



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014



## **PROCEDIMIENTO SEGURO DE TRABAJO PREVENCIÓN DE RIESGOS**

# **Protocolo de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Centros de Salud de Atención Primaria Coquimbo**



Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

## CONTROL DE CAMBIOS



Revisión N°	Página de cambio	Fecha elaboración	Fecha próxima revisión
01	Todo: Elaboración	JULIO 2010	Abril 2014



Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD



## INDICE

DEFINICIONES.....	04
PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE.....	04
FLUJOGRAMA DE ACCIDENTE DE TRABAJO.....	07
PROCEDIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	08
FLUJOGRAMA ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	08
MEDIDAS INMEDIATAS, INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DEL ACCIDENTE.....	09
MEDIDAS CORRECTIVAS, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	09
ANEXOS.....	10 - 14



Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

4

## I. Definiciones:

**1.- Accidente del Trabajo:** Es toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca al trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, incapacidad o muerte (Artículo N° 5, Ley 16.744)

**2.- Accidente de Trayecto:** Es el que ocurre en el TRAYECTO DIRECTO de ida o regreso, entre la habitación (vale decir la puerta de la calle), y el lugar de trabajo y viceversa, también aquellos ocurridos en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo aunque correspondan a empleadores distintos. Este accidente deberá ser acreditado ante el organismo administrador del seguro del accidente). Mediante parte de carabineros y otros medios igualmente fehacientes (2 testigos); o primera atención en Hospital o Posta del servicio de salud correspondiente.

**3.- Enfermedad Profesional:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en se haya visto obligado a trabajar.

## II. Procedimiento en caso de Accidente:

- El trabajador accidentado debe dar aviso inmediato a su jefe directo pudiendo hacerlo un integrante del Comité Paritario, un compañero de trabajo o cualquier trabajador que tenga conocimientos de los hechos, dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente, indicando de manera precisa la forma y circunstancia en que ocurrió tal hecho. Igual obligación registrará respecto de los accidentes que se produzcan en el trayecto.
- En caso que el trabajador requiera atención medica, debe concurrir inmediatamente al centro de atención de las ACHS. más cercano al lugar del trabajo, en caso que el trabajador no pueda desplazarse por sus propios medios debe llamar al Servicio de urgencia ACHS fono 1404 debe presentar su cedula de identidad y la Declaración Individual de Accidente del Trabajo (DIAT).

Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

- El jefe directo del trabajador accidentado, luego de conocer la situación, debe informar de forma inmediata al Comité Paritario y a Prevención de Riesgos del Departamento de Salud.
- El jefe directo realiza la investigación del accidente en coordinación con el Comité Paritario dentro de las siguientes 24 horas.
- El certificado de atención otorgado por la ACHS, al ingreso del accidentado debe hacerla llegar a su jefe directo a través de terceros (familiares, compañeros de trabajo), y el certificado de alta que emite al final del tratamiento, deben ser entregados de inmediato al jefe directo en cada ocasión, quien enviara copia a Prevención de Riesgos y al Comité Paritario para su registro como licencia por accidente de trabajo.



**Caso de urgencia:** En forma excepcional, dependiendo de la urgencia del caso o cuando la cercanía del lugar donde ocurrió el accidente y su gravedad así lo requieran, el trabajador podrá ser trasladado, en primera instancia, a un centro de atención que no sea la ACHS, se entenderá que hay urgencia cuando la condición de salud o cuadro clínico del trabajador, de no existir una atención medica inmediata, implique riesgo vital y/o secuelas funcional grave para este.

Una vez calificada la urgencia en el centro asistencial al que sea trasladado el trabajador y efectuado su ingreso, se debe informar de dicha situación a la ACHS para coordinar su traslado, dejando constancia de ello.

**De trayecto:** Si un trabajador sufre un accidente fuera del lugar del trabajo (en el trayecto desde o hacia su habitación, o realizando actividades laborales fuera del lugar de trabajo, en la vía publica o en otro establecimiento, debe cumplir con los siguientes procedimientos.

