evaluación de las condiciones de Salud Ocupacional en las áreas de trabajo? SI ____ NO ____
9. Se ejecutan las inspecciones gerenciales? SI ____ NO ____
10. La gerencia realiza mínimo una revisión al año del sistema? SI ____ NO ____
11. Los empleados están familiarizados con las políticas de la empresa? SI ____ NO ____
12. Los empleados están familiarizados con los objetivos de la empresa? SI ____ NO ____
13. Se tiene asignado presupuesto para el desarrollo del programa de Salud Ocupacional? SI ____ NO ____
14. Se verifica la ejecución del presupuesto? SI ____ NO ____
15. Se tiene asignado un coordinador del programa Salud Ocupacional? SI ____ NO ____
16. Se tiene asignadas las responsabilidades en Salud Ocupacional SI ____ NO ____

17. Se evalúa el cumplimiento de estas responsabilidades? SI _____ NO _____
18. Se identifican requisitos legales en Salud Ocupacional?
SI _____ NO _____
19. Se evidencia el cumplimiento de los requisitos legales identificados?
SI _____ NO _____
20. Están todos los empleados afiliados a Sistema e Seguridad Social? SI
_____ NO _____
21. Existe un Programa de Salud Ocupacional? SI _____ NO _____
22. Se realiza monitoreo al cumplimiento del cronograma de actividades?
SI _____ NO _____
23. Tiene la empresa el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
actualizado y publicado SI _____ NO _____
24. Está establecido el Comité Paritario de Salud Ocupacional y/o vigía SI
_____ NO _____
25. El comité Paritario de Salud Ocupacional y/o Vigía se reúne semanalmente,
hace seguimiento a los compromisos adquiridos en las reuniones? SI
_____ NO _____
26. Tienen los empleados conocimiento del COPASO o Vigía? SI _____ NO _____
27. Se tiene un procedimiento para la continua identificación de peligros,
evaluación y control de los riesgos? SI _____ NO _____
28. Se tienen identificados o se identifican continuamente los peligros de
acuerdo al procedimiento? SI _____ NO _____
29. Se han evaluado continuamente los riesgos identificados? SI _____ NO _____
30. Corresponde la identificación y valoración de los riesgos a la actividad
económica de la empresa? SI _____ NO _____
31. Están establecidas las medidas de intervención para controlar los riesgos?
SI _____ NO _____
32. Se han implementado las medidas de intervención definidas?
SI _____ NO _____
33. Se hace seguimiento a las medidas de intervención? SI _____ NO _____
34. Se han identificado las competencias para todo el personal en Salud
Ocupacional SI _____ NO _____
35. Se tienen identificadas necesidades de capacitación y entrenamiento?
SI _____ NO _____
36. El personal que realiza las capacitaciones es competente? SI _____ NO _____
37. Se tiene un programa de inducción SI _____ NO _____
38. Se identifican y desarrollan programas de motivación para lograr la
participación del personal en Salud Ocupacional? SI _____ NO _____
39. Se cuenta y se mantiene un mecanismo para difundir las acciones y
resultados del Salud Ocupacional? SI _____ NO _____
40. La identificación de peligros, evaluación y control de riesgos están acordes
con los peligros identificados en el área revisada? SI _____ NO _____

41. Conocen los empleados los riesgos a los que están expuestos?
SI ___ NO ___
42. Participan los trabajadores en la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos en su actividad? SI _____ NO _____
43. El Supervisor conoce las funciones a desempeñar con relación a Salud Ocupacional? SI _____ NO _____
44. El personal tiene conocimiento en el entrenamiento que se le ha dado?
SI ___ NO ___
45. Los empleados tienen conocimiento de los temas de inducción en aspectos de Salud Ocupacional SI _____ NO _____
46. Se evidencia que los empleados tienen conocimiento sobre las capacitaciones recibidas? SI _____ NO _____
47. Se realizan evaluaciones médicas ocupacionales? SI _____ NO _____
48. Existe un mecanismo de garantía de confiabilidad de las historias clínicas ocupacionales? SI _____ NO _____
49. Se han identificado los riesgos de salud pública? SI _____ NO _____
50. Se realizan actividades de promoción y prevención SI _____ NO _____
51. Conocen los empleados los riesgos de salud pública a que están expuestos? SI ___ NO _____
52. Se han implementado medidas de control para los riesgos de salud pública? SI ___ NO _____
53. Se ha realizado un diagnóstico de salud? SI _____ NO _____
54. Se tienen protocolos de vigilancia epidemiológica ocupacional de la empresa de acuerdo a los riesgos identificados? SI _____ NO _____
55. Se han implementado sistemas de vigilancia epidemiológica?
SI ___ NO _____
56. Conocen los empleados los programas de vigilancia epidemiológica que actualmente tiene la empresa? SI _____ NO _____
57. Participan los empleados en las actividades planteadas por el programa de vigilancia epidemiológica? SI _____ NO _____
58. Se tienen análisis estadísticos? SI _____ NO _____
59. Se genera un plan de acción resultante del análisis estadístico?
SI _____ NO _____
60. Se han realizado mediciones a los riesgos identificados? SI ___ NO _____
61. Se aplican sistemas de control eficaces para minimizar el efecto de los riesgos identificados? SI _____ NO _____
62. Se identifican actividades críticas en los trabajos realizados en la empresa? SI ___ NO _____
63. Se documentan procedimientos seguros para ejecutar tareas críticas?
SI ___ NO _____
64. Existen registros de divulgación de procedimientos? SI _____ NO _____

65. Se tiene por escrito un programa de mantenimiento preventivo
SI _____ NO _____
66. Se han identificado técnicamente las necesidades de equipo de protección personal de acuerdo a los factores de riesgo existentes SI _____ NO _____
67. Los EPP son adecuados para las labores desarrolladas? SI _____ NO _____
68. Se lleva un registro de la entrega de los EPP a los trabajadores?
SI _____ NO _____
69. Se lleva registro sobre instrucciones a los trabajadores sobre el uso y mantenimiento del EPP? SI _____ NO _____
70. Se realizan inspecciones del estado y uso de los EPP? SI _____ NO _____
71. Se poseen y están disponibles las hojas de seguridad de los materiales y productos utilizados? SI _____ NO _____
72. Se capacita a los empleados en el conocimiento y uso de las hojas de seguridad, acorde a la labor realizada? SI _____ NO _____
73. Se tiene un programa de inspecciones? SI _____ NO _____
74. Se lleva un registro de las inspecciones realizadas? SI _____ NO _____
75. Se analizan informes periódicos de inspecciones para identificar condiciones anormales y sus causas? SI _____ NO _____
76. Se hace seguimiento a las acciones remediales? SI _____ NO _____
77. Se informa a la gerencia sobre los resultados del análisis de informes de inspecciones? SI _____ NO _____
78. Se evidencia en el área de trabajo almacenamiento adecuado, cerramiento, señalización y demarcación, áreas de trabajo aseadas y en orden y disposición de residuo de acuerdo a las normas de seguridad?
SI _____ NO _____
79. Se tiene por escrito un plan de emergencias? SI _____ NO _____
80. Existe un mecanismo de reporte de todas las emergencias que ocurran?
SI _____ NO _____
81. Cuenta la empresa con los equipos requeridos para atender una emergencia en primera instancia? SI _____ NO _____
82. La Empresa cuenta con recurso humano entrenado para atender emergencias? SI _____ NO _____
83. Se realizan y se llevan registros de simulacros? SI _____ NO _____
84. Se llevan registros correctivos derivadas de los simulacros? SI _____ NO _____
85. Contempla el plan de emergencias un mecanismo para llevar información actualizada? SI _____ NO _____
86. Tienen los empleados acceso a los números telefónicos de las entidades de apoyo y socorro en atención de emergencias? SI _____ NO _____
87. Conocen los empleados los procedimientos para atender las emergencias en que se vea involucrada su área de trabajo? SI _____ NO _____
88. La señalización para evacuación se visualiza e identifica plenamente en todas las áreas del edificio? SI _____ NO _____

89. Los brigadistas tienen conocimiento y entrenamiento SI _____ NO _____
90. El equipo contra incendios se encuentra debidamente ubicado y señalado? Tiene las fechas de recarga en lugar visible? SI _____ NO _____
91. Se tiene un procedimiento para investigar accidente e incidentes? SI _____ NO _____
92. Se lleva registro estadístico de accidentes y casi accidentes ocurridos? SI _____ NO _____
93. Se hace seguimiento a las recomendaciones generadas en la investigación de accidentes? SI _____ NO _____
94. Se manejan Indicadores SI _____ NO _____
95. Programas regulares de prevención contra riesgos profesionales? SI _____ NO _____
96. Se tiene diseño, montaje y operación de los sistemas de vigilancia epidemiológica? SI _____ NO _____
97. Fomento de estilos de trabajo y vida saludable? SI _____ NO _____
98. Se dio a conocer a los trabajadores las políticas de salud ocupacional, deberes y derechos? SI _____ NO _____
99. Han verificado la existencia y funcionamiento del Programa de Salud Ocupacional? SI _____ NO _____
100. Sabe usted que se conmemora el 28 de julio en Colombia? SI _____ NO _____

9.1 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	CUMPLE %	NO	NO CUMPLE %
1. Existe una política Salud Ocupacional por parte de los directivos de la empresa?	14	40	21	60
2. Otra política a juicio de la empresa?	1	3	34	97
3. La empresa establece objetivos para la gestión de Salud Ocupacional de acuerdo al diagnóstico de condiciones de trabajo y requisitos legales?	33	94	2	6
4. La empresa ha establecido metas cuantificables para el cumplimiento de los objetivos definidos anteriormente?	33	94	2	6
5. La empresa ha establecido un plan de acción para el cumplimiento de los objetivos?	14	40	21	60
6. Se realiza análisis del grado de cumplimiento de los objetivos y metas	13	37	22	63
7. Se llevan a cavo las reuniones generales con respecto a los temas de Salud Ocupacional?	13	37	22	63
8. Se tiene un programa de inspecciones gerenciales que incluya evaluación de las condiciones de Salud Ocupacional	8	23	27	77

en las áreas de trabajo?				
9. Se ejecutan las inspecciones gerenciales?	8	23	27	77
10. La gerencia realiza mínimo una revisión al año del sistema	9	26	26	74
11. Los empleados están familiarizados con las políticas de la empresa?	31	89	4	11
12. Los empleados están familiarizados con los objetivos de la empresa?	31	89	4	11
13. Se tiene asignado presupuesto para el desarrollo del programa de Salud Ocupacional?	12	34	23	66
14. Se verifica la ejecución del presupuesto?	12	34	23	66
15. Se tiene asignado un coordinador del programa Salud Ocupacional?	12	34	23	66
16. Se tiene asignadas las responsabilidades en Salud Ocupacional	12	34	23	66
17. Se evalúa el cumplimiento de estas responsabilidades?	11	31	24	69
18. Se identifican requisitos legales en Salud Ocupacional?	15	43	20	57
19. Se evidencia el cumplimiento de los requisitos legales identificados?	15	43	20	57
20. Están todos los empleados afiliados a Sistema e Seguridad Social?	35	100		