- Concurrir de inmediato a cualquier centro asistencial de la ACHS, u otro centro asistencial.
- Acreditar el accidente mediante un medio de prueba que puede ser: el nombre y

Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

Rut de al menos dos testigos o parte policial que constate el accidente o certificado de atención en el servicio de urgencia al que concurrió, o cualquier otro medio fehaciente.

6

- Si el trabajador queda en condiciones de comunicarse, debe informar al jefe directo, este debe comunicar al Comité Paritario y a Prevención de Riesgo quien debe extender y enviar a la ACHS la DIAT, si es que corresponde.
- Si el trabajador queda inconsciente o no puede comunicarse, sus familiares directos o los trabajadores que lo acompañan o la ACHS deben comunicar al jefe directo la ocurrencia del accidente, mediante vía telefónica u otro medio y cumplir con los procedimientos descritos anteriormente.
- El certificado de atención otorgado por la ACHS, al ingreso del accidentado debe hacerla llegar a su jefe directo a través de terceros (familiares, compañeros de trabajo), y el certificado de alta que emite al final del tratamiento, deben ser entregados de inmediato al jefe directo en cada ocasión, quien enviara copia a Prevención de Riesgos y al Comité Paritario para su registro como licencia por accidente de trabajo.

Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

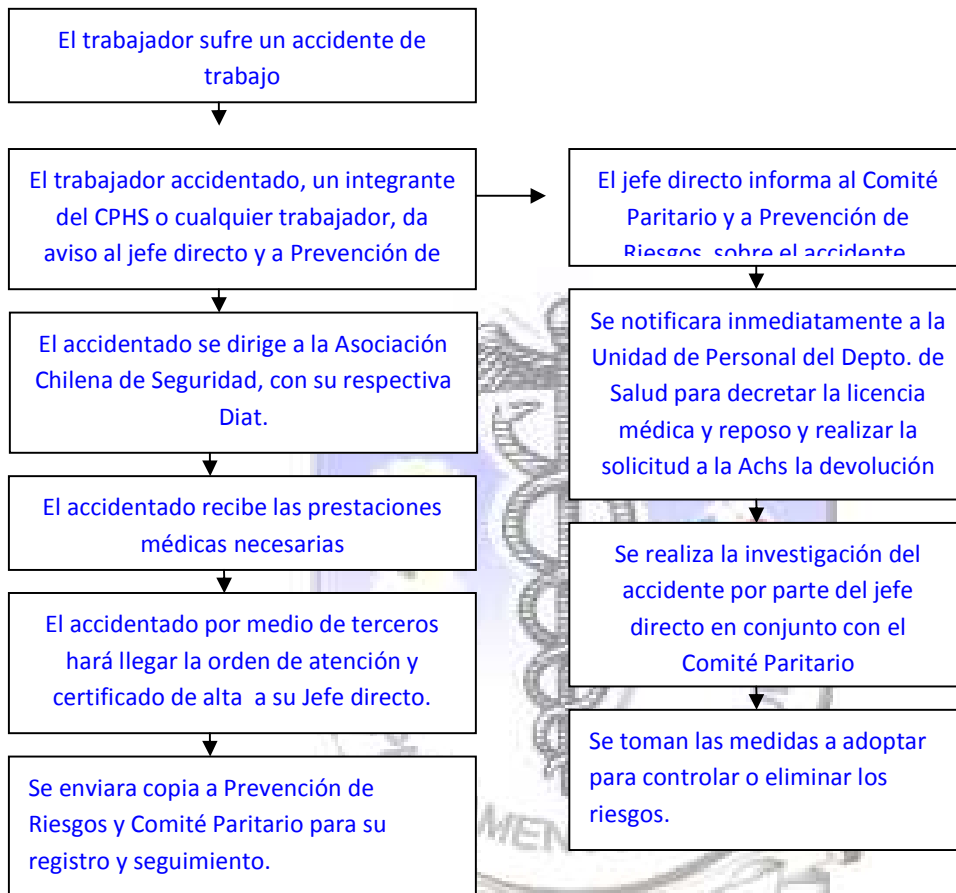
Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

### III. Flujograma de Accidente del Trabajo



Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

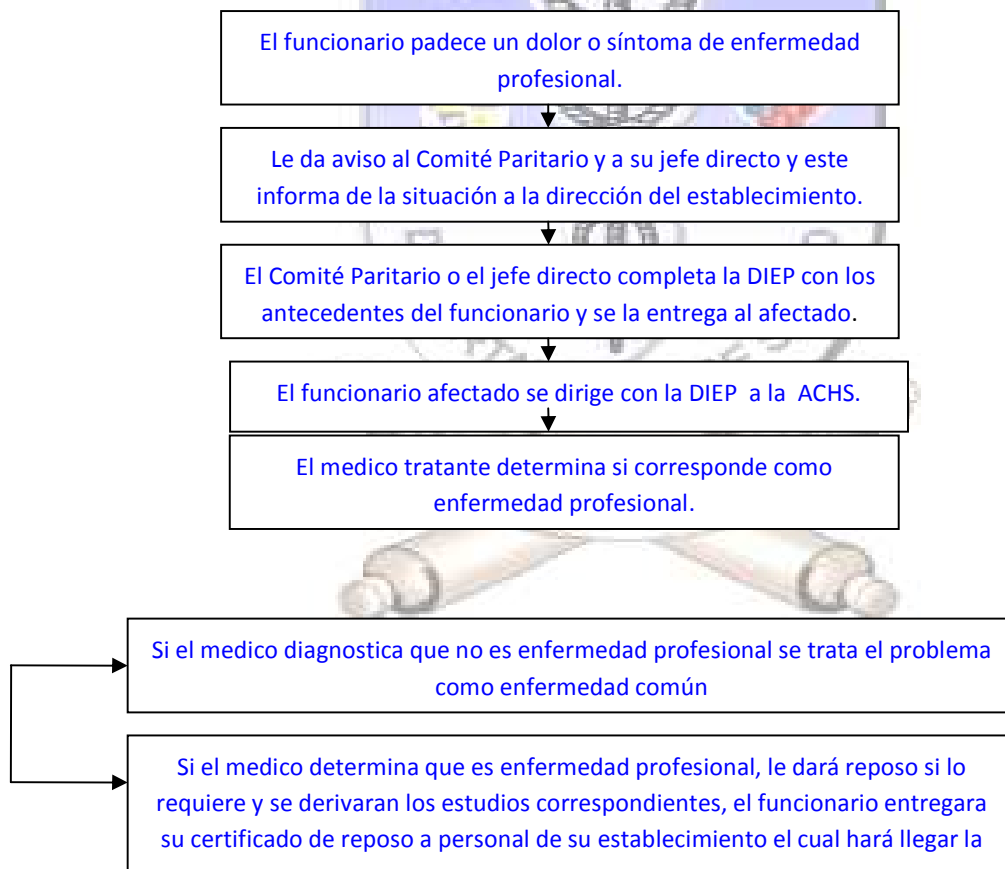
Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



#### IV. Procedimiento en caso de Enfermedad Profesional:

- El funcionario que sienta molestias propias de su puesto de trabajo o del ejercicio de su profesión u oficio, deberá notificar de la situación al Comité Paritario y a su jefe directo quien llenara la Diep ( declaración individual de enfermedad profesional) y será entregado al funcionario para que concurra a la Asociación Chilena de Seguridad, donde tendrá la atención medica y se le realizara el estudio correspondiente para determinar si la dolencia corresponde a una enfermedad profesional o no califica.

#### V. Flujograma Enfermedad Profesional



Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud





## **VI. Medidas inmediatas, investigación y análisis del accidente**

- **Medidas inmediatas:** El jefe directo debe hacerse responsable de tomar las medidas inmediatamente ocurrido el accidente, lo que permitirá controlar los peligros presentes en el lugar en que ocurrió el accidente.
- **Investigación y Análisis del Accidente de Trabajo y de Incidentes:** Este procedimiento se aplicara en la investigación de todos los accidentes con o sin tiempos perdidos o incidentes producidos. La responsabilidad de realizar la investigación es del Comité Paritario y del jefe directo y tiene un plazo de 24 horas.