21. Existe un Programa de Salud Ocupacional?	14	40	21	60
22. Se realiza monitoreo al cumplimiento del cronograma de actividades?	11	31	24	69
23. Tiene la empresa el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial actualizado y publicado	12	34	23	66
24. Está establecido el Comité Paritario de Salud Ocupacional y/o vigía	18	51	17	49
25. El comité Paritario de Salud Ocupacional y/o Vigía se reúne semanalmente, hace seguimiento a los compromisos adquiridos en las reuniones?	13	37	22	63
26. Tienen los empleados conocimiento del COPASO o Vigía?	15	43	20	57
27. Se tiene un procedimiento para la continua identificación de peligros, evaluación y control de los riesgos?	11	31	24	69
28. Se tienen identificados o se identifican continuamente los peligros de acuerdo al procedimiento?	10	29	25	71
29. Se han evaluado continuamente los riesgos identificados?	13	37	22	63
30. Corresponde la identificación y valoración de los riesgos a la actividad económica de la empresa?	15	43	20	57

31. Están establecidas las medidas de intervención para controlar los riesgos?	12	34	23	66
32. Se han implementado las medidas de intervención definidas?	12	34	23	66
33. Se hace seguimiento a las medidas de intervención?	11	31	24	69
34. Se han identificado las competencias para todo el personal en Salud Ocupacional?	11	31	24	69
35. Se tienen identificadas necesidades de capacitación y entrenamiento?	14	40	21	60
36. El personal que realiza las capacitaciones es competente?	14	40	21	60
37. Se tiene un programa de inducción	15	43	20	57
38. Se identifican y desarrollan programas de motivación para lograr la participación del personal en Salud Ocupacional?	11	31	24	69
39. Se cuenta y se mantiene un mecanismo para difundir las acciones y resultados de Salud Ocupacional?	11	31	24	69
40. La identificación de peligros, evaluación y control de riesgos están acordes con los peligros identificados en el área revisada?	15	43	20	57
41. Conocen los empleados los riesgos a los que están expuestos?	16	46	19	54
42. Participan los trabajadores en la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos en	11	31	24	69

su actividad?				
43. El Supervisor conoce las funciones a desempeñar con relación a Salud Ocupacional?	12	34	23	66
44. El personal tiene conocimiento en el entrenamiento que se le ha dado?	15	43	20	57
45. Los empleados tienen conocimiento de los temas de inducción en aspectos de Salud Ocupacional?	14	40	21	60
46. Se evidencia que los empleados tienen conocimiento sobre las capacitaciones recibidas?	14	40	21	60
47. Se realizan evaluaciones médicas ocupacionales?	16	46	19	54
48. Existe un mecanismo de garantía de confiabilidad de las historias clínicas ocupacionales?	13	37	22	63
49. Se han identificado los riesgos de salud pública?	14	40	21	60
50. Conocen los empleados los riesgos de salud pública a que están expuestos?	13	37	22	63
51. Se han implementado medidas de control para los riesgos de salud pública?	14	40	21	60
52. Se ha realizado un diagnóstico de salud?	13	37	22	63
53. Se tienen protocolos de vigilancia epidemiológica ocupacional de la empresa de acuerdo a los riesgos identificados?	10	29	25	71

54. Se han implementado sistemas de vigilancia epidemiológica?	9	26	26	74
55. Conocen los empleados los programas de vigilancia epidemiológica que actualmente tiene la empresa?	10	29	25	71
56. Participan los empleados en las actividades planteadas por el programa de vigilancia epidemiológica?	10	29	25	71
57. Participan los empleados en las actividades planteadas por el programa de vigilancia epidemiológica?	10	29	25	71
58. Se tienen análisis estadísticos?	13	37	22	63
59. Se genera un plan de acción resultante del análisis estadístico?	11	31	24	69
60. Se han realizado mediciones a los riesgos identificados?	11	31	24	69
61. Se aplican sistemas de control eficaces para minimizar el efecto de los riesgos identificados?	11	31	24	69
62. Se identifican actividades críticas en los trabajos realizados en la empresa?	13	37	22	63
63. Se documentan procedimientos seguros para ejecutar tareas críticas?	11	31	24	69
64. Existen registros de divulgación de procedimientos?	10	29	25	71
65. Se tiene por escrito un programa de mantenimiento preventivo	15	43	20	57

66. Se han identificado técnicamente las necesidades de equipo de protección personal de acuerdo a los factores de riesgo existentes	15	43	20	57
67. Los EPP son adecuados para las labores desarrolladas?	14	40	21	60
68. Se lleva un registro de la entrega de los EPP a los trabajadores?	11	31	24	69
69. Se lleva registro sobre instrucciones a los trabajadores sobre el uso y mantenimiento del EPP?	10	29	25	71
70. Se realizan inspecciones del estado y uso de los EPP?	8	23	27	77
71. Se poseen y están disponibles las hojas de seguridad de los materiales y productos utilizados?	14	40	21	60
72. Se capacita a los empleados en el conocimiento y uso de las hojas de seguridad, acorde a la labor realizada?	15	43	20	57
73. Se tiene un programa de inspecciones?	8	23	27	77
74. Se lleva un registro de las inspecciones realizadas?	8	23	27	77
75. Se analizan informes periódicos de inspecciones para identificar condiciones anormales y sus causas?	7	20	28	80
76. Se hace seguimiento a las acciones remediales?	7	20	28	80

77. Se informa a la gerencia sobre los resultados del análisis de informes de inspecciones?	7	20	28	80
78. Se evidencia en el área de trabajo almacenamiento adecuado, cerramiento, señalización y demarcación, áreas de trabajo aseadas y en orden y disposición de residuo de acuerdo a las normas de seguridad?	35	100	0	
79. Se tiene por escrito un plan de emergencias?	11	31	24	69
80. Existe un mecanismo de reporte de todas las emergencias que ocurran?	11	31	24	69
81. Cuenta la empresa con los equipos requeridos para atender una emergencia en primera instancia?	13	37	22	63
82. La Empresa cuenta con recurso humano entrenado para atender emergencias?	10	29	25	71
83. Se realizan y se llevan registros de simulacros?	8	23	27	77
84. Se llevan registros correctivos derivadas de los simulacros?	8	23	27	77
85. Contempla el plan de emergencias un mecanismo para llevar información actualizada?	9	26	26	74
86. Tienen los empleados acceso a los números telefónicos de las entidades de apoyo y socorro en atención de emergencias?	16	46	19	54
87. Conocen los empleados los procedimientos para atender las	11	31	24	69

emergencias en que se vea involucrada su área de trabajo?				
88. La señalización para evacuación se visualiza e identifica plenamente en todas las áreas del edificio?	14	40	21	60
89. Los brigadistas tienen conocimiento y entrenamiento	10	29	25	71
90. El equipo contra incendios se encuentra debidamente ubicado y señalado? Tiene las fechas de recarga en lugar visible?	15	43	20	57
91. Se tiene un procedimiento para investigar accidente e incidentes?	14	40	21	60
92. Se lleva registro estadístico de accidentes y casi accidentes ocurridos?	15	43	20	57
93. Se hace seguimiento a las recomendaciones generadas en la investigación de accidentes?	11	31	24	69
94. Se manejan Indicadores	12	34	23	66
95. Programas regulares de prevención contra riesgos profesionales?	14	40	21	60
96. Se tiene diseño, montaje y operación de los sistemas de vigilancia epidemiológica?	9	26	26	74
97. Fomento de estilos de trabajo y vida saludable?	10	29	25	71
98. Se dio a conocer a los trabajadores las políticas de salud ocupacional, deberes y derechos?	11	31	24	69

99. Han verificado la existencia y funcionamiento del Programa de Salud Ocupacional?	10	29	25	71
100. Sabe usted que se conmemora el 28 de julio en Colombia	9	26	26	74

10. CONCLUSIONES

1. Se pudo evidenciar que de las 35 empresas que conforman la muestra, en 14 de ellas existe una política SSOMA y las 21 empresas restantes no cuentan con una política de Seguridad, Salud Ocupacional y Medio Ambiente.
2. Son pocas las empresas que se han preocupado por implementar una política diferente a juicio de la misma, de la totalidad de la muestra seleccionada solo 1 empresa ha implementado otra política que junto con la política SSOMA mejoran las condiciones laborales de sus trabajadores y protejan el medio ambiente
3. En cuanto a la gestión de Seguridad y Salud Ocupacional se obtuvo que 33 empresas se han dado a la tarea de establecer objetivos para este programa y solamente 2 empresas no han establecido sus objetivos.
4. Se pudo constatar que 33 empresas han establecido unas metas cuantificables para el cumplimiento de los objetivos de Seguridad y Salud Ocupacional y tan solo dos no tienen sus metas establecidas.
5. Se pudo confirmar que de las 35 empresas objeto de la esta investigación solo 14 han establecido un plan de acción para el cumplimiento de los objetivos, las 21 empresas restantes no han considerado la importancia de este plan.
6. Con respecto al grado de cumplimiento de los objetivos y metas planteadas en cuanto a Seguridad y Salud Ocupacional se determinó 13 empresas se preocupan por realizar este análisis, mientras que las 22 restantes no se han detenido a analizar esta situación.
7. Se pudo conocer que de las 35 empresas abordadas solamente en 13 se llevan a cabo reuniones generales con el objeto de tratar temas de Seguridad y Salud Ocupacional y en las 22 empresas restantes no se adelantan estas reuniones.
8. De acuerdo a la muestra seleccionada, solamente en 8 empresas cuentan con un programa de inspecciones a nivel gerencial para evaluar las condiciones SSOMA en las áreas de trabajo, desafortunadamente 27 empresas no cuentan con este tipo de programas que les sirva como instrumento de medición.

9. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento se encontró que solamente 8 instituciones ejecutan inspecciones gerenciales, 27 empresas no ejecutan esta actividad.
10. Tomando las 35 empresas abordadas se encontró que en 9 de ellas la Gerencia realiza como mínimo una revisión del sistema al año, en 26 empresas no tienen en cuenta la importancia de esta revisión y no la realizan.
11. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento dio como resultado que en 31 de ellas el personal se encuentra familiarizado con las políticas de la empresa y solamente en 4 empresas los no se han familiarizado con sus políticas.
12. En cuanto a si los empleados están familiarizados con los objetivos globales de la empresa, al igual que el punto anterior, se pudo constatar que en 31 de las empresas encuestadas los empleados si están familiarizados y comprometidos con los objetivos de la empresa para la cual laboran, solamente se encontraron 4 empresas en las que su personal no está familiarizado con los objetivos de la misma.
13. Para el desarrollo del programa SSOMA, de las 35 empresas a abordadas el resultado mostrado es que solo 12 empresas cuentan con una asignación presupuestal para el desarrollo de cada una de las actividades que en él se involucran, 23 empresas no cuentan con recursos económicos para el desarrollo del programa
14. De las 12 empresas que cuentan con un presupuesto para el desarrollo del programa SSOMA, se pudo evidenciar que efectivamente las 12 empresas verifican la ejecución del presupuesto asignado
15. En cuanto al Coordinador de del Programa de Salud Ocupacional y Medio Ambiente, se evidenció que únicamente 12 empresas cuentan con este tipo de servicios, en las 23 empresas restantes estas responsabilidades han sido delegadas a otros empleados que a su vez desempeñan otras funciones y que no cuentan con la capacitación necesaria para adelantar esta labor, o simplemente han dejado estas funciones en manos del COPASO.
16. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento dio como resultado que 12 empresas tienen asignadas las responsabilidades en SSOMA, en las 23 empresas restantes no hay claridad en la asignación de responsabilidades frente al programa SSOMA.

17. Las responsabilidades asignadas son evaluadas en 11 de las 35 empresas abordadas, las 24 empresas restantes no han considerado la importancia de esta actividad y por tanto no la realizan.
18. Del total de la muestra (35 empresas), solo en 15 de ellas hubo identificación de los requisitos legales en Seguridad y Salud Ocupacional aplicables a las Empresas, en las 20 empresas restantes no se identificaron estos requisitos.
19. En cuanto a los requisitos legales identificados en 15 empresas se evidenció el cumplimiento de éstos, en las 24 empresas ni se identifican ni se cumplen.
20. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento dio como resultado que la totalidad de las empresas están dando cumplimiento al Sistema de Seguridad Social, reglamentado mediante la Ley 100 de 1993.
21. En cuanto a la existencia del Programa de Salud Ocupacional se pudo evidenciar que solamente 14 empresas cuentan con este documento, en las 21 empresas restantes no existe.
22. Se pudo evidenciar solamente 11 empresas realizan monitoreo al cumplimiento del cronograma de actividades del Programa de Salud Ocupacional, las 24 empresas restantes no adelantan esta importante labor.
23. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento se obtuvo que solo 12 de ellas cuentan con el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial actualizado y publicado, las 23 empresas restantes no cuentan con este documento.
24. De las 35 empresas que conforman la muestra, solo 18 cumplen con lo establecido en la normatividad respecto a la conformación y puesta en marcha del Comité Paritario de Salud Ocupacional o Vigía Ocupacional de acuerdo al número de trabajadores que tenga cada una de las empresas, es preocupante que 17 empresas no tengan establecido el COPASO Y/O Vigía.
25. Se pudo constatar que de las 35 empresas objeto de esta investigación, en 13 de ellas el COPASO y/o se reúnen semanalmente y hacen seguimiento a los compromisos adquiridos en las reuniones, en las 22 empresas restantes el COPASO ni se reúne ni se hace seguimiento a sus compromisos.
26. De las 35 empresas que conforman la muestra, en 15 de ellas los empleados tienen conocimiento del COPASO o vigía, en las 20 restantes no tienen conocimiento de la existencia del Comité

27. De las 35 empresas objeto de la investigación muestran como resultado que en 11 de ellas cuentan con un procedimiento para la continua identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, en las 24 restantes no cuentan con este tipo de procedimientos.
28. En cuanto a la identificación de los peligros de acuerdo al procedimiento implementado por las empresas, solo 10 de ellas adelantan esta actividad de acuerdo al procedimiento que manejan, en 25 empresas no identifican los peligros.
29. Teniendo en cuenta la evaluación de los riesgos identificados, de las 35 empresas que conforman la muestra y a las cuales se les aplicó el instrumento, en 10 de ellas adelantan esta labor continuamente las 25 restantes no evalúan los riesgos identificados.
30. En la responsabilidad de identificación y valoración de los riesgos, en 15 instituciones de la muestra seleccionada han realizado esta actividad de acuerdo a la actividad económica de la empresa en las 20 empresas restantes no adelantan esta tarea.
31. Respecto si están establecidas las medidas de intervención para controlar los riesgos identificados, de las 35 empresas que conforman la muestra y a las cuales se les aplicó el instrumento, mostró como resultado que en 12 de ellas están establecidas estas medidas, en las 23 empresas restantes no han establecido ningún tipo de intervención para controlar los riesgos identificados.
32. Respecto a si se tienen implementadas las medidas de intervención definidas para controlar los riesgos existente en las empresas, de las 35 empresas objeto de la investigación y a las cuales se le aplicó el instrumento se obtuvo como resultado que en 12 de ellas se han implementado estas medidas, en las 23 empresas restantes no han implementado este tipo de medidas.
33. En cuanto al seguimiento a las medidas de intervención, aplicó para el 11 empresas, en las 24 empresas restantes no realizan el seguimiento a las medidas de intervención implementadas.
34. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento dio como resultado que en 11 empresas se han identificado las competencias para todo el personal en SSOMA y en 24 empresas no se han identificado este tipo de competencias.
35. En cuanto a la identificación de las necesidades de capacitación y entrenamiento en las Empresas, se constató que 14 instituciones han

identificado estas necesidades, en las 21 empresas restantes no han llegado a esta identificación.

36. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento dio como resultado que en 14 instituciones el personal que realiza las capacitaciones es competente, para las 21 empresas restantes no aplica porque no realizan capacitaciones..
37. Una vez aplicado el instrumento se encontró que en 15 empresas cuentan con un programa de inducción orientado a las generalidades de la empresa, las 20 empresas restantes no realizan ningún tipo de inducción.
38. Aplicado el instrumento se observó que en 11 empresas se identifican y desarrollan programas de motivación para lograr la participación del personal en el Sistema de Seguridad, Salud Ocupacional y Medio Ambiente, en las 24 empresas restantes no han establecido este tipo de programas.
39. Se ha encontrado que solo 11 empresas tienen un mecanismo para difundir las acciones y resultados del Programa, las 24 empresas no han implementado ningún tipo de mecanismo para difundir acciones y resultados.
40. Respecto a si la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, se encontró que en 15 empresas realiza esta labor acorde con los peligros identificados en el área revisada. En las 20 empresas restantes no tienen en cuenta este parámetro para realizar esta actividad.
41. De las 35 empresas que conforman la muestra, en 16 de ellas los empleados conocen los riesgos a que se encuentran expuestos diariamente en sus labores habituales, mientras que en 19 empresas desconocen esta valiosa información, lo que impide que el trabajador pueda tomar las medidas de prevención o control para mitigar los riesgos a que a que esta expuesto.
42. De las 35 empresas encuestadas, en 11 de ellas cuentan con la participación de los trabajadores en la identificación, evaluación y control de riesgos en cada puesto de trabajo. Mientras que en las 24 empresas restantes los trabajadores no se involucran en este proceso.
43. Aplicado el instrumento, se encontró que en 12 de las empresas encuestadas el supervisor conoce las funciones que debe desempeñar con relación a Seguridad, Salud Ocupacional y Medio Ambiente, en 23 empresas el supervisor no tiene conocimiento ni claridad en las funciones que desempeña, o simplemente no existe un Coordinador.

44. En 15 empresas se confirmó que el personal tiene conocimiento respecto al entrenamiento que la empresa le ha dado, mientras que en las 20 empresas restantes los trabajadores no saben, no se acuerdan o simplemente no han recibido entrenamiento alguno.
45. Sabiendo que la inducción es un aspecto de gran importancia en, tan solo 14 empresas ha despertado interés y realizan la inducción en Seguridad y Salud ocupacional, mientras que para las 21 empresas restantes este tipo de inducción no es relevante.
46. De las 35 Empresas, en 14 de ellas se lleva a cabo un cronograma de capacitaciones mediante el cual se evidencia que los empleados tienen conocimiento sobre diferentes temas en los cuales han sido capacitados y en 21 empresas no se evidenció el conocimiento de los trabajadores respecto a los temas del programa de capacitación
47. A pesar de que es una obligación y esta establecido dentro del programa de medicina preventiva y del trabajo, la realización de exámenes ocupacionales (ingreso), ocupacionales (periódicos) y post ocupacionales (de retiro); las Empresa no cumplen con este requisito según lo muestra la aplicación del instrumento que da como resultado que tan solo 16 empresas realizan exámenes ocupacionales, 19 empresas no adelantan esta importante labor.
48. Es Preocupante conocer que de acuerdo al instrumento aplicado a las 35 empresas que conforman la muestra, solamente en 13 empresas existe un mecanismo de confiabilidad para el manejo de las historias clínicas ocupacionales. En las 18 empresas restantes no manejan ningún mecanismo para darle confiabilidad a este documento que es confidencial.
49. De las 35 que conforman la muestra solamente 14 empresas tienen identificados los factores de riesgo de salud pública, mientras que en las 21 restante no se han preocupado por la identificación de estos riesgos.
50. Con respecto a las actividades de promoción y prevención, aplicado el instrumento a la totalidad de la muestra (35 empresas) se obtuvo que en 13 empresas realizan actividades de promoción y prevención, en las 22 empresas restantes no adelantan este tipo de campañas.
51. De las empresas visitadas se obtuvo que en 14 de ellas han tenido en cuenta que los trabajadores deben conocer los riesgos de salud publica a que se encuentran expuestos en sus labores habituales, en las 21 empresas restantes no le han dado importancia al conocimiento que los trabajadores deben tener al respecto.

52. La aplicación del instrumento mostró que de las 35 empresas visitadas, en 13 de ellas se han implementado medidas de control para los riesgos de salud pública; mientras que las 22 empresas restantes, no han tenido en cuenta la implementación de medidas de control para este tipo de riesgos.
53. Se pudo evidenciar que de las 35 empresas solo en 13 de ellas han realizado un diagnóstico de salud, mientras que en las 22 empresas restantes no se ha realizado este diagnóstico.
54. Basados en los resultados dados por el instrumento aplicado a las empresas abordadas, se encontró que 9 empresas tienen protocolos de vigilancia epidemiológica ocupacional de acuerdo a los riesgos identificados, las 26 empresas restantes no cuentan con estos protocolos que facilitan la toma de decisiones a tiempo en casos que se pueda estar afectando la salud de los trabajadores y la economía de la empresa.
55. El comportamiento de las empresas en las cuales se aplicó el instrumento, con respecto a la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica mostró que 10 empresas cuentan con estos sistemas y las 25 restantes no han implementado estos sistemas.
56. Mediante la aplicación del instrumento se obtuvo que 10 de las 35 empresas que conforman la muestra han difundido dentro de sus trabajadores los programas de vigilancia epidemiológica existentes en la empresa. Las 25 restantes no han hecho esta difusión.
57. La participación de los empleados en las actividades planteadas por el programa de vigilancia epidemiológica tan solo se lleva a cabo en 10 empresas del total de las empresas en las cuales aplicamos el instrumento, en las 25 empresas restantes esta actividad no involucra la participación de los trabajadores.
58. Se encontró que de las 35 empresas abordadas, 13 realizan análisis estadísticos, mientras que las 22 empresas restantes no realizan estos análisis.
59. De acuerdo a la información tomada del instrumento aplicado a las 35 empresas visitadas; 11 empresas tienen un plan de acción como resultado del análisis estadístico, mientras que en las 23 empresas restantes no se evidenció la existencia de este plan de acción.
60. Después de consolidar la información del instrumento aplicado a las 35 empresas del sector salud, se encontró que 11 empresa han realizado mediciones a los riesgos higiénicos identificados y las 24 restantes no han cuantificado los riesgos identificados.