## **VII. Medidas Correctivas, su implementación y seguimiento**

Producto de la investigación de accidente y de su análisis se determinaran las causas que originaron el accidente y se deben establecer las medidas a adoptar para controlar o eliminar los factores de riesgo presente en el lugar donde ocurrió el accidente.

- Es responsable de implementar las medidas correctivas el jefe directo del trabajador.
- El plazo para implementar las medidas es inmediato o lo antes posible.
- El Comité Paritario es responsable de verificar su cumplimiento.

Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

10

### VIII. ANEXOS:

- ✓ Formulario Investigación de Accidentes: Este debe ser realizado por Comité Paritario en conjunto con Jefe Directo.
- ✓ Declaración de Incidente: Esta declaración debe ser llenado por puño y letra del trabajador afectado.



Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
 AÑO: 2014  
 PAGINA: 1 A 14  
 VIGENCIA: ABRIL  
 2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
 DEPARTAMENTO DE SALUD

## FORMULARIO INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

### I. Identificación del Accidentado

Nombre:		RUT:	
---------	--	------	--

### II. Descripción del Accidente

Fecha Accidente:		Hora Accidente:	
Área			
Testigo 1:		Testigo 2:	

### Evaluación de las Circunstancias

Qué ocurrió:	
Cómo ocurrió:	
Por qué ocurrió:	
Lugar:	
Elemento que causó lesión:	

### Evaluación de la Tarea

Qué actividad realizaba:	
Tipo de Tarea:	<input type="checkbox"/> Tarea habitual <input type="checkbox"/> Tarea no habitual <input type="checkbox"/> Tarea habitual
Grado atención requerido:	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Normal
Calificación	<input type="checkbox"/> Calificado <input type="checkbox"/> No existe siendo necesaria

### Evaluación de Estándares

Supervisión existente	<input type="checkbox"/> Existe supervisión y es <input type="checkbox"/> No existe supervisión siendo
Instrucciones	<input type="checkbox"/> Se le dieron las correctas <input type="checkbox"/> Se le dieron equivocadas
Normas / Procedimientos /	<input type="checkbox"/> No hubo trasgresión <input type="checkbox"/> Intervención de terceras
Experiencia o habilidad del	<input type="checkbox"/> Suficiente experiencia            o <input type="checkbox"/> Inexperto
Condiciones físicas del trabajador	<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Cansado <input type="checkbox"/> Débil o enfermo <input type="checkbox"/> Impedimento o defecto físico
Condiciones mentales del	<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Distráido / descuidado
Equipo de protección personal	<input type="checkbox"/> Se utilizó el correcto <input type="checkbox"/> Se utilizó equipo en forma inadecuada <input type="checkbox"/> No se utilizó

Elaborado por:  
 Tatiana Elgueta  
 Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
 Claudia Teillier Nazal  
 Unidad de Calidad

Aprobado por:  
 Sandra Larenas M.  
 Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
 AÑO: 2014  
 PAGINA: 1 A 14  
 VIGENCIA: ABRIL  
 2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
 DEPARTAMENTO DE SALUD

	<input type="checkbox"/> Se utilizó equipo inadecuado	<input type="checkbox"/> No era necesaria su utilización
Antecedentes del riesgo	<input type="checkbox"/> Conocido	<input type="checkbox"/> Desconocido

12

### III. Determinación de Causas

Acción subestándar	<input type="checkbox"/> Asumir posiciones o posturas	<input type="checkbox"/> Operar máquinas / equipos sin
	<input type="checkbox"/> Dejar inoperantes los dispositivos de	<input type="checkbox"/> Reparar, conducir equipos sin
	<input type="checkbox"/> Desviarse procedimientos de trabajo	<input type="checkbox"/> Usar en forma insegura mater.,
	<input type="checkbox"/> Distraerse en juegos y otros	<input type="checkbox"/> Usar herramientas instrumental y/o
	<input type="checkbox"/> No advertir o señalar riesgos según	<input type="checkbox"/> No se detectó acción subestándar
	<input type="checkbox"/> No utilizar elementos de protección	<input type="checkbox"/> Otras acciones subestándar
	<input type="checkbox"/> Operar a velocidad insegura	