61. De las 35 empresas que conforman el total de la muestra, 11 empresas aplican un sistemas de control eficaz para minimizar los factores de riesgo identificados, mientras que 24 empresa se asume que han dejado de lado esta información, porque no se evidencia la aplicación de ningún sistema de control para la minimización de los riesgos ocupacionales identificados en las áreas de trabajo.
62. Aplicado el instrumento a las 35 empresas se encontró que 13 empresas identifican actividades criticas en trabajos realizados dentro de la empresa, las 19 empresas restantes no se han preocupado por identificar este tipo de tareas. Esta situación hace que los trabajadores estén más expuestos a los diferentes riesgos ocupacionales
63. Los resultados obtenidos al momento de realizar la pregunta si se documentan procedimientos seguros para ejecutar tareas críticas, dio como resultado que el 11 empresas si lo han tenido en cuenta y tienen un procedimiento documentado para la realización de estas tareas, mientras que el 24 empresas no cuentan con un procedimiento seguro para realizar estas labores.
64. Es importante divulgar la información que se haga dentro de la empresa a cerca de los diferentes procedimientos establecidos y documentados en la misma; por lo anterior y basados en el resultado obtenido del instrumento aplicado a las 35 empresas que conforman la muestra, se obtuvo que 10 empresas cuentan con registros de divulgación de procedimientos, en las 25 restantes no existen registros de la divulgación de procedimientos.
65. Aplicando el instrumento se obtuvo que 15 empresas tienen por escrito un programa de mantenimiento preventivo, de igual manera se evidenció que este documento no existe en las 10 empresas restantes
66. De las 35 empresas encuestadas se obtuvo que 15 empresas se han preocupado por realizar un estudio técnico para la elección adecuada de los elementos de protección personal necesarios. Las 20 empresas restantes no han tenido en cuenta este aspecto al momento de elegir los elementos de protección personal para sus trabajadores.
67. Es importante que dentro de la empresa los elementos de protección personal sean adecuados para las labores desarrolladas, pues de esta manera disminuimos la probabilidad de ocurrencia de accidentes de trabajo o enfermedades de origen profesional. De acuerdo estos criterios se obtuvo que 14 empresas eligen los elementos de protección personal adecuados para las labores desarrolladas, de acuerdo a estudios técnicos llevados a cabo previamente, las 21 empresas restantes no seleccionan los adecuados para las necesidades laborales del trabajador.

68. De las 35 que conforman la muestra en 11 de ellas llevan un registro de la entrega del EPP, las 24 empresas restantes que equivalentes no registran la entrega de los elementos de protección personal.
69. De acuerdo a la información arrojada por el instrumento aplicado, se obtuvo que de las 35 empresas encuestadas 10 empresas llevan un adecuado registro respecto a las instrucciones dadas sobre el uso y mantenimiento de los EPP, mientras que 25 empresas restantes no muestran interés ni consideran importante este aspecto, por lo tanto no llevan ningún registro.
70. Se encontró que de las 35 empresas encuestadas, 8 de ellas realizan inspecciones del estado y uso de los elementos de protección personal y las 27 empresas restantes no llevan a cabo actividad
71. De las 35 empresas encuestadas 14 de ellas poseen y tienen disponibles las hojas de seguridad de los productos y sustancias utilizadas, mientras que las 21 empresas restantes no cuentan con este documento, escasamente tienen la etiqueta que portan los envases de los productos.
72. La aplicación del instrumento dio como resultado que de las 35 empresas encuestadas, 15 de ellas capacitan continuamente sobre el tema a sus trabajadores y las 20 empresas restantes no capacitan al personal en este importante aspecto, lo que hace que se aumente la probabilidad un accidente de trabajo o se adquiriera una enfermedad profesional.
73. De las 35 empresas objeto de la investigación solamente 8 empresas cuentan con un programa de inspecciones, mientras que las 27 restantes no lo tienen.
74. El instrumento mostró que 8 empresas del total de la muestra seleccionada llevan el registro de las inspecciones realizadas, mientras que las 27 empresas restantes no llevan este importante registro
75. De las 35 empresas visitadas 7 de ellas analizan los informes periódicos de las inspecciones realizadas para identificar condiciones anormales y sus causas mientras que las 28 empresas restantes no tienen en cuenta este criterio, lo que hace que la probabilidad de presentarse accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sea mayor
76. Para obtener buenos resultados al momento de realizar inspecciones es necesario realizar seguimiento a las acciones remediales, con base en este criterio se planteó la presente pregunta lo que nos dio como resultado que de las 35 empresas visitadas, en 7 de ellas generalmente se hace

seguimiento a las acciones remediales y en las 28 restantes no lo han considerado hasta el momento.

77. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento se obtuvo que el 7 empresas comunican a la gerencia los resultados del análisis de la información de las inspecciones, las 28 empresas restantes aún no lo han hecho porque que no tienen el programa de inspecciones.
78. De las 35 empresas a las cuales se les aplicó el instrumento mostró que la totalidad de las empresas tienen un adecuado almacenamiento, el cerramiento, la señalización y demarcación es adecuada, las áreas de trabajo se encuentran aseadas y en orden y la disposición de residuos se hace de acuerdo a las normas de seguridad.
79. De acuerdo a los datos arrojados por el instrumento aplicado solo 11 empresas tienen por escrito un plan de emergencias, las 24 empresas restantes no tienen este documento.
80. Se encontró que de las 35 empresas 11 de ellas se han preocupado por contar con un mecanismo de reporte de emergencias actualizado y en funcionamiento, caso contrario pasa con las 24 empresas restantes, quienes no tienen implementado un mecanismo para tal fin.
81. De las 35 empresas que conforman la muestra, 13 de ellas cuenta con los equipos requeridos para atender emergencias en primera instancia en forma oportuna, las 22 empresas restante no cuentan con estos equipos
82. En este numeral se obtuvo como resultado que de las 35 empresas de la muestra tan solo 10 tienen en cuenta el entrenamiento del recurso humano para atender emergencias, las 25 empresas restantes no esta preparadas para atender cualquier eventualidad de emergencia que se pueda presentar.
83. La respuesta dada a este numeral es preocupante, pues tan solo 8 de las 35 empresas que conforman la muestra se han preocupado por realizar simulacros y dejar registro de los mismos, mientras que las 27 empresas restantes no han tomado estos lineamientos.
84. Se encontró que tan solo 8 empresas de las 35 encuestadas llevan un registro correctivo derivado de los simulacros, caso contrario ocurre en las 27 empresas que no llevan este tipo de registro
85. De acuerdo a los datos arrojados por el instrumento aplicado a las empresas seleccionadas se encontró que solo en 9 empresas el plan de emergencias contempla un mecanismo para llevar información actualizada.

86. De las 35 abordadas en 16 de ellas los empleados tienen acceso a los números telefónicos de las entidades de apoyo y socorro en atención de emergencias, caso contrario ocurre en las 19 empresas restantes en donde se debe sensibilizar al personal para que tengan a la mano esta valiosa información y en caso de emergencia puedan pedir apoyo oportunamente.
87. De las 35 visitadas, en 11 de ellas los empleados conocen los procedimientos para atender emergencias, caso contrario ocurre en las 24 empresas restantes donde los empleados no conocen los procedimientos ni saben como actuar en caso de emergencia.
88. De los datos arrojados por el instrumento aplicado a las 35 empresas que conforman la muestra se encontró que en 14 de ellas la señalización para la evacuación se visualiza e identifica plenamente en todas las áreas de la empresa, en las 21 empresas restantes no se observó esta señalización.
89. De las 35 empresas encuestadas, los resultados arrojados para este numeral mostraron que en 10 empresas los brigadistas tienen conocimiento y han sido entrenados para atender emergencias, lo que no ocurre en las 25 empresas restantes porque no existen brigadas de emergencia.
90. Se encontró que de las 35 empresas visitadas en 15 de ellas el equipo contra incendios se encuentra debidamente ubicado y señalizado, las 20 empresas restantes no cuentan con estos equipos.
91. A las empresas en las cuales se les aplicó el instrumento la respuesta a este numeral dio como resultado que 14 empresas tienen un procedimiento para investigar accidentes e incidentes, las 21 empresas restantes no han determinado este procedimiento.
92. En las empresas a las cuales se les aplicó el instrumento se encontró que 15 de ellas llevan un registro estadístico de accidentes y casi accidentes ocurridos al interior de la misma, las 20 empresas restantes no han implementado este registro.
93. De las 35 empresas visitadas se encontró que en 11 de ellas hacen seguimiento a las recomendaciones generadas en la investigación de accidentes, mientras que las 24 empresas restantes no hacen este seguimiento.
94. En cuanto al manejo de indicadores, de acuerdo a los datos dados por el instrumento aplicado se encontró que solo 12 empresas hacen uso de estos, mientras que en 23 empresas no se manejan indicadores.

95. De las 35 empresas visitadas en 14 de ellas manejan programas regulares de prevención en Riesgos Profesionales y 21 empresas no manejan el tema de la prevención.
96. De las 35 empresas visitadas 9 cumplen con el diseño, montaje y operación de un sistema de vigilancia epidemiológica, en 26 empresas restantes no lo tienen.
97. De las 35 empresas objeto de esta investigación tan solo el 10 empresas fomentan estilos de trabajo y vida saludable, las 25 empresas restantes no les ha preocupado este tema .
98. De acuerdo a la información dada por el instrumento, en 11 empresas los trabajadores conocen las políticas de salud ocupacional, deberes y derechos en las 24 empresas restantes no han considerado este importante aspecto.
99. De las 35 empresas abordadas tan solo en 11 de ellas se verificó la existencia y funcionamiento del programa de salud ocupacional mientras que en las 24 empresas restantes no existe ni si quiera documentalmente este programa.
100. De acuerdo a los datos arrojados por el instrumento, solamente en 9 empresas saben que se conmemora el 28 de julio en Colombia, en las 26 empresas restantes no saben de esta celebración.

11. RECOMENDACIONES

1. Cuando la conciencia de la seguridad existe en los altos mandos de una compañía, se logra también el compromiso gerencial de toda empresa que es vital para alcanzar los objetivos y metas que ésta tenga establecidas en cualquiera de sus áreas, sobre todo en aspectos tan relevantes como es el desarrollo del Programa de Salud Ocupacional.
2. En toda empresa se debe tener en cuenta el apoyo y asesoría que le pueden ofrecer las Administradoras de Riesgos Profesionales y las Empresas Promotoras de Salud a las cuales se encuentran afiliados. Las primeras en todo lo relacionado con la identificación y control de los riesgos, en las capacitaciones que sobre ellos necesiten los trabajadores y las segundas adelantando campañas de promoción y prevención, incluso en manejo de enfermedades de interés público, así como el tratamiento que se da a un trabajador accidentado o que padezca una enfermedad profesional.
3. Es importante para toda empresa evaluar constantemente el cumplimiento de sus objetivos y metas, estas evaluaciones le permiten tomar decisiones oportunamente, siendo estas un excelente indicador de gestión en el cual se observa el grado de cumplimiento que se esté dando a cada uno de ellos.
4. Realizar reuniones en donde se traten temas de Seguridad y Salud Ocupacional es de mucha importancia en toda institución, teniendo en cuenta que en estas reuniones debe estar presente tanto la alta gerencia como mandos medios y nivel operativo; en general todo el personal de la institución debe estar involucrado, así se puede alcanzar un mayor compromiso y control en cuanto al desarrollo de los temas que en Seguridad y Salud Ocupacional se han propuesto.
5. Es de resaltar que las inspecciones gerenciales son una de las herramientas de apoyo más valiosas en el desarrollo de las actividades de Seguridad, Salud Ocupacional y Medio Ambiente, estas inspecciones contribuyen al acompañamiento de la gerencia en el desarrollo de las actividades de SSOMA.
6. Si en una compañía no se cuenta con los recursos necesarios, sean éstos técnicos, humanos, económicos, etc., es imposible sacar adelante cualquier programa, por esto la importancia del compromiso de los altos mandos en la asignación y ejecución presupuestal para el desarrollo del programa SSOMA, solamente de esta manera puede ser posible su operabilidad y así garantizar el cumplimiento del mismo.

7. Es necesario que toda empresa de cumplimiento a los requisitos legales Establecidos por el gobierno nacional en materia de Seguridad y Salud Ocupacional, ésto sin importar el Tamaño de la empresa, ni el número de trabajadores que tenga, por pequeña que sea debe cumplir con los requisitos establecidos para tal fin.
8. Es de tener en cuenta que toda empresa tiene la obligación de implementar el Programa de Salud Ocupacional y elaborar un cronograma de actividades para el cumplimiento de cada uno de los subprogramas, el cual debe ser monitoreado permanentemente para verificar su gestión y cumplimiento, solo con la ejecución de este programa se garantiza que todos los trabajadores de la empresa gocen de los beneficios que ofrecen estos programas y que la empresa les ofrezca un escenario seguro para laborar.
9. El reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es un documento de gran importancia, el cual debe estar actualizado y publicado, de esta manera los trabajadores tienen claridad en los lineamientos establecidos por la empresa en materia de seguridad.
10. La evaluación de los riesgos es una tarea que se debe realizar permanentemente en cada una de las áreas de trabajo de toda empresa, de esta manera se pueden priorizar e implementan las medidas de control para prevenir los riesgos; sobre todo aquellos que en mayor grado afecten la salud y la seguridad de los trabajadores y la economía de la empresa.
11. El tema de las capacitaciones es de mucha importancia en materia de Salud Ocupacional, este programa va de la mano con el entrenamiento e inducción para cualquier actividad que se realice en una empresa, siempre teniendo en cuenta el bienestar integral de la población trabajadora y la economía de la empresa.
12. Es deber de toda empresa trabajar mancomunadamente con sus trabajadores con el objeto de tener un ambiente armonioso entre salud, bienestar y medio ambiente, de esta manera se disminuye la probabilidad que el personal sufra accidentes de trabajo o enfermedades de tipo profesional.
13. Contar y mantener un mecanismo para difundir las acciones y resultados del Sistema de Seguridad, Salud Ocupacional y Medio Ambiente permite saber como y cual ha sido el resultado del desarrollo del programa, ajustarlo de acuerdo a las necesidades y manejar indicadores de gestión. Es de saber que teniendo instrumentos de difusión de resultados de gestión es posible obtener más apoyo por parte de la gerencia, incluso de los mismos trabajadores.

14. Un programa de inspecciones de seguridad dentro de la empresa permite identificar, evaluar y plantear las medidas de control sobre los diferentes factores de riesgo existentes en la empresa, mitigando así el riesgo a que se encuentran expuestos los trabajadores.
15. Teniendo en cuenta que el objetivo de la Salud Ocupacional es la prevención y control de factores de riesgo presentes en los lugares de trabajo, es importante el acompañamiento de los trabajadores en la identificación de los riesgos de sus puestos de trabajo, esto facilita la recolección de la información para el levantamiento del panorama de factores de riesgos y permite que los riesgos sean identificados en todas las áreas y procesos de una compañía.
16. Una de las tareas más importantes del Coordinador de Salud Ocupacional es identificar técnicamente las necesidades de los elementos de protección personal de acuerdo a los factores de riesgo existentes y las tareas que desempeña el trabajador, es decir, ubicar los elementos de protección personal adecuados de acuerdo al trabajo que se realiza.
17. En la necesidad de las empresas de proteger integralmente la salud de sus trabajadores es importante que se tengan y estén disponibles las hojas de seguridad de las sustancias que allí se manipulan para que en caso de accidente los trabajadores sepan como actuar y que ayuda prestar al accidentado. Por esta razón se debe capacitar al trabajador respecto al riesgo a que está expuesto al momento de manipular sustancias químicas y el manejo de sus hojas de seguridad.
18. El objeto del programa de inspección de riesgos es establecer una metodología para realizar visitas planeadas, periódicas o intermitentes al interior de las empresas, teniendo en cuenta que se debe realizar un recorrido planeado del lugar de trabajo, puede ser general, de áreas seleccionadas o de peligros, máquinas, herramientas, equipos o prácticas de trabajo particulares para comparar las condiciones existentes. De las inspecciones que se realicen es importante llevar un registro, éste documenta a través del tiempo los diferentes aspectos encontrados. Para que el programa de inspecciones funcione como un componente básico del Programa de Seguridad y Salud Ocupacional, requiere de seguimiento para verificar la corrección oportuna y efectiva de los riesgos ocupacionales encontrados.
19. Es sumamente importante que toda empresa cuente con un plan de emergencias en marcha que permita responder a cualquier eventualidad que se pueda presentar. Es absolutamente indispensable que los

trabajadores tengan conocimiento, habilidades y actitudes para actuar en la atención de este tipo de eventos.

20. Hacer seguimiento a las recomendaciones generadas de la investigación de los accidentes que se presentan es de suma importancia para toda empresa, de esta manera se puede evitar la ocurrencia de nuevos accidentes de trabajo ocasionados por las mismas causas y se refuerzan las medidas de control.

21. La estadística juega un papel muy importante para la empresa ya que de esta manera se puede saber como esta funcionando, según sea el comportamiento de la empresa de acuerdo a los indicadores, permite tomar decisiones a tiempo y de manera certera para mejorar procesos, procedimientos, productividad, etc., nos permite mirar el alcance de los objetivos que se hayan trazado y como mejorar cada día más.

12. DISCUSION

Analizando la totalidad de la muestra (35 empresas abordadas) que hacen parte del Sector Salud en el Municipio de Neiva, se encuentra una preocupante realidad, en su mayoría las empresas desconocen y desacatan la legislación establecida en materia de Salud Ocupacional.

Despertar la conciencia de la seguridad a nivel de alta gerencia, mandos medios y población trabajadora, sería un gran logro en lo que respecta a salud laboral, si se tiene en cuenta que cada individuo en la empresa es responsable de su seguridad y la seguridad de los demás.

Es importante resaltar que la conciencia de la seguridad debe ir acompañada en forma obligatoria del cumplimiento de normas, leyes y parámetros que apunten al bienestar integral de la población trabajadora de cualquier empresa, por pequeña que ésta sea.

Agregando a lo anterior, el Estado Colombiano debe implementar y fortalecer los mecanismos de intervención en materia de vigilancia y control para lograr una real aplicación de las normas y así evitar que las empresas atenten contra la integridad de los trabajadores. Cumplir las normas no es solamente afiliar los trabajadores a salud, pensión y riesgos que es lo que ordena la ley 100 de 1993; es como mínimo tener conformado y registrado ante el Ministerio de la Protección Social el Comité Paritario de Salud Ocupacional y/o Vigía, según el número de trabajadores que tenga la empresa; tener actualizado, registrado y publicado el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial; reportar los accidentes o casi accidentes de trabajo a las ARP dentro del término establecido por la norma (Decreto 1295); tener actualizado el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo o Panorama de Riesgos Ocupacionales de cada uno de los puestos de trabajo, documento este que hace parte integral del Programa de Salud Ocupacional.

Al respecto conviene decir que, la vigilancia y control que debe ejercer el gobierno nacional sea directamente a través de las direcciones territoriales, como es el caso del Ministerio de la Protección Social y sus diferentes direcciones territoriales, que para el municipio de Neiva sería la dirección Territorial del Ministerio de la Protección Social en el Huila, el cual, dentro de sus políticas debe implementar un sistema de acompañamiento y asesoría a las diferentes empresas, teniendo en cuenta que el 60% de la muestra seleccionada no realiza ninguna actividad en materia de Salud ocupacional, se deduce que existió una falta de conocimiento total de la materia.

Teniendo en cuenta que la Salud Ocupacional es el conjunto de actividades multidisciplinarias encaminadas a la prevención, educación, promoción, control,

recuperación y rehabilitación de los trabajadores para protegerlos de los riesgos ocupacionales y ubicarlos en un ambiente de trabajo de acuerdo con las condiciones psicológicas y fisiológicas. Son pocas las empresas de la muestra seleccionada, que se han preocupado por seleccionar personal con el perfil ocupacional apropiado para el cargo, por realizar la inducción y el entrenamiento necesario que el trabajador ha necesitado para realizar las labores para las cuales ha sido contratado. Sin embargo, no deja de ser una preocupación la carga de estrés laboral que se observa en los trabajadores del sector salud, debido a la atención de público, largas jornadas laborales, los atropellos a los que con frecuencia se ven sometidos por parte de los usuarios, sobre cargas laborales, en muchos casos viéndose en la necesidad de tomar el tiempo de descanso para terminar las tareas asignadas.

Si se considera que la Conferencia Internacional del Trabajo en su Trigésima Sexta Reunión, emitió en 1953 la Recomendación No. 97 en la que aconseja a los Estados miembros de la ONU la conveniencia de adoptar, con carácter obligatorio, servicios de salud ocupacional en las empresas y se definen los objetivos de la salud ocupacional en términos de:

“promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes nocivos para la salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo acorde a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en resumen adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea”

Tomando el objetivo de la Salud Ocupacional definido por la Conferencia Internacional del Trabajo, con tristeza se encuentra hoy un panorama desalentador, aquí se puede percibir que en gran parte de las empresas seleccionadas en la muestra, desconocen que el dinero destinado a sufragar gastos de Salud Ocupacional no es un gasto como tal, sino una muy buena inversión, la mejor de todas, invertir en el recurso humano de una empresa, es proyectar una mejor productividad; detrás de un trabajador bien capacitado, bien remunerado, con estabilidad laboral, con la inducción necesaria para realizar las tareas asignadas, que haga parte de un plan de estímulos establecidos por la empresa, se encuentra un trabajador con un alto sentido de pertenencia empresarial, con pico de producción del 90 al 100%, unas excelentes relaciones interpersonales y laborales, factores que en últimas se convierten en beneficios para la economía de la empresa.

Se debe considerar que el “mantenimiento preventivo” del trabajador es tanto o más importante que el “mantenimiento preventivo” del equipo inanimado. En efecto, más que una máquina, más que una herramienta,

más que un dispositivo electrónico de alta precisión, que requiere una vigilancia permanente para evitar su deterioro y para evitar gastos cuantiosos de reparación o de reposición, el recurso humano es un elemento mucho más sensible, más susceptible de ser afectado tanto por los riesgos potenciales originados en su vida laboral; riesgos que pueden ser físicos, químicos, biológicos y psicolaborales; riesgos que pueden afectar su salud o sea su bienestar completo (Físico, mental y social) y que inevitablemente afectan su vida laboral y por consiguiente influyen directamente en su rendimiento productivo.

Es oportuno ahora mencionar, que en las 35 empresas objeto de esta investigación, laboran 2009 trabajadores de planta y 2218 vinculados por contrato o por cooperativas. Son 4227 trabajadores, de los cuales una gran parte de ellos no gozan de las mejores condiciones laborales, pues en muchas empresas escasamente tiene sus trabajadores afiliados a salud, riesgos y pensión, factores que aunque son de obligatorio cumplimiento y de mucha importancia, en cuanto a seguridad social, no garantizan al trabajador las condiciones mínimas de seguridad para desempeñar sus tareas diariamente.