Condición Subestándar	<input type="checkbox"/> Almacenamiento deficiente	<input type="checkbox"/> Falta de adecuados sistemas de
	<input type="checkbox"/> Congestión y espacio libre	<input type="checkbox"/> Falta de orden y aseo
	<input type="checkbox"/> Construcciones o instalaciones	<input type="checkbox"/> Objetos que sobresalen
	<input type="checkbox"/> Defectos de maquinarias materiales o	<input type="checkbox"/> Propensión a arder o explotar
	<input type="checkbox"/> Equipos sin protección	<input type="checkbox"/> No se detectó condición subestándar
	<input type="checkbox"/> Falta de adecuados sistemas de	<input type="checkbox"/> Otras condiciones subestándar

Causa Base Acción Subestándar	<input type="checkbox"/> Inadaptabilidades físicas y/o mentales	<input type="checkbox"/> Tenía poca experiencia
	<input type="checkbox"/> Motivaciones indebidas	<input type="checkbox"/> Trató de evitar esfuerzos
	<input type="checkbox"/> No conocía el riesgo	<input type="checkbox"/> Trató de ganar tiempo sin considerar
	<input type="checkbox"/> No conocía la manera correcta de	<input type="checkbox"/> Otras causas origen de acciones
	<input type="checkbox"/> No planeó el trabajo anticipadamente	<input type="checkbox"/> No se detectó causa origen de acción
	<input type="checkbox"/> Tenía lesión temporal que lo	

Causa Base Condición Subestándar	<input type="checkbox"/> Supervisión deficiente	<input type="checkbox"/> Limpieza requerida no se efectuó
	<input type="checkbox"/> Problemas de diseño	<input type="checkbox"/> Mal empleo o abuso de este por parte
	<input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuado	<input type="checkbox"/> Mala calidad de equipos maquinarias
	<input type="checkbox"/> Normas / procedimientos de trabajo	<input type="checkbox"/> No se había requerido limpieza
	<input type="checkbox"/> Adquisiciones equivocadas	<input type="checkbox"/> No se practicó inspección
	<input type="checkbox"/> Condiciones climáticas	<input type="checkbox"/> No se detectó causa origen de
	<input type="checkbox"/> Gastado por exceso de uso normal	<input type="checkbox"/> Otras causas origen de condiciones

Elaborado por:  
 Tatiana Elgueta  
 Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
 Claudia Teillier Nazal  
 Unidad de Calidad

Aprobado por:  
 Sandra Larenas M.  
 Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

13

#### IV. Medidas de Control:

Medida	Responsable	Fecha de Actividad

#### V. Observaciones:

<b>Realizado por:</b> Nombre y Firma	<b>Revisado por:</b> Nombre y Firma	<b>Fecha reporte:</b>



Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud



COD: NTB 08  
AÑO: 2014  
PAGINA: 1 A 14  
VIGENCIA: ABRIL  
2014

I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

14

### DECLARACION DE LESIONADOS Y TESTIGOS

1. ANTECEDENTES DEL LESIONADO O TESTIGO		
Nombre del Lesionado <input type="checkbox"/> o Testigo <input type="checkbox"/> :		
N° de RUT:	Cargo:	Fecha:
Establecimiento:	Firma:	
Por intermedio de la presente, declaro que la información presentada a continuación es totalmente verdadera, por lo que registro mi firma en conformidad.		
2. DECLARACION		
Nombre quien toma la declaración:		
Cargo:	Fecha:	Firma:
Nota: En el caso de no firma del testigo o lesionado, se indicara lo siguiente: "la información descrita anteriormente obedece al testimonio de la persona individualizada"		

Firma funcionario

Elaborado por:  
Tatiana Elgueta  
Unidad Prevención de Riesgos

Revisado por:  
Claudia Teillier Nazal  
Unidad de Calidad

Aprobado por:  
Sandra Larenas M.  
Dirección Departamento de Salud