Se comprueba de este modo, que el estado de la salud ocupacional en el sector salud del Municipio de Neiva no es el mejor, que aunque unas de las empresas encuestadas de una u otra forma adelantan actividades de salud ocupacional y cumplen en buena forma con la normatividad establecida por el gobierno nacional, no deja de preocupar la mayor parte de ellas, en las que como ya se ha dicho, el interés por el bienestar de la población trabajadora que hace parte de estas empresas es muy bajo.

A lo anterior vale la pena agregar, que aunque en la mayoría de las entidades para la aplicación del instrumento base de esta investigación, se contó con la colaboración y el apoyo del personal indicado, en otras entidades no se recibió el mismo trato ni se contó con la misma suerte, situación que retardó el proceso investigativo.

Concluyendo este análisis señalando que vale la pena recordar que la parte histórica de la salud ocupacional es fundamental para establecer y comprender la creación de instituciones y leyes protectoras de la salud del ser humano en su entorno laboral. Se podría decir lo que popularmente se afirma, “El que no conoce la historia está condenado a repetirla”, en materia de salud ocupacional se conoce la historia y sin embargo, continuamente se repite, debido a la ignorancia de las leyes y normas, la falta de conciencia en la prevención de los riesgos profesionales (Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), el desconocimiento de los costos socioeconómicos de los riesgos profesionales y la falta de interés empresarial

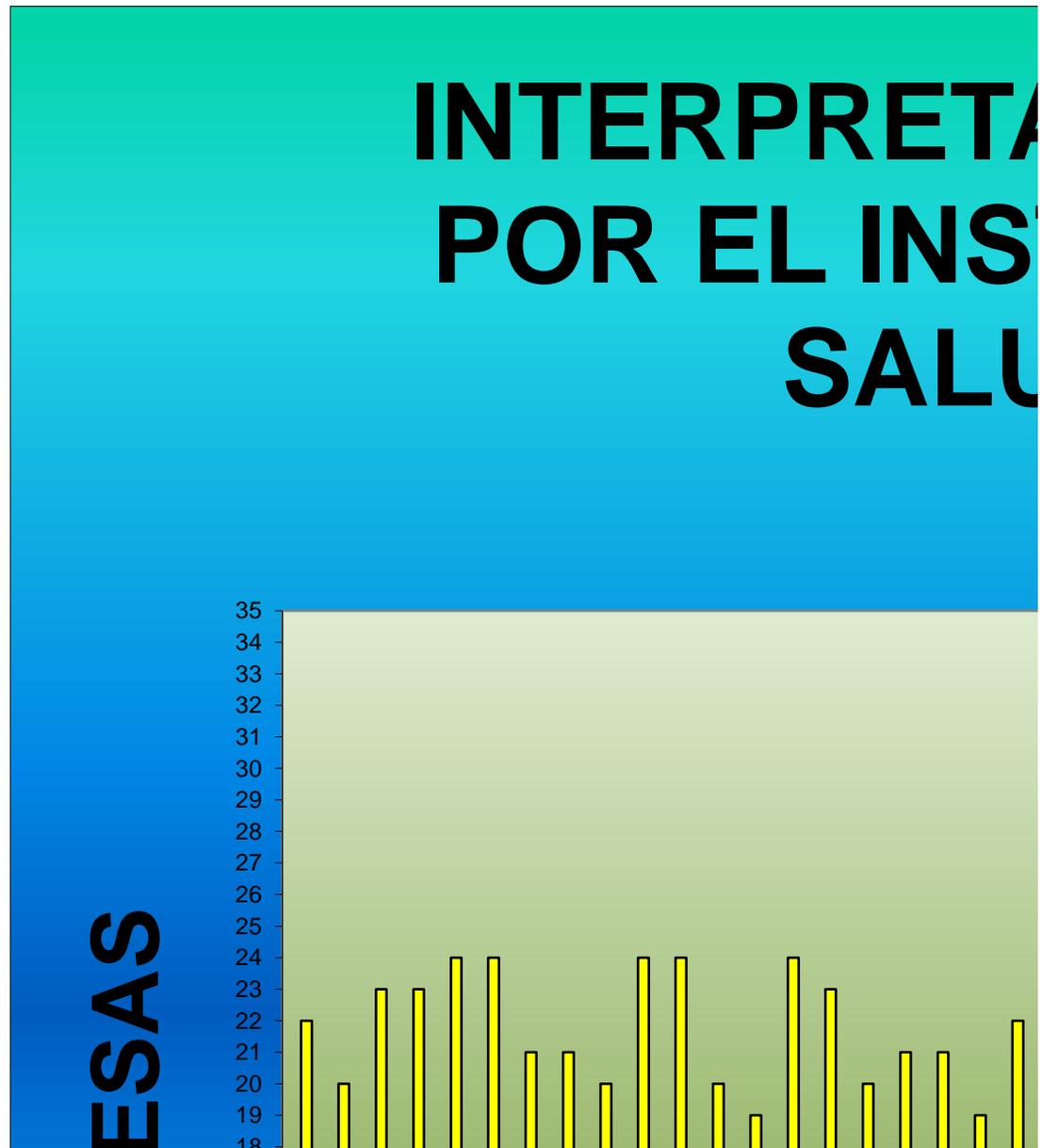
que ve a la salud ocupacional como una carga laboral y no como una inversión que trae grandes beneficios, ya que evita el ausentismo, crea un mejor ambiente laboral, una mayor productividad y bajos costos al evitarse accidentes laborales y enfermedades profesionales.

13. BIBLIOGRAFIA

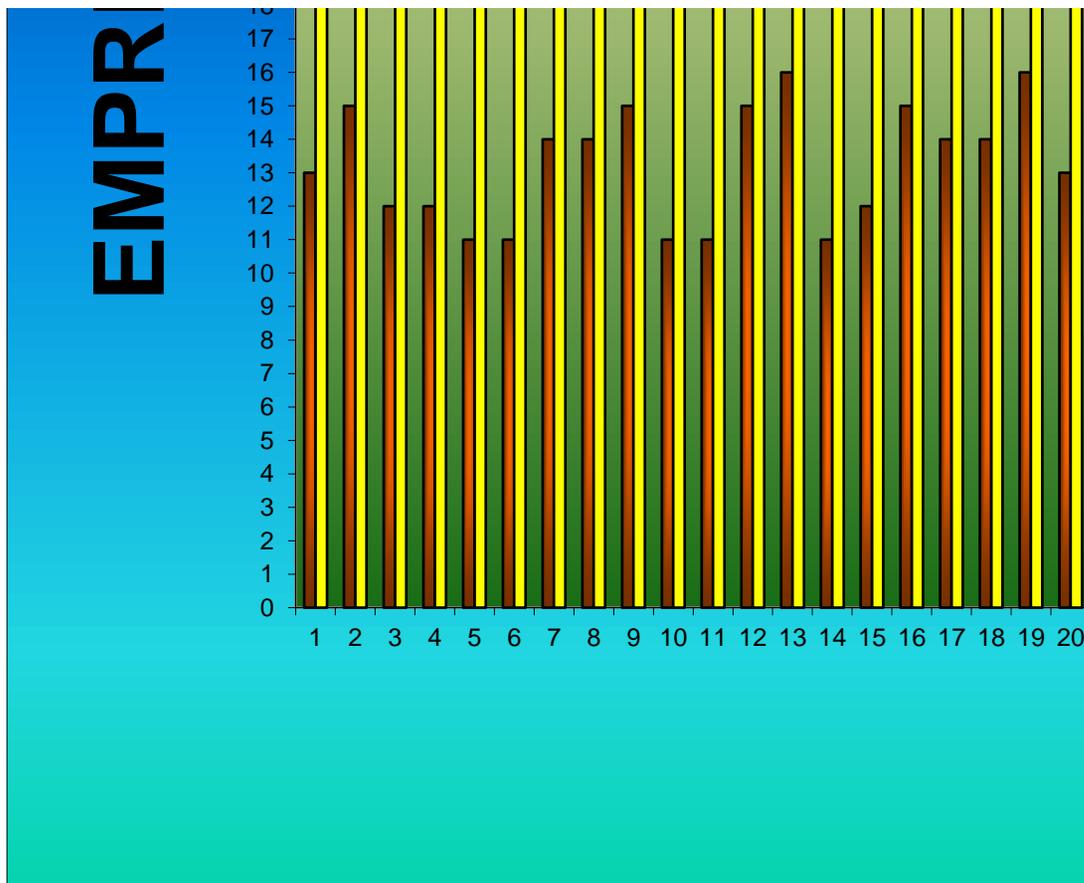
- Constitución política de Colombia. Edición actualizada año 2003. Pág. 9, 30, 79, 133,147, 149, 151, 155.
- Ley 100 de 1993, Pág. 144-145
- Compendio de normas legales sobre salud ocupacional. ARSEG. Única edición. Pág. 360.
- Historia de la Salud Ocupacional en Colombia. Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Única edición. Pág. 69-87
- Salud Ocupacional y Productividad, Ruiz Salazar Antonio, Limusa Noriega Editores, primera Edición.1997. Pág. 45
- Guía del Sistema General de Riesgos Profesionales. La Equidad

ANEXOS

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
A		
1	14	21
2	1	34
3	33	2
4	33	2
5	14	21
6	13	22
7	13	22
8	8	27
9	8	27
10	9	26
11	31	4
12	31	4
13	12	23
14	12	23
15	12	23
16	12	23
17	11	24
18	15	20
19	15	20
20	35	0
21	14	21
22	11	24
23	12	23
24	18	17
25	13	22
26	15	20
27	11	24
28	10	25

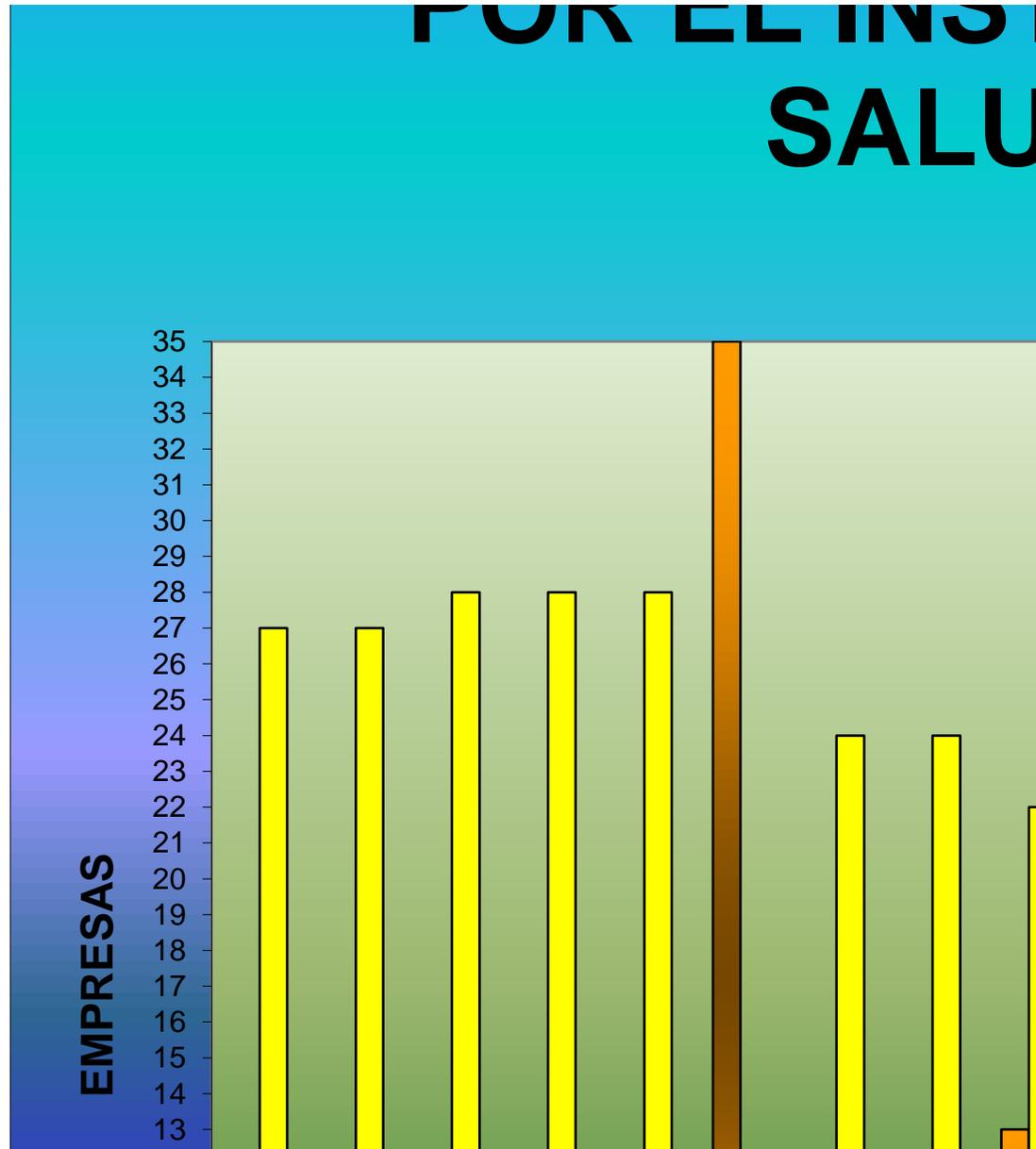


29	13	22
30	15	20
31	12	23
32	12	23
33	11	24
34	11	24
35	14	21
36	14	21
37	15	20
38	11	24
39	11	24
40	15	20
41	16	19
42	11	24
43	12	23
44	15	20
45	14	21
46	14	21
47	16	19
48	13	22
49	14	21
50	13	22
51	14	21
52	13	22
53	10	25
54	9	26
55	10	25
56	10	25
57	10	25
58	13	22



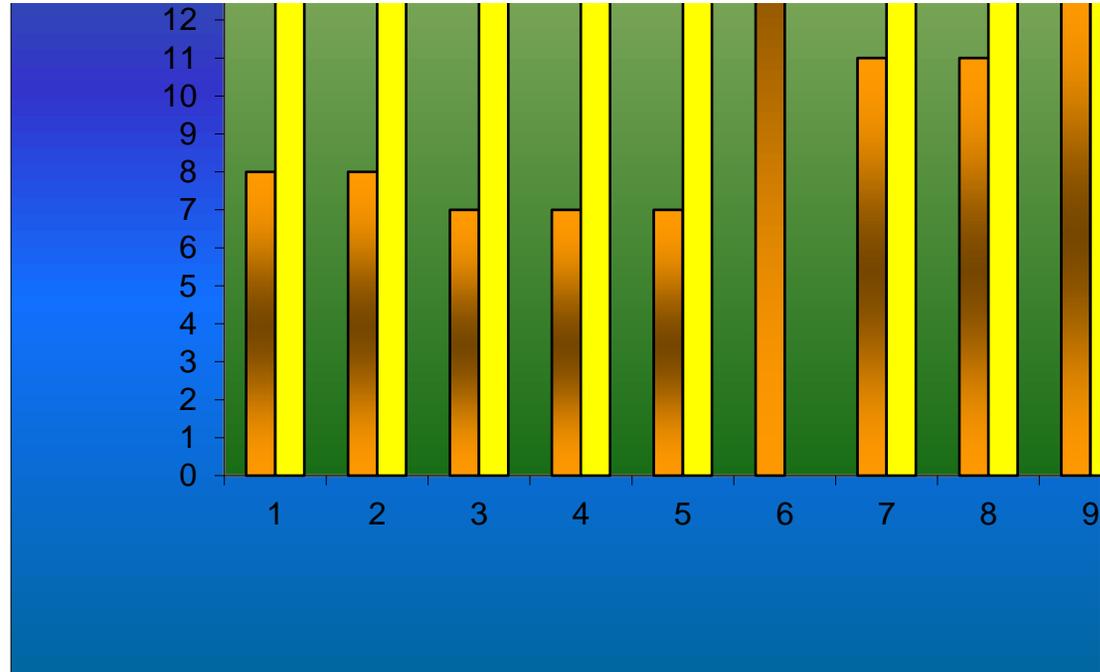
**INTERPRETA
POR EL INST**

59	11	24
60	11	24
61	11	24
62	13	22
63	11	24
64	10	25
65	15	20
66	15	20
67	14	21
68	11	24
69	10	25
70	8	27
71	14	21
72	15	20
73	8	27
74	8	27
75	7	28
76	7	28
77	7	28
78	35	0
79	11	24
80	11	24
81	13	22
82	10	25
83	8	27
34	8	27
85	9	26
86	16	19
87	11	24
88	14	21

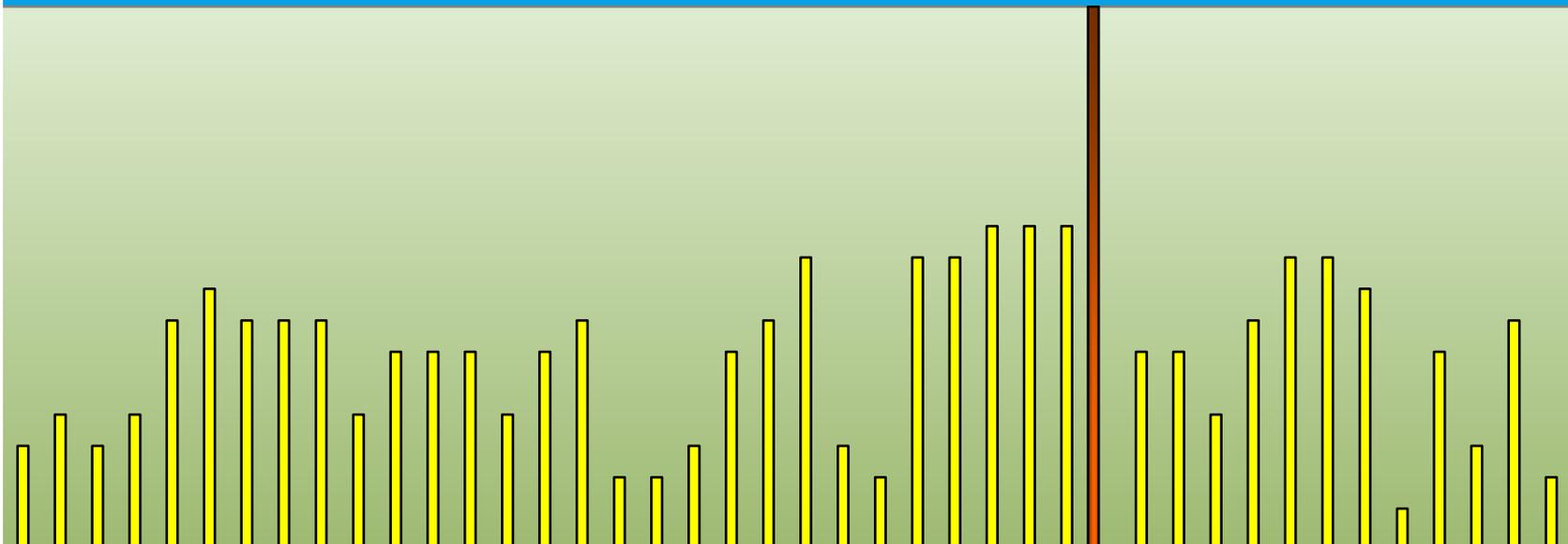


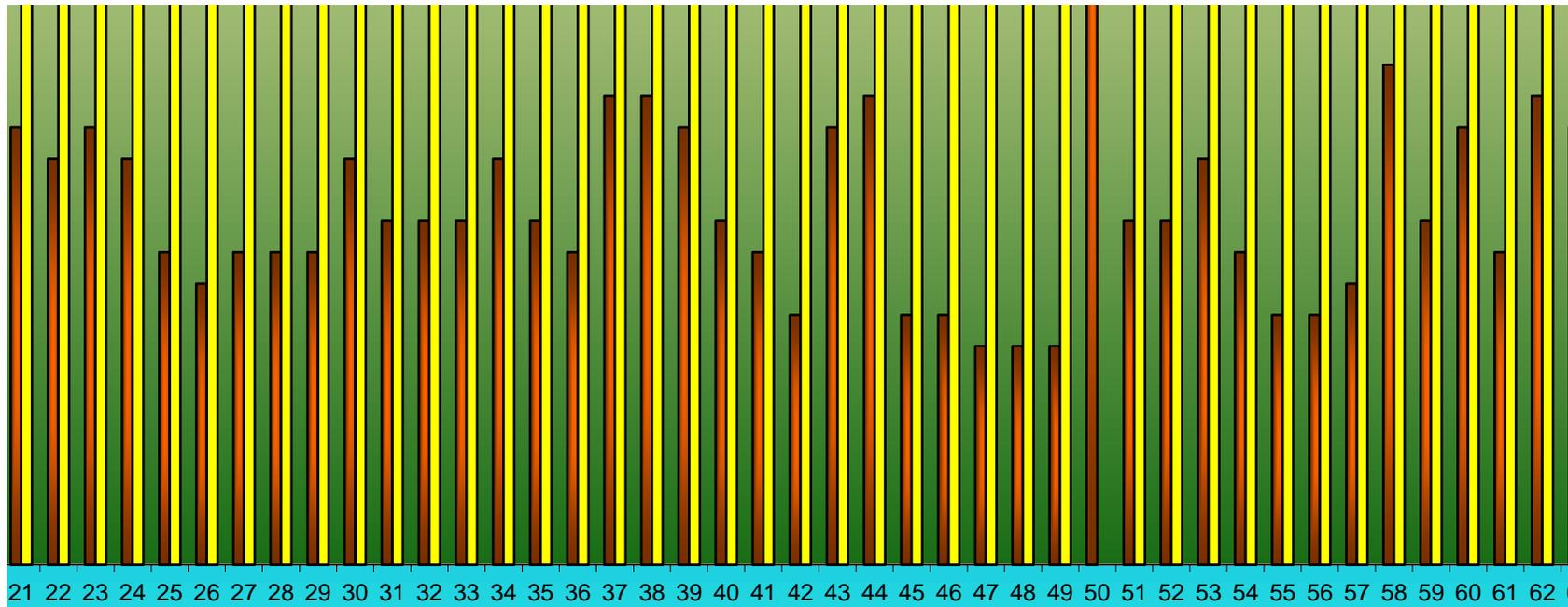
89	10	25
90	15	20
91	14	21
92	15	20
93	11	24
94	12	23
95	14	21
96	9	26
97	10	25
98	11	24
99	10	25
100	9	26

1	8	27
2	8	27
3	7	28
4	7	28
5	7	28
6	35	0
7	11	24
8	11	24
9	13	22
10	10	25
11	8	27
12	8	27
13	9	26
14	16	19
15	11	24
16	14	21
17	10	25



ANÁLISIS DE LOS DATOS ARROJADOS POR EL INSTRUMENTO APLICADO AL SECTOR PRODUCTIVO DEL MUNICIPIO DE NEIVA

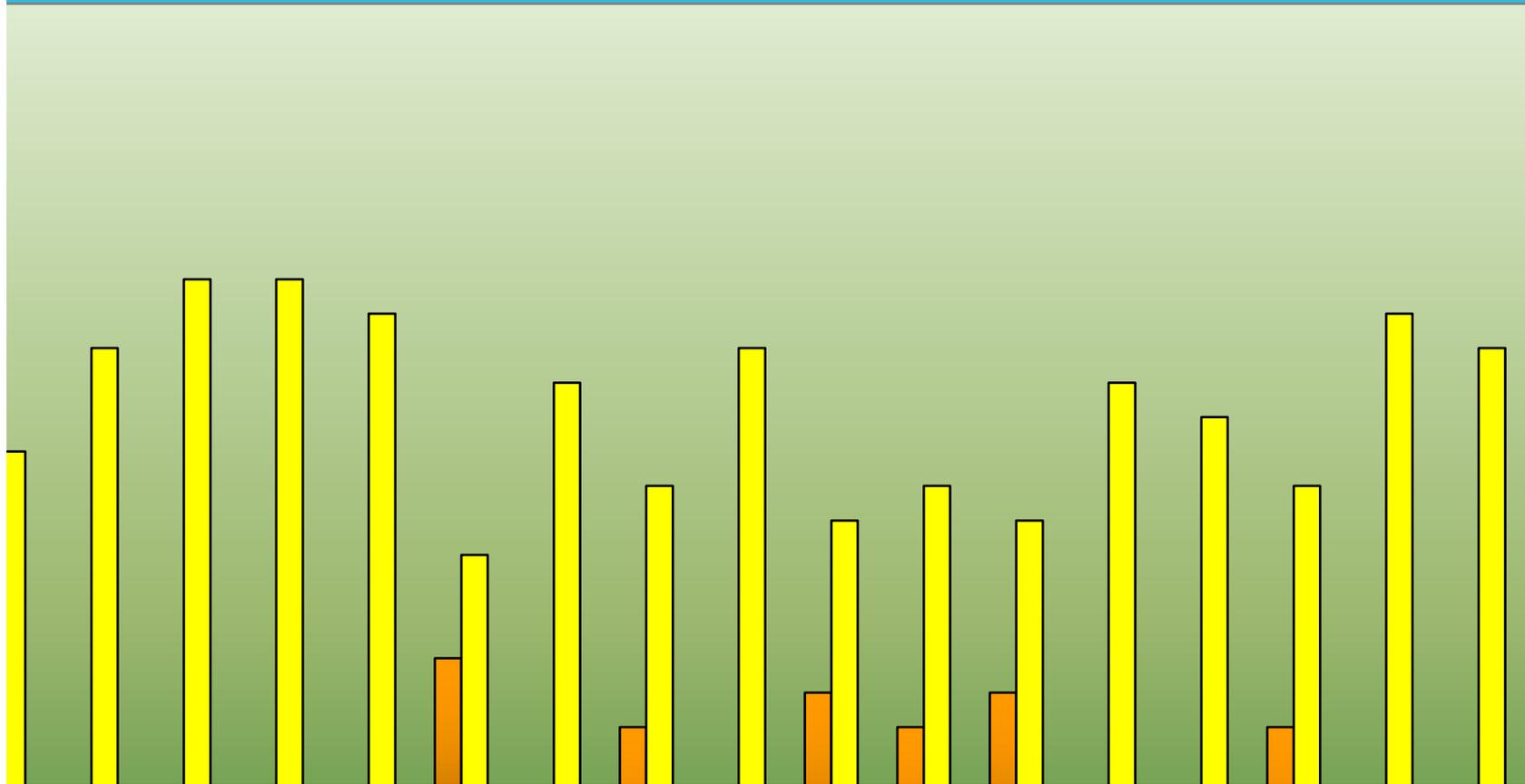


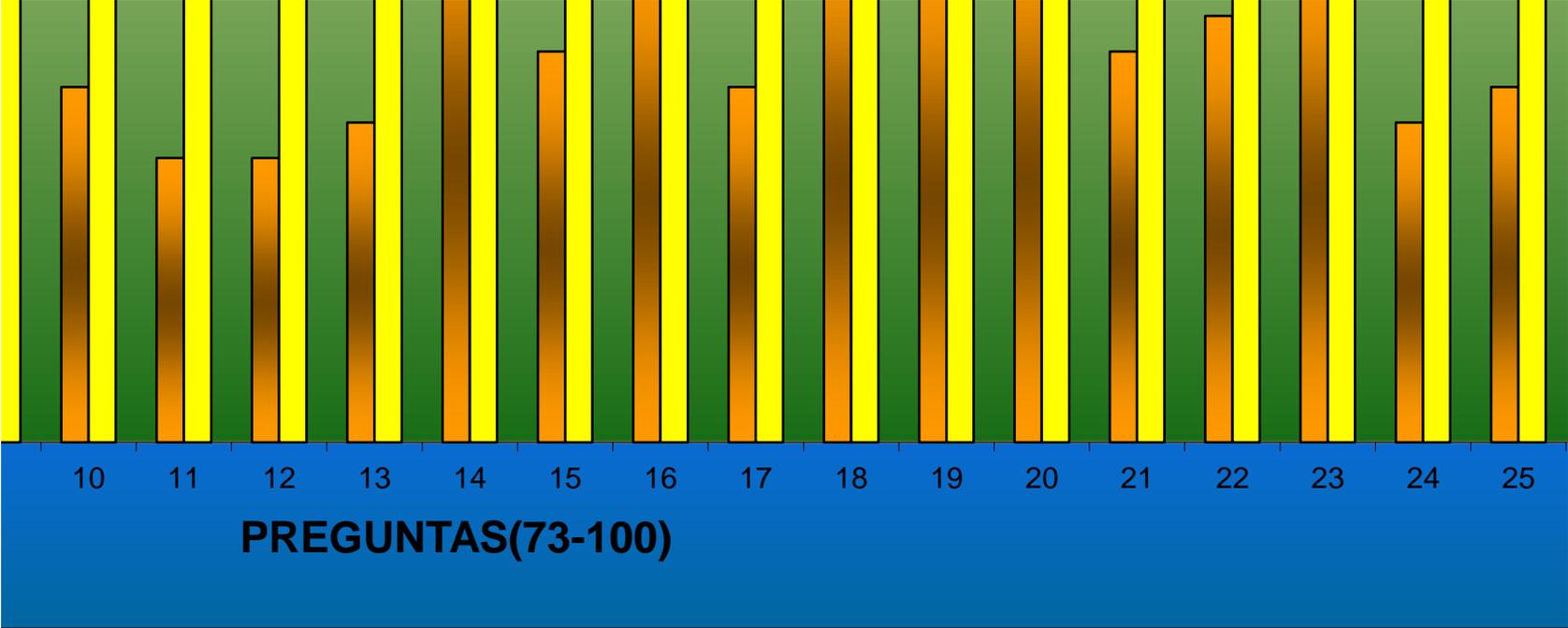


PREGUNTAS

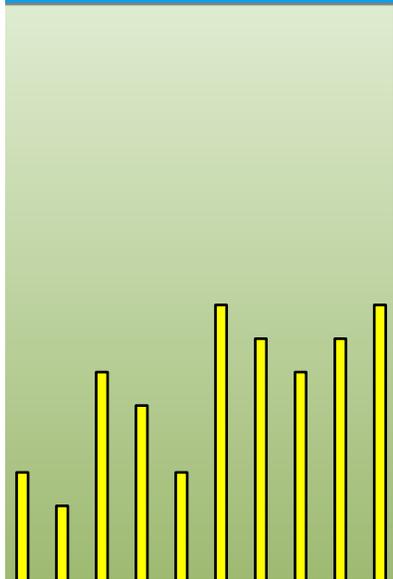
ACION DE LOS DATOS ARROJA
PRUMENTO APLICADO AL SEC

TRONTERO APLICADO AL SEGURO DE LA CIUDAD DE NEIVA



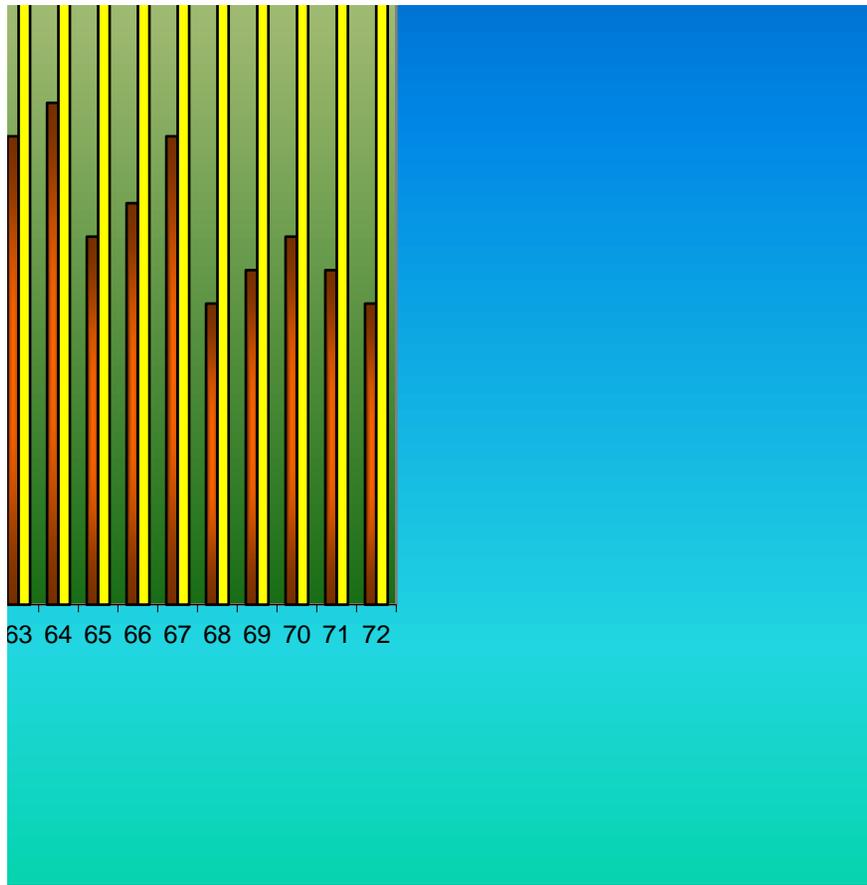


ADOS CTOR



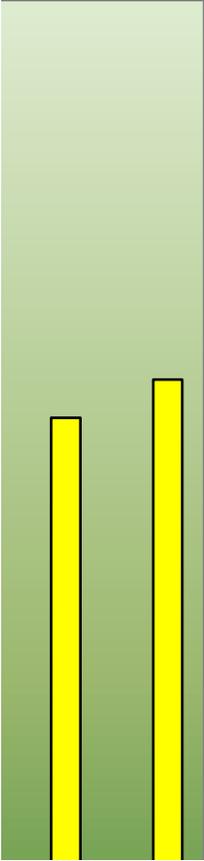
SI

NO



DOS
TOP

TOR



SI

NO

